



ปีที่ 45 ฉบับที่ 7 : 28 กุมภาพันธ์ 2557

Volume 45 Number 7 : February 28, 2014

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



ระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปากและการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสในประเทศไทย ปี พ.ศ 2556 Epidemiology of Hand Foot Mouth Disease and Enteroviruses Infection in Thailand, 2013

✉ skongyu@gmail.com

สมคิด คงอยู่ และ เสาวพัทธ์ อินจ้อย

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคระบาดวิทยา

บทคัดย่อ

โรคมือเท้าปากมีการระบาดไปทั่วโลกและพบการระบาดรุนแรงที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 (EV-71) ในหลายประเทศแถบภูมิภาคเอเชีย การทบทวนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ทำให้ทราบระบาดวิทยาของโรคดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ จากข้อมูลการรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 46,053 ราย อัตราป่วย 72.50 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 1.3 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ คือ เด็กเล็กอายุ 0 – 4 ปี อัตราป่วย 1,058 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ภาคเหนือและจังหวัดเชียงรายมีอัตราป่วยสูงสุด 120.84 และ 255.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจากข้อมูลการรายงานในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ จำนวน 72 เหตุการณ์ จำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรและแสดงอาการของโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอย ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาการที่พบ คือ มีผื่นหรือตุ่มพองใสในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หรือกันร่วมกับมีไข้ ในขณะที่กลุ่มติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรและไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปากส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง อาการที่พบคือ มีไข้ อาเจียนและถ่ายเหลวรุนแรง มีภาวะร่างกายขาดน้ำ ปวดบวม น้ำ หอบเหนื่อย ชีพ ชักเกร็ง คอแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ช็อก

หรือหมดสติ และเสียชีวิตจากมีภาวะทางเดินหายใจและหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาร่วมป่วยถึงเสียชีวิต 2-11 วัน ค่ามัธยฐาน 6 วัน ในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 12 ราย มี 8 ราย ที่มีผลตรวจยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสพบติดเชื้อ EV-71 ร้อยละ 67 โดยติดจากเพื่อนร่วมชั้นเรียนหรือโรงเรียนเดียวกันหรือสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย เนื่องจากในรายที่มีอาการรุนแรงมักไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปาก แพทย์ผู้ให้การรักษาคควรเฝ้าระวังอาการของโรคมือเท้าปากของผู้ป่วยและครอบครัวที่ป่วย เนื่องจากในรายที่มีอาการรุนแรงมักไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปาก แพทย์ผู้ให้การรักษาคควรเฝ้าระวังอาการของโรคมือเท้าปากของผู้ป่วยและครอบครัวที่ป่วย เนื่องจากในรายที่มีอาการรุนแรงมักไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปาก แพทย์ผู้ให้การรักษาคควรเฝ้าระวังอาการของโรคมือเท้าปากของผู้ป่วยและครอบครัวที่ป่วย

คำสำคัญ : ระบาดวิทยา, โรคมือเท้าปาก, เอนเทอโรไวรัส

บทนำ

โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth disease) เป็นโรคที่มักพบการระบาดในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล โดยมีการระบาดในช่วงฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-สิงหาคม) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร (Enteroviruses) ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ สำหรับ



◆ ระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปากและการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส ประเทศไทย ปี พ.ศ 2556	97
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 7 ระหว่างวันที่ 16 – 22 กุมภาพันธ์ 2557	105
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 7 ระหว่างวันที่ 16 - 22 กุมภาพันธ์ 2557	107

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศ
นายแพทย์ธวัช จายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ด้านวน อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : สัตวแพทย์หญิงเสาวพักตร์ อ้นจ้อย
แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภักดิ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูริจันทร์ ศศิธันว์ มาแอดิยน พัทธี ศรีหมอก
น.สพ. ธีรศักดิ์ ชักนำ สมเจตน ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง เชิดชัย ดาราแจ้ง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

แนวทางการเฝ้าระวังใช้หัตถนในคน

- แนวทางการเฝ้าระวังใช้หัตถนในคน
- แบบส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถนใหญ่/ใช้หัตถน
- แบบแจ้งผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายใช้หัตถนใหญ่ (ILI) ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (AI-1)
- แนวทางการส่งตัวอย่างตรวจเชื้อใช้หัตถน
- แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถนใหญ่/ใช้หัตถน (AI-2)

สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
ผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถน ให้กรอกแบบรายงานผู้ป่วยอาการคล้ายใช้หัตถนใหญ่
ส่งสำนักโรคติดต่อภายใน 24 ชั่วโมง มาที่ outbreak@health.moph.go.th
หรือโทรสารที่หมายเลข 0-2591-8579 หรือ แจ้งทางโทรศัพท์ที่
หมายเลข 0-2590-1882, 0-2590-1876, 0-2590-1895

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายังกลุ่มจัดการความรู้และเผยแพร่วิชาการ สำนักโรคติดต่อ
E-mail: panda_tid@hotmail.com หรือ weekly.wesr@gmail.com

