

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 51 ปี พ.ศ. 2568

Outbreak Verification Summary, Week 51, 2025

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawaressteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 51 ระหว่างวันที่ 15-21 ธันวาคม 2568 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. เข้าข่ายโรคเลปโตสไปโรสิสเสียชีวิต จังหวัดสงขลา

เหตุการณ์ที่ 1 พบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคเลปโตสไปโรสิสเสียชีวิต จำนวน 1 ราย ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 50 ปี อาชีพค้าขาย เริ่มป่วยวันที่ 2 ธันวาคม 2568 ด้วยอาการ ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เข้ารับการรักษาครั้งแรกเป็นผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลบางกล่ำ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 208/118 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อโรคเลปโตสไปโรสิส พบ Immunoglobulin M (ภูมิคุ้มกันชนิด IgM) ให้ผลบวกอย่างอ่อน ตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไทฟอยด์ พบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ให้ผลบวก และพบภูมิคุ้มกันชนิด IgG ให้ผลบวกอย่างอ่อน วันที่ 8 ธันวาคม 2568 ส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ต่อมาวันที่ 12 ธันวาคม 2568 ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2568 ได้ส่งตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM, IgG ของเชื้อเลปโตสไปโรสิส ด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) จำนวน 1 ตัวอย่าง ที่สถาบันบำราศนราดูร ผลเป็นลบ จากการสอบสวนโรคพบปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย คือ มีแผลสัมผัสน้ำโดยตรง สัมผัสพื้นดินชื้นแฉะ แชน้ำและลุยน้ำท่วม

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ให้คำแนะนำการป้องกันโรค การเฝ้าระวังอาการของสมาชิกในครอบครัว และแจ้งพื้นที่เพื่อการเฝ้าระวังควบคุมโรค

เหตุการณ์ที่ 2 พบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคเลปโตสไปโรสิส

เสียชีวิต จำนวน 1 ราย ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 87 ปี โรคประจำตัว โรคไตเรื้อรัง ไชมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง เริ่มป่วยวันที่ 3 ธันวาคม 2568 และเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2568 รักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยอาการ มีไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาเจียน ซึม สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/49 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อโรคเลปโตสไปโรสิส พบ Immunoglobulin M (ภูมิคุ้มกันชนิด IgM) ให้ผลบวก และวันที่ 16 ธันวาคม 2568 ผู้ป่วยเสียชีวิต วันที่ 17 ธันวาคม 2568 ได้ส่งตัวอย่างเลือด เพื่อตรวจหาเชื้อด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) จำนวน 2 ตัวอย่าง ที่สถาบันบำราศนราดูร อยู่ระหว่างการตรวจ จากการสอบสวนโรคพบปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีแผลขณะลุยน้ำท่วมขัง และมีแผลโดนหนูกัดบริเวณเท้า

2. การประเมินความเสี่ยงของสถานการณ์ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส จากเหตุการณ์อุทกภัยภาคใต้

สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรสิส ประจำสัปดาห์ที่ 51 ยังมีรายงานพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ดิจิทัล DDS กองระบาดวิทยา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-21 ธันวาคม 2568 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 5,041 ราย เสียชีวิต 77 ราย โดยจังหวัดที่มีการพบผู้ป่วยมากที่สุด คือ จังหวัดสงขลา

ทั้งนี้ เป็นผลเนื่องมาจากเหตุการณ์อุทกภัยภาคใต้ โดยจำนวนผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่วันที่ 20-21 พฤศจิกายน 2568 และมีจำนวนสูงสุดในช่วงสัปดาห์ที่ 50 (วันที่ 8-14 ธันวาคม 2568) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรสิสที่จังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย ได้แก่ จังหวัดสงขลา พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล พบว่า จำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลง ทั้งนี้ สัมพันธ์กับสถานการณ์น้ำท่วมที่สิ้นสุดลง แต่ยังสามารถพบผู้เสียชีวิตได้อย่างประปราย อันเนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาช้า เนื่องจากโรคนี้อาจคล้ายกับโรคอื่น ๆ เช่น ไข้หวัด ซึ่งเป้าหมายหลักของการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิส คือ การป้องกันการเสียชีวิตโดยการตรวจจับโรคไว และรักษาโรคไว ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการเสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส อาจพิจารณาเพิ่มความเข้มข้นของการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนสังเกตอาการของตนเอง และรีบพบแพทย์เมื่อมีอาการที่ผิดปกติ รวมถึงการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่แท้จริงของโรค

