

2. สถานการณ์ในต่างประเทศ

2.1 การระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ที่รัฐซาราวัก ประเทศมาเลเซีย

การระบาดของโรคยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะใช้มาตรการแยกผู้ป่วยและปิดโรงเรียนระดับอนุบาล และประถมศึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ขณะนี้มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่วันละประมาณ 200 ราย

ตั้งแต่ต้นปีจนถึงวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยรวม 3,269 ราย เสียชีวิต 5 ราย ในจำนวนนี้ติดเชื้อ Enterovirus 71 จำนวน 2 ราย

2.2 การระบาดของโรค Meningococemia ที่กรุงเดลี ประเทศอินเดีย

พบผู้ป่วยรวม 370 ราย เสียชีวิต 21 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมืองอื่น เข้ามาทำงานในกรุงเดลี และเช่าห้องพักแคบ ๆ อยู่รวมกันอย่างแออัด

2.3 การระบาดของโรค Dengue ที่เกาะปีนัง ประเทศมาเลเซีย

ระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ – 5 มีนาคม พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยรวม 88 ราย ผู้ป่วยสงสัยที่ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ อีก 22 ราย ขณะนี้ยังมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

2.4 การระบาดของโรคมาลาเรีย ทางตอนใต้ของประเทศเนปาล

พบผู้ป่วยด้วย Brain Malaria ประมาณ 700 ราย ส่วนใหญ่อยู่ที่เมือง Dhanusha, Jhapa และ Kanhanpur

ท่านสามารถส่งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อเนื้อหาวิชาการที่ตีพิมพ์ ไปที่ ทาง E-mail sirirak@health.moph.go.th หรือ ทางโทรสาร 0-2590-1731 ทางไปรษณีย์ กองบรรณาธิการรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ สำนักระบาดวิทยา ตึก 4 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

เตรียมรับมือกับการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ประเทศไทย, พ.ศ. 2549

สถานการณ์โรค/ภัย ที่สำคัญ

สุวรรณ เทพสุนทร นพ. ปรีชา เปรมปรี

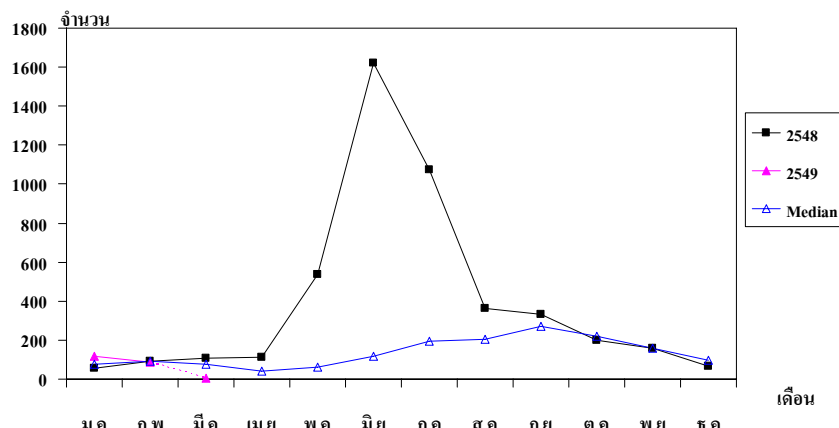
กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา

✉ tsuwanna@health.moph.go.th

ตามข่าว Pro Med-mail ที่แจ้งว่ามีการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ที่ประเทศมาเลเซีย ตั้งแต่ต้นปีจนถึงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 พบเด็กป่วย 942 ราย และเสียชีวิต 5 ราย ซึ่งสูงกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2548 เกือบ 4 เท่า กระทรวงสาธารณสุข ประเทศมาเลเซียจึงได้สั่งปิดโรงเรียนอนุบาลในเมือง Borneo รัฐ Sarawak จำนวน 488 แห่ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการระบาดของโรค ซึ่งในประเทศบรูไนก็พบเด็กป่วย 16 ราย เสียชีวิต 1 ราย หลังจากมีการระบาดในประเทศมาเลเซีย

