WESR Weekly Epidemiological Surveillance Report
รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand
Email: wesr@ddc.mail.go.th https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/index ISSN 3088-2311 (Online)

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 43 ปี พ.ศ. 2569

Outbreak Verification Summary, Week 43, 2026

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 43 ระหว่างวันที่ 18–24 ตุลาคม 2569 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคเมลิออยโดสิสเสียชีวิต 4 เหตุการณ์ ในจังหวัดชลบุรี สุโขทัย และสุรินทร์

จังหวัดชลบุรี 2 เหตุการณ์ พบผู้เสียชีวิต 2 ราย

อำเภอบางละมุง พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 52 ปี สัญชาติจีน โรคประจำตัว โรคไตเรื้อรัง (ตรวจพบขณะรักษา) ที่อยู่ขณะป่วย ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง เริ่มป่วยและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2569 ด้วยอาการไข้ ไอ มีเสมหะสีเหลืองปนเลือด ปัสสาวะปนเลือด ถ่ายเหลว และหอบเหนื่อย แพทย์วินิจฉัยภาวะปอดอักเสบร่วมกับไตวายเฉียบพลัน ต่อมาวันที่ 2 ตุลาคม 2569 เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ขณะรักษาผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มเติมปวดขาซ้าย ผล ATK COVID-19 เป็นบวก แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น Severe COVID-19 pneumonia ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (HFNC) และได้รับยา Remdesivir 5 วัน (2–6 ตุลาคม 2569) ร่วมกับ Dexamethasone และยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone ร่วมกับ Azithromycin (ยาทั้งสองชนิดไม่ครอบคลุมเชื้อ *B. pseudomallei*) พร้อมทั้งเก็บตัวอย่างเลือดส่งเพาะเชื้อ 2 ชุด วันที่ 4 ตุลาคม 2569 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* วันที่ 6 ตุลาคม 2569 แพทย์วินิจฉัย Acute arterial occlusion left CIA with severe COVID-19 pneumonia ปรับยาปฏิชีวนะเป็น Meropenem (หลังทราบผลเพาะเชื้อ 2 วัน) ส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรีเนื่องจากเกินศักยภาพ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2569 เพื่อผ่าตัดหลอดเลือดเร่งด่วน โดยนำลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดแดงขาซ้ายร่วมกับฉีดสีตรวจหลอดเลือดระหว่างผ่าตัด วันที่ 10 ตุลาคม 2569 ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยเสียชีวิต ข้อสันนิษฐานสาเหตุการเสียชีวิตโดยแพทย์ ระบุ Acute and Fulminant Melioidosis ร่วมกับ Embolism and Thrombosis of Iliac Artery และภาวะร่วม ได้แก่ Acute Renal Failure with Tubular Necrosis ประวัติเสี่ยง ไม่ทราบประวัติการสัมผัสที่ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยพักอาศัยอยู่คนเดียวในประเทศไทย

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังการเกิดโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม เพื่อหาแหล่งสัมผัสโรค

อำเภอบ้านบึง พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 54 ปี สัญชาติไทย ไม่ระบุโรคประจำตัว อาชีพรับจ้างก่อสร้าง ที่อยู่ขณะป่วย ตำบลคลองกิ่ว อำเภอบ้านบึง วันที่ 17 กันยายน 2569 เริ่มป่วยด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย กินไม่ได้ นายจ้างพาผู้ป่วยส่งกลับภูมิลำเนาที่ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี วันที่ 3 ตุลาคม 2569 อาการไม่ดีขึ้น เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลแก่งคอย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 39.8 องศาเซียลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 23 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 94/47 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone (รับยาถึงวันที่

5 ตุลาคม 2569) พร้อมเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจด้วยวิธีเพาะแยกเชื้อ วันที่ 4 ตุลาคม 2569 ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการรายงานผลพบ Gram negative bacilli วันที่ 6 ตุลาคม 2569 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* วันที่ 9 ตุลาคม 2569 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง วันที่ 11 ตุลาคม 2569 ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลแก่งคอย และส่งเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตให้โรงพยาบาลสระบุรีทบทวน (chart review) วันที่ 21 ตุลาคม 2569 โรงพยาบาลสระบุรีออกหนังสือรับรองการเสียชีวิต ระบุสาเหตุการเสียชีวิต คือ Melioidosis ประวัติเสี่ยง ญาติให้ข้อมูลผู้ป่วยทำงานรับจ้างก่อสร้าง (ปรับพื้นที่/สร้างฐานโรงงาน) ในจังหวัดชลบุรี ประมาณ 2–3 เดือนก่อนป่วย ซึ่งเป็นอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสดินและน้ำขังในช่วงฤดูฝน ร่วมกับผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาและรับยาทันทีที่มีอาการ

