



รายงาน

เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR

ประจำสัปดาห์

Weekly Epidemiological Surveillance Report

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

ISSN 0859-547X http://epid.moph.go.th/weekly/w_2549/menu_wesr49.html

ปีที่ ๓๗ : ฉบับที่ ๔๙ : ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๙ Volume 37 : Number 49 : December 15, 2006

สัปดาห์ที่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๕๙	๕๙	๕๒	๕๗	๖๗	๖๒	๖๑	๖๓	๖๓	๖๕	๖๔	๗๐	๖๔	๖๖	๖๐	๖๖	๖๑	๖๑	๖๘	๖๕	๖๕	๖๖	๖๘	๖๖	๖๕	๖๕
สัปดาห์ที่	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐	๕๑	๕๒
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๖๒	๖๔	๖๖	๖๖	๖๔	๗๐	๖๖	๖๗	๗๐	๖๗	๖๖	๕๓	๖๙	๖๗	๖๖	๖๕	๖๕	๖๐	๗๑	๖๘	๖๗	๕๙	๖๗			

สัปดาห์ที่ ๔๕ ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

ส่งทันเวลา ๖๗ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๖

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

บทความแปล

โรคชิคุนกุนยาที่พบในนักท่องเที่ยว- สหรัฐอเมริกา 2548 - 2549

(Chikungunya Fever Diagnosed Among International Travelers United States, 2005 - 2006)

นพ.พงศ์ธร ชาติพิทักษ์

Pongtorn Chartpituck

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนานักโรคระบาดวิทยา

Research and Training Section

สำนักโรคระบาดวิทยา

Bureau of Epidemiology

✉ nutsaint@hotmail.com

โรคชิคุนกุนยาเกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya) ในกลุ่มอัลฟาไวรัส (Alphavirus) ซึ่งพบมากในทวีปเอเชีย และแอฟริกา สามารถติดเชื้อในคนได้โดยการถูกยุงกัด โดยเฉพาะยุงลาย โรคชิคุนกุนยาถูกค้นพบในแอฟริกาตะวันออกในปี พ.ศ. 2495 - 2496 คำว่า “ชิคุนกุนยา” เป็นภาษาสวาฮีลี แปลว่า ทำให้ไ้้้งงอ ซึ่งหมายถึงลักษณะของโรค ที่มักทำให้ปวดตามข้อ และกระดูก จนทำให้ด้วงอ โรคชิคุนกุนยามีลักษณะของการระบาดคล้าย



สารบัญ

◆ โรคชิคุนกุนยาที่พบในนักท่องเที่ยว- สหรัฐอเมริกา 2548 - 2549	861
◆ รายงานการสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง กันยายน - ตุลาคม 2549	864
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 49 ระหว่างวันที่ 3 - 9 ธันวาคม 2549	867
◆ สถานการณ์โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 49 ระหว่างวันที่ 3 - 9 ธันวาคม 2549	869
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 49 ระหว่างวันที่ 3 - 9 ธันวาคม 2549	870
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือนพฤศจิกายน 2549	877

โรคไข้เลือดออก และไข้เหลือง เนื่องจากการติดต่ออาศัยยุงเหมือนกัน ในปี พ.ศ. 2549 นี้เพิ่งจะมีการระบาดใหญ่ของโรคนี้ในประเทศอินเดีย และในหมู่เกาะเล็ก ๆ ในมหาสมุทรอินเดีย มีการรายงานการเกิดโรคชิคุนกุนยาในยุโรป แคนาดา แคริบเบียน และ อเมริกาใต้ ซึ่งพบในนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2549 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) สหรัฐอเมริกา ได้วินิจฉัยโรคชิคุนกุนยาในผู้ป่วยที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาด เข้าสู่สหรัฐอเมริกาจำนวน 12 ราย โดยมีรายงานผู้ป่วยโดยสรุป 4 ราย ดังนี้

1. วันที่ 12 เมษายน 2548 ชายคนหนึ่งเดินทางกลับบ้านที่รัฐมิเนโซตา จากการท่องเที่ยวประเทศโซมาเลีย และเคนยาเป็นเวลา 3 เดือน หลังจากถึงสหรัฐอเมริกาเพียงไม่กี่ชั่วโมง มีอาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และปวดข้อ ตามข้อไหล่และเข่า CDC ตรวจพบ IgM antibody ต่อไวรัสชิคุนกุนยาในน้ำเหลืองคู่ อาการปวดข้อหายภายใน 2–3 สัปดาห์

