



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 54 ฉบับที่ 9 : 10 มีนาคม 2566

Volume 54 Number 9: March 10, 2023

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



## สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (Outbreak Verification Summary)

วรพล อมรวิทย์, อรณัฐ ศรีหะตม, อูมานาฏ อุณอนันต์, อรอุมา คำคาวี, ธนัชพร มุสิกะบุตร, ปุณยวีร์ ศรีศิริรินทร์

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ พบโรค ภัยสุขภาพ และเหตุการณ์ที่สำคัญในสัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์-4 มีนาคม 2566 ดังนี้

### 1. โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต 3 เหตุการณ์

#### จังหวัดปทุมธานี

พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 8 ปี อาศัยอยู่ที่ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี เริ่มป่วยวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 มีอาการไข้ ไอ เสมหะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ทานได้น้อย เวลากินยาจะอาเจียน ได้ไปรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งย่านสะพานแดง แพทย์ระบุว่าป็นไข้หวัดใหญ่ ได้ยาลดไข้ และยามาเชื่่อมารับประทาน อาการทุเลาลงเล็กน้อย วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2566 มีอาการซึมลง ไม่เล่น ใช้สูลอย ทานอาหารได้น้อย มีน้ำมูก อาเจียน ถ่ายเหลว ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระธาตปิฎก สัญญาณชีพ แกร็บ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 104/51 มิลลิเมตรปรอท และระดับออกซิเจนในเลือดร้อยละ 96 ผลการตรวจหาเชื้อด้วยชุดทดสอบ Dengue NS1 Antigen ให้ผลบวก ตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgG และ IgM ให้ผลบวก ผลตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด พบเม็ดเลือดขาว 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร ความเข้มข้นของเลือด ร้อยละ 29 และเกล็ดเลือด

103,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ปัสสาวะเป็นสีใค้ก ซึมลง ไม่ตอบคำถาม แพทย์วินิจฉัยไข้เลือดออก จึงส่งตัวไปโรงพยาบาลปทุมธานี วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการรักษาโดยให้สารน้ำ 9 ชั่วโมง ผลการรักษาโดยรวมไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 เบื้องต้นผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว เหนื่อย สัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/98 มิลลิเมตรปรอท การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดดำ (Venous blood gas: VBG) ผลค่าพีเอช 7.2 ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด 38.4 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันออกซิเจนในเลือด 44.9 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของไบคาร์บอเนตไอออน 14.4 มิลลิเมตรปรอท Base excess: BE 12.7 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์จึงได้ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมีอาการเลือดออกมาก มีน้ำในช่องท้องปริมาณมาก และมีอาการซึม แพทย์จึงเจาะ



◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์-4 มีนาคม 2566	129
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์-4 มีนาคม 2566	134
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2566	139

ระบายน้ำจากหน้าห้อง ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็นไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome: DSS) ข้อมูลจากการสอบสวนโรคเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 พบว่าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชาย อายุ 10 ปี เริ่มป่วยวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 หายเป็นปกติแล้ว รายที่ 2 เริ่มป่วยวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 หายป่วยวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยรายที่ 3 (ผู้ป่วยเสียชีวิต) เริ่มป่วยวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 และเสียชีวิต วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 ประวัติผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีพี่น้องทั้งหมด 5 คน พบน้องชายผู้เสียชีวิต มีอาการไข้และผื่นขึ้นตามตัว เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ได้เข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ยานสะพานแดง และได้รับยาพาราเซตามอล ยาแก้ปวด ยาแก้ท้องอืดและเกลือแร่มารับประทาน แต่ไม่ได้รับการเจาะเลือดตรวจหาไข้เลือดออก ปัจจุบันหายป่วยแล้ว

**การดำเนินการ** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูคต ประสานขอข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยและลงพื้นที่ควบคุมโรคเพิ่มเติม ให้ความรู้แก่ชุมชน ดำเนินการสำรวจสิ่งแวดล้อม และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในโรงเรียน วัด ชุมชน ใกล้เคียง และพื้นที่โดยรอบโรงเรียน และเทศบาลเมืองลำสามแก้ว ลงพื้นที่ควบคุมโรค จัดการสิ่งแวดล้อมในรัศมี 100 เมตรรอบบ้านผู้ป่วย และพ่นเคมีกำจัดยุงตัวแก่

