รายงาน
กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Division of Epidemiology Ministry of Public Health
ISSN 0125-7447

การเฝ้าระวังโรคประจำเดือน

Monthly Epidemiological Surveillance Report

ปีที่ ๓๑ : ฉบับที่ ๓ : มีนาคม ๒๕๔๓
Volume 31 : Number 3 : March 2000

สารบัญ CONTENTS

ไข้เลือดออก Crimean - Congo 69
สรุปสถานการณ์การติดเชื้อของโรคเอดส์ พ.ศ.2542 72

Crimean-Congo haemorrhagic fever

ไข้เลือดออก Crimean- congo

มุกดา ตฤษณานนท์

(จากสารศิริราช ปีที่ 51 ฉบับที่ 12 เดือน ธันวาคม 2542)

ไข้เลือดออกชนิดนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคตได้ไม่ยากนัก เนื่องจากโลกของเราแคบลง สามารถเดินทางไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว จากกรุงเทพ ประเทศไทยสามารถเดินทางไปอาฟริกาใต้ได้โดยสายการบิน 2 สาย คือ south Afarican Airline ของประเทศอาฟริกาใต้ และสายการบิน Varig ของประเทศบราซิล ซึ่งจะกินเวลาประมาณ 11 ชั่วโมง. ถึงจะถึง โยฮันเนสเบอร์ก ซึ่งเป็นเมืองด่านหน้าของอาฟริกาใต้ เรื่องที่บรรยายต่อไป คือ เรื่องในประเทศอาฟริกาใต้

เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2539 ได้มีจดหมายจากกระทรวงต่างประเทศถึงผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เรื่อง โรคไข้เลือดออกระบาดในอาฟริกาใต้ ใจความโดยย่อว่า ได้มีไข้เลือดออกชื่อ congo fever ระบาดในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศอาฟริกาใต้ มีผู้ป่วยเป็นโรคประมาณ 40 ราย และเสียชีวิต 1 ราย บริเวณที่มีการระบาดของโรค คือ เมือง oudtshoorn เป็นเมือง ที่มีอุตสาหกรรมผลิตเนื้อนกกระจอกเทศเพื่อบริโภค และส่งออกไปต่างประเทศ ขณะนี้กระทรวงเกษตรและกระทรวงสาธารณสุขได้สั่งปิดฟาร์มที่ผลิตเนื้อนกกระจอกเทศและหยุดการจำหน่ายส่งออกชั่วคราว และทำการควบคุมโรคไม่ให้ระบาดแล้ว [1]

เมือง oudtshoorn เป็นเมืองท่องเที่ยวที่สำคัญแห่งหนึ่งของอาฟริกาใต้ นักท่องเที่ยวต่างประเทศไปเยือนเป็นจำนวนมาก ซึ่งรวมถึงคนไทยด้วย เพื่อไปดูนกกระจอกเทศในฟาร์มต่างๆ ในเมืองนี้ ฉนั้นจึงแจ้งให้ทราบเพื่อประกาศเตือนให้คนไทยระมัดระวังการไปท่องเที่ยวในระยะนี้ นับว่ากระทรวงการต่างประเทศของไทย เมื่อได้รับรายงานแล้วพิจารณาและมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว จดหมายได้ผ่านมาถึงกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งข้าพเจ้าเป็นที่ปรึกษาอยู่ หลังจากได้ประชุมปรึกษากันแล้ว มีความเห็นว่าควรแจ้งให้การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยทราบ เพื่อกระจายข่าวไปยังบริษัทท่องเที่ยวของเรา ให้ทราบถึงการระบาด เพราะทุกบริษัทเมื่อนำเที่ยวประเทศอาฟริกาใต้จะต้องนำไปเที่ยวเมืองนี้ และแนะนำให้ขึ้นกกระจอกเทศด้วย และอันตรายจากโรคนี้อาจจะเกิดขึ้นได้

สำหรับแพทย์ไทยเราควรจะได้ทราบเรื่องนี้ และรู้ถึงระบาดวิทยาของโรคนี้ ตลอดจนการติดต่อ อาการ อาการแสดงที่สำคัญ ตลอดจนการศึกษาและการป้องกันโรคนี้เพราะไม่แน่ว่าเมื่อใดโรคนี้จะมาถึงประเทศไทย

โรค Crimean - Congo Haemorrhagic fever เป็นโรคที่เกิดจาก Virus นำโดยเห็บ จัดเป็นโรคไข้เลือดออกนำโดยเห็บ "Tickborne disease" แหล่งที่มีโรคนี้ คือ คาซัคสถาน อูเบคคิสถาน รัสเซีย อัลบาเนีย บอสเนีย เฮอรโซโกวินา บัลกาเลีย อิรัค ปากีสถาน ทางตะวันตกของประเทศจีน และทางเขตร้อนของประเทศอาฟริกาใต้ [2,3]