2. วันที่ 15 มกราคม 2549 หญิงชาวอินเดียป่วยด้วยอาการไข้ ปวดข้อ (เข่า มือ และนิ้วเท้า) ปวดกล้ามเนื้อ (ต้นขา และคอ) เดือนมีนาคม 2549 เดินทางมายังหลุยส์เซียน่า และเข้ารับการรักษากับแพทย์เนื่องจากยังมีอาการปวดตามข้อ CDC ตรวจ IgM ให้ผลบวกต่อไวรัสชิคุนกุนยาในน้ำเหลืองเดี่ยว แต่ไม่ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2549 หญิงชาวเม็กซิโกซึ่งได้อาศัยอยู่ที่เกาะริยูเนียน ตั้งแต่ตุลาคม 2548 – มีนาคม 2549 เริ่มมีอาการป่วยด้วยอาการไข้ ปวดข้อ (นิ้วมือ และนิ้วเท้า) และมีผื่นขึ้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยาในเกาะพอดิ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคชิคุนกุนยา แต่ไม่ได้ตรวจเลือดยืนยัน หลังจากเดินทางกลับมายังประเทศสหรัฐอเมริกา เข้ารับการรักษากับแพทย์เนื่องจากยังคงมีอาการปวดข้อ CDC ตรวจ IgM ให้ผลบวกต่อไวรัสชิคุนกุนยาในน้ำเหลืองเดี่ยว ยังคงมีอาการปวดข้อต่อไปอีก 5 เดือน

4. วันที่ 29 เมษายน 2549 ชายชาวโคโรลาโดซึ่งได้ไปเที่ยวประเทศซิมบับเว (Zimbabwe) ตั้งแต่วันที่ 17 เมษายน – 29 พฤษภาคม 2549 มีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดข้อ (มือ และเท้า) และคอแข็ง และมีผื่นขึ้นไม่กี่วันหลังจากนั้น อาการทั้งหมดหายในเวลา 2 สัปดาห์ ยกเว้นอาการปวดข้อซึ่งยังคงปวดอยู่ประมาณ 1 เดือน CDC ตรวจ IgM ให้ผลบวกต่อเชื้อชิคุนกุนยา

โรคชิคุนกุนยา จะมีระยะฟักตัว 2 – 4 วันภายหลังการติดเชื้อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไข้เฉียบพลัน, ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, ปวดตามข้อ, ปวดกล้ามเนื้อ และปวดหลัง ประมาณครึ่งหนึ่งจะพบว่า มีผื่นขึ้นตามตัว อาการปวดข้อมักจะปวดมาก โดยปวดทั้งในข้อใหญ่ และข้อเล็ก อาการไข้มักจะเป็นอยู่ 3 – 7 วัน และมักจะหายได้เอง ในขณะที่อาการปวดข้อจะยังมีอยู่เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ซึ่งอาจพบอาการปวดเป็นปีได้ในบางคน ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาทพบได้น้อย และยังไม่พบรายงานการเสียชีวิตจากโรคนี้ มีรายงานพบการติดเชื้อชิคุนกุนยาจากแม่สู่ลูกได้ ซึ่งทำให้เกิดโรคชิคุนกุนยาแต่กำเนิดซึ่งมีอาการรุนแรง ในผู้ที่ติดเชื้อชิคุนกุนยาแล้วจะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ยังไม่มียารักษาโรคนี้โดยเฉพาะ การรักษาเป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการเท่านั้น และยังไม่มียาป้องกันโรค ดังนั้น ในการป้องกันโรค จึงควรป้องกันการถูกยุงกัด เมื่อเดินทางไปยังประเทศเขตร้อนในเอเชียและแอฟริกา

ในระยะแรกของการป่วย อาการของโรคชิคุนกุนยา จะมีลักษณะคล้ายกับโรคไข้เลือดออก และมาลาเรีย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดข้อ อาการผื่นขึ้นทั่วตัวจะพบได้ ทั้งในโรคไข้เลือดออก และโรคชิคุนกุนยา แต่ผื่นเลือดออกจะพบแค่ในโรคไข้เลือดออกเท่านั้น แพทย์ผู้รักษาจึงควรตระหนักถึงโรคชิคุนกุนยาในผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคด้วย โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการปวดข้อ ในผู้ป่วยที่สงสัยควรมีการรายงานโรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง ควรป้องกันการถูกยุงกัด (โดยการนอนในมุ้ง การใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด และการใช้ยาป้องกันยุง) ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการในช่วงสัปดาห์แรก เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเข้าสู่ยุงในพื้นที่

