



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 53 ฉบับที่ 27 : 15 กรกฎาคม 2565

Volume 53 Number 27: July 15, 2022

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา  
(Factors predicting severity of corona virus disease 2019 patients  
in Phang nga Province, Thailand)

✉ nuch08@gmail.com

นงนุช จตุราบัณฑิต

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา กระทรวงสาธารณสุข

**บทคัดย่อ**

**บทนำ :** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 สำหรับการระบาดในระลอกเมษายนของจังหวัดพังงา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน-31 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,082 ราย เสียชีวิตสะสม 11 ราย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคโควิด 19 และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19

**วิธีการศึกษา :** เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 1,082 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลสนามในจังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564

**ผลการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.49 อยู่ในกลุ่มอายุ <60 ปี ร้อยละ 90.94 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.74 สัญชาติไทย ร้อยละ 69.87 ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ

90.85 มีอาการไม่รุนแรง ร้อยละ 92.61 มีอาการไอ ร้อยละ 67.87 ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 76.52 ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value < 0.05) โดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทุกกลุ่ม ประกอบด้วย มีโรคเรื้อรังประจำตัว (aOR = 13.73, 95% CI 7.68-24.53) ผล Absolute Lymphocyte Count < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร (aOR = 2.64, 95% CI 1.59-4.37) มีสัญชาติไทย (aOR = 2.59, 95% CI 1.28-5.24)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** สรุปได้ว่าปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้แก่ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว มีผล Absolute Lymphocyte Count < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร และ สัญชาติไทย ดังนั้นผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับการวิเคราะห์ค่า Absolute Lymphocyte Count < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตรและให้การรักษาทันทีโรคโควิด 19 และโรคร่วมอย่างรวดเร็วเหมาะสม ควรมีการศึกษาต่อยอดแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อสังเกต ติดตาม วัดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19

**คำสำคัญ :** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ระดับความรุนแรง, ปัจจัยทำนาย, การถดถอยโลจิสติกทุกกลุ่ม



◆ ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา	409
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 3-9 กรกฎาคม 2565	420
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 3-9 กรกฎาคม 2565	423

## ความเป็นมา

เชื้อก่อโรค ไวรัส SARS-CoV-2 จัดอยู่ในตระกูลของเชื้อไวรัสโคโรนา ระยะแรกพบว่าก่อโรคปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อนที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เรียกว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (2019 novel coronavirus; 2019-nCoV) วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และ 11 กุมภาพันธ์ 2563 ได้ตั้งชื่อโรคที่เกิดขึ้นใหม่ว่า Coronavirus disease 2019 (COVID-19) โดยเชื้อไวรัสที่ก่อโรคให้ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)<sup>(1)</sup> และประกาศเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง มาตรการการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ รองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว<sup>(2)</sup> การติดต่อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอย (Droplet transmission) เข้าระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย อาจมีอาการจุกไม่ไต่กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย บางรายอาจมีอาการรุนแรงเกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งพบในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว<sup>(3)</sup>

กระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 เมื่อ 1 มีนาคม 2563 สถานการณ์การระบาด ในประเทศไทยระลอกเมษายน (1 เมษายน-31 สิงหาคม 2564) มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,175,866 ราย เสียชีวิตสะสม 11,495 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.98<sup>(4)</sup> สำหรับในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 46,717 ราย เสียชีวิตสะสม 341 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.62 จังหวัดพังงา พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,082 ราย เสียชีวิตสะสม 11 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.02

### คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ฤณาศล  
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร

**หัวหน้ากองบรรณาธิการ :** นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

**บรรณาธิการวิชาการ :** แพทย์หญิงดารินทร์ อารีโซัดจชัย

### กองบรรณาธิการ

คณะทำงานด้านบรรณาธิการ กองระบาดวิทยา

### ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภรณ์จันท์ ศศิธันว์ มาแอดิเยน พัชรี ศรีหมอก

จากผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย เมื่อ 17 มีนาคม 2563 จำนวน 177 ราย พบว่ามีอาการไข้ ร้อยละ 87.85 รองลงมา ไอแห้ง ๆ ร้อยละ 67.71 อ่อนเพลีย ร้อยละ 38.41 หายใจลำบาก ร้อยละ 18.64 ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 14.69 เจ็บคอ ร้อยละ 13.56 ปวดศีรษะ และปวดศีรษะ ร้อยละ 13.56 ทनावสัน ร้อยละ 11.30 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 5.08<sup>(5)</sup> การศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกของโรคโควิด 19 ในประเทศจีน จำนวน 1,099 คน จาก 552 โรงพยาบาล พบมีไข้ มากที่สุด ร้อยละ 88.72 ไอ ร้อยละ 67.79 อ่อนเพลีย ร้อยละ 38.13 มีเสมหะ ร้อยละ 33.67 หายใจเหนื่อย ร้อยละ 18.65 ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 14.92 เจ็บคอ ร้อยละ 13.92 ปวดศีรษะ ร้อยละ 13.65 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 5.00 มีน้ำมูก ร้อยละ 4.82<sup>(6)</sup>

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ทอิกิมาน (meta-analysis) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย กลุ่มผู้สูงอายุ โรคประจำตัวต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต เนื้องอก โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และหญิงมีครรภ์<sup>(7-8)</sup> การศึกษาการพยากรณ์ในระยะเริ่มต้นและการจำแนกความรุนแรงผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่นอนพักรักษาตัวที่ The Second Affiliated Hospital of Airforce Medical University โดยใช้โมเดลประเมินความเสี่ยง พบว่า อายุ โรคความดันโลหิตสูง และ lymphopenia เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19<sup>(9)</sup> ในขณะที่เดียวกัน มีรายงานวิจัยยืนยันว่าการขาดแคลนลิโพโปรตีนในโลหิต มีความสัมพันธ์หรือเป็นสิ่งบ่งชี้การเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19<sup>(10)</sup>

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดพังงา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้สามารถเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ และเสนอมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดพังงา
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดพังงา

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

**ขอบเขตการศึกษา** ศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในการระบาดระลอกเมษายน 2564

**ประชากรที่ทำการศึกษา** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด 19 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามในจังหวัดพังงา ตั้งแต่เดือนเมษายน-สิงหาคม 2564 จำนวน 1,082 คน จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

**กลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในช่วงที่มีการระบาดระลอกเดือนเมษายน 2564 ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามในจังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การเลือกจำนวนทั้งหมด 1,082 คน

### นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก/ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจโดยวิธี real-time polymerase chain reaction; PCR พบ สารพันธุกรรม ORF1-ab Gene และ N Gene ของ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): 2019

