



รายงาน  
**เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา**  
**WESR**  
**ประจำสัปดาห์**  
**Weekly Epidemiological Surveillance Report**

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

ISSN 0859-547X [http://epid.moph.go.th/weekly/w\\_2549/menu\\_wesr49.html](http://epid.moph.go.th/weekly/w_2549/menu_wesr49.html)

ปีที่ ๓๗ : ฉบับที่ ๒๑ : ๒ มิถุนายน ๒๕๔๙ Volume 37 : Number 21 : June 2, 2006

|                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| สัปดาห์ที่         | ๑  | ๒  | ๓  | ๔  | ๕  | ๖  | ๗  | ๘  | ๙  | ๑๐ | ๑๑ | ๑๒ | ๑๓ | ๑๔ | ๑๕ | ๑๖ | ๑๗ | ๑๘ | ๑๙ | ๒๐ | ๒๑ | ๒๒ | ๒๓ | ๒๔ | ๒๕ | ๒๖ |
| จำนวนจังหวัดที่ส่ง | ๕๙ | ๕๘ | ๕๒ | ๕๗ | ๖๗ | ๖๒ | ๖๑ | ๖๓ | ๖๓ | ๖๕ | ๖๔ | ๗๐ | ๖๔ | ๖๖ | ๖๐ | ๖๖ | ๖๑ | ๖๑ | ๖๘ | ๖๕ | ๖๕ |    |    |    |    |    |

สัปดาห์ที่ ๒๑ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๙

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

ส่งทันเวลา ๖๕ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๓



การเตรียมรับมือกับโรคติดต่อจากอุทกภัยใน 5 จังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย พฤษภาคม 2549

Preparation for The Communicable Disease Occurrence after Flood Disaster Attack in 5 Northern Provinces, Thailand, May 2006

สถานการณ์โรค/ภัยที่สำคัญ

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค

✉ [tsuwanna@health.moph.go.th](mailto:tsuwanna@health.moph.go.th)

เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2549 ได้เกิดอุทกภัยในหลายจังหวัดทางภาคเหนือ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่และนักท่องเที่ยว จากข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2549 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 77 ราย สูญหาย 39 ราย เข้ารับการรักษา 2,213 ราย จังหวัดอุดรธานี มีผู้เสียชีวิต 66 ราย สูญหาย 37 ราย เข้ารับการรักษา 669 ราย สุโขทัย มีผู้เสียชีวิต 6 ราย สูญหาย 2 ราย เข้ารับการรักษา 199 ราย แพร่ มีผู้เสียชีวิต 5 ราย ไม่มีผู้สูญหาย เข้ารับการรักษา 1,345 ราย สำหรับจังหวัดลำปางและน่าน ไม่มีรายงาน ทั้งผู้เสียชีวิต ผู้สูญหาย และผู้เข้ารับการรักษา แม้ว่าภัยธรรมชาติบางจังหวัดได้สงบลงแล้วก็ตาม แต่ผลกระทบจากเหตุการณ์เศร้าสลดครั้งนี้ ยังอาจก่อให้เกิดการระบาดของโรคติดต่อตามมา เนื่องจากการอยู่ร่วมกันของประชาชนที่อพยพหนีภัยเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อได้ง่ายขึ้น กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้แจ้งเตือนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการเฝ้าระวังโรคเป็นพิเศษ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดและสามารถดำเนินการควบคุมโรคให้สงบโดยเร็ว โดยมีมาตรการดังนี้

1. โปรดแจ้งให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ที่เกิดอุทกภัยหรือวาตภัยในจังหวัดทราบ และให้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคพิเศษช่วงน้ำท่วม จนถึงช่วงหลังน้ำลด
2. รายงานผู้เสียชีวิตเนื่องจากอุทกภัยและวาตภัย

 สารบัญ

|   |     |
|---|-----|
| ◆ การเตรียมรับมือกับโรคติดต่อจากอุทกภัยใน 5 จังหวัดทางภาคเหนือ พฤษภาคม 2549   | 361 |
| ◆ รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) รายที่ 3 (ติดเชื้อภายในประเทศ) จังหวัดพังงา, 2549 | 362 |
| ◆ โรค Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) ในประเทศไทย ปี 2549  | 364 |
| ◆ สรุปการตรวจสอบสวนว่าภาวะระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 21 - 27 พฤษภาคม 2549                        | 369 |
| ◆ สถานการณ์โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 21 - 27 พฤษภาคม 2549                 | 369 |
| ◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 21 - 27 พฤษภาคม 2549              | 370 |

3. ทำการสอบสวนโรคทันที กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อเนื่องมาจากอุทกภัย/วาตภัย หรือมีผู้ป่วยโรค/กลุ่มอาการเดียวกันเป็นกลุ่ม เพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต/หาปัจจัยหรือแหล่งโรค ของการเกิดโรค/กลุ่มอาการนั้น ๆ
4. การรายงานการเฝ้าระวังพิเศษจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้รายงานพร้อมกับรายงานโรคเร่งด่วน โดยส่งโทรสารไปที่สำนักระบาดวิทยา 0-2590-1784, 0-2590-1730
5. การรายงานการเฝ้าระวังโรคตามระบบปกติหรือรายงานโรคเร่งด่วนของสำนักระบาดวิทยาให้รายงานตามปกติ
6. การรายงานการเฝ้าระวังพิเศษโรคติดต่อเกิดจากน้ำท่วมและช่วงหลังน้ำลด เริ่มตั้งแต่วันที่เกิดน้ำท่วม จนถึงวันที่น้ำลดลงหมดแล้ว

**โรคที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ**

1. อหิวาตกโรค(Cholera) 2. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) 3. บิด (Dysentery) 4. ไข้ไทฟอยด์ (typhoid) 5. ตับอักเสบ (Hepatitis) 6. ตาแดง (Conjunctivitis) 7. หัด (Measles) 8. เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

