□□□□□□□□□□□□□□□□□□5 : □8□□□□□□□□□□□□□□□□htt

วิสัยทัศน์กองระบาดวิทยา

“ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสากล ในด้านงานระบาดวิทยา ประสานความร่วมมือภายในกับเครือข่ายและนานาประเทศ สร้างองค์ความรู้และภูมิปัญญา ป้องกันโรค ภัย และส่งเสริมสุขภาพประชาชน”

สารบัญ

- **ก้าวทันโรค** **389**
  - ระบาดวิทยาและการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 389
  - คำจำกัดความของการเฝ้าระวัง 391
  - ประเมินผลการรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่งช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2545 392
- **ข้อมูลรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วน** สัปดาห์ที่ 25 (16 – 22 มิถุนายน 2545)394
- **แผนภูมิโรคไข้เลือดออก** **400**
- **สรุปข่าวการระบาด** (วันที่ 17-24 มิถุนายน 2545) 402
- **บันทึกท้ายบท** **405**

ทุกรายงานมีคุณค่าต่อระบบเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค
โปรดช่วยกันตรวจสอบ จำนวนและความถูกต้องและส่งให้ทันตามกำหนดเวลา

สัปดาห์ที่ 25 ระหว่างวันที่ 16 - 22 มิถุนายน 2545
ส่งรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วน
ทันตามกำหนดเวลา สัปดาห์นี้ จำนวน64 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 84.21

ก้าวทันโรค

ระบาดวิทยาและการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
แพทย์หญิงเพ็ชรศรี ศิรินิรันดร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ

ระบาดวิทยาสนับสนุนการประกันสุขภาพอย่างไร

ระบาดวิทยาที่ใช้ในงานสาธารณสุขมี 3 ระดับ ดังนี้

1. ใช้เป็นปัญญา (Wisdom) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข และพัฒนาวิชาการด้านสาธารณสุข
2. เป็นเครื่องมือและวิธีการใช้(Science and Technology) เพื่อให้เกิดความรู้ (Knowledge) ทางวิชาการ และการดำเนินงานสาธารณสุข
3. เป็นเครื่องมือในการจัดการทางด้านสาธารณสุข (Application)

วิธีคิดทางระบาดวิทยาเป็นการหาเหตุ ปัจจัยต่าง ๆ เพื่อช่วยในการปรับแก้เหตุ ปัจจัยเหล่านั้นเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม (Equity)

การประกันสุขภาพของประชาชนไทยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 สมัยท่าน มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งมีนโยบายช่วยเหลือกลุ่มคนตกขอบ หรือกลุ่มยากจน โดยให้การรักษาพยาบาลฟรี ในสมัยนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงสถานีอนามัยชั้นหนึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ในปี พ.ศ.2524 - 2525 มีการเพิ่มงบประมาณให้ผู้มีรายได้น้อย และในปี พ.ศ. 2530 เริ่มมีการประกันสังคม

การประกันสุขภาพเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้คนเข้าถึงบริการสาธารณะ โดยไม่มีอุปสรรคทางเศรษฐกิจ (การเงิน) และวัฒนธรรม ตามรัฐธรรมนูญมาตรา 52 ระบุว่า เป็นสิทธิของประชาชนไทยที่จะรับบริการสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ในขณะนี้โครงการประกันสุขภาพกำลังสร้างปัญหา หรือแก้ปัญหาให้ประเทศไทยกันแน่ เป็นคำถามที่ต้องการการประเมินผล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รับผิดชอบเรื่องการประเมินผลโครงการประกันสุขภาพ ในหลายพื้นที่ เพื่อทราบว่ามีความเท่าเทียมกันหรือไม่ และมีความหลากหลายของการเข้ารับบริการหรือไม่ การประเมินผลดังกล่าวต้องมีระบบข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นว่าการประกันสุขภาพได้ผลหรือไม่ ระบบการประกันสุขภาพคล้ายคลึงกับระบบภูมิคุ้มกันโรค จึงควรมีตัวชี้วัด (indicator) หลายตัว ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ เศรษฐศาสตร์ การเงิน และระบาดวิทยา โดยระบาดวิทยาต้องเป็นข้อมูลที่มั่นคง เพื่อเป็นตัวสำคัญในการชี้เป้าและประเมินผล กระบวนการเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยาต้องมีความหลากหลาย มิใช่เพียงการรายงานด้วยแบบรายงาน 506 เพียงอย่างเดียว ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกกล่าวถึงตัวชี้วัดของสุขภาพทางบวก เพื่อให้เห็นในเชิงบวก เช่น การมีสุขภาพยืนยาว อัตราการรอดชีวิต ไม่ใช่การพิจารณาอัตราป่วย อัตราตาย อัตราความพิการเท่านั้น ดังนั้นสิ่งที่ต้องปรับในงานระบาดวิทยาเพื่อสอดรับกับโครงการประกันสุขภาพ คือระบาดวิทยาต้องมีระบบข้อมูลที่สะท้อนถึงความมีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ ของการประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าคงต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป โดยต้องอิงกับการกระจายอำนาจ และการปฏิรูปองค์กรสาธารณสุข

