



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 54 ฉบับที่ 38 : 29 กันยายน 2566

Volume 54 Number 38: September 29, 2023

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ต้นฉบับ

ระบาดวิทยาไข้หวัดใหญ่จากระบบเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่โรงพยาบาลเครือข่าย
เฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564

(Epidemiology of influenza from sentinel hospital-based laboratory surveillance system, Thailand, 2017–2021)

✉ o.thipp@gmail.com

อ้อยทิพย์ ยาโสภา¹ ปณิตา คุ่มผล¹ ชันนารี พาซิเพชร¹ พิไลลักษณ์ อัครไพบูลย์ โอภาตะ² ภาวินี ดั่งเงิน¹

¹กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

²สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันที่สำคัญ ดังนั้นระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็น เนื่องจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมตลอดเวลา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรกระบบทางเดินหายใจทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลเครือข่ายขึ้น เพื่อติดตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ และเพื่อตรวจจับและตอบโต้ต่อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

วิธีการศึกษา : ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA และใช้การทดสอบ Binary Logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

ผลการศึกษา : ปี พ.ศ. 2560–2564 มีตัวอย่างส่งตรวจ 18,190 ราย พบสารพันธุกรรมเชื้อไข้หวัดใหญ่ 3,574 ราย (ร้อยละ 19.65) จากข้อมูลผู้ป่วย 9,465 ราย พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 0–4 ปี

(ร้อยละ 32.67) อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ไข้ ไอ และมีน้ำมูกหรือคัดจมูก คิดเป็นร้อยละ 84.12, 83.22 และ 68.98 ตามลำดับ ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ กลุ่มอายุ สัญชาติ อาชีพ มีประวัติการดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ และเป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มก้อน

อภิปรายผล : โรคไข้หวัดใหญ่พบได้ในทุกกลุ่มอายุ และพบได้ตลอดทั้งปี บางกลุ่มอายุ อาชีพ และผู้มีโอกาสสูงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เช่น การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมักจะมีโอกาสติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้มากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น การป้องกันระดับบุคคล เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือสถานที่ที่มีคนหมู่มาก ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคไข้หวัดใหญ่ และโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ได้ ส่วนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ช่วยลดความรุนแรงของโรคและโอกาสการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : โรคไข้หวัดใหญ่, การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่, การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ, ระบาดวิทยา, ปัจจัยเสี่ยง, ประเทศไทย



◆ ระบาดวิทยาไข้หวัดใหญ่จากระบบเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่โรงพยาบาลเครือข่าย เฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564	575
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 38 ระหว่างวันที่ 17–23 กันยายน 2566	587
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 38 ระหว่างวันที่ 17–23 กันยายน 2566	589

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันที่มีความสำคัญ เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการกลายพันธุ์และอาจทำให้เกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ ตามที่เคยมีรายงานการระบาดใหญ่ทั่วโลกหลายครั้งในอดีต ซึ่งมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก⁽¹⁾ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) สามารถจำแนกสายพันธุ์ออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ชนิดเอ บี ซี และดี โดยสายพันธุ์ที่พบมากที่สุดคือ ไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ และบี ซึ่งหมุนเวียนและทำให้เกิดการแพร่ระบาดตามฤดูกาล⁽²⁾ โดยเชื้อไวรัสจะอยู่ในเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย สามารถแพร่ติดต่อไปยังผู้อื่นโดยการไอ จามรดกัน หรือหายใจเอาละอองฝอยเข้าไป หรือได้รับเชื้อทางอ้อมโดยการสัมผัสเชื้อที่ปนเปื้อน ซึ่งทำให้เกิดการป่วยได้ในทุกกลุ่มอายุ และมักพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี

ประเทศไทยมีระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ เมื่อปี พ.ศ. 2513 โดยให้มีการรายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่เข้าสู่ระบบรายงาน 506 เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2564 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ทุกปี เฉลี่ยปีละ 134,500 ราย (ต่ำสุด 11,174 ราย สูงสุด 396,363 ราย) ช่วงเวลาที่มักพบผู้ป่วยสูง ได้แก่ ช่วงอากาศเย็น (ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม) และช่วงฤดูฝน (ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม) อัตราป่วยเฉลี่ยสูงสุดพบในกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 885.31 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-14 ปี (503.00) และ 15-24 ปี (167.91) ส่วนอัตราป่วยตายพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 1.65 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 55-64 ปี (0.69) และกลุ่มอายุ 45-54 ปี (0.49) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงสุดในปี พ.ศ. 2562 โดยพบผู้ป่วย 396,363 ราย อัตราป่วย 596.16 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 30 ราย อัตราป่วยตาย 0.01⁽³⁾ ต่อมาเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี พ.ศ. 2563 ส่งผลให้ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ลดลงเหลือเพียง 123,995 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 186.82 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.002⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2557 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบเชื้อก่อโรคที่สำคัญที่อาจเป็นโรคอุบัติใหม่หรือมีการระบาดในวงกว้าง ได้แก่ โรคไข้สมองอักเสบ และมีมือเท้าปาก ต่อมาปี พ.ศ. 2559 ได้ขยายการเฝ้าระวังครอบคลุมไปยังกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ โดยมีความร่วมมือกับศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ในการตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรคไข้หวัดใหญ่⁽⁵⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ตรวจจัดการระบาดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และมีข้อมูลทางระบาดวิทยาที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของโรคไข้หวัดใหญ่ที่แท้จริงได้ ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังดังกล่าวนี้ยังช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและทันเวลาที่ นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในการวางแผนและกำหนดนโยบายป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสนับสนุนการพิจารณาวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ประจำปี

