

นพ. วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย¹พญ. อัจฉรีย์ อินทุโสมา²¹หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรคไข้กาฬหลังแอ่น เป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรง พบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2348 แต่ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในบางพื้นที่ที่พบเป็นโรคประจำถิ่น (endemic) มีอัตราป่วยสูงถึง 10 - 25 ต่อประชากรแสนคน โดยในการระบาดใหญ่ (epidemic) อาจมีอัตราป่วยสูงถึง 100 - 1000 ต่อประชากรแสนคน ทั้ง ๆ ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับโรค อัตราป่วยตายในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ยังคงค่อนข้างสูงอย่างคงที่ประมาณร้อยละ 9 - 12 ขณะที่ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 11 - 19 จะได้รับผลระยะยาวจากโรค เช่น การสูญเสียการได้ยิน สูญเสียอวัยวะ อากาทรทางระบบประสาท ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2547 ถึงต้นปี พ.ศ. 2548 เกิดการระบาดในประเทศจีน ฟิลิปปินส์ และอินเดีย ในปี พ.ศ. 2548 ถึงต้นปี พ.ศ. 2549 ในประเทศอินเดีย และหลายประเทศใน meningitis belt ของทวีปแอฟริกา^(1,2) สำหรับในประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวัง 506 ของสำนักกระบวนวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 - 2548 ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยเท่ากับ 0.08 ต่อประชากรแสนคน พิสัย 0.05 - 0.12 ต่อประชากรแสนคน ค่ามัธยฐานของอัตราตายเท่ากับ 0.01 ต่อประชากรแสนคน พิสัย <0.01 - 0.04 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2548 ได้รับรายงานผู้ป่วยจำนวน 43 ราย อัตราป่วย 0.07 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 7 ราย อัตราตาย 0.01 ต่อประชากรแสนคน

สาเหตุ เกิดจากเชื้อ *Neisseria meningitidis* ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย aerobic gram-negative diplococcus แบ่งเป็น 13 serogroups ได้แก่ A, B, C, D, E29, H, I, K, L, W-135, X, Y และ Z โดย serogroups A, B, C, Y, W-135 เป็นสาเหตุประมาณ 90% ของการเกิดโรค ในประเทศไทยพบ serogroup B ร้อยละ 56.3⁽³⁾ เชื้อนี้อาจพบได้ในทางเดินหายใจส่วนบนของคนปกติร้อยละ 2 - 30 และอาจพบอยู่ได้นานหลายเดือน โดยส่วนมากเป็นชนิดไม่ทำให้เกิดโรค แต่บางส่วนสามารถแพร่เชื้อทำให้เกิดโรคในผู้อื่นต่อไปได้ (carrier) ไม่พบเชื้อนี้ในสัตว์หรือสิ่งแวดล้อม^(1,4)

การติดต่อ ทางระบบทางเดินหายใจ โดยเชื้อผ่านจากผู้ป่วยหรือพาหะสู่อีกคนหนึ่งทางสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย จากการสัมผัสสกลูกกลืนอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะ 7 วันก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนถึง 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม⁽⁴⁾

ระยะฟักตัว ประมาณ 1 - 10 วัน ส่วนมากน้อยกว่า 4 วัน⁽⁴⁾

ลักษณะทางระบาดวิทยา อัตราป่วยสูงในเด็กเล็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุน้อยกว่า 4 เดือน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 2 ปี นอกจากนี้ ยังพบในกลุ่มคนที่อยู่ในสถานที่แออัด เช่น สถานรับเลี้ยงเด็กหรือคนชรา หอพักนักศึกษา ค่ายทหาร คูก ผู้แสวงบุญที่กลับจากพิธีฮัจจ์ หรือผู้ที่ตัดม้าม โรคนี้พบได้ประปรายทั่วโลก แต่พบเป็นโรคประจำถิ่นในบางพื้นที่ เช่น sub-Saharan Africa ตะวันออกกลาง และจีน โรคนี้พบมากในฤดูหนาวถึงต้นฤดูร้อน^(1,2,5) ผู้ป่วยส่วนมากเป็น sporadic case มีน้อยกว่าร้อยละ 5 ที่เกิดจากการระบาด⁽⁴⁾

