

## สถานการณ์และแนวโน้มอหิวาตกโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568

## Cholera Situation and Trends in Thailand, 2025

จिरาภา ฉิมฉวี, ชยานิจ มหาสิงห์, ภาวินี ต้วงเงิน

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Jirapa Chimmanee, Chayanit Mahasing, Pawinee Doung-ngern

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

✉ [jirapach.jc@gmail.com](mailto:jirapach.jc@gmail.com)**สรุปสาระสำคัญ**

- อหิวาตกโรค (Cholera) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Vibrio cholerae* serogroup O1 หรือ O139 ติดต่อผ่านอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ ทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วงรุนแรง แพร่กระจายได้รวดเร็วในพื้นที่ที่มีสุขาภิบาลไม่ดี และอาจนำไปสู่การระบาดใหญ่ได้
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเกิดภาวะขาดน้ำอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที
- สถานการณ์อหิวาตกโรคในประเทศไทย ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563–2568) พบการรายงานผู้ป่วยประปราย อัตราป่วยอยู่ในช่วง 0.0015–0.03 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568
- ในปี พ.ศ. 2568 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันอหิวาตกโรค จำนวน 17 ราย ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี โดยมีรายงานการระบาด 1 เหตุการณ์ ในเดือนธันวาคม 2567–มกราคม 2568 ที่จังหวัดตาก ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันกับการระบาดในประเทศเมียนมา
- มาตรการด้านน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย (Water, Sanitation and Hygiene: WASH) เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคอหิวาตกโรค

**Highlight**

- Cholera is an acute intestinal infectious disease caused by the bacterium *Vibrio cholerae*, in which only serogroups, O1 or O139, cause outbreak; it is transmitted through contaminated food or water and can cause severe diarrhea, spreading rapidly in areas with poor sanitation and potentially leading to large outbreaks.
- Most people with cholera are asymptomatic or have mild symptoms. However severe cases can develop severe dehydration, which may lead to serious complication and death.
- Over the past five years (2020–2025), sporadic cholera cases have been reported annually, with an incidence rate ranging from 0.0015 to 0.03 cases per 100,000 population. An increasing trend has been observed during 2023–2025.
- In 2025, a total of 17 confirmed cholera cases were reported, exceeding the five-year median. One outbreak was reported between December 2024 and January 2025 in Tak Province, occurring in the same period with cholera outbreaks in Myanmar.
- Ensuring access to safe water, basic sanitation and hygiene (WASH) remains a key strategy for cholera prevention and control.

## ความเป็นมาและความสำคัญของโรค

อหิวาตกโรค (Cholera) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Vibrio cholerae* serogroup O1 หรือ O139 เชื้อเหล่านี้จะสร้างสารพิษเรียกว่า Cholera toxin โดย *Vibrio cholerae* O1 แบ่งเป็น 2 ไบโอดีป์ (biotype) ได้แก่ classical และ El Tor และในแต่ละไบโอดีป์ยังแบ่งย่อยเป็นซีโรไทป์ (serotype) ได้แก่ Inaba, Ogawa และ Hikojima โดยเชื้อจะปนเปื้อนอยู่ในอาหารและน้ำ โดยเฉพาะอาหารทะเลที่ดิบหรือปรุงไม่สุก ระยะฟักตัวของเชื้อเฉลี่ย 2–3 วัน (ตั้งแต่ 2–3 ชั่วโมง ถึง 5 วันหลังได้รับเชื้อ)<sup>(1)</sup> ขึ้นอยู่กับปริมาณและความรุนแรงของเชื้อ โดยคนสามารถเป็นพาหะนำโรคโดยเชื้อจะอยู่ในอุจจาระประมาณ 7–14 วัน และสามารถแพร่กระจายไปสู่สิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีสุขอนามัยไม่ดี เช่น ศูนย์อพยพ หรือค่ายผู้ลี้ภัย ที่มีการรวมตัวกันคนจำนวนมาก อาจทำให้เกิดการระบาดในวงกว้างได้<sup>(2)</sup> อาการแสดงของโรค ได้แก่ ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก ลักษณะคล้ายน้ำขาวขาว อาจมีอาเจียนเป็นตะคริวหรืออาการขาดน้ำอย่างรุนแรงถึงช็อก และเสียชีวิตจากอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้<sup>(3)</sup> โดยอัตราป่วยตาย (Case-fatality rate) ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 50 อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอและทันเวลาที่ อัตราป่วยตายจะลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการ<sup>(1)</sup> แต่ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้โดยช่วงเวลาที่สามารถแพร่เชื้อได้อยู่ระหว่าง 1–10 วัน<sup>(2)</sup>

