



เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ประจำสัปดาห์

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

ISSN 0859-547X

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

ปีที่ ๓๔ : ฉบับที่ ๑๙ : ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๔๖, Volume 34 : Number 19 : May 16, 2003

วิสัยทัศน์

กรมควบคุมโรค “ เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคในประเทศและระดับนานาชาติ ”

สำนักโรคระบาดวิทยา “ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสากล ในด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยา ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและนานาชาติ สร้างองค์ความรู้และภูมิปัญญา ป้องกันโรค กัก และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ”

ทุกรายงานมีคุณค่าต่อระบบเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค โปรดช่วยกันตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องและส่งให้ทันตามกำหนดเวลา (ภายในเช้าวันอังคาร)

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	34	44	47	50	59	55	57	62	49	69	63	65	61	61	59	60	66	65	66

สัปดาห์ที่ 19 วันที่ 4 – 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

สัปดาห์ที่ 19 ส่งทันเวลา 66 จังหวัด

ปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทย

ส่งข้อมูลทันเวลาสัปดาห์นี้ 66 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 86.84

การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเกี่ยวกับโรค SARS

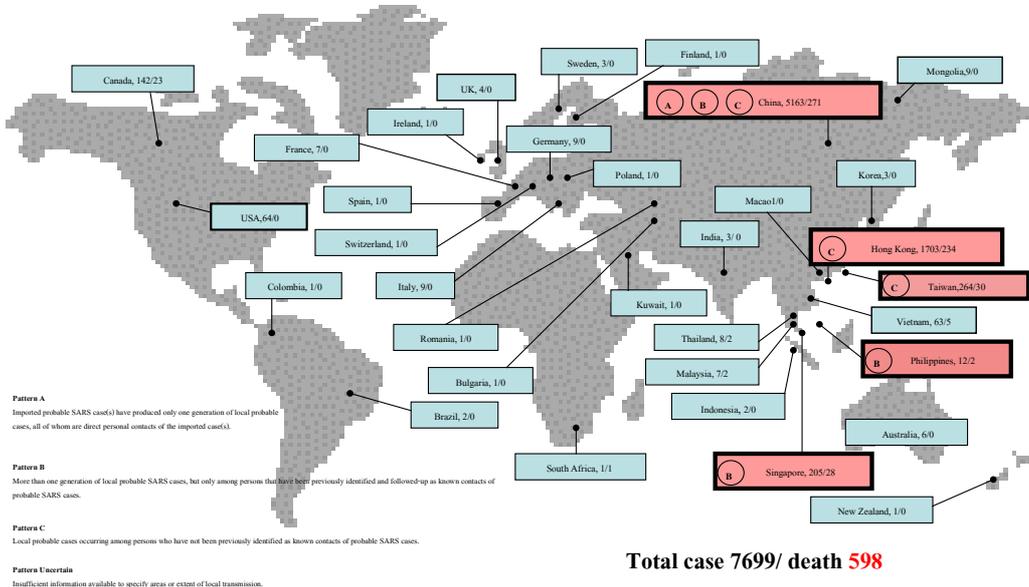
เนื่องจากปัญหาโรค SARS ที่ระบาดไปทุกทวีปของโลกยังคงไม่หยุดนิ่ง ทั้งในด้านของโรคSARSเอง และการตอบสนองอย่างว่องไวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งนักวิทยาศาสตร์ที่พยายามศึกษาวิจัยให้ได้องค์ความรู้ใหม่ไปต่อสู้กับโรค SARS เพื่อหยุดยั้งมันให้ได้ การติดตามความรู้เกี่ยวกับ SARS จึงเป็นประโยชน์ยิ่งสำหรับนักระบาดวิทยาในการระเฝ้าระวังปัญหาและปรับเปลี่ยนขบวนการรับมือกับโรคSARS รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ฉบับนี้ได้นำเสนอสถานการณ์ของโรค SARS และการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงที่เกิดขึ้นในระยะใกล้ ๆ ที่ผ่านมา

- ★ การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเกี่ยวกับโรค SARS 341
- ★ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2546
ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 347
- ★ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
เร่งด่วน สัปดาห์ที่ 19,
วันที่ 4 – 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 349

สถานการณ์ทั่วโลกนับถึงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 มีรายงานจาก 30 ประเทศ เป็นผู้ป่วย 7699 ราย และเสียชีวิต 598 ราย

Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS

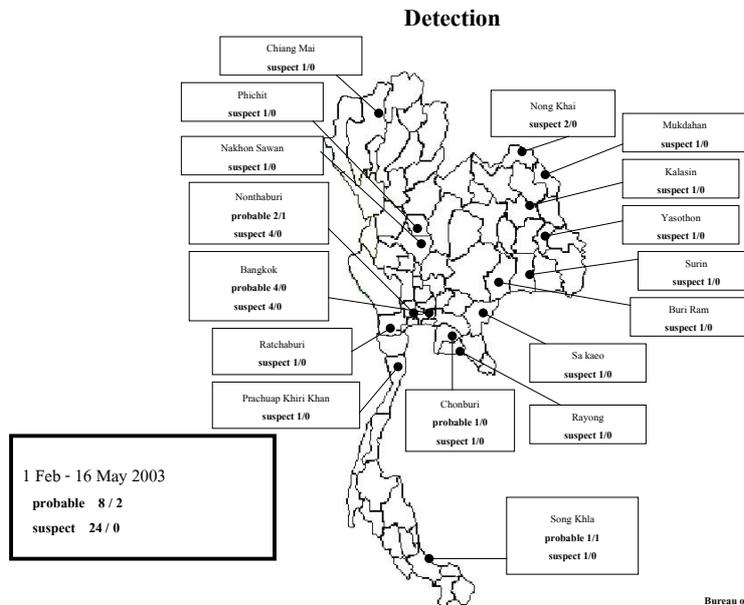
1 Nov 2002 - 15 May 2003



Note : Data from <http://www.who.int/csr/sars/country/2003/en/>

สถานการณ์ในประเทศไทย จนถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 จากการติดตามสอบสวน 243 ราย มีรายงาน Probable SARS จำนวน 8 ราย เสียชีวิต 2 ราย, Suspected SARS จำนวน 24 ราย เสียชีวิต 0 ราย

Situation of SARS, Thailand by Place of Case



ลักษณะระบาดวิทยาที่สำคัญของโรค SARS โดยสังเขป

อาการสำคัญ: ไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ต่อมามีอาการหายใจลำบากเพราะปอดอักเสบ ถึงแม้จะมีหลักฐานชัดเจนทางพยาธิวิทยาว่าเป็นปอดอักเสบแบบ Atypical pneumonia ซึ่งเกิดจากเนื้อปอดรอบๆ ถุงลมถูกทำลาย แล้วถุงลมยุบลง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการขาดออกซิเจน เพราะไม่มีเลือดไปเลี้ยงและถุงลมแฟบ แต่องค์การอนามัยโลกยังถือนิยามเหมือนเดิมคือ ถ้า

ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวและมีปอดอักเสบไม่ว่าจะเป็น typical pneumonia หรือ Atypical pneumonia ก็จัดว่าเป็น Probable SARS ถ้ามีประวัติว่าได้รับเชื้อจากการเดินทาง ไปพื้นที่ที่มีการแพร่กระจายโรค SARS หรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค SARS

เชื่อดันเหตุ: ยังยืนยันว่าเป็นไวรัสในตระกูล Corona ที่แตกต่างไปจากสายพันธุ์เดิม ที่ก่อให้เกิดโรคในคนและสัตว์ที่เคยพบมาก่อน แต่เชื่อดันเหตุนี้เป็นไวรัส Corona ที่ไม่เคยพบมาก่อน เรียกชื่อไวรัสตัวใหม่นี้ว่า SARS Virus

วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: หลังจากพิสูจน์ได้ว่าเป็น SARS Virus แล้ว และศึกษาทางพันธุกรรมจนเข้าใจรายละเอียดของมัน ได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นมาใหม่ 3 อย่าง ด้วยกัน

1. การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อ SARS Virus ด้วยเทคนิค ELISA หลังจากอาการเริ่มป่วยในสัปดาห์ที่ 2-3 แต่มักพบผลบวกในสัปดาห์ที่ 3

2. การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อ SARS Virus ด้วยเทคนิค Immunofluorescent มักตรวจหาผลบวกหลังเริ่มป่วยประมาณ 10 วัน

3. การตรวจหาสารพันธุกรรม RNA ของไวรัสด้วยวิธี PCR ซึ่งจะมีความจำเพาะสูง แต่มีจุดด้อยที่ความไว้น้อย ดังนั้นเมื่อตรวจได้ผลลบไม่สามารถสรุปว่าไม่ติดเชื้อ

ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงไม่แนะนำให้พึ่งพาการตรวจดังกล่าว เพราะอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดประมาทขึ้นได้ ในกรณีผลการตรวจเป็นลบ

แหล่งรังโรค: คนที่ป่วยยังไม่มีหลักฐานว่าพบในสัตว์ที่ป่วยแต่อย่างไร

วิธีการติดต่อ: จากคนสู่คนโดยการสัมผัสละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วยอันเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิด ยังไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับการแพร่เชื้อไปตามอากาศ (airborne transmission) แต่อาจจะแพร่ทางอุจจาระของผู้ป่วยได้

ระยะฟักตัว: 2 ถึง 10 วัน เฉลี่ยประมาณ 5-6 วัน ระยะฟักตัวซึ่งหมายถึง ช่วงเวลาระหว่างการได้รับเชื้อจนถึงการปรากฏอาการเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาวิธีการควบคุมโรคต่าง ๆ รวมถึงการติดตามผู้สัมผัสและระยะเวลาที่จะกักกันหรือแยกผู้ป่วย ตลอดจนช่วยในการวินิจฉัยโรค ระยะฟักตัวจะขึ้นกับวิธีแพร่กระจายและปริมาณเชื้อที่ได้รับจากผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก ได้ทบทวนแล้วยังยืนยันว่า 10 วัน เป็นระยะฟักตัวที่ยาวที่สุด จากการศึกษาในกรณีของสิงคโปร์, แคนาดา และยุโรป ที่มีประวัติการได้รับเชื้อ SARS ไวรัสที่ชัดเจน จากจุดเดียวกัน (Single-point exposures)

