

รายงาน

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Division of Epidemiology Ministry of Public Health

ISSN 0125-7447

การเฝ้าระวังโรคประจำเดือน

Monthly Epidemiological Surveillance Report

ปีที่ ๓๑ : ฉบับที่ ๘ : สิงหาคม ๒๕๔๓

Volume 31 : Number 8 : August 2000

สารบัญ CONTENTS

รายงานการสอบสวนโรคคอตีบตำบลคูยม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกวันที่ 26-28 กรกฎาคม	253
การประเมินผลคู่มือ นิยามผู้ป่วยโรคคอตีบเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	263
สถานการณ์ผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ.วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2543	284

<http://www.moph.go.th/ops/epi>

รายงานการสอบสวนโรคคอตีบ

ตำบลคูยม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

วันที่ 26 - 28 กรกฎาคม 2542

Diphtheria Outbreak in Phitsanulok Province.

July 26 - 28, 1999.

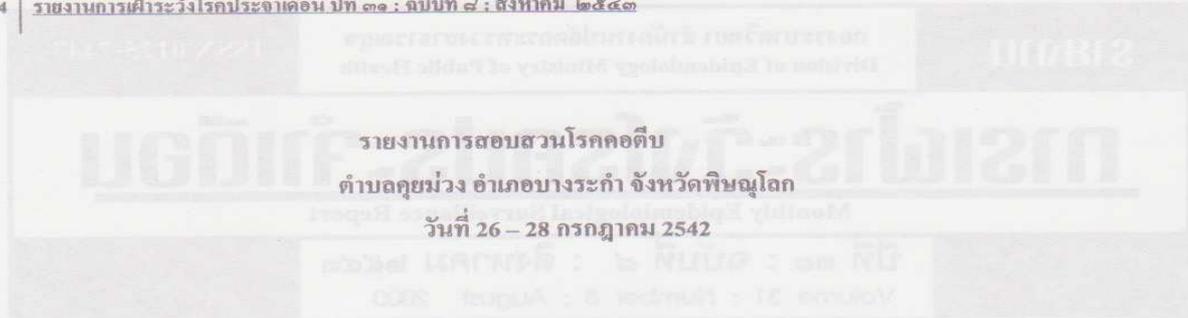
นาง สมบัติ ลิ้มทองกุล พย.บ. Sombat Limthongkul

นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ วท.ม (โรคคอตีบเชื้อ) Somkiat Somprasit

บทคัดย่อ

โรคคอตีบเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่ทำให้มีการป่วยและตายในเด็กสูงมาก ในอดีตสาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* ปัจจุบันพบได้น้อย เนื่องจาก แผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกรมควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง ความครอบคลุมของวัคซีนได้เพิ่มสูงขึ้น อัตราป่วยโรคคอตีบลดลงอย่างรวดเร็ว เป็น 0.05 ต่อแสนประชากร ในปี 2536 โรคคอตีบจึงได้รับความสนใจน้อยลงตามลำดับ

จังหวัดพิษณุโลก ไม่พบการระบาดติดต่อกันมา 7 ปี และในปี 2542 มีผู้ป่วยโรคคอตีบ 1 ราย มารักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หายใจหอบเสียงดัง ตัวเขียว ไม่มีประวัติได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ แพทย์ได้ตรวจร่างกายพบ Patch บริเวณทอนซิล และให้การรักษาคด้วย Diphtheria antitoxin ค้นหาผู้สัมผัส 20 ราย ได้รับการตรวจ Throat swab culture ไม่พบเชื้อ การควบคุมโรคได้ให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์การให้วัคซีน ผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ ตลอดจนให้การรักษาและควบคุมการแพร่เชื้อ การเฝ้าระวังติดตามเชิงรุกอย่างต่อเนื่องทุกวัน (5 วัน) เพื่อคว่ามีอาการของโรคคอตีบหรือสงสัยหรือไม่ พร้อมทั้งให้การรักษาแบบผู้ป่วยทันที



บทนำ

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ได้รับรายงานจากฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธชินราชพบว่า มีผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี มีอาการหายใจเสียงดัง หายใจขัด ตัวเขียว ตรวจพบแผ่นฝ้าขาว (Patch) บริเวณคอ สงสัยเป็นโรค Diphtheria จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่ ICU เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2542 งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับ คปสอ.บางระกำ จึงดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 26 - 28 กรกฎาคม 2542

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. เพื่อหาข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วย การกระจายของโรคและแหล่งโรค
3. เพื่อหาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและวิธีถ่ายทอดโรค
4. เพื่อหาแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคต่อไป

วิธีการ

1. รวบรวมประวัติผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วย ทะเบียนชันสูตร และสอบถามแพทย์ผู้รักษา
2. รวบรวมข้อมูลประวัติการป่วยการรักษา การได้รับที่กักขังป้องกันโรคคอตีบ ประวัติการเดินทาง/ผู้มาเยี่ยม ผู้สัมผัสโรคใกล้ชิด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ
3. ศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาและผลความครอบคลุมการให้วัคซีน DTP จากเอกสารทะเบียนรายงานที่สถานีอนามัยรับผิดชอบ
4. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสในพื้นที่ และแหล่งรังโรคโดยการสอบถาม ติดตาม สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ปกครองและชุมชน
5. เก็บตัวอย่างโดย throat swab culture ผู้ป่วย ผู้สัมผัส หาเชื้อคอตีบ ทุกราย
6. สัมภาษณ์ประวัติการสัมผัสครอบครัวบ้านผู้ป่วยและชุมชนทั่วไป
7. วิเคราะห์และสรุปรายงานการสอบสวนโรค

นิยาม ผู้ป่วย โรคคอตีบ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการในข้อ 1 และข้อ 2 และ/หรือข้อ 3

1. ไข้
2. มีแผ่นฝ้าขาว (Tonsillar patch)
3. เจ็บคอ

ผู้สัมผัส

หมายถึง ผู้ที่ได้สัมผัสคลุกคลีกับผู้ป่วยในช่วง 15 วันก่อนเริ่มป่วย

ผลการสอบสวนโรค

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี 9 เดือน มีประวัติ มีไข้ เจ็บคอ ไอ และหายใจหอบเสียงดัง ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (DTP) ที่อยู่ขณะป่วย 60 หมู่ 6 ตำบลคูม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางระกำ และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก แผนก ICU เด็กโตในวันเดียวกัน แพทย์ตรวจร่างกายเบื้องต้น พบแผ่นสีขาว (Tonsillar patch) วินิจฉัยเบื้องต้น สงสัยโรคคอตีบ