อหิวาตกโรคเป็นโรคที่ถูกกำหนดให้ต้องรายงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (ค.ศ.2005) (International Health Regulation: IHR) โดยประเทศสมาชิกต้องแจ้งเหตุการณ์ต่อองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เมื่อพบการระบาดหรือเหตุการณ์ที่อาจมีความสำคัญด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากโรคนี้สามารถแพร่กระจายข้ามพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว และอาจส่งผลกระทบต่อการเดินทาง การขนส่ง และการค้าระหว่างประเทศ ดังนั้น การเฝ้าระวัง การตรวจจับการระบาดอย่างรวดเร็ว และการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดผลกระทบต่อ

สุขภาพของประชาชนและต่อระบบสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับโลก<sup>(5)</sup>

## สถานการณ์อหิวาตกโรค

สถานการณ์อหิวาตกโรคทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยพบการระบาดของโรคในหลายประเทศและหลายภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2567 พบมีการรายงาน ผู้ป่วยสะสม 560,823 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.91 รายต่อประชากรแสนคน และมีรายงานเสียชีวิต 6,028 ราย อัตราป่วยตาย (Case-fatality rate: CFR) ร้อยละ 1.1 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 นอกจากนี้ การกระจายของโรคส่วนใหญ่ยังคงกระจุกตัวในภูมิภาคแอฟริกาตะวันออกกลาง และเอเชีย โดยทั้งสามภูมิภาครวมกันคิดเป็นร้อยละ 98 ของผู้ป่วยที่รายงานทั่วโลก ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การระบาดเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความขัดแย้งทางภูมิรัฐศาสตร์หรือการสู้รบที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพพื้นฐานของพื้นที่ การอพยพย้ายถิ่นฐาน ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และการขาดแคลนน้ำสะอาดและระบบสุขภาพที่เหมาะสม<sup>(6)</sup> (รูปที่ 1)

สำหรับปี พ.ศ. 2568 (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม–28 ธันวาคม 2568) พบมีการรายงานผู้ป่วยสะสม 614,828 ราย และเสียชีวิต 7,598 ราย โดยภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (Eastern Mediterranean region) พบมีการรายงานผู้ป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภูมิภาคแอฟริกา ภูมิภาคเอเชียตะวันออก-เฉียงใต้ ภูมิภาคอเมริกา และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ในขณะที่ไม่พบรายงานผู้ป่วยจากภูมิภาคยุโรป<sup>(7)</sup>

