

การระบาดของโรค Ebola haemorrhagic fever (EHF) สาธารณรัฐ Congo ช่วงเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2546

ต้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 ชาวบ้านและองค์กรเอกชนอนุรักษ์สัตว์ป่า ได้รายงานว่าพบการเสียชีวิตของสัตว์จำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง non-human primates (ลิงกอริลลาและลิงชิมแปนซี) และ forest duikers (*Cephalophus* sp.) ในป่าแถบอำเภอ Ke'lle' และ อำเภอ Mbomo สาธารณรัฐ Congo

ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 หน่วยงาน Centre International de Recherche Me'dicale de Franceville (CIRMF) ในประเทศ Gabon ยืนยันว่าสาเหตุการเสียชีวิตของลิงกอริลลาและลิงชิมแปนซี เกิดจากไวรัส Ebola

ปัจจัยเสี่ยงที่ไวรัส Ebola สามารถเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ เกิดจากการบริโภค “bushmeat” (เนื้อสัตว์ที่ฆ่าและจากสัตว์ป่า เช่น ช้าง ลิงกอริลลา ลิงชิมแปนซี ละมั่งป่า หรือ เม่นป่า) ซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังตื่นตัวอยู่ในขณะนี้

คณะกรรมการด้านสารสนเทศและสังคม (information and social mobilization) ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ในส่วนกลางของกระทรวงสุขภาพและประชากร (Ministry of Health and Population, MHP) และ องค์การอนามัยโลก (WHO) ถูกส่งไปยังอำเภอ Ke'lle' และ อำเภอ Mbomo ระหว่างวันที่ 5 – 13 มกราคม พ.ศ. 2546 เพื่อการเฝ้าระวังโรค และสนับสนุนการเผยแพร่ข่าวสารให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน

ในวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2546 คณะแพทย์ จากศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข อำเภอ Ke'lle' เขต Cuvette Ouest รายงานการพบผู้เสียชีวิต 10 ราย ไปยังสาธารณสุขเขต และกระทรวงสุขภาพและประชากร ซึ่งได้รายงานต่อไปยังองค์การอนามัยโลก

ผู้เสียชีวิตทั้ง 10 ราย มาจากครอบครัวเดียวกัน และทั้งหมดเสียชีวิตในช่วงเวลา 3 สัปดาห์ ด้วยอาการไข้สูง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และอาเจียน อาการและการถ่ายทอดโรค ซึ่งเกิดขึ้นในครอบครัวเดียวกัน บ่งชี้ว่าเกิดจากโรค Ebola virus haemorrhagic fever (EHF)

ในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 คณะสอบสวนโรคร่วม (MHP, WHO และ CIRMF) ถูกส่งไปยังอำเภอ Ke'lle' และ อำเภอ Mbomo อย่างเร่งด่วน เพื่อทำการตรวจสอบข้อสงสัยของ EHF รวมทั้งทำการเก็บตัวอย่างเลือด เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ได้มีการเก็บตัวอย่างเลือด จากผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็น EHF 5 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอำเภอ Ke'lle' โดยส่งไปทำการตรวจวิเคราะห์ยัง CIRMF ผลการตรวจยืนยันว่าเป็นการติดเชื้อไวรัส Ebola, subtype Zaire ทั้ง 5 ตัวอย่าง การตรวจวิเคราะห์ใช้วิธี ELISA tests ตรวจหา IgG antibody และ antigen และวิธี reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) เพื่อตรวจหา viral genome

กระทรวงสุขภาพและประชากร สาธารณรัฐ Congo ได้รายงานการระบาดของ EHF อย่างเป็นทางการในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ในรายงานประกอบด้วย แผนงานควบคุมโรคเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และลักษณะของการระบาดโรคเบื้องต้น

การดำเนินการต่อการระบาดของโรค (Response to the epidemic)

การดำเนินการต่อการระบาดของโรค ดำเนินการโดย องค์กรความร่วมมือระหว่างกระทรวงสุขภาพและประชากร (MHP) และกระทรวงกลาโหม โดยการประสานงานกับ WHO และ กลุ่มพันธมิตร Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) ทีมงานประกอบด้วยตัวแทนด้านต่าง ๆ มากกว่า 25 คน มาจาก 10 หน่วยงาน ดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ในเวลาเกือบ 4 เดือน

