

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 52 ปี พ.ศ. 2568

Outbreak Verification Summary, Week 52, 2025

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 52 ระหว่างวันที่ 22-28 ธันวาคม 2568 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. เหตุการณ์สงสัยโรคไขหวัดใหญ่ เป็นกลุ่มก้อน จังหวัดยโสธรและนครศรีธรรมราช

จังหวัดยโสธร พบผู้ป่วยสงสัยไขหวัดใหญ่ จำนวน 124 ราย ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลฟ้าหยาด อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร โรงเรียนเปิดสอนตั้งแต่ระดับชั้นเตรียมอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีนักเรียน จำนวน 502 คน ครูและบุคลากร จำนวน 36 คน รวมทั้งหมด จำนวน 538 คน จัดการเรียนการสอนแยกระหว่างระดับชั้นอนุบาล และระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งตั้งอยู่คนละฝั่งถนน จากการสอบสวนโรคเบื้องต้น พบรายแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2568 อาการที่พบ ได้แก่ ไข้ ไอ มีเสมหะ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย และอ่อนเพลีย ตั้งแต่วันที่ 1-22 ธันวาคม 2568 พบผู้ป่วยรวม 124 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 23.04) เป็นนักเรียน 119 ราย และครู 5 ราย โดยพบผู้ป่วยตั้งแต่อนุบาล - ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหาสารพันธุกรรมไวรัสและแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory 23 Panel) เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2568 พบสารพันธุกรรมไวรัส Influenza A/H3N2 จำนวน 1 ราย สารพันธุกรรมไวรัส Rhinovirus/Enterovirus จำนวน 1 ราย และตรวจ Rapid test ผล Influenza A Positive จำนวน 3 ราย ปัจจัยเสี่ยงจากการแพร่ระบาดในครั้งนี้ ได้แก่ การอยู่รวมกันอย่างใกล้ชิดในห้องเรียน ระบบปรับอากาศ การใช้สิ่งของ และการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงการใช้รถรับส่งร่วมกัน (ชั้นอนุบาลและประถมศึกษา ตั้งอยู่คนละฝั่งถนน) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และทีม SRRT อำเภอมหาชนะชัย อยู่ระหว่างการสอบสวนและควบคุมการระบาดของโรค และเฝ้าระวังผู้ป่วยไขหวัดใหญ่ในสถานศึกษาเพิ่มเติม

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

1. แนะนำให้สถานศึกษาเข้มงวดการคัดกรอง แยกผู้มีอาการป่วยก่อนเข้าเรียน และเน้นมาตรการล้างมือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย

2. สำนวณสิ่งแวดล้อมบริเวณโรงเรียน พบว่าการสูดมตรวจค่าคลอรีนอิสระคงเหลือในแหล่งน้ำใช้มีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทั้งนี้ได้ให้คำแนะนำในการทำความสะอาดพื้นผิวและจุดสัมผัสร่วมอย่างสม่ำเสมอ

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยเข้าข่ายไขหวัดใหญ่ จำนวน 120 ราย ในทัศนสถานแห่งหนึ่ง ตำบลท่าจั่ว อำเภอมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 1,661 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 7.22 รายแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2568 อาการที่พบ ได้แก่ ไข้ ไอ มีน้ำมูก และผู้ป่วยมีอาการระบบทางเดินหายใจ จำนวน 35 ราย ต่อมาวันที่ 24 ธันวาคม 2568 ได้ทำการตรวจ Rapid test ผลพบ Influenza B จำนวน 2 ราย และให้ยา oseltamivir จำนวน 10 ราย ที่เหลือให้การรักษาตามอาการ วันที่ 25 ธันวาคม 2568 เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab จำนวน 5 ตัวอย่าง ส่งตรวจด้วยวิธี RT-PCR ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ผลพบเชื้อ Influenza B ทั้ง 5 ตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงของการแพร่ระบาดในครั้งนี้ ได้แก่ อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค (พื้นที่จำกัด และอยู่กันอย่างหนาแน่น)

