

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 20 ปี พ.ศ. 2569

Outbreak Verification Summary, Week 20, 2026

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 20 ระหว่างวันที่ 11-17 พฤษภาคม 2569 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคอาหารเป็นพิษ/โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นกลุ่มก้อน ในสถานศึกษา กรุงเทพมหานคร

พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนในสถานพยาบาลและสถานศึกษา แห่งหนึ่ง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน ทั้งหมด 137 ราย เป็นกลุ่มนักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 6 พฤษภาคม 2569 รายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 9 พฤษภาคม 2569 อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ถ่ายเหลว ปวดท้อง เก็บตัวอย่างอุจจาระ ตรวจโดยวิธีการ PCR จำนวน 6 ตัวอย่าง เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2569 ที่ ห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยา คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี พบผลเป็นบวกต่อเชื้อ Norovirus และ Enteropathogenic *E. coli* ผลการตรวจวิเคราะห์เชื้อจุลินทรีย์ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI-2) ณ โรงอาหารของคณะหนึ่งของสถานศึกษา (1) มีผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 25 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านเกณฑ์ 7 ตัวอย่าง (2) อาหารปรุงสำเร็จ จำนวน 17 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านเกณฑ์ 11 ตัวอย่าง ผลการตรวจวิเคราะห์เชื้อจุลินทรีย์ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียใน น้ำและน้ำแข็ง (o.11) จำนวน 7 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวอย่าง (ตัวอย่างน้ำแข็งทั้งหมด) ผลการตรวจด้านจุลชีววิทยาจาก ตลาดนัดคณะ (1) มีผู้สัมผัส จำนวน 18 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ตัวอย่าง (2) ผลการตรวจวิเคราะห์เชื้อจุลินทรีย์ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำและน้ำแข็ง (o.11) จำนวน 1 ตัวอย่าง พบไม่ผ่านเกณฑ์ จากการสอบสวนโรคพบแหล่งโรคร่วม ได้แก่ จุดขายอาหารบริเวณคณะ และตลาดนัดคณะ อาหารที่สงสัย คือ น้ำแข็งซึ่งมีจำหน่ายและจัดทำเมนูเครื่องดื่มในร้าน ส่วนใหญ่รับมาจากโรง

น้ำแข็งเดียวกัน การสุخابาลสิ่งแวดล้อมบริเวณตลาดพบนักพิราบบอาศัยอยู่จำนวนมากและลงมากินเศษอาหารรอบ ๆ ร้านค้า ซึ่งอาจเป็นสื่อนำโรคได้ รวมถึงมาตรฐานของคลอรีนในน้ำใช้ยังต่ำกว่ามาตรฐาน

สิ่งที่ดำเนินการไปแล้ว

1. การสอบสวนโรคและติดตามสถานการณ์
 - ดำเนินการสอบสวนโรค ติดตามอาการผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง
 - ประสานงานโรงพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ พร้อมรายงานผลต่อสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
2. การตรวจสอบคุณภาพน้ำและสุخابาลสิ่งแวดล้อม
 - ตรวจสอบระดับคลอรีนอิสระคงเหลือในระบบน้ำใช้ โดยพบว่าจุดพักน้ำขนาดใหญ่ไม่มีค่าคลอรีนอิสระ ส่วนน้ำใช้ในร้านค้ามีค่าคลอรีนอิสระอยู่ที่ 0.5 มิลลิกรัมต่อลิตร
 - กองสุขาภิบาลอาหารเข้าตรวจสอบสุลักษณะทางกายภาพ พร้อมให้คำแนะนำด้านสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบการ
3. การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
 - เก็บตัวอย่างอาหาร น้ำ และน้ำแข็ง รวมจำนวน 42 ตัวอย่าง เพื่อตรวจหาการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย
 - เก็บตัวอย่างตรวจความสะอาดของภาชนะ อุปกรณ์ และสุขอนามัยมือของผู้สัมผัสอาหาร (SI2) จำนวน 25 ตัวอย่าง
 - ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9

