



# เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control,  
Ministry of Public Health.

# ประจำสัปดาห์

ISSN 0859-547X

<http://epid.moph.go.th/>

ปีที่ ๓๔ : ฉบับที่ ๑๖ : ๒๕ เมษายน ๒๕๔๖, Volume 34 : Number 16 : April 25, 2003

## วิสัยทัศน์

**กรมควบคุมโรค** “ เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคในประเทศและระดับนานาชาติ ”

**สำนักงานคณะกรรมการควบคุมโรค** “ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสากล ในด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยา ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและนานาชาติ สร้างองค์ความรู้และภูมิปัญญา ป้องกันโรคภัย และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ”

ทุกรายงานมีคุณค่าต่อระบบเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค โปรดช่วยกันตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องและส่งให้ทันตามกำหนดเวลา (ภายในเช้าวันอังคาร)

| สัปดาห์ที่         | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| จำนวนจังหวัดที่ส่ง | 34 | 44 | 47 | 50 | 59 | 55 | 57 | 62 | 49 | 69 | 63 | 65 | 61 | 61 | 59 | 60 |

สัปดาห์ที่ 16 วันที่ 13 – 19 เมษายน พ.ศ. 2546

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

สัปดาห์ที่ 16 ส่งทันเวลา 60 จังหวัด

ปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทย

ส่งข้อมูลทันเวลาสัปดาห์นี้ 60 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 78.95

## รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง

ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2546 (วันที่ 11 - 17 เมษายน 2546)

ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) เก็บข้อมูลเฉพาะผู้บาดเจ็บรุนแรง (ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตหรือต้องพักรักษาในโรงพยาบาล) จากอุบัติเหตุ ถูกพิษ ถูกทำร้าย และทำร้ายตนเอง ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่งในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ระหว่างวันศุกร์ที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2546 ถึงวันพฤหัสบดีที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2546 จากโรงพยาบาลเครือข่าย 26 แห่ง

### การบาดเจ็บและเสียชีวิต

มีผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ที่ทราบผลการรักษาภายในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2546 รวม 2,669 คน เสียชีวิต 78 คน คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 3 (รูปที่ 1และ2)

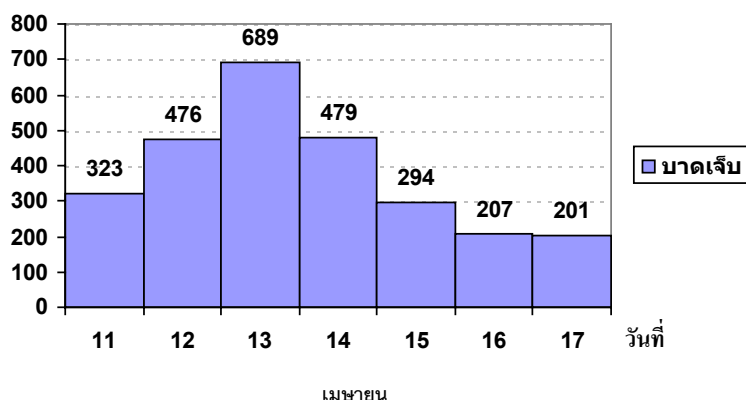
★ รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2546 (วันที่ 11 - 17 เมษายน 2546) 265

★ ประสพการณ์การจัดการเรื่อง SARS ที่หาที่ใหญ่ ช่วงวันที่ 19 มีนาคม ถึง 17 เมษายน พ.ศ. 2546 267

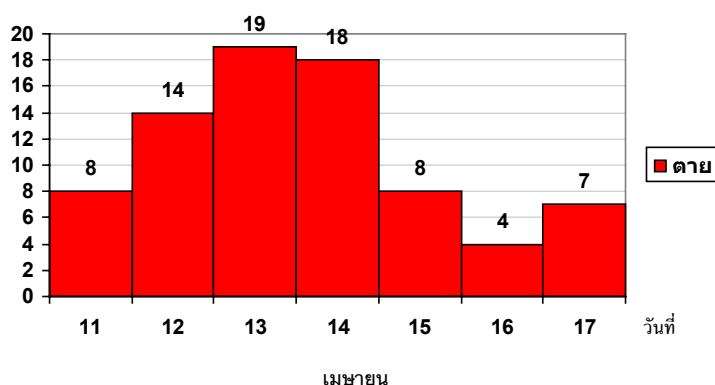
★ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2546 ข้อมูล ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2546 270

★ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วน สัปดาห์ที่ 16, วันที่ 13 - 19 เมษายน พ.ศ. 2546 273

รูปที่ 1 จำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงในเทศกาลสงกรานต์ ปี 2546 (วันที่ 11 - 17 เมษายน 2546) ที่มารักษาในโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 26 แห่ง



รูปที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตในเทศกาลสงกรานต์ ปี 2546 (วันที่ 11 - 17 เมษายน 2546) ที่มารักษาในโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวัง การบาดเจ็บ 26 แห่ง



ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการชนส่งเป็นหญิงน้อยกว่าชาย อัตราส่วน หญิงต่อชายเท่ากับ 1 : 3 อายุเฉลี่ย 27 ปี กลุ่มอายุ 15 – 29 ปี มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้บาดเจ็บทั้งหมด สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี บาดเจ็บคิดเป็นร้อยละ 12 และตายน้อยกว่าร้อยละ 9 ของทั้งหมด

กลุ่มอาชีพที่มีสัดส่วนสูงสุดในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการชนส่งทั้งหมด คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ กลุ่มนักเรียนนักศึกษา (ร้อยละ 19) และกลุ่มเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) (ร้อยละ 14) ส่วนลักษณะการใช้นานพาหนะ ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ พบสูงถึงร้อยละ 62 ในขณะที่ผู้โดยสารพบร้อยละ 30 และคนเดินเท้า มีเพียงร้อยละ 6 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุบ่อยได้แก่ ช่วงเวลาระหว่าง 16.00 - 19.00 น. ร้อยละ 31 ซึ่งมีการบาดเจ็บประมาณ 1 ใน 3 ของทั้งหมด กลไกการบาดเจ็บสูงสุดได้แก่ การชน ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ พาหนะล้มคว่ำเอง ร้อยละ 44.3

### การใช้แอลกอฮอล์

- พบผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ทราบสถานะการใช้แอลกอฮอล์ทั้งหมด 2,473 คน มีผู้ใช้แอลกอฮอล์ 1,239 คน (ร้อยละ 50 ของทั้งหมด)
- จากผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกชนิด 1,527 คน มีผู้ใช้แอลกอฮอล์ 952 คน (ร้อยละ 62.3)

| การใช้แอลกอฮอล์ของผู้ขับขี่<br>จำแนกตามประเภทยานพาหนะ | จำนวนทั้งหมด* | ใช้แอลกอฮอล์ |        |
|-------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------|
|                                                       |               | จำนวน        | (%)    |
| จักรยานยนต์                                           | 1,367         | 885          | (65)   |
| ปิคอัพหรือรถตู้                                       | 46            | 26           | (56)   |
| บรรทุก 6 ล้อขึ้นไป                                    | 11            | 5            | (45)   |
| เก๋ง                                                  | 18            | 7            | (39)   |
| จักรยาน/สามล้อ                                        | 61            | 18           | (29.5) |

\*เฉพาะที่ทราบสถานะของการใช้แอลกอฮอล์

**การสวมหมวกนิรภัย**

- ผู้บาดเจ็บที่ใช้จักรยานยนต์ (รวมผู้ขับขี่และโดยสาร) ที่ทราบสถานะของการสวมหมวกนิรภัยทั้งหมด 1,806 คน มีผู้สวมหมวก 134 คน (ร้อยละ 7.4)

**การนำส่งผู้บาดเจ็บมาโรงพยาบาล**

การมาโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุโดยมีผู้นำส่ง จำนวน 979 คน นำส่งโดยเจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ภัยสูงสุดร้อยละ 29, โดยหน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล (EMS) ร้อยละ 12, โดยตำรวจ ร้อยละ 2 และอื่น ๆ ร้อยละ 57

| ผู้นำส่ง              | จำนวน      | (%)            |
|-----------------------|------------|----------------|
| หน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาล | 120        | (12.3)         |
| มูลนิธิ, กู้ภัย       | 284        | (29.0)         |
| ตำรวจ                 | 18         | (1.8)          |
| อื่น ๆ                | 557        | (56.9)         |
| <b>รวม</b>            | <b>979</b> | <b>(100.0)</b> |

**การปฐมพยาบาลขณะนำส่งและระหว่างนำส่งโรงพยาบาล**

ผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ควรได้รับการปฐมพยาบาลก่อน/ขณะนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การเข้าเฝือกชั่วคราว และการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ แต่ไม่มีการปฐมพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ในกรณีการนำส่งจากที่เกิดเหตุสูงถึงร้อยละ 73 -80 สำหรับผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น โดยไม่มีการปฐมพยาบาลนั้น มีสัดส่วนสูงเกินเป้าหมายซึ่งกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 5 พบไม่มีการดูแลการหายใจ ร้อยละ 13, ไม่ได้เข้าเฝือกชั่วคราว ร้อยละ 12

| การปฐมพยาบาล          | นำส่งจากที่เกิดเหตุ |                    |        | ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น |                    |                    |
|-----------------------|---------------------|--------------------|--------|-------------------------|--------------------|--------------------|
|                       | ทั้งหมด*            | ไม่มี <sup>a</sup> | (%)    | ทั้งหมด*                | ไม่มี <sup>a</sup> | (%)                |
| ดูแลการหายใจ          | 116                 | 91                 | (78.4) | 331                     | 42                 | (12.7)             |
| การห้ามเลือด          | 503                 | 402                | (79.9) | 845                     | 35                 | (4.1) <sup>b</sup> |
| เข้าเฝือกชั่วคราว     | 318                 | 231                | (72.6) | 708                     | 82                 | (11.6)             |
| ให้สารน้ำทางหลอดเลือด | 268                 | 216                | (80.6) | 980                     | 45                 | (4.6) <sup>b</sup> |