novel coronavirus; 2019-nCoV

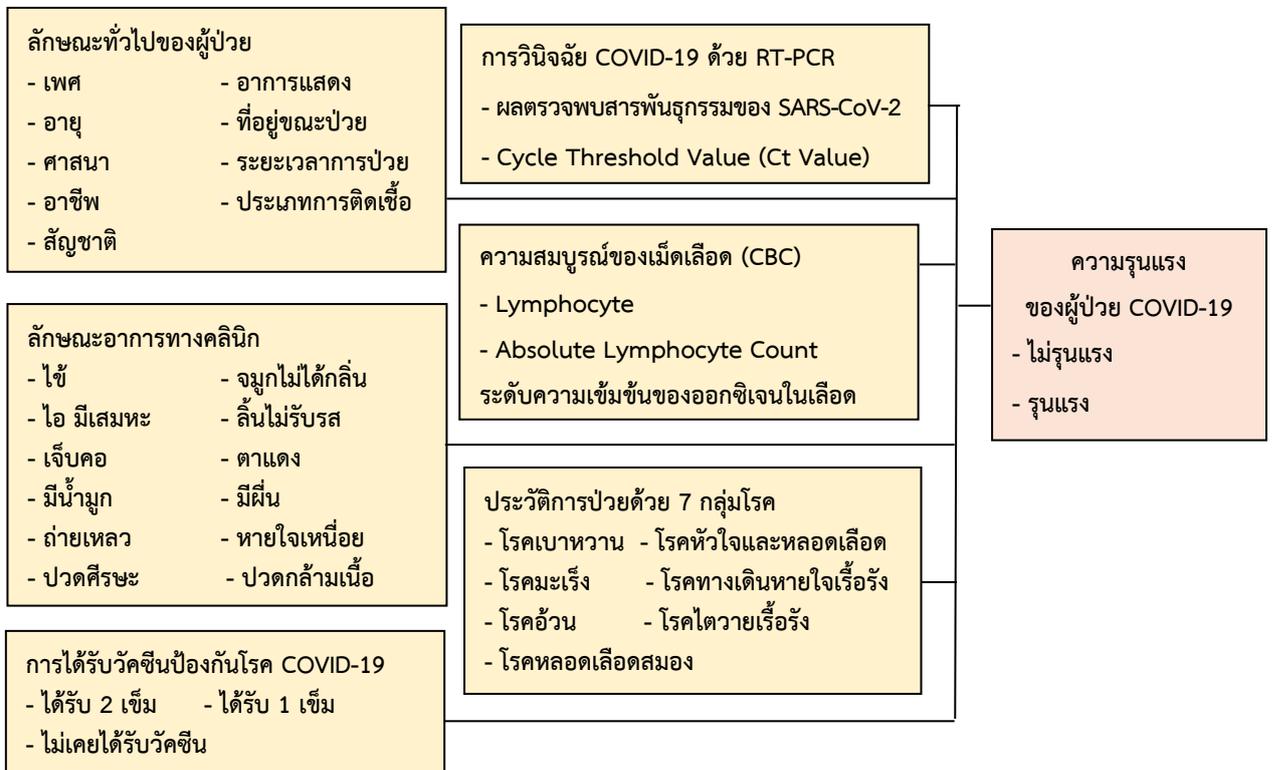
**Cycle Threshold Value (Ct. value)** หมายถึง จำนวนรอบของการเพิ่มสารพันธุกรรม ORF1-ab Gene และ N Gene ของ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): 2019 novel coronavirus; 2019-nCoV ได้จัดแบ่งค่า Ct. value เป็น 3 กลุ่ม คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เกณฑ์ค่ามัธยฐาน (median) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; S.D.) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ต่ำ คือ ค่า Cycle Threshold Value (Ct. value) น้อยกว่า median-S.D.

กลุ่มที่ 2 ปานกลาง คือ ค่า Cycle Threshold Value (Ct. value) เท่ากับ median  $\pm$  S.D.

กลุ่มที่ 3 สูง คือ ค่า Cycle Threshold Value (Ct. value) มากกว่า median + S.D.

**Absolute Lymphocyte Count (ALC)** หมายถึง จำนวนนับสัมบูรณ์ของเม็ดเลือดลิมโฟไซต์ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรคือ จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว  $\times$  ร้อยละของเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ โดยจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) และจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ได้จากการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC) พิจารณาจากค่า Absolute Lymphocyte Count (ALC) ที่น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร นิยามว่าเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าปกติ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระดับความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยพิจารณาตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่รักษา

แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

**กลุ่มที่ 1 ไม่รุนแรง (Not Severe)** ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (asymptomatic case) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (mild case) ที่ไม่มีภาวะเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ และภาพถ่ายรังสีทรวงอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

**กลุ่มที่ 2 รุนแรง (severe)** ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือมีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ และ/หรือ Oxygen Saturation น้อยกว่า 95% และ/หรือ ผู้ป่วยโรคปอดบวม (Pneumonia case) ทั้งที่มีอาการรุนแรงและไม่รุนแรง

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

- ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคโควิด 19
- ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก (Multivariate logistic regression) (Odds ratio และ 95% confidence interval) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา**

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จำนวนทั้งหมด 1,082 คน พบเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.49 เพศหญิง ร้อยละ 42.51 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 21.90 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.74 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 79.30 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 69.87 ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 90.85 (ตารางที่ 1.1)

พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีอาการ จำนวน 582 คน คิดเป็นร้อยละ 53.78 มีอาการไอ มากที่สุด ร้อยละ 67.87 รองลงมา คือ เจ็บคอ ร้อยละ 39.69 มีน้ำมูก ร้อยละ 37.11 อาการไข้ ร้อยละ 32.47 และน้อยที่สุดตาแดง ร้อยละ 1.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.2)

กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว 99 ราย เมื่อจำแนกโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มผู้มีอาการรุนแรงส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.24

รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.13 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 4.04 โรคอ้วน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2.02 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง ร้อยละ 1.01 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.3)

ประวัติการได้รับวัคซีนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,082 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 76.53 ได้รับวัคซีน 1 เข็ม ร้อยละ 12.29 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 11.18 (ตารางที่ 1.4)

**ตารางที่ 1.1** ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (N = 1,082)		อาการรุนแรง (n = 80)		อาการไม่รุนแรง (n = 1,002)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	622	57.49	36	45.00	586	58.48
หญิง	460	42.51	44	55.00	416	41.52
<b>อายุ</b>						
0-9 ปี	119	11.00	2	2.50	117	11.68
10-19 ปี	153	14.14	6	7.50	147	14.67
20-29 ปี	195	18.02	10	12.50	185	18.46
30-39 ปี	237	21.90	8	10.00	229	22.85
40-49 ปี	153	14.14	15	18.75	138	13.77
50-59 ปี	127	11.74	13	16.25	114	11.38
≥ 60 ปี	98	9.06	26	32.50	72	7.19
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	733	67.74	33	41.25	700	69.86
คู่/หม้าย	349	32.26	47	58.75	302	30.14
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	858	79.30	60	75.00	798	79.64
อิสลาม/คริสต์	224	20.70	20	25.00	204	20.36
<b>สัญชาติ</b>						
ไทย	756	69.87	70	87.50	686	68.46
เมียนมา/ลาว	326	30.13	10	12.50	316	31.54
<b>โรคเรื้อรังประจำตัว</b>						
มี	99	9.15	31	38.75	68	6.79
ไม่มี	983	90.85	49	61.25	934	93.21



ตารางที่ 1.2 จำนวนและร้อยละอาการและอาการแสดงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564 (N = 582)

ลักษณะอาการทางคลินิก	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไอ (Cough)	395	67.87	187	32.13
เจ็บคอ (Sore Throat)	231	39.69	351	60.31
มีน้ำมูก (Runny Nose)	216	37.11	366	62.89
ไข้ (Fever)	189	32.47	393	67.53
จมูกไม่ได้กลิ่น (Anosmia)	131	22.51	451	77.49
ลิ้นไม่รับรส (Taste Bud Loss)	113	19.42	469	80.58
มีเสมหะ	110	18.90	472	81.10
ปวดศีรษะ	49	8.42	533	91.58
ปวดกล้ามเนื้อ	35	6.01	547	93.99
หายใจเหนื่อย (Short of Breath)	33	5.67	549	94.33
ถ่ายเหลว (Diarrhea)	25	4.30	557	95.70
severe pneumonia	20	3.44	562	96.56
มีผื่น	8	1.37	574	98.63
ตาแดง (Conjunctivitis)	7	1.20	575	98.80

ตารางที่ 1.3 จำนวนและร้อยละโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564 จำแนกตามอาการป่วย

โรคประจำตัว	กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว (N = 99)			
	อาการรุนแรง		อาการไม่รุนแรง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	24	24.24	38	38.38
โรคเบาหวาน	13	13.13	24	24.24
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	4	4.04	2	4.04
โรคอ้วน	2	2.02	3	2.02
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2	2.02	2	2.02
โรคไตเรื้อรัง	2	2.02	0	0.00
โรคหลอดเลือดสมอง	1	1.01	1	1.01
โรคมะเร็ง	1	1.01	0	0.00

ตารางที่ 1.4 ประวัติการรับวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (N = 1,082)		อาการรุนแรง (n = 80)		อาการไม่รุนแรง (n = 1,002)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับวัคซีน	828	76.53	48	60.00	780	77.84
ได้รับวัคซีน 1 เข็ม	133	12.29	22	27.50	111	11.08
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	121	11.18	10	12.50	111	11.08