**อาการ/กลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ**

1. ถ่ายเป็นน้ำ 2. ถ่ายเหลวหรือถ่ายมีมูกปนเลือดและมีไข้ 3. อาเจียนและปวดท้อง 4. ตาเหลืองและมีไข้ 5. ตาแดง 6. ผื่นและมีไข้ 7. มีไข้สูงเกิน 8. บาดแผล 9. บาดแผลติดเชื้อ 10. โรคอื่น ๆ ที่สงสัยว่า อาจมีการระบาด

สำหรับโรคเลปโตสไปโรซิส หลังจากน้ำท่วม มักมีการระบาดของโรคบ่อยครั้ง ทางกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พื้นที่ที่มีน้ำท่วม ดำเนินการเฝ้าระวังโรคนี้เป็นพิเศษ และแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหรือแสดงอาการทางคลินิกเข้าได้กับนิยามของโรคเลปโตสไปโรซิส และมีประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค รายงานโรคตามลำดับ หากสามารถเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ขอให้เจาะเลือดผู้ป่วย 2 ครั้ง ในวันแรกรับผู้ป่วยและห่างจากครั้งแรก 14 วัน (ในกรณีเจาะเลือดครั้งที่ 2 มีปัญหา ให้เจาะเลือดผู้ป่วยในวันที่ให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) เพื่อส่งตรวจยืนยันต่อไป และประสานกับปศุสัตว์ เพื่อเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์ เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในคน

สำหรับโรคติดต่อที่สำคัญที่เกิดหลังการเกิดอุทกภัย ขอให้ดูรายละเอียดได้จากบทความเรื่อง "โรคติดต่อที่มากับภัยพิบัติทางธรรมชาติ" ที่ <http://epid.moph.go.th> หรือ ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2547 ปีที่ 35 ฉบับที่ 53 วันที่ 7 มกราคม 2548 หน้า 926 – 928

**รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) จังหวัดพังงา, 2549**  
(การติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case) รายที่ 3)  
**Preliminary Investigation Report of the 3<sup>rd</sup> Autochthonous case: Visceral Leishmaniasis (Kala Azar), Phangnga, 2006**

ร.ท. นพ.ธีรยุทธ สุขุม\* โอสถ คันธานนท์\*\* นงนุช จตุรบัณญัติ\*\*  
\*สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค  
\*\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา  
✉ [theesukm@yahoo.com](mailto:theesukm@yahoo.com)

การสอบสวนทางระบาดวิทยา

**ความเป็นมา**

สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงาน เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549 จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ว่า มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคไลชมาเนียซิส (Visceral Leishmaniasis) ซึ่งไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คาดว่า น่าจะเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case) สำนักระบาดวิทยาจึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ค้นหาแมลงนำโรคและ แหล่งรังโรค และกำหนดแนวทางในการควบคุมป้องกันโรค ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ จนถึงวันที่ 5 เมษายน 2549

**ผลการสอบสวน**

พบผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี สถานภาพสมรส(คู่) อาชีพกรีดยาง ภูมิลำเนาอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลหล่อยง อำเภอกะทู้ทุ่ง จังหวัดพังงา อาศัยอยู่ในบริเวณบ้านตลอด ไม่มีประวัติเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด หรือไปต่างประเทศมาก่อน ไม่มีประวัติการ

3. ทำการสอบสวนโรคทันที กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อเนื่องมาจากอุทกภัย/วาตภัย หรือมีผู้ป่วยโรค/กลุ่มอาการเดียวกันเป็นกลุ่ม เพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต/หาปัจจัยหรือแหล่งโรค ของการเกิดโรค/กลุ่มอาการนั้น ๆ
4. การรายงานการเฝ้าระวังพิเศษจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้รายงานพร้อมกับรายงานโรคเร่งด่วน โดยส่งโทรสารไปที่สำนักระบาดวิทยา 0-2590-1784, 0-2590-1730
5. การรายงานการเฝ้าระวังโรคตามระบบปกติหรือรายงานโรคเร่งด่วนของสำนักระบาดวิทยาให้รายงานตามปกติ
6. การรายงานการเฝ้าระวังพิเศษโรคติดต่อเกิดจากน้ำท่วมและช่วงหลังน้ำลด เริ่มตั้งแต่วันที่เกิดน้ำท่วม จนถึงวันที่น้ำลดลงหมดแล้ว

**โรคที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ**

1. อหิวาตกโรค(Cholera) 2. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) 3. บิด (Dysentery) 4. ไข้ไทฟอยด์ (typhoid) 5. ตับอักเสบ (Hepatitis) 6. ตาแดง (Conjunctivitis) 7. หัด (Measles) 8. เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

**อาการ/กลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ**

1. ถ่ายเป็นน้ำ 2. ถ่ายเหลวหรือถ่ายมีมูกปนเลือดและมีไข้ 3. อาเจียนและปวดท้อง 4. ตาเหลืองและมีไข้ 5. ตาแดง 6. ผื่นและมีไข้ 7. มีไข้สูงเกิน 8. บาดแผล 9. บาดแผลติดเชื้อ 10. โรคอื่น ๆ ที่สงสัยว่า อาจมีการระบาด

สำหรับโรคเลปโตสไปโรซิส หลังจากน้ำท่วม มักมีการระบาดของโรคบ่อยครั้ง ทางกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พื้นที่ที่มีน้ำท่วม ดำเนินการเฝ้าระวังโรคนี้เป็นพิเศษ และแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหรือแสดงอาการทางคลินิกเข้าได้กับนิยามของโรคเลปโตสไปโรซิส และมีประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค รายงานโรคตามลำดับ หากสามารถเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ขอให้เจาะเลือดผู้ป่วย 2 ครั้ง ในวันแรกรับผู้ป่วยและห่างจากครั้งแรก 14 วัน (ในกรณีเจาะเลือดครั้งที่ 2 มีปัญหา ให้เจาะเลือดผู้ป่วยในวันที่ให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) เพื่อส่งตรวจยืนยันต่อไป และประสานกับปศุสัตว์ เพื่อเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์ เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในคน

สำหรับโรคติดต่อที่สำคัญที่เกิดหลังการเกิดอุทกภัย ขอให้ดูรายละเอียดได้จากบทความเรื่อง "โรคติดต่อที่มากับภัยพิบัติทางธรรมชาติ" ที่ <http://epid.moph.go.th> หรือ ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2547 ปีที่ 35 ฉบับที่ 53 วันที่ 7 มกราคม 2548 หน้า 926 – 928

**รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) จังหวัดพังงา, 2549**  
(การติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case) รายที่ 3)  
**Preliminary Investigation Report of the 3<sup>rd</sup> Autochthonous case: Visceral Leishmaniasis (Kala Azar), Phangnga, 2006**

ร.ท. นพ.ธีรยุทธ สุขุม\* โอสถ คันธานนท์\*\* นงนุช จตุราภรณ์จิต\*\*

\*สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค  
\*\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา  
✉ [theesukm@yahoo.com](mailto:theesukm@yahoo.com)

การสอบสวนทางระบาดวิทยา

**ความเป็นมา**

สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงาน เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549 จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ว่า มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคไลชมาเนียซิส (Visceral Leishmaniasis) ซึ่งไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คาดว่า น่าจะเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case) สำนักระบาดวิทยาจึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ค้นหาแมลงนำโรคและแหล่งรังโรค และกำหนดแนวทางในการควบคุมป้องกันโรค ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ จนถึงวันที่ 5 เมษายน 2549

**ผลการสอบสวน**

พบผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี สถานภาพสมรส(คู่) อาชีพกรีดยาง ภูมิลำเนาอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลหล่อยง อำเภอกะทู้ทุ่ง จังหวัดพังงา อาศัยอยู่ในบริเวณบ้านตลอด ไม่มีประวัติเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด หรือไปต่างประเทศมาก่อน ไม่มีประวัติการ

ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และการได้รับหรือบริจาคเลือดมาก่อน จากการทบทวนประวัติการรักษา พบว่า เริ่มมีอาการของโรคเมื่อเดือนพฤษภาคม 2546 ด้วยอาการ ไข้ หนาวสั่น ไอ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า เป็นการติดเชื้อไวรัสร่วมกับมีภาวะซีด 2 ปีต่อมา อาการไม่ดีขึ้น มีปวดแน่นท้อง ดับและม้ามโต ซีด อ่อนเพลียมาก ผอมมากผิดปกติ หายใจไม่สะดวก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แพทย์สงสัยเป็นภาวะของโรค Hematological malignancy with pancytopenia ได้เจาะตรวจไขกระดูกและวินิจฉัยว่าเป็น Disseminated fungal infection with pancytopenia with hepatosplenomegaly ได้รับการรักษาด้วย Itraconazole และนัดติดตามการรักษามาตลอด ต่อมาผู้ป่วย มีไข้ เลือดกำเดา และเลือดออกตามไรฟัน ไหลไม่หยุด อ่อนเพลียมาก เหนื่อยหอบ ซีดรุนแรง ดับม้ามโตมากขึ้น ผลการตรวจเลือดพบภาวะ pancytopenia จึงถูกส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2549 แพทย์ได้เจาะตรวจไขกระดูก พบว่ามี intracellular and extracellular amastigotes จึงให้การวินิจฉัยยืนยันโรคดังกล่าว ผู้ป่วยรายนี้ถือว่าเป็น Autochthonous case รายที่ 2 ของภาคใต้ และนับว่าเป็นรายที่ 3 ของประเทศ

จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้านและสวนยางของผู้ป่วย พบว่า ลักษณะเป็นบ้านก่ออิฐถือปูนสองชั้น บรรยากาศภายในบ้านมืดครึ้ม อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก บริเวณตอนหลังของบ้านชั้นล่าง จัดเป็นห้องสำหรับให้บริการนวดแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะค่อนข้างมืดและเย็น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน สามารถเป็นที่อยู่อาศัยของรื้อนฝอยทรายได้ ประวัติการเลี้ยงสัตว์มีสุนัข 1 ตัว แมว 10 – 15 ตัว เป็ด 15 ตัว และห่าน 7 ตัว สำหรับสวนยางอยู่บนภูเขา ห่างจากบ้านประมาณ 5 กิโลเมตร ทางขึ้นเป็นป่ารกทึบ สลับกับสวนยาง มีแนวลำธารภูเขาไหลผ่าน มีต้นไม้ล้มลุก และจอมปลวกเป็นระยะ ๆ ของทางขึ้นสวน ไม่มีการเลี้ยงสัตว์แต่อย่างใด สิ่งแวดล้อมบริเวณสวนยางสามารถเป็นที่อยู่ของรื้อนฝอยทรายได้เช่นกัน

การค้นหาผู้ป่วยและแหล่งรังโรค ได้ทำการเจาะเลือดประชากรที่อาศัยอยู่ในรัศมี 500 เมตร ห่างจากบ้านผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 153 ราย ไม่มีใครมีอาการคล้ายผู้ป่วย แบ่งเป็นคนไทย 140 ราย (ทั้งหมดไม่มีประวัติการไปทำงานต่างประเทศมาก่อน) แรงงานพม่า 12 ราย และแขกชายผ้าขาวบังคลาเทศ 1 ราย และเจาะเลือดสัตว์เลี้ยงภายในหมู่บ้าน 7 ชนิด ประกอบด้วยสุนัข แมว แพะ กระต่าย ไก่ เป็ด และห่าน รวมทั้งสิ้น 65 ตัว และหนูบ้าน อีก 3 ตัว ส่งตรวจทางซีโร โลยีที่ภาควิชาปรสิตวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ขณะนี้อยู่ระหว่างรอผลชันสูตร ได้ทำการดักจับรื้อนฝอยทราย 3 ครั้งด้วยวิธี Light trap, Resting catch และ Human-baited collection ภายในห้องครัว ห้องนวดแผนโบราณ รอบ ๆ บ้านผู้ป่วย และภายในสวนยาง รวมกว่า 200 ตัว ส่งตรวจที่ภาควิชาจุลชีววิทยาทางการแพทย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อคัดแยกชนิด และตรวจหาเชื้อลิซมาเนียต่อไป

### มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

โดยการให้คำแนะนำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ชุมชน ส่งเสริมการใช้มาตรการป้องกันตนเอง จากการถูกยุงและรื้อนฝอยทรายกัด
2. แนะนำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์ภายในบ้าน (Domestic animal) หรือจัดสถานที่เลี้ยงสัตว์ให้ห่างจากตัวบ้าน เนื่องจากสัตว์เลี้ยงภายในบ้านนี้ สามารถเป็นแหล่งรังโรคได้ และจะไม่แสดงอาการ ซึ่งมีโอกาสที่รื้อนฝอยทรายจะเข้ามาดูดเลือดสัตว์แล้วมากัดคนได้
3. การเฝ้าระวังโรคในคน ซึ่งแจ้งแพทย์ในพื้นที่ หากพบผู้ป่วยที่มีอาการมีไข้ เป็น ๆ หาย ๆ ซีด ดับม้ามโต และน้ำหนักลด ผอมลงมาก ซึ่งเข้าได้กับอาการโรคลิซมาเนียซีด โดยไม่จำเป็นต้องมีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกเฉียงใต้ หากการวินิจฉัยยังไม่แน่ชัด หรือให้การรักษาไปแล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ควรนึกถึงโรคนี้ และให้ทบทวนประวัติผู้ป่วยดังกล่าว รักษาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น หรือยังไม่มีความชัดเจนในการวินิจฉัย เพื่อพิสูจน์ว่าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแล้ว

### มาตรการที่จะดำเนินการต่อไป

1. ดำเนินการพ่นหมอกควัน เพื่อกำจัดรื้อนฝอยทราย หลังจากได้ดักจับรื้อนฝอยทรายเพื่อศึกษาถึงการเป็นแมลงนำโรคแล้ว
2. หากตรวจพบว่า มีผลตรวจซีรัมของคนให้ผลที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อลิซมาเนีย ให้รับรักษา ในกรณีที่เป็นสัตว์ ซึ่งอาจจะเป็นแหล่งรังโรค ก็จะดำเนินการทำลายสัตว์ชนิดนั้น ๆ ทันที
3. ประสานงานศูนย์ป้องกันโรคติดต่อฯ โดยแมลงในพื้นที่ ในการสำรวจรื้อนฝอยทรายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคัดแยกชนิดที่มีโอกาสจะแพร่โรคสู่คนได้ และเป็นการเฝ้าระวังอย่างหนึ่ง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีรายชื่อดังกล่าวที่ร่วมการดำเนินงานในการสอบสวนโรคครั้งนี้

คณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดพังงา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, ร่วมสอบสวนโรค, สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค จักรีนฝอยทราย, ภาควิชากีฏวิทยาทางการแพทย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล คัดแยกชนิดของริ้นฝอยทราย, ภาควิชาปรสิตวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ตรวจสอบคัดแยกชนิดของเชื้อลีชมาเนีย และภาควิชาสัตยศาสตร์และภาควิชาพยาธิวิทยา คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตรวจสอบเชื้อลีชมาเนียในสัตว์

### โรค Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) ในประเทศไทย ปี 2549

#### Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) in Thailand, 2006

ร.ท. นพ.ธีรยุทธ สุขมี : แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชกรรมป้องกัน แขนงระบาดวิทยา (FETP-Thailand)

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

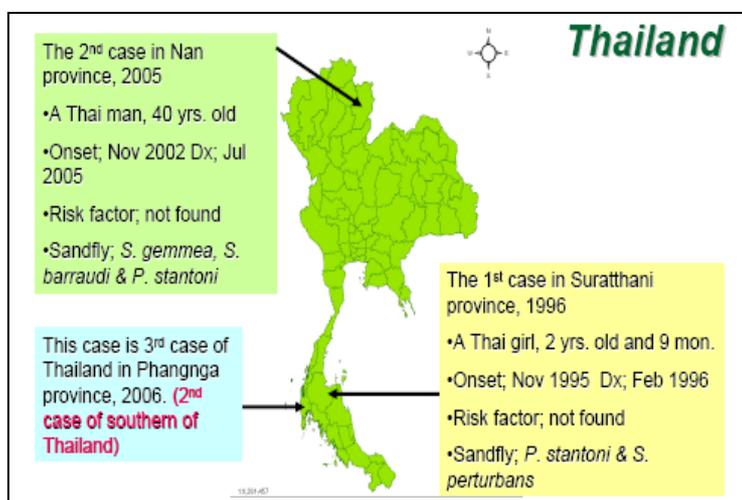
✉ theesukm @ yahoo.com

บทพื้นวิชา

โรคลีชมาเนียซิสเกิดจากเชื้อโปรโตซัว *Leishmania spp.* โดยมีริ้นฝอยทราย (sandfly) บางชนิดเป็นแมลงพาหะของโรค ซึ่งลักษณะของโรคแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) **Cutaneous Leishmaniasis** เป็นแผลเรื้อรังตามผิวหนังในบริเวณที่ถูกริ้นฝอยทรายกัด 2) **Visceral Leishmaniasis** เกิดการติดเชื้อในอวัยวะภายในร่างกาย โดยเฉพาะที่ไขกระดูก ม้าม ต่อม้ำเหลือง และตับ เป็นต้น ถือว่าเป็นลักษณะโรคที่รุนแรงที่สุด และ 3) **Mucocutaneous Leishmaniasis** ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกับที่เกิดขึ้นที่ผิวหนัง แต่จะเกิดแผลลูกกลมในอวัยวะที่มีเยื่อเมือก เช่น จมูก ปาก เป็นต้น