ในช่วงเดือนเมษายน 2547 – เมษายน 2549 พบผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยาจำนวน 300,000 ราย บนเกาะต่าง ๆ ในมหาสมุทรอินเดีย ซึ่งในจำนวนนี้ ประมาณ 264,000 รายมาจากเกาะริยูเนียน(Réunion) นอกจากนี้ ในช่วงต้นปี 2549 ยังพบผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยาอีกประมาณ 180,000 ราย ในบางรัฐของประเทศอินเดีย ในช่วงปีที่ผ่านมาได้มีการ

รายงานของโรคชิคุนกุนยาในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีกด้วย ในปี 2549 นี้ พบผู้ป่วยในผู้ที่เดินทางเข้ามาในยุโรป ประมาณ 340 ราย ส่วนใหญ่ในฝรั่งเศส

ยุงลาย *Aedes aegypti* เป็นแมลงนำโรคที่สำคัญในเอเชีย แต่ในเกาะริยูเนียนมักพบเป็นยุงลาย *Ae. albopictus* โดยในเอเชียการระบาดของโรคชิคุนกุนยาจะเป็นวงจรในคน และยุง ซึ่งเชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนในคน แต่ในแอฟริกา วงจรการติดเชื้อจะพบในลิงด้วย และยังพบเชื้อในยุงลายป่า เช่น *Ae. furcifer* อีกด้วย การระบาดของโรคชิคุนกุนยามักเกิดในฤดูฝน และสงบลงเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว ในผู้ที่ติดเชื้อชิคุนกุนยาจะมีช่วงเวลาสั้น ๆ ที่เชื้อเพิ่มเป็นจำนวนมาก (มักเป็นช่วง 2 วันแรกที่มีอาการ แต่อาจยาวได้ถึง 6 วัน) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อสู่ยุงได้เมื่อถูกยุงกัด โดยยุงลายที่เป็นแมลงนำโรค *Ae. aegypti* และ *Ae. albopictus* เป็นสายพันธุ์ที่พบได้มากในพื้นที่เขตร้อน และใกล้เขตร้อนส่วนใหญ่ในโลก นอกจากนี้ *Ae. albopictus* ยังพบในเขตอบอุ่นในหลายพื้นที่ ทั้งในซีกโลกตะวันออก และตะวันตก ซึ่งรวมถึงในยุโรป และสหรัฐอเมริกา ดังนั้น เชื้อไวรัสชิคุนกุนยาจึงมีโอกาสดูเหมือนจะแพร่กระจายเข้าสู่พื้นที่ที่ไม่เคยมีการระบาดมาก่อนได้ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตร้อน และใกล้เขตร้อน จึงควรมีการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเข้ามา โดยการควบคุมแมลงนำโรค และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อระยะยาวในพื้นที่ที่ยังไม่เคยมีการติดเชื้อ

การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ จะตรวจเลือดโดยใช้วิธี antibody-capture IgM, ELISA และ plaque-reduction neutralization test และควรมีการตรวจเชื้อไขเลือดออกกร่วมด้วย การตรวจเลือด ควรทำทั้งในระยะเฉียบพลัน และในระยะฟื้นไข้ซึ่งห่างกัน 2 สัปดาห์

สำหรับในประเทศไทย เคยมีการระบาดของโรคชิคุนกุนยาในช่วงปี พ.ศ. 2505 – 2507 โดยพบถึง 8% ในผู้ป่วยเด็กที่วินิจฉัยใช้ไม่ทราบสาเหตุ จากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลงจนไม่พบการเกิดโรค จนกระทั่งในช่วงปี พ.ศ. 2534 – 2538 พบการระบาดของโรคชิคุนกุนยา 3 ครั้ง ที่จังหวัดขอนแก่น (ก.ค. 2534) นครศรีธรรมราช (ก.ค. 2538) และหนองคาย (ส.ค. 2538) ซึ่งหลังจากนั้น ไม่พบรายงานผู้ป่วยในประเทศไทยอีกเลย ส่วนในประเทศเพื่อนบ้าน พบการระบาด 2 ครั้งในมาเลเซีย ในสลังกอร์ (ปี 2541) และบังกัปปันซอร์ (ปี 2549) และพบการระบาดเข้าชายโรคชิคุนกุนยาถึง 24 ครั้งในอินโดนีเซีย ตั้งแต่กันยายน 2544 – มีนาคม 2546 ทำให้มีโอกาสสูงที่โรคชิคุนกุนยานี้จะกลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้ง แพทย์และบุคลากรสาธารณสุข จึงควรตระหนักถึงโรคนี้ เมื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศที่กำลังมีการระบาดของโรค และให้ดำเนินการสอบสวนและรายงานโรคตามระบบเฝ้าระวังโดยเร็ว

