

ISSN 0125-7447

VOLUME 25

NUMBER 4

JANUARY 28, 1994

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ

INDEX

การควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุข 45

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ 2535 (Influenza 1992) 53

การควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุข

คำชี้แจงร่วมของสหพันธ์ต่อต้านวัณโรคและโรคปอดนานาชาติ (IUATLD) และโครงการวัณโรคองค์การอนามัยโลก (WHO/TUB)

ประเทศอุตสาหกรรมหลายประเทศ ได้ให้ความสนใจมากเป็นพิเศษในการควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลและสถานบริการ ความสนใจในประเด็นนี้สืบเนื่องมาจากการระบาดของเชื้อวัณโรคชนิดคือต่อยาหลายตัวในโรงพยาบาลดังที่รายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่ามีสาเหตุเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ด้วย ข้อเสนอแนะในการควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรคที่เสนอโดยผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขในประเทศเหล่านี้หลายประการ ไม่สามารถนำมาใช้ปฏิบัติในประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำกว่า ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่งของมาตรการเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงมาก โดยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่ควรจะมีข้อเสนอแนะ (Guidelines) ซึ่งมีประสิทธิภาพอย่างสมเหตุสมผลที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด

ข้อเสนอแนะในคำชี้แจงร่วมนี้ ประกอบด้วยการตรวจหาและการแยกผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่เชื้อได้ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และการป้องกันสำหรับบุคลากรในขณะทำงาน ข้อเสนอแนะนี้มีวัตถุประสงค์โดยตรงต่อผู้ที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับแผนการดำเนินงานและบริการผู้ป่วย และสามารถประยุกต์ได้ไม่ว่าจะเป็นในกรณีเชื้อวัณโรคคือยาหรือไม่คือยากก็ตาม

จากข้อเท็จจริงที่สำคัญซึ่งควรเน้นย้ำคือ การป้องกันและขัดขวางการแพร่วัณโรคที่ดีที่สุด โดยการวินิจฉัยวัณโรคอย่างทันท่วงทีและให้การรักษามีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการตรวจหาผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่เชื้อ

จากผลการศึกษาและรายงานจำนวนมาก ได้ข้อมูลที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถแพร่เชื้อได้มากที่สุดคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่พบเชื้อวัณโรคจากการตรวจเสมหะ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่พบเชื้อวัณโรคโดยการตรวจเสมหะมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคได้ต่ำอย่างมาก และผู้ป่วยวัณโรคชนิดนอกปอด (Extrapulmonary) ไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคได้ โดยเหตุนี้ผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการของโรคในระบบทางเดินหายใจที่คล้ายคลึงหรือสงสัยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการไอ ควรได้รับการตรวจเสมหะเพื่อค้นหาเชื้อวัณโรคโดยทันทีและผลการตรวจควรได้รับการรายงานโดยเร็ว

การรักษา (TREATMENT)

การรักษาวัณโรคควรเริ่มต้นอย่างรวดเร็วทันทีที่สามารถให้การวินิจฉัยได้ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบวิธีไปกลับไม่ต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาล (ambulatory treatment) ที่กำลังดำเนินการอยู่ในหลายแห่งทั่วโลก เชื่อว่ามีส่วนในการป้องกันไม่ให้วัณโรคแพร่ต่อผู้อื่นในโรงพยาบาลได้ การรักษาอย่างเข้มข้นในระยะแรก (Initial intensive phase) ควรได้รับการเฝ้าระวังตรวจสอบอย่างใกล้ชิด วิธีนี้อาจจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในบางกรณี

การแยกผู้ป่วยวัณโรคชนิดที่สามารถแพร่เชื้อ

(Isolation of Infectious Tuberculosis Patients)

ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นวัณโรคที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในทางอุดมคติแล้ว ควรให้อยู่ในห้องแยกผู้ป่วย โดยไม่ให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคชนิดแพร่เชื้อหรือผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยอื่นๆ ที่ติดเชื้อ HIV / AIDS ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำอยู่แล้ว หากสงสัยว่าจะเป็นวัณโรคไม่ควรรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยวัณโรค จนกว่าจะได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างแน่ชัดว่าเป็นวัณโรคและได้เริ่มการรักษาวัณโรคแล้ว

ผู้ป่วยวัณโรคที่พบเชื้อวัณโรคจากการตรวจเสมหะ เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ควรแยกจากผู้ป่วยที่ไม่ใช่วัณโรคในช่วงระยะแรกของการรักษา การแยกผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะพบเชื้อออกจากผู้ป่วยที่มีโอกาสป่วยได้ง่าย เช่น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและเด็กเล็ก ๆ เป็นสิ่งที่สำคัญมาก

ในสถานรักษาที่รับผู้ป่วยไว้เป็นจำนวนมาก การแยกผู้ป่วยสามารถกระทำได้ง่ายและดีที่สุดโดยการจัดหอผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis ward) ในสถานรักษาที่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยสามารถใช้ห้องขนาดเล็กสำหรับจัดแยกผู้ป่วยวัณโรคที่แพร่เชื้อได้ การรักษาด้วยระบบระยะสั้นแก่ผู้ป่วยที่แพร่เชื้อสามารถลดภาวะการแพร่เชื้อได้อย่างรวดเร็ว วิธีการนี้สามารถใช้ได้ดีในกรณีผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่คือคอตยาซึ่งไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และในกรณีเชื้อวัณโรคคือคอตยา การรักษาด้วยระยะสั้นอาจไม่เพียงพอ จึงควรแยกผู้ป่วยอยู่จนกว่าตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ (sputum conversion)

การควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีการทางสิ่งแวดล้อมที่ใช้ในการควบคุมการแพร่เชื้อที่ถือว่าได้ผลดีที่สุด คือ การระบายอากาศที่ดี หอผู้ป่วยวัณโรคที่ปิดประตูแต่เปิดหน้าต่างทุกบานเป็นการระบายอากาศที่ดี การใช้พัดลมดูดอากาศ (Exhaust fan) เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการช่วยดูดอากาศจากหอผู้ป่วยสู่ภายนอก ปัญหาอุปสรรคในเรื่องนี้คือในภูมิภาคที่มีอากาศหนาวซึ่งจำเป็นต้องปิดประตูหน้าต่าง สิ่งสำคัญในการใช้พัดลมดูดอากาศ คือ อากาศที่ดูดออกมาจากหอผู้ป่วยวัณโรคหรือห้องแยกผู้ป่วย (isolated room) จะต้องไม่ย้อนกลับเข้าไปในส่วนใดของโรงพยาบาลอีก

ในกรณีเช่นเดียวกัน แผนกผู้ป่วยนอกที่ตรวจผู้ป่วย ควรมีการระบายอากาศที่ดีรวมทั้งบริเวณที่นั่งรอคอยตรวจบริเวณที่ให้ผู้ป่วยไอบากเสมหะ ห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับเสมหะจากผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามข้อแนะนำมาตรฐานที่ดีพิมพ์ไว้ เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่เจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการ

ผู้เชี่ยวชาญบางคนแนะนำให้ใช้แสงอัลตราไวโอเล็ต หรือ รังสีเหนือม่วงติดตั้งในบริเวณที่อาจเป็นจุดแพร่เชื้อวัณโรคได้ง่าย แม้ว่าจะมีผลการทดลองพบว่าแสง UV ช่วยลดการแพร่เชื้อวัณโรค แต่ประสิทธิภาพของมาตรการนี้ในทางปฏิบัติยังไม่ได้รับการยืนยันแน่ชัด ยิ่งกว่านั้นการใช้แสง UV ยังค่อนข้างแพงจำเป็นต้องดูแลมากและอาจเป็นอันตรายหากการติดตั้งไม่ถูกต้อง สิ่งสำคัญที่ควรระบุให้ทราบคือ แสงอาทิตย์เป็นแหล่งกำเนิดแสง UV ธรรมชาติที่ถูกที่สุด ดังนั้นห้องผู้ป่วยควรมีหน้าต่างขนาดใหญ่เพื่อให้แสงส่องทั่วถึง