\*ทั้งหมด หมายถึง ผู้บาดเจ็บทั้งหมดที่จำเป็นต้องมีการปฐมพยาบาลขณะนำส่ง

<sup>a</sup>ไม่มี หมายถึง ไม่มีการปฐมพยาบาล

<sup>b</sup> หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการด้านการบำบัดรักษาที่กำหนดไว้

แหล่งข้อมูล : โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 26 แห่ง : รพม.นครราชสีมา, รพม.นครราชสีมา, รพศ.ราชบุรี, รพศ.ลำปาง, รพศ.สวรรค์ประชารักษ์(นครสวรรค์), รพศ.ยะลา, รพศ.เชียงรายฯ, รพศ.หาดใหญ่, รพศ.พระปกเกล้า(จันทบุรี), รพม.พุทธชินราช(พิษณุโลก), รพศ.ขอนแก่น, รพศ.อุดรธานี, รพศ.ชลบุรี, รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ (ปราจีนบุรี), รพศ.ตรัง, รพศ.สุราษฎร์ธานี, รพศ.บุรีรัมย์, รพศ.สุรินทร์, รพศ.เจ้าพระยาบรมราช(สุพรรณบุรี), รพศ.อุดรดิตถ์, รพศ.ระยอง, รพศ.พระนครศรีอยุธยา, รพศ.สระบุรี, รพศ.นครปฐม, รพ.พระนั่งเกล้า(นนทบุรี) และ รพ.เลิดสิน(กทม)

รวบรวมและวิเคราะห์โดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

### ประสบการณ์การจัดการเรื่อง SARS ที่หาดใหญ่

ช่วงวันที่ 19 มีนาคม ถึง 17 เมษายน พ.ศ. 2546

บทความนี้ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการเตรียมพร้อมจัดบริการและป้องกันการแพร่กระจายโรค SARS ในเขตจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นผลงานร่วมกันของหน่วยราชการหลายภาคส่วน ทั้งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การเตรียมพร้อมทางด้านวิชาการและการประสานงานในการบริหารจัดการ เป็นหัวใจของเรื่องนี้

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ลงทุนจัดตั้งหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อมานานกว่า 15 ปี โดยมีวิสัยทัศน์ที่เห็นว่า ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ในอนาคต เมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีการรักษาที่มี

ความเสี่ยงสูง การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการประกันคุณภาพ และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อทำงานวิชาการหลายอย่าง รวมทั้งการหาทางลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจภายในโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมา ใช้การติดเชื้อโรควัณโรค (ตรวจดู tuberculin conversion) ซึ่งเป็น air-borne infection เป็นตัวแทน (surrogate) ในการประเมินความเสี่ยง และได้เตรียมห้องแยกส่วนหนึ่ง สำหรับรักษาผู้ป่วยที่อาจจะแพร่เชื้อโรคทางระบบหายใจ โดยมีระบบดูดตัวไอโอเลต (UV) และ negative pressure ตลอดจนมีหน้ากากป้องกันระดับ N95 และ HEPA ไว้จำนวนหนึ่ง

เมื่อกลางเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกประกาศ global alertเตือนการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ในฮ่องกงและเวียดนาม และมีข่าวว่าแพทย์ผู้ติดเชื้อรายหนึ่งเดินทางเข้ามาับการรักษาในประเทศไทย ช่วงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2546 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียกประชุมฉุกเฉินระหว่างเวลา 19.00 น - 22.00 น. โดยเชิญคณะเจ้าหน้าที่ จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 เข้าร่วมหารือมาตรการเตรียมรับมือ เช้าวันรุ่งขึ้น มาตรการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลอย่างเข้มข้นเริ่มทำงาน มีการแจก mask แก่ผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจทุกราย และให้เจ้าหน้าที่ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกคน มีการซักซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่อาจจะเป็น SARS ผ่านระเบียงและผ่านลิฟท์พิเศษซึ่งล็อกไว้ เพื่อขนส่งผู้ป่วยโรคนี้โดยเฉพาะ จากห้องฉุกเฉินไปยังห้องแยก ซึ่งตรวจสอบการทำงานของระบบดังกล่าวไว้แล้วทุกขั้นตอน พยายามป้องกันการติดเชื้อจากระบบสัมผัส และระบบทางเดินหายใจอย่างเข้มงวดที่สุด หอผู้ป่วยบางส่วนต้องเตรียมถูกปิดเพื่อจัดระดมเจ้าหน้าที่พยาบาลมาดูแลผู้ป่วย SARS ซึ่งอาจจะมาโรงพยาบาลเมื่อไรก็ได้ มีการบรรยายทางวิชาการเรื่อง SARS ให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหลายครั้ง และการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งทางแผ่นพับ อีเมลถึงทุกคนในมหาวิทยาลัย รวมทั้งวิทยุและโทรทัศน์