ตัวอย่าง ประกอบด้วยน้ำแข็ง อาหาร และน้ำจากจุดบริการต่าง ๆ ในโรงอาหารและตลาดนัดของคณะ

4. การสนับสนุนและมาตรการป้องกันโรค

- สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองสนับสนุนชุดน้ำยานำส่งและเก็บรักษาตัวอย่าง (UTM) จำนวน 10 ชุด
- กำชับมาตรการควบคุมโรคอาหารเป็นพิษเชิงรุก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดเพิ่มเติม

2. การประเมินความเสี่ยงโรคอาหารเป็นพิษ เป็นกลุ่มก้อน ในสถานพยาบาลและสถานศึกษา

จากสถานการณ์การรายงานโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อน จากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค (M-EBS) ที่พบการรายงานเหตุการณ์โรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ช่วงต้นปี พ.ศ. 2569 ซึ่งพบการรายงานทั้งสิ้น 37 เหตุการณ์ เป็นเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์การเฝ้าระวังกรมควบคุมโรค จำนวน 33 เหตุการณ์ โดยสถานที่เกิดเหตุการณ์ที่พบการรายงานมากที่สุด คือ สถานศึกษาจำนวน 22 เหตุการณ์ รองลงมาคือ สถานพยาบาล และเรือนจำ แห่งละ 4 เหตุการณ์ และศาสนสถาน 2 เหตุการณ์ ตามลำดับ

เนื่องจากช่วงนี้ประเทศไทยมีอุณหภูมิสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชาชนอาจมีการรับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุก ก่อนรับประทาน หรือทั้งค้างไว้ข้ามวัน และมีการรับประทานอาหารร่วมกันในช่วงเทศกาลต่างๆ จึงอาจพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษเพิ่มสูงขึ้น และพบการระบาดใหญ่เป็นกลุ่มก้อนได้มากขึ้น โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีการทำกิจกรรม ใช้ของใช้ร่วมกัน และรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นจึงคาดว่าโอกาสที่จะเกิดการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ยังคงมีความเสี่ยงสูง จึงควรเน้นย้ำและยึดหลัก “สุก ร้อน สะอาด” โดยรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ อาหารที่เก็บไว้นานเกิน 2 ชั่วโมง ต้องอุ่นทุกครั้ง ก่อนรับประทาน เลือกรับประทานอาหาร น้ำดื่ม และน้ำแข็งที่สะอาด หากมีกลิ่นหรือรส เปลี่ยนไป ไม่ควรรับประทานต่อ ให้ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานร่วมกัน สำหรับผู้ประกอบอาหารควรเลือกอาหารที่ผ่านการเตรียมเป็นอย่างดี ไม่ให้มีการปนเปื้อนอาหาร โดยใส่ผ้ากันเปื้อน สวมหมวกคลุมผม ไม่พูดคุยนั่งหรือไอจามขณะปรุงอาหาร ใช้ถ้วยแบ่งหรือใช้ช้อนกลางส่วนตัว ล้างมือก่อนหยิบ

จับอาหาร รักษาความสะอาดของห้องครัว เก็บอาหารให้ปลอดภัยจากสัตว์ต่าง ๆ และใช้น้ำสะอาดปรุงอาหาร นอกจากนี้ควรมีการดำเนินการควบคุม ติดตามมาตรการด้านคุณภาพน้ำ และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคและเกิดการระบาดซ้ำ ในส่วนของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ส่วนใหญ่จะมีอาการภายใน 8-12 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร ได้แก่ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียรุนแรงถ่ายอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำ มีอาการปวดศีรษะรุนแรง อาจมีไข้ร่วมด้วย การดูแลเบื้องต้นให้ดื่มน้ำสะอาดเกลือแร่ ถ้ามีไข้ให้ยาลดไข้ ทานอาหารอ่อน ห้ามกินยาหยุดถ่าย อุจจาระ ในรายที่มีอาการถ่ายอุจจาระมาก อาเจียนรุนแรงทำให้ขาดน้ำรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีภาวะช็อกหมดสติได้ ให้รีบไปพบแพทย์โดยเร็ว

