

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 33 ปี พ.ศ. 2568

Outbreak Verification Summary, Week 33, 2025

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 33 ระหว่างวันที่ 11-17 สิงหาคม 2568 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคอาหารเป็นพิษ/โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อนก้อนในโรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ พบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคอาหารเป็นพิษ/โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 71 ราย ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ ได้เข้าอบรมโครงการ ณ เทศบาลแห่งหนึ่ง ในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีการเลี้ยงอาหารกลางวัน ได้แก่ ไก่ทอดรียากิ และน้ำจิ้มแจ่ว ข้าวหมูตระไคร้ ข้าวปลาซบะ ขนมปังมายองเนส นมกล่อง และน้ำดื่มขวด รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 13 สิงหาคม 2568 อาการที่พบ ได้แก่ มีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน โดยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก 6 ราย รักษาตัวที่บ้าน 65 ราย ดำเนินการเก็บตัวอย่าง rectal swab ได้แก่ นักเรียน 8 ราย และแม่ครัว 1 ราย เก็บตัวอย่างไก่สด 50 กรัม จำนวน 2 ตัวอย่าง และน้ำดื่มจากเครื่องกรองน้ำใส่ขวด 1 ลิตร 2 ขวด เก็บตัวอย่างอุปกรณ์ในห้องปรุงอาหาร 9 ตัวอย่าง เช่น หม้อน้ำจิ้มเทรียากิ หม้อพักไก่สุก หม้อหุงข้าว หม้อต้มไข่ เขียงมีด กระชวยงาไก่ ถังน้ำแข็งแช่เนื้อไก่ และมือแม่ครัว ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ระหว่างการตรวจ ปัจจัยเสี่ยงของการระบาดครั้งนี้ ได้แก่ การสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ โดยผู้ประกอบการในขณะเตรียมอาหารไม่ได้สวมถุงมือ และไม่ได้แยกเขียงและมีดในการหันเนื้อดิบ (ไก่ หมู ปลา) และผัก รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ระหว่างการสอบสวนโรค

2. สถานการณ์โรคและภัยที่ได้รับการยกระดับการเฝ้าระวังเป็นระดับตื่นตัว (Alert mode) กรณีโรคไข้หวัดนก

สถานการณ์โรคไข้หวัดนก A (H5N1) ในคน ระหว่างวันที่ 10-16 สิงหาคม 2568 ภาพรวมทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2568 พบป่วยสะสม 989 ราย เสียชีวิตสะสม 475 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 48.03 ภาพรวมทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568 พบป่วยสะสม 27 ราย เสียชีวิตสะสม 9 ราย ไม่มีการรายงานผู้ป่วยรายใหม่ในสัปดาห์นี้ และไม่มีผู้เสียชีวิต สถานการณ์ประเทศกัมพูชา พบป่วยสะสม 15 ราย เสียชีวิตสะสม 7 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 46.67 ไม่มีการรายงานผู้ป่วยรายใหม่ ไม่มีผู้เสียชีวิต สำหรับการกระจายผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยใน 8 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา บังคลาเทศ สหรัฐอเมริกา จีน อินโดนีเซีย เม็กซิโก เวียดนาม และสหราชอาณาจักร ประเทศที่มีผู้ป่วยสูงสุด คือ กัมพูชา (15 ราย) โดยจากข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หวัดนก (H5N1) ในคนประเทศกัมพูชา พบว่าผู้ป่วยในเดือนมิถุนายน (มีผู้ป่วย 6 ราย และเสียชีวิต 2 ราย) เดือนกรกฎาคม (ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย และเสียชีวิต จำนวน 2 ราย) และเดือนสิงหาคม (ผู้ป่วย จำนวน 1 ราย และไม่มีผู้เสียชีวิต) ตามลำดับ และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 18-65 ปี (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-18 ปี (ร้อยละ 20) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 20) ตามลำดับ

สถานการณ์ไข้หวัดนกในสัตว์ ทั่วโลก ยังพบว่ามีรายงานเป็นระยะ มีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2566-2568 ทั้งในสัตว์ปีก นกธรรมชาติ และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 กรกฎาคม 2568 พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศเพื่อนบ้าน มีรายงานพบจุดเกิดโรค