**จังหวัดจันทบุรี** พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 30 ปี อาศัยอยู่ที่ตำบลแก่งหางแมว อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 มีอาการถ่ายเหลว อาเจียน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทานอาหารไม่ได้เลย ปวดจุกใต้ลิ้นปี่ ลมดันขึ้น อ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง มีประวัติซื้อยาพาราเซตามอล มารับประทานเอง 3 วันต่อมาอาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแก่งหางแมว วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 82/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่างร้อยละ 93-94 ระดับน้ำตาลในเลือด 210 มิลลิกรัม/เดซิลิตร รายงานแพทย์เวรรับทราบส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ค่าวิกฤต เกล็ดเลือด 7,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ความเข้มข้นของเลือดร้อยละ 59.6 ผลการตรวจหาเชื้อด้วยชุดทดสอบ Dengue NS1 Antigen ให้ผลบวก ตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgG และ IgM ให้ผลบวก และตรวจระดับแลคเตทในเลือด 11.2 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น Dengue hemorrhagic fever with shock และส่งตัวผู้ป่วยไป

รับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตภายในวันเดียวกัน ได้รับรายงานผลตรวจ Dengue Serotype ด้วยเทคนิค Real time RT-PCR วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 เป็น Dengue Serotype 3 ทีมสอบสวนควบคุมโรค อำเภอแก่งหางแมว สอบสวนโรคเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยมีประวัติพักอาศัยอยู่ 2 แห่ง ในช่วง 14 วันก่อนป่วย คือ ช่วงเวลา 08.00-16.00 น. พักอาศัยที่บ้านหมู่ 3 ตำบลแก่งหางแมว ผู้อาศัยร่วมบ้าน จำนวน 3 คน คือ บิดา มารดา และลูกสาว ช่วงเวลา 16.00-08.00 น. พักอยู่ที่บ้านสามมี หมู่ 20 ตำบลแก่งหางแมว ผู้อาศัยร่วมบ้าน จำนวน 3 คน คือ สามมี พ่อ-แม่สามมี และน้องสามมี โดยในรัศมี 100 เมตรรอบบ้านของผู้ป่วย มีบ้านเรือนจำนวน 4 หลังคาเรือน พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย House index (HI) ร้อยละ 75.00 Container Index (CI) ร้อยละ 65.63

**การดำเนินการ** ทีมสอบสวนควบคุมโรคอำเภอแก่งหางแมว องค์การบริหารส่วนตำบลแก่งหางแมว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี พร้อมด้วยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.5 จันทบุรี ลงพื้นที่ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ตามมาตรการ 3-3-1 และเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ สำรวจทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน จนครบ 28 วัน และมีแผนพ่นควบคุมยุงพาหะ ใน day 0 (วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566) และ day 7 (วันที่ 3 มีนาคม 2566) พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ สื่อสารความเสี่ยง เน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อออนไลน์ที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชน มีการป้องกันโรคอย่างทั่วถึงเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว

**จังหวัดชลบุรี** พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย ชายไทย อายุ 37 ปี อาชีพค้าขาย อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ไอแห้ง ไอแล้วเหนื่อย ไม่มีเสมหะปนเลือด ร่วมด้วยกับคลื่นไส้ อาเจียน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมืองพัทยา วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 สัญญาณชีพเบื้องต้น ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือดร้อยละ 98 ผลตรวจห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบเม็ดเลือดขาว 12,890 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่าระดับโปรตีนหรือสารสีแดงในเซลล์เม็ดเลือดแดง 21.4 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นของเลือดร้อยละ 65 เกล็ดเลือด 6,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ร้อยละ 69 การตรวจปัสสาวะ Blood urea nitrogen 33 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine 3.03 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Sodium 130 มิลลิโมลต่อลิตร

