

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 13 ปี พ.ศ. 2568 Outbreak Verification Summary, Week 13, 2025

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 13 ระหว่างวันที่ 24-30 มีนาคม 2568 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. สงสัยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษระบาดเป็นกลุ่มก้อน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบผู้ป่วยจำนวน 7 ราย สัญชาติกัมพูชาทั้ง 7 ราย เป็นเพศชาย 3 ราย หญิง 4 ราย อายุระหว่าง 13-39 ปี อายุเฉลี่ย 28 ปี อาชีพรับจ้าง 6 ราย นักเรียน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ประเภทผู้ป่วยนอก 5 ราย ไม่ได้เข้ารับการรักษา 2 ราย อาการที่พบมากที่สุด คือ ถ่ายเป็นน้ำร้อยละ 85.71 อาเจียนร้อยละ 85.71 รองลงมา ได้แก่ คลื่นไส้ร้อยละ 71.43 ปวดท้องร้อยละ 42.86 ท้องอืดร้อยละ 42.86 และเวียนศีรษะร้อยละ 42.86 ประวัติเสี่ยงให้ประวัติรับประทานเห็ด โดยซื้อเห็ดจากร้านค้าบริเวณวัดแห่งหนึ่ง ตำบลลาดกระทิง อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้ป่วยให้ประวัติว่ารู้จักเห็ดชนิดนี้และเป็นผู้ที่เคยรับประทานมาก่อน ภาคกลางเรียกว่าเห็ดดับเต่าขาว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเรียกว่าเห็ดตีนแฮด ภาคเหนือเรียกว่าเห็ดจั่น นำมาทำเมนูเห็ดอย่างเนย รับประทานร่วมกับน้ำจิ้มซีฟู้ดที่ทำเอง รับประทานร่วมกันทั้งหมด 7 คน เริ่มรับประทานในวันที่ 21 มีนาคม 2568 เวลาประมาณ 19.30 น. ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการวันที่ 21 มีนาคม 2568 เวลา 21.00 น. รายสุดท้ายวันที่ 22 มีนาคม 2568 เวลาประมาณ 02.00 น. ระยะฟักตัว 40 นาที ถึง 7 ชั่วโมง ระยะฟักตัวเฉลี่ย 3 ชั่วโมง 30 นาที ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย จำนวน 4 ราย อาหารอื่นที่รับประทาน ได้แก่ ไข่ย่าง ต้มผักหวาน ยำปูดอง ผัดไก่ซอสพริก

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว วันที่ 24 มีนาคม

2568 ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค เก็บตัวอย่างเห็ดจากแหล่งเดียวกับที่เก็บมาขาย เนื่องจากเห็ดที่ผู้ป่วยรับประทานไม่เหลือจึงไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ อยู่ระหว่างดำเนินการนำส่งตัวอย่างไปตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ผ่านสื่อสาธารณะแก่ประชาชน

2. เข้าข่ายโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) จังหวัดสมุทรปราการ (ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ) พบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง จำนวน 1 ราย จังหวัดสมุทรปราการ เป็นเพศชาย อายุ 86 ปี สัญชาติกาดำโรคประจำตัว โรคลึ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ ส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ด้วยอาการภาวะหลังจากหัวใจหยุดเต้นและปอดอักเสบจากการสำลัก ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ใส่ท่อช่วยหายใจกับเครื่องช่วยหายใจและใส่สายยาง ให้อาหารทางจมูก มีประวัติเสี่ยง คือ เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเทศเสี่ยง ขณะเดินทางมาถึงที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ไม่มีผลตรวจ COVID-19 และ MERS-CoV เจ้าหน้าที่กองด่านท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab เพื่อตรวจ PCR MERS-CoV ณ ด่านท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ พบสารพันธุกรรม 1 ตำแหน่ง (UpE gene) จึงส่งตรวจเพิ่มเติม ณ สถาบันบำราศนราดูร ไม่พบ