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังการเกิดโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่องสอบสวนโรคเพิ่มเติมเพื่อหาแหล่งสัมผัสผ่านนายจ้าง ผู้ให้เช่า และเพื่อนร่วมงาน

จังหวัดสุโขทัย พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 57 ปี โรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง อาชีพเกษตรกร (ทำนา) ที่อยู่ขณะป่วย ตำบลนาเชิงคีรี อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เริ่มป่วยวันที่ 6 ตุลาคม 2569 ด้วยอาการไข้ ไอ ซึม อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ไปรักษาที่คลินิกแห่งหนึ่ง ต่อมาวันที่ 7 ตุลาคม 2569 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลคีรีมาศ วันที่ 8 ตุลาคม 2569 เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจด้วยวิธีเพาะแยกเชื้อ วันที่ 13 ตุลาคม 2569 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* วันที่ 18 ตุลาคม 2569 ผู้ป่วยเสียชีวิต ปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยประกอบอาอาชีพเกษตรกร (ทำนา) ซึ่งเป็นอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสดินและน้ำขัง อยู่ระหว่างการลงพื้นที่สอบสวนโรคเพิ่มเติม

จังหวัดสุรินทร์ พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 31 ปี โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่ อาชีพเกษตรกร (ทำนา) และรับจ้างทั่วไป ที่อยู่ขณะป่วย ตำบลสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ เริ่มป่วยวันที่ 13 สิงหาคม 2569 ด้วยอาการไข้ เหนื่อย อ่อนเพลีย 14 ตุลาคม 2569 ไข้ อ่อนเพลียมากขึ้น วิงเวียน สับสน วันที่ 16 สิงหาคม 2569 มีอาการไข้ ไอ ปวดท้อง ถ่ายเหลว เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสำโรงทาบ แพทย์รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน วันที่ 18 สิงหาคม 2569 ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบข้างซ้าย เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจด้วยวิธีเพาะแยกเชื้อ วันที่ 20 สิงหาคม 2569 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง จึงส่งต่อโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ผู้ป่วยเสียชีวิต เวลา 23.00 น. ปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยมีประวัติไปทำนา โดยไม่สวมรองเท้าบูต เสื้อแขนยาว และอุปกรณ์ในการป้องกันร่างกายอื่น หน่วยงานในพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรคเบื้องต้นและค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพิ่มเติม

2. สถานการณ์โรคอีโบลาในต่างประเทศและการเตรียมความพร้อมของประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC) และยูกันดาเป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคอีโบลา เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2569 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2569 ต่อมาเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2569 ได้ยกเลิกยูกันดาจากการเป็นเขตติดโรค หลังครบ 42 วัน นับจากผู้ป่วยรายสุดท้ายและองค์การอนามัยโลกประกาศสิ้นสุดการระบาดเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2569 ปัจจุบัน DRC ยังคงเป็นเขตติดโรคติดต่ออันตรายเพียงแห่งเดียว

สถานการณ์การแพร่ระบาดพบผู้ป่วยใน DRC อย่างต่อเนื่อง และมีรายงานการแพร่เชื้อข้ามประเทศไปยังเคนยา โดยพบผู้ป่วยยืนยัน 9 ราย (คลัสเตอร์เดียวกัน) มีผู้สัมผัส 135 ราย ติดตามได้ร้อยละ 100 โดยวันที่ 25 ตุลาคม 2569 เป็นต้นไป ผู้สัมผัสที่กักตัวครบ 21 วันจะถูกปล่อยตัวกลับบ้าน ทั้งนี้ เคนยามีเที่ยวบินตรงมายังประเทศไทย แต่ยังไม่ได้รับการประกาศเป็นเขตติดโรคติดต่ออันตรายตามข้อมูลที่ได้รับ ในขณะที่ไนจีเรียพบผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย เริ่มป่วยวันที่ 7 ตุลาคม 2569 และเข้ารับการรักษาที่รพ.เอกชนในกรุงอาบูจา (4 วันหลังเข้าประเทศ) โดยข้อมูลประวัติการเดินทางอยู่ระหว่างการสอบสวนเพิ่มเติม เนื่องจากมีประวัติเดินทางจากเที่ยวบินที่ยูกันดา ร่วมกับมี

ประวัติการไป DRC (ต้องติดตามข้อมูลความเสี่ยง) พบผู้สัมผัสแล้ว 44 ราย โดยไนจีเรียไม่มีเที่ยวบินตรงมายังประเทศไทย

