

ปีที่ 5 ฉบับที่ 27 : 12 กรกฎาคม 2545 <http://epid.moph.go.th/>

วิทยาลัยนวกองระบดวทยา

“เป็นศูนย์ความเชยวชาญระดับสากลในด้านมาตรฐานงานระบดวทยา ประสานความร่วมมือกับเครือขายภายในและนานาชาติ สร้างองคค์ความรู้และภูมิปัญญาในการป้องกันโรค/ภัย ส่งเสริมสุขภาพของประชาชน”

สัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน - 6 กรกฎาคม 2545

ส่งรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคทางระบดวทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

สัปดาห์นี้ 59 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 77.63

สารบัญ

★ ก้าวทันโรค	423
- โรคมือ เท้าและปาก ระบาดขอให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปตรวจร่วมกันเฝ้าระวัง	
★ ข้อมูลรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วน	
สัปดาห์ที่ 27 (30 มิถุนายน - 6 กรกฎาคม 2545)	426
★ แผนภูมิโรคไข้เลือดออก	432
★ สรุปข่าวการระบาด	
(วันที่ 1 - 5 กรกฎาคม 2545)	434
★ บันทึกท้ายบท	436
.....	
ทุกรายงานมีคุณค่าต่อระบบเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค	
โปรดช่วยกันตรวจสอบ จำนวนและความถูกต้อง และส่งให้ทันตามกำหนดเวลา	
.....	
โปรดส่งรายงานให้กองระบาดวิทยาภายในเช้าวันอังคาร	

ก้าวทันโรค

โรคมือ เท้าและปาก ระบาด ขอให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปตรวจร่วมกันเฝ้าระวัง

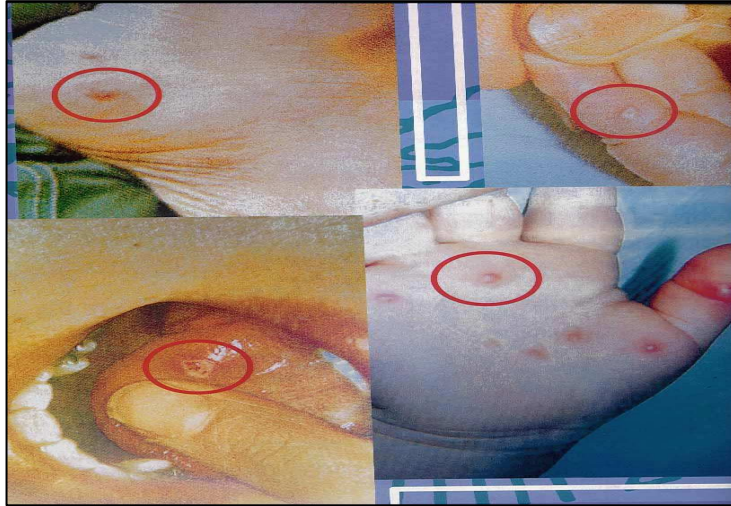
กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โรคมือ เท้าปาก คืออะไร?

โรคมือ เท้า และปาก (Hand Foot Mouth Disease, HFM) เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กเล็ก ลักษณะอาการที่พบคือ เริ่มจากมีไข้ต่ำๆ เบื่ออาหาร เจ็บคอ หลังจากไข้ 1 - 2 วัน จะมีอาการเจ็บในปาก ลักษณะผื่นจะเริ่มจากเป็นผื่นแดง ไม่คัน หรือเป็นตุ่มพอง มักจะกลายเป็นแผล (ulcer) ในเวลาต่อมา ผื่นจะขึ้นบริเวณลิ้น เหงือก หรือกระพุ้งแก้มด้านใน ผื่นที่ผิวหนัง มักจะขึ้นที่บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า บางครั้งอาจพบบริเวณก้น ลักษณะอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง สาเหตุของการที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลส่วนมากเนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อไวรัสหลายสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรค HFM ได้ สายพันธุ์หลักๆ ที่พบบ่อยคือ *Coxsackievirus A16*, *Echovirus* และ *Enterovirus 71* เชื้อที่มีรายงานว่าก่อให้เกิดโรครุนแรงคือ *Enterovirus 71* ในปี 2540 พบว่ามีภาวะระบาดของเชื้อ *Enterovirus 71* ในประเทศมาเลเซีย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย จากผู้ป่วยที่พบ 2,140 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.4 การระบาดและผู้ป่วยพบว่ามีรายงานทั่วโลก มักพบผู้ป่วยในช่วงฤดูร้อนต่อฤดูฝน และพบใน

