

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 21 ปี พ.ศ. 2569

Outbreak Verification Summary, Week 21, 2026

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 18–24 พฤษภาคม 2569 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. ผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) เป็นกลุ่มก้อนในหน่วยฝึกทหารใหม่ จำนวน 2 เหตุการณ์ ในจังหวัดพิษณุโลก และสกลนคร

เหตุการณ์ที่ 1 จังหวัดพิษณุโลก

พบผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) เป็นกลุ่มก้อนในหน่วยฝึกทหารใหม่ จำนวน 132 ราย ตำบลบ้านคลอง อำเภอเมืองพิษณุโลก ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 17 พฤษภาคม 2569 รายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 19 พฤษภาคม 2569 อาการที่พบได้แก่ ไข้ เจ็บคอ มีน้ำมูก มีเสมหะ ไอ ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย แพทย์วินิจฉัยปอดอักเสบ ปังจัยเสี่ยงของการระบาดครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอาการป่วย แยกกักอยู่ในอาคารเดียวกันกับผู้สัมผัส แต่ด้วยการจำกัดของพื้นที่ ทำให้การเว้นระยะห่างของเตียงที่พัก อยู่ใกล้ชิดกัน ยังมีความเสี่ยงต่อการของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ และพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล เก็บตัวอย่างส่งตรวจจากเยื่อปอดด้านหลังโพรงจมูก และลำคอ ส่งตรวจ RT-PCR สำหรับเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจ 24 ชนิด วันที่ 21 พฤษภาคม 2569 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 5 ตัวอย่าง ผลพบเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจชนิด Rhinovirus/Enterovirus จำนวน 4 ราย และ Parainfluenza virus 3 จำนวน 1 ราย

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

1. โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ลงพื้นที่คัดกรองและทำการจ่ายยาให้ผู้มีอาการรวมทั้ง แยกกักผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เป็นเวลา 5 วัน

2. โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช แจ้งหน่วยฝึกทำความสะอาดโรงนอน และจุดสัมผัสร่วมต่าง ๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ การจัดพื้นที่ในการแยกกักตัวของหน่วยฝึกและเน้นย้ำมาตรการ เว้นระยะห่าง สวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ ในหน่วยฝึกอย่างเคร่งครัด เฝ้าระวังผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติม

เหตุการณ์ที่ 2 จังหวัดสกลนคร

พบผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) เป็นกลุ่มก้อนในหน่วยฝึกทหารใหม่ จำนวน 168 ราย ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมืองสกลนคร จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง 207 ราย ผู้ป่วยเพศชาย 168 ราย คิดเป็นอัตราป่วยทั้งหมดร้อยละ 81.15 อายุระหว่าง 17–41 ปี ภูมิลำเนาจากจังหวัดสกลนคร บึงกาฬ นครพนม กาฬสินธุ์ และเพชรบูรณ์ เป็นทหารเกณฑ์ผลัดใหม่ในหน่วยฝึกกองพันทหารราบ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2 ราย ด้วยโรคปอดอักเสบ และทอนซิลอักเสบ เป็นผู้ป่วยนอก 166 ราย จากการสอบสวนพบว่าประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนการระบาดเป็นกลุ่มก้อน พบผู้ป่วย 1 ราย มีอาการระบบทางเดินหายใจ และรับการรักษาในหน่วยฝึก

วันที่ 19–20 พฤษภาคม 2569 เจ้าหน้าที่ออกตรวจคัดกรองพบจำนวนผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนด้วยอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก มีเสมหะ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 37 ราย และรับการรักษาในหน่วยฝึก 36 ราย ได้รับรักษาตามอาการและพักรักษาตัวในโรงนอนในหน่วยฝึก เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 1 ราย ด้วยโรคทอนซิลอักเสบ วันที่ 21 พฤษภาคม 2569 ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มเติม จำนวน 9 ราย ด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก และมีเสมหะ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 1 ราย ด้วย