การติดต่อ

เกิดจากการกัดของเห็บพวก *Hyaloma marginatum* และ *Hyaloma anatolicum* ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีเห็บชนิดนี้ จากการสอบถามกระทรวงสาธารณสุข แต่คิดว่ายังไม่มีการสำรวจอย่างละเอียด

นอกจากนี้ อาจจะติดจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยได้ หรือจากการจ่าสัตว์ เช่น นกกระจอกเทศ โดยสัมผัสกับเลือด และสารคัดหลั่งของสัตว์

ระยะฟักตัว

3 - 12 วัน

ระยะติดต่ออันตราย

ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การระบาดในโรงพยาบาลเป็นไปได้ง่าย โดยการสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่ง

รังของโรค (Reservoir)

คือ นก กระต่าย สัตว์แทะ และเห็บ ในขณะที่มีการระบาดในสัตว์ สัตว์เลี้ยง เช่น แกะ แพะ วัว ควาย อาจจะติดโรคนี้ได้อย่างรุนแรงทำให้มีการแพร่กระจายโรคได้ง่ายมากขึ้น

อาการและอาการแสดง

มีไข้สูงทันที 39 - 40 C° ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหัว อ่อนเพลีย อาการปวดบริเวณแขนขาจะมีมาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อุจจาระร่วง มีเลือดออกบริเวณ เพดาน ลิ้นไก่ เหงือก ลำคอ จมูก ปอด ลำไส้ และมดลูก พบว่า มีเกร็ดเลือดต่ำ และเม็ดโลหิตขาวต่ำ

อัตราป่วยตายมีตั้งแต่ 2% ถึง 50%

การป้องกัน

ใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว ทายากันเห็บกัด พวก diethyl toluamide สำหรับ การใช้ vaccine mouse-brain vaccine ใช้ในยุโรปตะวันออก และรัสเซีย ไม่มีใช้ใน สหรัฐอเมริกา

การรักษา

ใช้ Ribavirin ให้กินหรือฉีด หรืออาจใช้ Convalescent plasma ก็ได้

เรื่องที่จะบรรยายต่อไปนี้ เป็นเรื่องของโรคนี้ในประเทศปากีสถาน ซึ่งเป็นตัวอย่างของการวินิจฉัยโรค ซึ่งจะต้องนึกถึงหลักระบาดวิทยาของโรคนี้ไว้เสมอ จะทำการวินิจฉัยผิดพลาดได้ยาก การผิดพลาดหมายถึงอันตรายถึงชีวิต [1]

โรคไข้เลือดออก Crimean Congo เป็นโรคติดต่อโดยเห็บเป็นตัวนำ พบในประเทศอาฟริกา ยุโรปตะวันออก และเอเชีย โรคนี้เริ่มแรกรายงานในประเทศรัสเซีย และในปี 2519 โรคนี้เกิดขึ้นในประเทศปากีสถานเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยมีอาการ ปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด และอุจจาระสีดำ มีรายละเอียดดังนี้ [2]

ผู้ป่วยรายแรก เป็นชาย อาชีพเลี้ยงแกะ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เมืองราวัลปินดี ประเทศปากีสถาน ด้วยอาการ ปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด และอุจจาระสีดำ แรงดันเลือด 90 / 75 มิลลิเมตรปรอท ศัลยแพทย์สงสัยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร และมีเลือดออก ได้ให้เลือด และในวันต่อมาได้เปิดช่องท้องเพื่อตรวจดู (Exploratory laparotomy) ปรากฏว่า มีเลือดเต็มช่องท้อง และมีเลือดซึมออกมาจากลำไส้ และตับ ไม่สามารถทำอะไรได้ จึงปิดช่องท้องได้ให้เลือดอีก ผู้ป่วยมีอาการเลวลง และเสียชีวิตใน 12 ชั่วโมง ต่อมา การเจาะเลือด พบว่า มีเม็ดโลหิตขาวต่ำ เกร็ดเลือด 95,000 / มล.

5 - 6 วัน ต่อมา มีผู้ป่วยชุดที่ 2 อีก 6 ราย เสียชีวิต 3 ราย คือ ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ผู้ช่วยที่อยู่ในห้องผ่าตัด และบิดาของผู้ป่วย คาดว่าคงจะติดเชื้อจากผู้ป่วย มีอาการเช่นเดียวกัน อีก 3 รายไม่เสียชีวิต คือ แพทย์ที่วางยาสลบ และศัลยแพทย์ผู้ช่วย และแพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยคนแรก ซึ่งสัมผัสกับเลือดที่ผู้ป่วยอาเจียนออกมา