สารพันธุกรรมของเชื้อ MERS-CoV และผลการตรวจ PCR จากเสมหะที่โรงพยาบาลเอกชน ไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อ MERS-CoV การตรวจไวรัสทางเดินหายใจ 22 ชนิด พบ Human Rhinovirus/Enterovirus ทั้งจากสถาบันบำราศนราดูร และโรงพยาบาลเอกชน ทีมสอบสวนควบคุมโรคส่วนกลางร่วมกับสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองดำเนินการหาสาเหตุของผลการตรวจพบเชื้อครั้งแรกเพิ่มเติม

3. การประเมินความเสี่ยงของการเกิดการระบาดของโรคติดต่อจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว ในประเทศเมียนมา

จากเหตุการณ์แผ่นดินไหวเมื่อวันที่ 28 มี.ค. 2568 เวลา 13.20 น. จุดศูนย์กลางเมืองมัณฑะเลย์ ประเทศเมียนมา ที่ละติจูด 21.682 องศาเหนือ ลองจิจูด 96.121 องศาตะวันออก ขนาด 8.2 ริกเตอร์ ความลึก 10 กิโลเมตร จากทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของ อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประมาณ 326 กิโลเมตร ยอดผู้เสียชีวิตจากเหตุแผ่นดินไหวรุนแรงในเมียนมามากกว่า 1,644 ราย และมีผู้ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 3,408 คน และสูญหายมากกว่า 139 คน สำหรับในประเทศไทยเกิดแรงสั่นสะเทือนรู้สึกได้มากกว่า 57 จังหวัด และได้สร้างความเสียหายโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครให้กับอาคารระหว่างก่อสร้าง 3 แห่ง จุดที่รุนแรงที่สุด คือ อาคารสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินบริเวณจตุจักร รองลงมา คือ เคนก่อสร้างคอนโดมิเนียมบริเวณดินแดง และนั่งร้านอาคารถล่มบริเวณบางซื่อ นอกจากนี้ยังมีรายงานรอยร้าวจากอาคารทั่วไป จำนวนผู้เสียชีวิต 20 ราย ผู้บาดเจ็บ 32 ราย อยู่ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 12 ราย สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 20 ราย (ข้อมูลจากกรุงเทพมหานคร 1 เมษายน 2568 เวลา 08.00 น.) เกิดอาฟเตอร์ช็อกรวม 240 ครั้ง (ข้อมูลกรมอุตุนิยมวิทยา 1 เมษายน 2568 เวลา 13.00 น.)

เหตุการณ์แผ่นดินไหวในประเทศเมียนมาทำให้เกิดความเสียหายต่อโครงสร้างและระบบสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่เกิดเหตุ รวมถึงความยากในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟู จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะพบการระบาดของโรคติดต่อในประเทศเมียนมา ทั้งในระยะภายใน 1 เดือนหลังเกิดเหตุ และในระยะหลังจากนั้น

ทั้งนี้ เนื่องจากประชากรทั้ง 2 ประเทศ ยังมีโอกาสเดินทางไปมา ระหว่างกันได้ การระบาดของโรคติดต่อในประเทศเมียนมา จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดในประเทศไทยได้

สำหรับจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศเมียนมา หรือมีชุมชนชาวต่างชาติอาศัยหนาแน่น ในระยะ 1 เดือนแรก หลังเหตุการณ์ มีความเสี่ยงของการพบการระบาดของโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ และโรคติดต่อทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการอาศัยอยู่อย่างแออัด เช่น ศูนย์พักพิง หรือพื้นที่ที่ระบบสาธารณสุขไม่ได้รับผลกระทบ อย่างไรก็ตาม หลังจาก 1 เดือนแรกไปแล้วพบว่าความเสี่ยงของการเกิดการระบาดของโรคติดต่อที่นำโดยแมลง และโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนจะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ในระยะนี้จึงควรมีมาตรการควบคุมพาหะ และเร่งรัดการให้วัคซีนในพื้นที่ตามแนวชายแดน และพื้นที่ที่มีชุมชนชาวต่างชาติอาศัยอยู่หนาแน่น เพื่อป้องกันการเกิดโรคระบาดในประเทศไทย ทั้งนี้ ความเสี่ยงดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับสถานการณ์ในประเทศเมียนมา จึงต้องมีการติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดและประเมินความเสี่ยงซ้ำเป็นระยะ ๆ

สำหรับจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทยในระยะ 1 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์ มีความเสี่ยงต่อการพบการระบาดของโรคติดต่อทางอาหารและน้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากแผ่นดินไหวอาจมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของที่พักอาศัย เช่น ท่อน้ำแตกหรือรั่ว ซึ่งอาจทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรค และทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง เป็นต้น จึงควรมีการเร่งตรวจสอบระบบสาธารณสุขให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์ โดยเร็วเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว นอกจากนี้ ในระยะนี้บางพื้นที่ที่มีการจัดตั้งศูนย์พักพิง อาจมีความเสี่ยงที่จะพบการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจ รวมถึงโรคติดต่อนำโดยแมลงเพิ่มขึ้น จากการอาศัยอยู่พื้นที่กลางแจ้งภายนอกที่พักอาศัยยาวนานขึ้น ดังนั้นในบริเวณศูนย์พักพิงชั่วคราวจึงควรมีมาตรการเพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อทางเดินหายใจ และโรคติดต่อนำโดยแมลงด้วย ทั้งนี้ เหตุการณ์แผ่นดินไหวในประเทศไทยไม่ได้ทำให้การบริการสาธารณสุข เช่น การให้วัคซีนต้องหยุดชะงัก ดังนั้น ความเสี่ยงของการพบการระบาด

ของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนยังคงเป็นไปตามระดับความครอบคลุมวัคซีนในแต่ละพื้นที่อยู่เดิม

สำหรับภาวะติดเชื้อบริเวณบาดแผลและบาดทะยักนั้นพบว่าในประเทศไทยมีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวนไม่มาก และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพื่อการทำแผล รับประทานยาเพื่อลดจนวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ทำให้ความเสี่ยงในการพบการระบาดของโรคกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำ

สถานการณ์ต่างประเทศ

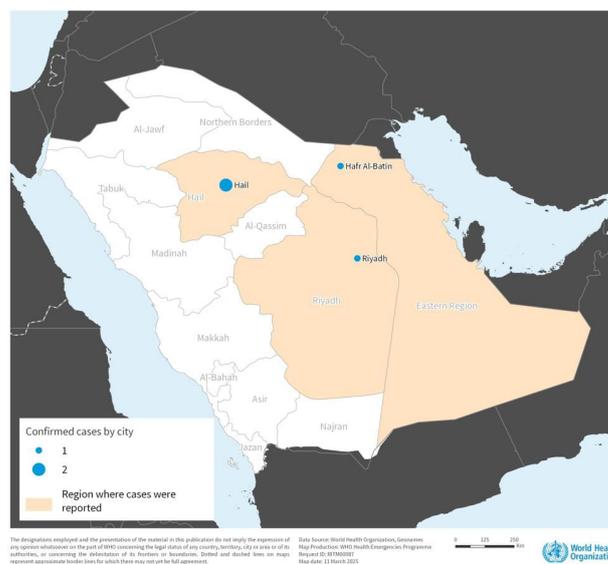
รายงานสถานการณ์โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) เป็นข้อมูลที่จะจัดทำขึ้นทุกครึ่งปี โดยกระทรวงสาธารณสุขของราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียรายงานต่อองค์การอนามัยโลก (WHO) ระหว่างวันที่ 6 กันยายน 2567–28 กุมภาพันธ์ 2568 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำนวน 4 ราย ซึ่งรวมถึงผู้เสียชีวิต 2 ราย หนึ่งในสี่รายเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในสถานพยาบาล (การแพร่เชื้อในโรงพยาบาล) กระทรวงสาธารณสุขของราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียได้ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยทั้งสี่ราย และไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม การแจ้งเตือนเกี่ยวกับผู้ป่วย 4 รายนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อประเมินความเสี่ยงโดยรวม ซึ่งยังคงอยู่ในระดับปานกลางทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาค รายงานดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าไวรัสยังคงเป็นภัยคุกคามในประเทศที่มีการแพร่ระบาดในอูรูสสายพันธุ์ ดรอมเมตารี โดยเฉพาะในภูมิภาคตะวันออกกลาง

รายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) จำนวน 4 ราย ซึ่งรวมถึงผู้เสียชีวิต 2 ราย โดยผู้ป่วยรายสุดท้ายได้รับการรายงานเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยได้รับรายงานจาก 3 จังหวัด ได้แก่ ฮาอิล (2 ราย), รียาด (1 ราย) และภาคตะวันออก (1 ราย) ภูมิภาคต่าง ๆ ของราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย การยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการดำเนินการโดยวิธี real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) ระหว่างวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567–4 กุมภาพันธ์ 2568 ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 27–78 ปี และมีโรคประจำตัว ไม่มีผู้ป่วยรายใดเป็นบุคลากรทางการแพทย์

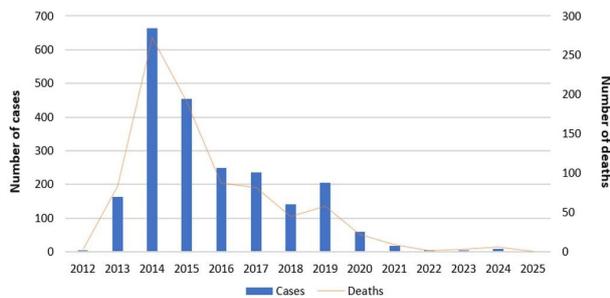
จากการสอบสวนพบว่ามีเพียง 1 ราย ที่มีประวัติสัมผัสทางอ้อมกับอูรูสสายพันธุ์ดรอมเมตารี (ซึ่งเป็นโฮสต์ของ MERS-CoV) และผลิตภัณฑ์จากอูรู (นม)

ผู้ป่วย 2 ราย เริ่มแสดงอาการในเดือนพฤศจิกายน 2567 ถูกพบในโรงพยาบาลเดียวกันกับรายแรกได้รับการยืนยันผลบวกเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 ผ่านการตรวจด้วยวิธี RT-PCR การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดพบว่าผู้ป่วยรายที่สอง ซึ่งพักอยู่ในห้องเดียวกัน ได้พัฒนาตามอาการในภายหลังไม่มีผู้ป่วยรายใดมีประวัติสัมผัสโดยตรงหรือทางอ้อมกับอูรู รวมถึงไม่มีการบริโภคนมอูรูดิบภายใน 14 วัน ก่อนเริ่มแสดงอาการ

ตั้งแต่มีรายงาน MERS-CoV ครั้งแรกในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียเมื่อปี พ.ศ. 2555 มีการรายงานผู้ป่วยยืนยันทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด 2,618 ราย ต่อ WHO จาก 27 ประเทศ ใน 6 ภูมิภาคของ WHO โดยพบผู้เสียชีวิต 945 ราย (อัตราการเสียชีวิต 36%) ราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียเป็นประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด โดยคิดเป็น 2,209 ราย (84%) รวมถึงกรณีที่รายงานล่าสุดนี้ด้วยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ไม่มีรายงานการติดเชื้อ MERS-CoV จากประเทศนอกภูมิภาคตะวันออกกลาง



รูปที่ 1 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของการติดเชื้อ MERS-CoV ระหว่างวันที่ 6 กันยายน 2567–28 กุมภาพันธ์ 2568 ตามเมืองและภูมิภาคในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย (จำนวน 4 ราย)



รูปที่ 2 การระบาดของการติดเชื้อ MERS-CoV (จำนวน 2,209 ราย) และการเสียชีวิต (จำนวน 864 ราย) ที่รายงานในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย ระหว่างปี พ.ศ. 2555–2568

กลุ่มอาการทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา (MERS-CoV) โดยมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันประมาณ 36% อย่างไรก็ตาม ตัวเลขนี้อาจสูงเกินความเป็นจริง เนื่องจากกรณีที่มีอาการไม่รุนแรงมักไม่ได้รับการตรวจพบ อัตราป่วยตายของผู้ป่วย (Case Fatality Ratio: CFR) คำนวณจากผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สะท้อนอัตราการเสียชีวิตที่แท้จริง