## 2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคโควิด 19

ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) กลุ่มตัวอย่างที่อาการรุนแรงมีผลการตรวจเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) ปกติ (4,500–10,000 เซลล์/ไมโครลิตร) ร้อยละ 48.75 ผลผิดปกติบ่งชี้การติดเชื้อไวรัส (< 4,500 เซลล์/ไมโครลิตร) ร้อยละ 50.00 Lymphocyte ปกติ (20–50%) ร้อยละ 52.50 ผิดปกติบ่งชี้การติดเชื้อไวรัส (> 50%) ร้อยละ 5.00 Absolute Lymphocyte ปกติ ( $\geq 1,000$  เซลล์/ไมโครลิตร) ร้อยละ 48.75 ผิดปกติ (< 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร) ร้อยละ 51.25 (ตารางที่ 2.1)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธี Polymerase Chain Reaction ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พบสารพันธุกรรม ORF1ab Gene จำนวน 1,082 คน (ร้อยละ 100) N Gene จำนวน 1,082 คน (ร้อยละ 100) โดยค่า Cycle Threshold Value (CT) ของ ORF1ab Gene อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 63.12 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 26.34 Cycle Threshold Value (CT) ของ N Gene อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.73 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 21.26 (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.1 ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน–สิงหาคม 2564

ข้อมูลทั่วไป	อาการรุนแรง (n = 80)		อาการไม่รุนแรง (n = 1,002)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
White Blood Cell (เซลล์/ไมโครลิตร)				
0-4,499	40	50.00	286	28.54
4,500–10,000	39	48.75	686	68.46
> 10,000	1	1.25	30	3.00
Lymphocyte (%)				
0–19	34	42.50	281	28.04
20–50	42	52.50	675	67.37
> 50	4	5.00	46	4.59
Absolute Lymphocyte (เซลล์/ไมโครลิตร)				
0–999	41	51.25	709	70.76
$\geq 1,000$	39	48.75	293	29.24

ตารางที่ 2.2 ค่า Cycle Threshold Value ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน–สิงหาคม 2564

Cycle Threshold Value	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) (N = 1,082)	ร้อยละ
ORF1ab Gene		
สูง (29–40)	285	26.34
ปานกลาง (16–28)	683	63.12
ต่ำ (0–15)	114	10.54
Median = 22.00 S.D. = 6.51 Min = 9 Max = 40		
N Gene		
สูง (27–40)	230	21.26
ปานกลาง (14–26)	722	66.73
ต่ำ (0–13)	130	12.01
Median = 20.00 S.D. = 6.84 Min = 9 Max = 39		

## 3. ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดพังงา

พบผู้ป่วยอาการรุนแรงตามนิยาม 80 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 1,082 ราย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยวิธี binary logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ เพศหญิง (OR = 1.72, 95% CI 1.08–2.72) อายุ  $\geq 60$  ปี (OR = 6.77, 95% CI 3.95–11.59) สถานภาพสมรส (OR = 3.30, 95% CI 2.07–5.25) สัญชาติไทย (OR = 3.22, 95% CI 1.64–6.33,) มีโรคเรื้อรังประจำตัว (OR = 15.22, 95% CI 8.72–26.56) เป็นโรคเบาหวาน (OR = 7.91, 95% CI 3.85–16.23) โรคความดันโลหิตสูง (OR = 10.87, 95% CI 6.10–19.37) โรคหัวใจและหลอดเลือด (OR = 12.82, 95% CI 1.78–92.25) โรคหลอดเลือดสมอง (OR = 12.67, 95% CI 0.79–204.50) โรคไตเรื้อรัง (OR = NA) โรคปอดอุดกั้น (OR = 26.32, 95% CI 4.74–145.98) โรคอ้วน (OR = 8.54, 95% CI 1.41–51.86) โรคมะเร็ง (OR = NA) ผล Absolute lymphocyte count < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร (OR = 2.30, 95% CI 1.45–3.64)

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis ได้แก่ อายุ  $\geq 60$  ปี สถานภาพสมรส สัญชาติไทย มีโรคเรื้อรังประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้น โรคมะเร็ง ผล ALC < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยการ

การควบคุมตัวแปรกวน (Confounding factor) โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis พบว่าปัจจัยที่ทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้แก่ มีโรคเรื้อรังประจำตัว (aOR = 13.73, 95% CI 7.68–24.53) ผล ALC < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร (aOR = 2.64, 95% CI 1.59–4.37) มีสัญชาติไทย (aOR = 2.59, 95% CI 1.28–5.24) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน–สิงหาคม 2564 โดยวิธี binary logistic regression analysis

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 80)	ไม่รุนแรง (N = 1,002)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
<b>เพศ</b>					
ชาย	36	586	1		
หญิง	44	416	1.72	1.08–2.72	0.02
<b>อายุ</b>					
$\leq 59$ ปี	55	939	1		
$\geq 60$ ปี	25	63	6.77	3.95–11.59	< 0.01
<b>ศาสนา</b>					
พุทธ	60	798	1		
อิสลาม/คริสต์	20	204	1.30	0.77–2.21	0.40
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	33	700	1		
คู่/หม้าย	47	302	3.30	2.07–5.25	< 0.01
<b>สัญชาติ</b>					
ไม่ใช่ไทย	10	316	1		
ไทย	70	686	3.22	1.64–6.33	< 0.01
<b>โรคเรื้อรังประจำตัว</b>					
ไม่มีโรค	50	964	1		
มี	30	38	15.22	8.72–26.56	< 0.01
<b>โรคเบาหวาน</b>					
ไม่มี	67	978	1		
มี	13	24	7.91	3.85–16.23	< 0.01
<b>โรคความดันโลหิตสูง</b>					
ไม่มี	56	964	1		
มี	24	38	10.87	6.10–19.37	< 0.01
<b>โรคหัวใจและหลอดเลือด</b>					
ไม่มี	78	1,000	1		
มี	2	2	12.82	1.78–92.25	< 0.01

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 80)	ไม่รุนแรง (N = 1,002)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
โรคหลอดเลือดสมอง					
ไม่มี	79	1,001	1		
มี	1	1	12.67	0.79–204.50	0.02
โรคไตเรื้อรัง					
ไม่มี	78	1,002	1		
มี	2	0	NA	-	< 0.01
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					
ไม่มี	76	1,000	1		
มี	4	2	26.32	4.74–145.98	< 0.01
โรคอ้วน					
ไม่มี	78	999	1		
มี	2	3	8.54	1.41–51.86	< 0.01
โรคมะเร็ง					
ไม่มี	79	1,002	1		
มี	1	0	NA	-	< 0.01
ผล Absolute lymphocyte count (เซลล์/ไมโครลิตร)					
> 1,000	42	708	1	1.45–3.64	< 0.01
< 1,000	39	293	2.30		

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์การเลือก จังหวัดพังงา ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2564 โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 80)	ไม่รุนแรง (N = 1,002)	Odds ratio (OR)	95% CI	p-value
โรคเรื้อรังประจำตัว					
ไม่มี	50	964	1		
มี	30	38	13.73	7.68-24.53	< 0.01
ผล Absolute Lymphocyte Count (เซลล์/ไมโครลิตร)					
> 1,000	42	708	1		
< 1,000	39	293	2.64	1.59–4.37	< 0.01
สัญชาติ					
ไม่ใช่ไทย	10	316	1		
ไทย	70	686	2.59	1.28–5.24	< 0.01

#### สรุปอภิปรายผล

ผู้ป่วยโควิด 19 ที่ศึกษา เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.49 เพศหญิง ร้อยละ 42.51 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 21.90 สถานภาพสมรส ร้อยละ 31.26 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 69.87 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 90.85 ยัง

ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 76.52 มีอาการไม่รุนแรง ร้อยละ 92.61 อาการรุนแรง ร้อยละ 7.39 โดยมีอาการโคม่ามากที่สุด ร้อยละ 67.87 รองลงมาเจ็บคอ ร้อยละ 39.69 มีน้ำมูก ร้อยละ 37.11 มีไข้ ร้อยละ 32.47 จมูกไม่ได้กลิ่น ร้อยละ 22.51 ลิ้นไม่รับรส ร้อยละ 19.42 มีเสมหะ ร้อยละ 18.90 ปวดศีรษะ