2. เหตุการณ์สังสัยโรคทางทุมเป็นกลุ่มก้อน จังหวัด
ยโสธร นครนายก และน่าน

จังหวัดยโสธร พบผู้ป่วยสงสัยโรคคางทูม 3 ราย ที่อยู่
ขณะป่วย ตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร รายแรกเริ่มป่วยเมื่อ
วันที่ 15 ธันวาคม 2568 รายสุดท้ายเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2568
อาการที่พบ ได้แก่ ไข้ คอขาว ต่อม้ำลายปวดบวมเย็บพลิ้น
เข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 1 ราย และ
เพื่อนสนิทในกลุ่มเดียวกันที่มีอาการคล้ายกัน จำนวน 2 ราย จึง
ส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร โดยในวันที่ 18 ธันวาคม
2568 ดำเนินการเก็บตัวอย่างบริเวณกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้าง
(Buccal swab) จำนวน 2 ตัวอย่าง ส่งตรวจด้วยวิธี RT-PCR ที่
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสคางทูม ทั้ง
2 ตัวอย่าง ปัจจัยเสี่ยงของการแพร่ระบาดในครั้งนี้ ได้แก่ เป็น
เพื่อนกลุ่มเดียวกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

ดำเนินการสอบสวนโรคเบื้องต้น พร้อมทั้งแนะนำให้
หยุดเรียนเป็นเวลา 7 วัน

จังหวัดนครนายก พบผู้ป่วยสงสัยโรคคางทูม 14 ราย ในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง ตำบลนครนายก อำเภอเมืองนครนายก รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 16 ธันวาคม 2568 รายสุดท้ายวันที่ 23 ธันวาคม 2568 อาการที่พบ ได้แก่ ไข้ คอขาว ต่อม้ำลายปนขาวเฉียบพลัน ต่อม้ำเหลืองโต และอ่อนเพลีย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก จำนวน 12 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 9 ราย เป็นผู้ป่วยใน 3 ราย และจำหน่ายแล้ว จำนวน 2 ราย ทั้งนี้ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ IgG, IgM เพื่อยืนยันทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 3 ราย (ห้องปฏิบัติการเอกชน) และ Nasopharyngeal Swab จำนวน 2 ราย ส่งสถาบันบำราศนราดูร ผลพบ Mumps virus: detected จำนวน 1 ตัวอย่าง จากการสอบสวนโรคเบื้องต้นพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 17-18 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ห้องเดียวกัน โดยมีเพื่อนในห้องที่มีอาการป่วยคล้ายกับโรคคางทูมมาเรียนระหว่างวันที่ 10-12 ธันวาคม 2568 และพบเป็นห้องเรียนปรับอากาศ ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้ง่ายขึ้น อีกทั้งการสัมผัสประตูเปิด-ปิดร่วมกัน ส่งผลให้ปัจจุบันพบผู้ป่วยสงสัย จำนวน 18 ราย จากนักเรียนในห้องทั้งสิ้น 39 ราย และยังไม่พบการระบาดข้ามห้องและชั้นเรียน

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

1. งดใช้ห้องเรียนและให้ดำเนินการทำความสะอาดห้องเรียนและเครื่องปรับอากาศ (Big cleaning)

2. ให้ครูที่ปรึกษาทุกชั้นเรียน ตรวจสอบคัดกรองเด็กนักเรียนทุกวัน หากพบผู้ที่มีอาการสงสัยให้เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก

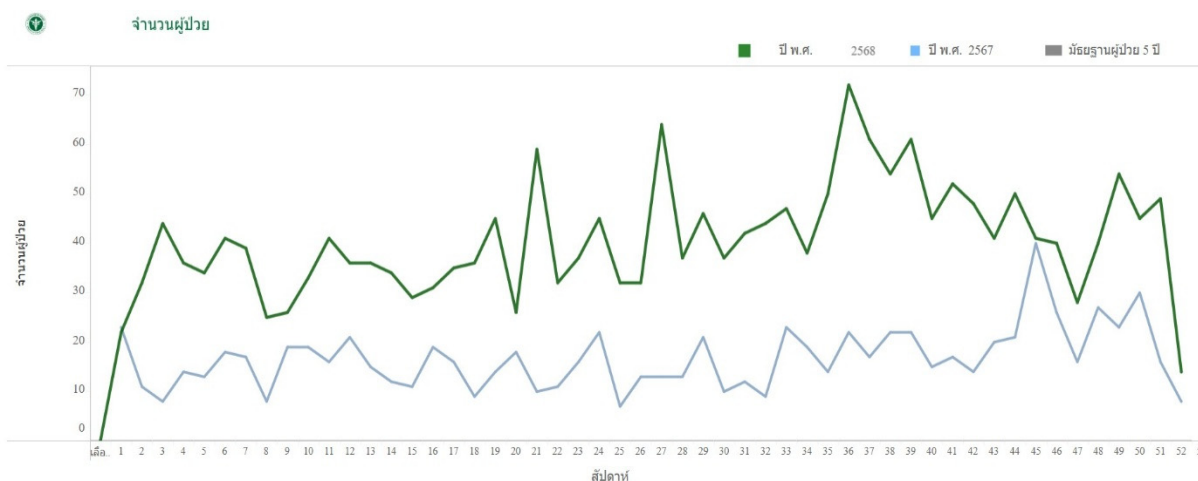
3. ทางโรงเรียน ให้ห้องเรียน (ม.6) ที่พบการระบาด
สงสัยโรคคางทูมหยุดเรียน และเลื่อนการสอบกลางภาคไปหลังปี
ใหม่ โดยให้สอบในอาคารโดม

4. รวบรวมประวัติการฉีดวัคซีน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางทุม รวมถึงมาตรการควบคุมโรคติดต่อในสถานศึกษา รวมทั้งเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะไม่พบผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อย 42 วัน

จังหวัดน่าน พบผู้ป่วยสงสัยโรคคางทูม จำนวน 2 ราย ในค่ายทหารแห่งหนึ่ง ตำบลงอบ อำเภอทุ่งช้าง รายแรกเริ่มป่วย เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2568 ป่วยรายสุดท้ายเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2568 อาการที่พบ ได้แก่ ใช้ ปวดบวมบริเวณใต้หู ปวดเมื่อยตามร่างกาย อัมพาตอึกเสบ อัมพาตบวม ปังจัยเสียงของการระบาดครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นกำลังพลในหน่วยเดียวกัน มีการอยู่อาศัยและทำกิจกรรมร่วมกันอย่างใกล้ชิดในพื้นที่ปิด และมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายแรกในช่วงระยะฟักตัว ร่วมกับการได้รับการได้รับวัคซีนที่ไม่ชัดเจนหรืออาจมีภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอ และการเข้ารับการรักษาล่าช้า ไม่มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ระหว่างการติดตามข้อมูลมาตรการป้องกันควบคุมโรค

2. สถานการณ์โรคคางทูม

จากข้อมูลระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease
Surveillance) โรคคางทูม วันที่ 1 มกราคม-28 ธันวาคม 2568
มีรายงานผู้ป่วย 2,118 ราย อัตราป่วย 3.26 ต่อประชากรแสน
คน ไม่มีการรายงานผู้เสียชีวิต โดยพบว่ามีกรายงานผู้ป่วยโรค
คางทูม สูงที่สุดในสัปดาห์ที่ 52 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก
สัปดาห์ที่ 51 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคคางทูม
ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลา
เดียวกัน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2567 และค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ที่มา : ข้อมูลจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค ครอบคลุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease Surveillance)

กลุ่มอายุ พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 20–29 ปีสูงสุด จำนวน 623 ราย รองลงมา คือ อายุ 30–39 ปี จำนวน 348 ราย และ อายุ 15–19 ปี จำนวน 310 ราย ตามลำดับ จังหวัดที่มีผู้ป่วยสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 309 ราย รองลงมา คือ เชียงใหม่ 274 ราย แม่ฮ่องสอน 127 ราย ชลบุรี 104 ราย และ สกลนคร 102 ราย ตามลำดับ

จากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–28 ธันวาคม 2568 พบเหตุการณ์ทั้งหมดจำนวน 17 เหตุการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวของกรมควบคุมโรค จำนวน 17 เหตุการณ์ และไม่มีเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ DCIR สถานที่ที่พบการระบาดมากที่สุด ได้แก่ สถานศึกษา (ศูนย์เด็ก/โรงเรียน/มหาวิทยาลัย) (10 เหตุการณ์) รองลงมา ได้แก่ ค่ายทหาร (2 เหตุการณ์) สถานที่พยาบาล และสถานที่ทำงาน (สถานที่ละ 1 เหตุการณ์) ตามลำดับ

สถานการณ์ต่างประเทศ

สถานการณ์โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus: MERS-CoV) ทั่วโลก

จากรายงานพบว่า ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2568 จนถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2568 มีรายงานผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) จำนวนทั้งสิ้น 19 ราย รวมผู้เสียชีวิต 4 ราย และในบรรดาผู้ป่วยทั้ง 19 ราย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 17 ราย

เป็นผู้ป่วยจากประเทศซาอุดีอาระเบีย กระจายอยู่ใน 5 พื้นที่ ได้แก่ ญิดดะฮ์ (10 ราย) ตาอิฟ (3 ราย) นัจราน (2 ราย) ฮาอิล (1 ราย) และเมืองฮัฟร อัลบะติน (1 ราย) และอีก จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยจากประเทศฝรั่งเศส ต่อมาในวันที่ 4 มิถุนายน–21 ธันวาคม 2568 กระทรวงสาธารณสุขซาอุดีอาระเบียรายงานผู้ป่วย MERS-CoV จำนวน 7 ราย รวมผู้เสียชีวิต 2 ราย ขณะเดียวกันในช่วงต้นเดือนธันวาคม 2568 จุดประสานงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR National Focal Point) ของฝรั่งเศส ได้รายงานผู้ป่วย MERS-CoV ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง จำนวน 2 ราย ซึ่งมีประวัติเดินทางไปยังประเทศในคาบสมุทรอาหรับ การรายงานผู้ป่วยล่าสุดดังกล่าว **ไม่ส่งผลให้การประเมินความเสี่ยงโดยรวมเปลี่ยนแปลง** โดยองค์การอนามัยโลกยังคงประเมินความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเชื้อไวรัสยังคงเป็นภัยคุกคามในประเทศที่มีการแพร่ระบาดในอุรุกวัยและโครเอเชีย และยังคงมีการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนเป็นระยะ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในสถานพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์และการแพร่เชื้อต่อในคน

รายงานข่าวการระบาดฉบับนี้มุ่งเน้นผู้ป่วยล่าสุด 9 ราย ที่รายงานระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน–21 ธันวาคม 2568

ได้แก่ ผู้ป่วย 7 ราย ในประเทศซาอุดีอาระเบีย และผู้ป่วยนำเข้าจำนวน 2 ราย ในประเทศฝรั่งเศส ส่วนผู้ป่วยที่รายงานก่อนหน้านี้ในปีเดียวกันสามารถอ้างอิงได้จากรายงานข่าวการระบาดที่เผยแพร่เมื่อวันที่ 13 มีนาคม และ 12 พฤษภาคม 2568 ในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ดังกล่าวมาจาก 3 พื้นที่ ได้แก่ นัจราน (2 ราย) รียาด (3 ราย) และดาอิฟ (2 ราย) โดยไม่พบความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาระหว่างผู้ป่วยส่วนประเทศฝรั่งเศส มีรายงานผู้ป่วย 2 ราย ระหว่างวันที่ 2-3 ธันวาคม 2568 ซึ่งล้วนมีประวัติเดินทางไปยังคาบสมุทรอาหรับในเดือนพฤศจิกายน การติดตามผู้สัมผัสทั้งหมดเสร็จสิ้นแล้ว และไม่พบการติดเชื้อทุติยภูมิ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยเคยมีการรายงานผู้ป่วย MERS-CoV รวม 4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย) โดยทุกรายเป็นผู้ที่เดินทางกลับจากคาบสมุทรอาหรับ