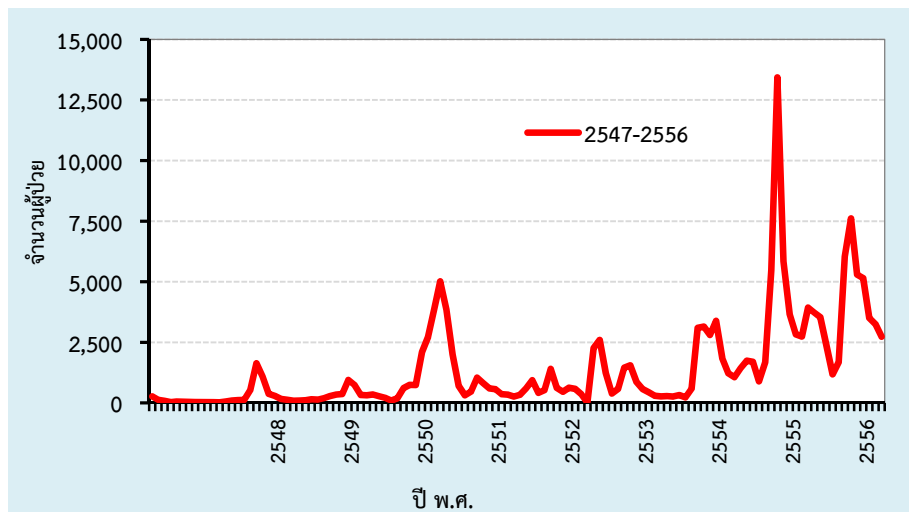
สายพันธุ์ก่อโรคมือ เท้า ปาก ที่พบบ่อย คือ ไวรัสค็อกแซคกี เอ16 (Coxsackievirus group A type 16) ติดต่อนโดยการกินไวรัสเข้าไปโดยตรงจากการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย น้ำในตุ่มพองหรือแผลของผู้ป่วยและอุจจาระของผู้ป่วย ระยะฟักตัว 3 - 6 วัน ผู้ป่วยมักมีไข้ มีผื่นหรือตุ่มน้ำใสหรือเม็ดแดงๆ (papulo-vesicular rash) ในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า และก้น ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงและหายได้เอง มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 1 หรือประมาณ 1 ต่อ 10,000 รายที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น อาเจียน บ่อย หายใจหอบ ชีพ ชักเกร็ง มีภาวะร่างกายขาดน้ำ ปอดบวม น้ำกลัมน้ำไขข้ออักเสบ สมออักเสบ ซีก และหมดสติ ส่วนใหญ่มีเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจวายหรือมีระบบหายใจล้มเหลวโดยสายพันธุ์ที่มักทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ ไวรัสเอนเทอโร 71 (Enterovirus 71 หรือ EV-71)^(1,2,3)

โรคนี้พบผู้ป่วยและการระบาดได้ทั่วโลก มีรายงานการระบาดรุนแรงที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ในหลายประเทศแถบภูมิภาคเอเชีย ปี พ.ศ. 2540 เกิดที่ประเทศมาเลเซีย ปี พ.ศ. 2541 ที่ไต้หวัน ปี พ.ศ. 2543 ที่สิงคโปร์และมาเลเซีย ต่อมาปี พ.ศ. 2555 มีการระบาดในวงกว้างในหลายประเทศทั้งจีน กัมพูชา เวียดนาม และไทย สายพันธุ์ที่รุนแรงที่ระบาด คือ EV-71 genogroup C4^(1,2) และจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 29 มกราคม 2557 พบว่าสถานการณ์โรคมือเท้าปากในภูมิภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตกมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นประเทศสิงคโปร์พบมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น⁽³⁾

นับตั้งแต่มีรายงานการระบาดของโรคมือเท้าปาก ที่มีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ในประเทศต่างๆ แถบภูมิภาคเอเชียตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มอบหมายให้สำนักโรคติดต่อทั่วไปและสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ร่วมกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เริ่มมีการเฝ้าระวังโดยเพิ่มการรายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) มีการสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อเอนเทอโร 71 และดำเนินการป้องกันควบคุมโรค นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา โดยเชื้อ EV-71 ที่พบในระยะแรกเป็น genogroup B4 และ C1 ในปี พ.ศ. 2549 มีรายงานการระบาดของโรคเป็นกลุ่มก้อนและมีรายงานผู้เสียชีวิต 6 ราย ในจำนวนนี้มีเพียงหนึ่งรายที่มีอาการของโรคมือเท้าปากร่วมด้วย และเริ่มพบ genogroup C4 ปะปนกับ C1, C2, B4 และ B5 ส่วนการระบาดในปี พ.ศ. 2555 มีรายงานการพบเชื้อ Coxsackie A6 และ EV-71 genogroup B5 เป็นส่วนใหญ่⁽³⁾ และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนว่า EV-71 genogroup ไດที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น โดยในระยะสองสามปีที่ผ่านมาพบผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี

แนวโน้มการระบาดของโรคมือเท้าปาก ประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547-2556)

สถานการณ์โรคมือเท้าปากของประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยเฉพาะในช่วงสองปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2556) (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ระหว่าง ปี พ.ศ. 2547-2556 ประเทศไทย จำแนกรายเดือน

สถานการณ์โรคมือเท้าปาก และแผลในคอหอย ในปี พ.ศ. 2556

1. การรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) ของสำนักงานระบาดวิทยา

ปี พ.ศ. 2556 มีรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ด้วยโรคมือเท้าปากจาก 77 จังหวัด พบผู้ป่วย 46,053 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 72.50 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 4 ราย อัตราตาย 0.005 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.01 พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 1.3 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี อัตราป่วย 1,058 ต่อประชากรแสนคน (41,334 ราย) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี เท่ากับ 94 ต่อประชากรแสนคน (3,832 ราย) และกลุ่ม 10-14 ปีเท่ากับ 11 ต่อประชากรแสนคน (508 ราย) ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย ร้อยละ 98 สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปีและเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับฤดูกาล โดยพบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคมของทุกปี

การเกิดโรคจำแนกตามรายภาคพบว่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 120.84 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคใต้ (77.51) ภาคกลาง (67.82) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (48.63) ซึ่งแตกต่างจากปีอื่นๆ ยกเว้น ในปี พ.ศ. 2547 ที่ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับสองรองจากภาคเหนือ ส่วนจังหวัดที่มีการรายงานผู้ป่วยสูงสุด คือ เชียงราย อัตราป่วยเท่ากับ 255.41 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ระยอง (222.02) พะเยา (213.91) น่าน (168.20) และพัทลุง (167.95) ตามลำดับ

2. การรายงานในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance system) สำนักงานระบาดวิทยา

ปี พ.ศ. 2556 สำนักงานระบาดวิทยาได้รับรายงานการสอบสวนผู้ป่วยสงสัยหรือมีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร (Enteroviruses) ในลักษณะการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) และเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance system) จำนวน 72 เหตุการณ์ ในจำนวนนี้มีรายงานสอบสวนโรค ร้อยละ 62 (45 เหตุการณ์) เป็นเพียงการแจ้งข่าวการระบาดร้อยละ 38 (27 เหตุการณ์) โดยสามารถแบ่งอาการของโรคได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) กลุ่มผู้ป่วยสงสัยหรือมีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอย (Hand foot mouth disease and Herpangina) จำนวน 60 เหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 351 ราย เสียชีวิต 5 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1 โดยถูกรายงานเป็นผู้เสียชีวิตในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) จำนวน 2 ราย ส่วนใหญ่เป็นการระบาดในเด็กเล็ก อายุระหว่าง 0 - 5 ปี ร้อยละ 86 โดยเกิดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 43 (26 เหตุการณ์) โรงเรียนอนุบาลหรือประถมศึกษา ร้อยละ 27 (16 เหตุการณ์) มีการเก็บตัวอย่างเชื้อจากคอ อูจจาระ เลือด หรือน้ำไขสันหลัง ในผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ห้องเรียน เพื่อส่งตรวจยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร้อยละ 47 (28 เหตุการณ์) พบเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ร้อยละ 50 (14 เหตุการณ์) ส่วนจังหวัดที่มีการรายงานเหตุการณ์การระบาดในระบบสูงสุด คือ กรุงเทพมหานคร

ร้อยละ 22 (13 เหตุการณ์) รองลงมา คือ สมุทรสงคราม ร้อยละ 15 (9 เหตุการณ์) และเชียงใหม่ ร้อยละ 10 (6 เหตุการณ์) โดยแต่ละเหตุการณ์สามารถพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่ 1 - 21 ราย ค่ามัธยฐาน 5 ราย สาเหตุการได้รับเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากติดจากเพื่อนร่วมชั้นเรียนหรือโรงเรียนเดียวกันหรือบุคคลในครอบครัวจากการสัมผัสและคลุกคลีกับผู้ป่วย พบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต จำนวน 10 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 5 ราย อายุน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 อาการแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ อาเจียนบ่อย ถ่ายเหลว หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ชีพ ชักเกร็ง คอแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ช็อกหรือหมดสติ โดยทุกรายเสียชีวิตจากภาวะทางเดินหายใจและหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนถึงเสียชีวิต อยู่ระหว่าง 3 - 7 วัน ค่ามัธยฐาน 6 วัน และมีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 4 ราย ร้อยละ 80 (ตารางที่ 1)