ร้อยละ 8.42 ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 6.01 หายใจเหนื่อย ร้อยละ 5.67 และถ่ายเหลว ร้อยละ 4.30 ตามลำดับ สอดคล้องกับลักษณะผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 มีอาการได้ตั้งแต่ ไม่มีอาการ เป็นไข้หวัดธรรมดา ไปจนถึงโรคปอด และสามารถมีอาการแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ในแต่ละบุคคล<sup>(11-12)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีน พบว่า ไข้ ร้อยละ 88.72 ไอ ร้อยละ 67.79 อ่อนเพลีย ร้อยละ 38.13 มีเสมหะ ร้อยละ 33.67 หายใจเหนื่อย ร้อยละ 18.65 ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 14.92 เจ็บคอ ร้อยละ 13.92 ปวดศีรษะ ร้อยละ 13.65 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 5.00 มีน้ำมูก ร้อยละ 4.82<sup>(6)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาแบบย้อนหลังลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโรคโควิด 19 ที่รักษาในสถาบันบำราศนราดูร พบอาการไอ ร้อยละ 83.33 ไข้ ร้อยละ 75.64 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 47.43 มีเสมหะ ร้อยละ 32.05 ปวดศีรษะ ร้อยละ 28.21 เจ็บคอ ร้อยละ 25.64 มีน้ำมูก ร้อยละ 20.51 หอบเหนื่อย ร้อยละ 15.38 อ่อนเพลีย ร้อยละ 11.54 ท้องเสีย ร้อยละ 6.41 จมูกไม่ได้กลิ่น ร้อยละ 5.13 และคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ<sup>(13)</sup> กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติมีโรคเรื้อรังประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.24 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.13 และมีผล ALC ผิดปกติ (< 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร) ร้อยละ 51.25 เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis ได้แก่ อายุ  $\geq 60$  ปี สถานภาพสมรส สัญชาติไทย มีโรคเรื้อรังประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง ผล ALC ต่ำ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และควบคุมตัวแปรกวน โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้แก่ มีโรคเรื้อรังประจำตัว ผล ALC < 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร มีสัญชาติไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiheng Liu และคณะ<sup>(8)</sup> วิจัยในหัวข้อภาวะที่มีเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte ในเลือดต่ำ เป็นปัจจัยทำนายการป่วยรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยศึกษาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยยืนยันจากโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเมืองChangsha ประเทศจีน พบว่า ภาวะที่มีเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte ในเลือดต่ำ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับต่าง ๆ ของความรุนแรงของผู้ป่วยสามารถใช้คาดทำนายการเกิดความรุนแรงและการฟื้นตัวของ

ผู้ป่วยโรคโควิด 19 และการศึกษาของ Jongmin Lee และคณะ ได้ศึกษาว่าจำนวนนับสมบูรณ์ของเม็ดเลือดลิมโฟไซต์ในเลือดต่ำ เป็นสิ่งบ่งชี้โรคโควิด 19 หรือไม่ ศึกษาแบบไปข้างหน้าโดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทั่วประเทศเกาหลี สรุปได้ว่าภาวะที่มีเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ในเลือดต่ำและระดับที่ต่ำมาก ๆ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการทางคลินิกตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งเกิดความรุนแรงของโรค และสามารถเป็นประโยชน์แก่แพทย์ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาพยาบาลได้มีประสิทธิภาพตามสภาพปัญหา<sup>(14)</sup> และอาจเนื่องจากผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง<sup>(3)</sup> จึงทำให้มีระดับความรุนแรงมากกว่า และกลุ่มแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ร่างกายแข็งแรงไม่มีอาการ แต่ตรวจพบการติดเชื้อ เนื่องจากการค้นหาเชิงรุกและในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในสถานที่ทำงาน แฟปลา โรงงาน เรือประมง

#### ข้อเสนอแนะ

ผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว มีผล ALC ต่ำ และมีสัญชาติไทย เป็นปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาทั้งโรคโควิด 19 และโรคร่วมอย่างรวดเร็วเหมาะสม และควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญในการศึกษานี้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยออกแบบการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อสังเกต ติดตาม ตรวจวัดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด 19

#### กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายระดับอำเภอ ในจังหวัดพังงา ผู้วิจัยขอบพระคุณ นายแพทย์วิเศษ กำลัง รักษาการนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ดร.สุรชาติ โกยกุลย์ ที่ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการ และขอบคุณบุคลากรกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ทีม CDCU เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลทุกแห่ง ที่สนับสนุนฐานข้อมูลผู้ป่วยโควิด 19

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 5]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

2. World Health Organization Emergency Committee. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแล รักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Covid\\_Health/Attach/25650518154445PM\\_CPG\\_COVID-19\\_v.23\\_n\\_20220518.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650518154445PM_CPG_COVID-19_v.23_n_20220518.pdf)
4. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation\\_more.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php)
5. สุรียยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สุนนมาลย์ อุทัยมกุล. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563; 14(2): 124-33.
6. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China [Internet]. The new england journal of medicine. 2020 [cited 2022 Jan 10]; 41:1-10. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/nejmoa2002032>
7. Fang X, Li S, Yu H, Wang P, Zhang Y, Chen Z, et al. Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. AGING. 2020; 12: 12493-503.
8. Liu J, Li H, Luo M, Liu J, Wu L, Lin X, et al. Lymphopenia predicted illness severity and recovery in patients with COVID-19: A single center, retrospective study [Internet]. PLOS ONE 2020 [cited 18 August 2021]; 18:1-15. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241659>
9. Hu H, Du H, Li J, Wang Y, Wu X, Wang C, et al. Early prediction and identification for severe patients during the pandemic of COVID-19: A severe COVID-19 risk model constructed by multivariate logistic regression analysis. Journal of Global Health. 2020; 10: 1-12.
10. Wagner J, DuPont A, Larson S, Cash B, Farooq A. Absolute lymphocyte count is a prognostic marker in Covid-19: A retrospective cohort review. Int J Lab Hematol. 2020 Dec; 42(6): 761-5.
11. Ianleng K, Yanopas A, Phaopraphat K. Nursing Care for COVID-19 Patients in Cohort Ward, Siriraj Hospital. Siriraj Medical Bulletin [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 5]; 14: 12-8. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/246682/169877> <https://www.mdpi.com/2072-6694/13/3/471>
12. World health organization. Clinical management of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020-5-eng.pdf?Sequence=1&isAllowed=y>
13. อนุตรา รัตน์นราทร. ลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. 2563; 46:540-50.
14. Lee J, Park SS, Kim TY, Lee DG, Kim DW. Lymphopenia as a Biological Predictor of Outcomes in COVID-19 Patients: A Nationwide Cohort Study [Internet]. Cancers 2021 [cited 2021 Aug 18]; 13:471. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6694/13/3/471>

### แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

นงนุช จตุราบัณฑิต. ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2565; 53: 409–19.

### Suggested citation for this article

Jaturabandit N. Factors predicting severity of corona virus disease 2019 patients in Phang nga Province, Thailand. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2022; 53: 409–19.

## Factors predicting severity of corona virus disease 2019 patients in Phang nga Province, Thailand

Authors: Nongnuch Jaturabandit

*Phang Nga Provincial Public Health Officer, Thailand*

### Abstract

Introduction: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is the 14th dangerous communicable disease in Thailand according to the Communicable Diseases Act B.E. 2558. The World Health Organization declared a pandemic on March 11, 2020. The April outbreak during April 1–August 31, 2021 in Phang nga province found 1,082 cumulative confirmed cases, 11 cumulative deaths. The objectives of this study were to 1) describe epidemiology of COVID-19 patients and 2) analyze factors predicting severity of coronavirus disease 2019.

Method: The study samples consisted of 1,082 cases, were selected Purposive sampling from the database of patients diagnosed with COVID-19, which the April outbreak wave occurred in Phang nga Province during April 1–August 31, 2021.

Results: The majority of the study subjects were male 57.49%, age group < 60 years old 90.94%, single status 67.74%, Thai nationality 69.87%, no chronic comorbidity 90.85%, not severe 92.61%, had cough 67.9%, unvaccinated COVID-19 76.5%. Factors predicting the severity of COVID-19 patients with statistical significance (P-value < 0.05), by multivariable logistic regression analysis included chronic comorbidities (aOR = 13.73, 95% CI 7.68–24.53), absolute lymphocyte count < 1,000 cells/nm<sup>3</sup> (aOR = 2.64, 95% CI 1.59–4.37), Thai nationality (aOR = 2.59, 95% CI 1.28–5.24).

Conclusion and Recommendation: This research concluded that chronic comorbidities, absolute lymphocyte count < 1,000 cells/nm<sup>3</sup>, Thai nationality were pivotal risk factors for the severity of COVID-19 patients. Thus, COVID-19 patients with risk factors should be analyzed for absolute lymphocyte count < 1,000 cells/nm<sup>3</sup> and receive appropriately prompt treatment for both COVID-19 and chronic comorbidities. There should be a prospective study to observe, monitor, and measure the severity of COVID-19 patients.