ลักษณะทางคลินิก เชื้อนี้ทำให้เกิดโรคได้หลายลักษณะ ตั้งแต่ อาการเล็กน้อย เช่น มีไข้ ร่วมกับอาการเล็กน้อยของระบบทางเดินหายใจ หรือระบบทางเดินอาหาร หรือ maculopapular rash จนถึงภาวะ sepsis shock และเสียชีวิต ลักษณะส่วนมากที่พบคือ

1. การติดเชื้อในกระแสเลือด (meningococemia)

- a. acute meningococemia อาการคล้าย viral illness มักเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มีอาการปวดศีรษะ เจ็บคอ และไอ เป็นอาการนำ ตามด้วยไข้สูง หนาวสั่น ปวดข้อและกล้ามเนื้อ ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย จะมีจุดเลือดออก (petichiae) ตามผิวหนังหลังเริ่มมีอาการ 12 - 18 ชั่วโมง⁽⁶⁾ บางราย ลักษณะที่ผิวหนังอาจเป็นแบบคุ่มน้ำ (bullous) หรือ maculopapular หรือ pustular ถ้าเชื้อแพร่กระจายมากในกระแสเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วในไม่กี่ชั่วโมง เกิด septic shock ภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC) มีผื่นจ้ำเลือด (purpura) acidosis มีเลือดออกในต่อมหมวกไต adrenal insufficiency (Waterhouse-Friderichsen syndrome) ไตวายเฉียบพลัน ระบบไหลเวียนโลหิตไม่ทำงาน และอาจเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ในการศึกษาผู้ป่วย invasive meningococcal disease 100 คน พบว่า ร้อยละ 71 มีไข้ ร้อยละ 42 มีภาวะ shock ร้อยละ 71 มีจุดเลือดออก (petichiae) และ/หรือ มีผื่นจ้ำเลือด (purpura) ร้อยละ 49 มีทั้ง 2 ชนิด ร้อยละ 16 มี purpura fulminans ลักษณะผิวหนังที่พบจุดเลือดออก (petichiae) หรือ ผื่นจ้ำเลือด (purpura) ที่พบนี้มีลักษณะคล้ายกับที่พบในผู้ป่วยที่มี generalize vasculitis ส่วนมาก เช่น gram-negative septicemia bacterial endocarditis การติดเชื้อ coxsackie virus เป็นต้น⁽⁴⁾
- b. Chronic meningococemia พบได้น้อยกว่า ร้อยละ 1 ของผู้ป่วย ส่วนมากมักเป็นในผู้ใหญ่ มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ โดยมีไข้ร่วมกับมีผื่นแดงจ้ำคล้ายผื่นของ disseminated gonococcal infection ปวดข้อ ปวดศีรษะ อาจแยกเชื้อไม่ได้จากการเพาะเชื้อในเลือด ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยต่อมาจะกลายเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ^(1;2;6)

2. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningococcal meningitis) พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เกิดจากเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่เยื่อหุ้มสมอง มีอาการไข้ ปวดศีรษะรุนแรง คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ชิมและสับสน ผู้ป่วยบางรายอาจมีจ้ำเลือดออกตามผิวหนัง และเกิดภาวะ shock ร่วมด้วย ผู้ป่วยร้อยละ 75 จะแยกเชื้อได้จากการเพาะเชื้อในเลือด แต่มีอาการของ meningococemia เพียงร้อยละ 5 - 20⁽²⁾

การวินิจฉัย การแยกเชื้อนี้ได้จากการเพาะเชื้อในเลือดและน้ำไขสันหลังเป็นการยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้ แต่มีความไวประมาณร้อยละ 50 ในผู้ป่วย meningococemia⁽⁴⁾ เชื้อนี้ตายง่ายจึงควรนำส่งห้องปฏิบัติการอย่างช้าที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง หากนานกว่านั้นควร incubate ที่อุณหภูมิ 35 °C ใน 5%CO₂ หรือ candle jar หรือใช้ media พิเศษ (tran-Isolate medium) ส่วนการแยกเชื้อได้จากการเพาะเชื้อจากระบบทางเดินหายใจไม่เป็นการยืนยันการวินิจฉัยโรค การตรวจ antigen เช่น counterimmunoelectrophoresis หรือ latex agglutination ซึ่งมีความไวต่ำและอาจมี cross reactive antigen กับ E. coli K1 หรือการตรวจ PCR มีประโยชน์ในการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคหรือหลังได้ยาปฏิชีวนะ การย้อม Gram stain จาก น้ำไขสันหลัง น้ำในข้อ หรือน้ำจากผื่นที่ผิวหนัง เป็นวิธีที่ช่วยให้ได้การวินิจฉัยเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว แต่ต้องยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วยการเพาะเชื้ออีกครั้ง