แพทย์หญิงเพ็ชรศรี ศิรินิรันดร์

ผลกระทบของการประกันสุขภาพต่องานระบาดวิทยาและแนวทางแก้ไข

การประกันสุขภาพทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)ได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนด้วย แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่สามารถควบคุมหน่วยงานในสังกัดได้ เพราะว่ามีงบประมาณใช้เอง ทำอย่างไรจึงจะสามารถพัฒนาความสัมพันธ์จากการส่งรายงาน (Budgeting Authority) เป็นการใช้รายงาน (Technical Authority) และเปลี่ยนความสัมพันธ์ของหน่วยงานจากการส่งต่อ (Functional Relationship) เป็นเครือข่ายทำงานร่วมกัน ประสานงานกัน (Structural Relationship)

ประเด็นของเครือข่ายบริการสุขภาพนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิคือ สถานีอนามัย ส่วนการบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งนี้โรงพยาบาลต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนสถานีอนามัยทุกแห่งที่เป็นเครือข่าย เพื่อให้เกิดทีมงานบริการสุขภาพอย่างครบวงจร และมีประสิทธิภาพ

เงื่อนไขสำคัญเพื่อการป้องกันผลกระทบด้านลบต่องานระบาดวิทยา ได้แก่

1. ผู้เก็บข้อมูลต้องเป็นผู้ใช้ข้อมูลเอง เมื่อหน่วยงานที่เก็บข้อมูลและมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลโดยตรง จะทำให้เกิดความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ของข้อมูลทางระบาดวิทยา

2. มุ่งการทำงานที่มีเป้าหมายเพื่อประชาชนจริง ๆ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม และวิเคราะห์ผลแล้ว ต้องอ่านและแปลผลเพื่อการดำเนินงานทางสาธารณสุขที่มีผลต่อประชาชนต่อไป

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ข้อคิดเห็นต่องานระบาดวิทยากับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบาดวิทยาเป็นเรื่องของการศึกษาเพื่อให้รู้จริง เพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลง และเพื่อการตัดสินใจได้ ในปัจจุบัน สถานการณ์ต่าง ๆ มีความไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงสูง จึงทำให้ผู้คนเกิดอาการวิตกจริต หากฟังข้อมูลต่าง ๆ แล้ว ขอให้นิ่ง และศึกษากับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ (Critical Incidence) ต้องศึกษาให้ถ่องแท้ว่าใช่หรือไม่ โดยใช้หลักการทางระบาดวิทยา แล้วจึงดำเนินการจัดการกับปัญหา หรือภาวะวิกฤติต่อไป ประเด็นสำคัญคือทำอย่างไรจึงจะทำให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทางที่ควร และสามารถให้เดินหน้าไปได้

การประกันสุขภาพต้องการให้เน้นในเรื่องการสร้างสุขภาพที่ดีมากกว่าการซ่อมสุขภาพ หากการดำเนินงานโดยการควบกิจการต่าง ๆ เพื่อการอยู่รอด ไม่ได้ทำให้คุณภาพการให้บริการสาธารณสุขดีขึ้นในระยะยาว ก็จะทำให้กิจการล้มเลิกไปเอง พวกเราชาวสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนตัวเองในการทำงาน เปลี่ยนความไม่แน่นอนของสถานการณ์ให้เป็นโอกาส จึงถือว่าเป็นการพัฒนา แต่อย่าลืมคุณค่าพื้นฐานที่คงต้องรักษาไว้ ทุกคนควรลดความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลง ร่วมกันสร้างวัฒนธรรมใหม่ โดยใช้ระบาดวิทยาเพื่อการหาเหตุผล ประเด็นสำคัญสุดท้ายคือการร่วมทุกข์ ร่วมสุข เฉลี่ยทุกข์ ทำงานเรื่องการประกันสุขภาพและระบาดวิทยาแบบเสริมกำลังกัน ช่วยกันพัฒนางานทั้งสองด้านให้เป็นระบบในรูปแบบร่วมด้วยช่วยกัน

สรุปการอภิปรายจากการสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 15 วันที่ 22 พฤษภาคม 2545 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ มหานาค กรุงเทพมหานคร โดย ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ กองระบาดวิทยา

คำจำกัดความของการเฝ้าระวัง (Surveillance Definitions)

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ
กองระบาดวิทยา

Surveillance (การเฝ้าระวัง) หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลที่ตรงกับปัญหาที่ต้องการอย่างเป็นระบบ และมีการเผยแพร่ผลของการเฝ้าระวังไปยังบุคคลที่ต้องการใช้ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหานั้น ๆได้

Active Surveillance หมายถึง การเฝ้าระวังที่บุคลากรสาธารณสุขต้องค้นหาการรายงานจากผู้มีหน้าที่รายงานในระบบเฝ้าระวังตามปกติ มากกว่าการรอรับรายงานจากผู้ร่วมงาน เช่น การโทรศัพท์สอบถามผู้รายงานเป็นรายเดือน

Passive Surveillance หมายถึง การเฝ้าระวังที่มีการรายงานตามระบบเฝ้าระวังปกติของผู้ที่มีหน้าที่รายงาน โดยไม่มีการออกไปเร่งรัดให้มีการรายงาน

Routine Surveillance หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่กำหนด เพื่อติดตามสถานการณ์โรคหรือปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ และเป็นการดำเนินงานตามปกติของหน่วยงาน

Sentinel Surveillance หมายถึง การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะเลือกมาด้วยวิธีการสุ่มหรือไม่ได้สุ่ม ตัวอย่างต้องอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย และเป็นตัวแทนของประชากรที่เหลือในพื้นที่ได้ การเฝ้าระวังนี้เพื่อการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก หรือการทราบตัวชี้วัดที่สำคัญซึ่งบ่งบอกถึงแนวโน้มของโรคหรือปัญหาสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวังผลการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นตัวชี้วัดแนวโน้มของซิฟิลิสในประชากรทั่วไป Sentinel Surveillance ไม่เหมาะกับการเฝ้าระวังในกรณีที่ทุกคนต้องได้รับบริการสาธารณสุข เช่น โรคโปลิโอ

Laboratory Surveillance หมายถึง การเฝ้าระวังที่มีจุดเริ่มต้นที่การตรวจพบเชื้อโรคหรือสิ่งผิดปกติในห้องปฏิบัติการ เช่นการเฝ้าระวังเชื้อ *Salmonella*

Case-based Surveillance หมายถึง การเฝ้าระวังโรคใดโรคหนึ่งด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การเก็บรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วย AFP แต่ละคน ในการเฝ้าระวังโรคโปลิโอ

Community Surveillance หมายถึง การเฝ้าระวังที่มีจุดเริ่มต้นที่ระดับชุมชนรายงานโรค ส่วนใหญ่เป็นการรายงานจากเจ้าหน้าที่ในชุมชน การเฝ้าระวังนี้อาจอยู่ในรูปของ Active (การค้นหาผู้ป่วย) หรือ Passive (การรายงานผู้ป่วย) Community Surveillance เหมาะสมกับการใช้งานในระหว่างที่มีการระบาดของโรคและสามารถใช้นิยามการรายงานผู้ป่วยตามอาการได้ (Syndromic case definition)

Enhanced Surveillance หมายถึง การเฝ้าระวังที่มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมจากการเฝ้าระวังปกติ (Routine surveillance) ซึ่งข้อมูลเพิ่มเติมนี้อาจเก็บจากผู้รายงาน ผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ หรือแหล่งข้อมูลเฝ้าระวังอื่น ๆ

Hospital-based Surveillance (Hospital surveillance) หมายถึง การเฝ้าระวังที่มีจุดเริ่มต้นจากการตรวจพบผู้ป่วยด้วยโรค หรืออาการผิดปกติในโรงพยาบาล