Potassium 5.9 มิลลิโมลต่อลิตร ระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด (International normalized ratio: INR) 2.14 ตรวจระยะเวลาทำงานของโปรทรอมบิน (Prothrombin time test: PTT) 73 วินาที ระดับน้ำตาลในเลือดย่อยละ 146 ผลการตรวจหาเชื้อด้วยชุดทดสอบ Dengue NS1 Antigen ให้ผลบวกอ่อน ตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgG และ IgM ให้ผลบวก ตรวจ COVID-19 แบบ antigen ผลเป็นลบ แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น ไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome: DSS) ร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) และภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ระหว่างรอส่งตัวไปโรงพยาบาลชลบุรี ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น 2 ครั้ง เวลา 11.00 น. และ 11.51 น. ทำการฟื้นคืนชีพ (Cardio-Pulmonary Resuscitation: CPR) เมื่อผู้ป่วยมีชีพจร ได้ส่งตัวไปยังโรงพยาบาลชลบุรี เวลา 13.53 น. ขณะมาถึงแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลชลบุรี ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น 2 ครั้ง เวลา 14.10 น. และ 14.37 น. แพทย์ได้ทำการฟื้นคืนชีพ สุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิต ในเวลา 14.42 น. และเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพื่อตรวจหา Dengue Serotype ที่ห้องปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2566 ผลตรวจด้วยเทคนิค Real time RT-PCR พบ Dengue Serotype 2

**การดำเนินการ** ทีมสอบสวนควบคุมโรคอำเภอบางละมุง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ-โดยแมลงที่ 6.1 ศรีราชา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ตามมาตรการ 3-3-1 และเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ สํารวจทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และพ่นควบคุมยุงพาหะในพื้นที่เกิดโรค รวมถึงวางแผนประชาสัมพันธ์สื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนมีการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกอย่างทั่วถึงและสามารถเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว

## 2. การประเมินความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-1 มีนาคม 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 6,156 ราย เพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ก่อน 707 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ราย อัตราป่วย 9.30 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยสะสมสูงกว่าปีที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันถึง 6.6 เท่า เมื่อเทียบเฉพาะเดือนมกราคมของปีที่แล้ว พบว่าสูงกว่าโดยคิดเป็น 7.6 เท่า มากกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 1.9 เท่า โดยโรคไข้เลือดออกติดต่อจากคนสู่คนโดยช่องทางหลัก คือ ถูกกัดโดยยุงลายทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดเมื่อยร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน หรือมีประวัติไข้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS ยาลดไข้สูงไอบูโพรเฟน เพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตได้ ซึ่งจากสถานการณ์จำนวนแนวโน้มโรคที่พบได้มากขึ้นและความรุนแรง

ดังที่กล่าวไป เห็นควรส่งเสริมการยกระดับในการทำการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดังนี้ คือ

1. ภาคประชาชน และสถานบริการเอกชน ได้แก่ การเน้นย้ำสร้างความตระหนักรู้ถึงอาการสำคัญ ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และหลีกเลี่ยงการใช้ยาลดไข้สูงไอบูโพรเฟนในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เนื่องจากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยไข้เลือดออกได้

2. ภาคบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขผู้ทำการรักษา ได้แก่ ทบทวนสร้างความรู้ความเข้าใจแนวทางการรักษา การคัดกรองการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเตือนที่บ่งถึงภาวะวิกฤติของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (warning signs)

3. ภาคบุคลากรสาธารณสุขผู้ทำการควบคุมป้องกันโรค ได้แก่ การส่งเสริมการทำกิจกรรมการสำรวจลูกน้ำยุงลาย พ่นหมอกควันสารเคมี และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างสม่ำเสมอ

4. ภาคองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ประสานงานสร้างภาคีเครือข่าย ร่วมด้วยกับอํานวยความสะดวกและส่งเสริมการทำงานในข้อ 1-3 ที่กล่าวมาข้างต้น

ด้วยการบูรณาการของทุกภาคส่วนที่กล่าวมา เชื่อมั่นว่าจะช่วยลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 นี้ได้

## สถานการณ์ต่างประเทศ

### 1. สถานการณ์ใช้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 ประเทศกัมพูชา

เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 จุดประสานกฏอนามัยระหว่างประเทศของกัมพูชาได้รายงานต่อองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกชนิด A สายพันธุ์ H5N1 ในมนุษย์ ซึ่งเป็นเด็กหญิงอายุ 11 ปี จากจังหวัดเปรย์แวง ทางตอนใต้ของประเทศไทย วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 มีอาการไข้ ไอและเจ็บคอ และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลกุมารเวชแห่งชาติ ด้วยอาการปอดอักเสบรุนแรง ในวันเดียวกันมีการเก็บตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและส่งตรวจที่สถาบันสาธารณสุขแห่งชาติ ด้วยวิธี RT-PCR ผลพบเชื้อไวรัสไข้หวัดนกชนิด A สายพันธุ์ H5N1 และตัวอย่างนี้ยังถูกส่งไปยังสถาบันปาสเตอร์ของกัมพูชาซึ่งเป็นศูนย์ใช้หวัดใหญ่แห่งชาติเพื่อยืนยันอีกครั้ง ต่อมาวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งนี้ พบผู้สัมผัสใกล้ชิด 12 ราย (ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่มีอาการ 8 ราย และผู้สัมผัสใกล้ชิด