ระยะที่เชื้อสามารถแพร่ได้: ส่วนใหญ่เป็นช่วงที่มีอาการป่วยประมาณวันที่ 3-4 ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการไข้ และมีอาการทางระบบหายใจชัดเจน พบปอดอักเสบโดยการฉายภาพรังสี สำหรับในช่วงระยะอื่นขณะที่ไม่มีอาการ โอกาสแพร่เชื่อน้อยมาก

ประชากรกลุ่มเสี่ยง: ได้แก่ บุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในบ้านเดียวกัน และผู้สัมผัสใกล้ชิดอื่น ๆ (Close contacts) จากสถิติของประเทศต่าง ๆ โรคนี้เกิดในผู้ใหญ่ ในเด็กพบได้น้อยมาก ไม่มีความแตกต่างทางเพศ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวโรคอื่นอยู่ก่อน

การรักษา: ยังไม่มียาจำเพาะที่ผ่านการศึกษาพิสูจน์ว่าได้ผลแน่นอน

การควบคุมโรค: การแยกผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Isolation Precautions) การติดตามผู้สัมผัส (Contact tracing) ที่อาศัยระบบการเฝ้าระวังสอบสวนโรค ที่รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน และการแยกผู้สัมผัสที่ยังไม่มีอาการ (Quarantine) หรือผู้ที่เข้าข่ายสงสัย

การเฝ้าระวังสอบสวนโรค SARS: ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ทราบขนาดของปัญหาของขอบเขตการแพร่ระบาด ช่วยให้ตรวจจับค้นพบการระบาดได้รวดเร็วทันท่วงที ช่วยค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา ผู้อาศัยร่วมบ้าน และผู้มีประวัติสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อการริบดำเนิการใช้มาตรการป้องกัน ตลอดจนทำให้ทราบระบาดวิทยาของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปช่วยให้สามารถกำหนดและปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมป้องกันโรค

การปรับเปลี่ยนนิยามผู้ป่วย

ก่อนที่จะมีการค้นพบ SARS Virus ยังไม่มีวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ใช้ องค์การอนามัยโลกได้อาศัยข้อมูลทางด้านคลินิกและระบาดวิทยา ในการกำหนดนิยาม อย่างไรก็ตามแม้จะมีวิธีการตรวจใหม่ให้ใช้ แต่เนื่องจากความจำกัดดังกล่าวข้างต้นทำให้ไม่สามารถถือเป็นการตรวจวินิจฉัยที่ใช้ทั่วไปทางการแพทย์และระบาดวิทยาได้จึงจะต้องมีการทบทวนใหม่และกำลังทำการพัฒนากลั่นกรองให้ได้วิธีการตรวจที่นำมาใช้ทั่วไปได้ องค์การอนามัยโลกได้ทำการปรับเปลี่ยนนิยามผู้ป่วยอย่าง

ระมัดระวังเพื่อไม่ให้ผลการตรวจที่เป็นผลลบลงส่งผลให้เกิดความชะล่าใจว่าไม่ใช่โรค SARS ซึ่งจะอันตรายทำให้โรค SARS ระบาดเพิ่มอีกได้

องค์การอนามัยโลกจึงได้ปรับเปลี่ยนนิยามใหม่ในวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 ดังนี้ :

นิยามผู้ป่วย (Case definitions)

ผู้ป่วยสงสัย (Suspect case) หมายถึง

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (หลังจากวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545) ด้วยอาการต่อไปนี้

1.1 ใช้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส (100.4 องศาฟาเรนไฮต์) และ

1.2 ไอ หรือหายใจลำบาก และ

1.3 มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ป่วยสงสัย (Suspect) หรือผู้ป่วยที่น่าจะเป็น (Probable) โรค SARS ในช่วง 10 วันก่อนเริ่มป่วย โดยที่การสัมผัสใกล้ชิด หมายถึง การดูแลรักษา การอยู่อาศัยด้วยกัน หรือสัมผัสโดยตรงกับสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย เช่น น้ำมูก น้ำลาย ละอองฝอยการไอหรือจาม

- มีประวัติการเดินทางไปช่วง 10 วันก่อนเริ่มป่วย ไปในประเทศที่ยังมีการแพร่กระจายโรค SARS (recent local transmission) ได้แก่ ประเทศแคนาดา (ในโตรอนโต), ประเทศสิงคโปร์, ประเทศจีน ในกวางตุ้ง ฮองกง มองโกเลียใน ซานซี เทียนสิน ปักกิ่ง และไทเป, ประเทศฟิลิปปินส์

(ควรติดตามประเทศเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงที่เว็บไซต์ <http://www.who.int/csr/sars/en/>)