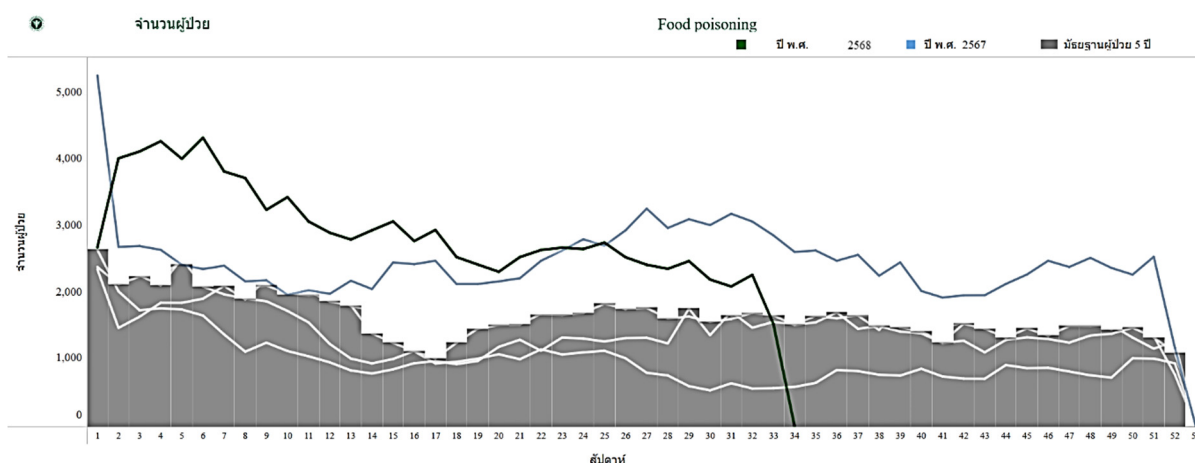
ไข้หวัดนกสายพันธุ์ A (H5N1) ที่ประเทศกัมพูชา และเวียดนาม ตามลำดับ สถานที่พบ คือ ฟาร์มสัตว์ปีก ทั้งหมด

3. สถานการณ์โรคที่สำคัญในสัปดาห์นี้

สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ

จากข้อมูลระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease Surveillance) โรคอาหารเป็นพิษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–17 สิงหาคม 2568 พบผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 97,077 ราย อัตราป่วย 149.94 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (17,506 ราย) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20–29 ปี (15,788 ราย) กลุ่มอายุ 30–39 ปี (11,842 ราย) กลุ่มอายุ 50–59 ปี (10,335 ราย) และกลุ่มอายุ 5–9 ปี (10,103 ราย) ตามลำดับ สัญชาติที่พบมากที่สุด คือ สัญชาติไทย พบผู้ป่วยมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10

จำนวน 14,481 ราย เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 12,976 ราย และเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 9,894 ราย และพบผู้ป่วยมากที่สุดในจังหวัดอุบลราชธานี รองลงมา คือ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดสุรินทร์ ตามลำดับ จากการเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษ รายสัปดาห์ พบว่าในสัปดาห์ที่ 1–5 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ต่อมาในช่วงสัปดาห์ที่ 6–21 จำนวนผู้ป่วยค่อนข้างทรงตัวอยู่ในระดับใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน 5 ปี และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 22 เป็นต้นมา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 24 พบว่าจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนและต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน 5 ปี โดยไม่พบการเพิ่มขึ้นผิดปกติเมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้าย้อนหลัง (ดังแสดงในรูปที่ 1)



ที่มา : ข้อมูลจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease Surveillance)

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567, ปี พ.ศ. 2568 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

จากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–17 สิงหาคม 2568 พบเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาดของกรมควบคุมโรคทั้งหมด จำนวน 37 เหตุการณ์ โดยเข้าเกณฑ์ SME และเข้าเกณฑ์ DCIR ทั้งหมด โดยพื้นที่ที่พบเหตุการณ์มากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 เหตุการณ์ รองลงมา คือ จังหวัดสงขลา 3 เหตุการณ์ และจังหวัดชัยภูมิ เชียงใหม่ อุตรธานี เลย สมุทรปราการ จังหวัดละ 2 เหตุการณ์ ตามลำดับ