Keywords: coronavirus disease 2019, predicting severity, risk factor, multivariate logistic regression

จรรยา อุปมัย, วรณมา สามารถ, ปัทมพร ประดิษฐ์เขียน, วรณวิภา เทเวจินตนาพันธ์, หนึ่งฤทัย ศรีสง, ภาวิณี มนต์รี, พงษ์สุธีร์ ทองเกลี้ยง, เพ็ญพิศุทธิ์ สุวรรณฤกษ์, สุชาติา เจียมศิริ

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 3-9 กรกฎาคม 2565 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

### สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคติดเชื้อดื้อยา (Enterococcus faecium: VRE) จังหวัดเพชรบูรณ์ พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยา (Enterococcus faecium: VRE) เพศหญิง อายุ 83 ปี เริ่มป่วยวันที่ 1 มิถุนายน 2565 เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 7 มิถุนายน 2565 ด้วยอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ก่อนมา 1 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัย Pneumonia UTI sepsis (ฟอกไต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คือ วันอังคาร และวันศุกร์) วันที่ 29 มิถุนายน 2565 เก็บตัวอย่างตรวจด้วยวิธี Hemoculture และวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ให้ผลตรวจพบเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญ Enterococcus faecium (VRE) และผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านแล้ว การดำเนินการ กองระบาดวิทยา ติดตามข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. สงสัยโรคเลปโตสไปโรสิสเสียชีวิต จังหวัดสงขลา พบผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย อายุ 38 ปี อยู่ตำบลคอกหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา อาชีพทำสวนยางพารา เริ่มป่วยวันที่ 29 มิถุนายน 2565 อาการมีไข้ 38 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณน่อง มีอาการปวดท้อง วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อน่อง ปวดท้อง และมีเสมหะปนเลือด มีประวัติถ่ายเป็นสีดำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นของเลือดร้อยละ 22.1 เกล็ดเลือด 54000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาว 7960 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับโปรตีนในปัสสาวะ 2+ ระดับเลือดในปัสสาวะ 3+ ตรวจ Rapid Lepto/Dengue ผลเป็นลบ และเพาะเชื้อแบคทีเรีย No Growth แพทย์วินิจฉัย Septic Shock และ Leptospirosis ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต วันที่ 4 กรกฎาคม 2565

การดำเนินการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และสอบสวนโรคในพื้นที่ กรมควบคุมโรคติดตามข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การรับรักษา ผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ และผลการสอบสวนโรคเบื้องต้น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

3. สงสัยโรคไอกรน จังหวัดสมุทรปราการ พบผู้ป่วยเพศหญิงสัญชาติพม่า จำนวน 2 ราย รายแรกอายุ 19 วัน (บุตร) และรายที่สองอายุ 38 ปี (มารดา) ขณะป่วยอยู่ตำบลบางโลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ครอบครัวพักอาศัยอยู่รวมกันทั้งหมด 3 คน รวมบิดาอายุ 38 ปี ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 3 กรกฎาคม 2565 ด้วยอาการไข้ ไอ คัดจมูก มีน้ำมูก มารดาจึงพาไปหาหมอที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ให้ติดตามอาการวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 แพทย์วินิจฉัย Pneumonia URI ต่อมาวันที่ 6 กรกฎาคม 2565 ส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี แพทย์ให้การรักษาด้วยยา Azithromycin 250 มิลลิกรัม และ Cefotaxime 1 กรัม ตรวจ ATK (COVID-19) ให้ผลลบ ปฏิเสธการแพ้ยาและยังไม่ได้รับวัคซีน DTP (เนื่องจากยังไม่เข้าเกณฑ์การได้รับวัคซีน) ประวัติการสัมผัสโรคในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยอยู่กับมารดา (ผู้ป่วยรายที่สอง) เนื่องจากมารดามีอาการไอตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 แพทย์สงสัยโรคไอกรน จึงประสานแจ้งงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบางพลี ดำเนินการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่าง NPS จากผู้ป่วยรายแรกเพศหญิง อายุ 19 วัน ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคไอกรน ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2565 ทั้งนี้ไม่ได้เก็บตัวอย่างมารดาเนื่องจากแพทย์ขอผลบุตรก่อน อยู่ระหว่างรอผลประมาณ 1-2 สัปดาห์ รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยและการได้รับวัคซีนของมารดาอยู่ระหว่างการสอบสวนเพิ่มเติม

การดำเนินการ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วยสงสัยทั้งสองราย เนื่องจากมารดาผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาและประวัติวัคซีน แนะนำให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจเชื้อไอกรน และวัฒนธรรม

#### 4. โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จังหวัดชลบุรี พบผู้เสียชีวิต

1 ราย เพศหญิง อายุ 33 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร อาชีพพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในไซต์งานที่สาขานิคมอมตะระยอง ลักษณะงานคือ ทำงานในสำนักงานแผนกแอดมิน ขณะป่วยอยู่ต่าบลบึง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จากการสอบถามข้อมูลประวัติการป่วยและการรักษาจากญาติ พบวันที่ 28 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุทางถนนขณะขับรถจักรยานยนต์ไปทำงาน ทำให้เกิดแผลถลอกบริเวณศอกขวาและขาขวาส่วนล่าง วันที่ 29-30 มิถุนายน 2565 พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง ซึม อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อยลง ซ้อมยาพาราเซตามอลมากินเอง วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 อาการไม่ดีขึ้น ยังคงอาเจียน ทานอาหารได้น้อยลง ช่วงเช้าเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยขอกลับไปทำงานก่อน ได้รับยาพาราเซตามอลมารับประทาน เวลาประมาณ 11.00 น. ของวันเดียวกัน ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง จึงเดินทางไปโรงพยาบาลอีกครั้ง แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 ได้รับรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ ผลตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือด ร้อยละ 44.2 เม็ดเลือดขาว 8,340 เซลล์ต่อลูกบาศก์เมตร เกล็ดเลือด 70,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เมตร จากการตรวจ Dengue-IgM Weakly Positive, Dengue-IgG Negative, DengueNS1Ag Negative วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยเสียชีวิต เวลา 13.30 น. แพทย์ระบุสาเหตุการเสียชีวิต โรคไข้เลือดออกเด็งกีซ็อก

#### การดำเนินการ

ทีมตระหนักภูมูสถานการณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง แจ้งข้อมูลไปยัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อดำเนินการสอบสวนและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ดังนี้

1) การสำรวจสภาพแวดล้อม พื้นที่บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านเดี่ยว ตั้งอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรแห่งหนึ่ง การสำรวจบ้านผู้ป่วย พบ CI เท่ากับ 50.00 จำนวนภาชนะนอกบ้านผู้ป่วยที่สำรวจ 2 ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย 1 ภาชนะ และได้ทำการสำรวจรอบนอกบ้านผู้ป่วยระยะ 100 เมตร จำนวน 39 หลัง พบลูกน้ำ 1 หลัง ค่า HI เท่ากับ 2.56 จำนวนภาชนะที่สำรวจ 6 ภาชนะ พบลูกน้ำ 1 ภาชนะ ค่า CI เท่ากับ 16.67 โดยมีภาชนะที่เสี่ยงต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ คือ ถังน้ำใช้

2) การค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ ละแวกบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วย DF เพศชาย อายุ 13 ปี อาชีพนักเรียน เริ่มป่วยวันที่ 4 มิถุนายน 2565 รับการรักษาวันที่ 5 มิถุนายน 2565 ได้รับรายงาน วันที่ 6 มิถุนายน 2565 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแหลมฉบัง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Dengue-IgM Negative, DengueNS1Ag Positive, Dengue-IgG Negative ได้มีการดำเนินการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องในวันที่ 3, 7, 14 และ 28 นับจากวันที่พบผู้ป่วย มาตรการที่ดำเนินการที่จะดำเนินการต่อไป

3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เพื่อให้มีการดำเนินการ dead case conference ประสานติดตามผลการควบคุมโรค และการเก็บตัวอย่างตรวจ Dengue serotype วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี ร่วมดำเนินการกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา ในการสอบสวนโรคเพื่อป้องกันและควบคุมโรค

#### 5. การประเมินความเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรสิส

ในสัปดาห์ที่ 27 กรมควบคุมโรคได้รับรายงานเหตุการณ์พบผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรสิสเสียชีวิต จำนวน 1 ราย และจากข้อมูลการเฝ้าระวัง กองระบาดวิทยา ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 3 กรกฎาคม 2565) พบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ซึ่งปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยมีค่าเกินมัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เช่นเดียวกับอัตราป่วยก็มีแนวโน้มลดลง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากเหตุการณ์การระบาดของโควิด ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลดลง รวมถึงการรายงานโรคลดลงด้วย