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปี – 14 มีนาคม พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วย 212 ราย อัตราป่วย 0.34 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต ซึ่งในเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงคือ ลำพูน (5.93) ลำปาง (4.75) และน่าน (4.19) เกิดการระบาด 2 ครั้งที่จังหวัดลำปางและน่าน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 1 ปี จำนวน 46 ราย, กลุ่มอายุ 2 ปี 36 ราย และ 3 ปี 36 ราย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จำนวน 25 ราย พบ Enterovirus 71 จำนวน 5 ราย

จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกรายเดือน พ.ศ. 2549(14 มี.ค.)
เปรียบเทียบพ.ศ. 2548 และค่ามัธยฐานย้อนหลัง(2546-2548)



เนื่องจากประเทศมาเลเซียและบรูไนอยู่ในภูมิภาคเดียวกับประเทศไทย มีการคมนาคมติดต่อกันได้สะดวก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของมายังประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือสั่งการถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินการเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็งมากขึ้น และขอให้เพิ่มมาตรการดังนี้

1. แจ้งให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่ เฝ้าระวังโรคมือ เท้า และปากเป็นพิเศษ
2. ออกให้ความรู้และเร่งรัดการปรับปรุงสุขาภิบาล การทำความสะอาดของเล่น เครื่องใช้ในส้วมว่ายน้ำ ฯลฯ โรงเรียนอนุบาล สถานรับเลี้ยงเด็กในโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน ฯลฯ เนื่องจากสถานที่เหล่านี้ มักเกิดการระบาด
3. ในกรณีพบผู้ป่วยรายแรกของพื้นที่หรือพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาด เช่น ในสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล ให้รีบดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค พร้อมเก็บตัวอย่างส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่มีการระบาดและได้ประสานกับสำนักกระบาดวิทยา จะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ในกรณีมีการระบาดในพื้นที่ ควรวิเคราะห์สถานการณ์เป็นรายวัน หากมีการป่วยมากในโรงเรียนควรให้ปิดเรียน
5. ให้รายงานผู้ป่วยตามระบบ โดยอาจส่งแบบ E1 มาแทนการเขียน รง. 506

ความรู้เกี่ยวกับโรค

1. ลักษณะโรค เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enteroviruses ที่พบเฉพาะในมนุษย์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ มักพบการติดเชื้อในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการป่วย หรืออาจพบอาการเพียงเล็กน้อย
2. การวินิจฉัยโรค ใช้การวินิจฉัยตามอาการ ส่วนการตรวจหาเชื้อสาเหตุนั้น โดยการเพาะแยกเชื้อไวรัสจากอุจจาระ เลือด หรือ Throat swab หรือ Nasal washing หรือ Nasal aspiration
3. สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มที่อยู่ในลำไส้ของคน (enteroviruses) มีหลายสายพันธุ์ สำหรับสายพันธุ์ที่ก่อโรค HFMD ได้แก่ Coxsackievirus group A, type 16 (พบบ่อย) และ group A type 4, 5, 9 และ 10 ; group B type 2 และ 5 และ enterovirus 71

ความทนทานของเชื้อ entero viruses

- ถูกทำลายโดยแสงอุลตราไวโอเล็ต ในสภาพที่แห้งเชื้อจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ถูกทำลายโดยการต้มที่ 50 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที เชื้อมีชีวิตรอดอยู่ได้หลายวันในอุณหภูมิต่ำและเมื่ออยู่ในสภาพที่มีโปรตีนผสมอยู่ด้วย
- คลอรีนผสมน้ำ 0.1 ppm, (part per million) สามารถทำลายเชื้อได้ หากทำลายเชื้อในอุจจาระจะต้องใช้คลอรีนที่เข้มข้นมากกว่านี้ ฟอर्मาลินขนาด 0.3% สามารถทำลายเชื้อได้

4. วิธีติดต่อ รับประทานเชื้อผ่านเข้าปาก หรือโดยการหายใจเอาเชื้อที่แพร่กระจายจากละอองฝอยของการไอ จาม ของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (droplet spread)