การดูแลรักษาผู้ป่วย^(4;7)

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ใน primary care เป็นคนแรก ถ้าสงสัยว่าจะเป็น invasive meningococcal disease ควรเริ่มให้ยาปฏิชีวนะทันที ก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไป tertiary care

2. ประเมินการหายใจ และการไหลเวียนโลหิตอย่างใกล้ชิด ถ้าพบว่ามี purpura fulminans แล้ว เป็นการบอกว่าการดำเนินต่อของโรคจะรุนแรง ควรเตรียมใส่ central line และเตรียม inotropic drugs เอาไว้ให้พร้อม

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เพาะเชื้อในเลือด นำไขสันหลัง หรือจาก skin lesion ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
2. เนื่องจากอาจพบ metabolic disturbance ได้แก่ hypoglycemia, hypokalemia, hypocalcaemia, hypomagnesaemia และ metabolic acidosis รวมทั้งภาวะไตวายเฉียบพลันได้บ่อย ดังนั้นควรส่งตรวจ blood sugar, electrolytes, Ca^{2+} , Mg^{2+} , BUN, Cr ด้วย

การรักษาจำเพาะ

ให้ PGS 250,000 ยูนิต/กก./วัน (ขนาดสูงสุด 12 ล้านยูนิต/วัน) ทางหลอดเลือดดำ โดยแบ่งให้ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ระยะเวลาการรักษา 5 - 7 วัน⁽⁴⁾

หมายเหตุ

1. ในกรณีผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่สงสัยโรคนี้ แต่ยังไม่สามารถยืนยันการวินิจฉัยได้ ควรให้ cefotaxime 200 มก./กก./วัน (ขนาดสูงสุด 2 กรัม/วัน) แบ่งให้ทุก 4 - 6 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำแทน PGS เพื่อให้ครอบคลุมเชื้อ *H. influenza* หรือ *S. pneumoniae* ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบ⁽²⁾
2. ควรให้ cefotaxime หรือ ceftriaxone หรือ chloramphenicol ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่ที่เชื้อ *N. meningitidis* มีการคือยา penicillin เช่น สเปน อิตาลี อังกฤษ อเมริกา หรือ sub-Saharan Africa ส่วนข้อมูลในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2542 พบการคือยา penicillin ร้อยละ 29 และคือยา cefotaxime/ceftriaxone ร้อยละ 16⁽³⁾
3. ถ้าแพ้ penicillin ควรให้เป็น chloramphenicol

การรักษาประคับประคอง

1. แก้ไขภาวะ metabolic disturbance และระวังภาวะไตวายเฉียบพลัน
2. แก้ไขภาวะเลือดออกจาก DIC เช่น ให้ Fresh Frozen Plasma หรือ เกร็ดเลือด เป็นต้น
3. ในผู้ป่วยอาการรุนแรง อาจมี myocardial stress จากผลของ endotoxin และจากภาวะ hypovolemia อาจทำ echocardiogram ประกอบ ในการปรับขนาด inotropic drugs
4. สังเกตอาการของภาวะความดันในสมองสูง

การรักษาชนิดอื่น ๆ

1. corticosteroid

แม้ว่าจะพบภาวะเลือดออกใน adrenal gland (Waterhouse-Friderichsen syndrome) ในผู้ป่วยหลายราย และพบว่า บางรายอาจมี relative adrenal insufficiency⁽⁸⁾ แต่พบว่าระดับ cortisol ของผู้ป่วยขณะแรกเริ่มมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับความรุนแรงของโรค ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยอาการรุนแรง มีภาวะ shock ที่ไม่ตอบสนองต่อ epinephrine มักได้รับ corticosteroid เสริม ขณะที่การศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถยืนยันถึงประโยชน์ของการให้ corticosteroid และผลของการให้ยา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร หรือทำให้ยาปฏิชีวนะผ่าน blood brain barrier ไปออกฤทธิ์ต่อสมองได้น้อยลง ดังนั้นการให้ corticosteroid จึงยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่⁽⁹⁾

2. activated protein C และ antiendotoxin ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอว่าลดอัตราการตายของผู้ป่วย^(7;10)