Intensified Surveillance หมายถึง การปรับระดับการเฝ้าระวังจาก Passive เป็น Active ด้วยเหตุผล ความจำเป็นบางประการ และเฝ้าระวังในระยะเวลาจำกัด เช่น ช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรค สิ่งที่ต้องระมัดระวังคือการแปลผลข้อมูล เนื่องจากข้อมูลเฝ้าระวังนี้เป็นข้อมูลที่มีความไวมากขึ้น และบอกแนวโน้มได้ในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น

แปลความและเรียบเรียงจากหนังสือ World Health Organization. WHO Recommended Surveillance Standards Second edition – October 1999. โดย อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเมินผลการรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2545

บวรวรรณ ดิเรกโภค, วนัสสนันท์ รุจิวิพัฒน์
ศิริวรรณ พูลทวี และชไมพันธุ์ สันติกาญจน์
กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไร้เชื้อ กองระบาดวิทยา
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเมินผลการควบคุมการบาดเจ็บช่วงเทศกาลสงกรานต์ ระหว่างวันที่ 12 - 16 เมษายน 2545 เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2544 ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัด 16 โรงพยาบาลศูนย์/มหาราช พบสาระสำคัญดังนี้

1. จำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงในปี 2545 (เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ตายในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรับไว้รักษา) 1,351 คน มากกว่าสงกรานต์ ปี 2544 ซึ่งมี 1,190 คน

2. ผู้บาดเจ็บที่ต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลในปี 2545 มีจำนวน 1,328 คน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปีที่แล้วซึ่งมี 1,171 คน

3. ผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่ง ในช่วงสงกรานต์ ปี 2545 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55 สัดส่วนไม่แตกต่างจากปีที่แล้ว ซึ่งพบร้อยละ 57

4. การไม่สวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่บาดเจ็บรุนแรง ในช่วงสงกรานต์ ปี 2545 พบร้อยละ 91 ปี 2544 พบร้อยละ 97 ยังคงพบการไม่สวมหมวกนิรภัยในสัดส่วนที่มาก และไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 ปี

5. ผู้บาดเจ็บรุนแรงถูกนำส่งไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายฯโดย หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (EMS) ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2545 เพียงร้อยละ 14 เพิ่มขึ้นกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย (ปี 2544 ร้อยละ 8) การนำส่งโดยเจ้าหน้าที่มูลนิธิ ร้อยละ 19 (ปี 2544 ร้อยละ 20) การนำส่งโดยญาติ หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ปี 2545 ร้อยละ 65 (ปี 2544 ร้อยละ 70)

6. ผู้บาดเจ็บที่นำส่งมาจากจุดเกิดเหตุ ได้รับการปฐมพยาบาล ได้แก่ ดูแลการหายใจ การห้ามเลือด การเข้าเฝือกชั่วคราว และการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 35 – 48 จากร้อยละ 19-27 ในปี 2544 สำหรับผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นมายังโรงพยาบาลที่เฝ้าระวังฯ พบว่าไม่มีการปฐมพยาบาลที่จำเป็นในแต่ละประเภท ร้อยละ 3 – 11 สัดส่วนที่พบไม่แตกต่างจากปีที่แล้วมากนัก (ปี 2544 ร้อยละ 5–17) และพบว่าการเข้าเฝือกชั่วคราว การดูแลการหายใจ ยังคงเป็นปัญหามากในการส่งต่อผู้ป่วย

สรุป

การเสพแอลกอฮอล์ และการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้จักรยานยนต์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ในผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งช่วงเทศกาลสงกรานต์ 12-16 เมษายน ปี 2545 ทั้งที่มีการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งยวดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปลูกฝังจิตสำนึกในกลุ่มเป้าหมาย การรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุขนส่งในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี 2545 ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แม้จะสามารถช่วยปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ แต่ยังไม่มากพอ ทั้งในผู้บาดเจ็บรุนแรงที่เป็นผู้ขับขี่และดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัยในผู้บาดเจ็บรุนแรงที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการนำส่งผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุโดยไม่มีการปฐมพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบังคับใช้กฎหมายการขับขี่ยวดยานพาหนะให้เข้มข้นและจริงจังยิ่งขึ้น และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. เร่งเพิ่มอัตราสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ บนท้องถนนควรได้ตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป และในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่งควรได้ ตั้งแต่ ร้อยละ 60 ขึ้นไป โดยอาศัยมาตรการสำคัญ 3 ประการ คือ