แต่เดิมมักเข้าใจกันว่า ประเทศไทยไม่ใช่พื้นที่ที่มีการระบาดของโรค (endemic area) นี้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยเคยมีรายงานผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) การเกิดโรคเป็นลักษณะ sporadic case โดยเป็นชาวต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทยจำนวน 3 ราย ประกอบด้วย ชาวปากีสถาน ชาวอินเดีย และชาวบังกลาเทศ ในปี 2503, 2520 และ 2527 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เป็นคนไทยจำนวน 7 ราย โดย 5 รายแรกได้รายงานเมื่อปี 2528 – 2529 เป็นแรงงานไทยที่มีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีโรคนี้นี้เป็นโรคประจำถิ่น ส่วนอีก 3 รายได้รายงานเมื่อปี 2539, 2548 และ 2549 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศที่มีโรคนี้นี้เลย (Autochthonous case) และไม่พบปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อแต่อย่างใด ซึ่งผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยเป็นผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 2 ขวบ 9 เดือน อาศัยอยู่ที่ ตำบลคลองน้อย อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี อาศัยอยู่ที่ ตำบลบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน และรายล่าสุด ผู้ป่วยชาย อายุ 54 ปี อาศัยอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลหล่อยอง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (สามารถอ่านละเอียดในหัวข้อรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นในฉบับนี้)

รูปที่ 1 สถานการณ์ของโรค Visceral Leishmaniasis ในประเทศไทย ที่มีรายงานว่าเป็นผู้ป่วย ซึ่งติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case)



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้มีรายนามดังกล่าวที่ร่วมการดำเนินงานในการสอบสวนโรคครั้งนี้

คณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดพังงา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, ร่วมสอบสวนโรค, สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค จักรีนฝอยทราย, ภาควิชากีฏวิทยาทางการแพทย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล คัดแยกชนิดของริ้นฝอยทราย, ภาควิชาปรสิตวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ตรวจสอบคัดแยกชนิดของเชื้อลิชมาเนีย และภาควิชาสัตยศาสตร์และภาควิชาพยาธิวิทยา คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตรวจสอบเชื้อลิชมาเนียในสัตว์

### โรค Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) ในประเทศไทย ปี 2549

#### Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) in Thailand, 2006

ร.ท. นพ.ธีรยุทธ สุขมี : แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชกรรมป้องกัน แขนงระบาดวิทยา (FETP-Thailand)

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

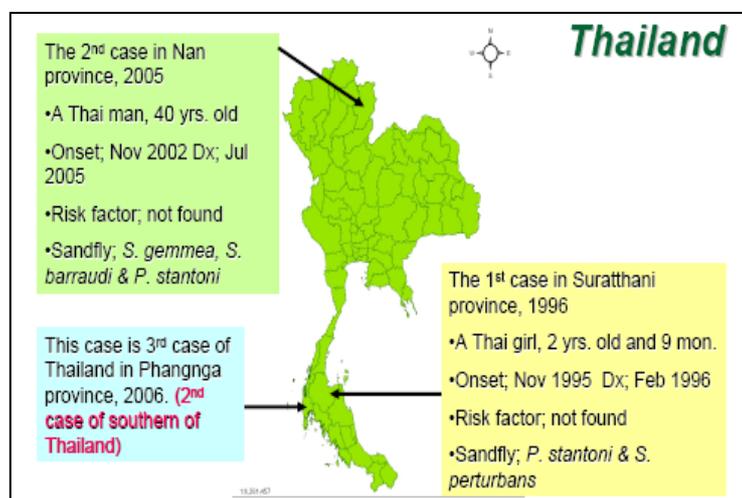
✉ theesukm @ yahoo.com

บทพื้นวิชา

โรคลิชมาเนียซิสเกิดจากเชื้อโปรโตซัว *Leishmania spp.* โดยมีริ้นฝอยทราย (sandfly) บางชนิดเป็นแมลงพาหะของโรค ซึ่งลักษณะของโรคแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) **Cutaneous Leishmaniasis** เป็นแผลเรื้อรังตามผิวหนังในบริเวณที่ถูกริ้นฝอยทรายกัด 2) **Visceral Leishmaniasis** เกิดการติดเชื้อในอวัยวะภายในร่างกาย โดยเฉพาะที่ไขกระดูก ม้าม ต่อม้ำเหลือง และตับ เป็นต้น ถือว่าเป็นลักษณะโรคที่รุนแรงที่สุด และ 3) **Mucocutaneous Leishmaniasis** ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกับที่เกิดขึ้นที่ผิวหนัง แต่จะเกิดแผลลูกกลมในอวัยวะที่มีเยื่อเมือก เช่น จมูก ปาก เป็นต้น

แต่เดิมมักเข้าใจกันว่า ประเทศไทยไม่ใช่พื้นที่ที่มีการระบาดของโรค (endemic area) นี้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยเคยมีรายงานผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) การเกิดโรคเป็นลักษณะ sporadic case โดยเป็นชาวต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทยจำนวน 3 ราย ประกอบด้วย ชาวปากีสถาน ชาวอินเดีย และชาวบังคลาเทศ ในปี 2503, 2520 และ 2527 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เป็นคนไทยจำนวน 7 ราย โดย 5 รายแรกได้รายงานเมื่อปี 2528 – 2529 เป็นแรงงานไทยที่มีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีโรคนี้นี้เป็นโรคประจำถิ่น ส่วนอีก 3 รายได้รายงานเมื่อปี 2539, 2548 และ 2549 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศที่มีโรคนี้นี้เลย (Autochthonous case) และไม่พบปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อแต่อย่างใด ซึ่งผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยเป็นผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 2 ขวบ 9 เดือน อาศัยอยู่ที่ ตำบลคลองน้อย อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี อาศัยอยู่ที่ ตำบลบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน และรายล่าสุด ผู้ป่วยชาย อายุ 54 ปี อาศัยอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลหล่อยอง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (สามารถอ่านละเอียดในหัวข้อรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นในฉบับนี้)

รูปที่ 1 สถานการณ์ของโรค Visceral Leishmaniasis ในประเทศไทย ที่มีรายงานว่าเป็นผู้ป่วย ซึ่งติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case)