4 ราย ที่เข้าข่ายเป็นผู้ป่วยต้องสงสัย) และได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อ ผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบผู้ป่วยรายที่ 2 เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 คือ บิดาของเด็ก ซึ่งไม่มีอาการ ส่งต่อไปกักตัวที่โรงพยาบาล ส่วนผลการตรวจหาเชื้อไวรัสไข้หวัดนกชนิด A สายพันธุ์ H5N1 และ SARS-CoV-2 อีก 11 ตัวอย่าง ผลเป็นลบทั้งหมด ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 กัมพูชามีรายงานผู้ติดเชื้อดังกล่าว ทั้งหมด 58 ราย เสียชีวิต 38 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 66) ซึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2546-2552 มีรายงานผู้ป่วย 9 ราย เสียชีวิต 7 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 พบผู้ป่วย 47 ราย เสียชีวิต 30 ราย ทั้งนี้ กัมพูชาแชร์ข้อมูลลำดับยีนของไวรัสในฐานข้อมูล GISAID ที่สามารถเข้าถึงได้อย่างเปิดเผย ซึ่งการจัดลำดับไวรัสแสดงให้เห็นว่าไวรัส H5N1 เป็น clade 2.3.2.1c คล้ายกับไวรัส 2.3.2.1c ที่ระบาดในสัตว์ปีกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557

นับเป็นการพบผู้ติดเชื้อในมนุษย์รายแรกในกัมพูชาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 การติดเชื้อในมนุษย์อาจทำให้เกิดโรคร้ายแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง กรณีการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 ในเกือบทุกคนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสัตว์ปีกที่มีชีวิตหรือตายหรือสภาพแวดล้อมที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อ แต่เชื้อไวรัสชนิดนี้ไม่แพร่เชื้อสู่มนุษย์ได้ง่าย ซึ่งได้ดำเนินการสอบสวนโรค รวมถึงการระบุแหล่งที่มาของการสัมผัสเชื้อที่มีรายงานผู้ป่วยทั้งสองราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A สายพันธุ์ H5N1 ในมนุษย์ 873 ราย และมีผู้เสียชีวิต 458 ราย ใน 21 ประเทศทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลกำลังใช้มาตรการรับมือระดับสูง เพื่อหยุดการแพร่กระจายของไวรัส โดยได้ดำเนินการตามมาตรการด้านสาธารณสุข รวมถึงการเฝ้าระวังผู้สัมผัสผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ ในขณะที่การระบุลักษณะเฉพาะเพิ่มเติมของไวรัสยังอยู่ระหว่างการพิจารณาหลักฐานทางระบาดวิทยาและไวรัสวิทยา ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีความสามารถในการแพร่กระจายระหว่างมนุษย์ ดังนั้น ความเป็นไปได้ของการแพร่เชื้อจากคนสู่คนอย่างต่อเนื่องจึงต่ำมาก สำหรับการติดต่อจากคนสู่คนมีโอกาสดังกล่าวเพียงเล็กน้อย องค์การอนามัยโลกประเมินว่าไวรัสมีความเสี่ยงต่ำต่อประชากรทั่วไปมาก วัคซีนป้องกันไข้หวัดนกชนิด A สายพันธุ์ H5N1 สำหรับใช้ในมนุษย์ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการระบาดใหญ่แต่ยังไม่แพร่หลาย องค์การอนามัยโลกได้ติดตามวิวัฒนาการของไวรัสผ่านระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อโรคไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก (Global Influenza Monitoring and Response System: GISRS) ทำการประเมินความเสี่ยงและเสนอให้พัฒนาไวรัสวัคซีนทางเลือกใหม่การวิเคราะห์สถานการณ์ทาง