เด็กอายุต่ำกว่า 424 เป็นส่วนใหญ่ ในผู้ใหญ่พบได้ไม่บ่อย แหล่งรังโรคจะอยู่ในคนเป็นพาหุ ซึ่งไม่สามารถตรวจพบเชื้อ

ในน้ำมูก น้ำลาย ในช่วงสัปดาห์แรก และเชื้อสามารถออกมากับอุจจาระผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึง หลายๆ สัปดาห์หลังการป่วย การติดต่อ เกิดจากการสัมผัส น้ำลาย น้ำมูกหรืออุจจาระของผู้ติดเชื้อ



สถานการณ์ของโรค HFM ในประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มให้มีการรายงานผู้ป่วย HFM มาตั้งแต่ปี 2543 จำนวนผู้ป่วยในปี 2544 มีรายงานทั้งสิ้น 1,434 ราย เสียชีวิต 3 ราย ที่จังหวัดลำปาง 1 ราย จังหวัดเชียงราย 2 ราย ในปี 2545 จนถึงวันที่ 22 มิถุนายน 2545 มีรายงานผู้ป่วย 1,279 ราย เสียชีวิต 1 ราย ที่จังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยเสียชีวิตที่จังหวัดลำปางในปี 2544 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) ไม่สามารถตรวจหาเชื้อที่ก่อโรคจากผู้ป่วยได้ แต่สามารถตรวจพบว่ามีน้ำเหลืองของแผ่นผู้น้องของผู้ตายมีการติดเชื้อ *Enterovirus 71* ผู้ป่วยเสียชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา ในปี 2545 นั้นก็มีสาเหตุจาก Myocarditis และ Pulmonary edema แต่ก็ไม่สามารถตรวจหาเชื้อในอุจจาระและน้ำเหลืองผู้ป่วยได้

ข้อมูลจากห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่ามีการตรวจตัวอย่างน้ำเหลืองและอุจจาระผู้ป่วย 122 ราย ตรวจพบ *Enterovirus 71* จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้ป่วย และพบ *Enterovirus* อื่นๆ จำนวน 11 ราย การเฝ้าระวังเชื้อ *Enterovirus 71* ของโรงพยาบาลศิริราชพบว่า จากจำนวน Nasopharyngeal wash ผู้ป่วย 67 ราย พบ *Enterovirus 71* จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วย ในปี 2545 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานว่ามีกระบาดของ HFM ในสถานเลี้ยงเด็กในหลายจังหวัด เช่นกรุงเทพมหานคร ขอนแก่น ชลบุรี จังหวัดที่พบว่ามีรายงานผู้ป่วยจำนวนมากคือ ชัยนาท กำแพงเพชร อุทัยธานี นครสวรรค์ พิจิตร ลำปาง

จะเห็นได้ว่า ทั้งจำนวนผู้ป่วย และลักษณะของการพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน บ่งชี้ว่าในปี 2545 น่าจะมีการระบาดของ HFM ในประเทศไทย เชื้อสาเหตุ ร้อยละ 15 - 30 น่าจะเกิดจาก *Enterovirus 71* ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วย แม้ว่าการเฝ้าระวังจะยังไม่พบผู้ป่วยรุนแรงที่เกิดจากเชื้อนี้อย่างชัดเจน แต่ประสบการณ์จากประเทศเพื่อนบ้านก็บ่งชี้ว่าประเทศไทยควรเพิ่มมาตรการในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ควรทำอย่างไรเมื่อพบผู้ป่วย HFM

1. หากพบผู้ป่วย HFM ที่มีอาการหนักต้องนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อสงสัยว่ามีอาการทางระบบประสาท หรือหัวใจร่วมด้วย หรือพบว่าผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งรายในสถานที่เดียวกัน เช่น ศูนย์เด็ก โรงเรียน หรือหมู่บ้านเดียวกัน ขอให้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่

เกี่ยวข้องดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค โดยในเขตกรุงเทพมหานคร ควรแจ้งสำนักอนามัย กรุงเทพฯ ในเขตพื้นที่ต่างจังหวัด ควรแจ้ง งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