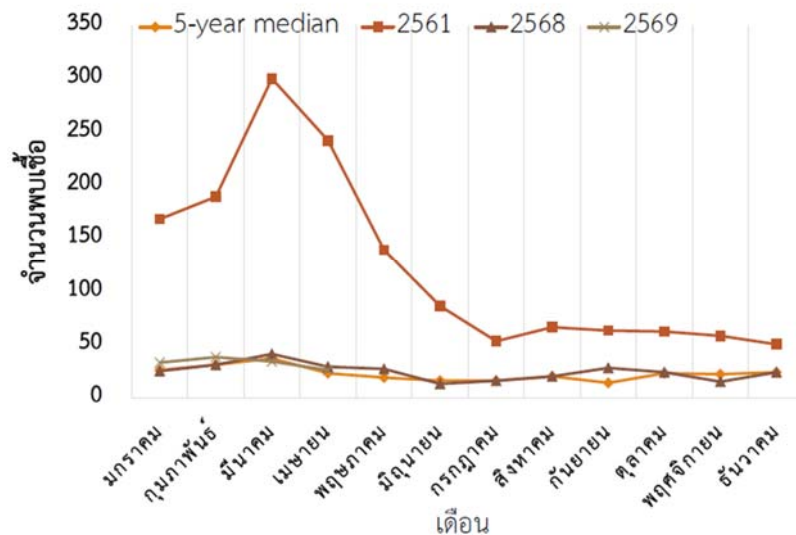
3. สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า

จากข้อมูลกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-15 พฤษภาคม 2569 พบข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ในประเทศไทย จำนวน 5 ราย ในจังหวัดระยอง นครราชสีมา ฉะเชิงเทรา อุบลราชธานี และตาก ส่วนใหญ่พบในเพศชาย อายุระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ 60) สัญชาติ ไทย 4 ราย และเมียนมา 1 ราย สัตว์สาเหตุมีสถานะการเลี้ยงมีเจ้าของ 4 ราย และมีสถานะจรจัด 1 ราย และข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จำนวน 132 ตัว อัตราการพบเชื้อร้อยละ 8.16 ในจังหวัดนครราชสีมา ศรีสะเกษ กาฬสินธุ์ มุกดาหาร และอุบลราชธานี กรมควบคุมโรคได้มีการจัดทำระดับพื้นที่ที่เสี่ยงสูงต่อการพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2, 4, 6, 7, 9, 10 และ 12 การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และการประเมินความเสี่ยงกรณีพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าในปี พ.ศ. 2569 ความเสี่ยงของการพบผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2568 อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูง เนื่องจากการหมุนเวียนของเชื้อในสัตว์ในพื้นที่ความครอบคลุมของวัคซีนในสัตว์ไม่ได้ตามเป้า และการสัมผัสระหว่างคนกับสัตว์ยังคงเกิดขึ้น ประกอบกับการมีผู้สัมผัสไม่ได้รับวัคซีนป้องกันหลังถูกกัด ทำให้ความรุนแรงของโรคสูงมาก (รูปที่ 1) แนวโน้มการพบโรคในสัตว์ยังคงที่ (รูปที่ 2)



รูปที่ 1 การประเมินความเสี่ยงกรณีพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

จากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 11-17 พฤษภาคม 2569 (สัปดาห์ที่ 20) พบเหตุการณ์โรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิต จำนวน 1 เหตุการณ์ ในจังหวัดตาก ปัจจัยเสี่ยง คือ ถูกสุนัขกัดบริเวณใบหน้าและไม่ได้ล้างแผล ไม่เข้ารับการรักษา และไม่ได้รับวัคซีนหลังสัมผัส (PEP) และโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จำนวน 10 เหตุการณ์ ประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 5 เหตุการณ์ อุตรดิตถ์ อำนาจเจริญ จังหวัดศรีสะเกษ ขอนแก่น และหนองคาย จังหวัดละ 1 เหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยง คือ สุนัขเลี้ยงแบบเปิด บางตัวไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน และเป็นสุนัขจรจัด