2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ด้วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุ และไม่ได้ผ่าศพพิสูจน์และมีประวัติตามข้อ 1.3

ผู้ป่วยที่น่าจะเป็น (Probable Case) หมายถึง

1. ผู้ป่วยสงสัย (Suspect case) ที่มีผลการฉายภาพรังสีปอด พบว่าเข้าได้กับปอดอักเสบ (infiltrates consistent with pneumonia) หรือ Adult Respiratory Distress Syndrome

2. ผู้ป่วยสงสัย (Suspect case) ที่ตรวจพบการติดเชื้อ SARS coronavirus โดยวิธีทางห้องปฏิบัติการที่เชื่อถือได้

3. ผู้ป่วยสงสัย (Suspect case) ที่เสียชีวิต และมีผลการผ่าพิสูจน์ศพ (Autopsy) ที่เข้าได้กับพยาธิสภาพของภาวะหายใจแบบ Respiratory Distress Syndrome ที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน

เกณฑ์การเปลี่ยนการวินิจฉัยว่าไม่ใช่โรค SARS

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในตอนแรกว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยที่น่าจะเป็น หากภายหลังสามารถยืนยันการวินิจฉัยว่ามาจากสาเหตุอื่น ๆ และสามารถอธิบายการเจ็บป่วยได้ชัดเจนให้เปลี่ยนการวินิจฉัยได้

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในตอนแรกว่าเป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยที่น่าจะเป็น การที่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบต่อ SARS coronavirus ไม่ต้องเปลี่ยนการวินิจฉัยแต่อย่างไร

การปรับเปลี่ยนตัวเลขอัตราตายต่อผู้ป่วยร้อยละ (Case fatality rate)

องค์การอนามัยโลกเคยคาดการณ์ไว้ว่าประมาณ 6% ต่อมาปรับเป็น 14 – 15 % หลังจากที่มีข้อมูลละเอียด และครบถ้วนมากขึ้น พบว่ามีพิสัย 0 – 50 % ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยและโรคประจำตัวที่มีอยู่ก่อน โดยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 24 ปี จะมีอัตราตายต่อผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุ 25 – 44 ปี อัตราตายต่อ ผู้ป่วยร้อยละ 6 ในกลุ่มอายุ 45 – 64 ปี อัตราตายต่อผู้ป่วยร้อยละ 15 และผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราตายต่อผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 50

การปรับปรุงแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับโรค SARS

จากการติดตามเฝ้าระวังบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยที่น่าจะเป็นโรค SARS ในประเทศไทย ตั้งแต่ต้นเดือนมีนาคม 2546 จนถึงปัจจุบันยังไม่พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ SARS แต่ยังคงประมาทไม่ได้ โดยยังจะต้องดำเนินตามแนวทางการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับ SARS อย่างเคร่งครัด และเป็นโอกาสที่ทุกโรงพยาบาลจะต้องมีการทบทวนความพร้อมของระบบควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และปรับปรุงซักซ้อมให้เคยชินเป็นนิสัยที่ดีที่ยั่งยืนต่อไป อันเป็นประโยชน์ในการรับมือกับโรคติดต่อชนิดใหม่ ที่อาจเกิดการระบาดในอนาคตอีก

ในเดือนเมษายน 2546 ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (12 เมษายน 2546) และองค์การอนามัยโลก (24 เมษายน 2546) ได้ปรับปรุงแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับ SARS เพื่อให้ทันสมัยตามองค์ความรู้ใหม่

หน่วยผู้ป่วยนอก หน่วยคัดกรอง

1. ให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมในการคัดกรองโรค SARS ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยต้องประเมินว่าเป็น SARS โดยแยกออกไปยังพื้นที่ที่จัดไว้เพื่อลดโอกาสถ่ายทอดแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น ขบวนการนี้สำคัญมากต้องทำด้วยความชำนาญ และรวดเร็วจะได้ไม่มีโอกาสให้ SARS แพร่กระจายในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยที่สงสัยจะต้องใส่ mask ที่สามารถกรองอากาศที่หายใจออกมา
3. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในขบวนการคัดกรองจะต้องใส่ mask N95 และปกป้องกันตา และล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย หลังจากการทำงานที่อาจมีการปนเปื้อนและหลังจากถอดถุงมือ
4. ควรแยกผู้ป่วยที่กำลังทำการตรวจสอบว่าเป็น SARS ออกจากการอยู่ห้องเดียวกับผู้ป่วยน่าจะใช้ SARS
5. ควรระวังถุงมือ หูฟัง และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ปนเปื้อน อาจแพร่เชื้อ SARS ได้
6. ให้มีน้ำยาทำลายเชื้อ Sodium hypochlorite หรือสารละลายผงฟอกขาว อย่างสะดวกใช้ในตามเข้มข้นที่เหมาะสม