สถานการณ์โรคเมลิออยโดสิส

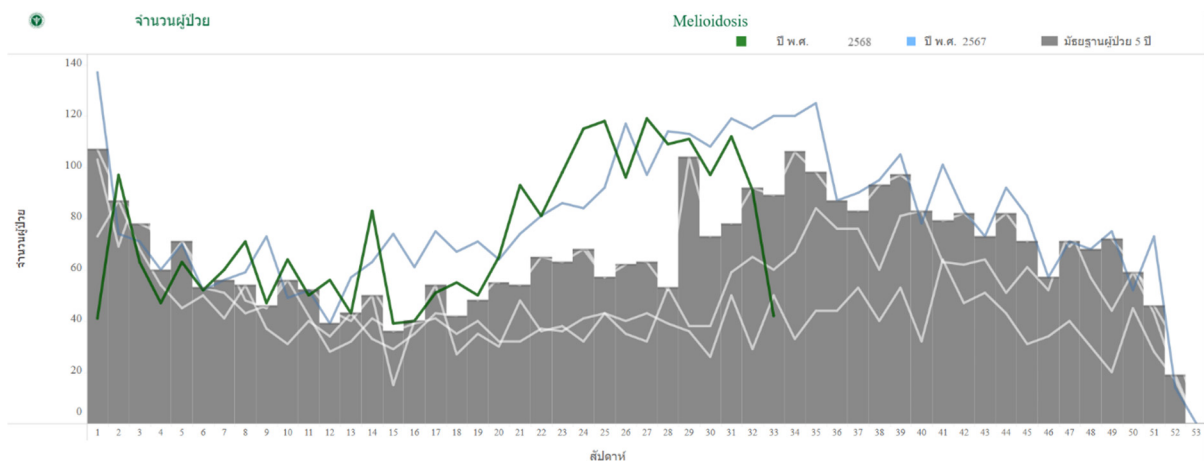
จากข้อมูลระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease Surveillance) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–17 สิงหาคม 2568 พบผู้ป่วยทั้งหมด 2,419 ราย อัตราป่วย 6.82 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 114 ราย อัตราตาย 0.322 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ≥ 60 ปี (980 ราย) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50–59 ปี (650 ราย) กลุ่มอายุ 40–49 ปี (379 ราย) กลุ่มอายุ 30–39 ปี (172 ราย) และกลุ่มอายุ 20–29 ปี

(62 ราย) ตามลำดับ สัญชาติที่พบมากที่สุด คือ สัญชาติไทย พบผู้ป่วยมากที่สุดในจังหวัดบุรีรัมย์ รองลงมา คือ จังหวัดอุบลราชธานี และอุดรธานี ตามลำดับ

จากการเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิส รายสัปดาห์ พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 1–3 ปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี และอยู่ในระดับใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2567 หลังจากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 4–20 จำนวนผู้ป่วยลดลงและทรงตัวอยู่ในระดับใกล้เคียงหรือไม่แตกต่างจากค่ามัธยฐาน 5 ปี ต่อมาในสัปดาห์ที่ 21 เป็นต้นมา พบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 27–31 จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าทั้งค่ามัธยฐาน 5 ปี อย่างเห็นได้ชัดเจน แสดงถึงการ

เกิดการระบาดมากกว่าปกติ และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 32 เป็นต้นมา แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงหรือสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ในบางสัปดาห์ (ดังแสดงในรูปที่ 2)

จากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดโรคอาหารเป็นพิษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–17 สิงหาคม 2568 พบเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาดของกรมควบคุมโรคทั้งหมด จำนวน 90 เหตุการณ์ โดยเข้าเกณฑ์ SME ทั้งหมด แต่ไม่เข้าเกณฑ์ DCIR โดยพื้นที่ที่พบเหตุการณ์มากที่สุด คือ จังหวัดบุรีรัมย์ 22 เหตุการณ์ รองลงมา คือ นครราชสีมา 13 เหตุการณ์ ชัยภูมิ 6 เหตุการณ์ และมหาสารคาม สงขลา อุดรธานี จังหวัดละ 3 เหตุการณ์ ตามลำดับ



ที่มา : ข้อมูลจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease Surveillance)
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567, 2568 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

4. การประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพในศูนย์พักพิง จังหวัดสุรินทร์ และบุรีรัมย์

จากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนประเทศไทย–กัมพูชา จนกระทั่งเกิดการปะทะด้วยอาวุธสงคราม ดังที่ปรากฏให้ทราบกันดีในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม ต่อเนื่องถึงต้นเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชาชนออกจากพื้นที่แนวชายแดน เข้าสู่พื้นที่ปลอดภัย และพักอาศัยร่วมกันในศูนย์พักพิงทั้งที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน และที่อยู่อาศัยที่ประชาชนจัดตั้งกันขึ้นเอง เช่น วัด โรงเรียน เป็นต้น