สำหรับข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2565 (1 มกราคม-3 กรกฎาคม 2565) พบผู้ป่วย 617 ราย จาก 47 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.93 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 0 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1 : 0.29 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ 45-54 ปี (ร้อยละ 18.48 ) 35-44 ปี (ร้อยละ 17.67) 55-64 ปี (ร้อยละ 14.75) อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรร้อยละ 35.5 รับจ้างร้อยละ 29.2 นักเรียนร้อยละ 15.9 ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 25-65 ปี ได้แก่ เกษตรกรที่ทำนาทำสวน (สวนผลไม้ สวนยางพารา สวนปาล์ม) ทาปลาในแหล่งน้ำธรรมชาติที่มีเชื้อปนเปื้อน คนเลี้ยงสัตว์ ผู้ที่ประสบอุทกภัย หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่น้ำท่วมขัง นักท่องเที่ยวที่เดินลุย ว่ายน้ำในจุดเสี่ยง

### ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามสถานการณ์และแจ้งเตือนประชาชนในพื้นที่เสี่ยงให้รู้จักป้องกันตนเองและรีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัย โดยเฉพาะพื้นที่ที่เกิดฝนตกหนักหรือมีพายุรุนแรง
2. แจ้งเตือนการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานพยาบาล เฝ้าระวังจำนวนผู้ป่วยและการระบาดเป็นกลุ่มก้อน
4. ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการคัดกรองวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างถูกต้อง (ผ่านโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์)
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดเสี่ยงเพิ่มความเข้มข้นของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค (วิเคราะห์สถานการณ์และชี้เป้าเตือนภัย ตรวจสอบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน หากพบอาการสงสัยให้รีบไปพบแพทย์)
6. แจ้งประชาสัมพันธ์คลินิกและร้านขายยาในพื้นที่ ให้คำนึงถึงโรคเลปโตสไปโรสิสมากขึ้นโดยเฉพาะภาคใต้

### สถานการณ์ต่างประเทศ

[โปลิโอไวรัสชนิดที่ 1 \(WPV1\) ในประเทศโมซัมบิก ทวีปแอฟริกาตะวันออก](#) เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2565 Global polio lab network (GPLN) ได้รายงานผู้ป่วยยืนยันกรณีของไวรัสโปลิโอชนิดที่ 1 (WPV 1) ในประเทศโมซัมบิก เป็นหญิงอายุ 12 ปีป่วยเป็นอัมพาตเฉียบพลัน (AFP) โดยเริ่มมีอาการอัมพาตเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565 จากเขตซางการา จังหวัดเตเต ซึ่งมีพรมแดนติดกับซิมบับเวและมาลาวี เก็บตัวอย่างอุจจาระจำนวน 2 ตัวอย่าง ในวันที่ 1 เมษายน และ 2 เมษายน 2565 เพื่อส่งตรวจ ในเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการยืนยันว่าเป็น WPV1 โดยสถาบันโรคติดต่อแห่งชาติ (NICD) ในแอฟริกาใต้ ก่อนหน้านี้นี้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดกึ่ง (bOPV) จำนวน 3 โดส แต่ไม่ได้รับวัคซีนโปลิโอไวรัสชนิดชนิด (IPV) จากผลการวิเคราะห์การจัดลำดับจีโนม ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันนี้มีความเชื่อมโยงกับสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดในปากีสถานในปี พ.ศ. 2562 คล้ายกับกรณีของ WPV1 ที่รายงานในมาลาวีในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 (กรณีโรคโปลิโอป่าพื้นเมืองครั้งสุดท้ายในโมซัมบิกได้รับรายงานในปี พ.ศ. 2536 โมซัมบิกยังได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโปลิโอที่ได้รับวัคซีนชนิดที่ 2 (cVDPV2) พร้อมกัน โดยมีรายงาน

ผู้ป่วยในประเทศ 7 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565)

ตามการประเมินความครอบคลุมการสร้างภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติขององค์การอนามัยโลก ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดกึ่ง โดสที่สาม (OPV3) และวัคซีนโปลิโอชนิดชนิดโดสแรก (IPV1) ครอบคลุมถึงร้อยละ 73 และ 78 ตามลำดับ ในประเทศโมซัมบิกในปี พ.ศ. 2563 ความเสี่ยงของการแพร่กระจายระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของแอฟริกายังคงสูง เนื่องจากการคงอยู่ของภูมิคุ้มกันและช่องว่างการเฝ้าระวังที่ต่ำกว่าปกติ และการเคลื่อนไหวของประชากรในวงกว้าง

### ระบาดวิทยาของโปลิโอ

โปลิโอ เป็นโรคไวรัสที่มีการติดเชื้อสูง ซึ่งส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไวรัสติดต่อกันจากคนสู่คน และแพร่กระจายโดยส่วนใหญ่ผ่านทางอุจจาระสู่ปาก หรือปนเปื้อนผ่านน้ำหรืออาหารที่รับประทาน จากนั้นเชื้อจะขยายพันธุ์ในลำไส้ ซึ่งไวรัสสามารถบุกรุกระบบประสาท และทำให้เกิดอัมพาต ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเด็ก เชื้อที่อาศัยอยู่ในลำไส้และถูกขับถ่ายออกมากับอุจจาระของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีสุขอนามัยและระบบสุขาภิบาลไม่ดี ระยะฟักตัวปกติ 7-10 วัน แต่สามารถอยู่ได้นานในช่วง 4-35 วัน ผู้ติดเชื้อมากถึงร้อยละ 90 ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง และโรคนี้มักไม่เป็นที่รู้จัก ในกรณีที่มีอาการเพียงเล็กน้อย อาการเบื้องต้น ได้แก่ มีไข้ เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ อาเจียน คอแข็ง และปวดแขนขา อาการเหล่านี้มักอยู่ได้นาน 2-10 วัน และการพักผ่อนส่วนใหญ่ร่างกายจะกลับมาปกติเกือบทุกกรณี อย่างไรก็ตามในอีกร้อยละ 10 ไวรัสนี้ทำให้เกิดอัมพาตที่ขา เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะถาวรไม่สามารถกลับมาเดินได้ ในรายที่เป็นอัมพาต ร้อยละ 5-10 เสียชีวิตได้ ไวรัสโปลิโอสองในสามชนิดได้ถูกกำจัดให้หมด (WPV2 และ WPV3) ด้วยความร่วมมือระดับโลกอย่างต่อเนื่องในการกำจัด WPV1 ปัจจุบันไวรัสโปลิโอในธรรมชาติ ยังพบเป็นเชื้อเฉพาะถิ่นในสองประเทศ คือ ปากีสถานและอัฟกานิสถาน แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องของการแพร่กระจายของโรคระหว่างประเทศได้ และไม่มีวิธีการรักษาโรคโปลิโอ สามารถป้องกันได้โดยการสร้างภูมิคุ้มกันเท่านั้น

### การตอบสนองด้านสาธารณสุข

ประเทศโมซัมบิกมีส่วนร่วมในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคฉุฉินในหลายประเทศที่ดำเนินการทั่วทั้งภูมิภาคแอฟริกา

ตะวันออกเฉียงใต้เพื่อตอบสนองต่อกรณีของ WPV1 ที่รายงานในประเทศไทยมาลาเรียในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ควบคู่ไปกับแทนซาเนีย แคมเบีย และซิมบับเว เพื่อเข้าถึงเด็กกว่า 23 ล้านคนทั่วภูมิภาค การฉีดวัคซีน OPV แบบโหวาเลนส์สองรอบได้ดำเนินการไปแล้ว โดยครั้งล่าสุดเมื่อปลายเดือนเมษายน โดยมีเด็กมากกว่า 4.5 ล้านคนที่ได้รับวัคซีนในประเทศโมซัมบิก ในขณะที่เดียวกัน การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อในวัคซีน OPV ที่มีกรกลายพันธุ์จนสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้เหมือนสายพันธุ์ธรรมชาติ (cVDPV2) ในประเทศก็ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานระดับชาติและระดับภูมิภาคยังคงได้รับการสนับสนุนจากพันธมิตรของ Global Polio Eradication Initiative (GPEI) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญของ African Rapid Response Team, GPLN, UNICEF และองค์กรท้องถิ่น การเฝ้าระวังทั่วทั้งภูมิภาคอยู่ยังคงเข้มข้น ปัจจุบันเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคในภาวะฉุกเฉิน ประเทศขนาดใหญ่หลายประเทศ ควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว และสอดคล้องกับเอกสารคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโปลิโอระหว่างประเทศ