การศึกษานี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จากเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการเฉพาะพื้นที่ในโรงพยาบาล ช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560-31 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นการเก็บตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามที่กำหนด จากโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 40 แห่ง ในพื้นที่ 30 จังหวัด ซึ่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย⁽⁶⁾ โดยส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นิยามที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษา มีดังนี้

1. กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (Influenza-like illness; ILI) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หรือมีประวัติว่าไข้ ร่วมกับไอ ไม่เกิน 10 วัน⁽⁷⁾

2. นิยามผู้ป่วย (Case definition) หมายถึง ผู้ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 40 แห่ง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้วยอาการ ILI หรือแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ และถูกเก็บตัวอย่างตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ช่วงวันที่ 1 มกราคม 2560-31 ธันวาคม 2564

การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลโดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตัวแปร ที่เก็บ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัว ข้อมูลทางคลินิกและการรักษา การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนป่วย

ส่วนที่ 2 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab หรือ throat swab หรือ nasal Swab จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามที่กำหนด ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ที่สถาบันวิจัย-วิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้วยวิธี Real-time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)

2) ข้อมูลผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ จากระบบเฝ้าระวังโรค (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลการเฝ้าระวังโรคหลักของประเทศไทยที่ใช้เก็บรวบรวมรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ผู้ป่วยรายบุคคลที่รายงานเป็นผู้ป่วยที่สงสัยและส่วนใหญ่ไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA และนำเสนอผลด้วยค่าร้อยละ ความถี่ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และมัธยฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่และผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยใช้การทดสอบ Binary Logistic Regression ตัวแปรที่มีความสำคัญใน Univariate model หรือมีค่า P-value < 0.20 จะถูกนำไปวิเคราะห์ใน Multivariate model

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของภารกิจการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงยกเว้นการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แต่อย่างไรก็ตามการนำเสนอผลการศึกษานี้จะนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และผู้อ่านจะไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยตามนิยามที่กำหนด

และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทั้งสิ้น 18,190 ราย เป็นชาย 9,231 ราย และหญิง 8,959 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 1 ค่ามัธยฐานอายุ 16 ปี (อายุต่ำสุด-สูงสุด 1-100 ปี) กลุ่มอายุ 15-59 ปี พบมากที่สุด จำนวน 6,141 ราย (ร้อยละ 33.76) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี และ 5-14 ปี จำนวน 5,726 ราย (31.48) และ 3,116 ราย (17.13) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ในปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจประมาณ 3,000-5,000 รายต่อปี โดยร้อยละของการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 25.02-33.60 ส่วนปี พ.ศ. 2563-2564 (การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19) เท่ากับร้อยละ 0.21-9.24 สำหรับชนิดและสัดส่วนของสายพันธุ์ไข้หวัดใหญ่ที่พบมากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 คือ A/H3 (ร้อยละ 44.80) A/H1 2009 (60.03) B (51.83) A/H1 2009 (68.18) และ A/H3 (100) ตามลำดับ (รูปที่ 1) ช่วงเวลาที่มีการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไข้หวัดใหญ่มากที่สุด คือ เดือนสิงหาคม-ตุลาคม ซึ่งเมื่อพิจารณาแนวโน้มการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไข้หวัดใหญ่เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในระบบเฝ้าระวังโรค (รง. 506) พบว่าเป็นช่วงเดียวกันกับฤดูกาลการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย (รูปที่ 2)