การอาศัยอยู่ร่วมกันดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ภัยพิบัติเจ้าฟ้าจุฬาภรณ โดยร่วมกันทั้งหน่วยบริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต รวมทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการจัดตั้ง ตรวจสอบศูนย์พักพิง ให้การสนับสนุนทั้งการดูแลด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังการป่วยทั้งด้วยโรคที่มากับอาหาร–น้ำ โรคติดต่อ และการสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่องตลอดการใช้งานศูนย์พักพิงจำนวนมาก อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดำเนินการจะเป็นไปตามหลักวิชาแล้วก็ตาม ยังคงพบการระบาดด้วยโรค โดยพบโรคไข้หวัดใหญ่มากที่สุด ซึ่งพบในศูนย์พักพิงที่จังหวัดสุรินทร์ 853 ราย และบุรีรัมย์ 1289 ราย รองลงมา คือ โรคระบบทางเดินอาหาร ศูนย์พักพิงที่จังหวัดสุรินทร์ 124 ราย และบุรีรัมย์ 236 ราย

ก่อนหน้านี้จะมีสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดน กรมควบคุมโรคได้จัดทำโครงการวัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจากข้อมูลการให้วัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดสุรินทร์ (รายละเอียดตามภาพ) พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสุรินทร์ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทั้งสิ้น 83,801 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 14 ส.ค. 2568) ซึ่งการเดินหน้าโครงการวัคซีนในช่วงก่อนหน้านี้ จะมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในพื้นที่ปลอดภัย และในศูนย์พักพิงทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากข้อมูลและสถานการณ์ดังกล่าว เหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดน ยังไม่ยุติและอาจเกิดการปะทะ อันเป็นผลให้จำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายประชาชนออกจากพื้นที่อันตราย และจัดตั้งศูนย์พักพิงเพื่อให้การรองรับการอยู่อาศัยของประชาชนอีกครั้ง ซึ่งจะเป็นการรวมกันของประชาชนจำนวนมาก (อีกครั้ง)

ทีมเฝ้าระวังประจำสัปดาห์ที่ 33 จึงเสนอให้

1. ก่อนที่จะมีการเริ่มต้นใช้งานศูนย์พักพิง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค (6, 9 และ 10) ร่วมกับ ศูนย์อนามัยในพื้นที่เดียวกัน และหน่วยบริการด้านการแพทย์ (ทางกาย และทางจิตใจ) ร่วมกันเตรียมการให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความสะอาด การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล การกำหนดระบบบริการแบบปฐมภูมิ การเฝ้าระวังโรค การเฝ้าระวังสภาพจิตใจ การวางแผนการควบคุมโรค ตลอดจนการเยียวยา ให้เป็นรูปธรรม ที่มีการปฏิบัติร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดปริมาณมาก

2. เมื่อมีการดำเนินการศูนย์พักพิง (มีประชาชนเข้าใช้บริการ) ควรมีการสนับสนุนทรัพยากร การคงสภาพการให้บริการ และการควบคุมกำกับโดยหน่วยงานที่เข้ามาให้การสนับสนุน

3. ในกรณีที่ประชาชนมีการพักร่วมกันในพื้นที่ ที่มีได้จัดตั้งเป็นศูนย์พักพิงอย่างชัดเจน ขอให้หน่วยงานทั้งการบริการทางการแพทย์ (กาย-จิต) ศูนย์อนามัย สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ได้เข้าไปให้คำแนะนำ พร้อมสนับสนุนทรัพยากรตามเหตุผลความจำเป็น

สถานการณ์ต่างประเทศ

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus) ในรัฐเกรละ ประเทศอินเดีย

กรมสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ รัฐบาลรัฐเกรละ ได้เผยแพร่ข่าวประชาสัมพันธ์อย่างเป็นทางการหลายครั้งเพื่อยืนยันการตรวจพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ จำนวน 4 ราย ในพื้นที่ 2 เขตของรัฐเกรละ โดยในจำนวนดังกล่าวมีผู้เสียชีวิต 2 ราย โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีค้างคาวแม่ไก่ (Fruit bats) เป็นพาหะสามารถแพร่จากสัตว์สู่คนได้ อาทิ จากค้างคาว หมู หรือการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ รวมถึงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโดยตรง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 มีรายงานการระบาดของโรคนี้ในหลายประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ อินเดีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และสิงคโปร์