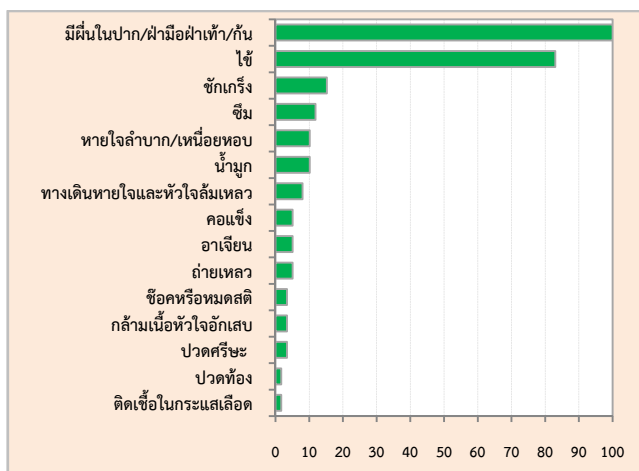
2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร (Enteroviruses) และมีพยาธิสภาพต่อระบบอื่นของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และอาการที่หัวใจ โดยไม่แสดงอาการโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอร่วมด้วย จำนวน 12 เหตุการณ์ จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 12 ราย เสียชีวิต 7 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 58 โดยถูกรายงานเป็นผู้เสียชีวิตในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) จำนวน 2 ราย อายุน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 4 ราย ร้อยละ 57 โดยทุกรายมีการเก็บตัวอย่างในผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือห้องเรียนเพื่อส่งตรวจยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงพบเกิดจากการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 จำนวน 9 ราย ร้อยละ 75 จังหวัดลพบุรีมีการ

รายงานเหตุการณ์การระบาดสูงสุด ร้อยละ 66.67 (8 เหตุการณ์) โดยทุกเหตุการณ์พบผู้ป่วยเพียงรายเดียว ส่วนสาเหตุการได้รับเชื่อนั้นไม่แตกต่างจากกลุ่มโรคมือเท้าปาก คือ ติดจากเพื่อนร่วมชั้นเรียนหรือโรงเรียนเดียวกันหรือบุคคลในครอบครัวที่ป่วย

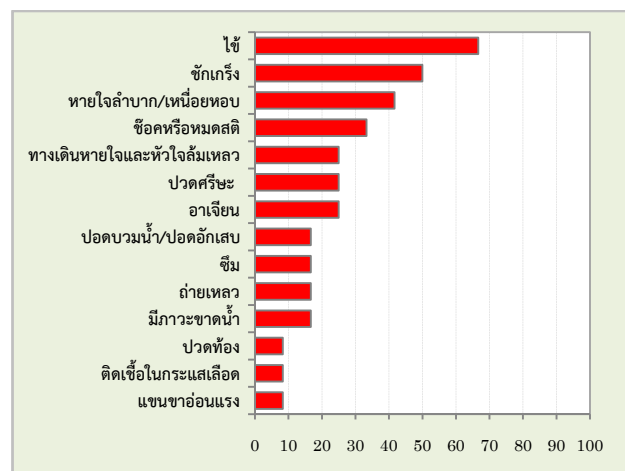
ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต จำนวน 7 ราย มีอายุน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 4 ราย ร้อยละ 57.14 ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตนั้นไม่แตกต่างจากกลุ่มโรคมือเท้าปาก คือ มีภาวะทางเดินหายใจหรือหัวใจล้มเหลว ระยะเวลาตั้งแต่ป่วยจนถึงเสียชีวิต อยู่ระหว่าง 2 - 11 วัน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 วัน และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 4 ราย ร้อยละ 57.15 (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงที่พบทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและเสียชีวิต พบว่ากลุ่มผู้ป่วยสงสัยหรือมีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอร่วมด้วย ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาการสำคัญที่พบ คือ มีผื่นหรือตุ่มน้ำใสหรือเม็ดแดงๆ ในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและก้น ร้อยละ 100 (60 เหตุการณ์) และมีไข้ ร้อยละ 83 (50 เหตุการณ์) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรและไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอร่วมด้วยที่พบส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง อาการสำคัญที่พบคือ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 10 ครั้ง มีภาวะร่างกายขาดน้ำกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ติดเชื้อในกระแสเลือด หายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย ปอดบวม น้ำ ปอดอักเสบ ชีพ ชักเกร็ง ช็อกหรือหมดสติ และมีระบบทางเดินหายใจและหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีไข้ (รูปที่ 2)

อาการและอาการแสดงกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอร่วมด้วย



อาการและอาการแสดงกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร และไม่แสดงอาการของโรค HFM & Herpangina