2.1 เน้นแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ที่คิดว่า “ขี่ใกล้ ไม่เร็ว ไม่เป็นไร” มาเป็นความรู้ที่ถูกต้องว่า “จะขี่ช้า หรือขี่ใกล้แค่ไหน ต้องใส่หมวกนิรภัยเสมอ”

2.2 ให้ความรู้แก่สังคมให้สนับสนุนการบังคับใช้หมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์

2.3 สนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการบังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัยและการขับขี่รถขณะเมาสุรา

จากข้อมูลการบาดเจ็บในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2544 - 2545 ยืนยันอย่างชัดเจนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการจริงจังต่อการแก้ปัญหาอุบัติเหตุขนส่งในเขตเมือง โดยการบังคับใช้กฎหมาย และมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ คือผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และควรเร่งแก้ปัญหาการไม่เข้าเฝือกชั่วคราวและการดูแลการหายใจก่อนส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนให้ได้ตามเป้าหมาย

สรุปข่าวการระบาดระหว่างวันที่ 17 – 24 มิถุนายน 2545

โดย **พ.ญ. ศิวพร ขุมทอง**
พ.ญ. วรรณา หาญเชาว์วรกุล
กองระบาดวิทยา

รายงานการเกิดโรค/การระบาดใหม่

โรค/สถานที่เกิดโรค	แหล่งข้อมูล	ผลการสอบสวนเบื้องต้น	ผลการดำเนินงาน
Severe diarrhea จ. ปัตตานี	สสจ. ปัตตานี 24 มิถุนายน 2545	จากรายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 24 มีผู้ป่วยใหม่จำนวน 2 ราย รวมเป็นผู้ป่วยทั้งหมด 25 รายในปีนี้ ผู้ป่วยรายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 18 มิถุนายน ออกสอบสวนโรควันที่ 20 มิถุนายน 2545 ตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* Eltor inaba ทั้งหมด จากการสอบถามทาง สสจ. พบว่าส่วนมากเป็นอาชีพประมง พบเชื้อในแหล่ง	- ติดตามรายงานสอบสวนโรค - ติดตามสถานการณ์

		น้ำของเรือ และบนเรือ ผู้ป่วยแต่ละรายไม่มีความสัมพันธ์กันโดยตรงนอกจากมีอาชีพประมงเหมือนกัน อาหารทะเลที่ขายจะขายทั้งในปัตตานี นราธิวาสและภาคกลาง ทางจังหวัดได้เข้มงวดเรื่องการสอบสวน ได้กำชับให้ดูแลเรื่องคลอรีนในน้ำประปา และแก้ปัญหาการขาดแคลนน้ำ	
Tetanus Neonatorum จ. สระแก้ว	สสจ. สระแก้ว 20 มิถุนายน 2545	ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 7 วัน บิดาเป็นคนไทย มารดาเป็นคนเขมร คลอดที่ปอยเปตเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2545 หมอตำแยใช้มีดโกนตัดสายสะดือ แต่ไม่มีข้อมูลว่าได้นำยาสมุนไพรหรือสารใด ๆใส่สายสะดือหรือไม่ มารดาฝากครรภ์ที่ รพ. วัฒนานคร แต่ไม่ได้มาตรวจตามนัด เริ่มป่วยวันที่ 10 มารักษาวันที่ 13 มิถุนายน 2545 ที่รพ.วัฒนานคร เสียชีวิต 14 มิถุนายน 2545 ขณะส่งตัวมารับการรักษาต่อที่รพ.จังหวัด แพทย์ที่ รพ. วัฒนานครให้การวินิจฉัยว่าเป็น Tetanus Neonatorum	จบการสอบสวน
โรค/สถานที่เกิดโรค	**แหล่งข้อมูล**	**ผลการสอบสวนเบื้องต้น**	**ผลการดำเนินงาน**
Measles จ. พะเยา	สสจ. พะเยา 20 มิถุนายน 2545	ได้รับรายงานผู้ป่วย 31 ราย ในรอบสัปดาห์ที่ 24 เป็นผู้ป่วยเด็กในศูนย์เด็กอายุ ต่ำกว่า 7 ปี ในอำเภอเชียงคำ ตำบลร่มเย็น จากการสอบสวนพบว่าเป็นชาวเขา ประวัติการรับวัคซีนไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในพื้นที่พบว่าประชาชนไม่ต้องการให้เด็กฉีดวัคซีน เนื่องจากมีอาการไข้ภายหลังการฉีด วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายสุดท้ายคือ 7 มิถุนายน 2545 ทางอำเภอได้ดำเนินการเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่ดังกล่าว คาดว่าการระบาดจะสงบ	ติดตามสถานการณ์จากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วน
Hand foot mouth จ. นครสวรรค์	สสจ. นครสวรรค์ 12 มิถุนายน 2545	ในรอบสัปดาห์นี้ยังมีผู้ป่วยเพิ่ม 4 ราย พบผู้ป่วยตั้งแต่เดือน กพ. จนถึงปัจจุบันรวม 38 ราย กระจายใน 9 อำเภอ อำเภอเมืองมีผู้ป่วยมากที่สุด 10 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 1-4 ปี ไม่มีผู้ป่วยเป็นกลุ่มชัดเจน ขณะนี้ยัง	ติดตามสถานการณ์