(อ่านต่อหน้า 52)

การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ

LABORATORY SURVEILLANCE

ตารางที่ 3 สรุปผลการแยกเชื้อจุลินทรีย์และปรสิตที่ทำให้เกิดโรค ประเทศไทย
ประจำสัปดาห์ที่ 1 (2-8 มกราคม 2537,

Table III Summary-Identification of Specified Bacterial, Viral and Protozoa Pathogens ,Thailand,
Week ending , January 2-8, 1994(1st week)

Organism	total	Cum	Positive*		Province	Cum	positvie**	
	exam	exam	no	%	number	no	%	
Rabies	18	18	12	66.67	1	12	66.67	
B.anthraxis	5	5	0	0.00	0	0	0.00	
B.pertussis	5	5	0	0.00	0	0	0.00	
C.diphtheriae	38	38	0	0.00	0	0	0.00	
E.histobhtice	1246	1246	8	0.64	3	8	0.64	
E.scherichia coli	1476	1476	46	3.12	11	46	3.12	
Salmonella spp.	1960	1960	26	1.33	11	26	1.33	
Salmonella typhi	1671	1671	2	0.12	2	2	0.12	
Shigella spp	1963	1963	29	1.48	10	29	1.48	
S.aureus	2397	2397	90	3.75	18	90	3.75	
Streptococcus spp.	2814	2814	53	1.88	15	53	1.88	
Vibrio para.	2020	2020	28	1.39	9	28	1.39	
Plasmodium falciparum	4407	4407	38	0.86	7	38	0.86	
Plasmodium vivax	4407	4407	7	0.16	4	7	0.16	
Plasmodium unspecified	4407	4407	0	0.00	0	0	0.00	
Trichinella spiralis	561	561	0	0.00	0	0	0.00	

* Province = จำนวนจังหวัดที่ตรวจพบเชื้อ, **Cum positive = จำนวนพบเชื้อสะสมตั้งแต่ต้นปี
แหล่งข้อมูลหน่วยชั้นสูตรสาธารณสุข กองมาตรฐานชั้นสูตรสาธารณสุข

การควบคุมการแพร่เชื้อวัณโรค (ต่อจากหน้า 46)

การป้องกันสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์และสาธารณสุข ควรมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
ที่ทราบว่าตนติดเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV) ไม่ควรปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัณโรค

จากข้อแนะนำข้างต้น บุคคลใดที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เช่นติดเชื้อ HIV / AIDS) ไม่ควรใกล้ชิดผู้ป่วย
วัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่พบเชื้อวัณโรคจากการตรวจเสมหะที่ไม่สามารถควบคุมการไอได้ หากจะมีการเคลื่อนย้าย
ไปในที่ต่างๆของโรงพยาบาล เช่น เคลื่อนย้ายไปแผนกรังสีเป็นต้น ควรสวมผ้าปิดปากผู้ป่วยไว้ (mask) ผ้า
ปิดปากที่ใช้ควรกระชับดีและสามารถกรองอนุภาคขนาด 1-5 ไมครอนได้ คืออนุภาคที่สามารถแพร่กระจายได้ดี
ผ้าปิดปากชนิดนี้มักมีราคาแพงซึ่งบางทีไม่เหมาะสมหากจะใช้เป็นประจำ ผ้าปิดปากชนิดอื่น เช่น
surgical mask ซึ่งป้องกันการแพร่กระจายอนุภาคที่มีขนาดใหญ่กว่าอาจป้องกันการกระจายเป็นฝอยละออง
ได้มาก อย่างไรก็ตาม surgical mask ไม่สามารถป้องกันการสูดหายใจเข้าไป (inhalation) จึงไม่ควรจะถือเป็นการ
แน่นอนได้ ดังนั้นโดยทั่วไปแล้วจึงไม่เป็นข้อบ่งชี้ให้เจ้าหน้าที่หรือผู้มาเยี่ยมสวมใส่