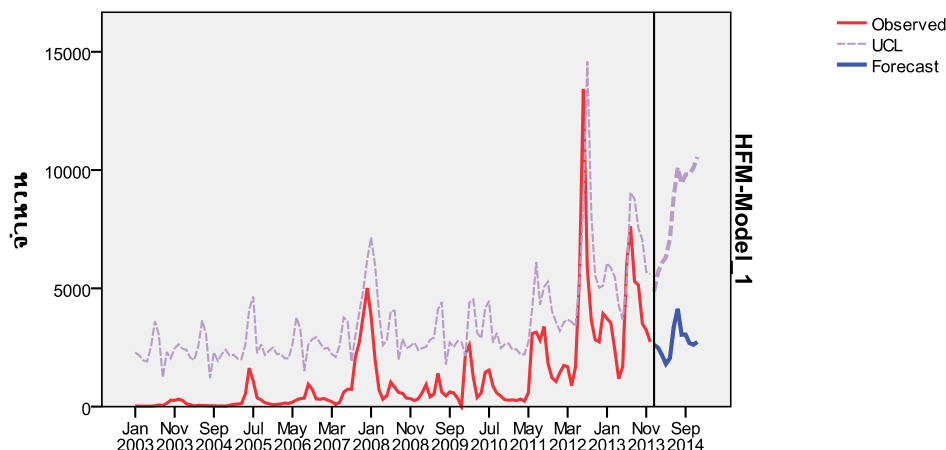
รูปที่ 2 ร้อยละอาการและอาการแสดงของกลุ่มผู้ป่วยสงสัยหรือมีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอร่วมด้วยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร และไม่แสดงอาการของโรค HFM หรือ Herpangina จากฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ของสำนักระบาดวิทยา ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556

ตารางที่ 1 ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มผู้ป่วยสงสัยที่มีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร และไม่แสดงอาการของโรค HFM หรือ Herpangina จากฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ของสำนักโรคระบาดวิทยา ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556

ลักษณะทางระบาดวิทยา	ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอย		ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรและไม่แสดงอาการ HFM & Herpangina	
	ป่วย (ร้อยละ)	รุนแรงและเสียชีวิต (ร้อยละ)	ป่วย (ร้อยละ)	รุนแรงและเสียชีวิต (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย	351	10	12	12
จำนวนผู้เสียชีวิต	5	5	7	7
อัตราป่วยตาย	1.42	50	58.33	58.33
กลุ่มอายุ (ปี)				
น้อยกว่า 1 ปี	4 (1.15)	2 (40)	6 (50)	4 (57.14)
1-4 ปี	297 (84.61)	2 (40)	1 (8.33)	2 (28.57)
5 ปีขึ้นไป	25 (7.12)	1 (20)	5 (41.67)	1 (14.29)
ไม่ระบุ	25 (7.12)	-	-	-
เพศ				
ชาย	147 (41.88)	2 (40)	8 (66.67)	4 (57.14)
หญิง	106 (30.20)	3 (60)	4 (33.33)	3 (42.86)
ไม่ระบุ	98 (27.92)	-	-	-
สถานที่เกิดเหตุ				
ศูนย์เด็กเล็ก	26 (43.33)	1 (25)	-	-
โรงเรียนอนุบาล	16 (26.67)	2 (40)	1 (8.33)	-
ชุมชน	16 (26.67)	2 (40)	11 (91.67)	7 (100)
อื่นๆ เช่น ศูนย์พักพิง, สถานเลี้ยงเด็กกำพร้า	2 (3.33)	-	-	-
การเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ				
เก็บตัวอย่าง	28 (46.67)	5	12 (100)	7
ไม่เก็บตัวอย่าง	17 (28.33)	-	-	-
ไม่มีข้อมูล	15 (25.00)	100	-	100
ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ				
EV 71	11 (39.29)	4 (80)	6 (50)	3 (42.86)
EV 71+Cox A 19	3 (10.71)	-	3 (25)	1 (14.29)
Cox. A 16	4 (14.28)	1 (20)	-	-
EV non EV 71 & Cox A 16	3 (10.71)	-	1 (8.3)	1 (14.29)
Negative (ไม่ใช่ Enterovirus)	3 (10.71)	-	2 (16.7)	2 (28.57)
ไม่ทราบผล	4 (14.28)	-	-	-
ระยะเวลาป่วยจนถึงที่เสียชีวิต				
น้อยกว่า 7 วัน		5 (100.0)		6 (85.71)
มากกว่า 7 วัน		-		1 (14.29)
ค่ามัธยฐาน (วัน)		6		5

การคาดการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ปี 2557*

จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในปี พ.ศ. 2557 คาดการณ์ว่าน่าจะมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงเพิ่มขึ้นตั้งแต่ต้นปีนับตั้งแต่เดือนมกราคมเป็นต้นไปจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยจะเริ่มลดลง และเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งในเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคมซึ่งตรงกับฤดูกาลระบาดของโรคเป็นประจำในทุกปี จากนั้นจำนวนผู้ป่วยจะลดลงเรื่อยๆ จนถึงเดือนตุลาคม และจะสูงเพิ่มอีกครั้งเป็นรอบที่สองในเดือนธันวาคม ในปี พ.ศ. 2557 คาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 26,200 - 39,000 รายต่อปี (รูปที่ 3) โดยมีความคาดเคลื่อนของค่าพยากรณ์รวมทั้งปีประมาณร้อยละ 5 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยจะมากหรือน้อยกว่าค่าที่พยากรณ์ไว้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งปัจจัยทางด้านบุคคล เชื้อที่ก่อให้เกิดโรครวมถึงการให้ความสำคัญและความพร้อมของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนรวมถึงภาคประชาชนที่จะร่วมมือกันเฝ้าระวังป้องกันโดยการตรวจคัดกรองผู้ป่วย หากพบการระบาดให้รีบดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมโรคทันที โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลที่จัดเป็นพื้นที่เสี่ยง