5. ระยะติดต่อ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ และอาจยาวนานหลายสัปดาห์

6. ระยะฟักตัว ปกติ 3 - 5 วัน

7. อาการและอาการแสดง HFMD มีอาการไข้สูง อาจเกิน 39 องศาเซลเซียส 2 วัน แล้วจะมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 – 38.5 องศาเซลเซียส อีก 3 - 5 วัน บางครั้ง พบตุ่มแผลในปาก ส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อน ลิ้น กระพุ้งแก้ม เป็นสาเหตุให้เด็กไม่ดื่มนม อาจมีน้ำลายไหล พบตุ่มพอง (vesicles) บริเวณด้านข้างของนิ้วมือ นิ้วเท้า บางครั้งพบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ส้นเท้า เวลาจะเจ็บ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยแตกเป็นแผล จะหายไปได้เองในเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ เด็กจะหายเป็นปกติภายใน 7 - 10 วัน แต่บางรายจะมีอาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ ส่วนที่เกิดจาก EV 71 อาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย ในการระบาดที่ได้หวั่นพบสูงถึงร้อยละ 30 อาจเป็นแบบ aseptic meningitis ที่ไม่รุนแรง หรือมีอาการคล้ายโปลิโอ ส่วนที่รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตจะเป็นแบบ encephalitis ซึ่งมีอาการอักเสบส่วนก้านสมอง (brain stem) อาการหิวใจวาย และ/หรือมีภาวะน้ำท่วมปอด (acute pulmonary edema)

8. ระบาดวิทยาของโรค เกิดขึ้นทั่วโลก มีลักษณะเกิดกระจุกกระจายหรือระบาดเป็นครั้งคราว มักมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูร้อนต่อต้นฤดูฝน (พฤษภาคม – มิถุนายน) มักเป็นกับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ไม่ค่อยพบในวัยรุ่น การระบาดมักเกิดขึ้นบ่อยในกลุ่มเด็ก เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อยู่กันอย่างแออัด และมีฐานะยากจน และถ้ามีการระบาดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีโอกาที่จะแพร่ไปสู่เด็กที่มีอายุมากขึ้นจนถึงวัยรุ่น และความรุนแรงของโรคก็จะเพิ่มมากขึ้น

9. การรักษา : รักษาตามอาการ ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีอาการสมองอักเสบเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะปอดบวม น้ำ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโปลิโอ จำเป็นต้องให้การรักษาแบบ Intensive care และดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ

10. มาตรการป้องกัน ลดการสัมผัส คนสู่คน เท่าที่จะทำได้ โดย

1. ไม่ควรนำเด็กเล็กไปในที่ชุมชนสาธารณะที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมากๆ เช่น สนามเด็กเล่นและห้างสรรพสินค้า ตลาด สระว่ายน้ำ ควรอยู่ในที่ที่มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี
2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และระมัดระวังการไอจามรดกัน ให้ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลัง เตรียมอาหาร รับประทานอาหาร และภายหลังการขับถ่าย
4. ใช้ช้อนกลางและหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน

11. มาตรการควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม :-

- การทำลายเชื้อ ต้องทำลายเชื้อในน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ ของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วปลอดภัย ล้างทำความสะอาด หรือทำลายสิ่งของปนเปื้อน หลังสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนหรือสิ่งขับถ่าย
- การให้ภูมิคุ้มกันแก่ผู้สัมผัส ไม่มี

12. มาตรการเมื่อเกิดการระบาด วิเคราะห์สถานการณ์เป็นรายวัน จำแนก และแยกผู้ป่วยนอก ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม เฝ้าระวังผู้สัมผัสอย่างใกล้ชิด ทำการควบคุม ป้องกัน โดยทำลายสารคัดหลั่งต่างๆ จากผู้ป่วย ทั้งในบ้าน สถานรับเลี้ยงเด็ก และโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. มยุรี เปาประคิษฐ์, สุวรรณ เทพสุนทร, บรรณาธิการ. คู่มือมาตรฐานการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดต่อที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: สำนักโรคระบาดวิทยา; 2546..