

นพรัตน์ มงคลกลาง, ขวัญชนก ชีระ, กรวิภา สันธิ, จุฬาลักษณ์ จันทรเสนา, บุณย์วิษญ์ วรสิงห์, สมรักษ์ สารภี, จิราภรณ์ หนองใหม่, ธนาวิดี ตันติทวีวัฒน์

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ พบโรค ภัยสุขภาพ และเหตุการณ์ที่สำคัญในสัปดาห์ที่ 11 ระหว่างวันที่ 12-18 มีนาคม 2566 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคเมลิออยด์ซิสเสียชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา สมุทรปราการ กำแพงเพชร

จังหวัดนครราชสีมา พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 35 ปี สัญชาติไทย อาชีพค้าขายน้ำผลไม้ปั่น ปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะป่วยอยู่ที่ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการไข้สูง มีไข้ตอนกลางคืน หนาวสั่น อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ซ้ำอาการรับประทานเอง อาการทุเลา ต่อมาวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 อาการไม่ดีขึ้น จึงไปรักษา ที่คลินิกแห่งหนึ่ง ได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อ 3 วัน วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 หลังฉีดยาฆ่าเชื้อ อาการไม่ดีขึ้น และมีอาการถ่ายเหลวเป็นมูกสีน้ำตาล 1 ครั้ง จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์พิจารณาให้พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 มีอาการเหนื่อย เพลีย หายใจหอบเหนื่อย แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ วินิจฉัยเบื้องต้น Septic shock with Disseminated Intravascular Coagulation with Respiratory failure และส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ส่งตรวจเพาะเชื้อก่อโรคจากเลือด วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2566 พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* แพทย์วินิจฉัย Melioidosis วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 08.30 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต สาเหตุการเสียชีวิต Melioidosis Septicemia with Shock ประวัติเสี่ยงก่อนป่วย คือ เดินลุยน้ำบางครั้ง และมีกิจวัตรประจำวัน คือ ไปเตะฟุตบอล ที่สนามหญ้าเทียม แถวทุ่งทะเล ตำบลหัวทะเล 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งบริเวณสนามฟุตบอลจะเป็นบ่อบำบัดน้ำเสีย ก่อนป่วยพบแผลเป็นสะเก็ดบริเวณต้นขา

การดำเนินการ งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา แจ้งข้อมูลและประสานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อดำเนินการสอบสวนควบคุม ป้องกันโรค และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม แจ้งข้อมูลการรักษา

เพิ่มเติมแก่ส่วนกลาง

จังหวัดสมุทรปราการ พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 91 ปี สัญชาติไทย โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้ประกอบอาชีพ พักอาศัยอยู่คนเดียว สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขณะป่วยอยู่ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านของผู้ป่วยเป็นชุมชนเมือง ไม่ติดกับพื้นที่ทำการเกษตร บริเวณรอบบ้านเป็นร้านค้า ประกอบธุรกิจ ไม่มีประวัติสัมผัสหรือทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับน้ำ หรือดิน และไม่มีประวัติเดินทางออกจากบ้าน ปลุกผักสวนครัวทานเองในครอบครัว โดยใช้น้ำจากคลองบริเวณใกล้บ้านรดน้ำผัก เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว โดยญาติได้นำเครื่องช่วยหายใจส่วนตัวเลี้ยงของบ้านญาติที่ประกอบธุรกิจเพาะพันธุ์สัตว์ให้ผู้ป่วยใช้ระหว่างรอรถพยาบาล และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ แพทย์วินิจฉัย R/O Stroke และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย ICU อายุรกรรม 2 ต่อมามีอาการไข้สูงและหายใจหอบเหนื่อย วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธี Hemoculture พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* วันที่ 7 มีนาคม 2566 เวลา 23.33 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ระบุโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต คือ Ventilator Acquired Pneumonia, Congestive Heart Failure และ Acute Cerebral Infarction โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน คือ Atrial Fibrillation และ Acute Kidney Injury สาเหตุการตายในมรณบัตร คือ ปอดอักเสบติดเชื้อ

การดำเนินการ

1) ทีมสอบสวนโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พร้อมด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ลงพื้นที่ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2566