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากหรือแผลในคอหอยจากการพยากรณ์โรค ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 จำแนกเป็นรายเดือน

* หมายเหตุ

1. พยากรณ์โรคโดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบอนุกรมเวลาแบบปรับเรียบ (Exponential Smoothing Method) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 20
2. การคาดประมาณตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าค่าพยากรณ์น่าจะมีค่าคลาดเคลื่อนอยู่ประมาณร้อยละ 20

มาตรการที่ใช้ในการควบคุมการระบาด

มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ดำเนินการหลังจากเกิดเหตุการณ์ พบว่า ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินงานตามมาตรการและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ทั้งค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ติดตามสถานการณ์โรคอย่างใกล้ชิด เน้นการดูแลรักษาความสะอาดของสถานที่และสุขอนามัย หากมีเด็กป่วยเพิ่มขึ้นอาจพิจารณาดำเนินการปิดศูนย์เด็กเล็ก ห้องเรียนหรือสถานศึกษาชั่วคราวเป็นเวลา 5 - 7 วัน เพื่อป้องกันการระบาดเป็นวงกว้าง นอกจากนี้ในช่วงเฝ้าระวังโรคมักมีการตรวจคัดกรองเด็กทุกวัน โดยครูที่เสี่ยง ครูประจำชั้นหรือครูอนามัยโรงเรียน หากพบเด็กมีไข้หรือมีอาการสงสัยเป็นโรคมือเท้าปาก มีการแยกผู้ป่วยไม่ให้คลุกคลีกับเด็กปกติ แนะนำให้เด็กหยุดเรียน และส่งต่อเพื่อรักษา รวมถึงเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก และการป้องกันโรคแก่ผู้ปกครองและประชาชนทั่วไป

อภิปรายและเสนอแนะ

สถานการณ์โรคมือเท้าปากของประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยสูงเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2555 และ 2556 ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจริง หรือจากการให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและรายงานโรคมามากขึ้น รวมถึงการปรับนิยามการเฝ้าระวังที่รวมเอาโรคแผลในคอหอยเป็นโรคที่ต้องรายงานในกลุ่มนี้ร่วมด้วย เมื่อพิจารณาลักษณะและรูปแบบการเกิดโรคพบรายงานผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม ซึ่งจัดเป็นฤดูกาลการระบาดที่เกิดขึ้นในทุกปี พบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและมีระยะเวลาการระบาดค่อนข้างยาวนาน โดยพบว่าการระบาดนั้นมีความสัมพันธ์กับการฤดูกาลหรืออีกนัยหนึ่ง คือ การเกิดโรคนั้นมีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิและความชื้นในช่วงฤดูฝนการแพร่กระจายของโรคที่มากขึ้นในช่วงฤดูฝนนั้นอาจสัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่อ่อนแอลง โดยเฉพาะในเด็ก นอกจากนั้นแล้วอากาศที่เย็นลงหรือช่วงฤดูฝน

อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ในกลุ่มเด็กจะอยู่รวมกันในอาคารเป็นส่วนใหญ่ในช่วงฤดูการดังกล่าว มีกิจกรรมและการเล่นของเล่นร่วมกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นแล้วการเปิดปิดภาคเรียนยังมีผลต่อการแพร่กระจายของโรค กล่าวคือพบผู้ป่วยสูงเพิ่มขึ้นตั้งแต่เริ่มเปิดภาคเรียน ลดลงในช่วงใกล้ปิดภาคเรียนและลดลงต่ำสุดในช่วงปิดภาคเรียน เนื่องจากกลุ่มเด็กมีโอกาสนใกล้ชิดกันมากกว่าในช่วงเปิดภาคเรียน^(1,2) จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังในช่วงฤดูกาลการระบาดเป็นพิเศษ

กลุ่มเสี่ยงสำคัญของโรคมือเท้าปาก คือ กลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลที่ยังมีลักษณะนิสัยชอบเล่นซุกซน ชอบหยิบจับอาหาร เอาของเข้าปาก และสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ประกอบกับการอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากและแออัด ใช้งานของหรือสิ่งของร่วมกัน หากมีคนใดคนหนึ่งป่วยก็จะติดต่อหรือระบาดไปสู่คนอื่นได้ง่าย⁽⁵⁾ ครูที่เลี้ยงหรือผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กกลุ่มนี้มากที่สุดที่จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อของเด็กที่ป่วยไปสู่เด็กปกติคนอื่นได้ โดยการเฝ้าระวังตรวจคัดกรองเด็กทุกคนทุกวัน หากพบเด็กป่วยต้องรีบแยกออกและให้หยุดเรียนจนกว่าจะหายป่วย รวมถึงให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ปกครองเพื่อพาเด็กไปรับการรักษาและให้แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเด็กอื่นในชุมชนได้อย่างถูกต้อง โดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดอบรมและส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคลากรกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ตามมาตรฐานการศูนย์เด็กปลอดภัยเพื่อให้การบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เป็นศูนย์เด็กปลอดภัยทุกแห่ง