หอผู้ป่วยใน

การดูแลผู้ป่วย Probable SARS

1. ใช้ห้องแยกที่มีความดันของอากาศภายในห้องเป็นลบหรือต่ำกว่าอากาศนอกห้อง และประตูที่ปิดสนิท หรือถ้าไม่มีอาจใช้
2. ห้องเดี่ยวที่มีห้องน้ำอยู่ข้างใน หรือ
3. ถ้าไม่มีห้องเดี่ยวอาจให้ผู้ป่วยอยู่รวมกันในพื้นที่ที่มีอากาศในห้องแยกเป็นอิสระจากห้องอื่น มีระบบขับระบายอากาศออกข้างนอกตึกและมีห้องน้ำอยู่ในพื้นที่นั้น
4. ไม่ควรใช้แอร์คอนดิชันร่วมกับห้องอื่น ถ้าเป็นไปได้ให้ปิดแอร์ เปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทออกไปบริเวณนอกตึกที่ไม่ใช่เป็นที่สาธารณะมีผู้คนหนาแน่น
5. ต้องเคร่งครัดในการใช้ precautions สำหรับป้องกัน airborne, droplet และ contact transmission
6. ฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทั้งโรงพยาบาล รวมทั้งบุคลากรที่ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย
7. ต้องแต่งตั้งให้มีผู้ตรวจสอบคอยสังเกตการณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติวิธีควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อปรับปรุงให้ถูกต้องปลอดภัย
8. ควรใช้เครื่องมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ถ้าเป็นไปได้ แต่ถ้าจำเป็น ให้ทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานก่อนนำไปใช้อีก
9. พื้นผิวในหอผู้ป่วยให้ทำความสะอาดและทำลายเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อมาตรฐานที่มีความไวในการทำลายเชื้อไวรัสชนิดต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง เช่น 0.5 % Sodium hypochlorite
10. ไม่ควรนำผู้ป่วยนอกหอผู้ป่วย แต่ถ้าจำเป็นให้ผู้ป่วยใส่ N95 mask
11. พยายามลดการเยี่ยมผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ถ้าจำเป็นให้ใช้เครื่องมือป้องกันและควบคุมติดตามแนะนำใกล้ชิด
12. ไม่ให้ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือนักเรียนเข้าไปในห้องผู้ป่วย
13. การล้างมือสำคัญจำเป็นมาก ดังนั้นต้องมีน้ำสะอาดไหลให้ใช้ทุกครั้ง
14. การใช้ยาฆ่าแอลกอฮอล์ล้างมือทำได้ ถ้าไม่มีสารอินทรีย์ปนเปื้อนบนมือ

15. ทุกครั้งที่ช่วยการหายใจของผู้ป่วย เช่น การใช้ nebulisers, chest physiotherapy, gastroscope และ bronchoscope ต้องตระหนักถึงการแพร่กระจายว่าจะเกิดขึ้นได้ง่าย ต้องป้องกันให้ดีเสมอ
16. การเข้าสู่ห้องแยกผู้ป่วยจะต้องใส่เครื่องป้องกันส่วนบุคคล ดังนี้
 - 16.1. หน้ากากป้องกัน (N/R/P95/99 หรือ FFP 2/3 หรือมาตรฐานสากลของประเทศอุตสาหกรรม เช่น NIOSH (N, R, P95, 99, 100) หรือ European CE EN 149 : 2001 (FFP2,3) และ EN 143 : 2000 (P2) หรือมาตรฐานอื่นที่เท่าเทียมกัน
 - 16.2. ถุงมือ 1 คู่
 - 16.3. กาวน์ใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Disposable gown)
 - 16.4. ผ้ากันเปื้อน (Apron)
 - 16.5. สวมใส่ถุงเท้าที่สามารถนำไปทำลายเชื้อได้
17. การใช้ของมีคมทุกชนิดต้องมีความพร้อมในการทำด้วยวิธีการปลอดภัยมาตรฐาน
18. ใส่ใช้แล้วให้เก็บในห้องผู้ป่วยใส่ในถุง biohazard bags ก่อนส่งให้หน่วยงานซักฟอก และผู้ปฏิบัติงานจะต้องใส่เครื่องป้องกันส่วนบุคคล
19. การทำความสะอาดห้องให้ใช้น้ำยามาตรฐานในการทำลายเชื้อไวรัสได้กว้างขวาง และผู้ปฏิบัติจะต้องใส่เครื่องป้องกันส่วนบุคคลทุกครั้ง
20. การป้องกันระบบทางเดินหายใจ ถ้าเป็นไปได้ให้ใช้ P 100/FFP3 หรือ P99/FFP2 ซึ่งมีความสามารถในการกรองสูงมาก แต่ถ้าไม่มีอาจใช้ N95 (95% filter efficiency) แต่ควรทำ fit test ก่อนทุกครั้ง ตามคำแนะนำของผู้ผลิต ไม่ควรนำ disposable masks มาใช้ใหม่