425

2. หากพบผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ควรได้มีการตรวจหาเชื้อสาเหตุ ดังนี้
 - ให้เก็บอุจจาระผู้ป่วย ปริมาณ 8 กรัม (2 หัวแม่มือ) ภายใน 14 วันหลังวันเริ่มป่วย โดยบรรจุในกล่องพลาสติกสะอาด ระหว่างรอส่งให้แช่เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส (ชั้นปกติของผู้เย็นทั่วไป) ระหว่างนำส่งให้ใส่กระติกน้ำแข็งที่มีน้ำแข็ง หรือ ice pack เพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - หรือเก็บน้ำเหลืองผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันแรกที่พบผู้ป่วย ครั้งที่สองในอีก 14 วันห่างจากครั้งแรก โดยให้เจาะเลือด ปริมาณ 3 - 5 มิลลิลิตร จากนั้นปั่นแยกน้ำเหลือง ให้ได้ 1 - 2 มิลลิลิตร ปิดฉลากชื่อผู้ป่วยและวันที่เก็บตัวอย่าง แช่ในตู้เย็นช่องธรรมดา รอจนได้เก็บครั้งที่สองใน 14 วันถัดมาให้ได้แล้วจึงนำส่งตรวจพร้อมกัน ทั้งอุจจาระ และ น้ำเหลือง ให้ส่งตรวจได้ที่

ฝ่ายไวรัสระบบทางเดินอาหาร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

3. แนะนำให้แยกผู้ป่วย โดย ให้ผู้ป่วยหยุดเรียน ไม่ร่วมกิจกรรมกับเด็กอื่น เช่น วาดน้ำ ใช้สนามเด็กเล่น เพื่อป้องกันการดำเนินโรคเป็นเวลา 1 สัปดาห์
4. หากมีข้อสงสัย หรือต้องการแจ้งข่าวการระบาดของโรค HFM ให้ติดต่อมายัง กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000 โทร 0 - 2590 - 1734 - 5 หรือให้ติดต่อไปยังสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดของท่าน

สรุปข่าวการระบาดระหว่างวันที่ 1 – 5 กรกฎาคม 2545

โดย... แพทย์หญิงจิราพร พลายโถ

นายแพทย์ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์

นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงานการเกิดโรค/การระบาดใหม่

โรค/สถานที่เกิดโรค	แหล่งข้อมูล	ผลการสอบสวนเบื้องต้น	การดำเนินการ
โรคคอติบ จ.สตูล	รายงาน สถานการณ์การ เฝ้าระวังโรคทาง ระบาดวิทยา เร่งด่วนประจำ สัปดาห์, สสจ.สตูล 5 ก.ค. 2545	มีผู้ป่วย 2 ราย - รายแรกเป็นเด็กหญิงอายุ 2 ปี อยู่ ต.ย่านซื่อ อ.ควน โดน เป็นนักเรียนศูนย์เด็กเล็กของหมู่บ้าน เริ่มป่วย วันที่ 24 มิถุนายน 2545 ผล throat swab culture negative ได้ดำเนินการสอบสวนพบว่า ผู้ป่วยได้รับวัคซีนเพียงครั้งเดียว ไม่มีผู้ป่วยอื่นในบ้าน แต่มีผู้สัมผัสในบ้านที่ได้วัคซีนไม่ครบ จึงได้ให้วัคซีน และทำการเพาะเชื้อจากคอผู้สัมผัสในครอบครัวและ บ้านใกล้เคียงรวมทั้งศูนย์เด็กเล็กทั้งหมด 30 ราย ผล เพาะเชื้อ negative แจกยา Erythromycin แก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดทุกราย ขณะนี้กำลังสำรวจความ ครอบคลุมของวัคซีน DPT ในหมู่บ้าน - รายที่ 2 เป็นเด็กหญิงอายุ 6 ปี อยู่ ต.ท่ามะลิ อ. เมือง เป็นนักเรียนชั้นประถมปี 1 เริ่มป่วย 25 มิถุนายน 2545 ขณะนี้ผู้ป่วยอยู่ในห้อง ICU รพ. สตูล เจาะคอใส่เครื่องช่วยหายใจ (รอผลการเพาะเชื้อ จากคอ) จากการสอบสวน ไม่ทราบประวัติวัคซีน เนื่องจากไม่มีสมุดสัณนิษฐาน ดำเนินการเพาะเชื้อจากคอผู้ สัมผัสที่บ้าน หมู่บ้านและโรงเรียนจำนวน 100 ราย กำลังรอผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แจกยา ปฏิชีวนะแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิด และกำลังสำรวจความ ครอบคลุมของวัคซีน DPT ของเด็กในหมู่บ้านและ โรงเรียน	ติดตามสถานการณ์
Meningococcal meningitis จ.ราชบุรี	รายงาน สถานการณ์ การเฝ้าระวัง โรคทางระบาด วิทยาเร่งด่วน ประจำสัปดาห์ , สสจ.ราชบุรี	ผู้ป่วย 1 ราย อายุ 8 ปี อยู่ ม.4 ต.บางแพ อ.บางแพ เริ่มป่วย 20 มิถุนายน 2545 ได้รับการเจาะน้ำไขสัน หลังส่งตรวจ Latex agglutination พบ <i>Neisseria meningitidis</i> gr A แต่ culture ไม่พบเชื้อ (ก่อนหน้านี้ที่ตำบลเดียวกัน มีผู้ป่วยอายุ 6 ปี สงสัยไข้กาฬหลังแอ่น ไม่มีผลตรวจยืนยัน ป่วยเมื่อ 13 พฤษภาคม 2545) ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรายแรก และอยู่คนละโรงเรียน ได้ดำเนินการทำ nasal swab	ติดตามสถานการณ์