ข้อมูลทั่วไป

ตำบลคูม่วง อำเภอบางระกำ มี 9 หมู่บ้าน มีสถานีนามัย 1 แห่ง คือ สถานีนามัยตำบลบ้านดง บ้านหนองขานาง หมู่ 6 ตำบลคูม่วง มีหลังคาเรือน 130 หลัง ประชากร 395 คน เป็นหมู่บ้านชนบท ตั้งอยู่ในที่ราบลุ่ม น้ำท่วมถึงอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ไม่หนาแน่น ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นอกฤดูทำนา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีส่วนรคบน้ำครกคลุมทุกหลังคาเรือน น้ำดื่มน้ำใช้ ใช้น้ำประปาหมู่บ้านเพียงพอดตลอดปี การคมนาคมสะดวก ถนนลาดยาง ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานีนามัย 8 กิโลเมตร ตัวอำเภอ 30 กิโลเมตร และห่างจากจังหวัดพิษณุโลก 47 กิโลเมตร

บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ได้ทุนต่ำ มีผู้อาศัยอยู่ในบ้านรวม 6 คน บิดา มารดา พี่ (3 คน) และตัวผู้ป่วย

ข้อมูลการป่วย**ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา**

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 5 ปี 9 เดือน ที่อยู่ขณะป่วย 60 หมู่ 6 ตำบลคูม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก วันที่ 20 - 23 กรกฎาคม 2542 ผู้ป่วยมีอาการคล้ายไข้หวัด มารดาผู้ป่วยได้ซื้อยาแก้ไข้และไซยากวาดคอก ผู้ป่วย 2 ครั้ง ในวันที่ 21 - 22 กรกฎาคม 2542 และ ในวันที่ 24 กรกฎาคม 2542 มีอาการสำคัญ คือ ไข้ เจ็บคอ ไอและหายใจดัง มารดาผู้ป่วยได้ซื้อยาแก้ไข้และยาปฏิชีวนะ (Penicillin) รับประทาน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเล็กน้อย

ต่อมาในวันที่ 26 กรกฎาคม 2542 ผู้ป่วยเริ่มมีไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบ หน้าอกบวม กระสับกระส่าย ตัวเขียว หายใจไม่ออก จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางระกำ แพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกาย สงสัย Diphtheria ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธชินราช ในวันเดียวกัน

โรงพยาบาลพุทธชินราช ซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมและทำ Laryngoscopy เห็น Patch วินิจฉัยเบื้องต้น Diphtheria

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการป่วยและการรักษาปัจจุบัน

เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2542 เวลา 11.20 น. โรงพยาบาลพุทธชินราช ได้รับ Refer ผู้ป่วย จากโรงพยาบาลบางระกำ ด้วยอาการสำคัญ ไข้ หายใจหอบเสียงดัง กระสับกระส่าย ตัวเขียว เข้ารับการรักษาที่แผนก ICU เด็กโต

ผลการตรวจร่างกาย : อุณหภูมิ 40 ° C ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท การหายใจ 52 ครั้ง/นาที ซีฟจร 104 ครั้ง/นาที

256 | รายงานการสำรวจโรคประจำเดือน ปีที่ ๓๑ : ฉบับที่ ๘ : สิงหาคม ๒๕๔๓

ลักษณะทั่วไป : มีไข้ พุคคู้รูเรื่อง หายใจหอบเสียงดัง หน้าอกบวม ตัวเขียวเล็กน้อย

ในลำคอ : Laryngoscopy พบ Patch ตามเข้าถึง Larynx

ปอด : เอ็กซเรย์ Right upper lobe atelectasis แผลผล ปอดขวา

ด้านบนแฟบ

ผลชันสูตร : Complete blood count

Hb 12.1 gm% Hct 39 % WBC 27,450 /mm³ Neu 87% Lym 6% Eso 1% Mono 5%

Platelet count 564,000 /mm³

: Malaria not found

: Hemo culture no growth

: Throat Swab Culture (26 - 29 กรกฎาคม 2542 รวม 3 ครั้ง) (No growth)

การวินิจฉัย : R/O Diphtheria

การรักษา : Treacheostomy (26 กรกฎาคม 2542) พบ patch ใส่ ท่อช่วยหายใจ ให้ O₂ Nebulizer

Diphtheria Antitoxin (DAT) 80,000 dilute in 5% /D/W 20 เเทา drip IV in 1 hrs

: PGS 400,000 unit ทางเส้นเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง

Adrenaline 1 : 10,000 (1.5 cc) + NSS = 2 cc stat.

อาการสำคัญ/ผลการรักษา

วันที่ 26 กรกฎาคม - 6 สิงหาคม 2542

(ICU เด็กโต)

ผู้ป่วยรู้สึกตัว พุคคู้รูเรื่อง หายใจหอบ ออกบวม คลื่นไส้ อาเจียน มี discharge คล้าย

หนอง อาเจียนเป็นเสมหะขาวจำนวนมาก ไอบ่อยมีเลือดปนหลังจากให้การรักษา

อาการทั่วไปของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น รับประทานอาหารและน้ำเองได้ ไม่สำลักหายใจ

ไม่หอบสม่ำเสมอ off tube

วันที่ 7 - 8 สิงหาคม 2542

(กุมารเวชกรรม 2)

ย้ายผู้ป่วยรักษาต่อที่ตึกเด็กทั่วไป ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก รับประทานอาหารและน้ำ

ปกติ Activity ดี ผู้ป่วยกลับบ้าน (8 ส.ค.42)

ประวัติการได้รับวัคซีน

ผู้ป่วยไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ (DTP) และวัคซีนอื่น ๆ รวมทั้งพี่ของผู้ป่วย 5 คน ก็ไม่ได้รับวัคซีน
ทุกชนิดเช่นเดียวกัน

ประวัติส่วนตัวและประวัติการเดินทาง/ผู้มาเยี่ยม

ผู้ป่วยมีประวัติคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร และพักกับครอบครัวที่กรุงเทพฯ ตั้งแต่เกิดถึงอายุ 5 ปี และย้ายติดตาม
ครอบครัวไปอยู่ที่ อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี ประมาณ 10 เดือน (ก.ย.41 - 12 ก.ค.42) จากนั้นทั้งครอบครัวย้ายกลับบ้านเกิดที่
หมู่ 6 ตำบลคุยม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2542

- ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ 5 ปี 9 เดือน ผู้ป่วยยังไม่ได้เรียนหนังสือ ก่อนผู้ป่วยมีอาการ 5 วัน ผู้ป่วยไม่มีประวัติการเดินทางไปที่อื่น หรือมีญาติจากที่อื่นมาเยี่ยม

ประวัติครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยมีสมาชิก รวม 8 คน พ่อ แม่ พี่ (5 คน) และตัวผู้ป่วยเอง ปัจจุบันแยกครอบครัวออกไป 2 คน คงเหลือทั้งหมด 6 คน คือ พ่อ แม่ พี่ (3 คน) และผู้ป่วย ซึ่งทั้งครอบครัวมีอาชีพรับจ้างทั่วไปและรับซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้า โดยจะเดินทางไปกลับ กรุงเทพฯ - พิษณุโลกเป็นประจำ โดยไปกรุงเทพฯ 2 - 3 ปี กลับบ้าน(พิษณุโลก) 1 ครั้ง อยู่ประมาณ 1 เดือนแล้วเดินทางไปกรุงเทพฯ

พ่อ แม่ผู้ป่วยคัมสุราเป็นประจำ มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับชาวเขาเผ่าม้ง ขณะที่อยู่ อำเภอคอนทูด จังหวัดสระบุรี แม่ผู้ป่วยกินหมากและคัมสุราเป็นประจำ (มีอาการพิษสุราเรื้อรัง) รวมทั้งมีประวัติป่วยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ระหว่างวันที่ 18 - 22 กรกฎาคม 2542

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม/ผู้สัมผัสในชุมชน

ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตาม Case definition ที่กำหนดไว้ มีผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้งหมด 20 ราย (ในครอบครัว 5 ราย ละแวกบ้าน 15 ราย) ได้รับการทำ Throat swab culture หาเชื้อ *C.diphtheriae* รายละเอียด 2 ตัวอย่าง ผลการตรวจ ไม่พบเชื้อ

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน

- ระดับอำเภอ การให้วัคซีน DTP ในกลุ่มเป้าหมายย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2540 - 2542) ครอบคลุมร้อยละ 97.41, 97.70 และ 100 ตามลำดับ
- ระดับตำบล การให้วัคซีน DTP ในกลุ่มเป้าหมายย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2540 - 2542) ครอบคลุมร้อยละ 90.91, 100 และ 100 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยรายนี้น่าจะป่วยด้วยโรคคอติด(Probable case) แม้ว่าผลชันสูตรทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อ โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง คือ มีไข้ เจ็บคอ พบ Patch บริเวณทอนซิล ขยายลามไปที่กล่องเสียง ทำให้ท่อนหายใจอุดตัน และ Tracheostomy (เจาะคอ) พบ Patch อีกจำนวนมาก
 - 1.2 การลอกแผ่นฝ้าขาว (Patch) ส่งเพาะเชื้อกระทำค่อนข้างยาก เนื่องจากแผ่นฝ้าขาว ติดแน่น ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้นี้ (จากการสอบถามแพทย์) แพทย์ให้การรักษา โดยให้ Diphtheria Antitoxin และ Penicillin ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายใจเป็นปกติ
 - 1.3 ผู้ป่วยไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน DTP
2. ผู้ป่วยไม่มีประวัติการเดินทางไปที่อื่นหรือมีญาติ/ผู้ใกล้ชิดจากที่อื่นมาเยี่ยม ผู้สอบสวนโรคมีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับเชื้อคอติด ขณะที่อยู่ หมู่ 6 ตำบลกุ่มม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และอาจจะได้รับเชื้อจากมารดาผู้ป่วยเอง ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่มารดาของผู้ป่วยจะรับเชื้อจากการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวเขาเผ่าม้ง ระหว่างที่

ย้ายจากกรุงเทพฯ ไปอยู่ที่ อำเภอคอนทูด จังหวัดสระบุรี และมีประวัติป่วยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ระหว่างวันที่ 18 – 22 กรกฎาคม 2542

- 3. ผลชันสูตรทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อ *Corynebacterium diphtheria* ในผู้ป่วยไม่พบเชื้อ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ (Penicillin) มาก่อน

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้น่าจะป่วยเป็น Diphtheria แต่ไม่สามารถระบุแหล่งโรค (Source of infection) และวิธีการถ่ายทอดโรคได้แน่ชัด แต่มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยน่าจะได้รับเชื้อจากญาติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย รวม 20 ราย ได้รับยาปฏิชีวนะทุกราย ได้รับวัคซีน dT 8 ราย

ให้สุขศึกษาแก่ชุมชน ประชาชนทั่วไปและเฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามผู้สัมผัสและชุมชนในพื้นที่ครบ 5 วัน ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก

การควบคุมป้องกันโรค

- 1. ประชุมชี้แจงผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สัมผัสโรค ประชาชนทั่วไป เพื่อทราบสถานการณ์และความรู้เรื่องการป้องกัน การติดต่อของโรคและลักษณะของโรคคอติด
- 2. ให้ความรู้แก่พ่อ แม่ เด็กเล็ก ทราบถึงอันตรายของโรคคอติดและความสำคัญในการนำเด็กไปรับวัคซีนให้ครบชุด
- 3. ให้ยาปฏิชีวนะ (Erythromycin 40 mg/kg) ผู้สัมผัสทุกราย เป็นเวลา 7 วัน
- 4. ให้วัคซีน dT แก่ผู้สัมผัส จำนวน 8 ราย จำนวน 2 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างระหว่างเข็ม 1 เดือน
- 5. ให้วัคซีน dT แก่ผู้ป่วย 3 ครั้งห่างกันเข็มละ 1 เดือน และติดตามผล throat swab 1 เดือนหลัง วันเริ่มป่วยผล ไม่พบเชื้อ
- 6. ให้ผู้สัมผัสที่เป็นนักเรียน 2 คน หยุดเรียน 1 สัปดาห์
- 7. เฝ้าระวังติดตามดูอาการผู้สัมผัส 5 วัน ต่อเนื่องเพื่อดูว่ามีอาการของโรคคอติดหรือไม่ พร้อมทั้งให้การรักษาแบบผู้ป่วยทันที รวมทั้งตรวจสอบการรับประทานยาของผู้สัมผัสให้ครบ 7 วัน

ขอขอบคุณ

- 1. แพทย์และเจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลพุทธชินราช
- 2. แพทย์และพยาบาลผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- 3. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลบ้านดง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- 4. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เขต 9 จังหวัดพิษณุโลก
- 5. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 9 จังหวัดพิษณุโลก

ที่ปรึกษา

- 1. นายแพทย์บุญเลิศ ลิมทองกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
- 2. นายแพทย์บุญชัย ธีระกาญจน์ นายแพทย์ 8 รักษาการตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน

ทีมสอบสวนโรค

1. นางสาวบีดี ลิ้มทองกุล	หัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
2. นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุข 5	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
3. นายอริพงษ์ สุขเพ็ญ	นักวิชาการสาธารณสุข 4	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
4. นางพิมพ์พรรณ มหะพันธ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 6	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
5. นายทวีป ทองปลับ	นักวิชาการสาธารณสุข 5	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางระกำ
6. นายวุฒิชัย กรเวช	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 5	สถานีอนามัยตำบลบ้านดง

ผู้รายงาน

1. นางสาวบีดี ลิ้มทองกุล นักวิชาการสาธารณสุข 8
2. นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข 5

บรรณานุกรม

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคติดต่อทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศึกษาศาสนา, 2540
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2538
3. กระทรวงสาธารณสุข กองระบาดวิทยา. การเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออัมพาตอ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคบาดทะยักเด็กแรกเกิด หัด คอตีบ ไข้สมองอักเสบ และ AFP” : 2 – 6 สิงหาคม 2542. โรงแรมบีพีสมิหลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
4. กระทรวงสาธารณสุข กองระบาดวิทยา. โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ เล่ม 1 “แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่” กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541
5. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ เล่ม 3 “คู่มือโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่” กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตร จำกัด
6. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย (20 ปี ภายหลังจากโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ). รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2540 ; 26 (42) : 585 – 588
7. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537 – 2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2541 ; 29 (18) : 253 – 256, 265 – 267.
8. กิตติ พุฒิกานนท์. เทคนิคการสอบสวนโรคติดต่อ. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 9 พิษณุโลก, กุมภาพันธ์ 2539 สุจิตรา นิรมานนิตย์. เวชปฏิบัติปริทัศน์ : โรคคอตีบ. คลินิก 2532 ; 5 : 715 – 721.

บทบรรณาธิการ

นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์

นางสาวกนกทิพย์ ทิพย์รัตน์

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดเชื้อ

กองระบาดวิทยาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรคคอตีบ เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีความสำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย ปัจจุบันอัตราป่วยด้วยโรคนี้ลดลงอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตาม อัตราป่วยตายยังคงสูงอยู่ในปี พ.ศ. 2543 (ข้อมูล ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2543) กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคคอตีบทั้งหมด 51 ราย เสียชีวิต 10 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดพิษณุโลก 1 ราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกได้สอบสวนโรค เพื่อค้นหาแหล่งโรค การแพร่กระจายของโรค และได้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคตามรายละเอียดของรายงานการสอบสวนโรคคอตีบข้างต้น

การเกิดโรคคอตีบในจังหวัดพิษณุโลกครั้งนี้ ไม่สามารถระบุแหล่งโรคได้ และในรายงานกล่าวว่า มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยอาจจะได้รับเชื้อจากมารดาผู้ป่วยเอง เพราะก่อนผู้ป่วยมีอาการ 5 วัน ผู้ป่วยไม่มีประวัติการเดินทางไปที่อื่นหรือมีญาติจากที่อื่นมาเยี่ยม ในทางปฏิบัติควรซักประวัติการเดินทางหรือการสัมผัสผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยที่อาจจะนำเชื้อคอตีบมาสู่ผู้ป่วยได้ ย้อนหลังไปประมาณ 2 - 15 วัน (ระยะติดต่อ) เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย จะสามารถแพร่เชื้อออกมาสู่ผู้ป่วยได้ ในกรณีมารดาของผู้ป่วยซึ่งในรายงานกล่าวว่าไม่มีประวัติเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ระหว่างวันที่ 18 - 22 กรกฎาคม 2542 ซึ่งเป็นระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะป่วย 6 - 8 วัน และอาจจะเป็นพาหะของเชื้อคอตีบได้ก็ตาม แต่เนื่องจากว่า ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้งหมด 20 ราย (รวมมารดาผู้ป่วยด้วย) ไม่พบเชื้อ จึงควรคำนึงถึงวิธีการเก็บและการส่งตัวอย่างตรวจเพื่อการแปลผลที่ถูกต้อง ดังนี้

1. เก็บตัวอย่างส่งตรวจ (Throat swab) ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
2. วิธีการเก็บตัวอย่างคือการทำ Throat swab ถูกต้อง
3. ใช้ transport media ถูกต้อง ตามระยะเวลาที่สามารถส่งถึงห้องปฏิบัติการได้
4. กรณีที่ส่งตัวอย่างไปห้องปฏิบัติการไม่ได้ทันที ให้เก็บตัวอย่างไว้ที่อุณหภูมิห้อง

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคคอตีบในผู้สัมผัสและพาหะได้แสดงรายละเอียดข้างต้นและในกรณีผู้สัมผัสที่เป็นนักเรียน ควรหยุดเรียนแก่ 5 วัน เท่ากับระยะฟักตัวของโรค

แนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคคอตีบ

มาตรการในผู้สัมผัส

ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเร็ว โดยพิจารณาจากคำจำกัดความของคำว่า ผู้สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง ผู้ที่ได้สัมผัสติดต่อกลุกลกับผู้ป่วยในช่วง 15 วัน นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมีโอกาสได้รับเชื้อโดยตรงจาก การไอ จาม รดกัน หรือพูดคุยกันในระยะใกล้ชิด หลังจากค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดได้แล้ว ให้ดำเนินการดังนี้

1. เพาะเชื้อจากลำคอ (throat swab) ผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกรายก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ถ้าเพาะเชื้อได้ผลบวกแต่ไม่มีอาการ ให้ดำเนินการแบบเป็นพาหะ (carrier) ถ้าเพาะเชื้อได้ผลบวกและมีอาการให้ดำเนินการแบบผู้ป่วยคอตีบ

2. ติดตามดูอาการผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกวันเป็นเวลา 5 วัน ว่ามีอาการโรคคอตีบหรือไม่ ถ้ามีอาการให้การรักษาแบบผู้ป่วยทันที

3. ให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกราย โดยไม่คำนึงถึงประวัติการได้รับวัคซีนมาก่อน

ให้ erythromycin 40 – 50 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (ขนาดสูงสุด 2 กรัมต่อวัน)

รับประทานเป็นเวลา 7 วัน หรือ benzathine penicillin G ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ขนาด 6 แสนยูนิต ในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 30 กิโลกรัม และ 1 ล้าน 2 แสน ยูนิต ในเด็กน้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม

4. ให้วัคซีน DTP หรือ dT (ตามเกณฑ์อายุ) ทันที โดยพิจารณาจากประวัติการได้รับวัคซีน DTP ในอดีตดังนี้