สำหรับประเทศอินเดีย มีการรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกในปี พ.ศ. 2544 ในรัฐเบงกอลตะวันตก และเกิดการระบาดในปี พ.ศ. 2550 ต่อมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา พบการระบาดในรัฐเกรละเป็นประจำรวมทั้งสิ้น 9 ครั้ง แม้ว่ารัฐเกรละจะมีระบบสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็ง และมีการพัฒนามาตรการควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีข้อแนะนำให้รักษาระดับความพร้อมและความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังพร้อมกับการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้รัฐอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงพัฒนาระบบตรวจจับโรคและศักยภาพการตอบสนองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ได้รับอนุญาตใช้สำหรับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ มาตรการสาธารณสุขจึงควรมุ่งเน้นการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการป้องกันการสัมผัสเชื้อ การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น และการให้การรักษาแบบประคับประคองอย่างเพียงพอ ในปัจจุบันความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคไปยังต่างประเทศถือว่าต่ำ และจากเหตุการณ์ครั้งนี้ยังไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ถึงการแพร่เชื้อจากคนสู่คนในระดับนานาชาติ

จากผู้ป่วยทั้ง 4 ราย พบว่า รายแรกเริ่มป่วยตั้งแต่เดือนเมษายนและตรวจพบในเดือนพฤษภาคม ส่วนผู้ป่วยอีก 3 ราย เริ่มป่วยระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง จากเขตมัลปปราม เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2568 มีอาการ ได้แก่ ไข้ ไอ และหายใจลำบาก อาการทรุดลงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และถูกส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2568 เนื่องจากภาวะสมองอักเสบเฉียบพลัน ตัวอย่างที่เก็บจากโรงพยาบาลตรวจพบเชื้อไวรัสซิกา เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2568 และสถาบันไวรัสแห่งชาติเมืองปูเน่ ยืนยันผลเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2568

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง จากเขตมัลปปราม เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2568 และเสียชีวิตเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ก่อนหน้านั้นเข้ารับการรักษานานหลายสัปดาห์ และภายหลังถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีการสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยรายที่ 3 เพศหญิง จากเขตปาลักกัต เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2568 เข้ารับการรักษานานหลายสัปดาห์ก่อนถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ปัจจุบันมีอาการวิกฤตและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจถือเป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกา รายแรกที่ได้รับการยืนยันในเขตปาลักกัต

ผู้ป่วยรายที่ 4 เพศชาย จากเขตปาลักกัต เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2568 และเข้ารับการรักษารั้งแรกในวันเดียวกัน ต่อมาเข้ารับการรักษานานหลายสัปดาห์ก่อนถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2568 เสียชีวิตเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2568 และได้รับการยืนยันติดเชื้อไวรัสซิกา นับเป็นผู้ป่วยรายที่สองในเขตปาลักกัต

แหล่งที่มาของการติดเชื้ออยู่ระหว่างการสอบสวนขณะนี้ ยังไม่พบความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งบ่งชี้ว่าอาจเป็นเหตุการณ์แพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนแบบแยกกันในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยมีการพบค้างคาวกินผลไม้จำนวนมากซึ่งเป็นแหล่งรังโรคตามธรรมชาติของเชื้อไวรัสซิกา

ข้อมูลทางระบาดวิทยา

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มีค้างคาวแม่ไก่ (วงศ์ *Pteropus*) เป็นแหล่งรังโรคตามธรรมชาติ การแพร่เชื้อสู่คนสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายช่องทาง ได้แก่

การสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ติดเชื้อ เช่น ค้างคาวหรือสุกร การบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนน้ำลาย ปัสสาวะ หรือมูลของสัตว์ติดเชื้อรวมถึงการแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ แม้ว่าการแพร่เชื้อระหว่างคนจะพบได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับการติดเชื้อจากสัตว์โดยตรงระยะฟักตัวของโรคโดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 4–14 วัน แต่มีรายงานเพียงครั้งเดียวที่พบระยะฟักตัวยาวนานถึง 45 วัน การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่มีประวัติเข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สามารถดำเนินการได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นตัว โดยใช้วิธีทางห้องปฏิบัติการหลายวิธีร่วมกัน

การตรวจที่ใช้ ได้แก่

การตรวจสารพันธุกรรมของเชื้อ ด้วยวิธี Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) จากสารคัดหลั่งหรือของเหลวในร่างกาย

การตรวจหาภูมิคุ้มกัน ด้วยวิธี Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA)