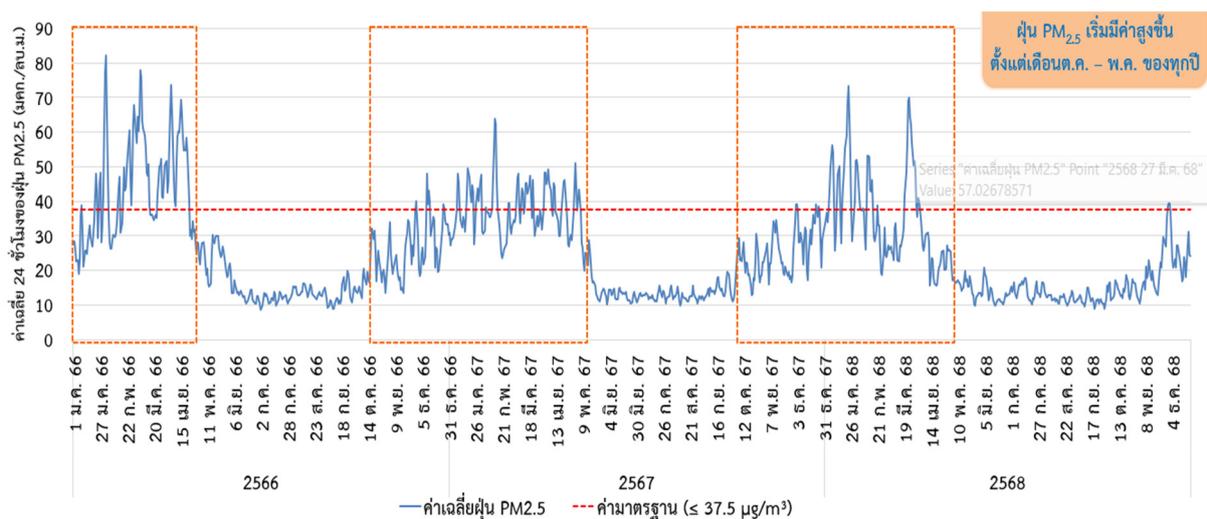
3. สถานการณ์ฝุ่นละอองไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

จากข้อมูลภาพรวมปริมาณฝุ่นละออง PM_{2.5} ในประเทศ ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2568 พบค่าฝุ่น PM_{2.5} เพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่ (ค่ามาตรฐานฝุ่น PM_{2.5} <37 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) โดยพบเกินค่ามาตรฐาน (สีส้ม) ในบางจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดหนองคาย ขอนแก่น

นครพนม กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และจังหวัดยโสธร พื้นที่ภาคกลางและภาคตะวันตก พบเกินค่ามาตรฐาน ที่จังหวัดสิงห์บุรี สระบุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา และสมุทรสงคราม ในขณะที่พื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบเกินค่ามาตรฐาน 31 แห่ง โดยภาคเหนือ ตรวจวัดได้ 4.8-36.4 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20.4-60.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ภาคกลางและภาคตะวันตก 22.1-45.0 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ภาคตะวันออก 12.8-30.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ภาคใต้ 8.0-25.3 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 25.4-57.8 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ)

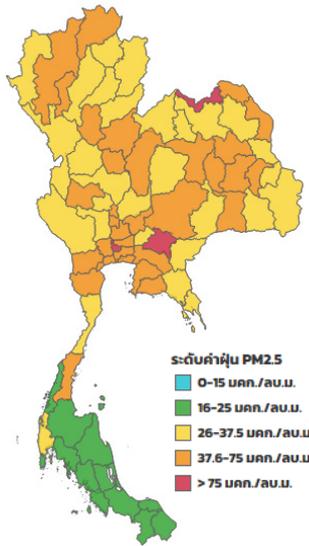
จากข้อมูลกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบอัตราป่วยกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัสฝุ่น PM_{2.5} (ICD-10 : Z58.1) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-16 ธันวาคม 2568 ดังต่อไปนี้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44 ยกเว้น J44.2) 1.084 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (I21, I22, I24) 0.002 ต่อแสนประชากร กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ (L30.9, L50) 0.254 ต่อแสนประชากร โรคหืด (J45, J44.2) 0.709 ต่อแสนประชากร และกลุ่มโรคตาอักเสบ (H10) 0.395 ต่อแสนประชากร



รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยฝุ่นรายวัน ประเทศไทย 3 ปีย้อนหลัง (1 มกราคม-4 ธันวาคม 2568)