โรคปอดอักเสบ วันที่ 22 พฤษภาคม 2569 ออกตรวจคัดกรองเพิ่มเติม จำนวน 141 ราย พบผู้ป่วยที่มีอาการ ไอ มีน้ำมูก และได้รับยาจากหน่วยปฐมพยาบาลในหน่วยฝึก จำนวน 102 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่หายแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ ไอ ร้อยละ 82.74 มีน้ำมูกร้อยละ 71.43 เจ็บคอร้อยละ 67.86 มีเสมหะร้อยละ 55.36 ไข้ร้อยละ 35.71 ปวดศีรษะร้อยละ 29.17 ปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 22.02 หายใจลำบากร้อยละ 5.95 หอบเหนื่อยร้อยละ 5.36 และถ่ายเหลวร้อยละ 1.79

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด ไข้หวัดใหญ่ วันที่ 19 พฤษภาคม 2569 จำนวน 37 ราย ผลตรวจให้ผลลบทั้งหมด และวันที่ 21 พฤษภาคม 2569 จำนวน 9 ราย ผลตรวจให้ผลลบทั้งหมด

2. ตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจคัดกรองโรคโควิด ไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้ออะดีโนไวรัส และโรคติดเชื้ออีโชมเมตานิโนไวรัส ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2569 จำนวน 4 ราย ผลตรวจให้ผลลบทั้งหมด

3. เก็บตัวอย่างส่งตรวจจากเยื่อปอดด้านหลังโพรงจมูก และลำคอ ส่งตรวจ RT-PCR สำหรับเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจ 24 ชนิด ณ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 4 ตัวอย่าง วันที่ 22 พฤษภาคม 2569 ผลตรวจพบเชื้อ Coronavirus 229F จำนวน 2 ราย Coronavirus HKU1 จำนวน 2 ราย Parainfluenza virus 1 จำนวน 1 ราย และ Parainfluenza virus 4 จำนวน 1 ราย

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

สอบสวนโรค อาการและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระยะแรก และให้การรักษา ดำเนินการติดตามอาการ และเฝ้าระวังโรครายวัน ทุกเช้าก่อนมีการฝึกอบรม

2. โรควัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) จังหวัดนครราชสีมา

พบผู้ป่วยโรควัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) จำนวน 1 ราย เพศ ชาย สัญชาติ ไทย อายุ 21 ปี ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ตำบลขามเฒ่า อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา วันที่ 22 พฤษภาคม 2569 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้รับแจ้งจากผู้เชี่ยวชาญโรควัณโรค พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

หลายขนานชนิดรุนแรง รายใหม่ จำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 21 ปี ข้อมูลเบื้องต้นดังนี้ วันที่ 10 เมษายน 2569 โรงพยาบาลโนนสูง เก็บตัวอย่างเสมหะ ส่งตรวจตรวจทางห้องปฏิบัติการ ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา วันที่ 26 เมษายน 2569 ผลการตรวจเชื้อวัณโรค ด้วยการตรวจทางอนุชีววิทยา และการดื้อยาลายานที่ 1 (Line Probe Assay: LPA 1st line Drug) พบเชื้อวัณโรค *Mycobacterium tuberculosis* ดื้อต่อยา Isoniazid และยา Rifampicin เบื้องต้นเข้าได้กับภาวะวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ต่อมาวันที่ 21 พฤษภาคม 2569 ผลการตรวจเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Xpert MTB/RIF พบดื้อต่อยา Isoniazid ยา Fluoroquinolone และยา Kanamycin ดังนั้นจึงนับเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

1. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา แจ้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผู้รับผิดชอบงานวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา แจ้งผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจังหวัด

2. ประสานทีมสอบสวนควบคุมโรค ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ และค้นหาผู้สัมผัสเพิ่มเติม เพื่อให้พื้นที่จัดทำทะเบียนติดตามผู้สัมผัสทุกรายให้มารับการคัดกรอง ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี

3. การประเมินความเสี่ยงของการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น/รวมตัวกัน

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม-16 พฤษภาคม 2569 พบว่ามีผู้ป่วยสะสม 167,993 ราย (อัตราป่วย 255.03 รายต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 16 ราย (อัตราป่วยตายน้อยกว่า 0.009) โดยจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์น้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ในปี พ.ศ. 2568 และน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งหมายความว่าน่าจะยังไม่มีผลกระทบของโรคไข้หวัดใหญ่ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในช่วง