ช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 WHO ได้ส่ง subregional epidemic response team และทีมงานจาก GORAN ไปช่วยประสานงาน และ response activities ด้านงบประมาณ (logistics) การมีส่วนร่วมของชุมชน (social mobilization) การให้การดูแลรักษา การดำเนินการควบคุมโรค การเฝ้าระวังโรค และการดูแลช่วยเหลือผลกระทบทางด้านจิตใจต่อครอบครัวของผู้ป่วย

ในการระบาดของ EHV ครั้งก่อนในประเทศ Gabon และ สาธารณรัฐ Congo มาตรการในการควบคุมโรคดำเนินการอย่างยากลำบาก เนื่องจากชุมชนปฏิเสธวิธีการควบคุมโรค และไม่ยอมรับคำอธิบายชี้แจงทางชีววิทยา และการดูแลรักษาโรคดังกล่าว

จากการที่ชุมชนไม่ได้ให้ความร่วมมือในการค้นหาผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการแจ้งผู้สัมผัสโรค ทำให้จำเป็นที่จะต้องดำเนินกิจกรรม ที่ทำให้เกิดการผลักดันทางสังคม (social mobilization) ในชุมชน ตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาด มาตรการในการควบคุมการระบาดครั้งนี้เน้นไปที่

1. การรณรงค์ขอความร่วมมือจากชุมชน ในการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคในชุมชน
2. ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจมากขึ้น ในห้องแยกผู้ป่วยที่ดำเนินการดูแลโดยทีมแพทย์
3. ดำเนินการให้มีการจัดการฝังศพผู้เสียชีวิตด้วยวิธีที่ปลอดภัย
4. จัดตั้งระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และการรายงานผู้สัมผัสโรคทุกวัน ให้ครอบคลุมระยะพักตัวของเชื้อที่นานที่สุด คือ 21 วัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมดของผู้ป่วยที่สงสัย จะส่งไปตรวจยัง CIRMF ซึ่งจะทำการตรวจ IgG test, viral antigen detection และ RT-PCT นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการจัดให้สถานบริการมีห้องแยกผู้ป่วย และหน่วยงานเฝ้าระวัง ทั้งในอำเภอ Ke'lle' และ อำเภอ Mbomo

ความร่วมมือของชุมชน (Social mobilization)

การให้ความร่วมมือของชุมชน (social mobilization) และการให้สุขศึกษา เป็นกุญแจสู่ความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรค ทีม GOARN ที่ทำงานในพื้นที่ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นนักมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropologist) 3 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการชักจูง ให้ชุมชนยอมรับมาตรการการควบคุมโรค และช่วยเหลือทีมสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนมาตรการการควบคุมโรค ให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยทำงานอย่างใกล้ชิดกับกาชาด Congo (Congolese Red Cross)

คณะกรรมการกาชาด Congo ในอำเภอ Ke'lle' และอำเภอ Mbomo เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2545 จึงมีความพร้อมเมื่อการระบาดของโรคเกิดขึ้น อาสาสมัครของกาชาด ได้มีส่วนร่วมในทุกระยะของการระบาด และได้ช่วยเหลือสนับสนุน ในการขอความร่วมมือของชุมชน การเฝ้าระวังโรค และการดูแลผู้ป่วย ถือได้ว่ามีบทบาทสำคัญในการควบคุมการระบาดของโรคในครั้งนี้

การดูแลผู้ป่วย และ ผู้ที่เสียชีวิต

ได้มีความพยายามในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเอาอกเอาใจ มีมนุษยธรรม สืบเนื่องจากในช่วงการระบาดของโรคเมื่อปี พ.ศ. 2545 ในประเทศ Congo และประเทศ Gabon ครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน มีปฏิกิริยาอย่างรุนแรงต่อการใช้แผ่นพลาสติกที่จิ้งก้นเพื่อแยกผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยได้กล่าวหาว่า เจ้าหน้าที่ “เอาแผ่นพลาสติกมาจิ้งก้นเพื่อป้องกันไม่ให้พวกเรามองเห็นญาติที่ป่วยของพวกเรา” และ “ต้องการที่จะฆ่าญาติของพวกเรา โดยไม่ให้เราเห็น”

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ในการระบาดครั้งนี้ จึงได้ทำการติดตั้งเครื่องกั้น เพื่อเป็นการแยกผู้ป่วย ที่ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถมองเห็นญาติ และมองเห็นการทำงานของทีมแพทย์ได้ การดำเนินการของโรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยยอมรับการดูแลรักษาในห้องแยก ในขณะเดียวกันก็มีการป้องกันคณะแพทย์อย่างเต็มที่

ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล ทางทีมงานก็จะร่วมมือกับกาชาด Congo จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อลดการแพร่เชื้อของโรคไปสู่สมาชิกในครอบครัวเท่าที่จะสามารถทำได้ แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะยังคงไม่ปลอดภัย แต่ก็ยังดีกว่าทำให้การระบาดของโรคเป็นแบบซ่อนเร้น (underground)

เมื่อมีพิธีฝังศพ ทางทีมงานก็จะพยายามดำเนินการด้วยวิธีที่ปลอดภัย ในขณะเดียวกันก็มีการให้เกียรติต่อผู้เสียชีวิต และญาติ ในพิธีฝังศพทางทีมงานจะทำการฆ่าเชื้อโรค ที่อาจสัมผัสกับผู้ที่มีร่วมงานทั้งหมด ด้วยการสเปรย์น้ำยาฆ่าเชื้อโรคบริเวณมือและเท้า ไม่ว่าจะสัมผัสศพผู้เสียชีวิตหรือไม่ก็ตาม วิธีการดังกล่าวง่ายต่อการนำมาใช้และได้รับการยอมรับ นอกจากนี้ อีกอย่างที่สำคัญสำหรับชาว Congo ยึดถือปฏิบัติคือ “cult of the dead” หมายถึง หากมีการเสียชีวิต สิ่งของของผู้เสียชีวิตจะถูกวางไว้บนหลุมศพ เพื่อให้ผู้เสียชีวิตจะได้ไม่ต้องกลับไปหาของที่บ้าน และก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้ ในครั้งก่อนนั้น ได้ทำการเผาทำลายเสื้อผ้าของผู้เสียชีวิต ทำให้กระทบต่อความเชื่อเดิม และสร้างความไม่สบายใจให้กับครอบครัวของผู้เสียชีวิต ดังนั้นนักมานุษยวิทยาได้แนะนำให้ฝังสิ่งของเครื่องใช้ของผู้เสียชีวิตไปพร้อมกับผู้เสียชีวิต วิธีการดังกล่าวได้รับการยอมรับ และถือว่าการให้เกียรติต่อพิธีการฝังศพ

การเฝ้าระวังโรค

ในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ทีมงานได้ดำเนินการระบบเฝ้าระวังเชิงรุกต่อ EHF ในอำเภอ Ke'lle' และ อำเภอ Mbomo จากการระบาดครั้งก่อน ได้มีการแบ่งประเภทของผู้ป่วยเป็น 4 ประเภท ได้แก่ alert, suspect, probable and laboratory-confirmed สำหรับในการระบาดครั้งนี้ การเฝ้าระวังดำเนินไปด้วยความลำบาก อันเนื่องมาจาก การจัดประเภทผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ การรู้สึกถูกรังเกียจ (stigmatization) ของผู้ป่วยและผู้สัมผัส การที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลจากญาติผู้ป่วยได้โดยตรง ความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล การข่มขู่ของการดำเนินการทั้งทางกายภาพและทางวาจา และความกลัวต่อ "bloodsuckers" และ มนต์ดำ ทำให้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ได้ไม่สมบูรณ์

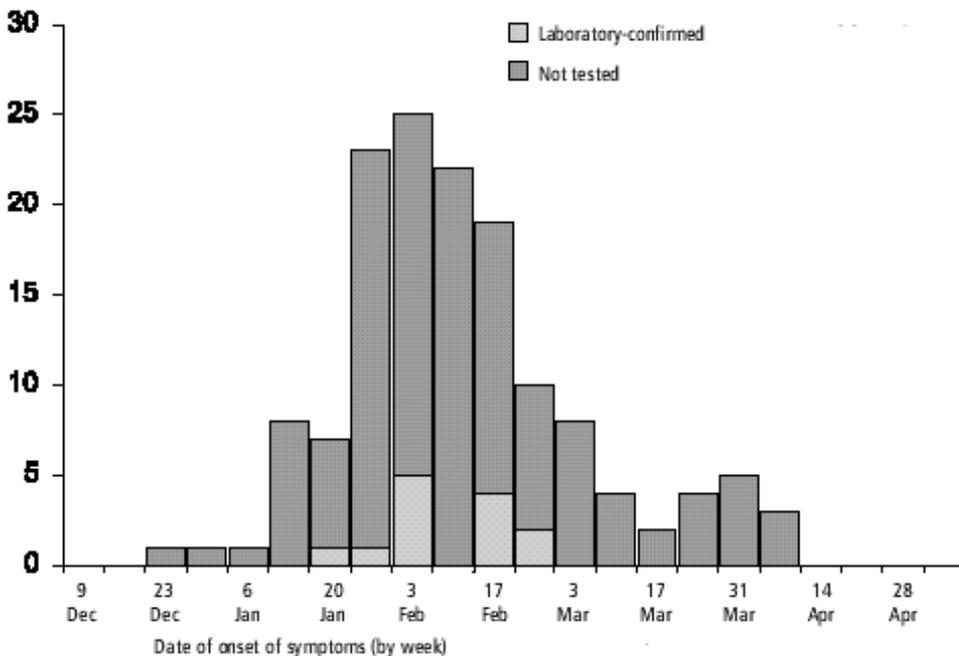
ลักษณะทางระบาดวิทยา (Epidemiology)