มนุษย์สามารถติดเชื้อ MERS-CoV ได้จากการสัมผัสโดยตรงหรือทางอ้อมกับอูฐสายพันธุ์ทรอเมดารี ซึ่งเป็นโฮสต์ตามธรรมชาติและแหล่งรังโรคของไวรัสนี้ แม้ว่าจะสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ แต่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกัน โดยเฉพาะในสถานพยาบาล นอกเหนือจากสภาพแวดล้อมเหล่านี้ ยังพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คนในระดับจำกัด

อาการของโรค MERS บางรายอาจไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยอาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก โดยมักพบภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย แต่อาจไม่เกิดขึ้นในทุกกรณี ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย ในกรณีรุนแรง อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิต ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก รวมถึงการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการรุนแรง ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคไต โรคมะเร็ง หรือโรคปอดเรื้อรัง

แนวโน้มการระบาดของ MERS-CoV จำนวนผู้ติดเชื้อที่รายงานต่อองค์การอนามัยโลก (WHO) ลดลงอย่างมากตั้งแต่

การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในช่วงแรก การลดลงของจำนวนผู้ป่วยอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและตรวจหาโควิด 19 ทำให้การตรวจหา MERS-CoV ลดลงอาการของ MERS-CoV และโควิด 19 มีความคล้ายคลึงกัน อาจทำให้มีการตรวจพบ MERS-CoV น้อยลง มาตรการป้องกันโควิด 19 เช่น การสวมหน้ากาก ล้างมือ การเว้นระยะห่างทางกายภาพ การปรับปรุงระบบระบายอากาศ การปฏิบัติสุขอนามัยทางเดินหายใจ คำสั่งให้อยู่บ้าน และการจำกัดการเดินทาง อาจช่วยลดโอกาสในการแพร่เชื้อ MERS-CoV มีการตั้งสมมติฐานว่าการติดเชื้อหรือการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 อาจให้การป้องกันไขว้ (cross-protection) ต่อการติดเชื้อ MERS-CoV หรืออาจลดความรุนแรงของโรคได้ อย่างไรก็ตามเรื่องนี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

การรักษาและพัฒนาแนวทางป้องกัน ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือการรักษาเฉพาะสำหรับ MERS-CoV ด้านการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับ MERS-CoV อยู่ระหว่างการทดลอง ขณะนี้การรักษาผู้ป่วยยังคงเป็นแบบประคับประคองโดยมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการตามความรุนแรงของโรค

นอกเหนือจากผู้ป่วย 2 รายที่เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลแล้ว กระทรวงสาธารณสุขไม่พบผู้ติดเชื้อทุติยภูมิรายอื่นเพิ่มเติม โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้นำระบบคัดกรองโรคทางเดินหายใจมาใช้เพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจได้ตั้งแต่ระยะแรก นอกจากนี้ได้มีการจัดการอบรมทบทวนแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยอย่างครอบคลุมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนเพื่อให้สามารถตรวจพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

การรายงานผู้ป่วยเพิ่มเติม 4 รายนี้ ไม่ส่งผลกระทบต่อประเมินความเสี่ยงโดยรวม องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าจะมีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ MERS-CoV เพิ่มเติมจากตะวันออกกลาง และ/หรือ ประเทศอื่น ๆ ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสในอูฐสายพันธุ์ทรอเมดารี นอกจากนี้ยังอาจพบผู้ป่วยนำเข้าไปในประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลนั้นเคยสัมผัสกับอูฐหรือผลิตภัณฑ์จากอูฐ (เช่น การบริโภคนมอูฐดิบ) หรือได้รับเชื้อในสถานพยาบาล WHO ยังคงเฝ้าติดตามสถานการณ์