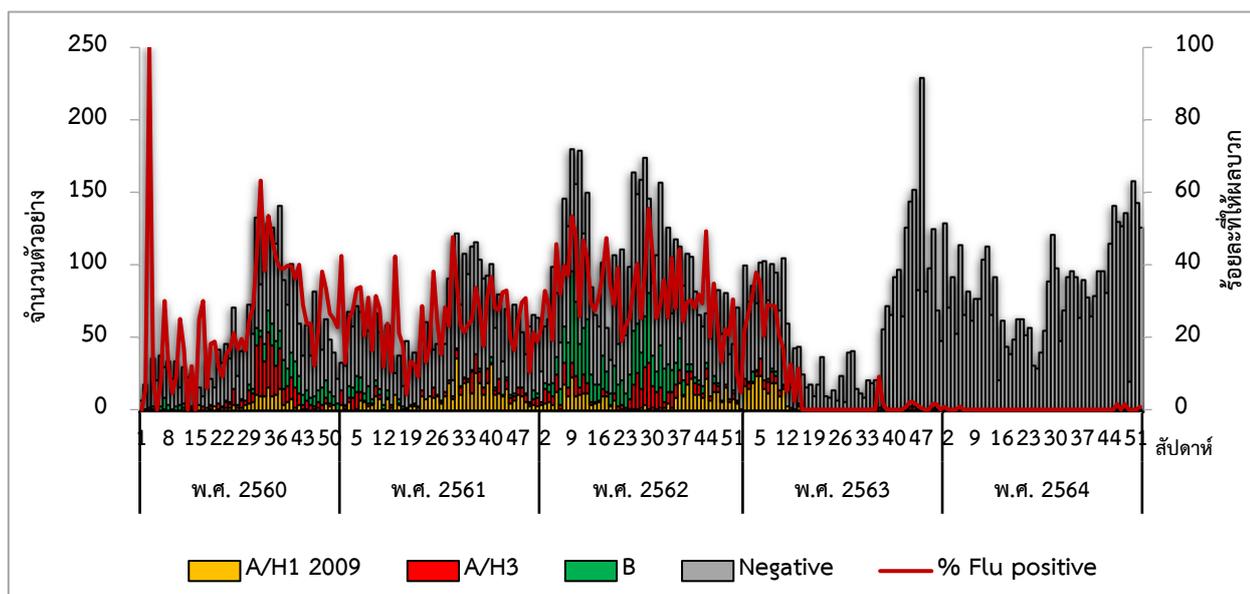
เมื่อพิจารณารายภูมิภาค พบภาคที่มีตัวอย่างผู้ป่วยส่งตรวจมากที่สุด คือ ภาคกลาง 7,168 ราย (ร้อยละ 39.41) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5,695 ราย (ร้อยละ 31.31) ภาคใต้ 2,687 ราย (ร้อยละ 14.77) และภาคเหนือ 2,640 ราย (ร้อยละ 14.51) เมื่อพิจารณาการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไข้หวัดใหญ่พบว่าสัดส่วนของการตรวจพบเชื้อในแต่ละภาคลดลงอย่างมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (ตารางที่ 2)

จากจำนวนผู้ป่วยที่ส่งตัวอย่างตรวจ 18,190 ราย พบมีข้อมูลในแบบรายงานการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสก่อโรคระบบทางเดินหายใจครบถ้วน 9,465 ราย (ร้อยละ 52.03) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เช่น ลักษณะของผู้ป่วย และประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคระบบทางเดินหายใจที่มีผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ (ตารางที่ 3) รวมถึงการเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบและไม่พบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ (รูปที่ 3)

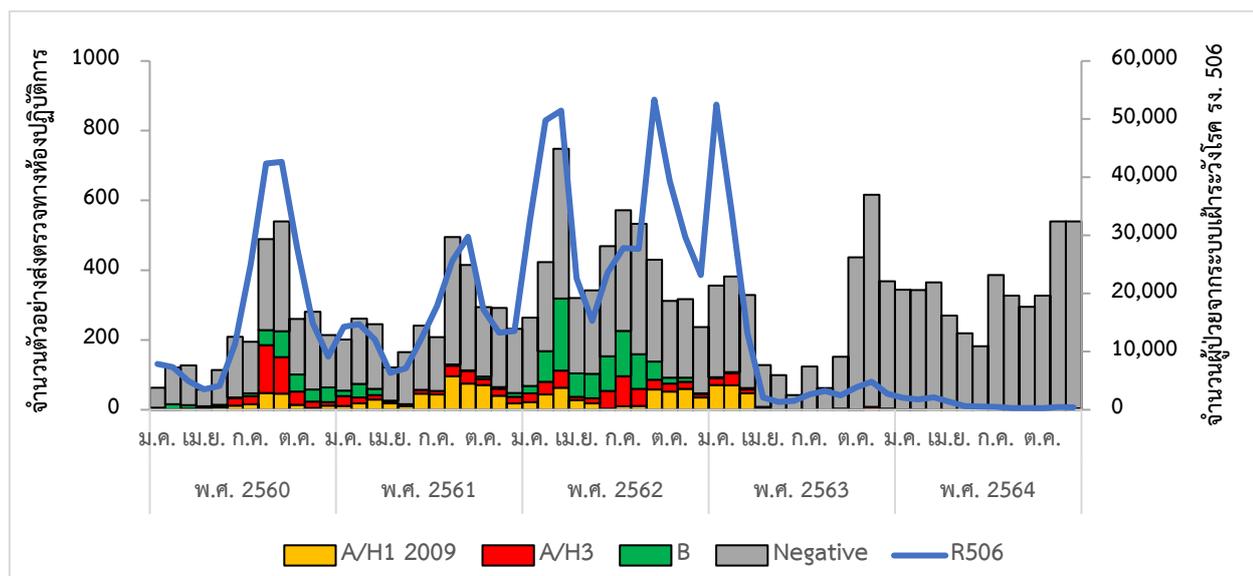
ด้านการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จากผู้ป่วย 9,465 ราย พบประวัติได้รับวัคซีน 637 ราย (ร้อยละ 6.73) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยทางเดินหายใจจำแนกตามกลุ่มอายุ จากโรงพยาบาลเครือข่ายการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการ ปี พ.ศ. 2560-2564