องค์การอนามัยโลก แนะนำให้พยายามทำการแยกผู้ป่วยที่สงสัย และน่าจะเป็นโรค SARS ทุกรายให้เร็วที่สุด เพื่อลดช่วงเวลาระหว่างที่มีอาการกับการแยกผู้ป่วยให้เหลือสั้นที่สุด เพื่อไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อ และลดจำนวนผู้สัมผัสที่จะต้องถูกติดตามช่วยลดภาระการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และยังเป็นประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสที่ดีที่สุด ในการได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตได้

เราต้องเน้นให้ความสำคัญในแนวทางควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรค SARS ในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์จะต้องศึกษาปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ไม่ให้บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ติดเชืโรค SARS ห้ามประมาทเป็นอันขาด เนื่องจากการระบาดครั้งล่าสุดที่เมืองไทเป ประเทศไต้หวัน เกิดจากการระบาดในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นผลให้มีการปลดผู้อำนวยการโรงพยาบาลออกจากตำแหน่งทันที

Referene

1. World Health Organization. Cumulative Number of Reported cases (SARS) From 1 November 2002 – 08 May 2003. Available at <http://www.who.int/crs/sarscountry/2003-05-08/en>
2. Result of First Major Epidemiological Study of SARS in Hong kong. Christl Donnelly, Roy Anderson and Colleagues. Imperial college London, UK, the University of Hong Kong and the Department of Health in Hong Kong. The Lancet Available at http://www.the.lancet.com/journal/vol_361/iss_9368/full/lan.361.9368.early-online-publication.25595.1
3. WHO.Hospital Infection Control Guidance for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Revised 24 April 2003 available at http://www.who.int/crs/sars/infection_control/en/print.html
4. WHO Update 49 - SARS case fatality ratio, incubation period 7 May 2003. available at http://www.who.int/crs/sarsarchive/2003-05-07_a/en/print.html
5. แนวทางการเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome) ปรับปรุง 13 พฤษภาคม 2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

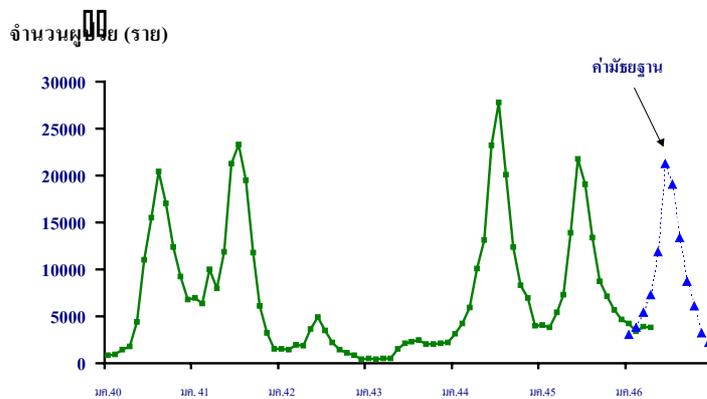
รายงานโดย นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.2546
ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546

1. สถานการณ์ในภาพรวม

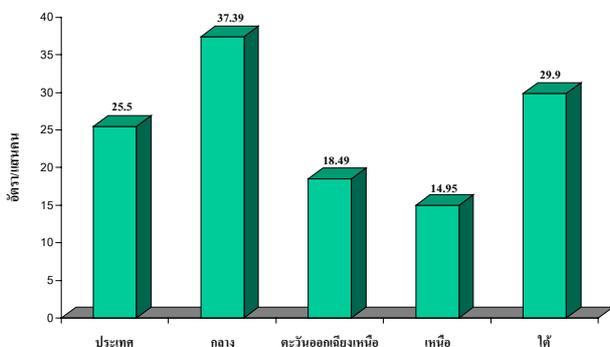
ตั้งแต่ต้นปีถึงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวม 18,891 ราย เสียชีวิต 15 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 25.50 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09 ในเดือนมกราคม 2546 พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) และจำนวนผู้ป่วยใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมาในช่วงเดือนเดียวกัน เดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม และเมษายน พบผู้ป่วยน้อยกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) และน้อยกว่าปี 2545 สำหรับเดือนเมษายน ได้รับรายงานผู้ป่วย 3,853 ราย เสียชีวิต 2 ราย ซึ่งในภาพรวมของประเทศ ข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม และเมษายน มีแนวโน้มน้อยกว่าปี 2545 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรค DF + DHF + DSS จำแนกรายเดือน ประเทศไทย พ.ศ. 2540 - 2546 และค่ามัธยฐาน (2541 - 2545)

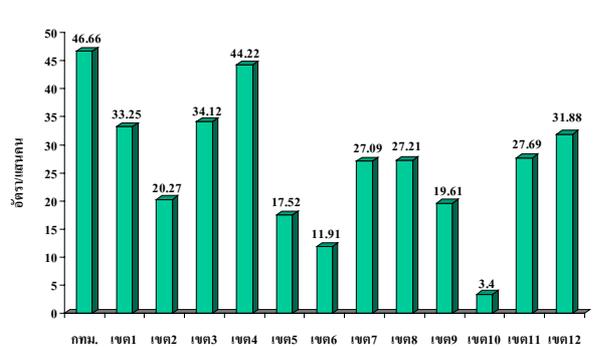


ภาคกลาง มีอัตราป่วยสูงสุด (37.39 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ อัตราป่วย 29.90 ต่อประชากรแสนคน, ตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 18.49 ต่อประชากรแสนคน และเหนือ อัตราป่วย 14.95 ต่อประชากรแสนคน) โดยเขต 4 อัตราป่วยสูงสุด 44.22 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็น เขต 3, เขต 1, เขต 4, เขต11, เขต 8, เขต 7, เขต 2, เขต 9, เขต 5, เขต 6 และเขต 10 ตามลำดับ (รูปที่ 2 – 3)