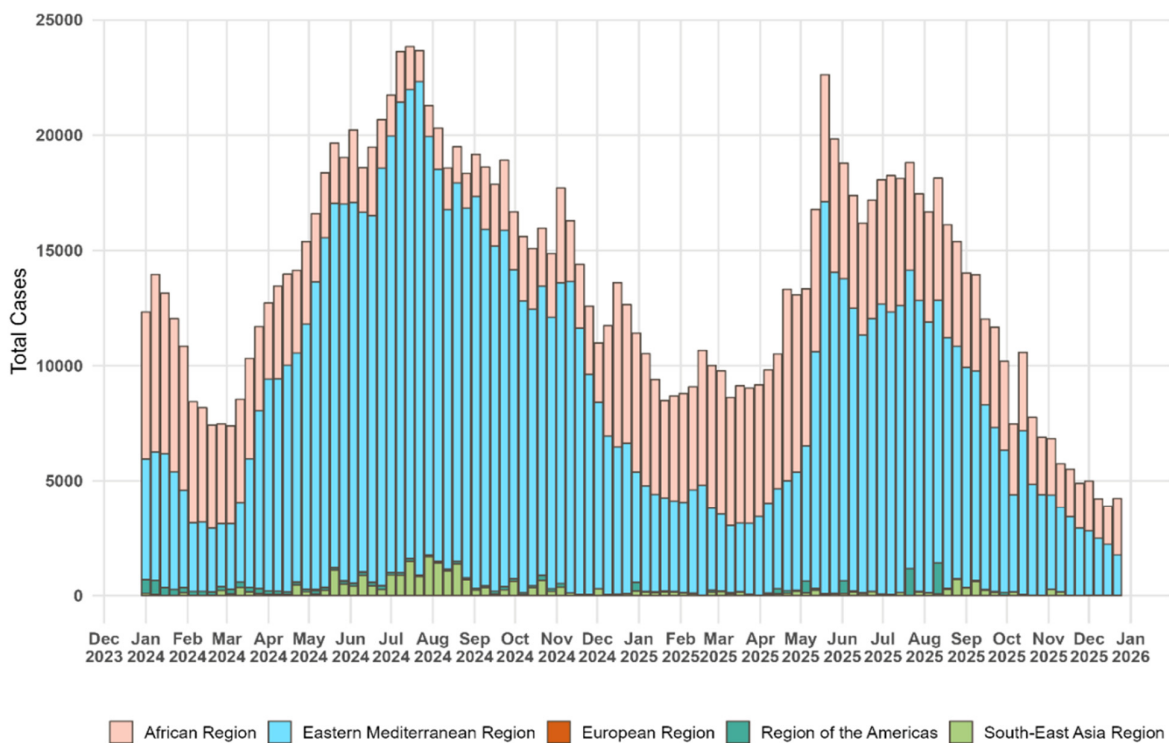
สำหรับสถานการณ์อหิวาตกโรคในประเทศไทย ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563–2568) พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยอหิวาตกโรคประปรายทุกปีจำนวนผู้ป่วยระหว่าง 1–17 ราย แนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราป่วยค่อนข้างต่ำ (อัตราป่วยอยู่ในช่วง 0.0015–0.03 ต่อประชากรแสนคน) ทั้งนี้ ในเดือนธันวาคม 2567 มีการรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีเหตุการณ์การระบาดในจังหวัดตาก ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันกับการระบาดในประเทศเมียนมา และแนวโน้มการรายงานผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังต่อเนื่องมาจนถึงต้นปี พ.ศ. 2568 จากนั้นแนวโน้ม

เริ่มลดลง อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2568 ยังคงมีการรายงานผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดทั้งปี (รูปที่ 2 และ 3)

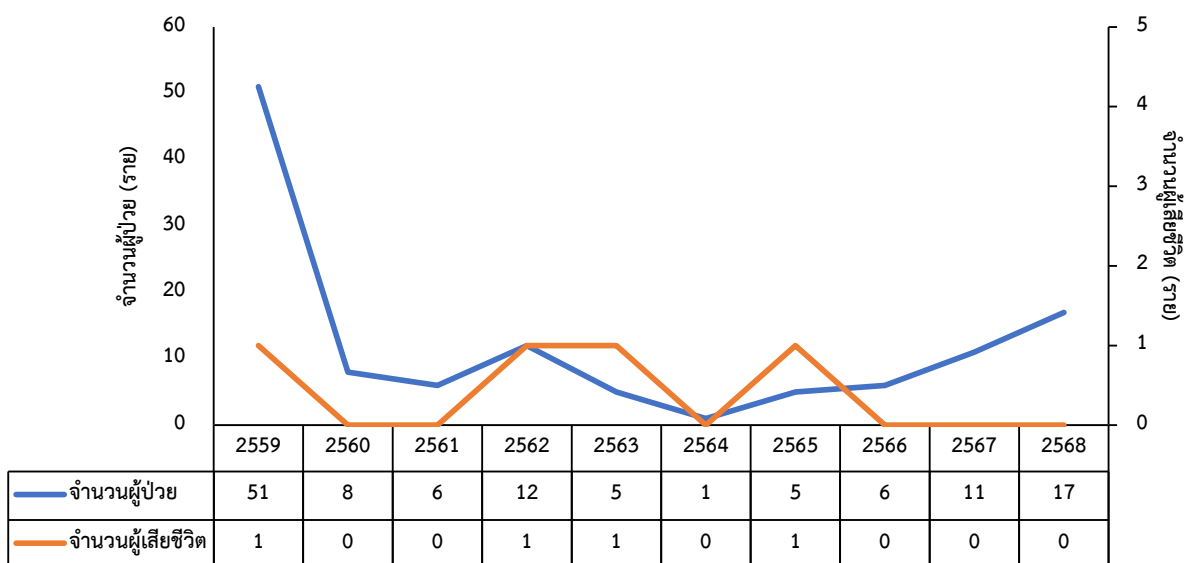
ปี พ.ศ. 2568 ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังโรคในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance; DDS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์ และภัยสุขภาพ (Modernized Event-based Surveillance; M-EBS) กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค มีรายงานผู้ป่วยยืนยันอหิวาตกโรค 17 ราย อัตราป่วย 0.03 ต่อประชากรแสนคน (พบเชื้อ *Vibrio cholerae* O1 El Tor Ogawa 11 ราย, *Vibrio cholerae* O1 El Tor Inaba 3 ราย และ *Vibrio cholerae* O1 ไม่ระบุซีโรไทป์ 3 ราย) และไม่พบผู้เสียชีวิต เป็นเพศชาย 9 ราย เพศหญิง 8 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.1 เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 64.71 (11 ราย) รองลงมาเป็นสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 23.53 (4 ราย) และสัญชาติลาวและกะเหรี่ยง สัญชาติละ 1 ราย