ปลายปี พ.ศ. 2568 ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยผู้ป่วยสูง 10 อันดับแรก ได้แก่ พะเยา (อัตราป่วย 555.62 ต่อประชากรแสนคน) อุบลราชธานี (482.47) ลำปาง (475.61) พิษณุโลก (436.90) ระยอง (423.12) ชลบุรี (417.27) เชียงใหม่ (416.50) ลำพูน (412.05) แพร่ (395.78) และน่าน (387.11)

นอกจากนี้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ระหว่างวันที่ 1-24 พฤษภาคม 2569 พบว่ามีเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจในสถานที่ที่มีผู้คนอยู่กันอย่างหนาแน่นหรือรวมตัวกัน รวม 6 เหตุการณ์ โดยเป็นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในค่ายทหาร 2 เหตุการณ์ กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในค่ายทหาร 2 เหตุการณ์ กลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำ 1 เหตุการณ์ และโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานศึกษา 1 เหตุการณ์ มีจำนวนผู้ป่วยสะสมในแต่ละเหตุการณ์เฉลี่ย 112 รายต่อเหตุการณ์

ดังนั้นความเสี่ยงของการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่นหรือรวมตัวกันในเดือนมิถุนายนอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในชุมชนยังไม่เกิดขึ้น แต่อาจจะพบการระบาดของกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ซึ่งเกิดจากเชื้อสาเหตุอื่น ๆ เช่น Parainfluenza virus ในสถานที่ที่มีผู้คนรวมตัวอย่างหนาแน่น เช่น ค่ายทหาร เรือนจำ สถานพยาบาล โรงเรียน ได้ ซึ่งกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสทางเดินหายใจอื่น ๆ มีความรุนแรงค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดการระบาดในวงกว้างจึงควรดำเนินการมาลดความเสี่ยงในสถานที่ที่มีผู้คนอยู่อย่างหนาแน่น เช่น การคัดกรอง แยกกักผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการตรวจจับและแยกผู้ป่วยออกจากคนอื่นได้อย่างรวดเร็ว การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันตนเอง

สถานการณ์ต่างประเทศ

การระบาดของโรคอีโบล่าในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) มีจำนวนผู้ป่วยสงสัยเพิ่มขึ้นเกือบ 750 ราย และมีผู้เสียชีวิต 177 ราย ส่งผลให้องค์การอนามัยโลก (WHO)

ยกระดับความเสี่ยงภายในประเทศจากระดับ “สูง” เป็น “สูงมาก” (23 พฤษภาคม 2026)

อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ความเสี่ยงในระดับโลกยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดย ดร.เทดรอส อัดฮานอม เกเบรเยซุส ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก กล่าวในการแถลงข่าวต่อสื่อมวลชนในวันนี้

ขณะนี้มีการยืนยันผู้ป่วยอีโบล่าในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) จำนวน 82 ราย และเสียชีวิต 7 ราย แต่ดร.เทดรอส เตือนว่าการระบาดที่แท้จริงอาจมีขนาดใหญ่กว่าที่รายงาน และทางการยอมรับว่าการระบาดน่าจะเริ่มขึ้นก่อนมีการสอบสวนโรคเป็นเวลาหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน

ประเทศยูกันดา รายงานพบผู้ป่วย 2 ราย และเสียชีวิต 1 ราย ในผู้ที่เดินทางมาจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) แต่ยังไม่พบการแพร่ระบาดต่อเนื่องภายในประเทศ ส่งผลให้องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินความเสี่ยงของยูกันดาอยู่ในระดับ “สูง” ด้านสหรัฐอเมริกา ในการแถลงข่าวของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) วันนี้ นพ. Satish Pillai ผู้จัดการเหตุการณ์ตอบโต้โรคอีโบล่าของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) กล่าวว่า ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้ส่งนักระบาดวิทยา 20 คนไปยังสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) และกำลังฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนอีก 50 คน ในยูกันดา มีนักระบาดวิทยา 23 คนสนับสนุนภารกิจตอบโต้โรค และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) จะส่งผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมอีก 7 คนไปสนับสนุนทั้งสองประเทศ