ผู้ป่วย EHF ในครั้งนี้จำกัดวงเฉพาะ probable และ laboratory confirmed จากการสืบค้นย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยในวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ในช่วงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ถึงวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2546 พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 143 ราย, 13 ราย (9%) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน, 17 ราย พบในอำเภอ Mbomo และ 126 ราย พบในอำเภอ Ke'lle', เสียชีวิตทั้งหมด 128 ราย อัตราป่วยตาย (CFR) 89%, ผู้ที่เสียชีวิต โดยเฉลี่ย เสียชีวิตหลังมีอาการ 7 วัน, 70 ราย (49%) เป็นผู้หญิง, ช่วงอายุของผู้ป่วยตั้งแต่ อายุ 5 วัน ถึง 80 ปี, 18 ราย (12%) มีอายุต่ำกว่า 15 ปี

ผู้ป่วยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางด้านระบาดวิทยาในเส้นทางการถ่ายทอดโรค สาเหตุของการระบาดพบว่า มีอย่างน้อย 3 เหตุการณ์ ที่ทำให้ไวรัส Ebola แพร่สู่ชุมชนในช่วงที่มีการระบาด ทั้งหมดสัมพันธ์กับการล่าสัตว์ ผู้ป่วยรายแรก มีความเป็นไปได้ที่เกิดการติดเชืกระหว่างการล่าสัตว์ใกล้กับหมู่บ้าน Yembelangoye ในวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ผู้ป่วยรายสุดท้ายติดเชื้อใกล้แคมป์ Mvoula ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2546 ใน ผู้ป่วยรายแรก ๆ มีประวัติสัมผัสกับ non-human primates (ลิงกอริลลา) และ สัตว์อื่น ๆ (ละมั่งป่า)

ในช่วงการระบาด ผู้ป่วยรุ่นที่สอง (secondary cases) สัมพันธ์กับการแพร่เชื้อในครอบครัว ผู้ป่วยทั้งหมดในอำเภอ Mbomo สามารถเชื่อมโยงไปยังผู้ป่วยที่มาจากอำเภอ Ke'lle' มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 รายติดเชื้อ จาก Entsiami health centre 1 ราย และ Ke'lle' health centre 2 ราย (อำเภอ Ke'lle') อย่างไรก็ตาม การแพร่เชื้อในโรงพยาบาลไม่ได้มีบทบาทสำคัญในการระบาดครั้งนี้

Fig. 1. Cases of Ebola haemorrhagic fever in the Congo meeting inclusion criteria, by date of onset of symptoms (estimated for 35 cases), December 2002 - April 2003 (n = 143 cases).



การสิ้นสุดการระบาดของโรค

สิ้นสุดการระบาดในวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2546 เป็นเวลา 44 วัน หลังจากรายงานการเสียชีวิตรายสุดท้าย กระทรวงสุขภาพและประชากร สาธารณรัฐ Congo ได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่าการระบาดของโรคสงบลงแล้ว

บทเพิ่มเติม

Ebola hemorrhagic fever (EHF) ⁽¹⁾

ชื่ออื่น คือ African hemorrhagic fever

อาการและอาการแสดง เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเย็บพลัน รุนแรง มีอาการไข้สูงเย็บพลัน อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย และปวดศีรษะ หลังจากนั้นจะมีอาการคออักเสบ (pharyngitis) อาเจียน ถ่ายเหลว และ maculopapular rash

นอกจากนั้นอาจมีปัญหาลือดออกผิดปกติ (Hemorrhagic diathesis) ตับทำงานผิดปกติ ไตวาย สมอ่งทำงานผิดปกติ และ shock ร่วมกับการทำงานผิดปกติของหลายอวัยวะ

ส่วนมากผู้ป่วยจะมีเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ เกร็ดเลือดต่ำอย่างรุนแรง และ transaminase สูง (AST สูงมากกว่า ALT) ในบางรายอาจมี amylase สูงในเลือด