การป้องกันควบคุมโรค ^(1;2;4;11;12)

การป้องกันการติดต่อ ต้องแยกผู้ป่วยโดยให้วิธีป้องกันแบบ droplet precaution จนกว่าผู้ป่วยจะได้ยาปฏิชีวนะครบ 24 ชั่วโมง

chemoprophylaxis ให้ยาป้องกันแก่ผู้สัมผัสผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดโรค โดยไม่จำเป็นต้องรอผลการเพาะเชื้อก่อน ผู้ที่ต้องได้รับยาป้องกัน ได้แก่

1. ตัวผู้ป่วยเอง ถ้ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาไม่ใช่ ceftriaxone, cefotaxime หรือ rifampin ต้องได้รับยาป้องกันก่อนออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง เพื่อกำจัดเชื้อที่เหลืออยู่ในทางเดินหายใจ
2. ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยในบ้านเดียวกัน หรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่แออัดเช่น เช่น สถานรับเลี้ยงเด็กหรือคนชรา หอพักนักศึกษา ค่ายทหาร คูก
3. ผู้อื่นที่อาจสัมผัสกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย เช่น การจูมพิต ใช้ช้อน แก้ว หรือแปรงสีฟันร่วมกัน
4. บุคลากรการแพทย์ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยที่ไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น mouth to mouth CPR ใส่ท่อช่วยหายใจ คุณสมหะ

ผู้ที่ไม่ได้เสี่ยงต่อการสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนในโรงเรียนที่ไม่ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย บุคลากรในโรงพยาบาลที่ไม่ได้สัมผัสสารคัดหลั่ง ไม่แนะนำให้จำเป็นต้องได้รับยาป้องกัน และแม้จะให้ยาแล้ว ก็ควรแนะนำให้สัมผัสให้สังเกตอาการใช้ต่อ เพราะการป้องกันอาจไม่สมบูรณ์ทุกราย ^(1;11)

ตาราง 1 ยาสำหรับ chemoprophylaxis ⁽⁴⁾

ยา	ขนาด	ระยะเวลา	ประสิทธิภาพ	หมายเหตุ
Rifampin			72 - 90	มี drug interaction กับยากันชัก ยาคุม anticoagulant
≤1 เดือน	5 mg/kg oral q 12 hr	2 วัน		
>1 เดือน	10 mg/kg oral q 12 hr (Max 600mg)	2 วัน		
Ceftriaxone			97	ควรผสม 1% lidocain เพื่อลดอาการปวดบริเวณที่ฉีด
≤12 ปี	125 mg IM	single dose		
>12 ปี	250 mg IM			
Ciprofloxacin	500 mg oral	single dose	90 - 95	มี drug interaction กับ theophylline, ไม่แนะนำในเด็กอายุ <18 ปี

หมายเหตุ ในหญิงตั้งครรภ์ควรใช้ ceftriaxone

Immunoprophylaxis ^(1;2;11) ถ้ามีการระบาดจาก serogroups ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (serogroups A, C, Y และ W-135) อาจใช้ meningococcal vaccine ที่ตรงกับชนิดของเชื้อที่ระบาดร่วมกับการให้ chemoprophylaxis ซึ่งจะมีผลหลังจากฉีดแล้ว 10 วัน แต่ถ้าพบผู้ป่วยเพียงประปราย ไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีน ควรฉีดวัคซีนป้องกันในกลุ่ม

1. ผู้ที่จะเดินทางไปประเทศที่มีโรคนีเป็นโรคประจำถิ่น เช่น ประเทศในทวีปแอฟริกา หรือประเทศในตะวันออกกลาง ผู้แสวงบุญที่จะไปร่วมพิธีฮัจจ์ เป็นต้น
2. ผู้ที่ตัดม้าม ผู้ป่วย terminal complement deficiency
3. ผู้ที่ปฏิบัติงานประจำในห้องปฏิบัติการที่อาจมีการฟุ้งกระจายของเชื้อ *Neisseria meningitidis* ที่อยู่ในรูปของสารละลาย

การป้องกันตนเอง

1. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากปากหรือจมูกของผู้อื่น
2. หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ สถานบันเทิง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบพระคุณ ผศ. นพ. ขจรศักดิ์ ศิลปโกชากุล ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาให้ความคิดเห็นและตรวจทานต้นฉบับ