กลุ่มอายุ	พ.ศ. 2560		พ.ศ. 2561		พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ								
0-4 ปี	773	28.94	1,246	39.31	1,635	32.92	1,111	35.90	961	22.42	5,726	31.48
5-14 ปี	500	18.72	467	14.73	1,237	24.90	502	16.22	410	09.56	3,116	17.13
15-59 ปี	763	28.57	902	28.45	1,444	29.07	1,052	33.99	1,980	46.19	6,141	33.76
60 ปีขึ้นไป	519	19.43	553	17.44	650	13.09	429	13.86	924	21.55	3,075	16.90
ไม่ระบุ	116	04.34	2	00.06	1	00.02	1	00.03	12	00.28	132	00.73
รวม	2,671	100.00	3,170	100.00	4,967	100.00	3,095	100.00	4,287	100.00	18,190	100.00



รูปที่ 1 จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจจำแนกตามผลการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่รายสัปดาห์ ปี พ.ศ. 2560-2564



รูปที่ 2 ผลการตรวจวิเคราะห์เชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในระบบเฝ้าระวังโรค (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายสัปดาห์ ปี พ.ศ. 2560-2564

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและร้อยละการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (ให้ผลบวก) จำแนกรายภาค ปี พ.ศ. 2560-2564

ภาค	จำนวนให้ผลบวก/จำนวนส่งตรวจ (ร้อยละ)									
	พ.ศ. 2560		พ.ศ. 2561		พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564	
เหนือ	165/485	(34.02)	96/294	(32.65)	170/417	(40.77)	40/633	(06.32)	2/811	(00.25)
กลาง	246/887	(27.73)	286/1,230	(23.25)	764/2,298	(33.25)	100/943	(10.60)	7/1,810	(00.39)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	257/697	(36.87)	214/833	(25.69)	547/1,568	(34.89)	98/1,257	(07.80)	0/1,340	(00.00)
ใต้	149/602	(24.75)	197/813	(24.23)	188/684	(27.49)	48/262	(18.32)	0/326	(00.00)
รวม	817/2,671	(30.59)	793/3,170	(25.02)	1,669/4,967	(33.60)	286/3,095	(09.24)	9/4,287	(00.21)

หมายเหตุ : ในแต่ละปีมีการปรับเพิ่ม/ลด/ยกเลิก หน่วยเฝ้าระวังในบางจังหวัดที่ไม่สะดวกเข้าร่วมในการเฝ้าระวังเพื่อให้สามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจได้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ตารางที่ 3 ลักษณะและประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยจำแนกตามผลตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ จากแบบรายงานการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสก่อโรคระบบทางเดินหายใจ ปี พ.ศ. 2560-2564 (N= 9,465 ราย)