(ร้อยละ 5.88) เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 20–29 ปี มีการรายงานผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.29 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 29.41) สำหรับกลุ่มอายุ 15–19 ปี และกลุ่มอายุ 40–49 ปี พบจำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 2 ราย (ร้อยละ 11.76) ขณะที่กลุ่มอายุ 30–39 ปี และ 50–59 ปี พบกลุ่มละ 1 ราย (ร้อยละ 5.88) ประเภทของผู้ป่วยเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 82.35 ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 11.76 และการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ร้อยละ 5.89

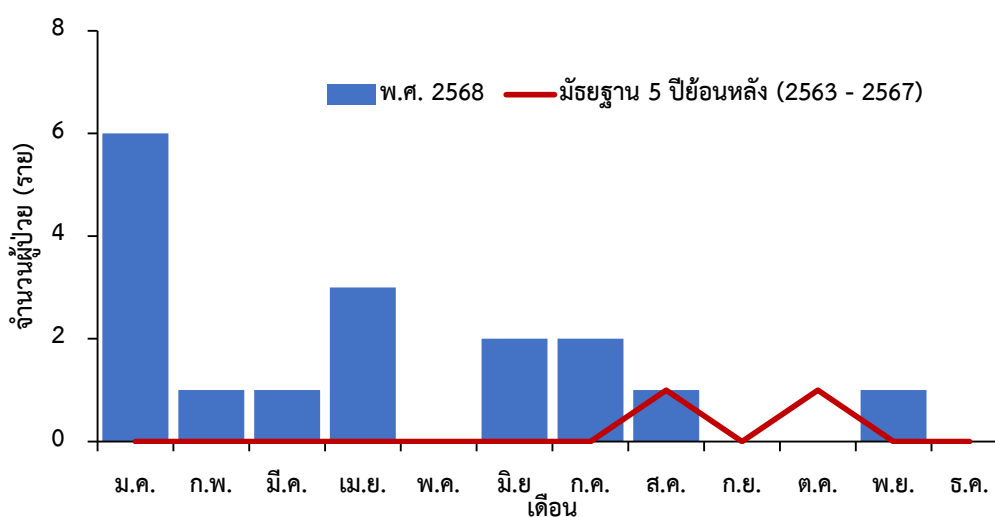
ภาคที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด คือ ภาคกลาง อัตราป่วย 0.049 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคใต้ (0.011) ภาคเหนือ (0.008) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.005) เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีการรายงานผู้ป่วย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 7 ราย ตาก 3 ราย นครราชสีมา 2 ราย นครปฐม ปทุมธานี ภูเก็ต ราชบุรี และสมุทรสาคร จังหวัดละ 1 ราย



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยอหิวาตกโรค จำแนกตามภูมิภาคและจำแนกรายปี (ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2568)



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตอหิวาตกโรค ประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559–2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยอหิวาตกโรค ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 จำแนกรายเดือน เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563–2567) (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)