7 - 8 วันต่อมาผู้ป่วยชุดที่ 3 มี 7 ราย คือ 5 ราย เป็นแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาล และอีก 2 ราย เป็นบุคคลในครอบครัวของศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว คือ ภรรยาและน้องสาวของเขา ไม่มีใครเสียชีวิต แต่มีอาการมากและมีเลือดออก 2 ราย ผู้ป่วยทุกคนมีเม็ดเลือดขาวต่ำ และมีเกร็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Crimean-Congo haemorrhagic feever โดยศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) และองค์การอนามัยโลก

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) ในโรคไข้เลือดออกคองโก การป้องกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ในปี 2522 ที่ประเทศซูไบ มีผู้ป่วย 6 ราย เสียชีวิต 2 ราย

ในปี 2532 ประเทศอิรัค มีผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 2 ราย

ในปี 2527 ประเทศอาฟริกาใต้ มีผู้ป่วย 9 ราย เสียชีวิต 2 ราย

ในปี 2530 ประเทศปากีสถาน มีผู้ป่วยโรคนี้เสียชีวิตพร้อมทั้งศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดผู้ป่วยจากเมือง Quetta และมีผู้ป่วยอีก 2 ราย เป็นผู้ช่วยศัลยแพทย์ แต่ฟื้นจากไข้และไม่เสียชีวิต รายหนึ่งมีภูมิคุ้มกันต่อไข้เลือดออก crimean congo เรื่องนี้ไม่ได้ตีพิมพ์ โรคนี้สามารถรักษาได้โดย Ribavirin ซึ่งยาชนิดนี้สามารถรักษา Virus ชนิด RNA ได้หลายอย่าง ซึ่งเคยใช้รักษาไข้เลือดออกอื่นๆ มาแล้วเช่น *Lassa virus* ไข้เลือดออกชนิดมีอาการทางไต แต่ไม่ค่อยมีรายงานการใช้ยารักษาโรคไข้เลือดออก crimean congo นี้ เนื่องจากโรคนี้มักจะเกิดในดินแดนที่ห่างไกลในชนบทซึ่งไม่สามารถวินิจฉัย โรคได้จึงไม่ค่อยมีรายงาน

รายงานต่อไปนี้เป็นรายงานการรักษาไข้เลือดออก Crimean Congo ด้วยการใช้ยา Ribavirin โดยแพทย์ติดจาก ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ในปี 2537 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม ได้มีผู้ป่วยชาย อายุ 50 ปี จากเมือง sibi มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเมือง Quetta ด้วยอาการ ปวดท้องโดยทั่วๆ ไปและมีอาเจียนเป็นโลหิต พร้อมทั้งอุจจาระสีดำมา 5 วัน sibi เป็นเมืองที่ร้อนจัดมาก และห่างจากโรงพยาบาล Quetta ประมาณ 160 กิโลเมตร โรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลซึ่งรับคนไข้จากที่ต่าง ๆ ในชนบทที่ห่างไกลหลายแห่ง บางรายมาจาก อาฟกานิสถาน และอิหร่าน ผู้ป่วยรายนี้เมื่อมีอาการดังกล่าวแพทย์ได้ ส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร gastroscope พบว่ามีก้อนเลือด และมีเลือดออกซึมที่ greater curvature และมีความเห็นว่าควรทำการผ่าตัด ขณะที่วางยาสลบ ผู้ป่วยมีเลือดออกทางจมูกได้ทำ packing เพื่อควบคุมเลือด ซึ่งทำได้โดยลำบาก ได้เอาก้อนเลือดออกจากกระเพาะอาหาร แต่ไม่สามารถทำให้เลือดหยุดได้ จึงต้องตัดกระเพาะและต่อหลอดอาหารกับลำไส้เล็กส่วนต้น oesophagojejunostomy สังเกตดูดับและบ้วนบวมเล็กน้อย ขณะที่ทำการ ผ่าตัดผู้ช่วยศัลยแพทย์ถูกเข็มตำและศัลยแพทย์ถุงมือขาด 2 ครั้ง เนื่องจากถูกเข็มเกี่ยว ต่อมา แม้ว่าผู้ป่วยฟื้นจากการวางยาสลบ แต่เกิดความดันต่ำมากและเสียชีวิต 12 ชั่วโมง ต่อมา

ผู้ป่วยรายที่ 2 คือ ผู้ช่วยศัลยแพทย์ เขาได้เล่าประวัติของตัวเองว่าหลังจากผ่าตัดได้ 4 วัน เกิดมีไข้สูงทันที 104 °F สั่นและปวดเมื่อยตามร่างกายมาก ปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อรุนแรงมาก รับประทานยาและฉีดยาแก้ปวด ก็ไม่ทุเลาลง ต่อมา ในวันที่ 2 และ 3 อุจจาระหลายครั้ง เป็นน้ำประมาณ 14 - 20 ครั้งต่อวัน แต่ไม่มีเลือด ได้รับน้ำเกลือและกลูโคสเข้าเส้น หนึ่งลิตร ต่อมา มีเลือดออกในนัยน์ตา ยังมีไข้สูงต่อไป ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และจิตใจเศร้าหมองมาก