ในกรณีที่เกิดไม่เคยได้รับวัคซีน หรือได้รับไม่ครบ 3 ครั้ง หรือไม่ทราบประวัติการรับวัคซีน ให้ฉีดวัคซีนจนครบ 3 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างระหว่างเข็มประมาณ 1 เดือน (สูตร 0, 1, 2)

- ในกรณีที่เด็กได้รับวัคซีนครบ 3 ครั้งแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการกระตุ้นภายใน 1 ปี ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น 1 เข็ม
- ในกรณีที่เด็กได้รับวัคซีน 4 ครั้ง แต่ครั้งสุดท้ายนานเกิน 5 ปี ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น 1 เข็ม
- ในกรณีที่เด็กได้รับวัคซีน 4 ครั้ง ครั้งสุดท้ายไม่เกิน 5 ปี หรือได้รับวัคซีนครบ 5 ครั้งแล้ว ไม่ต้องให้วัคซีนอีก

5. ผู้สัมผัสที่ไม่สามารถติดตามดูอาการได้ ควรให้ active immunization และให้ benzathine penicillin G ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ไม่ควรใช้ยา erythromycin เพราะอาจกินไม่ครบตามกำหนด 7 วัน

มาตรการในพาหะ

พาหะ หมายถึง ผู้สัมผัสใกล้ชิด ที่มีผลเพาะเชื้อจากลำคอพบ *Corynebacterium diphtheriae* และไม่มีอาการ ควรดำเนินการดังนี้

1. ในช่วงที่ยังถูกจัดเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดและได้รับยาปฏิชีวนะ(ก) (รับประทาน erythromycin เป็นเวลา 7 วัน หรือ ฉีด benzathine penicillin G) แล้ว เมื่อผลเพาะเชื้อจากลำคอ พบเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* และไม่มีอาการ จะถูกจัดว่าเป็น พาหะ ให้เพาะเชื้อจากลำคอซ้ำ และให้ยา erythromycin รับประทานต่ออีก 3 วัน (ข) และดำเนินการต่อไปดังนี้

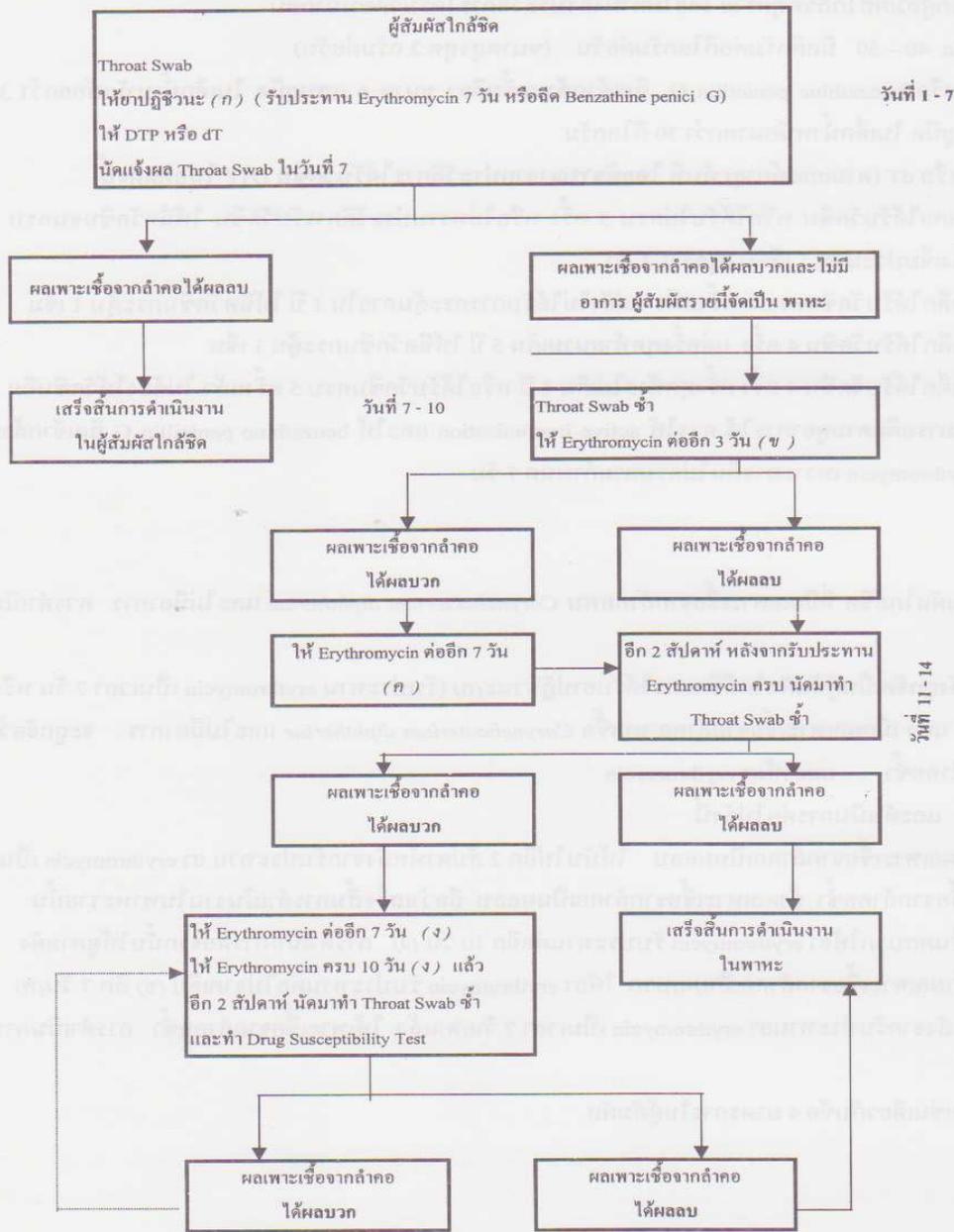
ถ้าผลเพาะเชื้อจากลำคอเป็นผลลบ ให้นับไปอีก 2 สัปดาห์หลังจากรับประทาน ยา erythromycin เป็นเวลา 3 วัน(ข) แล้วให้เพาะเชื้อจากลำคอซ้ำ ถ้าผลเพาะเชื้อจากลำคอเป็นผลลบ ถือว่าเสร็จสิ้นการดำเนินงานในพาหะรายนั้น แต่ถ้าผลเพาะเชื้อจากลำคอเป็นผลบวกให้ยา erythromycin รับประทานต่ออีก 10 วัน (ง) การดำเนินการต่อจากนั้นให้ดูตามผัง

ถ้าผลเพาะเชื้อจากลำคอเป็นผลบวก ให้ยา erythromycin รับประทานต่อไปจากเดิม (ข) อีก 7 วัน(ค) และให้นับไปอีก 2 สัปดาห์หลังจากรับประทานยา erythromycin เป็นเวลา 7 วัน(ค)แล้ว ให้เพาะเชื้อจากลำคอซ้ำ การดำเนินการต่อจากนั้นให้ดูตามผัง