รูปที่ 2 จำนวนสัตว์ติดเชื้อปี 2561, 2568 และ 2569 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
ที่มา : ข้อมูลจากกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ต่างประเทศ

การระบาดของโรคโปลิโอที่เกิดจากไวรัสชนิดโปลิโอในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกและยูกันดา ส่งผลให้มีการประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

วันที่ 17 พฤษภาคม 2569 องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาให้โรคโปลิโอที่เกิดจากไวรัสชนิดโปลิโอในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกและยูกันดา ถือเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) แต่ไม่เข้าเกณฑ์ภาวะฉุกเฉินการระบาดใหญ่ ตามที่กำหนดไว้ใน IHR โดยพิจารณาจาก

ข้อมูลสถานการณ์ที่ได้รับจากสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยคองโกและยูกันดา การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของมนุษย์ และความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างประเทศ

ข้อมูลสำหรับการพิจารณาเหตุการณ์

1. วันที่ 16 พฤษภาคม 2569 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ 8 ราย ผู้ป่วยต้องสงสัย 246 ราย และสงสัยเสียชีวิต 80 ราย ในจังหวัดอิตูรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ครอบคลุมอย่างน้อย 3 เขตสุขภาพ ได้แก่ บุนยา รวัมปารา และมองบวา ลู นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยที่

ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 2 ราย (รวมถึงผู้เสียชีวิต 1 ราย) โดยพบว่าไม่มีความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทยกานดา ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่เดินทางมาจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก และในวันที่ 16 พฤษภาคม ยังมีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการอีก 1 รายในกรุงกินชาซา สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ในกลุ่มบุคคลที่เดินทางกลับมาจากอิตูรี

2. มีการรายงานการเสียชีวิตในชุมชนจำนวนมากผิดปกติ โดยมีอาการเข้าได้กับโรคติดเชื้อไวรัสซุนดิบูโย (BVD) ในหลายเขตสุขภาพของจังหวัดอิตูรี และมีรายงานผู้สงสัยติดเชื้อในจังหวัดอิตูรีและจังหวัดนอร์ทคิเว นอกจากนี้ ยังมีรายงานการเสียชีวิตอย่างน้อย 4 รายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับการแพร่เชื้อในสถานพยาบาล

3. อัตราการตรวจพบเชื้อในระดับสูงจากตัวอย่างในระยะแรก (พบเชื้อ 8 รายจาก 13 ตัวอย่างที่เก็บในพื้นที่ต่าง ๆ) การยืนยันผู้ป่วยทั้งในเมืองกัมปาลาและกินชาซา แนวโน้มการรายงานผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น และกลุ่มผู้เสียชีวิตทั่วจังหวัดอิตูรี ชี้ให้เห็นถึงการระบาดที่อาจใหญ่กว่าที่ตรวจพบและรายงานอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายในระดับท้องถิ่นและภูมิภาคอย่างมาก นอกจากนี้ ความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตการณ์ด้านมนุษยธรรม การเคลื่อนย้ายประชากรสูง ลักษณะเมืองหรือกึ่งเมืองของพื้นที่ระบาดในปัจจุบัน และเครือข่ายสถานพยาบาลนอกแบบขนาดใหญ่ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย ซึ่งเคยเกิดขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ของโรคไวรัสอีโบล่าในจังหวัดนอร์ทคิเวและอิตูรี ในปี 2018-2019 อย่างไรก็ตาม ต่างจากสายพันธุ์อีโบล่า-ซาร์ ปัจจุบันยังไม่มีกรณีของโรคอีโบล่าเฉพาะสำหรับไวรัสซุนดิบูโย ดังนั้น เหตุการณ์นี้จึงถือเป็นเหตุการณ์พิเศษ