แหล่งข้อมูล : กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม



ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม-22 ธันวาคม 2568
 ฝุ่น PM_{2.5} (ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง) มีค่าระหว่าง 2-108 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร
 จังหวัดที่มีค่าฝุ่น PM_{2.5} สูงสุดคือ **หนองคาย** (29 พฤศจิกายน 2568) โดยจังหวัดที่มีค่าฝุ่น PM_{2.5} เกินมาตรฐาน (> 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) มีจำนวน **37 จังหวัด**

รูปที่ 2 สถานการณ์ฝุ่น PM_{2.5} ตั้งแต่ 1 ตุลาคม-16 ธันวาคม 2568

สถานการณ์ต่างประเทศ

รายงานการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิง (mpox) สายพันธุ์ Clade Ib ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) และไอร์แลนด์

ภาพรวมการระบาดในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC)

ในการศึกษาที่ตีพิมพ์วันที่ 20 ธันวาคม 2568 ในวารสาร Eurosurveillance ทีมนักวิจัยนำโดยมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ รายงานการระบาดของโรคฝีดาษวานร (Mpxv) สายพันธุ์ Clade Ib ในเมืองอุวีรา (Uvira) ซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรหนาแน่นในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) โดยพบว่าการแพร่เชื้อหลักจากการสัมผัสภายในครัวเรือนมากกว่าติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยรายงานฉบับที่สองในวารสารเดียวกัน ระบุถึงการแพร่เชื้อของ clade Ib ผ่านการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสัมผัสในครัวเรือน และการแพร่ในสถานพยาบาล ในการระบาดที่มีการบันทึกเป็นครั้งแรกของประเทศไอร์แลนด์

การระบาดของสายพันธุ์ Clade Ib ในเมืองอุวีรา (Uvira) สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการแพร่เชื้อที่น่ากังวล จากเดิมที่เชื้อสายพันธุ์นี้เคยระบาดหนักผ่านการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ใหญ่ แต่เมื่อเข้าสู่พื้นที่ที่มี

ประชากรหนาแน่นและแออัด เชื้อกลับแพร่กระจายหลักผ่านการสัมผัสใกล้ชิดภายในครัวเรือน กลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งคิดเป็นเกือบ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงสูงมาจากภาวะทุพโภชนาการที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ประกอบกับการที่คนรุ่นใหม่ไม่มีภูมิคุ้มกันจากการปลูกฝีเหมือนในกลุ่มผู้ใหญ่ แต่อัตราการเสียชีวิตโดยรวมจะดูไม่สูงนัก แต่ในกลุ่มทารกกลับมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นหลายเท่าตัว เนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขอนามัยและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในพื้นที่ยากจน

ในขณะเดียวกัน รายงานจากไอร์แลนด์ได้แสดงให้เห็นว่าสายพันธุ์ Clade Ib ไม่ได้จำกัดวงอยู่เพียงในทวีปแอฟริกา แต่ได้เริ่มแพร่กระจายเข้าสู่ประเทศที่มีทรัพยากรสูงผ่านการเดินทางระหว่างประเทศ โดยพบความเชื่อมโยงทางพันธุกรรมของเชื้อที่ระบาดในไอร์แลนด์กับเชื้อที่เคยพบในประเทศโอมาน รายงานการสื่อสารด่วนของ Eurosurveillance ซึ่งเผยแพร่วันที่เดียวกัน ระบุรายละเอียดการระบาดครั้งแรกของสายพันธุ์ Ib ในไอร์แลนด์ การระบาดในไอร์แลนด์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 4 รายที่มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงตุลาคม 2025 รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ติดเชื้อขณะดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ลักษณะการระบาดในไอร์แลนด์มีความซับซ้อนเพราะพบการติดเชื้อในหลายรูปแบบ ทั้งจากการมีเพศสัมพันธ์ การติดต่อในครอบครัว และที่น่าสนใจคือ การติดเชื้อในสถานพยาบาล โดยมีรายงานบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อขณะปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สิ่งนี้ตอกย้ำว่าสายพันธุ์ Clade Ib มีศักยภาพในการแพร่ระบาดได้คล่องตัวและหลากหลายช่องทาง

งานวิจัยทั้งสองฉบับชี้ให้เห็นว่า ความพยายามในการควบคุมโรคด้วยการกักตัวอยู่ที่บ้านอาจไม่ได้ผลเต็มที่ในพื้นที่แออัดที่มีทรัพยากรจำกัด ดังนั้น กลยุทธ์การป้องกันในอนาคตจำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่การฉีดวัคซีน การยกระดับโภชนาการ และการเฝ้าระวัง และการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและสกัดกั้นการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วก่อนที่จะกลายเป็นวิกฤตการณ์สุขภาพระดับโลก