วันที่ 31 มีนาคม ผู้ป่วยชายอายุ 79 ปี ถือสัญชาติจีนฮ่องกง ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งให้มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาไข้ ไอ หอบมา 2 - 3 วัน ผลการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ปอด ทำให้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น probable case of SARS ระบบที่เตรียมไว้แล้วเริ่มดำเนินการตามแผนการที่วางไว้ทันที หอผู้ป่วย SARS เริ่มทำงาน ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลจากพยาบาลเวรละ 3 คน โดย 2 คนช่วยกันดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ ส่วนคนที่สามทำงานอยู่ที่ nurse station โดยไม่สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 เริ่มดำเนินการมาตรการการควบคุมผู้สัมผัสโรคในครอบครัว ที่วางแผนไว้เริ่มทำงาน แล้วรายงานไปยังกระทรวงสาธารณสุข ข่าวแพร่ไปทางสื่อมวลชน ความตื่นตระหนกเกิดขึ้นทั่วไปในชุมชนและในมหาวิทยาลัย ประชาชนหวาดระแวงว่าโรงพยาบาลจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจจะนำเชื้อกระจายสู่ชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่เป็นที่ต้อนรับของพ่อค้าแม่ค้าบางราย ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ SARS โดยตรง ในช่วงเดียวกัน มีอาจารย์และนักศึกษาของมหาวิทยาลัยหลายสิบคน เดินทางกลับจากประเทศจีน เนื่องจากเป็นช่วงปิดภาคฤดูร้อนของไทย มีการติดต่อระหว่างประเทศทั้งสองมาก มาตรการกักโรค (quarantine) ทำได้ยากทั้ง home quarantine (จำกัดให้อยู่บ้าน) สำหรับอาจารย์ และ dormitory quarantine (จำกัดให้อยู่ในหอพัก) สำหรับนักศึกษา

ผู้ป่วย SARS รายแรกนี้เสียชีวิตในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2546 การจัดการศพเป็นปัญหาค้นต่อไป ตั้งแต่พนักงานเวรเปล ไม่ยอมขนศพ การยับยั้งของกงสุลจีนเพื่อให้ได้รับอนุญาตจากญาติในประเทศจีน จนกระทั่งสัปเหร่อ พระและชาวบ้านรอบ ๆ วัด ที่อยู่ใกล้กับโรงพยาบาล และเคยเผาศพผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไม่ยอมให้เผาศพในวัดนั้น ถึงแม้จะมีการชี้แจงให้การศึกษาแก่นคนเหล่านั้นแล้วก็ตาม ในที่สุดด้วยความช่วยเหลือของฝ่ายปกครอง ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัดและรองผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตลอดจนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในที่สุดก็สามารถจัดการเผาศพอย่างถูกหลักการแพทย์ในวัดแห่งหนึ่งอย่างเป็นความลับ

ด้านการสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับ SARS และส่วนที่เตรียมพร้อม เป็นสิ่งสำคัญ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ได้มีการประชุมรับฟังความเห็นและประสบการณ์ ตลอดจนให้คำปรึกษา (post-exposure counselling) แก่เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ สอบถามความรับรู้และการผ่านการซ้อมปฏิบัติการก่อนรับผู้ป่วยจริง ตลอดจนอาการต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ปฏิบัติงาน 4 - 5 รายต้องพักผ่อนเพื่อคลายเครียด อย่างไรก็ตาม สองสัปดาห์หลังผู้ป่วยเสียชีวิต ทั้งญาติที่ใกล้ชิด 7 คน และทีมงานของโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงรวม 33 คน ไม่ได้มีอาการของการติดเชื้อแต่อย่างใด ทีมงานดังกล่าวของโรงพยาบาล ได้เข้าร่วมตรวจเลือดเพื่อหาระดับแอนติบอดีต่อเชื้อ สองครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ โดยวิธีการทางห้องปฏิบัติการในอนาคต เมื่อเทคนิคการตรวจหาแอนติบอดีดังกล่าวเป็นเทคนิคที่ได้มาตรฐานแล้ว

หลังจากการดูแลผู้ป่วย SARS รายแรกสิ้นสุดลง มีการถ่ายทอดประสบการณ์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไปยังโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความพร้อมแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ

มาตรการของส่วนกลางที่ออกมาทั่วประเทศในการกักโรคจากประเทศที่เสี่ยง น่าจะช่วยให้ช่วยป้องกันการระบาดของโรคภายในประเทศได้ดี ผู้ป่วยเพียงรายเดียวได้สร้างความโกลาหลกับระบบบริการสาธารณสุขของพื้นที่อย่างมาก ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมากจนเกินไป ระบบควบคุมการติดเชื้อคงไม่สามารถทำงานได้อย่างได้ผล

หนึ่งเดือนแรกของการเตรียมรับและเผชิญกับผู้ป่วย SARS ผ่านไป สิ่งที่ทีมงานได้เรียนรู้และต้องการถ่ายทอดไปยังทีมงานในท้องถิ่นอื่นของประเทศได้แก่