2. ให้วัคซีนเช่นเดียวกับข้อ 4 มาตรการในผู้สัมผัส



ผังการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคคอตีบในผู้สัมผัสและพาหะ



วันที่ 1 - 7

วันที่ 7 - 10

วันที่ 11 - 14

วัสดุและวิธีการ

1. สร้างแบบสอบถาม ทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข
2. สุ่มตัวอย่างดังนี้
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 75 จังหวัด
 - โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง 90 แห่ง
 - โรงพยาบาลชุมชน สุ่มตัวอย่างมาร้อยละ 30 โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากทุกจังหวัด 713 แห่ง ได้จำนวน 216 แห่ง
3. ดำรวจรายชื่อผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยาใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกจังหวัด เพื่อส่งแบบสอบถาม
4. ส่งแบบสอบถามถึงผู้รับผิดชอบงานระดับวิทยาจำนวน 381 คน ทางไปรษณีย์ ในเดือนกรกฎาคม 2542
5. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Epi Info 6.04b

ผลการศึกษา

ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 230 ชุด คิดเป็นร้อยละ 60.37

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.7 เพศหญิง ร้อยละ 44.3 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30 – 39 ปี (ร้อยละ 52.7) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20 – 29 ปี (ร้อยละ 30.8) (ตารางที่ 1) เป็นนักวิชาการทางด้านสาธารณสุขถึง ร้อยละ 45.2 รองลงมา เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 30.9 และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 14.8 สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ตามสัดส่วนของการส่งแบบสอบถาม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 อายุของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามเพศ

อายุ (ปี)	ชาย	หญิง	รวม	
			จำนวน	ร้อยละ
20 – 29	47	24	71	30.8
30 – 39	67	54	121	52.7
40 – 49	10	20	30	13.0
50 – 59	4	4	8	3.5
รวม	128	102	230	100.0

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามสาขาวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน

สาขาวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
สาขาวิชาชีพ		
นักวิชาการทางด้านสาธารณสุข	104	45.2
พยาบาลวิชาชีพ	34	14.8
พยาบาลเทคนิค	18	7.8
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	71	30.9
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2	0.9
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์	1	0.4
รวม	230	100.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	23	10.0
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป	60	26.1
โรงพยาบาลชุมชน	145	63.0
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1	0.4
สถานีอนามัย	1	0.4
รวม	230	100.0

รายงานฉบับนี้เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการดำเนินงานวิจัยและให้บริการแก่บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สงวนลิขสิทธิ์ในเอกสารฉบับนี้ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
 ๒๕๓๕
 ๒๕๓๖
 ๒๕๓๗
 ๒๕๓๘
 ๒๕๓๙
 ๒๕๔๐
 ๒๕๔๑
 ๒๕๔๒
 ๒๕๔๓
 ๒๕๔๔
 ๒๕๔๕
 ๒๕๔๖
 ๒๕๔๗
 ๒๕๔๘
 ๒๕๔๙
 ๒๕๕๐
 ๒๕๕๑
 ๒๕๕๒
 ๒๕๕๓
 ๒๕๕๔
 ๒๕๕๕
 ๒๕๕๖
 ๒๕๕๗
 ๒๕๕๘
 ๒๕๕๙
 ๒๕๖๐
 ๒๕๖๑
 ๒๕๖๒
 ๒๕๖๓
 ๒๕๖๔
 ๒๕๖๕
 ๒๕๖๖
 ๒๕๖๗
 ๒๕๖๘
 ๒๕๖๙
 ๒๕๗๐
 ๒๕๗๑
 ๒๕๗๒
 ๒๕๗๓
 ๒๕๗๔
 ๒๕๗๕
 ๒๕๗๖
 ๒๕๗๗
 ๒๕๗๘
 ๒๕๗๙
 ๒๕๘๐
 ๒๕๘๑
 ๒๕๘๒
 ๒๕๘๓
 ๒๕๘๔
 ๒๕๘๕
 ๒๕๘๖
 ๒๕๘๗
 ๒๕๘๘
 ๒๕๘๙
 ๒๕๙๐
 ๒๕๙๑
 ๒๕๙๒
 ๒๕๙๓
 ๒๕๙๔
 ๒๕๙๕
 ๒๕๙๖
 ๒๕๙๗
 ๒๕๙๘
 ๒๕๙๙
 ๒๖๐๐

ตารางที่ 3 ปริมาณการใช้คู่มือ “นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา”

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานมีคู่มือ		
1. มี	153	66.5
2. ไม่มี	77	33.5
รวม	230	100.0
การใช้คู่มือ		
1. ใช้ ใช้คู่มือในกรณี	130	56.5
1. เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องรายงาน	66	50.8
2. ช่วยให้ข้อมูลการวินิจฉัยผู้ป่วย	44	33.8
3. ทั้งข้อ 1 และ 2	19	14.6
4. ใช้ศึกษาทบทวนความรู้	1	0.8
2. ไม่ได้ใช้ เพราะ	100	43.5
1. รู้นิยามผู้ป่วยอยู่แล้ว	8	8.0
2. ไม่สามารถใช้อ้างอิงได้	1	1.0
3. ไม่รู้ว่าคู่มือ, ไม่มีคู่มือ	59	59.0
4. แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรค	16	16.0
5. ไม่ตอบ	16	16.0
รวม	230	100.0
ใช้คู่มือบ่อยเพียงใด		
1. ใช้กับผู้ป่วยทุกราย	12	9.2
2. ใช้ประมาณ 7 – 9 รายใน 10 ราย	2	1.5
3. ใช้ประมาณ 4 – 6 รายใน 10 ราย	19	14.6
4. ใช้ประมาณ 1 – 3 รายใน 10 ราย	85	65.5
5. ไม่ตอบ	12	9.2
รวม	130	100.0

2. ปริมาณการใช้คู่มือและความคิดเห็นต่อคู่มือ “นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา”

ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนเป็นผู้ทำหน้าที่รายงานโรคในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) หน่วยงานที่มีคู่มือ “นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา” มีร้อยละ 66.5 แต่มีการใช้คู่มือดังกล่าวเพียง ร้อยละ 56.5 โดยใช้เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องรายงานมากที่สุด (ร้อยละ 50.8) รองลงมา คือ ช่วยให้ข้อมูลการวินิจฉัยผู้ป่วย (ร้อยละ 33.8) สำหรับความถี่ของการใช้คู่มือพบว่า ร้อยละ 65.5 ใช้คู่มือประมาณ 1 – 3 ราย ใน 10 ราย ที่ต้องรายงาน ส่วนสาเหตุที่ไม่ใช้คู่มือเนื่องจาก ไม่รู้ว่าคู่มือหรือ ไม่มีคู่มือมีมากถึงร้อยละ 59.0 รองลงมา คือ แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรคร้อยละ 16.0 (ตารางที่ 3)