ในวันที่ 4 ของการเป็นไข้ หรือวันที่ 8 หลังจากการผ่าตัด เม็ดโลหิตขาวลดลงเหลือ 2,800 / มิลลิลิตร และเกร็ดเลือดลดลงเหลือ 70,000 / มิลลิลิตร และ มีผื่นเขียวเป็นจ้ำบริเวณหน้าอก 3 จุด

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ซึ่งเขาได้เล่าประวัติว่า 5 วันหลังจากทำการผ่าตัด ขณะที่กำลังทำงานอยู่ที่แผนกตรวจโรคภายนอก เกิดมีไข้สูงในทันที 102° F พร้อมกับปวดศีรษะและปวดตัวอย่างรุนแรง เม็ดเลือดขาว 5900 / มิลลิลิตร และเกร็ดเลือด 287,000 / มิลลิลิตร เพื่อนแพทย์ได้ตรวจดู พบว่า มีคอแดง เย็นวันนั้นขณะปฏิบัติการผ่าตัด cholecystectomy รู้สึกปวดกล้ามเนื้อมาก จึงหยุดผ่าตัดและมอบให้เพื่อนทำการผ่าตัดแทน เขาต้องฉีดยาแก้ปวด ซึ่งกว่าจะทุเลาเป็นเวลาประมาณ 40 นาที วันรุ่งขึ้น ยังมีไข้อยู่อย่างเดิมพร้อมกับปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะบางครั้งถึงสั่น ในวันที่ 3 ของการเจ็บป่วย หรือ 8 วันหลังจากผ่าตัด เม็ดเลือดขาวเหลือ 3,800 / มิลลิลิตร และเกร็ดเลือด เหลือ 87,000 / มิลลิลิตร ถึงตอนนี้ได้ติดต่อพูดกับศัลยแพทย์ผู้ช่วย ถึงความเจ็บป่วยและทำให้นึกได้ถึงเพื่อนสนิทคนหนึ่งที่เป็นศัลยแพทย์ ได้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยกรณีที่มีอาการแบบนี้ และคิดโรค คือ มีอาการในเวลา 9 วัน ต่อมาถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และเสียชีวิตโดยมิได้เข้ามารักษาในโรงพยาบาล หลังจากได้ปรึกษากันแล้ว สรุปว่า ได้ติดโรคไข้เลือดออกคองโก จากการผ่าตัดเช่นเดียวกับเพื่อน จึงได้รีบเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้ง 2 ราย โดยเตรียมให้เลือดทั้ง 2 คน และอยู่ในห้องแยกจากผู้อื่น ในตอนเย็นรู้สึกอ่อนเพลีย ความดันลดต่ำเหลือ 90 / 60 มิลลิเมตรปรอท แต่ดีขึ้นภายหลังให้น้ำเกลือและกลูโคส 1 ลิตร วันต่อมารู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น ปวดศีรษะและกล้ามเนื้อ ได้รับเลือด 1 ยูนิต ทั้ง 2 ราย และส่งต่อไปรักษาที่ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยอาทิเช่น ทางเครื่องบินที่เมืองการาจี แขนเริ่มมีเขียวจ้ำๆ ภายหลัง วัดความดัน เมื่อศัลยแพทย์ทั้ง 2 เข้าโรงพยาบาลก็ทราบข่าวว่า คนงานในห้องผ่าตัดป่วยเช่นเดียวกัน เนื่องจาก ซักผ้าและล้างเครื่องมือที่ทำการผ่าตัด และมือทั้งสองข้างเขามีแผลอยู่ด้วย เขาจึงถูกส่งตัวมารักษาโดยเครื่องบินที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเช่นกัน มีอาการ ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นเลือด และมีจ้ำเขียวๆ บริเวณที่เจาะเลือดแขนข้างซ้าย

จากประวัติของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย และระยะฟักตัวประมาณ 4 วัน ทำให้พิจารณาได้ว่า น่าจะเป็นไข้เลือดออก crimean congo ซึ่งมีอัตราตายสูงจึงเริ่มให้ Ribavirin ซึ่งมีหลักฐานว่ายานี้ฆ่าไวรัสได้ในห้องปฏิบัติการ หลายสายพันธุ์จากยุโรป เอเชีย และอาฟริกา และยานี้รักษาไข้เลือดออก Lassa ได้ เนื่องจากไม่มียาสำหรับฉีดจึงต้องให้กิน Ribavirin (Virazole, ICN pharmaceutical) ทันที ในขนาด 4 กรัมต่อวัน โดยแบ่งให้กินวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน ต่อมาให้กิน 2.4 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 วัน ทั้ง 3 รายได้ยาครบ 10 วัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางน้ำเหลืองทั้ง 3 ราย โดยวิธี ELISA และอิมมิวโนฟลูออเรสเซนต์ Immunofluoressence (IFA) m IgG ยืนยันว่าเป็นโรคไข้เลือดออกคองโก