		ไม่มี Confirmed diagnosis สสจ. ได้เก็บอุจจาระผู้ป่วย 2 รายส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรอผลอยู่	
Hand foot mouth จ. กำแพงเพชร	สสจ. กำแพงเพชร 20 มิถุนายน 2545	ในสัปดาห์นี้ได้รับรายงานผู้ป่วย 4 ราย พบว่ามีผู้ป่วยมากตั้งแต่พค. จำนวนทั้งสิ้น 13 ราย ใน 5 อำเภอ อำเภอที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือ ลานกระบือ	ติดตามให้จังหวัดดำเนินการเก็บ serum และ อุจจาระตรวจหา *enterovirus 71*
Hand foot mouth จ. พิจิตร	สสจ. พิจิตร 20 มิถุนายน 2545	ในสัปดาห์นี้ได้รับรายงานผู้ป่วย 16 ราย พบผู้ป่วยมากตั้งแต่ปลายเดือนพฤษภาคม จำนวนทั้งสิ้น 48 ราย กระจายใน 4 อำเภอ พบมากที่สุดในอำเภอเมือง 37 ราย ไม่มีผู้ป่วยอาการรุนแรง ที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล จังหวัดยังไม่ได้ดำเนินการ confirm เชื้อสาเหตุ	ติดตามให้จังหวัดดำเนินการเก็บ serum และ อุจจาระตรวจหา *enterovirus 71*

โรค/สถานที่เกิดโรค	**แหล่งข้อมูล**	**ผลการสอบสวนเบื้องต้น**	**ผลการดำเนินงาน**
Hand foot mouth กรุงเทพมหานคร	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 20 มิถุนายน 2545	ได้รับแจ้งว่ามีการระบาดของ HFM ในโรงเรียนอนุบาล เรนโบว์แลนด์ สีลม จำนวน 14 คน ไม่มีผู้ป่วยอาการรุนแรงที่ต้องนอนโรงพยาบาล สำนักอนามัยกรุงเทพได้กำชับในการเฝ้าระวังและสอบสวน นอกจากนี้ยัง พบว่า ได้มีการระบาดของ HFM ในโรงเรียนอนุบาลอีกสองแห่งคือ เทียนประสิทธิ์ แต่การระบาดได้สงบไปแล้ว และที่โรงเรียน จันทร์เจ้าที่กำลังมีการระบาดอยู่ โรงเรียนอนุบาลได้ปิดโรงเรียน 1 สัปดาห์และได้ดำเนินการกำจัดเชื้อในโรงเรียน กทม.ได้เก็บอุจจาระเพื่อส่งตรวจแล้ว แต่ไม่ได้เก็บ Serum เนื่องจากคาดว่าผู้ปกครองเด็กจะไม่ยินยอม	- ติดตามการระบาดและผลการเก็บอุจจาระส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - กองระบาดวิทยาได้ออกหนังสือกำชับแนวทางการเก็บตัวอย่างและดำเนินการเมื่อมีการระบาดของ HFM ให้ทุกจังหวัดทราบ