ผลของการใช้คู่มือต่อความแม่นยำ (Specificity) ของการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคบางโรค พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8 – 83.2) เห็นว่า การใช้คู่มือช่วยให้การรายงานโรคทั้ง 5 โรคมีความแม่นยำมากขึ้น (ตารางที่ 4) สำหรับผลการใช้คู่มือต่อความไวในการตรวจพบผู้ป่วยเพื่อรายงาน (Sensitivity) ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่า มีความไวเพิ่มขึ้นทั้ง 5 โรคเช่นกัน (ร้อยละ 55.6 – 64.1) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นในการใช้คู่มือต่อความแม่นยำในการรายงานโรค

โรคที่รายงาน	แม่นยำมากขึ้น	แม่นยำน้อยลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	รวม (row %)
Severe diarrhoea	74.6	0.8	24.6	100.0
DHF	83.2	4.2	12.6	100.0
Diphtheria	75.9	0.9	23.3	100.0
Leptospirosis	73.3	2.6	24.1	100.0
Pneumonia	71.8	1.7	26.5	100.0

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นในการใช้คู่มือต่อความไวในการรายงานโรค

โรคที่รายงาน	ไวมากขึ้น	ไวน้อยลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	รวม (row %)
Severe diarrhoea	61.0	0	39.0	100.0
DHF	64.1	6.0	29.9	100.0
Diphtheria	62.1	1.7	36.2	100.0
Leptospirosis	61.2	3.4	35.3	100.0
Pneumonia	55.6	5.1	39.3	100.0

ฉบับที่ ๓๑ ประจำเดือนสิงหาคมปี ๒๕๓๓ ฉบับที่ ๓๒ ประจำเดือนกันยายนปี ๒๕๓๓ ฉบับที่ ๓๓ ประจำเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๓ ฉบับที่ ๓๔ ประจำเดือนพฤศจิกายนปี ๒๕๓๓ ฉบับที่ ๓๕ ประจำเดือนธันวาคมปี ๒๕๓๓ ฉบับที่ ๓๖ ประจำเดือนมกราคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๓๗ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๓๘ ประจำเดือนมีนาคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๓๙ ประจำเดือนเมษายนปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๐ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๑ ประจำเดือนมิถุนายนปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๒ ประจำเดือนกรกฎาคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๓ ประจำเดือนสิงหาคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๔ ประจำเดือนกันยายนปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๕ ประจำเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๖ ประจำเดือนพฤศจิกายนปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๗ ประจำเดือนธันวาคมปี ๒๕๓๔ ฉบับที่ ๔๘ ประจำเดือนมกราคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๔๙ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๐ ประจำเดือนมีนาคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๑ ประจำเดือนเมษายนปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๒ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๓ ประจำเดือนมิถุนายนปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๔ ประจำเดือนกรกฎาคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๕ ประจำเดือนสิงหาคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๖ ประจำเดือนกันยายนปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๗ ประจำเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๘ ประจำเดือนพฤศจิกายนปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๕๙ ประจำเดือนธันวาคมปี ๒๕๓๕ ฉบับที่ ๖๐ ประจำเดือนมกราคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๑ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๒ ประจำเดือนมีนาคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๓ ประจำเดือนเมษายนปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๔ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๕ ประจำเดือนมิถุนายนปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๖ ประจำเดือนกรกฎาคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๗ ประจำเดือนสิงหาคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๘ ประจำเดือนกันยายนปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๖๙ ประจำเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๗๐ ประจำเดือนพฤศจิกายนปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๗๑ ประจำเดือนธันวาคมปี ๒๕๓๖ ฉบับที่ ๗๒ ประจำเดือนมกราคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๓ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๔ ประจำเดือนมีนาคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๕ ประจำเดือนเมษายนปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๖ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๗ ประจำเดือนมิถุนายนปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๘ ประจำเดือนกรกฎาคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๗๙ ประจำเดือนสิงหาคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๘๐ ประจำเดือนกันยายนปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๘๑ ประจำเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๘๒ ประจำเดือนพฤศจิกายนปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๘๓ ประจำเดือนธันวาคมปี ๒๕๓๗ ฉบับที่ ๘๔ ประจำเดือนมกราคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๘๕ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๘๖ ประจำเดือนมีนาคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๘๗ ประจำเดือนเมษายนปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๘๘ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๘๙ ประจำเดือนมิถุนายนปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๐ ประจำเดือนกรกฎาคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๑ ประจำเดือนสิงหาคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๒ ประจำเดือนกันยายนปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๓ ประจำเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๔ ประจำเดือนพฤศจิกายนปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๕ ประจำเดือนธันวาคมปี ๒๕๓๘ ฉบับที่ ๙๖ ประจำเดือนมกราคมปี ๒๕๓๙ ฉบับที่ ๙๗ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ปี ๒๕๓๙ ฉบับที่ ๙๘ ประจำเดือนมีนาคมปี ๒๕๓๙ ฉบับที่ ๙๙ ประจำเดือนเมษายนปี ๒๕๓๙ ฉบับที่ ๑๐๐ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๓๙

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นต่อคู่มือ“นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา”

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ข้อดีของคู่มือ		
1. การรายงาน โรคระดับ จ. อ. ต. มีมาตรฐานเดียวกัน	79	51.5
2. มีความมั่นใจในการรายงาน โรคมากขึ้น	41	26.8
3. ข้อ 1 และ 2	18	11.8
4. มีความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคมากขึ้น	7	4.6
5. ข้อ 1 และ 4	2	1.3
6. ข้อ 2 และ 4	1	0.7
7. ข้อ 1, 2 และ 4	5	3.3
รวม	153	100.0
ข้อเสียของคู่มือ		
1. บ่งชี้กรณีที่ต้องรายงานบางโรคไม่ชัดเจน	54	35.2
2. เนื้อหาบางโรคไม่สามารถใช้ปฏิบัติได้	42	27.5
3. รายละเอียดไม่ครบถ้วน	12	7.8
4. ข้อ 1 และ 2	10	6.5
5. ไม่ครอบคลุมทุกโรค	4	2.6
6. เนื้อหาบางส่วนไม่ถูกต้อง	1	0.7
7. รหัส ICD 10 บางโรคซ้ำกัน	1	0.7
8. ไม่มีข้อเสีย	13	8.5
9. ไม่ตอบ	16	10.5
รวม	153	100.0
ควรแก้ไขปรับปรุงอย่างไร		
1. บ่งชี้กรณีที่ต้องรายงานให้ชัดเจนทุกโรค	51	33.3
2. ปรับแก้ไขเนื้อหาบางโรคให้ปฏิบัติได้จริง	43	28.1
3. ข้อ 1 และ 2	23	15.0
4. แก้ไขเนื้อหาบางส่วนให้ถูกต้อง	3	2.0
5. ข้อ 1 และ 4	1	0.7
6. อื่นๆ	20	13.1
7. ไม่ตอบ	12	7.8
รวม	153	100.0