ผู้ป่วยหลายรายโดยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงที่ติดเชื้อไวรัสเอนเทอโรแล้วไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปาก หรือผลในคอหอย อาทิ มีตุ่มน้ำหรือแผลในปาก ที่ฝ่ามือฝ่าเท้า หรือใช้สูง ผู้เชี่ยวชาญด้านไวรัสวิทยาแนะนำให้แพทย์ผู้ให้การรักษาควรใช้อาการข้างเคียงร่วมกับประวัติการป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของเพื่อนในโรงเรียน เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและรักษาโรค เพราะหากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมก็อาจจะสามารถช่วยเหลือชีวิตไว้ได้⁽¹⁾ ส่วนสัญญาณอันตราย คือ ใช้สูง อาเจียน หายใจเหนื่อยหอบ ภาวะบวม น้ำ ชีมี ชักกระตุก และน้ำตาลในเลือดสูง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งปัจจัยทางด้านบุคคลและอื่นๆ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว ชนิดของสายพันธุ์

หรือปริมาณเชื้อที่ได้รับ เป็นต้น เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Enterovirus ชนิดหรือสายพันธุ์เดียวกันแต่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน

จากข้อมูลที่ได้จากรายงานสอบสวนโรคพบว่ามีหลายเหตุการณ์ที่ไม่มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ วิทยาศาสตร์ อาจด้วยมีข้อจำกัดในหลายเรื่อง เช่น พบผู้ป่วยซ้ำเกินไป ผู้ปกครองปฏิเสธที่จะให้เก็บตัวอย่าง ไม่มีหรือมีงบประมาณจำกัด รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่มีความรู้ในการเก็บตัวอย่าง ทำให้มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะแสดงให้เห็นภาพรวมของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคในระดับประเทศได้ กรมควบคุมโรคควรประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพการตรวจยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการทุกแห่งร่วมดำเนินการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเชื้อ Enterovirus ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุขระดับเขตหรือจังหวัดทุกแห่ง โดยในปีนี้เป็นการศึกษาสำรวจ เพื่อให้ได้แนวทางและทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงของเชื้อก่อโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก

การดำเนินงานเพื่อสามารถตรวจจัดการระบาดได้อย่างรวดเร็ว กรณีที่พบเด็กป่วยหรือมีความผิดปกติแม้เพียงรายเดียว ครูที่เลี้ยงหรือผู้ดูแลเด็กควรรายงานโรคเบื้องต้นให้กับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบโดยเร็ว เพื่อที่จะสามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมทันเวลาเพื่อป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจากข้อมูลรายงานสอบสวนโรค พบหลักฐานยืนยันมีเพียงเหตุการณ์เดียวที่มีการแจ้งให้หน่วยงานสาธารณสุขทราบ แต่เป็นการแจ้งภายหลังจากมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและไม่สามารถควบคุมการระบาดได้แล้ว โดยส่วนใหญ่จะทราบข่าวการระบาดภายหลังจากที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว มีการรายงานหรือแจ้งข่าวตามระบบ มีบางหน่วยงานใช้วิธีการค้นหาและตรวจสอบข่าวการระบาดจากโปรแกรมออนไลน์จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ของสำนักโรคระบาดวิทยา

สรุป

กลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-4 ปี จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญของโรคมือเท้าปาก โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนในรายที่มีอาการรุนแรงที่ติดเชื้อกลุ่มไวรัสเอนเทอโรบางครั้งไม่แสดงอาการของโรคมือเท้าปาก หรือผลในคอหอย แพทย์ผู้ให้การรักษาควรใช้อาการข้างเคียงร่วมกับประวัติการป่วยด้วยโรคมือเท้าปากของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความใกล้ชิดกันเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและรักษาโรค เพื่อป้องกันการระบาดเป็นวงกว้างช่วงในฤดูกาลของระบาดของโรคซึ่งตรงกับฤดูฝน ครูที่เลี้ยง ครูประจำชั้นหรือครูอนามัยโรงเรียนต้องให้การเฝ้าระวังโรคเป็นพิเศษโดยตรวจคัดกรองเด็กทุกวัน หากพบเด็กมี