Hand foot mouth จ. ขอนแก่น	สสจ. ขอนแก่น 20 มิถุนายน 2545	จากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนมีผู้ป่วยใหม่ในสัปดาห์นี้ 6 ราย ตั้งแต่ต้นปี 97 ราย ผู้ป่วยใหม่เป็นเด็กเล็กในศูนย์เด็ก day care คณะแพทย์รพ.ศรีนครินทร์ ศูนย์เด็กได้ปิดเรียน 2 สัปดาห์เนื่องจากการระบาดของ HFM แต่เมื่อเปิดใหม่ก็มีผู้ป่วยอีก ได้ดำเนินการเก็บ pair-serum ผู้ป่วย 11 ราย พบว่ามี recent infection ของ *Enterovirus 71* 1 ราย การระบาดของ HFM เกิดในหลายอำเภอและยังพบอยู่ แนะนำให้จังหวัดเก็บ fresh stool เพื่อส่งตรวจ confirm เชื้อที่ส่วนกลาง	ติดตามสถานการณ์ต่อไป

ข้อมูลเพิ่มเติมรายงานการเกิดโรค/การระบาดต่อเนื่องจากสัปดาห์ก่อน

โรค/สถานที่เกิดโรค	แหล่งข้อมูล	ผลการสอบสวนเบื้องต้น	ผลการดำเนินงาน
Diphtheria จ. กาญจนบุรี	Myanmar	ได้รับโทรสารจากทางประเทศพม่า ผ่าน WHO ว่าทางประเทศไทยได้เคยแจ้งว่ามีการระบาดของโรคคอตีบบริเวณชายแดนไทย พม่า ที่ อำเภอ สังขละ กาญจนบุรี นั้น ทางการพม่าได้ตรวจสอบไปยังรัฐ มอญ Kayin Tanintharyl แล้ว ทางรัฐดังกล่าวแจ้งว่าข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังของรัฐดังกล่าว ไม่พบว่ามีการระบาดของโรคคอตีบในบริเวณชายแดนแต่อย่างใด	จบการติดตาม

บันทึกท้ายบท

ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา กองระบาดวิทยาได้รับรายงานการป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วน จาก 64 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 2,030 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกร้อยละ 93 และเป็นที่น่าสังเกตว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีรายงานการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงค่อนข้างน้อย ประมาณสัปดาห์ละ 4-12 ราย ในขณะที่โรค มือ เท้า ปาก มีรายงานการป่วยในแต่ละสัปดาห์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 11 ราย ในช่วงสัปดาห์แรกของเดือนมิถุนายน เป็น 45 ราย ในสัปดาห์นี้ และสอดคล้องกับข้อมูลการระบาดของโรคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้แจ้งข่าวการระบาดและส่งรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นมายังกองระบาดวิทยา โดย 5 ข่าวในจำนวนทั้งหมด 9 ข่าว ที่ได้รับรายงานเป็นการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก ซึ่งผู้บริหารของสาธารณสุขก็มิได้นิ่งนอนใจ ได้มอบหมายให้กองระบาดวิทยาประเมินสถานการณ์และติดตามแนวโน้มของการป่วยด้วยโรคนี้อย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งได้แจ้งเตือนการระบาดของโรค รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการติดตามเฝ้าระวังและสอบสวนโรคส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ดังรายละเอียดในหนังสือที่ สธ 0210.5/ว 165 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2545

คณะที่ปรึกษา	นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข
บรรณาธิการประจำฉบับ	นางสาวสุชาดา จันทสิริยากร นางสาวอัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ นางวนัสสนันท์ รุจิวิพัฒน์
บรรณาธิการผู้ช่วย/ฝ่ายผลิต	นางกาญจนีย์ ดำนาคแก้ว
งานข้อมูล	นางสาวเพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์ นางลัดดา ลิขิตยิ่งวรา นางอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์ นายประเวศน์ แย้มชื่น
งานพิสูจน์อักษร	นางพงษ์ศิริ วัฒนาสุรกิตต์ นางกาญจนีย์ ดำนาคแก้ว นางสิริลักษณ์ รังษีวงศ์ นางสิรินทรา ฟูตระกูล นายสุเทพ อุทัยฉาย
งานพิมพ์	นางสาวกฤตติกานต์ มาท้วม
ออกแบบปกและจัดทำรูปเล่ม	นายถมยา พุกกะนานนท์ นายประมวล ทุมพงษ์
งานสมาชิกและการจัดส่ง	นางสาววรรณศิริ พรหมโชตชัย นางนงลักษณ์ อยู่ดี นายสวัสดิ์ สว่างชม