**ผลกระทบต่อสังคม/ระบบสุขภาพ/เศรษฐกิจ**

จากสถานการณ์อหิวาตกโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 ชำงต้น พบอัตราป่วยอหิวาตกโรคมีแนวโน้มสูงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อหิวาตกโรคแพร่กระจายได้ง่ายผ่านการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ และสามารถแพร่กระจายไปสู่สิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีสุขอนามัยไม่ดีอาจทำให้เกิดการระบาดในวงกว้าง<sup>(2)</sup> ซึ่งหากมีการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ อาจส่งผล

กระทบหลายด้าน สำหรับตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ ในด้านสังคมการระบาดมักเกิดในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านน้ำสะอาดและสุขภาพาส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และอาจกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน ด้านระบบสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจำนวนมากในระยะเวลาอันสั้นอาจทำให้สถานบริการสาธารณสุขต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น

อย่างรวดเร็ว รวมถึงต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นในการรักษาผู้ป่วย การเฝ้าระวัง และการควบคุมการระบาด ขณะที่ในด้านเศรษฐกิจ การระบาดอาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการควบคุมโรค รวมทั้งการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของผู้ป่วย และผู้ดูแล และอาจส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจในพื้นที่ เช่น การขนส่ง การส่งออกสินค้า การค้าระหว่างประเทศ และการท่องเที่ยว เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะต่อประชาชน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### ข้อเสนอแนะสำหรับประชาชน<sup>(8)</sup>

1. รับประทานอาหารปรุงสุก ร้อน ไม่รับประทานอาหารดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ต้องยึดหลัก “สุก ร้อน สะอาด” และควรรับประทานภายใน 2 ชั่วโมงหลังปรุงเสร็จ สำหรับผักและผลไม้ ควรล้างให้สะอาดด้วยน้ำหลาย ๆ ครั้ง

2. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้ง ก่อนหยิบจับอาหาร ก่อนขงนมให้เด็ก ก่อนและหลังดูแลผู้ป่วย หลังจากเข้าห้องน้ำ หรือหลังสัมผัสสิ่งสกปรกและสัตว์เลี้ยง

3. เลือกดื่มน้ำสะอาดที่ได้มาตรฐาน ได้แก่ น้ำดื่มสุกหรือน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีเครื่องหมาย อย. และมีฝาปิดสนิท บรรจุภัณฑ์ไม่มีรอยร้าว ในกรณีที่ตั้งน้ำจากเครื่องกรองน้ำหรือตู้กดน้ำ ต้องมั่นใจได้ว่าเครื่องกรองน้ำมีมาตรฐานและผ่านการตรวจสอบคุณภาพไส้กรองเป็นประจำเพื่อความปลอดภัย สำหรับน้ำใช้ในครัวเรือน ควรเป็นน้ำสะอาดและมีปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในระดับที่เหมาะสม (มีคลอรีนอิสระคงเหลือปลายท่ออยู่ระหว่าง 0.2–0.5 ppm) หากเป็นน้ำที่มาจากแหล่งน้ำธรรมชาติ ควรผ่านกระบวนการทำความสะอาด เช่น การเติมคลอรีน หรือการกรอง เป็นต้น

4. เลือกบริโภคน้ำแข็งที่ใส สะอาด ไม่มีสี ไม่มีฝุ่นละอองหรือสิ่งแปลกปลอมในก้อนน้ำแข็ง ไม่มีสิ่งของอื่นแช่ปนมาจากแหล่งที่ปลอดภัย และเชื่อถือได้ สำหรับน้ำแข็งบรรจุถุง ต้องไม่มีรอยร้าวฉีกขาด มีเครื่องหมายอย. และมีข้อความ “น้ำแข็งใช้รับประทานได้”

5. ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของสถานที่เตรียมปรุง และประกอบอาหาร กำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลให้ถูกหลักสุขาภิบาล และถ่ายอุจจาระในส่วนที่ถูกสุขลักษณะ

6. ผู้ประกอบอาหารและพนักงานเสิร์ฟอาหาร ควรมีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ สวมใส่หมวกคลุมผมและผ้ากันเปื้อนทุกครั้ง หากมีอาการอุจจาระร่วงควรหยุดปฏิบัติงาน จนกว่าจะหายหรือตรวจไม่พบเชื้อในอุจจาระ

7. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ถ่ายเหลวเป็นน้ำในปริมาณมาก คลื่นไส้ อาเจียน ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