สำหรับข้อดีและข้อเสียของคู่มือ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่า คู่มือมีข้อดีมากที่สุด คือ ทำให้การรายงานโรคระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล มีมาตรฐานเดียวกัน (ร้อยละ 51.5) รองลงมา คือ ช่วยให้มี ความมั่นใจในการรายงานโรคมากขึ้น (ร้อยละ 26.8) ส่วนข้อเสียมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ บ่งชี้กรณีที่ต้องรายงานบางโรคไม่ชัดเจน (ร้อยละ 35.2) และเนื้อหาบางโรคไม่สามารถใช้ปฏิบัติได้ (ร้อยละ 27.5)

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. เพิ่มเนื้อหาให้มากขึ้น ได้แก่
 - สาเหตุของโรค วิธีควบคุมป้องกันโรค
 - ลักษณะทางคลินิกเพื่อย้ายต่อการวินิจฉัย
 - เพิ่มรายละเอียดแต่ละโรคมามากขึ้นและมีครบทุกโรค
 - ค่าปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - รายละเอียดข้อบ่งชี้ที่ต้องรายงานให้ชัดเจนมากขึ้น
 - แบบสอบสวนโรค
2. ให้รหัสสอดคล้องกับ ICD 10
3. สนับสนุนคู่มือแก่จังหวัดให้เพียงพอ ทั้งถึงทั้งสถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอ และฝ่ายอื่นในโรงพยาบาล
4. ระเบียบโรงพยาบาลชุมชนไม่จำเป็นต้องใช้คู่มือ
5. รายงานโรคตามการวินิจฉัยของแพทย์ ใช้คู่มือในกรณีพิเศษสถานอนามัย เพื่อชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทำ รง.506 ให้ถูกต้อง
6. แพทย์วินิจฉัยผิดพลาด ควรแจกแพทย์เพื่อให้วินิจฉัยไปในทางเดียวกัน
7. การรายงานโรคบางครั้งไม่ได้ใช้นิยามตามคู่มือ เนื่องจาก นโยบายของหน่วยงาน
8. คู่มือดีแต่ผู้ใช้ไม่ปฏิบัติตามคู่มือ
9. ได้ความรู้ดี
10. ขนาดใหญ่เกินไป ควรปรับปรุงให้มีขนาดเหมาะสม
11. อยากให้จัดประชุมทำความเข้าใจการใช้คู่มือ
12. ควรสนับสนุนหนังสือโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ 5 เล่มจะเป็นประโยชน์มากกว่า

วิจารณ์

สถานบริการที่มีและใช้คู่มือ “นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา” มีเพียงร้อยละ 66.5 และ 56.5 ซึ่งค่อนข้างน้อย อาจเนื่องจาก คู่มือไม่ถึงผู้รับผิดชอบการรายงานโรคหรือเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบแล้วไม่ได้ส่งมอบคู่มือต่อ กรณีที่ใช้คู่มือที่พบมากที่สุด คือ เพื่อให้แน่ใจว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องรายงาน นับว่าเป็นการใช้ที่ถูกต้องเหมาะสมกับการเฝ้าระวัง อย่างไรก็ตาม การที่มีการใช้คู่มือค่อนข้างน้อย อาจเนื่องจาก ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยเห็นความสำคัญของคู่มือ หรือปฏิบัติจนสามรถจดจำได้เป็นอย่างดี หรือรายงานตามที่แพทย์วินิจฉัยอย่างชัดเจนจึงไม่ต้องใช้คู่มือ

ส่วนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่า คู่มือนี้ไม่มีเนื้อหาหัวข้ออื่นๆ อาจเนื่องจาก ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของคู่มือนี้ ที่ให้ใช้เพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาโรค ดังนั้น ประเด็นและขอบเขตของเนื้อหาจึงแตกต่างกัน ถ้าเป็นคู่มือเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค เนื้อหาควรละเอียดเพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยและรักษา ส่วนคู่มือเพื่อการเฝ้าระวัง เนื้อหาจะบ่งชี้เกณฑ์การวินิจฉัยเพื่อการรายงานโรคให้มีความรวดเร็วทันเหตุการณ์เพื่อการสอบสวนและควบคุมป้องกันโรคต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่มีคู่มือ “นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา” มีร้อยละ 66.5 แต่มีการใช้คู่มือดังกล่าว เพียงร้อยละ 56.5 โดยใช้เพื่อให้แน่ใจว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องรายงานมากที่สุด และส่วนใหญ่ใช้คู่มือเพียงประมาณ 1 – 3 ราย ใน 10 ราย ที่ต้องรายงาน ส่วนสาเหตุที่ไม่ใช้คู่มือ เนื่องจาก ไม่รู้ว่ามีคู่มือหรือไม่มีคู่มือมีมากถึง ร้อยละ 59.0 การใช้คู่มือช่วยให้การรายงานโรคทั้ง 5 โรคมีความแม่นยำและความไวมากขึ้น คู่มือมีข้อดีมากที่สุด คือ ทำให้การรายงานโรคระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล มีมาตรฐานเดียวกัน ส่วนข้อเสียมากที่สุด คือ บ่งชี้กรณีที่ต้องรายงานบางโรคไม่ชัดเจน ผลการศึกษาดังกล่าว กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดเชื้อจึงจะพิจารณาปรับปรุงแก้ไขคู่มือ ดังนี้

1. ปรับปรุงนิยามในการรายงานโรคให้สมบูรณ์มากขึ้น
2. เพิ่มเนื้อหาสาเหตุของโรค วิธีการควบคุมป้องกัน และแบบสอบสวนโรค
3. เขียนข้อบ่งชี้ที่จะต้องรายงานโรคให้ชัดเจน ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้
4. ปรับปรุงรูปเล่มให้มีขนาดเหมาะสม
5. สนับสนุนคู่มือให้เพียงพอโดยเฉพาะบุคลากรผู้รับผิดชอบโดยตรงและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้คู่มือ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานระบาดวิทยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น