การดำเนินโรค

เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยยังมีไข้อยู่มีอาการวิงเวียนศีรษะมาก มีรอยจ้ำตามรอยเจาะเลือด เกร็ดเลือดยังลดต่ำลง บางรายยังมีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ตรวจสมรรถภาพของตับ aspartate aminotranferese (AST) ระหว่าง 213 - 700 IU/L alanine transaminase (ALT) ระหว่าง 78-323 IU / L Bilirubin อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจปัสสาวะพบไข่ขาวเล็กน้อยมีเม็ดเลือดแดงเล็กน้อย ตรวจเลือดพบว่าสมรรถภาพของไตยังดีอยู่ ผู้ป่วยทั้ง 3 มีอาการอ่อนเพลีย ซึม ได้รับเกร็ดเลือดรายละ 3 ยูนิต

หลังจากได้รับ Ribavirin ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ไข้ลดลงภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยทนยาได้ดี ไม่มีอาการข้างเคียง การตรวจทางเลือด แสดงว่า มีการฟื้นตัวสอดคล้องกับอาการที่ดีขึ้น แพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยถูกเข็มตำได้ให้ยา Ribavirin 500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน และทำการเฝ้าระวังอยู่ตลอดเวลา ไม่พบว่า มีผู้ใดป่วยและตรวจน้ำเหลืองไม่มีผู้ใดมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสนี้ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 อาทิตย์ และสามารถไปทำงานได้ตามปกติหลังจากพักอยู่ที่บ้านอีก 3 อาทิตย์

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศปากีสถาน รู้สึกกลัวกับการติดโรคนี้มาก และหาทางป้องกันการติดโรคนี้อย่างเต็มที่ความผิดปกติในผู้ป่วย 3 รายนี้ ส่วนใหญ่อาการเหมือนกับโรคไข้เลือดออกอื่นๆ แต่มีบางอาการที่มีลักษณะเด่นและแตกต่าง คือ ผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด และอุจจาระสีดำ การตรวจอย่างอื่น

1. ปัสสาวะมีไข่ขาว
2. การตรวจสมรรถภาพของตับ AST:ALT อยู่ระหว่าง 2:1 และ 4:1 โดยที่ bilirubin ปกติ
3. ผู้ป่วยมักมีอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มาก เช่น ซึม และบางครั้งฉุนเฉียว

หลักสำคัญก็คือ ให้นึกถึงระบาควิทยาของโรคนี้ ว่ามาจากแหล่งใดโดยมากมาจากป่าในชนบทที่ห่างไกล (และจากประเทศต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไว้แล้ว) และอาการของผู้ป่วย ถ้าสงสัยให้ทำการป้องกันทันที แยกผู้ป่วย เนื่องจากว่าการติดเชื้อในโรงพยาบาลในบุคลากรการแพทย์มีสูงมาก

Ribavirin ได้แนะนำให้ใช้รักษาไข้เลือดออกคองโก โดยการฉีด และใช้รับประทานในการป้องกันโรคหลังจากสัมผัสมาแล้ว แต่ทั้ง 3 รายนี้ไม่มียาสำหรับฉีด มีแต่ยารับประทานแต่โชคดีที่สามารถทำให้หายได้

ผู้รายงานได้แนะนำว่าควรเริ่มต้นไม่ว่ารับประทานหรือฉีด ตอนแรกด้วยขนาดมาก (Loading dose) 2 กรัม ต่อมาจึงให้ 4 กรัมต่อวัน แบ่งเป็น 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน แล้วลดลงมาเป็น 2 กรัมต่อวัน แบ่ง 4 ครั้ง เป็นเวลา 6 วัน วิธีให้ยากินอาจจะเหมาะในสถานที่ห่างไกล การบริการ และเครื่องมือแพทย์มีไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ถ้าฉีดเข้าเส้นต้องเสี่ยงกับการสัมผัสกับเลือดอีกด้วย เนื่องจาก โรคนี้มีรายงานน้อย จึงจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูล และถ้าผู้ใดพบโรคนี้จะต้องรายงานทางวารสารการแพทย์ และองค์การอนามัยโลก เพื่อจะได้มีการแนะนำที่ละเอียดถี่ถ้วนในการป้องกันและรักษาโรคนี้ต่อไปในอนาคต