8. หากมีอาการถ่ายเหลวในระหว่างที่ยังไม่สามารถไปพบแพทย์ ให้จิบน้ำผสมสารละลายเกลือแร่บ่อย ๆ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ

9. กรณีผู้ที่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปยังสถานที่ที่ยังมีการแพร่ระบาดของอหิวาตกโรค ต้องปฏิบัติตามหลัก “สุก ร้อน สะอาด” รวมทั้ง “หมั่นล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด”

#### ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<sup>(8)</sup>

1. ดำเนินการเฝ้าระวังอหิวาตกโรคในทุกพื้นที่ พร้อมทั้งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรคฯ ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด รวมถึงติดตามสถานการณ์ผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นระยะ ๆ เพื่อดูแลแนวโน้มการเกิดโรค

2. กรณีพบผู้ป่วยอุจจาระร่วงเสียชีวิตและกลุ่มก้อนการระบาดของโรคอุจจาระร่วง ให้ดำเนินการสอบสวนโรคตามแนวทางของกรมควบคุมโรค และเก็บตัวอย่างเพื่อยืนยันเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการ หากพบว่าเป็น *V. cholerae* ให้ดำเนินการส่งตรวจสายพันธุ์เพิ่มเติม ทั้งนี้ควรสอบสวนให้ได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและแหล่งแพร่กระจายของเชื้อ พร้อมทั้งค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดที่อาจเกิดโรค หรือแพร่โรคได้

3. ดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การล้างมืออย่างถูกวิธี การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม เช่น ถุงมือ กาวน เมื่อต้องสัมผัสสารคัดหลั่ง อุจจาระ หรือสิ่งปนเปื้อนของผู้ป่วย เป็นต้น และการจัดการสิ่งปฏิกูลหรือของเสียจากผู้ป่วยอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อภายในสถานพยาบาล

4. สำหรับทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสมในระหว่าง

ดำเนินการ ได้แก่ ถุงมือ และ/หรือกาวัน ระหว่างเก็บตัวอย่าง หน้ากากอนามัย ถุงมือกันสารเคมี ระหว่างผสมคลอรีนเพื่อ ทำลายเชื้อ และเน้นการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ทุกครั้งหลังสัมผัสผู้ป่วย อาหาร น้ำ ที่เสี่ยง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงสุกร้อน น้ำดื่มที่ไม่ได้อยู่ใน ภาชนะปิด หรือน้ำแข็งในพื้นที่เสี่ยง

5. **ดำเนินมาตรการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม** เช่น การควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคและอุปโภคให้มีคุณภาพพร้อมใช้ การจัดการน้ำเสียและสิ่งปฏิกูลอย่างเหมาะสม ตลอดจนการ สื่อสารความเสี่ยงและให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการบริโภค อาหารและน้ำที่สะอาดปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดและการ แพร่กระจายของโรคในชุมชน

## Reference

1. National Centre for Infectious Diseases (NCID). Cholera [Internet]. Singapore: National Centre for Infectious Diseases; [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.ncid.sg/Health-Professionals/Diseases-and-Conditions/Pages/Cholera.aspx>
2. World Health Organization. Cholera. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Mar 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera>
3. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. Case definition for Communicable Diseases Surveillance, Thailand, 2020. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Disease Control (TH); 2020.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cholera. In: CDC Yellow Book 2026: Health Information for International Travel [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2025 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/cholera.html>
5. World Health Organization. International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2026 Mar 13]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/thai.pdf?sfvrsn=9bb97cfd\\_0](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/thai.pdf?sfvrsn=9bb97cfd_0)
6. World Health Organization. Cholera, 2024. Weekly Epidemiological Record. 2025;100(36):347–63. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/382542>
7. World Health Organization. Multi-country outbreak of cholera: Epidemiological update No. 33, 27 January 2026. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Mar 13]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/situation-reports/20260127\\_multi-country\\_outbreak-of-cholera\\_epidemiological\\_update\\_33.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/situation-reports/20260127_multi-country_outbreak-of-cholera_epidemiological_update_33.pdf)
8. Department of Disease Control. Food and Waterborne Diseases (FWD-DDC) [Internet]. Available from: <https://sites.google.com/view/fwbd/FWD-DDC>