ทางระบาดวิทยา และดำเนินการประเมินความเสี่ยงโดยพิจารณาจากข้อมูลล่าสุดที่มีอยู่

จากสถานการณ์ปัจจุบันและข้อมูลที่มีอยู่ WHO เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง สำหรับการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน รวมถึง MERS-CoV โดยขอให้ประเทศสมาชิกตรวจสอบและสอบสวนรูปแบบการแพร่ระบาดที่ผิดปกติอย่างรอบคอบ

การป้องกันการแพร่เชื้อ MERS-CoV จากคนสู่คนในสถานพยาบาล มักเกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการระบุนอกการตั้งแต่ระยะแรก ความล่าช้าในการคัดกรองผู้ป่วยต้องสงสัย ความล่าช้าในการดำเนินการป้องกันการควบคุมการติดเชื้อ (IPC) มาตรการ IPC เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของ MERS-CoV ภายในสถานพยาบาล โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันมาตรฐาน (standard precautions) อย่างเคร่งครัด เช่น การประเมินความเสี่ยงทุกครั้งเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจใช้มาตรการป้องกันการสัมผัส (contact precautions) และมาตรการป้องกันการละอองฝอย (droplet precautions) ซึ่งรวมถึงการแยกผู้ป่วยไว้ในห้องเดี่ยว การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) เช่น ชุดกาวน์ ถุงมือ อุปกรณ์ป้องกันดวงตา และหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ การใช้เครื่องมือแพทย์เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การระบายอากาศในห้องดูแลผู้ป่วย ควรมีอัตราการไหลเวียนของอากาศ ไม่น้อยกว่า 60 ลิตรต่อวินาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งราย (หรือ 6 ครั้งต่อชั่วโมง) มาตรการป้องกันการแพร่เชื้อทางอากาศ (airborne precautions) ควรใช้ในกรณีที่ต้องทำหัตถการที่ก่อให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol-generating procedures) โดยห้องที่ใช้ดำเนินการต้องมีการระบายอากาศ ไม่น้อยกว่า 160 ลิตรต่อวินาที (หรือ 12 ครั้งต่อชั่วโมง)

มาตรการสำคัญในการป้องกันการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ได้แก่ การระบุผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก การจัดการผู้ป่วยและการแยกกักตัว การกักกันผู้สัมผัสใกล้ชิด การดำเนินการมาตรการควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมในสถานพยาบาล การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค

กลุ่มเสี่ยงสูง การติดเชื้อ MERS-CoV มักมีอาการรุนแรงในผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวานโรคไตวาย โรคปอดเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ใกล้ชิดโดยเฉพาะอูฐ เมื่อเยี่ยมชมฟาร์ม ตลาด หรือคอกสัตว์ ที่อาจมีไวรัสแพร่ระบาด ควรปฏิบัติตามมาตรการสุขอนามัยทั่วไป ได้แก่ ล้างมือเป็นประจำก่อนและหลังสัมผัสสัตว์ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ป่วย

แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับอาหาร ควรปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยอาหารอย่างเคร่งครัดหลีกเลี่ยงการดื่มนมอูฐดิบ การสัมผัสปัสสาวะอูฐ หรือการรับประทานเนื้ออูฐที่ไม่ผ่านการปรุงสุกอย่างทั่วถึงการบริโภคผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ไม่ผ่านการปรุงสุกหรือพาสเจอร์ไรซ์ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ อาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงสุกหรือพาสเจอร์ไรซ์ ถือว่าปลอดภัยต่อการบริโภค อย่างไรก็ตามควรหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนระหว่างอาหารที่ปรุงสุกแล้วกับอาหารดิบ เนื้ออูฐและนมอูฐ เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและสามารถบริโภคได้ หากผ่านการปรุงสุก พาสเจอร์ไรซ์ หรือผ่านกระบวนการให้ความร้อนอื่น ๆ

มาตรการที่ WHO ไม่แนะนำ ได้แก่ มีการคัดกรองพิเศษที่จุดเข้า-ออกประเทศ สำหรับเหตุการณ์นี้ และไม่แนะนำให้มีการจำกัดการเดินทางหรือการค้าระหว่างประเทศในขณะนี้

ที่มา : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON560>