อย่างไรก็ตาม โรคนี้มักจะมาพบแพทย์โดยมีอาการสำคัญว่า ปวดท้อง อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระสีดำ แพทย์จะวินิจฉัยขั้นแรกว่าเป็นแผลในกระเพาะอาหารและมีเลือดออก (Peptic ulcer with haemorrhage) อาจจะส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารหรือทำการเปิดช่องท้องเพื่อตรวจดู (Laparotomy) โดยไม่ได้ระมัดระวังว่าจะมีอันตรายถึงกับติดโรคและตายได้ โดยที่เข็มตำมือหรือถุงมือฉีกขาด ดังได้มีตัวอย่างมาแล้วหลายราย

ฉะนั้น ศัลยแพทย์จึงพึงระมัดระวังว่าจะมีโรคนี้เกิดขึ้นได้ในเมืองไทย โดยอาศัยหลักประวัติตามหลักระบาดวิทยา ประเทศที่คนไข้เดินทางมา และหาทางป้องกันตัวเองและเพื่อนร่วมงานอย่างเต็มที่

References

1. WHO, Wkly Epidemiol Rec 1996;50:381-82.
2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of Infectious Diseases. 4th Edition Churchill Livingstones 1995:1567-1571.
3. Benenson AS. Tick borne diseases In Control of communicable diseases in man. 15th Edition American Public Health Association. 1990:51-53.
4. Fisher-Hoch, SP; Khan, JA; Rehman, et al. Crimean Congo-Haemorrhagic Fever treated with oral ribavirin. Lancet 1995 ; 346:472-475.
5. Burney MI, Ghafoor A, Saleen M, et al. " Nosocomial out break of viral Hemorrhagic fever- virus in Pakistan," January 1976. **Am J Trop Med Hyg** 1980;29:941-47.
6. Mc Cormick JB, King IJ, Webb PA, et al. " Lassa fever: effective therapy with ribavirin." **N. Engl J Med** 1986;314:20-26.
7. Watts DM, Ussery MA, Nash D, et al. " Inhibition of Crimean-Congo haemorrhagic fever viral infectivity yields in vitro by ibavirin." **Am J Trop Med Hyg** 1989;41:581-85.

สรุปสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ การติดเชื้อHIV และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2542

สมบัติ แทนประเสริฐสุข อรพรรณ แสงวรรณเลอย อมรา ทองหงษ์
สุชาดา จันทสิริยากร ไชยิตา คุ้มดลอด สุนีย์ สว่างศรี

กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคเอดส์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีผู้ป่วย โรคเอดส์เกิดขึ้นในประเทศไทย และเนื่องจากปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาที่มีลักษณะพิเศษ โดยที่โรคเอดส์เป็นโรคที่มีระยะฟักตัวยาวนานและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของประชาชน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สร้างระบบเฝ้าระวังให้ครอบคลุมปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญครบถ้วน เพียงพอต่อการพัฒนามาตรการในการดำเนินงาน และการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ที่จะดำเนินการป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วย ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการเฝ้าระวังดังกล่าวนี้ ประกอบด้วย

1. การรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์
2. การเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อเอดส์ในประชากรกลุ่มต่างๆ
3. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรกลุ่มต่างๆ

ซึ่งผลการเฝ้าระวังในแต่ละระบบ โดยสังเขป มีดังนี้คือ

1. การรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์

นับจนถึงสิ้นปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วทั้งสิ้น 135,950 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 78 เป็นเพศหญิงร้อยละ 22 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.4

เมื่อดูแนวโน้มของการรายงานผู้ป่วยในระยะ 5 ปีหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2542 พบว่า จำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี มีมากกว่า 20,000 ราย

หากพิจารณาแนวโน้มการรายงานผู้ป่วยแยกตามภาคต่างๆ พบว่า ภาคเหนือ มีรายงานผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง กล่าวคือพบมากถึงปีละ 8,000 ราย แต่มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2542 พบผู้ป่วยมากกว่า 5,000 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นช้าๆ โดยในปี พ.ศ. 2542 พบผู้ป่วย 2,644 ราย และภาคใต้แม้จะพบผู้ป่วยน้อยกว่าภาคอื่น กล่าวคือในปี พ.ศ. 2542 พบ 1,250 ราย แต่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นมาตลอด

หากนำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมาคำนวณเป็นอัตราต่อแสนประชากร พบว่า ภาคเหนือมีแนวโน้มลดลง จาก 76 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 65 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2541 ส่วนภาคกลางและภาคใต้เป็นภาคที่มีแนวโน้มการรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยภาคกลาง พบเพิ่มจาก 38 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2538 เป็น 50 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2541 และภาคใต้ เพิ่มจาก 18 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 33 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2541 ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 15 เป็น 20 ต่อแสนประชากร ในช่วงปี พ.ศ. 2538 และ 2539 หลังจากนั้นมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่

2. การเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มต่างๆ

ผลจากการเฝ้าระวังทำให้ทราบแนวโน้มของอัตราการติดเชื้อ HIV ในระยะ 5 ปี หลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2542 ดังนี้

ในกลุ่มโลหิตบริจาค ในช่วงแรกแนวโน้มลดลงจนเหลือเพียง ร้อยละ 0.39 ในปี พ.ศ. 2541 แต่กลับมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.44 ในปี พ.ศ. 2542

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แนวโน้มการติดเชื้อลดลงเป็นลำดับ เหลือเพียง ร้อยละ 1.53 ในปี พ.ศ. 2541 และกลับเพิ่มเป็น ร้อยละ 1.74 ในปี พ.ศ. 2542

ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด พบอัตราการติดเชื้อทรงตัวอยู่ในระดับสูง โดยในปี พ.ศ. 2542 พบอัตราการติดเชื้อ เท่ากับร้อยละ 50.77

ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นหญิงบริการทางเพศโดยตรง พบแนวโน้มอัตราการติดเชื้อลดลงเหลือร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2542 และกลุ่มหญิงบริการทางเพศแอบแฝง ก็มีแนวโน้มอัตราการติดเชื้อลดลงเช่นกัน เหลือร้อยละ 6.09 ในปีเดียวกัน

และในกลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค พบแนวโน้มอัตราการติดเชื้อค่อนข้างคงที่ ที่ประมาณร้อยละ 8 – 9 ตลอดช่วงระยะเวลา 5 ปี หลังนี้

3. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

ผลจากการสำรวจหาอัตราการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประชากรกลุ่มต่างๆ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2542 มีดังนี้

1.กลุ่มชายไทยอายุ 21 ปี ที่ตกเกณฑ์ทหาร

จากการสำรวจชายไทยกลุ่มนี้มากกว่าปีละ 4,000 คน ทำให้ทราบว่า มากกว่าร้อยละ 84 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประมาณ 17 ปี ร้อยละ 30 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับหญิงบริการ และร้อยละ 50 กับ หญิงอื่นที่ไม่ใช่หญิงบริการ ประมาณร้อยละ 35 รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สำหรับพฤติกรรมทางเพศในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 50 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่หญิงบริการ ซึ่งในจำนวนนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 20 – 25 เท่านั้น

2.กลุ่มคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม

สามารถสำรวจคนงานชายได้มากกว่าปีละ 3,400 คน พบว่าร้อยละ 80 ของคนงานชายเคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยมีอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เท่ากับ 17 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มชายไทยอายุ 21 ปี ที่ตกเกณฑ์ทหาร ในการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ประมาณร้อยละ 20 - 30 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ประมาณร้อยละ 60 รายงานว่าได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 30- 40 รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คนรัก โดยมีรายงานการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 30 – 35 เท่านั้น

3.กลุ่มคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม

สำรวจคนงานหญิงได้มากกว่า 4,200 คน ในแต่ละปีของการสำรวจ พบว่า ประมาณร้อยละ 60 เคยมีเพศสัมพันธ์ เกือบทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับสามี สำหรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 10 – 20 รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่ชายคนรัก มีข้อ น่าสังเกตุว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และ ในรอบปีที่ผ่านมา อยู่ในระดับต่ำมาก

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ในกลุ่มนี้ มีหญิงตั้งครรภ์ที่สำรวจได้ มากกว่าปีละ 4,700 คน โดยพบพฤติกรรมทางเพศในรอบปีที่ผ่านมาว่า ประมาณร้อยละ 5 – 15 ของหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น และมีข้อสังเกตว่า ระดับการใช้ถุงยางอนามัยต่ำมาก เช่นเดียวกับในกลุ่มคนงานหญิง

ผลการเฝ้าระวังทั้งสามระบบดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ขณะนี้มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นทั่วประเทศ โดยที่ภาคกลางและภาคใต้มีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้น มากกว่าพื้นที่อื่น ข้อมูลในส่วนนี้ กระทรวงสาธารณสุข จะได้นำมาใช้ในการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป,
2. ระดับการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มต่างๆ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2542 แสดงให้เห็นว่า อัตราการติดเชื้อในประชากร บางกลุ่มเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลส่วนนี้สอดคล้องกับผลที่ได้จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ในประเด็นนี้ กระทรวง สาธารณสุขจะได้เร่งรัดดำเนินการปรับปรุงพฤติกรรมของประชาชนให้สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้มากขึ้น ต่อไป

ข้อสังเกต

1. สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มประชากรบางกลุ่มที่คาดว่ายังมีปัญหาการแพร่ของโรคเอดส์และเข้าถึงยาก กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามดำเนินการเฝ้าระวังสถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มต่างๆ ให้กว้างขวางเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV อย่างไรก็ตาม มีประชากรบางกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น กลุ่มชาวประมง กลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถสำรวจแนวโน้มการติดเชื้อ HIV ได้ง่ายนัก