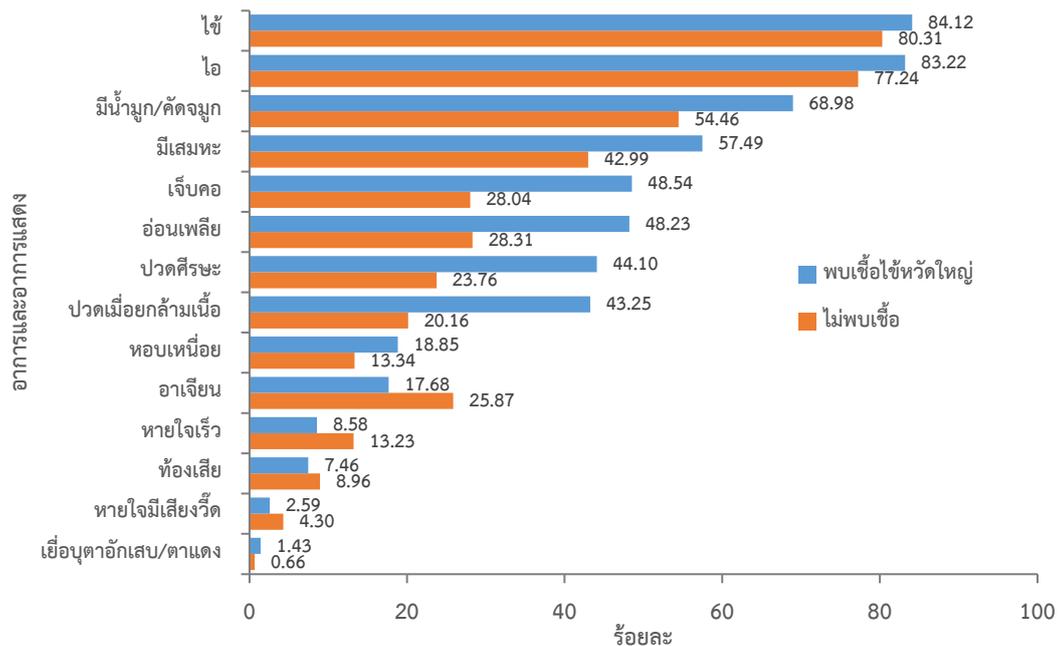
ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของ			Crude OR (95% CI)	p-value*
	ผลตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ผลบวก	ผลลบ	รวมทั้งหมด		
• ลักษณะของผู้ป่วย					
เพศ					0.798
ชาย	955 (50.56)	3,855 (50.88)	4,810 (50.82)	1.0	
หญิง	934 (49.44)	3,722 (49.12)	4,655 (49.18)	1.01 (0.91-1.12)	
กลุ่มอายุ					<0.001
0-4 ปี	412 (21.81)	2,680 (35.37)	3,092 (32.67)	1.04 (0.85-1.27)	
5-14 ปี	666 (35.26)	1,184 (15.63)	1,850 (19.55)	3.82 (3.16-4.63)	
15-59 ปี	650 (34.41)	2,625 (34.65)	3,275 (34.60)	1.68 (1.39-2.03)	
60 ปีขึ้นไป	159 (8.42)	1,082 (14.28)	1,241 (13.11)	1.0	
สัญชาติ					<0.001
ไทย	1,845 (97.67)	7,328 (96.73)	9,173 (96.91)	3.02 (1.08-8.38)	
เมียนมา	4 (0.21)	73 (0.96)	77 (0.81)	0.65 (0.15-2.75)	
ลาว	29 (1.54)	62 (0.82)	91 (0.96)	5.61 (1.84-17.05)	
กัมพูชา	4 (0.21)	48 (0.63)	52 (0.55)	1.0	
สัญชาติอื่น ๆ	7 (0.37)	65 (0.86)	72 (0.76)	1.29 (0.35-4.66)	
อาชีพ					<0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	669 (35.42)	3,974 (52.46)	4,643 (49.05)	1.0	
นักเรียน/นักศึกษา	676 (35.79)	1,244 (16.42)	1,920 (20.29)	3.22 (2.85-3.65)	
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	119 (6.30)	685 (9.04)	804 (8.49)	1.03 (0.83-1.27)	
พนักงานรัฐ/บริษัท/โรงงาน	62 (3.28)	410 (5.41)	472 (4.99)	0.89 (0.67-1.18)	
เกษตรกร	83 (4.39)	382 (5.04)	465 (4.91)	1.29 (1.00-1.65)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	55 (2.91)	193 (2.55)	248 (2.62)	1.69 (1.24-2.30)	
ข้าราชการ	50 (2.65)	196 (2.59)	246 (2.60)	1.51 (1.09-2.08)	
บุคลากรทางสาธารณสุข	38 (2.01)	146 (1.93)	184 (1.94)	1.54 (1.07-2.22)	
ประกอบอาชีพอื่น	137 (7.25)	346 (4.57)	483 (5.10)	2.35 (1.89-2.91)	

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของ			Crude OR (95% CI)	p-value*
	ผลตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่	ผลบวก	ผลลบ		
ประเภทผู้ป่วย					<0.001
ผู้ป่วยนอก	1,130 (59.82)	3,810 (50.29)	4,940 (52.19)	3.73 (2.57–5.41)	
ผู้ป่วยใน	571 (30.23)	2,948 (38.91)	3,519 (37.18)	2.43 (1.67–3.55)	
ผู้ป่วยหนัก	31 (1.64)	390 (5.15)	421 (4.45)	1.0	
ไม่ระบุ†	157 (8.31)	428 (5.65)	585 (6.18)	–	
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่					0.056
ไม่ได้รับหรือไม่ทราบประวัติวัคซีน	1,743 (92.27)	7,085 (93.52)	8,828 (93.27)	1.0	
ได้รับ	146 (7.73)	491 (6.48)	637 (6.73)	1.20 (0.99–1.46)	
ผลการรักษา					0.785
หาย	84 (4.45)	1,627 (21.48)	1,711 (18.08)	1.0	
ตาย	2 (0.10)	47 (0.62)	49 (0.52)	0.82 (0.19–3.45)	
ไม่ทราบผลการรักษา†	1,803 (95.45)	5,902 (77.90)	7,705 (81.41)	–	
● ประวัติเสี่ยง					
ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้สัมผัสสัตว์ปีกป่วย/ตาย โดยตรง					0.314
ไม่ใช่	1,887 (99.89)	7,560 (99.79)	9,447 (99.81)	1.0	
ใช่	2 (0.11)	16 (0.21)	18 (0.19)	0.50 (0.11–2.17)	
ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้สัมผัสสัตว์ป่วยโดยตรง					0.217
ไม่ใช่	1,886 (99.84)	7,552 (99.68)	9,438 (99.71)	1.0	
ใช่	3 (0.16)	24 (0.32)	27 (0.29)	0.50 (0.15–1.66)	
ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มี สัตว์ปีกป่วย/ตายผิดปกติ					0.108
ไม่ใช่	1,878 (99.42)	7,552 (99.68)	9,430 (99.63)	1.0	
ใช่	11 (0.58)	24 (0.32)	35 (0.37)	1.84 (0.90–3.76)	
ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่ไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบระบาด					0.007
ไม่ใช่	1,859 (98.41)	7,511 (99.14)	9,370 (99.00)	1.0	
ใช่	30 (1.59)	65 (0.86)	95 (1.00)	1.86 (1.20–2.88)	
ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ					<0.001
ไม่ใช่	1,704 (90.21)	7,131 (94.13)	8,835 (93.34)	1.0	
ใช่	185 (9.79)	445 (5.87)	630 (6.66)	1.73 (1.45–2.08)	
ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ไปเยี่ยมผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบ					0.951
ไม่ใช่	1,853 (98.09)	7,430 (98.07)	9,283 (98.08)	1.0	
ใช่	36 (1.91)	146 (1.93)	182 (1.92)	0.98 (0.68–1.42)	
เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ					0.209
ไม่ใช่	1,859 (98.41)	7,484 (98.79)	9,343 (98.71)	1.0	
ใช่	30 (1.59)	92 (1.21)	122 (1.29)	1.31 (0.86–1.98)	