ในกรณีที่จำเป็นต้องให้เด็กเล็กอยู่ในโรงพยาบาลร่วมกับมารดาที่กำลังรักษาวัณโรคอยู่ เด็กเหล่านี้ควรได้รับยาไอโซไนอาซิด ขนาด 5 mg/kg/day ไม่ว่าแม่จะดูแลเลี้ยงดูลูกเองหรือไม่ก็ตาม เมื่อให้กลับบ้านหรือแม่จำหน่ายมารดาจากการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ก็ควรให้ยาไอโซไนอาซิดต่อไปตามขนาดและระยะเวลามาตรฐานที่กำหนด และควรให้วัคซีน BCG ด้วย

แปลและเรียบเรียง โดย นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

ศูนย์วัณโรคเขต 10 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่

ต้องการเอกสารต้นฉบับภาษาอังกฤษ-เอกสารแปลภาษาไทย

ติดต่อที่ งานแผนงานและเผยแพร่ ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่

รหัสไปรษณีย์ 50000 โทร. (053)276364

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ 2535 (Influenza 1992)

ในปี พ.ศ.2535 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานโรคไข้หวัดใหญ่ รวม 49,794 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 86.17 ต่อประชากรแสน ซึ่งต่ำกว่าอัตราป่วยในปี พ.ศ.2534 (110.23 ต่อประชากรแสนคน) (รูปที่ 1)

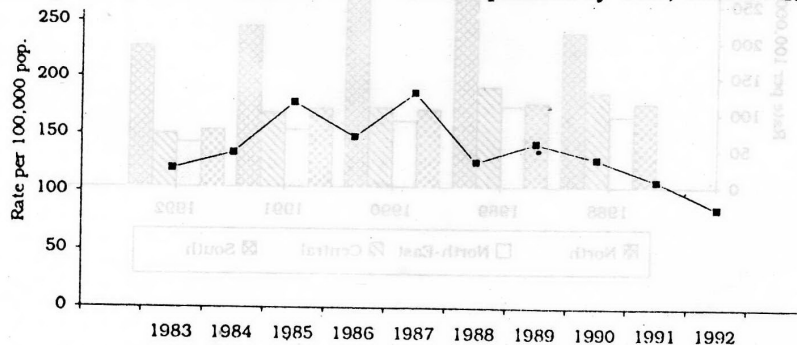
อัตราป่วยสูงสุด อยู่ในกลุ่มอายุสูงกว่า 35 ปี (111.48 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 25-34 ปี (100.35 ต่อประชากรแสนคน) และกลุ่มอายุ 15-24 ปี (73.41 ต่อประชากรแสนคน) อัตราป่วยต่ำสุด อยู่ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (63.81 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งอัตราป่วยในทุกกลุ่มอายุ ลดลงต่ำกว่าปี พ.ศ.2534 (รูปที่ 2)

การกระจายของโรครายเดือน ไม่แตกต่างจากปีก่อน จำนวนผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมและสูงสุดในเดือนกันยายน หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลงตามลำดับ (รูปที่ 3)