ด้านความรุนแรงของโรค ข้อมูลที่รวบรวมระบุว่า DRC มีอัตราป่วยตายร้อยละ 48.2 ขณะที่เคนยามีอัตราป่วยตายร้อยละ 22.2 ยูกันดามีอัตราป่วยตายร้อยละ 10 และภาพรวมทั่วโลกรวมเคนยาอยู่ที่ร้อยละ 48.1 โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชนซึ่งเข้าถึงบริการรักษาได้ยาก และยังไม่มียาหรือวัคซีนจำเพาะสำหรับไวรัสอีโบลาสายพันธุ์บันดิบูเกียว อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2569 Tumaini Trial อาสาสมัครกลุ่มแรกของ DRC ได้รับการฉีดวัคซีนสายพันธุ์เฉพาะต่อบันดิบูเกียว (Phase2/3) ไปแล้ว

สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยยืนยันในช่วงวันที่ 21 พฤษภาคม–23 ตุลาคม 2569 โดยระหว่างการคัดกรองที่สนามบินพบผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 2 ราย ซึ่งผลตรวจไม่พบเชื้อทั้งคู่ ทั้งนี้ ประเทศไทยมีแนวทางคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้เดินทางจากเขตติดโรคกักกันตัวเป็นเวลา 21 วัน ณ สถานที่ที่รัฐกำหนด และแยกกักในโรงพยาบาลกรณีเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง

โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) เกิดจากการติดเชื้อในกลุ่มโคโรนาไวรัส (Coronavirus: CoV) ที่สามารถก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร พบว่ามีการรายงานครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2555 ที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยมีแหล่งแพร่เชื้อ คืออูฐโหนกเดียว และอาจแพร่จากคนสู่คนได้ผ่านการไอ จาม หรือสัมผัสใกล้ชิด สามารถพบการติดเชื้อได้ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มักพบในผู้ใหญ่ กลุ่มเสี่ยงต่ออาการรุนแรงมักเป็นผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตที่ประมาณร้อยละ 20–30 ปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ที่เดินทางไปแสวงบุญไปประกอบพิธีฮัจญ์ หรือไปอุมเราะห์ ในประเทศแถบตะวันออกกลาง และบุคลากรทางการแพทย์ในแถบตะวันออกกลาง

อาการสำคัญที่พบได้ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ไอ หายใจลำบาก หรือหายใจหอบเหนื่อย มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่อาการรุนแรง อาจทำให้เกิดปอดอักเสบ ไตวาย และเสียชีวิตได้ ระยะฟักตัวของโรคอยู่ที่ประมาณ 10-14 วัน แนวทางการรักษา ยังไม่มียาต้านไวรัส หรือวัคซีนที่จำเพาะต่อเชื้อนี้ในการรักษา จะรักษาตามอาการและการรักษาแบบประคับประคอง

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ณ วันที่ 5 ตุลาคม 2569 ทั่วโลกมีผู้ป่วยยืนยันโรค MERS สะสม 2,643 ราย เสียชีวิต 965 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ 36.5 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในประเทศซาอุดีอาระเบีย สำหรับสถานการณ์โรคในประเทศไทยจากข้อมูลในระบบM-EBS ณ วันที่ 23 ตุลาคม 2569 ยังไม่พบผู้ป่วยยืนยันโรคMERS-CoV ในปี พ.ศ. 2569 โดยผู้ป่วยสงสัยที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีผลตรวจ RT-PCR ไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อทุกราย อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีความเสี่ยงต่อการพบผู้ป่วยนำเข้าโดยเฉพาะผู้เดินทางกลับจากประเทศซาอุดีอาระเบียหรือพื้นที่เสี่ยง รวมถึงผู้ที่มีประวัติสัมผัสอูฐหรือบริโภคผลิตภัณฑ์จากอูฐที่ไม่ผ่านการแปรรูปอย่างปลอดภัย

การประเมินความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยโอกาสที่โรคจะเกิดขึ้นหรือนำเข้ามาในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำ แต่หากพบผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบรุนแรงทั้งต่อสุขภาพประชาชน ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และการท่องเที่ยว ดังนั้น จึงควรดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถตรวจจับและดำเนินมาตรการควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยเน้นการเฝ้าระวังผู้เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง การคัดกรองและตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคอย่างรวดเร็ว การสอบสวนโรคและติดตามผู้สัมผัสเสี่ยง ตลอดจนเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการแยกผู้ป่วยและป้องกันการแพร่เชื้อแก่บุคลากรและผู้รับบริการ สำหรับประชาชนควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้มีอาการทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการสัมผัสอูฐและการบริโภคน้ำนมอูฐดิบหรือผลิตภัณฑ์จากอูฐที่ไม่ผ่านการปรุงหรือแปรรูปอย่างปลอดภัย รวมทั้งรักษาสุขอนามัยและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หากเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง ควรสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน หากมีไข้ ไอ หรือหายใจลำบาก ควรรีบรับการประเมินทางการแพทย์และแจ้งประวัติการเดินทางหรือการสัมผัสเสี่ยงให้