นิยามที่ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา ตามระบบรายงานเฝ้าระวังของประเทศไทย ใช้เกณฑ์ทางคลินิก ดังนี้ ใช้สูงร่วมกับมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังนี้ มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา หรือมีเลือดออกทางผิวหนัง เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการทั่วไป คือ CBC อาจมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ และเกล็ดเลือดปกติ และเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ คือ ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition มากกว่าและเท่ากับ 4 เท่า หรือพบภูมิคุ้มกัน > 1:1,280 ในน้ำเหลืองเดี่ยว หรือตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี ELISA หรือ ตรวจพบเชื้อจากเลือดโดยวิธี PCR หรือการแยกเชื้อ (Culture)

นิยามผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ คือ มีผลการตรวจเลือดทั่วไป หรือมีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ โดยให้รายงานโรคตามระบบเฝ้าระวังโรค ร.506 ในกลุ่มโรคติดเชื้อที่นำโดยแมลงรบกวน 26 ร่วมกับโรคไขเลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1. [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\).](#), Chikungunya Fever Diagnosed Among International Travelers United States, 2005 – 2006, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006 Sep 29;55(38):1040-2.
2. [Thaikruea L, Charearnsook O, Reanphumkarnkit S, Dissomboon P, Phonjan R, Ratchbud S, Kounsang Y, Buranapiyawong D.](#) Chikungunya in Thailand: a re-emerging disease?, Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1997 Jun; 28(2):359-64.
3. [Burke DS, Nisalak A, Nimmannitya S.](#), Disappearance of Chikungunya virus from Bangkok., Trans R Soc Trop Med Hyg. 1985; 79(3):419-20.
4. [Sam IC, AbuBakar S.](#), Chikungunya virus infection., Med J Malaysia. 2006 Jun; 61(2):264-9. Review.
5. [Laras K, Sukri NC, Larasati RP, Bangs MJ, Kosim R, Djauzi, Wandra T, Master J, Kosasih H, Hartati S, Beckett C, Sedyaningsih ER, Beecham HJ 3rd, Corwin AL.](#), Tracking the re-emergence of epidemic chikungunya virus in Indonesia., Trans R Soc Trop Med Hyg. 2005 Feb; 99(2):128-41.
6. สำนักระบาดวิทยา นพ.สุริยะ คูหะรัตน์ บรรณาธิการ, นิยามโรคติดต่อประเทศไทย; ก.ค. 2546:108 – 109

รายงานการสอบสวนโรค

รายงานการสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิส
อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง กันยายน - ตุลาคม 2549
(Leptospirosis in Sawaengha District Ang Thong Province, September-October 2006)

วันเพ็ญ ช้างเชื้อ พย.บ.,วทม.(บริหารสาธารณสุข)
อมรา ปานเพชร ป.พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
อนุพงศ์ มีจันทิ ป.สาธารณสุขศาสตร์
โรงพยาบาลแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

✉ changsawaengha@hotmail.com

บทคัดย่อ

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วโรงพยาบาลแสวงหา ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ในวันที่ 21 กันยายน 2549 ว่า มีผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วโรงพยาบาลแสวงหาจึงออกสอบสวนโรคในวันที่ 22 กันยายน 2549 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ยืนยันการเกิดโรค ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และค้นหาแหล่งรังโรคเพื่อหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรค โดยศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ โดยใช้แบบสอบสวนเฉพาะรายผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ โดยกำหนดนิยามผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยัน ศึกษาสภาพแวดล้อมและลักษณะทางระบาดวิทยา เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค

ผลการสอบสวน พบผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส 1 ราย จากอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง และมีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ระยะฟักตัวไม่ทราบแน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยออกไปทำนาเกือบทุกวันเป็นเวลานานกว่า 1 เดือน การสัมผัสแหล่งรังโรคน่าจะมีสาเหตุจากการสัมผัสปัสสาวะหนูในนาข้าว ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยเดินโคลนเลนและแช่น้ำเป็นระยะเวลานาน