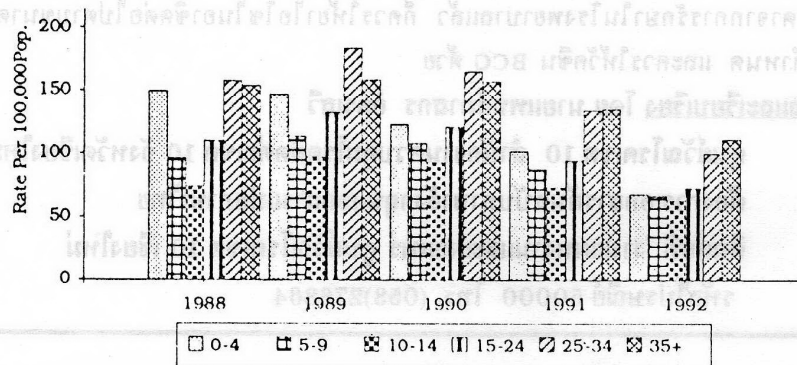
อัตราการเกิดโรคในแต่ละภาคของประเทศ พบว่าทุกภาคมีอัตราการเกิดโรคลดน้อยลงกว่าปีก่อน โดยมีอัตราป่วยสูงสุดในภาคใต้ (194.71 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (79.59 ต่อประชากรแสนคน) และภาคกลาง (73.74 ต่อประชากรแสนคน) และภาคที่มีอัตราป่วยต่ำสุด คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (61.49 ต่อประชากรแสนคน) (รูปที่ 4)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2535 ได้แก่ จังหวัดกระบี่ (623.49 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาได้แก่ จังหวัดตรัง (476.78 ต่อประชากรแสนคน) และจังหวัดระนอง (342.54 ต่อประชากรแสนคน) (รูปที่ 5)

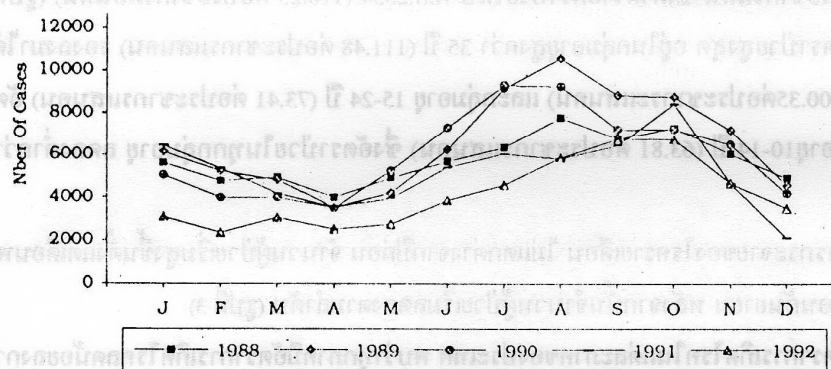
รูปที่ 1 Reported Cases of Influenza Per 100,000 Population, by Year, Thailand 1983-1992.



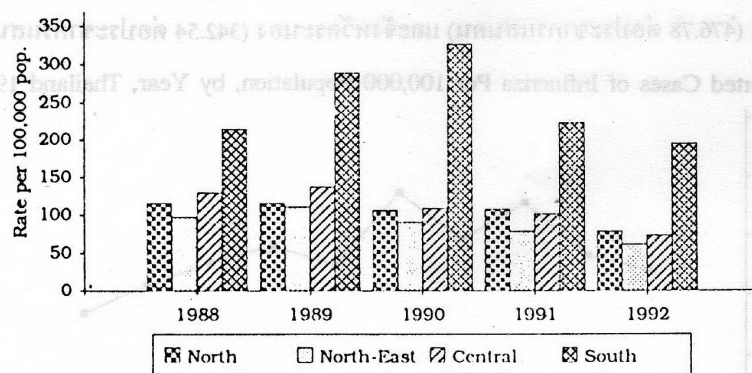
รูปที่ 2 Reported Cases of Influenza Per 100,000 Population, by Age-Group, 1988-1992.