**อาการและอาการแสดง**

ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคไลชมาเนียซิส มีลักษณะใกล้เคียงกับอาการของโรคอื่นหลายโรค เช่น มาลาเรีย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคธาลัสซีเมีย โรคไขกระดูกฝ่อ โรคเลือดชนิดอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งอาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

| อาการและอาการแสดง  |
|--|
| ไข้เรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ (Intermittent fever)  |
| ซีด และอาจมีเลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน (Pancytopenia; anemia, bleeding tendency) |
| ท้องอืด ตับม้ามโต (Hepatosplenomegaly; abdominal distention)                         |
| น้ำหนักลดลงอย่างมาก (Progressive weight loss; cachexia)                              |
| ต่อมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy)  |
| ผิวหนังคล้ำขึ้น (Hyperpigmentation)  |
| อ่อนแรงมากขึ้น (Fatigue)   |

จากเหตุผลดังกล่าว แพทย์อาจจะไม่คุ้นเคยกับอาการของโรค Visceral Leishmaniasis มาก่อน ด้วยอาจจะเข้าใจว่าเป็นโรคที่มักพบในคนที่ไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง หรือไม่ใช้โรคประจำถิ่นของไทย จึงไม่ได้นึกถึงในการที่จะให้การวินิจฉัยโรคนี้ ส่งผลให้การรักษาอาจจะไม่ได้ผล และเกิดความล่าช้าในการรักษา

**แมลงนำโรค**

เป็นที่ทราบกันดีว่า แมลงนำโรค คือ รินฝอยทราย (sandfly) เพศเมีย ซึ่งจะดูดเลือดของสัตว์ที่มีกระดูกสันหลัง เพื่อการวางไข่ ลักษณะวงจรชีวิตคล้ายยุงแต่ไม่มีวงจรชีวิตในน้ำ กล่าวคือ จากไข่ ฟักเป็นตัวอ่อน (larva) ซึ่งอาศัยอยู่ในดิน พัฒนาจนเป็นตัวไม่ม (pupae) และโตเป็นตัวเต็มวัยตามลำดับ โดยปกติรินฝอยทรายจะอาศัยอยู่ตามพื้นดิน ในที่มืด อากาศเย็น และมีความชื้น เช่น กองอิฐ กองหิน กองไม้พิน จอมปลวกเก่า รอยแตกของฝาผนังหรืออิฐ ต่อไม้ผุ หรือตามพื้นดินที่มีใบไม้ปกคลุมในป่าทึบ และใกล้คอกสัตว์ เล้าเป็ดไก่ ซึ่งมักจะอาศัยตามแหล่งดังกล่าวและใกล้แหล่งอาหาร

ตัวรินฝอยทรายมีขนาดเล็กกว่ายุง ประมาณ 1/3 เท่า ลำตัวจะมีขนปกคลุมจำนวนมาก มีปีก 1 คู่ แต่ไม่สามารถบินได้ การเคลื่อนที่จะใช้วิธีการกระโดด (hopping) สูงจากพื้นดินไม่เกิน 1 เมตร นิยชอบออกหากินตอนพลบค่ำและกลางคืน ในรัศมีรอบ ๆ ที่อาศัย 200 - 300 เมตร มักจะกัดคนในบ้านมากกว่าในบ้าน แต่ในบางกรณีรินฝอยทรายก็จะกัดในตอนกลางวันได้ หากมันอาศัยอยู่ภายในบ้าน หรือในป่าทึบ สำหรับประเทศไทยยังมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการกระจายตัวของรินฝอยทรายน้อยมาก และไม่สามารถที่จะเชื่อมโยงพื้นที่ที่พบรินฝอยทรายกับการเกิดโรคไลชมาเนียซิสได้ แต่อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า ประเทศไทยมีรินฝอยทรายชนิดที่สามารถเป็นแมลงนำโรคได้ พร้อมทั้งจะนำโรคได้ หากรินฝอยทรายเพศเมียกัดสัตว์หรือคนที่มีเชื้อ *Leishmania spp.* อยู่เดิม โรคก็มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่สัตว์หรือคนอื่น ๆ ได้ สัตว์ที่มีกระดูกสันหลังจะเป็นแหล่งรังโรค (Reservoir) ที่สำคัญ ส่วนการติดเชื้อในคนจะเป็นการติดเชื้อโดยบังเอิญ (Accidental host)

**การวินิจฉัยและการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ สามารถทำได้หลายวิธี ตัวอย่างเช่น**

- 1) การเจาะตรวจไขกระดูก (Bone marrow aspiration and biopsy) ซึ่งถือเป็นวิธีที่ยืนยันการวินิจฉัยที่ดีที่สุด นำมา้อมสีด้วย Giemsa stain ซึ่งจะจำเพาะและช่วยแยกเชื้อ *Leishmania spp.* ออกจากเชื้อชนิดอื่น ๆ ได้ดี เช่น *Histoplasma capsulatum* และ *Toxoplasma gondii*
- 2) การตรวจทางซีโรโลยี โดยเฉพาะวิธี Direct agglutination test (DAT) ซึ่งมีความไวและความจำเพาะสูงมาก แต่ปัจจุบันยังมีข้อจำกัด คือ ต้องสังขน้ำยา antigen มาจากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง และมีสถานที่ที่ตรวจวิเคราะห์น้อยมาก มักจะเป็นห้องตรวจวิเคราะห์ในโรงเรียนแพทย์ หรือมหาวิทยาลัย
- 3) การตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) ซึ่งก็มีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ตรวจเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะมีสถานที่ที่จะทำวิธีนี้ได้หลายแห่ง แต่การหาสารพันธุกรรมที่ทำหน้าที่เป็น Primer ในการเริ่มต้นการตรวจวิเคราะห์นั้น ส่วนใหญ่ทำไดยาก

## การป้องกันโรค

สามารถทำได้ง่าย โดยการใช้มาตรการการป้องกันตนเอง (Personal protective management; PPM) จากการถูก  
รึนฝอยทรายกัด คือ