โรค MERS เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (MERS-CoV) โดยมีอัตราป่วยตายในผู้ป่วยที่ยืนยันแล้วประมาณร้อยละ 37 อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวอาจสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจไม่ได้รับการตรวจหรือรายงาน มนุษย์สามารถติดเชื้อ MERS-CoV ได้จากหลายทาง โดยทางหลักคือการสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อมกับอูฐโดโรเมดารี ซึ่งเป็นแหล่งรังโรคตามธรรมชาติ นอกจากนี้ ยังสามารถเกิดการแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการสัมผัสใกล้ชิด และพบได้บ่อยในสถานพยาบาล โรคอาจแสดงอาการตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย ไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิต อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้ ไอ หายใจลำบาก และปวดอกเสบ บางรายมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต โรคปอด หรือมะเร็ง จำนวนผู้ป่วย MERS-CoV ที่รายงานต่อ WHO ลดลงอย่างมากตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งอาจเกิดจากการให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง SARS-CoV-2 และความคล้ายคลึงของอาการทางคลินิก อย่างไรก็ตาม ประเทศซาอุดีอาระเบียได้พัฒนาศักยภาพการตรวจวินิจฉัย และบรรจุการตรวจ MERS-CoV ไว้ในระบบเฝ้าระวังเชิงรุกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566

การตอบสนองด้านสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศสมาชิกในการเสริมสร้างความพร้อมและการตอบสนองต่อโรคในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีการดำเนินการสำคัญ ได้แก่

- 1) เสริมระบบเฝ้าระวังและรายงานผู้ป่วยต้องสงสัยและยืนยันผลทันที
- 2) บังคับใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดในสถานพยาบาล
- 3) การติดตามผู้สัมผัสทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนเป็นเวลา 14 วัน
- 4) การสอบสวนแหล่งโรคจากอูฐ และการกักกันอูฐที่สงสัยเป็นแหล่งแพร่เชื้อและการตอบสนองในประเทศฝรั่งเศสได้ดำเนินการสอบสวนโรค การถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อ และการติดตามผู้สัมผัสอย่างครบถ้วน โดยไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมหรือการแพร่เชื้อทุติยภูมิ

การประเมินความเสี่ยงขององค์การอนามัยโลก

การรายงานผู้ป่วยใหม่ ส่งผลกระทบต่อการประเมินความเสี่ยงโดยรวม องค์การอนามัยโลกคาดว่าจะยังคงพบผู้ป่วย MERS-CoV เป็นระยะในตะวันออกกลาง และอาจพบผู้ป่วยนำเข้าในประเทศอื่นจากการเดินทางหรือการสัมผัสอูฐหรือผลิตภัณฑ์จากอูฐ และปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือยาจำเพาะสำหรับโรค MERS การรักษายังคงเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการ

ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

- 1) การเฝ้าระวัง : ประเทศสมาชิกควรเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน และพิจารณาตรวจ MERS-CoV ในระบบตรวจวินิจฉัย
- 2) การรักษา : การรักษาเน้นการพยุงอาการ โดยเฉพาะการดูแลระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ยาต้านไวรัสและการรักษาเฉพาะยังอยู่ระหว่างการศึกษ
- 3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ควรใช้มาตรการ IPC อย่างเคร่งครัดในสถานพยาบาล แยกผู้ป่วยต้องสงสัยในห้องที่มีการระบายอากาศเหมาะสม และใช้มาตรการป้องกันการแพร่เชื้อผ่านละอองฝอย การสัมผัส และอากาศตามความเสี่ยง

4) มาตรการทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ : ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสอูฐ ปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด และหลีกเลี่ยงการบริโภคน้ำนมอูฐดิบ

ปัสสาวะอูฐ หรือน้ำที่ปรุงไม่สุก องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้มีการคัดกรองพิเศษที่ด่านเข้าออกประเทศ และไม่แนะนำให้มียกจำกัดด้านการเดินทางหรือการค้าในขณะนี้