ความไม่ไว้วางใจต่อภาครัฐเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรค

เชื้อไวรัสอีโบล่าที่พบในการระบาดครั้งนี้คือสายพันธุ์ Bundibugyo ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือการรักษาที่ได้รับการรับรองใช้งาน องค์การอนามัยโลก (WHO) กำลังทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อทบทวนวัคซีน ยารักษา และชุดตรวจวินิจฉัยที่อยู่ระหว่างการพัฒนา และยังได้ประชุมคณะทำงานที่ปรึกษาด้านการวิจัยและพัฒนา (R&D Blueprint technical advisory group on therapeutics) และเสนอให้แอนติบอดีชนิดโมโนโคลนอล 2 ชนิดได้รับการพิจารณาเป็นลำดับแรก

สำหรับการทดลองทางคลินิก อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า หากมีการนำวัคซีนมาใช้จริง น่าจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6–9 เดือน

นอกจากนี้ คณะทำงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยังเสนอให้มีการศึกษาต้านไวรัส obeldesivir ในการทดลองทางคลินิก ร่วมกับ Africa CDC และเครือข่าย Collaborative Open Research Consortium on Filoviruses เพื่อใช้ป้องกันโรคหลังสัมผัสเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วยอีโบล่า

ดร.เทดรอสกล่าวว่า มีหลายปัจจัยที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดและทำให้การตอบโต้โรคมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในจังหวัดอิตูรี (Ituri) และคิวูเหนือ (North Kivu) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการระบาด และได้รับผลกระทบจากการตัดลดความช่วยเหลือระหว่างประเทศ รวมถึงความขัดแย้งด้วยอาวุธที่ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องพลัดถิ่น

อีกหนึ่งความท้าทายสำคัญคือความไม่ไว้วางใจต่อหน่วยงานภายนอกและการแพร่กระจายของข้อมูลเท็จ ซึ่งส่งผลให้เมื่อวานนี้ กลุ่มวัยรุ่นได้วางเพลิงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด Ituri หลังจากทางการปฏิเสธการส่งมอบศพนักฟุตบอลท้องถิ่นที่เสียชีวิตจากอาการสงสัยอีโบล่า

เพื่อรับมือกับข้อมูลเท็จ อาสาสมัครจากสหพันธ์สภาภชาตและเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) ได้ลงพื้นที่เคาะประตูบ้านในเมือง Mongbwalu เพื่อให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันตนเองและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการรักษา

องค์การอนามัยโลกออกคำแนะนำชั่วคราว

องค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ สนับสนุนการตอบโต้การระบาดที่นำโดยรัฐบาลสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) และยูกันดา โดยดร.เทดรอส กล่าวว่า “นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ประจำประเทศในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) แล้ว ขณะนี้เราได้ส่งเจ้าหน้าที่นานาชาติ 22 คนลงพื้นที่ ซึ่งรวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์สูงที่สุดบางส่วนของเรา และได้จัดสรรเงิน 3.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐจากกองทุนฉุกเฉินเพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน”

นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติยังได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมอีก 60 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อสนับสนุนการตอบโต้การระบาด องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังสนับสนุนเจ้าหน้าที่ระดับประเทศในด้านต่าง ๆ เช่น การติดตามผู้สัมผัสโรค การจัดตั้งคลินิกอีโบล่า การสื่อสารความเสี่ยง และการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน รวมถึงทำงานร่วมกับ Africa CDC เพื่อจัดตั้งทีมสนับสนุนการบริหารจัดการเหตุการณ์ระบาด

ในวันนี้ คณะกรรมการภาวะฉุกเฉินภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations Emergency Committee) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยังได้ออกคำแนะนำชั่วคราวสำหรับประเทศต่าง ๆ ตามระดับความเสี่ยงจากการระบาดครั้งนี้ด้วย