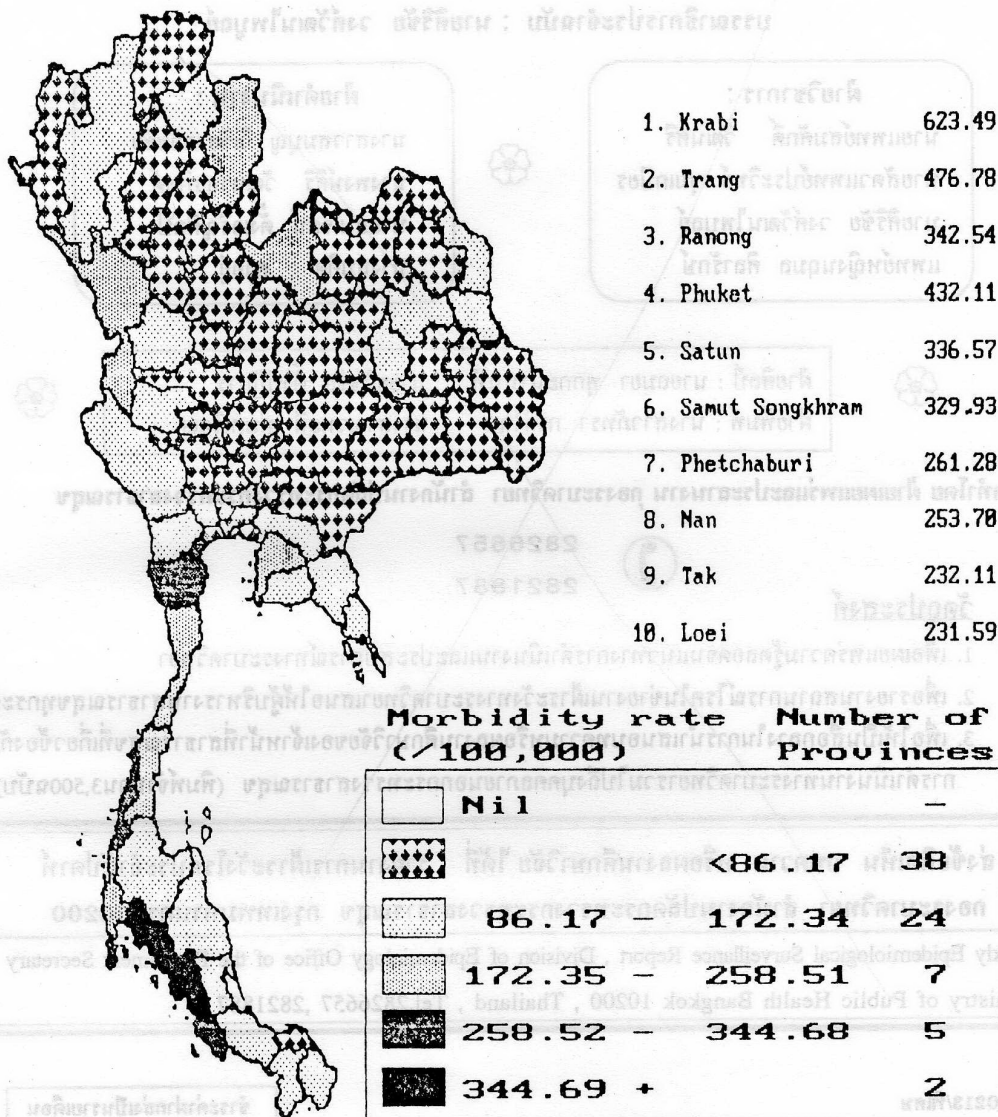
รูปที่ 3 Reported Cases of Influenza by Month, Thailand 1988-1992.



รูปที่ 4 Reported Cases of Influenza Per 100,000 Population, by Region, Thailand 1988-1992.



รูปที่ 5 Reported Cases of Influenza Per 100,000 Population, by Province, Thailand 1992.



Division of Epidemiology, Ministry of Public Health, Thailand

รายงานโดย แพทย์โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งระบาดวิทยา
ฝ่ายประมวลผลและวิเคราะห์ กองระบาดวิทยา