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของ			Crude OR (95% CI)	p-value*
	ผลตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่				
	ผลบวก	ผลลบ	รวมทั้งหมด		
เป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มก้อน					<0.001
ไม่ใช่	1,853 (98.09)	7,553 (99.70)	9,406 (99.38)	1.0	
ใช่	36 (1.91)	23 (0.30)	59 (0.62)	6.37 (3.77–10.79)	

* Binary Logistic Regression (Univariate analysis)

† กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ระบุประเภทผู้ป่วยและไม่ทราบผลการรักษาไม่ได้นำไปวิเคราะห์ใน Binary Logistic Regression



รูปที่ 3 เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบและกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบสารพันธุกรรมเชื้อไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. 2560–2564 (N= 9,465 ราย)

ตารางที่ 4 ประเภทผู้ป่วย จำแนกตามประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (N=9,465)

ประเภทผู้ป่วย	ได้รับวัคซีน	ไม่ได้รับหรือไม่ทราบประวัติวัคซีน	รวม	Crude OR (95% CI)	p-value
ผู้ป่วยนอก	379	4,561	4,940	1.0	0.016
ผู้ป่วยใน	256	3,684	3,940	0.83 (0.70–0.98)	
ผู้ป่วยใน แยกเป็น					<0.001
1) ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่เสียชีวิต	235	3,020	3,255	1.0	
2) ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจหรือเสียชีวิต	21	664	685	0.40 (0.25–0.62)	
ไม่ระบุประเภทผู้ป่วย†	2	583	585	–	–

† กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ระบุประเภทผู้ป่วยไม่ได้นำไปวิเคราะห์ใน Binary Logistic Regression

ผลการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ กลุ่มอายุ สัญชาติ และอาชีพ ส่วนประวัติเสี่ยงพบว่าผู้ที่มีประวัติการดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิด

กับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ และเป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาก่อน มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยตามนิยามที่กำหนด โดยการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression

ปัจจัย	Adjusted odds ratio	95% CI	p-value
กลุ่มอายุ			<0.001
0-4 ปี	1.13	0.91-1.39	
5-14 ปี	2.65	2.07-3.38	
15-59 ปี	1.51	1.22-1.88	
60 ปีขึ้นไป	1.00		
สัญชาติ			<0.001
ไทย	2.18	0.77-6.11	
พม่า	0.58	0.13-2.47	
ลาว	4.75	1.54-14.63	
กัมพูชา	1.00		
สัญชาติอื่น ๆ	0.96	0.26-3.54	
อาชีพ			<0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.00		
นักเรียน/นักศึกษา	1.66	1.35-2.03	
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	0.84	0.65-1.09	
พนักงานรัฐ/บริษัท/โรงงาน	0.68	0.49-0.95	
เกษตรกร	1.13	0.85-1.51	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1.90	1.46-2.47	
ข้าราชการ	1.42	1.00-2.00	
บุคลากรทางสาธารณสุข	1.18	0.83-1.70	
ประกอบอาชีพอื่น	1.00	0.65-1.52	
ในช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ			<0.001
ไม่ใช่	1.00		
ใช่	1.61	1.33-1.95	
เป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาก่อน			<0.001
ไม่ใช่	1.00		
ใช่	5.79	3.35-10.00	

อภิปรายผล

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่มีความสำคัญโรคหนึ่งที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เพราะเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา⁽⁸⁾ และอาจก่อให้เกิดการระบาดในวงกว้างได้ จากการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคไข้หวัดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564 พบว่าสัดส่วนการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไข้หวัดใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทุกปีโดยสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดในประเทศและทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยและสัดส่วนของการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศออสเตรเลียที่พบการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สูงผิดปกติเช่นเดียวกันและมีสาเหตุเกิดจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H3⁽⁹⁾ ส่วนประเทศไทยเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่พบมากในปีนั้นคือเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด B การตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่พบมากที่สุดใน 2 ช่วง คือ ช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม และช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม โดยสูงสุดช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคมซึ่งเป็นปลายฤดูฝนต่อกับฤดูหนาว ทำให้เชื้อไวรัสสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจัยสนับสนุนการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่⁽¹⁰⁾ โดยอาจส่งผลให้เกิดผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนได้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าจำนวนและการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ลดลงอย่างมากสอดคล้องกับผลการศึกษาของสหรัฐอเมริกาที่พบการลดลงของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 และระบุว่าเป็นผลจากมาตรการด้านพฤติกรรม เช่น การใช้หน้ากากอนามัย และการล้างมืออย่างถูกต้อง⁽¹¹⁾ ช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด 19 และโรคไข้หวัดใหญ่⁽¹²⁾ เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงบางอย่างที่เหมือนกัน⁽¹³⁾