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ เฝ้าระวังการเกิดโรคและการแพร่ระบาดในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสให้แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ได้รับทราบถึงข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และวิธีการป้องกันอย่างถูกต้อง

3) พ้นยาฆ่าเชื้อ 70 ตารางวา ที่ร้านเพาะพันธุ์สัตว์

จังหวัดกำแพงเพชร พบผู้เสียชีวิต 1 ราย ชายไทย อายุ 49 ปี สัญชาติ ขณะป่วยอยู่ต๋าลปางมะค่า อำเภอชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2566 ด้วยอาการไข้ ไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี และโรงพยาบาลกำแพงเพชร เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* วันที่ 5 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยเสียชีวิต

การดำเนินการ ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ลงสอบสวนโรคในวันที่ 21 มีนาคม 2566

2. การประเมินความเสี่ยงของการจมน้ำในเด็กไทย

จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า ปี พ.ศ. 2561-2565 มีเด็กไทย (อายุ < 15 ปี) จมน้ำเฉลี่ย 965.8 ราย ต่อปี (ช่วงระหว่าง 840-1,127 ราย) เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 126.6 ราย (ช่วงระหว่าง 93-161 ราย) กลุ่มอายุที่มีรายงานการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ < 5 ปี และ 10-14 ปี ตามลำดับ เดือนที่มีรายงานจมน้ำเสียชีวิตของเด็กไทยมากที่สุด คือ ช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม ซึ่งเป็นช่วงปิดเทอมฤดูร้อน ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบว่าตั้งแต่ 1 มกราคม-14 มีนาคม 2566 มีรายงานเด็กอายุ < 15 ปี จมน้ำ 286 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 47 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิตจากจมน้ำ 0.64 ต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่มีรายงานเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 เขตสุขภาพที่ 6 และเขตสุขภาพที่ 8 ตามลำดับ แหล่งน้ำที่เกิดเหตุการณ์มากที่สุด ได้แก่ คลอง แม่น้ำ แหล่งน้ำที่ใช้ในเกษตรกรรม ทะเล และสระวายน้ำ ตามลำดับ โดยลักษณะเหตุการณ์ที่พบบ่อย ได้แก่ เด็กลงเล่นน้ำโดยไม่แจ้งผู้ปกครอง หรือ ไม่มีผู้ปกครองดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา อุบัติเหตุพลัดตกแหล่งน้ำที่ไม่มีขอบกั้น และเล่นน้ำ ในบริเวณที่มีคลื่นลมแรง

3. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-11 มีนาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วย 27,258 ราย อัตราป่วย 41.19 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย ในจังหวัดสงขลา อัตราป่วยตาย 0.005 สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 สัปดาห์นี้รายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นและสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

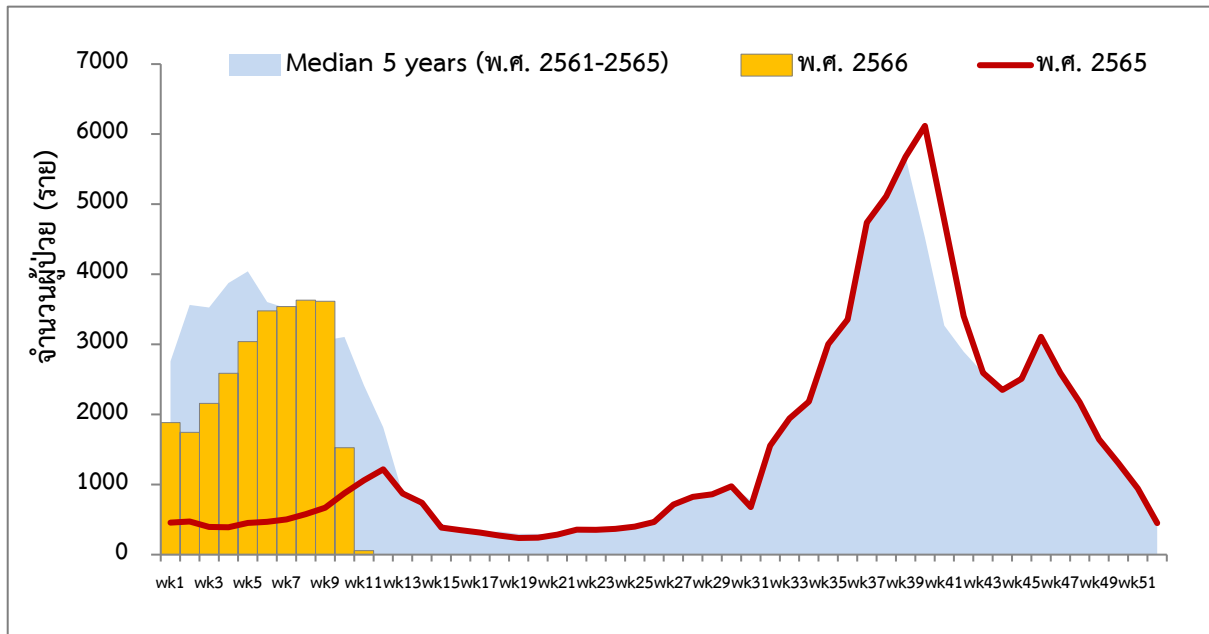
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่พบในกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 174.39 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5-14 ปี (158.19) และกลุ่มอายุ 15-24 ปี (28.00) ตามลำดับ

ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคเหนือ เท่ากับ 59.11 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็น ภาคใต้ (51.81) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (35.95) และภาคกลาง (32.01) ตามลำดับ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 10 อันดับแรก ได้แก่ แพร่ อัตราป่วย 190.20 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ พัทลุง (144.09) อุบลราชธานี (119.95) พะเยา (119.82) เชียงใหม่ (110.17) ภูเก็ต (98.91) น่าน (82.31) กรุงเทพมหานคร (75.26) มุกดาหาร (70.45) และขอนแก่น (65.38) ตามลำดับ

ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) และกลุ่มอาการปอดบวมจากโรงพยาบาลเครือข่ายของกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-11 มีนาคม 2566 ได้รับตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,901 ราย ผลตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ 203 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.68 แยกเป็นชนิด A/H3N2 จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 59.61) ชนิด B จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 29.56) และชนิด A/H1N1 (2009) จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 10.84) โดยในสัปดาห์ที่ 10 (ระหว่างวันที่ 5-11 มีนาคม) ได้รับตัวอย่างผู้ป่วยส่งตรวจทั้งสิ้น 189 ราย จากโรงพยาบาลเครือข่าย 11 แห่ง พบให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.58 แยกเป็นชนิด A/H3N2 จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 45.00) ชนิด B จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35.00) และชนิด A/H1N1 (2009) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20.00) จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 189 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-11 มีนาคม 2566 มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สะสม 7 เหตุการณ์ จากจังหวัดแพร่ สงขลา ร้อยเอ็ด อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ แม่ฮ่องสอน และพะเยา ในสัปดาห์ที่ 10 (ระหว่างวันที่ 5-11 มีนาคม) มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 1 เหตุการณ์ รายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 117 ราย ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดพะเยา พบผู้ป่วยเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2566 ดำเนินการสอบสวนโรคและสุ่มเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันเชื้อด้วยวิธี RT-PCR ที่ห้องปฏิบัติการสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 5 ราย ผลตรวจพบเชื้อ Influenza A 4 ราย (ร้อยละ 80) แยกเป็นชนิด A/H3N2 จำนวน 3 ราย และไม่ทราบชนิด 1 ราย



แหล่งข้อมูล : ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตใช้หวัดใหญ่ รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565, 2566 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

สถานการณ์ต่างประเทศ

การระบาดของโรคหัด ประเทศเนปาล

เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2566 พบเหตุการณ์การระบาดของโรคหัดในเมืองเนปาลกันจ์ เขตแบงค์ ประเทศเนปาล โดยได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการสาธารณสุขแห่งชาติ (The National Public Health Laboratory; NPHL) มีการติดตามอาการไข้และผื่นในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว และดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก พบว่าผู้ป่วยโรคหัดรายแรก มีอาการเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565 และมีรายงานการระบาดเพิ่มเติมใน 7 เขตทางตะวันตก (เขตแบงค์ 327 ราย เขตสุรเขต 62 ราย เขตบาร์ดียา 49 ราย เขตโกลาลี 39 ราย เขตกาญจนปุระ 27 ราย เขตบาจูรา 13 ราย และเขตแดง 12 ราย) และ 3 เขตทางตะวันออก (เขตมโหดตารี 103 ราย เขตสุนารี 34 ราย และเขตโมรัง 24 ราย) โดยข้อมูลผู้ป่วยโรคหัดสะสม ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565–10 มีนาคม 2566 มีทั้งหมด 690 ราย และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14) ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 591 ราย คิดเป็นร้อยละ 86 แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบผู้ป่วยในกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี และมีอายุมากที่สุด คือ 73 ปี