Reference List

- (1) Charles R. Woods. Meningococcal Infections. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 17 ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004. p. 896-9.
- (2) Manchanda V, Gupta S, Bhalla P. Meningococcal disease: history, epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, antimicrobial susceptibility and prevention. Indian J Med Microbiol 2006 Jan;24(1):7-19.
- (3) Pancharoen C, Hongsiriwon S, Swasdichai K, Puthanakit T, Tangsathapornpong A, Lolekha S, et al. Epidemiology of invasive meningococcal disease in 13 government hospitals in Thailand, 1994-1999. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2000 Dec;31(4):708-11.
- (4) American Academy of Pediatrics. Meningococcal Infections. In: Pickering L, editor. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26 ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003; 2003. p. 430-6.
- (5) Riedo FX, Plikaytis BD, Broome CV. Epidemiology and prevention of meningococcal disease. Pediatr Infect Dis J 1995 Aug;14(8):643-57.
- (6) Kirsch EA, Barton RP, Kitchen L, Giroir BP. Pathophysiology, treatment and outcome of meningococemia: a review and recent experience. Pediatr Infect Dis J 1996 Nov;15(11):967-78.
- (7) Singh J, Arrieta AC. Management of meningococemia. Indian J Pediatr 2004 Oct;71(10):909-13.
- (8) van Woensel JB, Biezeveld MH, Alders AM, Eerenberg AJ, Endert E, Hack EC, et al. Adrenocorticotrophic hormone and cortisol levels in relation to inflammatory response and disease severity in children with meningococcal disease. J Infect Dis 2001 Dec 15;184(12):1532-7.
- (9) Pathan N, Faust SN, Levin M. Pathophysiology of meningococcal meningitis and septicemia. Arch Dis Child 2003 Jul;88(7):601-7.
- (10) Leclerc F, Leteurtre S, Cremer R, Fourier C, Sadik A. Do new strategies in meningococemia produce better outcomes? Crit Care Med 2000 Sep;28(9 Suppl):S60-S63.

- (11) American Public Health Association. Meningococcal Infection. In: James Chin, editor. Control of Communicable Diseases Manual . 17 ed. Washinton: American Public Health Association; 2000. p. 340-5.
- (12) Fraser A, Gafter-Gvili A, Paul M, Leibovici L. Antibiotics for preventing meningococcal infections. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD004785.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD004785.pub2.

สถานการณ์โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์
สถานการณ์โรค/ภัย ที่สำคัญ สัปดาห์ที่ 31 ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม – 5 สิงหาคม 2549
(Situation of Priority by Disease Under Surveillance, 31st Week, Jul. 30 – Aug.5, 2006)

รายงานโดย ลดารัตน์ ผาตินาวิน Ladarat Phatinawin

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ Communicable Disease Epidemiological Section

สำนักระบาดวิทยา Bureau of Epidemiology

✉ ladarat@health.moph.go.th

สัปดาห์ที่ 31 (30 กรกฎาคม – 5 สิงหาคม 2549) โรคเร่งด่วนที่ได้รับรายงานและมีมากกว่าสัปดาห์เดียวกันของปีที่ผ่านมาแต่มีจำนวนเท่ากับมาตรฐาน (พ.ศ. 2544 – 2548) คือ โรคไข้กาฬหลังแอ่น 1 รายจากจังหวัดปัตตานี (จากรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้มีการค้นหาผู้สัมผัสและควบคุมโรคแล้ว) และ โรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิต 1 รายจากจังหวัดราชบุรี (ยังไม่มีรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น) นอกจากนี้ยังได้รับรายงานผู้ป่วย AFP ถึง 10 รายซึ่งมากกว่าจำนวนที่ได้รับรายงานในสัปดาห์เดียวกันของปีที่ผ่านมาและมาตรฐานถึง 1 เท่า ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการนิเทศติดตามเพื่อเร่งรัดการเฝ้าระวัง

จำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับรายงานตั้งแต่ต้นปีจนถึงสัปดาห์นี้โรคที่มีมากกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมาและมาตรฐานคือไอกรน (จากการระบาดในบางจังหวัดหลายเดือนก่อน) และ severe AEFI นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับรายงานตั้งแต่ต้นปียังมีถึง 12 รายมากกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรงและมีแนวโน้มพบผู้ป่วยมากขึ้นจึงควรเร่งรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชน รวมทั้งการฉีดวัคซีนในสุนัขให้ครอบคลุมเพื่อผลในการควบคุมโรค

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