\*\*\*\*\*



## ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 27

### Reported cases of diseases under surveillance 506, 27<sup>th</sup> week

✉ [sget506@yahoo.com](mailto:sget506@yahoo.com) กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา  
Epidemiological informatics unit, Division of Epidemiology

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 สัปดาห์ที่ 27

**Table 1** Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 27<sup>th</sup> week 2022

Disease	2022				Case* (Current 4 week)	Mean** (2017-2021)	Cumulative	
	Week 24	Week 25	Week 26	Week 27			2022	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza	287	311	250	104	952	10516	3510	0
Meningococcal Meningitis	1	0	0	0	1	2	2	0
Measles	3	3	6	0	12	186	71	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pertussis	0	1	0	0	1	6	3	0
Pneumonia (Admitted)	2915	2838	2333	1053	9139	15429	87652	95
Leptospirosis	44	39	24	7	114	202	659	1
Hand, foot and mouth disease	580	926	983	639	3128	6213	5192	0
Total D.H.F.	1245	1308	955	291	3799	9569	9473	8

**ที่มา :** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และ กองระบาดวิทยา รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" มิใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)" ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

\* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)  
 \*\* จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)





ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 (1 มกราคม-12 กรกฎาคม 2565)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2022 (January 1–July 12, 2022)

REPORTING AREAS	2022														CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2021
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL			
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D			
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>358</b>	<b>458</b>	<b>707</b>	<b>2014</b>	<b>4884</b>	<b>532</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9473</b>	<b>8</b>	<b>14.32</b>	<b>0.08</b>	<b>66,171,439</b>
<b>Northern Region</b>	<b>79</b>	<b>60</b>	<b>96</b>	<b>216</b>	<b>949</b>	<b>2937</b>	<b>280</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4617</b>	<b>2</b>	<b>38.44</b>	<b>0.04</b>	<b>12,010,024</b>
<b>ZONE 1</b>	<b>48</b>	<b>33</b>	<b>53</b>	<b>136</b>	<b>687</b>	<b>2229</b>	<b>192</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3378</b>	<b>0</b>	<b>57.50</b>	<b>0.00</b>	<b>5,874,503</b>
Chiang Mai	4	6	11	10	78	335	82	0	0	0	0	0	526	0	29.40	0.00	1,789,385
Lamphun	0	0	0	1	4	3	2	0	0	0	0	0	10	0	2.49	0.00	401,139
Lampang	1	1	0	1	6	62	21	0	0	0	0	0	92	0	12.70	0.00	724,678
Phrae	0	0	0	0	3	16	10	0	0	0	0	0	29	0	6.67	0.00	434,580
Nan	3	1	0	2	61	102	2	0	0	0	0	0	171	0	35.93	0.00	475,875
Phayao	0	0	0	0	10	26	5	0	0	0	0	0	41	0	8.83	0.00	464,505
Chiang Rai	2	1	5	10	24	50	1	0	0	0	0	0	93	0	7.16	0.00	1,298,425
Mae Hong Son	38	24	37	112	501	1635	69	0	0	0	0	0	2416	0	845.00	0.00	285,916
<b>ZONE 2</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>54</b>	<b>209</b>	<b>564</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>977</b>	<b>1</b>	<b>27.65</b>	<b>0.10</b>	<b>3,533,839</b>
Uttaradit	0	0	0	2	2	48	9	0	0	0	0	0	61	0	13.67	0.00	446,148
Tak	15	10	15	35	121	339	42	0	0	0	0	0	577	0	85.28	0.00	676,583
Sukhothai	0	0	3	2	14	34	2	0	0	0	0	0	55	0	9.40	0.00	585,352
Phitsanulok	3	7	10	11	48	88	22	0	0	0	0	0	189	1	22.30	0.53	847,384
Phetchabun	1	1	1	4	24	55	9	0	0	0	0	0	95	0	9.71	0.00	978,372
<b>ZONE 3</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	<b>164</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>329</b>	<b>2</b>	<b>11.26</b>	<b>0.61</b>	<b>2,922,114</b>
Chai Nat	7	2	0	4	28	20	6	0	0	0	0	0	67	1	20.91	1.49	320,432
Nakhon Sawan	6	2	4	12	33	88	3	0	0	0	0	0	148	0	14.30	0.00	1,035,028
Uthai Thani	2	1	0	3	1	10	1	0	0	0	0	0	18	0	5.54	0.00	325,116
Kamphaeng Phet	1	2	3	3	14	29	0	0	0	0	0	0	52	0	7.30	0.00	712,143
Phichit	3	4	7	8	5	17	0	0	0	0	0	0	44	1	8.31	2.27	529,395
<b>Central Region*</b>	<b>304</b>	<b>201</b>	<b>266</b>	<b>333</b>	<b>548</b>	<b>665</b>	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2363</b>	<b>3</b>	<b>10.34</b>	<b>0.13</b>	<b>22,842,228</b>
Bangkok	93	67	110	139	174	204	0	0	0	0	0	0	787	0	14.24	0.00	5,527,994
<b>ZONE 4</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>85</b>	<b>90</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>258</b>	<b>1</b>	<b>4.76</b>	<b>0.39</b>	<b>5,422,367</b>
Nonthaburi	5	2	1	6	22	28	5	0	0	0	0	0	69	0	5.35	0.00	1,288,637
Pathum Thani	6	0	3	9	22	11	0	0	0	0	0	0	51	0	4.29	0.00	1,190,060
P.Nakhon S.Ayutthaya	1	1	0	0	12	11	0	0	0	0	0	0	25	0	3.05	0.00	820,512
Ang Thong	1	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	0	2.18	0.00	274,763
Lop Buri	0	1	2	0	6	11	1	0	0	0	0	0	21	0	2.84	0.00	739,473
Sing Buri	2	0	0	3	6	15	0	0	0	0	0	0	26	0	12.71	0.00	204,526
Saraburi	4	6	12	9	16	12	0	0	0	0	0	0	59	1	9.16	1.69	643,963
Nakhon Nayok	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0.38	0.00	260,433
<b>ZONE 5</b>	<b>128</b>	<b>74</b>	<b>90</b>	<b>87</b>	<b>149</b>	<b>171</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>712</b>	<b>0</b>	<b>13.35</b>	<b>0.00</b>	<b>5,333,543</b>
Ratchaburi	40	19	30	31	42	48	1	0	0	0	0	0	211	0	24.30	0.00	868,281
Kanchanaburi	9	13	14	6	8	2	0	0	0	0	0	0	52	0	5.82	0.00	894,054
Suphan Buri	9	7	6	13	39	17	0	0	0	0	0	0	91	0	10.89	0.00	835,360
Nakhon Pathom	46	19	18	20	40	50	0	0	0	0	0	0	193	0	20.93	0.00	922,171
Samut Sakhon	2	5	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	2.73	0.00	586,789
Samut Songkhram	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2.10	0.00	190,842
Phetchaburi	8	10	8	6	3	2	2	0	0	0	0	0	39	0	8.08	0.00	482,875
Prachuap Khiri Khan	11	1	10	5	17	52	10	0	0	0	0	0	106	0	19.16	0.00	553,171
<b>ZONE 6</b>	<b>57</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>75</b>	<b>112</b>	<b>180</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>539</b>	<b>1</b>	<b>8.64</b>	<b>0.19</b>	<b>6,237,892</b>
Samut Prakan	19	18	8	20	20	13	0	0	0	0	0	0	98	0	7.22	0.00	1,356,449
Chon Buri	22	19	24	30	25	63	0	0	0	0	0	0	183	0	11.56	0.00	1,583,672
Rayong	8	3	7	7	25	42	6	0	0	0	0	0	98	1	13.04	1.02	751,343
Chanthaburi	3	0	2	12	22	20	1	0	0	0	0	0	60	0	11.18	0.00	536,557
Trat	0	0	2	0	4	5	0	0	0	0	0	0	11	0	4.82	0.00	228,376
Chachoengsao	2	2	2	0	3	18	12	0	0	0	0	0	39	0	5.39	0.00	724,178
Prachin Buri	1	2	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	9	0	1.82	0.00	495,325
Sa Kaeo	2	4	0	6	9	18	2	0	0	0	0	0	41	0	7.30	0.00	561,992