ในประเทศแถบทวีปอาฟริกา มีอัตราป่วยตาย (CFR) สูงถึง 50% - 90%

พบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2519 บริเวณตะวันตกของประเทศซูดาน ในจังหวัดแถบเส้นศูนย์สูตร ห่างออกไปจากประเทศเซียร์ราลีโอน 500 ไมล์ ในครั้งนั้นพบผู้ป่วยมากกว่า 600 ราย อัตราป่วยตาย (CFR) 70%

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยโรค ได้แก่

- ELISA for specific IgG antibody
- ELISA antigen detection in blood, serum or organ homogenates
- RT - PCR
- Detection of virus antigen in liver cell culture by use of monoclonal antibody in IFA test
- Virus isolation in cell culture or guinea pigs

รังโรคในธรรมชาติ (Natural reservoir) ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่นอน

วิธีการถ่ายทอดโรค เป็นแบบบุคคลสู่บุคคล เกิดขึ้นโดยการสัมผัสโดยตรงกับ เลือด สารคัดหลั่ง อวัยวะ หรือ semen และทุกช่วงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Susceptibility)

ระยะฟักตัว 2 - 21 วัน

การควบคุมโรค ใช้วิธีแยกผู้ป่วย (isolation)

การรักษา ไม่มีวิธีการรักษาเฉพาะ (No standard treatment) แต่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (Supportive therapy) เช่น การดูแลสมดุลของน้ำและเกลือแร่ การให้ oxygen ควบคุมระดับความดันเลือด และการรักษาการติดเชื้อซ้ำซ้อน (complicating infections)



Microscopic view of Ebola virus

Ebola Virus

เป็น 1 ใน 2 ชนิดของ RNA ไวรัสที่อยู่ในแฟมิลี Filoviridae มีลักษณะยาว และคล้ายสายร้อย ประกอบด้วย 4 subtypes ได้แก่ Ebola-Zaire, Ebola-Sudan, Ebola-Ivory Coast และ Ebola-Reston โดย 3 ชนิดแรกก่อโรคในคน ส่วนชนิดสุดท้ายก่อโรคในสัตว์ (nonhuman primates) แต่ไม่ก่อโรคในคน

นักวิจัยเชื่อว่า ไวรัสชนิดนี้เป็น zoonotic และโดยอยู่ในสัตว์ที่เป็น host แถบทวีปอาฟริกา โดยสัตว์ไม่เป็นโรค และนักวิจัยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ป่วยรายแรกคิดเชื้อจากสัตว์ที่มีเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา ที่ให้ความกรุณาช่วยตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องเนื้อหา

เอกสารอ้างอิง

1. Control of communicable diseases manual, 17 th edition, 2000.

อดความโดย ธนิต เสริมแก้ว โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน แผนกระบาดวิทยา (FETP) กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักระบาดวิทยา
Outbreak (S) of Ebola haemorrhagic fever in the Republic of the Congo, January – April 2003
 Wkly Epidem. Rec. 2003, 78(33) : 285 - 296

ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วน สัปดาห์ที่ 40
วันที่ 28 กันยายน - 4 ตุลาคม พ.ศ. 2546

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ, ประเทศไทย, สัปดาห์ที่ 40 พ.ศ. 2546 (28 กันยายน - 4 ตุลาคม พ.ศ. 2546)

TABLE 1 REPORTED CASES OF PRIORITY BY DISEASES UNDER SURVEILLANCE BY DATE OF TREATMENT COMPARED TO PREVIOUS YEAR, THAILAND, WEEK 40, 2003, (SEP 28 – OCT 4, 2003)

DISEASE	THIS WEEK			CUMULATIVE		
	2003	2002	MEDIAN	2003	2002	MEDIAN
			(1998 - 2002)			(1998 - 2002)
DIPHTHERIA	0	0	2	7	10	14
PERTUSSIS	1	0	4	14	11	64
MEASLES	13	141	109	3148	8196	5669
ENCEPHALITIS	0	0	11	182	24	348
MENIN.MENINGITIS	0	0	1	45	24	49
SEVERE DIARRHOEA	15	11	34	444	61	2150
HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE	6	7	*	292	3450	*
RABIES	0	1	2	14	18	43
LEPTOSPIROSIS	101	246	350	3441	4429	4429

REMARK : * เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อ ปี ค.ศ. 2002
 ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร : รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา : รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ “ 0 ” = NO CASE, “ - ” = NO REPORT RECEIVED