4. เหตุการณ์นี้ต้องการการประสานงานและความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจขอบเขตของการระบาด ประสานงานด้านการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการรับมือ ขยายและเสริมสร้างการดำเนินงาน และสร้างความมั่นใจในความสามารถในการดำเนินมาตรการควบคุม

ภายใต้บทบัญญัติของกฎอนามัยระหว่างประเทศ องค์การอนามัยโลกจะเรียกประชุมคณะกรรมการฉุกเฉินโดยเร็ว

ที่สุด เพื่อให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงข้อเสนอแนะชั่วคราวที่เสนอสำหรับรัฐภาคีในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

การประสานงานและการมีส่วนร่วมระดับสูง

- เปิดใช้งานกลไกการจัดการภัยพิบัติ/เหตุฉุกเฉินระดับชาติ และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลของรัฐและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินการและการติดตามมาตรการควบคุมโรคไวรัสซุนดิบูโยอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มาตรการเหล่านี้ต้องรวมถึงการเฝ้าระวังที่เข้มข้นขึ้น เช่น การติดตามผู้สัมผัส การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการจัดการผู้ป่วย ควรจัดตั้งกลไกการประสานงานและการตอบสนองในระดับชาติ ตลอดจนระดับย่อยในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบและพื้นที่เสี่ยง

- หากขีดความสามารถของประเทศไม่เพียงพอ ควรเสริมสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการดำเนินงานและสร้างความมั่นใจในการดำเนินมาตรการควบคุมโรคในทุกพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบและพื้นที่ใกล้เคียง

การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน

- การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผ่านผู้นำท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา และผู้นำทางประเพณี รวมถึงหมอพื้นบ้าน เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการระบุผู้ป่วย การติดตามผู้สัมผัส และการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ประชากรควรได้รับทราบอย่างครบถ้วนถึงประโยชน์ของการรักษา

- เสริมสร้างความตระหนักรู้ การมีส่วนร่วม และการเข้าร่วมของชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการรับมือในการตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของวิกฤตการณ์ด้านมนุษยธรรมที่ยืดเยื้อในภาคตะวันออกของสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก

การเฝ้าระวังและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การเสริมสร้างศักยภาพด้านการเฝ้าระวังและห้องปฏิบัติการทั่วจังหวัดที่ได้รับผลกระทบและจังหวัดใกล้เคียง

โดยการจัดตั้ง (1) หน่วยเฝ้าระวังและตอบสนองเฉพาะภายในเขตสุขภาพที่ได้รับผลกระทบและทั่วเขตสุขภาพใกล้เคียงที่มีความเสี่ยงหลัก (2) การเฝ้าระวังชุมชนที่ได้รับการปรับปรุง โดยเน้นที่การเสียชีวิตในชุมชนเป็นพิเศษ และ (3) ศักยภาพห้องปฏิบัติการแบบกระจายศูนย์สำหรับการทดสอบไวรัสซุนดิบู

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและการดูแลรักษา

- เสริมสร้างมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการจัดทำแผนที่สถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ การคัดกรองผู้ป่วย การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การติดตามตรวจสอบและการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง

- บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการฝึกอบรมที่เพียงพอเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการใช้ PPE อย่างถูกต้อง และสถานพยาบาลมีอุปกรณ์ที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยและการคุ้มครองบุคลากร การจ่ายเงินเดือนตรงเวลา และค่าตอบแทนความเสี่ยงตามความเหมาะสม

เส้นทางการส่งต่อผู้ป่วยและการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยหนักที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

- ผู้ป่วยสงสัยสามารถถูกส่งตัวไปยังหน่วยคลินิกเฉพาะทางได้อย่างปลอดภัย เพื่อแยกกักและดูแลรักษาโดยคำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและผู้ป่วยเป็นสำคัญ