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ พบว่าผู้ป่วยอายุ 5–14 ปี และอายุ 15–59 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีกิจกรรมนอกบ้านเยอะ เช่น ไปโรงเรียนหรือทำงานจึงมีโอกาสได้รับเชื้อจากชุมชนและนำมาแพร่เชื้อให้กับคนในบ้านได้ การตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จึงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอายุ 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ที่พบว่าเชื้อไข้หวัดใหญ่ตรวจพบในกลุ่มอายุ 35–44 ปี (13%) มากที่สุด รองลงมา คือ อายุ 45–54 ปี อายุ 25–34 ปี (12%) และอายุ 5–14 ปี (6%)⁽¹⁴⁾ ด้านอาชีพพบว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว นักเรียน/นักศึกษา และข้าราชการ มีโอกาสตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งมีการศึกษาที่ระบุว่าผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคมก

มีโอกาสดูดเชื้อไข้หวัดใหญ่สูง⁽¹⁵⁾ เนื่องจากมีโอกาสรับเชื้อจากชุมชน เช่น การใช้บริการขนส่งสาธารณะ รวมถึงการร่วมกิจกรรมขณะอยู่ในสถานศึกษาหรือโรงเรียน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่⁽¹⁶⁾

สำหรับประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบมีโอกาสตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติ 1.61 เท่า และการเป็นผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่/ปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มก้อนจะมีโอกาสตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติ 5.79 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศสวีเดนที่พบว่าความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (OR 1.54, 95% CI 1.44–1.64) และมีความใกล้ชิดทางด้านกายภาพ (OR 1.54, 95% CI 1.45–1.62) เพิ่มโอกาสในการตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ลดโอกาสการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเสียชีวิต การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ช่วยลดความรุนแรงจากการป่วยและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค⁽¹⁷⁾ ดังนั้น การป้องกันระดับบุคคลก่อนการสัมผัสหรือหลังสัมผัสเชื้อโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดการเจ็บป่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตได้⁽¹⁸⁾

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อมูลทางระบาดวิทยาประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ เนื่องจากมีหลายช่องทางในการจัดส่งแบบรายงาน ได้แก่ ส่งผ่านไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือส่งเป็นเอกสารมายังกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค หรือส่งมาพร้อมตัวอย่างส่งตรวจ แต่เมื่อเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจทั้งหมด เช่น การกระจายของเพศและอายุใกล้เคียงกับผู้ที่มีข้อมูลทางระบาดวิทยา ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้จึงน่าจะสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในโครงการระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564 ได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยกลุ่มอายุ อาชีพ และผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เช่น การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรพิจารณาปัจจัยดังกล่าว เพื่อตรวจจับผู้ป่วยและวางแผนการป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับประชาชนหากมีอาการทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ และมีประวัติเสี่ยงหรือสัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย

เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา และควรมีการป้องกันตนเอง เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือสถานที่ที่มีคนหมู่มาก

สรุปผลการศึกษา

โรคไข้หวัดใหญ่ทำให้เกิดการป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ และพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่อย่างไรก็ตามบางกลุ่มอายุ อาชีพ และผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ เช่น การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมักจะมีโอกาสติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้มากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น การป้องกันระดับบุคคล เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือสถานที่ที่มีคนหมู่มาก จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ได้ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเครือข่าย การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการทุกแห่งที่เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ และขอขอบคุณ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการสนับสนุนอุปกรณ์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ส่งผลให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประสบผลสำเร็จตามที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH). Influenza [Internet]. Nonthaburi: Department of disease control; 2019 [cited 2023 Sep 4]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13
2. World Health Organization. Influenza (Seasonal) [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2018 [cited 2023 Sep 4]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/influenza-(seasonal))
3. Division of Epidemiology, Department of Disease Control (TH). Annual epidemiological surveillance Report 2019, Influenza. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019.