1. การสะสมความรู้ที่ทันสมัยไว้วางหน้า (knowledge pool) ประสานกับการรับรู้ ตระหนักภาวะคุกคามของสถานการณ์ (alertness) ที่ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญมาก โรงพยาบาลและระบบสาธารณสุขที่ดี ต้องมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพดังกล่าว การจัดให้มีการติดตามสถานการณ์และความรู้อย่างใกล้ชิดผ่าน internet เป็นประโยชน์อย่างมาก

2. การเตรียมพร้อม (preparedness) สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และความปลอดภัยทั้งอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การมีคู่มือปฏิบัติงานและการซักซ้อมปฏิบัติก่อนรับผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญปัญหาจริง

3. การประสานงาน ระหว่างหน่วยงานย่อยต่าง ๆ จัดแบ่งงานอย่างชัดเจน มีการติดต่อสื่อสารและประชุมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้งานราบรื่นไปได้ระดับหนึ่ง

4. การจัดให้ความรู้ แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากร และประชาชน ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทำให้เกิดความตระหนักถึงภัยคุกคามและยินดีให้ความร่วมมือ ในขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงความตระหนกจนเกินเหตุ ทำให้เกิดความรู้ที่เป็นเอกภาพ อำนาจความสะดวกในการทำงาน ภัยทางกายจากโรคร้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ภัยจากความตระหนกจนเกินเหตุก็เป็นภาวะการระบาด ซึ่งทำอันตรายต่อภาวะสุขภาพทางสังคมได้ไม่น้อยไปกว่ากัน

5. การสร้างขวัญและกำลังใจ และการเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับในการควบคุมทางเทคนิค และเผชิญความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย สร้างความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวในการทำงาน และติดตามให้การศึกษาและดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น

จุดอ่อนที่ควรได้รับการพัฒนาในอนาคตของทีมงานนี้ คงได้แก่การมีส่วนในการสอบสวนเชื้อสาเหตุของโรค เพื่อยืนยันคำวินิจฉัย ความคล่องตัวที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย SARS รายแรก ทำให้ไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจเช่น เสมหะ, throat swab ตัวอย่างเลือด และชิ้นเนื้อ อย่างเป็นระบบ ผู้ป่วย probable SARS รายนี้จึงเป็น probable case ตลอดไป ไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนว่า **ใช่หรือไม่ใช่** ในขณะที่เขียนบทรายงานนี้ มีการค้นพบที่สำคัญทางจุลชีววิทยาของเชื้อ *coronavirus* ซึ่งเป็นสาเหตุของ SARS อย่าง

มากมายและรวดเร็ว จนถึงปัจจุบันประเทศไทยนับเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขในการควบคุม SARS ที่ดีประเทศหนึ่งในโลก จากการที่เชื่อไม่ได้ระบาดร้ายแรงดังเช่นที่ประเทศอื่นประสบอยู่ แต่ด้านการพัฒนาการประสานงานระหว่างกรมควบคุมโรค ภาควิทยา และภาคสนามกับงานด้านจุลชีววิทยาของประเทศไทยเอง ควรได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ควรเร่งดำเนินการทำให้ชุดสำหรับการตรวจวินิจฉัยเชื้อ *coronavirus* ดังกล่าว มีพร้อมในประเทศไทยภายในระยะเวลาอันสั้นนี้ เพื่อทำให้การวิจัยทางระบาดวิทยา และการควบคุมโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลทำได้ถูกต้องแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายงานโดยทีมงาน SARS จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสงขลา

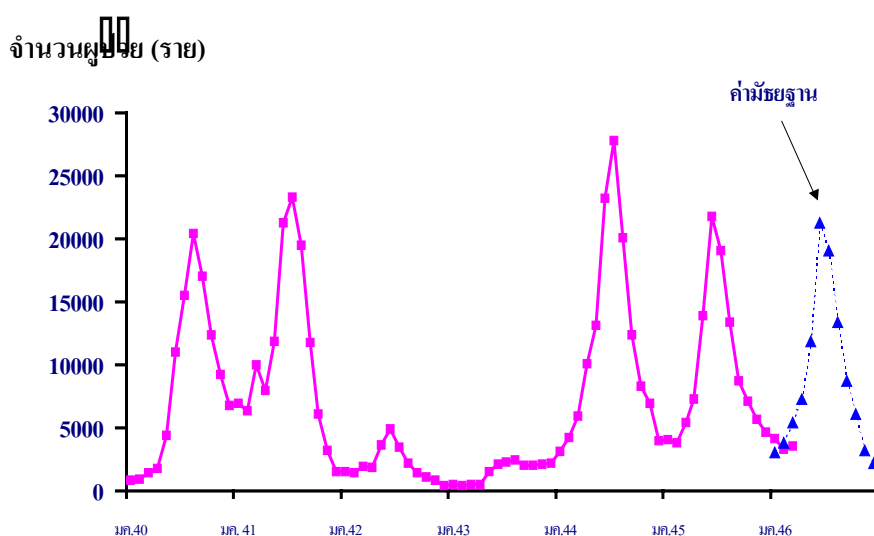
### สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2546