	5 ก.ค. 2545	culture ผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้งสิ้น 9 ราย คือ ยาย พ่อ แม่ ยายทวด ย่า และเพื่อนบ้าน (เพื่อนบ้าน 2 ราย ผลขึ้นเชื้อ <i>HIB</i>) 435	
--	----------------	--	--

โรค/สถานที่เกิดโรค	แหล่งข้อมูล	ผลการสอบสวนเบื้องต้น	การดำเนินการ
โรคคอตีบ จ.กาญจนบุรี	ศูนย์ระบาด วิทยาภาคกลาง 5 ก.ค. 2545	มีรายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็นเด็กชาย อายุ 6 ปี ชาวมอญ ต.ท่าขนุน อ.ทองผาภูมิ เริ่มป่วยวันที่ 20 มิถุนายน 45 ด้วยอาการคอบวม ไข้ หายใจติดขัด วันที่ 24 มิถุนายน 45 รักษาที่ รพ.ทองผาภูมิ R/O Diphtheria แล้วส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่ รพ.พหลพลพยุหเสนา ด้วยอาการไม่รู้สีกตัว และได้เสียชีวิตในวันเดียวกัน แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคคอตีบ ประวัติได้รับวัคซีน BCG เข็มเดียว ทำการ Swab ผู้สัมผัสทั้งหมด 147 ราย จำยา 144 ราย ให้วัคซีน 200 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ <i>Corynebacterium diphtheriae</i> 2 ราย เป็นชาวมอญ รายแรกเป็นเด็กที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยแต่ไม่มีอาการ รายที่ 2 เป็นเด็กอายุ 10 ปี ทั้ง 2 ราย ไม่มีประวัติได้รับวัคซีน เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยรายนี้สถานที่ป่วยอยู่ตำบลเดียวกันกับผู้ป่วยรายที่ 2 ของจังหวัดซึ่งเป็นชาวมอญเหมือนกัน ดังนั้นการติดตามผู้สัมผัสจะต้องทำให้ครอบคลุมมากที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยเกิดขึ้นอีก และอาจจะนำโรคมานำแพร่ให้กับชาวไทย สรุปจังหวัดกาญจนบุรีมีรายงานโรคนี้เป็นรายที่ 3 ซึ่งเป็นชาวต่างชาติ และเสียชีวิตทั้งหมด	ติดตามสถานการณ์

ข้อมูลเพิ่มเติมรายงานการเกิดโรค/การระบาดต่อเนื่องจากสัปดาห์ก่อน

โรค/สถานที่เกิดโรค	แหล่งข้อมูล	ผลการสอบสวนเบื้องต้น	การดำเนินการ
Hand foot mouth จ. ขอนแก่น		จากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนมีผู้ป่วยใหม่ในรอบสัปดาห์ 7 ราย ตั้งแต่ต้นปีมีผู้ป่วย 174 ราย แยกเป็น อ.เมือง 101 ราย, อ.น้ำพอง 30 ราย, อ.ปทุมธานี 17 ราย, อื่นๆ 26 ราย (ในเดือนมิถุนายน อ.ปทุมธานีมีผู้ป่วยเป็น cluster ในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์เด็กเล็ก 16 ราย) การไปสอบสวนที่โรงเรียน หากพบว่าชั้นเรียนใดมีเด็กป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปก็จะปิดชั้นเรียนนั้น	ติดตามจำนวนผู้ป่วย
Hand foot mouth	รายงาน สถานการณ์การ	ในรอบสัปดาห์นี้ไม่มีผู้ป่วยเพิ่ม ผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ต้นปีมีจำนวน 583 ราย	ติดตามสถานการณ์