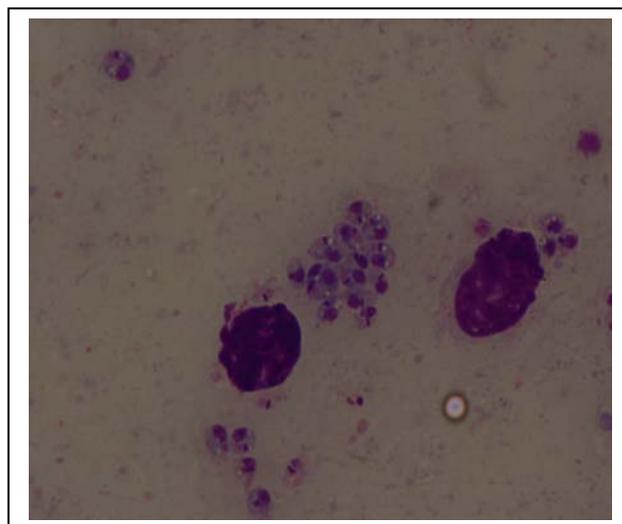
| Personal protective management (PPM)                 |
|--|
| 1) สวมใส่เสื้อผ้าอย่างรัดกุมมิดชิด                   |
| 2) ทายากันแมลงในพื้นที่บริเวณผิวหนังที่อยู่นอกร่มผ้า |
| 3) นอนกางมุ้ง  |

ซึ่งเป็นมาตรการเดียวกันกับการป้องกันยุงกัด การสวมใส่เสื้อผ้าอย่างรัดกุมมิดชิด ขณะเข้าไปทำงาน หรือพักค้าง  
คืนในพื้นที่ที่คาดว่า จะมีรึนฝอยทรายอาศัยอยู่ เช่น การสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ยัดชายเสื้อในกางเกง และยัดปลายขา  
กางเกงในรองเท้า เป็นต้น เพราะรึนฝอยทรายมีปากสั้นไม่สามารถกัดผ่านเสื้อผ้าได้ และการนอนกางมุ้งที่ชุบด้วยยากันยุง  
และแมลง หรือใช้มุ้งที่มีขนาดรูตาข่ายเล็ก (< 156 รูตาข่ายต่อ 1 ตารางนิ้ว) ซึ่งรึนฝอยทรายไม่สามารถลอดผ่านได้ ตลอดทั้ง  
การฉีดยากันยุงและแมลงภายในบ้าน โดยการฉีดพ่นตามผนัง หรือในที่ที่รึนฝอยทรายเกาะพัก หรือทำรังอยู่ ทั้งนี้ การ  
ปรับปรุง ดูแลบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย โดยเฉพาะที่ที่รึนฝอยทรายทำรังอยู่ และทำให้ปลอดจากสัตว์จำพวกฟัน  
แทะ เช่น หนู สัตว์เลื้อยคลาน ซึ่งเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญได้ รวมไปถึงหลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์ที่สามารถเป็นแหล่งรังโรค  
เช่น สุนัข แมว วัว ควาย เป็นต้น ก็จะช่วยลดโอกาสการสัมผัสกับโรคลงได้

### การเฝ้าระวังโรคในพื้นที่

1) **การเฝ้าระวังในคน** เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการมีไข้เป็น ๆ หาย ๆ ซีด ตับม้ามโต และน้ำหนักลด ผอมลงมาก ซึ่งเข้า  
ได้กับอาการ โรคลิชมาเนียซิส โดยไม่จำเป็นต้องมีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกเฉียง หากการวินิจฉัย  
ยังไม่แน่ชัด หรือให้การรักษาไปแล้ว ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ที่ทำการตรวจรักษาควรรีบถึง โรคนี้ ซึ่งการวินิจฉัยสามารถ  
ทำได้โดยการเจาะตรวจไขกระดูก (Bone marrow aspiration and biopsy) แล้วย้อมสีด้วย Giemsa stain ซึ่งจะจำเพาะและ  
ช่วยแยกเชื้อ *Leishmania spp.* ออกจากเชื้อชนิดอื่นๆ ได้ดี เช่น *Histoplasma capsulatum* และ *Toxoplasma gondii* ดัง  
ปรากฏตามรูปด้านล่างนี้

รูปที่ 2 ผลการตรวจ Bone marrow aspiration แสดง intracellular and extracellular amastigotes



อาจจะพิจารณาพบทวนประวัติผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยอาการดังกล่าว รักษาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น หรือยังไม่  
มีความชัดเจนในการวินิจฉัย เพื่อพิสูจน์ว่าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแล้ว

2) การเฝ้าระวังโรคในสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน (Domestic animal) ซึ่งเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ โดยปกติเมื่อสัตว์ติดเชื้อ *Leishmania spp.* มักจะไม่แสดงอาการ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจทางซีโรโลยี หากมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในสัตว์ในพื้นที่ใกล้เคียงโดยรอบ ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง และมักจะเริ่มต้นทำ เมื่อมีการรายงานการเกิดโรคในคนมาก่อน ในกรณีที่มีผลเลือดในสัตว์บ่งชี้การเกิดโรคโลหิตมาเนียซิส ต้องกักแยกสัตว์ดังกล่าว แล้วตรวจพิสูจน์ยืนยันอีกครั้ง และต้องป้องกันไม่ให้สัตว์ถูกรบกวนปล่อยทรายกัด หากผลการตรวจพิสูจน์ยืนยันชัดเจน จำเป็นต้องทำลายสัตว์นั้น เพื่อไม่ให้ เป็นแหล่งแพร่กระจายโรคต่อไป