ทางระบาดวิทยาอย่างใกล้ชิด การระบุลักษณะเพิ่มเติมของไวรัสล่าสุด (มนุษย์และสัตว์ปีก) และการตรวจทางซีรัมวิทยาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในการปรับมาตรการจัดการความเสี่ยงได้อย่างทัน่วงที

องค์การอนามัยโลกยังคงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังทั่วโลกเพื่อตรวจหาและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางไวรัสวิทยา ระบาดวิทยา และทางคลินิกหรือการแพร่เชื้อไวรัสไข้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ (หรือสัตว์) เพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างทัน่วงที ซึ่งบุคคลที่เกี่ยวข้องในงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การสัมผัสตัวอย่างนกป่วย การคัดแยกและการกำจัดนกที่ติดเชื้อ ไข่ ขยะมูลฝอย และการทำความสะอาดสถานที่ที่ปนเปื้อน ควรได้รับการฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสม และต้องติดตามอย่างใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นเวลา 7 วันหลังจากวันสุดท้ายของการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ติดเชื้อหรือสิ่งแวดล้อม หากได้รับการยืนยันหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในมนุษย์ที่เกิดจากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (รวมถึงไวรัสกลายพันธุ์) ที่มีศักยภาพในการระบาดใหญ่ ควรมีการตรวจสอบทางระบาดวิทยาอย่างละเอียด และส่งไปยังศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกเพื่อยืนยันต่อไป ปัจจุบันยังไม่มีการวินิจฉัยป้องกันโรคไข้หวัดนก องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับสัตว์ปีกหรือนกควรได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้เดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดของโรคควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ปีกและสิ่งคัดหลั่งที่มาจากสัตว์ปีกโดยตรง หากมีการสัมผัสควรใช้สบู่ล้างมือให้สะอาด และแนะนำให้ใช้ข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือการคำไต่ ๆ ทั้งนี้ ภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ต้องรายงานการติดเชื้อในมนุษย์ทั้งหมดที่เกิดจากชนิดย่อยของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ และต้องแจ้งต่อองค์การอนามัยโลกให้ทราบทันที

## 2. การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคบิดอะมีบะ ในเมืองซานคาร์ลอส ประเทศฟิลิปปินส์ กระตุ้นให้รัฐประกาศภาวะฉุกเฉิน

รัฐบาลเมืองซานคาร์ลอส ในจังหวัด Negros Occidental ถูกกระตุ้นให้ต้องประกาศภาวะฉุกเฉิน หลังจากมีรายงานผู้ป่วยโรคบิดอะมีบะเพิ่มขึ้นเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว Renato Gustillo นายกเทศมนตรีเมืองซานคาร์ลอส กล่าวว่า “การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคบิดอะมีบะนั้นน่าเป็นห่วง” กระตุ้นให้ต้องมีการออกคำสั่งบริหารฉบับที่ 79 เพื่อประกาศภาวะฉุกเฉิน โดยตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม-กุมภาพันธ์ 2566 มีรายงานผู้ป่วยโรคบิดอะมีบะเกือบ 200 ราย ใน 10 หมู่บ้าน และกล่าวเพิ่มเติมว่า สำนักงานสาธารณสุขและ

โรงพยาบาลเมืองซานคาร์ลอสได้ให้คำแนะนำแก่ประชาชนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ให้ระมัดระวังการเกิดโรคบิดอะมีบา ซึ่งทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็กและผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคที่มากับอาหารและน้ำ เช่น อหิวาตกโรค ท้องร่วง ไทฟอยด์ และโรคบิดอะมีบา

โรคบิดอะมีบา เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อ *Entamoeba histolytica* พบได้บ่อยในคนที่อาศัยอยู่ในเขตร้อนที่มีสุขอนามัยไม่ดี ซึ่งเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยการปนเปื้อนอาหารหรือน้ำดื่ม ทำให้

เกิดโรคอุจจาระร่วง และเชื้อออกมากับอุจจาระติดต่อกันได้ จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) มีเพียง 10–20% ของผู้ติดเชื้อ *Entamoeba histolytica* จะป่วยจากการติดเชื้อ โดยผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้อง อุจจาระเป็นมูกเลือด และมีไข้ น้อยมากที่เชื้อจะเข้าสู่ตับและก่อตัวเป็นฝี และในบางกรณีจะแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ปอด หรือสมอง แต่ก็พบน้อยมาก

\*\*\*\*\*