ไข้หรือมีอาการสงสัยเป็นโรคมือเท้าปาก ต้องแยกผู้ป่วยไม่ให้คลุกคลีกับเด็กปกติ รายงานโรคโดยเร็ว แนะนำให้เด็กหยุดเรียนและส่งต่อเพื่อรักษาเน้นการรักษาสุขอนามัยโดยการล้างมือและการรักษาความสะอาดของเล่น อุปกรณ์ของใช้และสถานที่รวมถึงและสิ่งแวดล้อมตลอดจนหน่วยงานทั้งสาธารณสุข ศึกษาธิการ การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องจะต้องให้การสนับสนุนและร่วมมือกัน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และการป้องกันโรคมือเท้าปากแก่ผู้ปกครองและประชาชนทั่วไป จึงจะสามารถช่วยลดการเกิดและการแพร่ระบาดของโรคลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ทองเจริญ. ระบาดบันลือโลก : โรคมือ เท้า ปาก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2555.
2. กุลกัญญาโชคไพฑูริย์กิจ. โรคมือ-เท้า-ปาก (Hand-Foot-And-Mouth Disease; HFMD) และโรคจากเชื้อ Enterovirus 71 (EV-71). [สืบค้นวันที่ 8 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaipediatrics.org/html>
3. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรคมือเท้าปาก. 2557 [สืบค้นวันที่ 8 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก http://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/fact_sheet/4_57.pdf
4. องค์การอนามัยโลก. สถานการณ์โรคมือเท้าปากภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. 2556 [สืบค้นวันที่ 8 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/HFMD.epi_curves/en/index.html

5. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงาน โรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
6. Samphutthanon R, Tripathi NK, Ninsawat S and Duboz R. Spatio-Temporal Distribution and Hotspots of Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) in Northern Thailand. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014; 11:312-36.
7. Onozuka D and Hashizume M. The influence of temperature and humidity on the incidence of hand, foot, and mouth disease in Japan. Sci. Total Environ. 2011, 410-411, 119-25.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สมคิด คงอยู่, เสาวพัตร อึ้งจ้อย. ระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปากและการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสในประเทศไทย ปี พ.ศ 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2557; 45: 97-105.

Suggested Citation for this Article

Kongyu S, Hinjoy S. Epidemiology of Hand Foot Mouth Disease and Enteroviruses Infection in Thailand, 2013. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2014; 45:

Epidemiology of Hand Foot Mouth Disease and Enteroviruses Infection in Thailand, 2013

Authors: Somkid Kongyu, Soawapak Hinjoy

Communicable Disease Surveillance System Development Section, Bureau of Epidemiology, DDC

Abstract

Background: Hand-foot-and-mouth (HFMD) disease can be occurred in worldwide. There were reports of outbreaks caused by enterovirus 71 (EV-71) in many countries around Asia.

Objectives and Methods: Reviewing a disease situation from database of passive surveillance (R506) and database of event base surveillance were a cornerstone to gain knowledge on epidemiological patterns and transfer to health policies on prevention and control program.

Results: In 2013, 46,053 HFMD cases were reported to R.506 (morbidity rate was 72.50 per 100,000 populations). A proportion of female and male was 1:1.32. HFM was mostly found among infants and young children group of 0-4 years old (1,058 per 100,000 populations). Most outbreaks were occurred in child care centers and kindergartens. The Northern, especially in Chiang Rai province were highest morbidity rate (120.84 per 100,000 populations in Northern and 255.41 per 100,000 populations in Chiang Rai). There were 72 events reported in the event base surveillance. A pattern of the disease was categorized into two groups. One was patients who infected to Enterovirus showed skin lesion and most of them were mild symptoms including fever, blisters and ulcers in mouth/hands/feet/bottom. The other group was patients who infected to Enterovirus without skin lesion and most of them were severe case. The severe complications such as high fever, frequent vomit and diarrhea, dehydration, fatigue, dozily, seizures, pulmonary edema, shock and unconscious, cardiomyositis, cardio-circulatory failure caused fatal case. A range of period from date of onset to date of death was 2-11 days (median was 6 days). The infected classmates and infected family members were important host in transmission of the disease. Eight of 12 death cases (67%) had positive results of EV-71 among cases or close contacts. Without a definitely sign of HFMD or Herpangina symptom, physicians should also consider other factors of close contact with neighbor or family members who had signs of HFMD.

Conclusion: It should be strengthening surveillance system at child cares by asking cooperation from baby-sitter and teacher to screen childhood illness every day. If any child has a symptom of HFMD, activities of isolation, referring and timely reporting to the public Health officer needed to be done.

Keywords: Epidemiology, Hand Foot Mouth, Enterovirus



สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (Outbreak Verification Summary)

สิริลักษณ์ รัชชิวรงค์, ศศิธรณ์ มาแอะเคียน, กันทิลา ทวีวิทยการ, วิฑิตพงษ์ ยิ่งยง, พจมาน ศิริอารยาภรณ์

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักโรคระบาดวิทยา *Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology*

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคประจำสัปดาห์ที่ 7 ระหว่างวันที่ 16 - 22 กุมภาพันธ์ 2557 สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดนก 1 ราย กรุงเทพมหานคร
ผู้ป่วยชาย 37 ปี ชาวเวียดนาม อาชีพขายอาหารแกวลาตพราว เริ่มมีอาการเหนื่อยวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2557 ขณะเดินทางอยู่ในประเทศลาว วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2557 ถึงประเทศไทย เข้ารักษาที่

โรงพยาบาลเอกชน A แพทย์ให้ยารักษาอาการหวัดมารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 อาการเหนื่อยมากขึ้น เข้ารักษาที่โรงพยาบาลเอกชน B แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลเสมหะมีเลือดปน รักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผลตรวจร่างกายพบ