ในปัจจุบันมีการสำรวจหาอัตราการติดเชื้อ HIV อยู่บ้าง ในกลุ่มชาวประมง โดยในการสำรวจเมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2542 พบข้อมูลที่สำคัญดังนี้

1.1 พื้นที่จังหวัดชายทะเลทั้งสิ้น ในภาคกลาง มีการสำรวจใน 4 จังหวัด ได้แก่ สมุทรสาคร ชลบุรี ตราด และประจวบคีรีขันธ์ พบค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อ เท่ากับ ร้อยละ 5.40

1.2 พื้นที่จังหวัดชายทะเลในภาคใต้ มีการสำรวจใน 5 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร ระนอง ตรัง สงขลา และปัตตานี พบค่าเฉลี่ยของการติดเชื้อเท่ากับ ร้อยละ 13.52

จากข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัด คาดว่า ประชากรกลุ่มนี้มีระดับการติดเชื้อ HIV ค่อนข้างสูง ประกอบกับการที่มีข้อจำกัดทั่วไปในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคเป็นพิเศษในประชากร กลุ่มเหล่านี้

2. สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาโรคเอดส์ในภาคเหนือเป็นอย่างไร เมื่อ เทียบกับภาคอื่นๆ

เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา เชื้อ HIV ได้แพร่ระบาดไปทั่วประเทศ โดยในช่วงแรก การแพร่ระบาดได้เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ทำให้ในระยะ 5 – 10 ปี ต่อมา ในพื้นที่ภาคดังกล่าว มีจำนวนผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมา เชื้อ HIV ได้แพร่กระจายไปยังภูมิภาคต่างๆทั่วไป ทำให้ในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยในพื้นที่อื่น ได้เริ่มมีจำนวนมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่า โรคเอดส์เป็นปัญหาของทุกพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ และในการดำเนินงาน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องจะต้อง ดำเนินการให้ครอบคลุม ทั้งมาตรการด้านการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย และในด้านการป้องกันการแพร่โรค ซึ่งประสบการณ์จากจังหวัดภาคเหนือตอนบน สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับจังหวัดต่างๆได้

3. ปัจจุบัน แนวโน้มปัญหายาเสพติดเปลี่ยนไปจากการใช้ยาเสพติดแบบฉีด เป็นแบบกิน เช่น ปัญหายาบ้า เป็นต้น แนวโน้มเช่นนี้มีผลต่อปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV หรือไม่

ในการสำรวจหาอัตราการติดเชื้อ HIV ของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงสำรวจเฉพาะกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแบบฉีด ทั้งนี้เพราะต้องการประเมินแนวโน้มสถานการณ์ในกลุ่มที่ติดเชื้อ HIV จากการใช้เข็มและอุปกรณ์การเสพยาร่วมกัน

ในกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดทางการกิน หรือการสูดดม นั้น เป็นที่รับรู้กันว่า การใช้สารเสพติดดังกล่าว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการที่บุคคลผู้เสพยานั้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น จะประกอบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยปราศจากการป้องกันที่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้อัตราการติดเชื้อเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้สูงขึ้นในอนาคต

4. นอกเหนือจากระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีหน่วยงานอื่น ที่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังอีกหรือไม่ และผลเป็นอย่างไร

กรมแพทย์ทหารบก ได้ดำเนินการสำรวจหาอัตราการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายไทยอายุประมาณ 21 ปี ที่ตรวจเกณฑ์ทหารมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 โดยสำรวจในทุกผลัด ผลการสำรวจทำให้ทราบว่า การติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2533 – 2536 โดยอัตราสูงสุด พบในทหารเกณฑ์ผลัดที่ 1 (พฤษภาคม) ในปี พ.ศ. 2536 พบอัตราเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 4 หลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจครั้งสุดท้าย ในทหารเกณฑ์ผลัดที่ 1 พ.ศ. 2542 พบอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 1.6

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ถึงวันที่ 31 มกราคม 2543.(เอกสารโรเนียว)
2. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ อรพรรณ แสงวรรณลอย อมรา ทองหงษ์ สุชาดา จันทสิริยากร โชษิตา คุ้มคลอด และ สุนีย์ สว่างศรี . ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทยประจำปี พ.ศ.2542 (รอบที่ 17) . รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2543 (ฉบับ Supplement 1).
3. สุชาดา จันทสิริยากร อรพรรณ แสงวรรณลอย อมรา ทองหงษ์ โชษิตา คุ้มคลอด และสุนีย์ สว่างศรี . ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติด เชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 5 ปี พ.ศ. 2542 . รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำ เดือนกุมภาพันธ์ 2543 (ฉบับ Supplement 2)