อาการของโรคมีความหลากหลาย ตั้งแต่การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ไปจนถึงภาวะสมองอักเสบอย่างรุนแรงซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิต ข้อมูลจากเหตุการณ์การระบาดในประเทศบังกลาเทศ อินเดีย มาเลเซีย และสิงคโปร์ระบุว่าอัตราเสียชีวิตอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 40–100 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ในการตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และความสามารถในการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปัจจุบันแม้ว่าจะมีผลิตภัณฑ์ต้นแบบบางชนิดอยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนา แต่ยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

การตอบสนองด้านสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่นของรัฐเกรละได้ดำเนินมาตรการด้านสาธารณสุขหลายประการ ดังนี้

การบริหารจัดการระดับนโยบาย

รัฐมนตรีสาธารณสุขรัฐเกรละเป็นประธานการประชุมฉุกเฉินเพื่อประเมินสถานการณ์ และยืนยันการเสริมความเข้มงวดของมาตรการป้องกันตามแนวทางปฏิบัติสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

การสอบสวนโรคและติดตามผู้สัมผัส

วันที่ 17 กรกฎาคม 2568 มีการติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 723 คน แบ่งตามพื้นที่

ได้แก่ เขตปาลักกัต จำนวน 394 คน เขตมัลปปราม จำนวน 212 คน เขตโคโซโคต จำนวน 114 คน เขตเอริกกุลัม จำนวน 2 คน และเขตทรูซซัวร์ จำนวน 1 คน

การเตรียมความพร้อมและการแจ้งเตือน

มีการประกาศแจ้งเตือนโดยหน่วยงานสาธารณสุขใน เขตโคโซโคต เขตมัลปปราม และเขตปาลักกัต พร้อมจัดตั้ง ทีมเฉพาะกิจ จำนวน 26 ทีม เพื่อติดตามผู้สัมผัส เฝ้าระวังอาการ และให้ข้อมูลแก่ประชาชนพร้อมแนะนำให้ประชาชนงดการไป สถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อ

ความร่วมมือระหว่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประสานงานอย่างใกล้ชิด กับศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ (NCDC) ของอินเดีย ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” (One Health) เพื่อเสริมศักยภาพการรับมือเชื้อก่อโรคที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงเชื้อไวรัสโคโรนา

การประเมินความเสี่ยงโดยองค์การอนามัยโลก (WHO)

รัฐเกรละมีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา รวม 9 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานล่าสุดสอดคล้องกับ แนวโน้มในปีก่อน จึงไม่ถือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์นี้สะท้อนถึงความเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในภูมิภาคดังกล่าว ความเสี่ยงต่อประชากรในระดับประเทศและภูมิภาคยังถือว่าต่ำ แม้ในปี พ.ศ. 2566 จะพบ การแพร่เชื้อในสถานพยาบาลแต่รัฐเกรละได้เสริมมาตรการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การจัดการของเสีย และการ ตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง สำหรับการระบาด ปี พ.ศ. 2568 แหล่งที่มาของการติดเชื้อยังไม่ทราบแน่ชัด

คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO)

เนื่องจากยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ได้รับอนุญาตใช้สำหรับ การป้องกันหรือรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา การควบคุมโรค ควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การ สนับสนุนมาตรการลดการสัมผัสเชื้อ การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะ เริ่มต้น และการให้การรักษาระดับประคับประคองอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทางระบบทางเดิน- หายใจและระบบประสาท พร้อมสนับสนุนด้วยระบบห้องปฏิบัติ- การที่มีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญของการสื่อสารด้านสุขภาพ

- 1) การลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อจากค้างคาวสู่คน
 - ป้องกันไม่ให้ค้างคาวเข้าถึงอาหารสด
 - ล้างและปกปิดเปลือกผลไม้ก่อนรับประทาน
 - ทิ้งผลไม้ที่มีรอยกัดของค้างคาว
 - หลีกเลี่ยงพื้นที่ที่เป็นแหล่งพักของค้างคาว
- 2) การลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อจากคนสู่คน
 - หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยไม่มีการป้องกัน
 - ล้างมือเป็นประจำหลังการดูแลหรือเยี่ยมผู้ป่วย
- 3) การควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล
 - บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยต้องสงสัยหรือ ยืนยันติดเชื้อ หรือจัดการตัวอย่างจากผู้ป่วยควรปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน
 - ใช้มาตรการป้องกันการสัมผัสและการแพร่กระจาย ทางละอองฝอยเพิ่มเติมในกรณีพบการแพร่เชื้อระหว่างคนใน บางสถานการณ์ อาจต้องใช้มาตรการป้องกันการแพร่เชื้อทาง อากาศ