บุคลากรทางการแพทย์ทราบ นอกจากนี้ ควรสื่อสารความเสี่ยงด้วยข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลา เพื่อลดความตื่นตระหนกและส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม

สถานการณ์ต่างประเทศ

พบผู้ติดเชื้อไวรัส Shamonda ในมนุษย์เป็นรายแรกของโลกในสาธารณรัฐฝรั่งเศส

วันที่ 22 ตุลาคม 2569 ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งยุโรป (European Centre for Disease Prevention and Control: ECDC) รายงานว่ากำลังติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด ภายหลังทางการฝรั่งเศสประกาศพบการติดเชื้อไวรัส Shamonda (Shamonda virus: SHAV) ในมนุษย์เป็นรายแรกที่มีการรายงาน โดยก่อนหน้านี้พบการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้เฉพาะในสัตว์เท่านั้น

ผู้ป่วยรายดังกล่าวมีโรคร้ายแรงที่ทำให้มีความไวต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าประชากรทั่วไป และเสียชีวิตเมื่อต้นเดือนตุลาคม 2569 ขณะนี้อยู่ระหว่างการสอบสวนว่าไวรัสเป็นสาเหตุหรือมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่ รวมถึงตรวจสอบแหล่งที่มาของการติดเชื้อ โดย ECDC ประสานงานกับทางการฝรั่งเศสและหน่วยงานพันธมิตรในยุโรป เพื่อสอบสวนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสาธารณสุขจากการติดเชื้อในมนุษย์ครั้งนี้

การพบผู้ติดเชื้อในมนุษย์เกิดขึ้นภายหลังตรวจพบไวรัส SHAV ในสัตว์เลี้ยงในฟาร์มของยุโรปเป็นครั้งแรกในช่วงฤดูร้อน ปี พ.ศ. 2569 โดยมีรายงานอาการทางคลินิกในสัตว์ตั้งแต่เดือนมิถุนายน และตรวจพบเชื้อในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม ต่อมามีการตรวจพบเชื้อในสัตว์เลี้ยงในฟาร์มในออสเตรีย เบลเยียม ฝรั่งเศส เยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลี ลิกเตนสไตน์ ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส สเปน และสวิตเซอร์แลนด์ รวมถึงเกาะเจอร์ซีย์ ทั้งนี้ ก่อนหน้านี้มีรายงานการตรวจพบไวรัส SHAV ในสัตว์ในประเทศนอกทวีปยุโรปด้วย

โดยทั่วไป ไวรัส Shamonda (SHAV) แพร่ระหว่างสัตว์ผ่านการกัดของริ้นฝอยทรายขนาดเล็กในสกุล Culicoides ที่มีเชื้อ อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบชนิดของริ้นที่เกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อในผู้ป่วยรายนี้ ในทวีปยุโรป ริ้นมักมีความเคลื่อนไหว/มักออกหากินมากที่สุดในช่วงฤดูใบไม้ผลิถึงฤดูใบไม้ร่วง โดยรูปแบบการเคลื่อนไหวตามฤดูกาลแตกต่างกันตามชนิดของริ้น พื้นที่ และสภาพอากาศ ทั้งนี้ เมื่ออุณหภูมิลดลง กิจกรรมของริ้นส่วนใหญ่ในยุโรปมีแนวโน้มลดลงตามไปด้วย

ECDC กำลังติดตามสถานการณ์ร่วมกับคณะกรรมาธิการยุโรปและองค์การความปลอดภัยด้านอาหารแห่งยุโรป (European Food Safety Authority: EFSA) ซึ่งรับผิดชอบด้านสุขภาพสัตว์และความปลอดภัยอาหารในสหภาพยุโรป นอกจากนี้ สหภาพยุโรปมีระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง และ ECDC ยังคงทำงานร่วมกับประเทศสมาชิกเพื่อเสริมสร้างการวางแผนรับมือ โดยประสานงานกับห้องปฏิบัติการอ้างอิงของสหภาพยุโรปที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกในการตรวจหาและระบุผู้ติดเชื้อรายอื่นที่อาจเกิดขึ้น

ที่มา : https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/severely-ill-patient-france-becomes-first-ever-human-infected-shamonda-virus?fbclid=IwY2xjawVHpXxleHRuA2FlbQIxMABwZG9mBWJyaWQRMTVsY0lPTk1pQkpiTzZBT1RzcnRjBmFwcF9pZBAyMjIwMzkxNzg4MjAwODkyAAEe_C0COUUeXKg8Ko6-VlZxVRi7Tzcp7_VnJq_JoBsifQubv-mJ6lhHphiTHSw_aem_sRU14w8O9P05eL9FVGhPcw