4. Division of Epidemiology, Department of Disease Control (TH). Annual epidemiological surveillance Report 2020, Influenza. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2020.
5. Division of Epidemiology, Department of Disease Control (TH). Performance of the surveillance program for influenza-like pathogens. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2016. 46 p.
6. Division of Epidemiology, Department of Disease Control (TH). Results of laboratory surveillance of pathogens and epidemiological factors in patients with Encephalitis, Hand, foot, and mouth disease, and influenza like illness in 2017. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control; 2018. 48 p.
7. World Health Organization, Global Influenza Programme. WHO surveillance case definitions for ILI and SARI; 2014 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/case-definitions-for-ili-and-sari>
8. Centers for Disease Control and Prevention. How Flu Viruses Can Change: “Drift” and “Shift”; 2022 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>
9. Moa A, Trent M, Menzies R. Moa, A. Severity of the 2019 influenza season in Australia—a comparison between 2017 and 2019 H3N2 influenza seasons. Global Biosecurity. 2019;1(1). DOI: 10.31646/gbio.47
10. Anice CL, Samira M, John S, Peter P. Influenza virus transmission is dependent on relative humidity and temperature. PLoS Pathogens. 2007;3(10):1470–6.
11. Young G, Peng X, Rebeza A, Bermejo S, De C, Sharma L, et al. Rapid decline of seasonal influenza during the outbreak of COVID-19. ERJ Open Res. 2020 Aug 17;6(3):00296–2020. DOI: 10.1183/23120541.00296-2020. PMID: 32832527; PMCID: PMC7430143.

12. World Health Organization. Episode # 59 - Flu & COVID-19; 2021 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-59---flu-covid-19>
13. Centers for Disease Control and Prevention. Similarities and Differences between Flu and COVID-19; 2022 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/symptoms/flu-vs-covid19.htm>
14. Thanaphatsiriyakul P. Comparison of symptoms of influenza type A strains H1 (2009) in the year 2014–2015. *Region 11 Medical Journal*. 2017;31:6.
15. Torén K, Albin M, Bergström T, Alderling M, Schioler L, Åberg M. Occupational risks for infection with influenza A and B: a national case-control study covering 1 July 2006–31 December 2019. *Occupational and environmental medicine*. 2023; 80(7):377–83. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108755>
16. Sara M, Erik N, Joshua JR. The effects of employment on influenza rates. *Economics & Human Biology*. 2019;34:286–95.
17. World Health Organization. Global Influenza Programme, Vaccines; [cited 2023 Sep 4]. Available from: https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/vaccines?gclid=Cj0KCQjw4s-kBhDqARIsANipH2SWkuV_jq2oHb72R0h9JpGDL0326DOJc0sUdM2n6GLNSSy0aZpA1caAnMTEALw_wcB
18. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Habits to Help Protect Against Flu; 2021 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/prevent/actions-prevent-flu.htm>

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อ้อยทิพย์ ยาโสภา, ปณิตา คุ่มผล, ชันนารี พาชีเพชร, พิไลลักษณ์ อัครไพบูลย์ โอภาตะ, ภาวินี ดั่งวงเงิน. ระบาดวิทยาใช้หัดใหญ่จากระบบเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างปี พ.ศ. 2560–2564. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*. 2566; 54: 575–86.

Suggested citation for this article

Yasopa O, Kumphon P, Phachiphet S, Akkapaiboon Okada P, Doungngern P. Epidemiology of influenza from sentinel hospital-based laboratory surveillance system, Thailand, 2017–2021. *Weekly Epidemiological Surveillance Report*. 2023; 54: 575–86.

Epidemiology of influenza from sentinel hospital-based laboratory surveillance system, Thailand, 2017–2021

Authors: Oiythip Yasopa¹, Panita Kumphon¹, Sunnaree Phachiphet¹, Pilailuk Akkapaiboon Okada², Pawinee Doungngern¹

¹*Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand*

²*National Institute of Health, Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health, Thailand*

Abstract

Background: Influenza is an acute respiratory infection and one of the most important diseases. Thus, an effective influenza surveillance system is necessary cause of the influenza virus has been changed all the time. Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Thailand has conducted sentinel hospital-based laboratory surveillance system for respiratory diseases to monitor causative agents causing influenza disease also to detect and responses for the emerging and re-emerging infectious diseases.

Methods: The descriptive epidemiological study from laboratory surveillance data for influenza infections. Between year 2017–2021, Data analysis using STATA. Binary Logistic Regression were used to assess the relationships between related variables and the detection of influenza virus.

Results: There were 18,190 cases reported and positive results for influenza 3,574 cases (19.65%). There were 9,465 cases with epidemiological data. Most of the patients were children aged 0–4 years, 32.67%. The most symptoms were fever 84.12%, cough 83.22%, and runny or stuffy nose 68.98%. The factors significantly associated with the influenza detection were age group, nationality and occupation, having a history of care or close contact with patients with Influenza-like illness or pneumonia and suspected influenza/pneumonia patients receiving treatment in clusters.

Conclusions: Influenza disease occurs among all age groups. Patients can often be found all year round. Some age groups, occupations, and people with a history of risk of influenza infection, such as care or close contact with patients, tend to be more likely to get infected with influenza than other groups. Therefore, personal protection such as wearing a mask, washing hands, avoiding close contact with respiratory patients or places crowded. It reduces the risk of illness from influenza and other respiratory diseases. Influenza vaccination can reduce the severity of the disease and the chances of being hospitalized.

Keywords: influenza, special surveillance, laboratory surveillance, epidemiology, risk factors, Thailand