- จัดตั้งศูนย์หรือหน่วยรักษาเฉพาะทางที่ตั้งอยู่ใกล้กับศูนย์กลางการระบาด โดยมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและมีอุปกรณ์ครบ เพื่อดำเนินการดูแลรักษาแบบมีประสิทธิภาพสูงสุด

การวิจัยและพัฒนามาตรการทางการแพทย์เพื่อรับมือกับโรคระบาด

- ดำเนินการทดลองทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการใช้ยาและวัคซีนที่อยู่ระหว่างการพัฒนา โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

มาตรการบริเวณชายแดน การเดินทาง และกิจกรรมที่มีผู้คนจำนวนมาก

- ดำเนินการคัดกรองข้ามพรมแดน และคัดกรองตามถนนสายหลักภายในประเทศและยกระดับคุณภาพการคัดกรองโดยการปรับปรุงการแบ่งปันข้อมูลกับทีมเฝ้าระวัง

- ผู้สัมผัสหรือผู้ป่วยโรคไวรัสซุนดิบูไม่ควรเดินทางระหว่างประเทศเว้นแต่การเดินทางนั้นจะเป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรคไวรัสซุนดิบูไปต่างประเทศ โดย (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันแล้วควรได้รับการแยกตัวและรักษาในศูนย์รักษาโรคไวรัสซุนดิบูทันที โดยห้ามเดินทางทั้งในประเทศและต่างประเทศ จนกว่าผลการตรวจวินิจฉัยเฉพาะไวรัสซุนดิบูสองครั้งที่ทำห่างกันอย่างน้อย 48 ชั่วโมงจะเป็นลบ (2) ผู้สัมผัส (ซึ่งไม่รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสมและไม่เคยสัมผัสเชื้อโดยไม่ได้รับการป้องกัน) ควรได้รับการติดตามอาการทุกวัน พร้อมทั้งจำกัดการเดินทางภายในประเทศ และงดการเดินทางระหว่างประเทศจนกว่าจะครบ 21 วันหลังจากการสัมผัสเชื้อ (3) ผู้ป่วยที่อาจติดเชื้อและผู้ต้องสงสัยติดเชื้อควรได้รับการแยกตัวทันที และควรจำกัดการเดินทางตามการจำแนกประเภทว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด

- ดำเนินการคัดกรองผู้เดินทางทุกคนที่สนามบินนานาชาติ ท่าเรือ และด่านพรมแดนทางบกสำคัญ ๆ เพื่อตรวจหาอาการไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอาจเข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสซุนดิบู การคัดกรองบุคคลใดก็ตามที่มีอาการป่วยที่เข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสซุนดิบูไม่ควรได้รับอนุญาตให้เดินทาง เว้นแต่การเดินทางนั้นจะเป็นส่วนหนึ่งของการอพยพทางการแพทย์ที่เหมาะสม

- ควรพิจารณาเลื่อนการจัดกิจกรรมที่มีผู้คนจำนวนมากออกไปจนกว่าการแพร่ระบาดของโรคจะยุติลง

การจัดการศพอย่างปลอดภัยและมีเกียรติ

- งานศพและการฝังศพควรดำเนินการโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี โดยคำนึงถึงการมีอยู่ของครอบครัวและประเพณีทางวัฒนธรรม และเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสซุนดิบู การเคลื่อนย้ายศพของผู้เสียชีวิตที่ต้องสงสัย มีแนวโน้ม หรือได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสซุนดิบูข้ามพรมแดนควรถูกห้าม เว้นแต่จะได้รับการอนุญาตตามข้อกำหนดด้านความปลอดภัยทางชีวภาพระหว่างประเทศที่เป็นที่ยอมรับ

การดำเนินการด้านโลจิสติกส์

- จำเป็นต้องมีการสร้างระบบจัดหาและการบริหารจัดการด้านโลจิสติกส์ เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามีเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการ รวมถึงสิ่งของสำคัญอื่น ๆ โดยเฉพาะอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) เพียงพอสำหรับผู้ที่ต้องการใช้

ที่มา : <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-internationalconcern>