กรุงเทพมหานคร	เฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์		
---------------	---	--	--

436

โรค/สถานที่เกิดโรค	แหล่งข้อมูล	ผลการสอบสวนเบื้องต้น	การดำเนินการ
Hand foot mouth จ.กำแพงเพชร	รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์	ได้รับรายงานผู้ป่วย 6 รายในรอบสัปดาห์ พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 34 รายในปี	ติดตามสถานการณ์
Hand foot mouth จ.พิจิตร	รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์	ได้รับรายงานผู้ป่วย 13 รายในรอบสัปดาห์ พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น 100 รายในปี	ติดตามสถานการณ์

บันทึกท้ายบท

รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 27 ของปี 2545 ซึ่งกองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยจาก 59 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 77.63

สำหรับคอลัมภ์ก้าวหน้าโรคฉบับนี้นำเสนอเรื่องโรค มือ เท้า และปาก ขอให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโปรดร่วมกันเฝ้าระวัง ซึ่งปัจจุบันมีการระบาดของโรค มือ เท้าและปาก (Hand Foot Mouth Disease, HFM) ก่อนข้างสูงและเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคนี้อาจมีหลายสายพันธุ์ แต่เชื้อที่มีรายงานว่าก่อให้เกิดโรครุนแรงคือ *Enterovirus 71* ซึ่งการที่ยืนยันชนิดของเชื้อได้นั้น จะต้องใช้วิธีการส่งวัตถุตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น อุจจาระหรือน้ำเหลืองของผู้ป่วย ฉะนั้นหากสถานบริการสาธารณสุขแห่งใด มีผู้ป่วย HFM เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ขอความร่วมมือในการส่งวัตถุตัวอย่างดังกล่าวตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดดังบทความของกองระบาดวิทยาในรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วน ฉบับนี้

ส่วนข้อมูลรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาเร่งด่วนสัปดาห์นี้ โรคที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ โรคไขเลือดออก เลปโตสไปริซิส หัด มือ เท้าและปาก และไข้สมองอักเสบ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 1,403, 44, 27, 24 และ 3 ราย ตามลำดับ

ส่วนแผนภูมิโรคไขเลือดออก จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กระบี่ พังงา พัทลุง สตูล และ นครศรีธรรมราช ซึ่งมีอัตราป่วย 273.25, 250.51, 221.13, 205.54 และ 188.44 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ส่วนสรุปข่าวการระบาดระหว่างวันที่ 1 – 5 กรกฎาคม 2545 พบโรคคอตีบที่จังหวัดสตูลมีผู้ป่วย 2 ราย โรคไข้กาฬหลังแอ่นที่จังหวัดราชบุรี 1 ราย โรคคอตีบที่จังหวัดกาญจนบุรี 1 ราย

คณะที่ปรึกษา	นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข
บรรณาธิการประจำฉบับ	นางพรรณราย สมิตสุวรรณ นางกาญจน์ย์ คำนาคแก้ว นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร
บรรณาธิการผู้ช่วย/ฝ่ายผลิต	นางกาญจน์ย์ คำนาคแก้ว
งานข้อมูล	นางสาวเพ็ญศรี จิตรนารถพัทธ์ นางลัดดา ลิขิตยั้งวรา นางอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์ นายประเวศน์ เข้มชื่น
งานพิสูจน์อักษร	นางพญ์ศิริ วัฒนาศูรศักดิ์ นางกาญจน์ย์ คำนาคแก้ว นางสาวลิลักษณ์ รังษีวงศ์ นายสุเทพ อุทัยฉาย
งานพิมพ์	นางสาวสมหมาย ยิมขลิบ
ออกแบบปกและจัดทำรูปเล่ม	นายธมยา พุกกะนันทน์ นายประมวล ทุมพงษ์
งานสมาชิกและการจัดส่ง	นางสาววรรณศิริ พรหมโชติชัย นางนงลักษณ์ อยู่ดี นายสวัสดิ์ สว่างชม