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



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



เมื่อพิจารณาอัตราป่วยสะสมเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยสะสมน้อยกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวน 69 จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยมากกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวน 7 จังหวัด ได้แก่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร นครปฐม สมุทรปราการ ระยอง พิจิตร ยะลา

2. สถานการณ์รายเขต

เมื่อพิจารณารายเขตพบว่า เขต 7 มีจำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคมถึงเมษายน 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) ในช่วงเดือนเดียวกัน เขต 4 มีจำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) ในช่วงเดือนเดียวกัน ส่วนเดือนเมษายน จำนวนผู้ป่วยมากกว่าค่ามัธยฐาน แต่น้อยกว่าเดือนเมษายน ของ ปี 2545

เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า มี 19 จังหวัด ที่พบจำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคมถึงเมษายน 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541–2545) ในช่วงเดือนเดียวกัน ดังนี้

ภาคกลาง เขต 3 จังหวัด ฉะเชิงเทรา

เขต 4 จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี นครปฐม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขต 5 จังหวัด สุรินทร์ ชัยภูมิ มหาสารคาม

เขต 6 จังหวัด อุรธานี สกลนคร

เขต 7 จังหวัด ร้อยเอ็ด มุกดาหาร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี นครพนม ยโสธร

ภาคเหนือ เขต 9 จังหวัด พิจิตร

ภาคใต้ เขต 11 จังหวัด สุราษฎร์ธานี

เขต 12 จังหวัด นราธิวาส

3. สถานการณ์รายจังหวัด อำเภอ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงในเดือนมีนาคม

1. ประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมือง บางสะพาน ทับสะแก
2. สมุทรปราการ อำเภอเมือง บางพลี พระประแดง
3. พิจิตร อำเภอเมือง ทับคล้อ ตะพานหิน
4. อุบลราชธานี อำเภอเดชอุดม น้ำยืน ตระการพืชผล ศรีเชียงใหม่
5. ระยอง อำเภอเมือง แกลง
6. สมุทรสาคร อำเภอเมือง กระทุ่มแบน บ้านแพ้ว
7. สระแก้ว อำเภอเมือง เขาฉกรรจ์ วัดนานคร อรัญประเทศ
8. นครปฐม อำเภอเมือง สามพราน กำแพงแสน
9. นครสวรรค์ อำเภอเมืองฯ ตาคีลี ไพศาลี
10. เพชรบุรี อำเภอเมือง บ้านลาด
11. ชลบุรี อำเภอเมือง ศรีราชา บางละมุง
12. กรุงเทพมหานคร เขตบางกะปิ บางซื่อ ราษฎร์บูรณะ ปรเวศยานนาวา
13. สุราษฎร์ธานี อำเภอพุนพิน เกาะสมุย เมือง
14. มหาสารคาม อำเภอบรบือ พัคคภูมิพิสัย วาปีปทุม
15. ฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง บ้านโพธิ์
16. นนทบุรี อำเภอเมือง ปากเกร็ด
17. พังงา อำเภอเมือง ตะกั่วป่า ท้ายเหมือง
18. สมุทรสงคราม อำเภอเมือง อัมพวา
19. นราธิวาส อำเภอสุไหงโกลกล ระแงะ
20. ยโสธร อำเภอเมือง กุดชุม

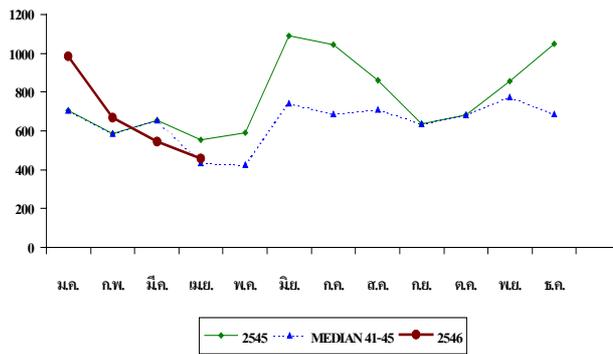
จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงในเดือนเมษายน

1. ประจวบคีรีขันธ์ อำเภอทับสะแก เมือง ปราณบุรี
2. ระยอง อำเภอเมือง แกลง
3. อุบลราชธานี อำเภอเดชอุดม ศรีเชียงใหม่ บุนนาควิกรมราชู ตระการพืชผล
4. มุกดาหาร อำเภอดงหลวง เมือง คำชะอี
5. สมุทรปราการ อำเภอเมือง พระประแดง บางพลี
6. นครปฐม อำเภอสามพราน กำแพงแสน เมือง
7. เพชรบุรี อำเภอเมือง ท่ายาง บ้านลาด
8. ศรีสะเกษ อำเภอกันทรลักษ์ เมือง ขุนหาญ ราษฎร์ไศล
9. พิจิตร อำเภอเมือง โพน์ประทับช้าง โพนทะเล
10. นครสวรรค์ อำเภอตาคีลี เมือง พยุหะคีรี
11. อุทัยธานี อำเภอเมือง บ้านไร่ ลานสัก
12. กระบี่ อำเภออ่าวลึก เมือง
13. ฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง บางปะกง
14. กำแพงเพชร อำเภอเมือง
15. สุรินทร์ อำเภอเมือง กาบเชิง จอมพระ
16. สระบุรี อำเภอพระพุทธบาท หนองแค
17. จันทบุรี อำเภอโป่งน้ำร้อน เมือง
18. พิษณุโลก อำเภอนครไทย วัดโบสถ์ เนินมะปราง
19. ระนอง อำเภอเมือง
20. กรุงเทพมหานคร เขตประเวศ บางนา ห้วยขวาง สวนหลวง ลาดกระบัง

4. สถานการณ์ในกรุงเทพมหานคร

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 ได้รับรายงานผู้ป่วยรวม 2,672 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต คิดเป็นอัตราป่วย 46.66 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยในเดือนมกราคมและกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 สูงกว่าค่ามัธยฐาน (พ.ศ. 2541 – 2545) และสูงกว่าปี 2545 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงในเดือนมีนาคมและเมษายน (รูปที่ 4) เขตที่มีอัตราป่วยสูง คือ ประเวศ ดินแดง บางกะปิ บางซื่อ ราชบุรีบูรณะ ห้วยขวาง ลาดกระบัง จตุจักร ป้อมปราบศัตรูพ่าย จอมทอง ชนบุรี บางบอน สวนหลวง บึงกุ่ม พระโขนง คลองสาน ลาดพร้าว ดุสิต หลักสี่ บางนา

รูปที่ 4 รายงานโรคไขข้ออักเสบ จำนวนรายเดือน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545, 2546 และค่ามัธยฐาน พ.ศ. 2541 - 2545



5. อายุ เพศ และสถานที่รักษาของผู้ป่วย

ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยของเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 1.08 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.2) มีอายุมากกว่า 15 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 30) กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (ร้อยละ 25.3) และกลุ่มอายุ 0- 4 (ร้อยละ 8.4) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของปี 2542 ถึง 2545 พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี มีสัดส่วนลดลง แต่กลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุด (ร้อยละ 34.5) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 23.5) โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 16.2) คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน(ร้อยละ 15.8) โรงพยาบาลราชการในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 8.1) สถานีนอนามัย (ร้อยละ 1) และคลินิกราชการ (ร้อยละ 0.9) ตามลำดับ

รายงานโดย กลุ่มเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

[ตารางที่ 1 จำนวนป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ , สัปดาห์ที่ 19 พ.ศ. 2546 \(วันที่ 4 - 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546\)](#)

[ตารางที่ 2 จำนวนป่วยและตายด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษารายจังหวัด, สัปดาห์ที่ 19 พ.ศ. 2546 \(วันที่ 4 - 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2546\)](#)

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศล นายแพทย์ธวัช ฉายนีย์โยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

นายแพทย์ คำนวน อึ้งชูศักดิ์

ผู้ช่วยหัวหน้ากองบรรณาธิการ

ว่าที่ ร.ต. ศิริชัย วงศ์วัฒน์ไพบูลย์ นางพงษ์ศิริ วัฒนาศุภกิจดี นางกาญจณีย์ คำนาคแก้ว นางสิริลักษณ์ ริงษ์วงศ์

กองบรรณาธิการวิชาการ

นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี พญ. ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ พญ.ชุลีพร จิระพงษา นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล
นพ.เจตตสร นามวาท พญ.วรรณหาญเชาว์วรกุล นางลดารัตน์ ผาตินาวิน ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ นางแสงโสม เกิดคล้าย
นางสาวสุชาดา จันทสิริยากร

กองบรรณาธิการดำเนินงาน

ฝ่ายข้อมูล นางสาวเพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์ นางสาวดี ดิวงษ์ นางเพทาย ดอกสน สัตว์แพทย์หญิงเสาวพักตร์ อึ้งจ้อย
นายสมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ นางอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์ นายประเวศน์ แยมชื่น
ฝ่ายจัดการ นางสาววรรณศิริ พรหมโชติชัย นางนงลักษณ์ อยุ่ดี นางสาวสุรินทร์ เรืองรอด นางพูนทรัพย์ เปี่ยมณี
นางสาวสมหมาย ยิ้มขลิบ นางสาวกฤตติกาณต์ มาท่อม นางสาวภัทรา กาศิโณ
ฝ่ายศิลป์ นายถมยา 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