ข้อมูล ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2546

#### 1. สถานการณ์ในภาพรวม

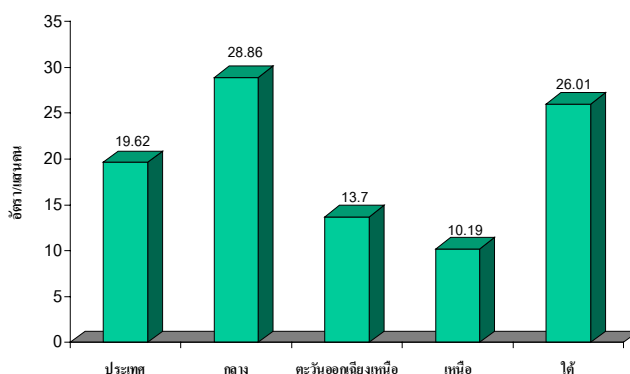
ตั้งแต่ต้นปีถึงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2546 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวม 12,224 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 19.62 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 ในเดือนมกราคม 2546 พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) และจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกับปีที่แล้วในช่วงเดือนเดียวกัน เดือนกุมภาพันธ์และเดือนมีนาคม พบผู้ป่วยน้อยกว่าค่ามัธยฐาน(พ.ศ.2541 – 2545) และน้อยกว่าปี 2545 ในวันที่ 1 – 19 เมษายน พ.ศ. 2546 (ซึ่งยังคงมีความล่าช้าในการส่งรายงานของบางจังหวัด) ได้รับรายงานผู้ป่วย 1,034 ราย เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม และ เมษายน มีแนวโน้มน้อยกว่าปี 2545 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรค DF + DHF + DSS จำแนกรายเดือน ประเทศไทย พ.ศ. 2540 - 2546 และค่ามัธยฐาน(2541 - 2546)

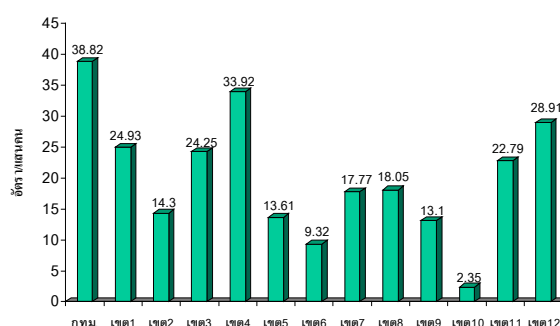


ภาคกลาง มีอัตราป่วยสูงสุด (28.86 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ อัตราป่วย 26.01 ต่อประชากรแสนคน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 13.70 ต่อประชากรแสนคน, และภาคเหนือ อัตราป่วย 10.19 ต่อประชากรแสนคน โดยเขต 4 อัตราป่วยสูงสุด 33.92 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็น เขต 12, เขต 1, เขต 3, เขต 11 และเขต 7 ตามลำดับ (รูปที่ 2 – 3)

รูปที่ 2 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรค DF+DHF+DSS  
จำแนกภูมิภาค ประเทศไทย พ.ศ.2546



รูปที่ 3 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรค DF+DHF+DSS  
จำแนกเขต ประเทศไทย พ.ศ.2546



เมื่อพิจารณาอัตราป่วยเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยน้อยกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวน 74 จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยมากกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร และประจวบคีรีขันธ์

## 2. สถานการณ์รายเขต

เมื่อพิจารณารายเขตพบว่าเขต 4 และเขต 7 มีจำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และมีนาคม พ.ศ. 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) ในช่วงเดือนเดียวกัน

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า มี 26 จังหวัด ที่พบจำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และมีนาคม พ.ศ. 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) ในช่วงเดือนเดียวกัน ดังนี้

ภาคกลาง เขต 3 จังหวัด ฉะเชิงเทรา

เขต 4 จังหวัด สมุทรสงคราม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขต 5 จังหวัด สุรินทร์ ชัยภูมิ บุรีรัมย์ นครราชสีมา มหาสารคาม

เขต 6 จังหวัด อุดรธานี สกลนคร กาฬสินธุ์

เขต 7 จังหวัด ร้อยเอ็ด มุกดาหาร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี นครพนม ยโสธร

ภาคเหนือ เขต 9 จังหวัด พิจิตร

ภาคใต้ เขต 11 จังหวัด สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต

เขต 12 จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี สตูล

จังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ มีนาคม เมษายน พ.ศ. 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) ในช่วงเดือนเดียวกันมี 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด มุกดาหาร