พื้นที่การระบาดของโรคหัดอยู่ในเขตที่มีพรมแดนติดกับประเทศอินเดีย เนื่องจากมีพรมแดนที่เปิดร่วมกันระหว่าง 2 ประเทศ อีกทั้งโรคหัดยังเป็นโรคระบาดเฉพาะถิ่น จึงไม่สามารถระบุแหล่งที่มาของโรคได้อย่างแน่ชัด หากไม่มีการศึกษาระบาด-

วิทยาทางอนุโมเลกุลเพิ่มเติม นอกจากนั้น ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน ในการพัฒนาพื้นที่สำหรับเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด และการวางแผนจุลภาคสำหรับการให้บริการสร้างภูมิคุ้มกันโรคโดยใช้กลยุทธ์การเข้าถึงทุกอำเภอ (Microplanning for immunization service delivery using the Reaching Every District (RED) strategy) ทำให้มีการประชาสัมพันธ์ถึงการสร้างภูมิคุ้มกันน้อยมาก รวมถึงขาดความตระหนัก ทำให้เด็กจำนวนมากไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคหัด

การระบาดของโรคหัดเกิดขึ้นในประชากรที่มีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าปกติ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการหยุดให้บริการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามปกติในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงคุณภาพของกิจกรรมการเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดและหัดเยอรมัน (MR) ทั่วประเทศที่ดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในรายงานไม่ได้รับการฉีดวัคซีน จำนวน 400 ราย (ร้อยละ 58) ซึ่งในจำนวนดังกล่าว เป็นผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 4 ปี มากที่สุดจำนวน 272 ราย (ร้อยละ 68) และในกลุ่มอายุ 1–4 ปี และ 5–9 ปี ได้รับวัคซีน 2 ครั้งขึ้นไป เพียงร้อยละ 31 และ 28 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไวต่อการติดเชื้อในกลุ่มประชากรดังกล่าวจากการประมาณการของ WHO/UNICEF เกี่ยวกับความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประเทศเนปาล ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มแรก (MCV1) และเข็มที่สอง (MCV2) อยู่ที่ร้อยละ 90 และร้อยละ 87 ตามลำดับ

การตอบสนองทางด้านสาธารณสุข

1. ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก พร้อมทั้งรวบรวมรายชื่อและให้วิตามินเอแก่ผู้ที่มีอาการไข้ และผื่น

2. ดำเนินการระดมบุคลากรด้านสุขภาพรวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (HCW) องค์กรพัฒนาเอกชนในท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคจาก WHO, UNICEF, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยสุขภาพของเมืองเนปาลกันจ้ เพื่อดำเนินมาตรการรับมือ

3. ดำเนินการปูพรมฉีดวัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัดเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2566 ที่เมืองเนปาลกันจ้ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 15 ปี (ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 มีเด็กทั้งหมด 153,485 คน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมัน (MR) 1 เข็ม โดยมีเป้าหมายครอบคลุม ร้อยละ 100) รวมถึงดำเนินการในเขตเทศบาลใกล้เคียง (เขตขจรา เขตนารายนาปุร์ เขตดูควา เขตยักกี เขตปริตติเสนารี เขตไบจานัท และเขตโคฮาลปุร์)

4. ดำเนินการปูพรมฉีดวัคซีนเพื่อให้บริการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัดและหัดเยอรมัน ในเขตแบงค์ และไกลาลี สำหรับเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 15 ปี และรัฐบาลวางแผนที่จะขยายไปยังเขตอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบ/มีความเสี่ยงสูงทางตะวันตกของประเทศเนปาล

5. เสริมสร้างการเฝ้าระวังโรคหัด และการระดมทีมตอบสนองอย่างรวดเร็วของเขต (RRT) ในเขตแบงค์

6. ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีวัคซีนและการขนส่งที่เพียงพอตลอดจนยาสำหรับการรักษาแบบประคับประคอง มีเจ้าหน้าที่รัฐบาลระดับจังหวัด และรัฐบาลกลางในกรณีที่เป็นเร่งด่วน

การประเมินความเสี่ยงขององค์การอนามัยโลก

แม้ว่าโรคหัดจะเป็นโรคเฉพาะถิ่นในประเทศเนปาล และมีรายงานทุกปี แต่ขนาดและขอบเขตของการระบาดในปัจจุบันกลับสูงผิดปกติเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลปัจจุบันและข้อมูลที่มีอยู่ ความเสี่ยงโดยรวมของโรคหัดในระดับประเทศได้รับการประเมินว่าสูงเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้ :

1. การระบาดเริ่มรายงานในเมืองเนปาลกันจ้ จังหวัดลุมพินี และได้ขยายออกไปในวงกว้าง โดยมีรายงานผู้ป่วยในเขตเทศบาลและจังหวัดที่อยู่ติดกันทางตะวันตก รวมถึงทางตะวันออกของประเทศเนปาลด้วย

2. จำนวนผู้ป่วยอาจสูงกว่าที่รายงาน เนื่องจากผู้ป่วยในชุมชนมักไม่ถูกนับ เนื่องจากกิจกรรมการเฝ้าระวังที่ไม่เหมาะสม และการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

3. มีกลุ่มผู้ย้ายถิ่น และมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรจำนวนมาก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคหัด : ประชากรผู้ย้ายถิ่นจำนวนมากอาจไม่มีข้อมูล หรือเข้าไม่ถึงถึงสถานบริการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัด

4. การระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีรอยต่อระหว่างประเทศอินเดีย และประเทศเนปาล

5. ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนต่ำ เนื่องจากการหยุดให้บริการเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

6. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การแพร่ระบาดไปยังอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง การตรวจพบผู้ป่วยโรคหัดในชุมชน ที่มีการเคลื่อนย้ายสูง และชนกลุ่มน้อย ภูมิคุ้มกันของประชากรต่ำในอำเภอที่ได้รับผลกระทบ และการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดน การแพร่ระบาดของโรคหัดในต่างจังหวัด และต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะจากองค์การอนามัยโลก

โรคหัดสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน ซึ่งให้ภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตในผู้รับส่วนใหญ่ แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่ที่มีความไวต่อการได้รับเชื้อทุกคน สำหรับผู้ที่ไม่มีข้อห้ามในการฉีดวัคซีนโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแห่งชาติต้องรับประกันความปลอดภัยในการให้บริการสร้างภูมิคุ้มกัน ที่สามารถเข้าถึงเด็กทุกคนด้วยวัคซีนโรคหัด 2 เข็ม ในประเทศที่มีระบบสุขภาพระดับปานกลางถึงอ่อนแอ การรณรงค์การสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัดเป็นประจำจะสามารถปกป้องเด็กที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามปกติได้ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้รักษาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนอย่างน้อยร้อยละ 95 ด้วยวัคซีนป้องกันโรคหัด (MCV) ทั้งเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 พร้อมทั้งเสริมสร้างการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแบบบูรณาการของโรคหัดและหัดเยอรมัน เพื่อให้บรรลุผลการตรวจหากรณีต้องสงสัยทั้งหมดในที่สาธารณะและเอกชน

จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตรวจพบและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคหัดอย่างรวดเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคหัดสามารถลดลงได้ด้วยการดูแลแบบ การได้รับโภชนาการที่ดี การได้รับปริมาณของเหลวที่เพียงพอ และการรักษาภาวะขาดน้ำด้วยวิธีการให้สารน้ำทดแทนทางปาก ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด วิธีการแก้ปัญหานี้จะแทนที่ของเหลวและองค์ประกอบที่จำเป็นอื่น ๆ ซึ่งสูญเสียไปจากอาการท้องเสียหรืออาเจียน ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคตาและหู และโรคปอดบวม แม้ว่าจะไม่มียาด้านไวรัสสำหรับโรคหัดโดยเฉพาะ แต่แนะนำให้มีการให้วิตามินเอในปริมาณที่ใช้รักษาทันทีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในเด็กที่ติดเชื้อ