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 (1 มกราคม-12 กรกฎาคม 2565)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2022 (January 1–July 12, 2022)

REPORTING AREAS	2022														CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2021
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL			
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D			
<b>NORTH-EASTERN REGION</b>	<b>50</b>	<b>44</b>	<b>56</b>	<b>78</b>	<b>355</b>	<b>1045</b>	<b>183</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1811</b>	<b>1</b>	<b>8.30</b>	<b>0.06</b>	<b>21,826,920</b>
<b>ZONE 7</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>107</b>	<b>387</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>617</b>	<b>0</b>	<b>12.31</b>	<b>0.00</b>	<b>5,010,756</b>
Khon Kaen	1	1	1	1	22	48	9	0	0	0	0	0	83	0	4.63	0.00	1,790,863
Maha Sarakham	1	2	2	2	41	114	21	0	0	0	0	0	183	0	19.30	0.00	948,310
Roi Et	16	6	1	7	32	151	20	0	0	0	0	0	233	0	17.98	0.00	1,296,013
Kalasin	3	2	5	0	12	74	22	0	0	0	0	0	118	0	12.10	0.00	975,570
<b>ZONE 8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>137</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>217</b>	<b>0</b>	<b>3.93</b>	<b>0.00</b>	<b>5,516,407</b>
Bungkan	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.24	0.00	421,995
Nong Bua Lam Phu	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0.79	0.00	509,001
Udon Thani	1	0	0	0	1	32	8	0	0	0	0	0	42	0	2.68	0.00	1,566,510
Loei	0	1	3	1	9	30	6	0	0	0	0	0	50	0	7.83	0.00	638,732
Nong Khai	0	0	0	1	1	18	0	0	0	0	0	0	20	0	3.87	0.00	516,843
Sakon Nakhon	4	1	3	11	7	15	3	0	0	0	0	0	44	0	3.84	0.00	1,146,286
Nakhon Phanom	0	0	3	0	6	38	9	0	0	0	0	0	56	0	7.81	0.00	717,040
<b>ZONE 9</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>84</b>	<b>124</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>329</b>	<b>0</b>	<b>4.90</b>	<b>0.00</b>	<b>6,712,454</b>
Nakhon Ratchasima	7	9	9	19	60	37	0	0	0	0	0	0	141	0	5.35	0.00	2,634,154
Buri Ram	0	0	0	1	2	7	0	0	0	0	0	0	10	0	0.63	0.00	1,579,805
Surin	6	13	10	7	8	53	23	0	0	0	0	0	120	0	8.72	0.00	1,376,230
Chaiyaphum	1	2	2	3	14	27	9	0	0	0	0	0	58	0	5.17	0.00	1,122,265
<b>ZONE 10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>140</b>	<b>397</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>648</b>	<b>1</b>	<b>14.13</b>	<b>0.15</b>	<b>4,587,303</b>
Si Sa Ket	6	5	4	14	67	240	32	0	0	0	0	0	368	1	25.25	0.27	1,457,556
Ubon Ratchathani	3	1	9	9	69	133	6	0	0	0	0	0	230	0	12.31	0.00	1,868,519
Yasothon	1	1	1	2	2	7	5	0	0	0	0	0	19	0	3.56	0.00	533,394
Amnat Charoen	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	4	0	1.06	0.00	376,350
Mukdahan	0	0	1	0	0	16	10	0	0	0	0	0	27	0	7.68	0.00	351,484
<b>Southern Region</b>	<b>87</b>	<b>53</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>162</b>	<b>237</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>682</b>	<b>2</b>	<b>7.18</b>	<b>0.29</b>	<b>9,492,267</b>
<b>ZONE 11</b>	<b>48</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>79</b>	<b>88</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>316</b>	<b>0</b>	<b>7.03</b>	<b>0.00</b>	<b>4,492,012</b>
Nakhon Si Thammarat	5	4	2	2	9	4	0	0	0	0	0	0	26	0	1.68	0.00	1,549,344
Krabi	10	4	7	6	11	21	0	0	0	0	0	0	59	0	12.31	0.00	479,351
Phangnga	9	3	2	2	16	3	0	0	0	0	0	0	35	0	13.06	0.00	268,016
Phuket	3	2	1	10	22	23	8	0	0	0	0	0	69	0	16.48	0.00	418,785
Surat Thani	0	1	2	1	5	17	1	0	0	0	0	0	27	0	2.52	0.00	1,072,464
Ranong	7	6	7	10	11	13	0	0	0	0	0	0	54	0	27.75	0.00	194,573
Chumphon	14	9	7	4	5	7	0	0	0	0	0	0	46	0	9.03	0.00	509,479
<b>ZONE 12</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>45</b>	<b>83</b>	<b>149</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>366</b>	<b>2</b>	<b>7.32</b>	<b>0.55</b>	<b>5,000,255</b>
Songkhla	7	10	3	10	24	35	6	0	0	0	0	0	95	0	6.64	0.00	1,431,536
Satun	1	1	2	3	16	16	4	0	0	0	0	0	43	0	13.24	0.00	324,835
Trang	2	1	1	16	18	4	0	0	0	0	0	0	42	0	6.56	0.00	639,788
Phatthalung	13	6	2	0	1	11	1	0	0	0	0	0	34	0	6.51	0.00	522,541
Pattani	3	1	1	3	3	11	0	0	0	0	0	0	22	2	3.02	9.09	729,581
Yala	4	0	0	2	5	21	3	0	0	0	0	0	35	0	6.45	0.00	542,314
Narathiwat	9	5	3	11	16	51	0	0	0	0	0	0	95	0	11.73	0.00	809,660

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์, กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

Central Region\* เขตภาคกลางนี้รวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases

D = Deaths



# เล่นน้ำ สวมเสื้อชูชีพ ห่วงยาง ป้องกันจมน้ำ เสียชีวิต

## พยากรณ์โรค

### และภัยสุขภาพ รายสัปดาห์

ฉบับที่ 27/2565 วันที่ 10 - 16 ก.ค. 65

#### สถานการณ์

เหตุการณ์จมน้ำ ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 6 มิ.ย. 65  
19 เหตุการณ์

- 3 เหตุการณ์ อายุ > 15 ปี
- 16 เหตุการณ์ เด็กอายุ < 15 ปี

#### แหล่งน้ำที่เกิดเหตุ

คลองและแม่น้ำ (50%)  
แหล่งน้ำในเขตกรรม (31%)  
ทะเล (13%)  
สระว่ายน้ำ (6%)

#### สาเหตุ

- ว่ายน้ำไม่เป็น
- ไม่มีทักษะการเอาชีวิตรอด
- ไม่มีป้ายเตือน/สิ่งกีดขวาง
- ไม่มีผู้ปกครองดูแลใกล้ชิดขณะเล่นน้ำ

## การป้องกัน



สวมเสื้อชูชีพ ห่วงยาง

ไม่ดื่มสุรา  
ขณะโดยสารเรือ/ทำกิจกรรม



## เห็นคนตกน้ำ

ไม่ควรกระโดดลงไปช่วย เพราะอาจจมน้ำด้วยกัน



## ตะโกน

เรียกขอความช่วยเหลือ และโทรแจ้ง 1669



## โยน

อุปกรณ์ที่อยู่ใกล้ตัวช่วยคนตกน้ำเกาะจับพยุงตัว



## ยื่น

อุปกรณ์ที่อยู่ใกล้ตัวให้คนตกน้ำจับและดึงขึ้นมา

กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

สื่อสารสังคมและ  
ประชาสัมพันธ์  
Bureau of Risk Communication  
and Health Behavior Development



กรมควบคุมโรค

สายด่วน  
1422

สมัครและติดตามรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

ได้ที่ [https://wesr-doe.moph.go.th/wesr\\_new/](https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/)

## รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 53 ฉบับที่ 27 : 15 กรกฎาคม 2565 Volume 53 Number 27: July 15, 2022

กำหนดออก : รายสัปดาห์

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

E-mail: weekly.wesr@gmail.com, panda\_tid@hotmail.com

### จัดทำโดย

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ชั้น 3 อาคาร 10 ตึกกรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-3805

Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tel (66) 2590-3805

Floor 3, Building 10, Department of Disease Control, Tiwanon Road, Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand, 11000