### 3. สถานการณ์รายจังหวัด อำเภอ

#### จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงในเดือนมีนาคม

1. ประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมือง บางสะพาน ทับสะแก
2. พิจิตร อำเภอเมือง ทับคล้อ ตะพานหิน
3. ระยอง อำเภอเมือง แกลง
4. อุบลราชธานี อำเภอเดชอุดม น้ำยืน ตระการพืชผล
5. สมุทรปราการ อำเภอเมือง บางพลี
6. สมุทรสาคร อำเภอเมือง กระทุ่มแบน บ้านแพ้ว
7. นครสวรรค์ อำเภอเมืองฯ ตาคลี ท่าตะโก
8. เพชรบุรี อำเภอเมือง บ้านลาด
9. สุราษฎร์ธานี อำเภอพุนพิน เกาะสมุย เมือง
10. ชลบุรี อำเภอเมือง บางละมุง ศรีราชา
11. กรุงเทพมหานคร เขตบางกะปิ บางซื่อ จอมทอง บางกอกน้อย สวนหลวง
12. บุรีรัมย์ อำเภอเมือง ประโคนชัย บ้านกรวด
13. มหาสารคาม อำเภอบรบือ วาปีปทุม
14. ฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง บ้านโพธิ์
15. สมุทรสงคราม อำเภอเมือง อัมพวา
16. นครปฐม อำเภอเมือง สามพราน
17. พังงา อำเภอเมือง ตะกั่วป่า ตะกั่วทุ่ง
18. นราธิวาส อำเภอสุไหงโกลลก ระแงะ
19. ยโสธร อำเภอเมือง กุดชุม
20. ศรีสะเกษ อำเภอกันทรลักษ์ ขุขันธ์ เมือง

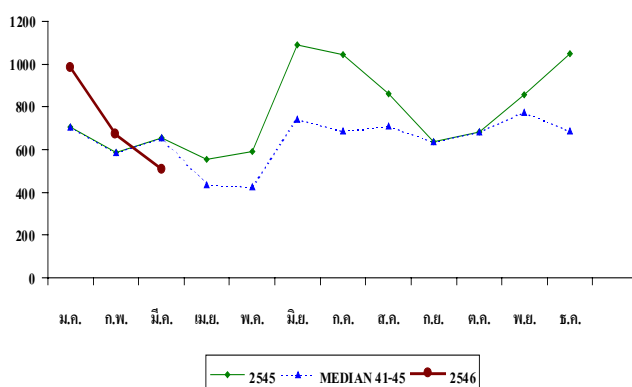
#### จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 1-19 เมษายน

1. ระยอง อำเภอเมือง แกลง
2. มุกดาหาร อำเภอดงหลวง เมือง
3. อุบลราชธานี อำเภอเดชอุดม น้ำยืน ศรีเชียงใหม่ ตระการพืชผล
4. เพชรบุรี อำเภอเมือง ท่าทาง บ้านลาด
5. สมุทรปราการ อำเภอเมือง
6. บุรีรัมย์ อำเภอเมือง ชำนิ ประโคนชัย
7. ประจวบคีรีขันธ์ อำเภอบางสะพาน ทับสะแก
8. สุราษฎร์ธานี อำเภอพุนพิน เมือง
9. สมุทรสงคราม อำเภอเมือง อัมพวา
10. อุทัยธานี อำเภอลานสัก
11. นครพนม อำเภอธาตุพนม นาแก ศรีสงคราม
12. ฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง
13. พิจิตร อำเภอสามง่าม วังทรายพูน
14. กำแพงเพชร อำเภอเมือง
15. ชัยภูมิ อำเภอเมือง บ้านแท่น
16. สกลนคร อำเภอสว่างแดนดิน คำตากล้า
17. กระบี่ อำเภอเมือง อ่าวลึก
18. สงขลา อำเภอเมือง จะนะ
19. นครสวรรค์ อำเภอตาคลี เมืองฯ
20. ราชบุรี อำเภอเมือง โพธาราม

### 4. สถานการณ์ในกรุงเทพมหานคร

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 19 เมษายน พ.ศ. 2546 ได้รับรายงานผู้ป่วยรวม 2,223 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต คิดเป็นอัตราป่วย 38.82 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคมและกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) และสูงกว่าปี 2545 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงในเดือนมีนาคม (รูปที่ 4) เขตที่มีอัตราป่วยสูง คือ ห้วยขวาง ดินแดง บางซื่อ ราชบุรี วัฒนา ป้อมปราบศัตรูพ่าย จตุจักร จอมทอง คลองสาน ประเวศ ธนบุรี ลาดพร้าว ลาดกระบัง บึงกุ่ม คลุค

รูปที่ 4 รายงานโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545, 2546 และค่ามัธยฐาน พ.ศ. 2541 - 2545





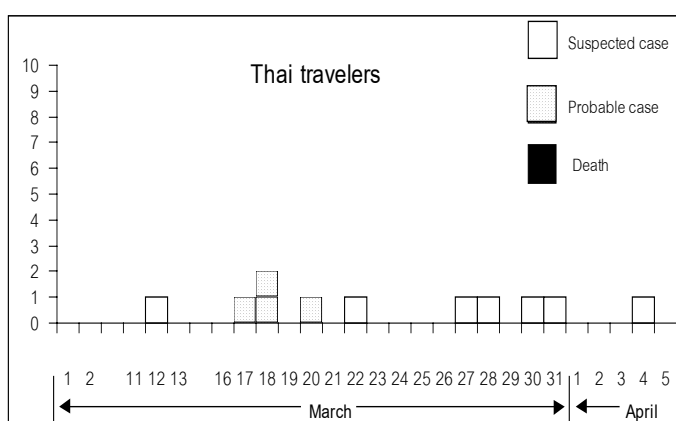
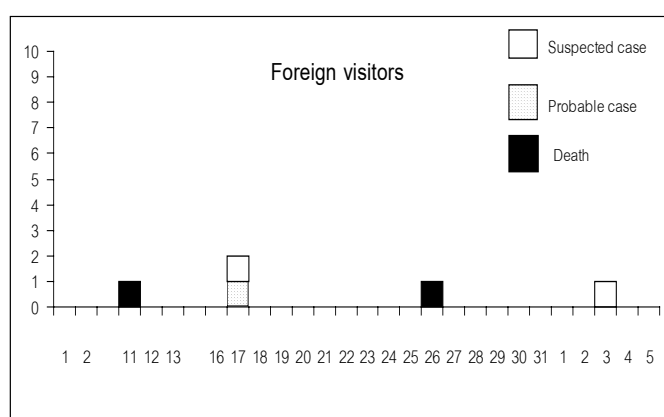
## 5. อายุและเพศของผู้ป่วย

ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยของเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 1.05 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.8) มีอายุมากกว่า 15 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 33.6) และกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 29.6) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของปี 2542 ถึง 2545 พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี มีสัดส่วนลดลง แต่กลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

รายงานโดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

## บทบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ ขอแก้ไขรูปภาพที่แสดงวันเริ่มป่วย ที่เผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ฉบับที่ 14 วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2546 หน้า 235 ดังนี้



ตารางที่ 1 จำนวนป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ , สัปดาห์ที่ 16 พ.ศ. 2546 (วันที่ 13 – 19 เมษายน พ.ศ. 2546)

ตารางที่ 2 จำนวนป่วยและตายด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษารายจังหวัด, สัปดาห์ที่ 16 พ.ศ. 2546 (วันที่ 13 – 19 เมษายน พ.ศ. 2546)

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศ นายแพทย์วัช จายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ  
นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข

## หัวหน้ากองบรรณาธิการ

นายแพทย์ คำนวณ อึ้งชูศักดิ์

## ผู้ช่วยหัวหน้ากองบรรณาธิการ

ว่าที่ ร.ต. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์ นางพงษ์ศิริ วัฒนาศุภกิจดี นางกาญจน์ย์ ด่านาคแก้ว นางสาวสิริลักษณ์ รังษีวงศ์

## กองบรรณาธิการวิชาการ

นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี พญ. ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ พญ.จุฬิพร จิระพงษา นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล  
นพ.เจตสรร นามวาท พญ.วรรณมา หาญเชาว์วรกุล นางลดาวัลย์ ผาติณานันต์ ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ นางแสงโฉม เกิดคล้าย  
นางสาวสุชาดา จันทสิริยากร

## กองบรรณาธิการดำเนินงาน

**ฝ่ายข้อมูล** นางสาวเพ็ญศรี จิตรนาททรัพย์ นางสุวดี ดีวงษ์ นางเพทาย ดอกสน สัตว์แพทย์หญิงเสาวพัตร อิน้อย  
นายสมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ นางอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์ นายประเวศน์ แย้มชื่น  
**ฝ่ายจัดการ** นางสาววรรณศิริ พรหมโชติชัย นางนงลักษณ์ อยู่ดี นางสาวสุรินทร์ เรืองรอด นางพูนทรัพย์ เปี่ยมณี  
นางสาวสมหมาย ยิ้มขลิบ นางสาวกฤตติกาณ์ต์ มาท้วม นางสาวภัทรา กาศิโณ  
**ฝ่ายศิลป์** นายถนอมยา พุกกะนันทน์ นายประมวล ทุมพงษ์

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 3,800 ฉบับ

## ส่งบทความ ข้อคิดเห็น

: หากพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โปรดแจ้ง ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา E-mail : pensri @ health.moph.go.th  
: ส่งบทความและข้อคิดเห็น ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา E-mail : sirirak @ health.moph.go.th

## สำนักงาน

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0-2590-1723, 0-2590-1827 โทรสาร 0-2590-1784

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tivanond Road, Nonthaburi 11000, Thailand.

Tel. 0-2590-1723, 0-2590-1827 FAX 0-2590-1784 Website http://epid.moph.go.th/, E-mail : thomya @ health.moph.go.th

จัดพิมพ์โดย ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักโรคระบาดวิทยา

ที่ สธ. 0419/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน  
ใบอนุญาตเลขที่ 73/2537  
ไปรษณีย์นนทบุรี