3) การเฝ้าระวังในรีนฝอยทราย ซึ่งเป็นที่ทราบแล้วว่า ประเทศไทยมีรีนฝอยทราย ชนิดที่สามารถเป็นแมลงนำโรคโลหิตมาเนียซิสได้ ดังนั้น ก็มีโอกาที่เชื้อ *Leishmania spp.* จะแพร่กระจายอยู่ในรีนฝอยทราย และสัตว์ซึ่งเป็นแหล่งรังโรคหรือคน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสำรวจชนิดรีนฝอยทรายที่กระจายอยู่ทั่วไปในประเทศ เพื่อจะนำมาสู่มาตรการควบคุมแมลงนำโรคต่อไป อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการรายงานการเกิดโรคในคนในพื้นที่ใด จำเป็นต้องมีการสำรวจดักจับรีนฝอยทรายในพื้นที่นั้น เพื่อพิสูจน์ว่า เป็นรีนฝอยทรายชนิดที่เป็นแมลงนำโรคได้หรือไม่ ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง และมักจะเริ่มต้นทำ เมื่อมีการรายงานการเกิดโรคในคนมาก่อนเช่นกัน ยกเว้นแต่จะมีการศึกษาสำรวจอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถที่จะเชื่อมโยงพื้นที่ที่พบรีนฝอยทรายกับการเกิดโรคโลหิตมาเนียซิสได้ ทรายใดที่ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีเชื้อ *Leishmania spp.* ในรีนฝอยทรายชนิดที่ตรวจพบในพื้นที่นั้นจริง

### การควบคุมโรค

นอกจากการให้การวินิจฉัยโดยเร็ว เพื่อจะได้รีบให้การรักษาที่จำเพาะ หรือทำลายทิ้ง และลดโอกาสการเป็นแหล่งรังโรคทั้งของสัตว์และคน ตามลำดับ การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม หรือสัตว์ที่มีเชื้อ รวมไปถึงการสนับสนุนให้ประชาชนใช้มาตรการการป้องกันตนเองแล้ว การควบคุมแมลงนำโรค คือ รีนฝอยทราย ก็พิจารณาให้การควบคุมโรคเหมือนกับการควบคุมโรคที่นำโดยยุง เช่น การพ่นสารเคมีชนิดหมอกควัน หรือการพ่นสารเคมีกำจัดแมลงตามรังของรีนฝอยทราย หรือที่ปกเกาะของรีนฝอยทราย เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Henry W Murray, Jonathan D Berman, Clive R Davies, Nancy G Saravia. Advances in Leishmaniasis. Lancet: 2005; 366:1561-77.
2. Usa Thisyakorn, Somchai Jongwutiwes, Preeda Vanichsetakul, Pornthep Lertsapcharoen. Visceral Leishmaniasis: the first indigenous case report in Thailand. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene: 1999; 93:23-24.
3. Wandee Kongkaew, Potjaman. Siriarayaporn, Saovanee Leelayoova. Autochthonous Visceral Leishmaniasis: A Report of a Second Case in Thailand. (In process of published.)
4. Shyam Sundar, M. Rai. Laboratory diagnosis of Visceral Leishmaniasis. Clinical and Diagnosis Laboratory Immunology: 2002, Sept; 951-958.
5. C. Apiwathnasorn, S. Sucharit, Y. Rongsriyam, et al. A brief Survey of Phlebotomine Sandflies in Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health: 1989; 20(3):429-432.
6. Mike W. Service. Medical Entomology for student 2<sup>nd</sup> edition. Cambridge university press: 2000; 91-100.
7. Jan A. Rozendaal. Vector control; Method for use by individuals and communities. Geneva, World Health Organization: 1997;20-21, 45-51.
8. Richard P. Lane, Roger W. Crosskey. Medical insects and Arachnids 1<sup>st</sup> edition. Published by Chapman and Hall: 1993; 78-119.

# สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 21 – 27 พฤษภาคม 2549

(Outbreak Verification Summary, 21<sup>st</sup> Week, May 21 - 27, 2006)

ข่าวการระบาดใน/ต่างประเทศ

✍ เรียบเรียงโดย กมลชนก เทพพิทธา และอมรา ทองหงษ์  
กลุ่มงานเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา

✉ chanko@health.moph.go.th

ในสัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 21 – 27 พฤษภาคม 2549 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

## สถานการณ์ภายในประเทศ

### อาหารเป็นพิษ

#### 1. จังหวัดนครสวรรค์

1.1 เกิดอาการพิษหลังจากรับประทานเห็ด พบผู้ป่วยจำนวน 4 ราย จากครอบครัวเดียวกัน ที่อยู่หมู่ 4 ตำบลตาคลี อำเภอมะขาม ผลจากการสอบสวนโรคเบื้องต้น ได้ความว่า ผู้ป่วยทั้งหมดรับประทานแกงส้มเห็ดจืดเล็กใส่ยอดมะขาม เป็นอาหารมื้อเย็นวันที่ 18 พฤษภาคม 2549 หลังจากนั้นเวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมงเริ่มทยอยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว ไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตาคลี 3 ราย และผู้ป่วยใน 1 ราย ผู้ป่วยทุกรายอาการทุเลาเป็นปกติแล้ว

จากการซักประวัติจากผู้ปรุงอาหาร ทราบว่า เห็ดที่ใช้ปรุงอาหารนั้น มีเห็ดหลายชนิดปะปนกันและในจำนวนนี้ คือ เห็ดจืดเล็ก ซึ่งเป็นเห็ดที่เกิดขึ้นบริเวณที่ใช้กากอ้อยเป็นปุ๋ยหมัก เรียกว่า เห็ดจืดเล็ก ซึ่งเป็นเห็ดที่รับประทานได้ จึงอาจเป็นไปได้ว่า อาจมีสารพิษปนเปื้อนหรือมีเห็ดพิษชนิดอื่นปะปนมากับเห็ดจืดเล็กด้วย แต่ไม่มีตัวอย่างเห็ดเหลืออยู่ให้ตรวจเพิ่มเติม จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังต่อไป ทีมสอบสวนโรคได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านระมัดระวังในการนำเห็ดไปปรุงเป็นอาหารแล้ว

1.2 พบผู้ป่วยจำนวน 8 ราย จากอำเภอไพศาลี เพศชาย 6 ราย หญิง 2 ราย อายุระหว่าง 14 – 64 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลไพศาลี ระหว่างวันที่ 20 – 21 พฤษภาคม 2549 เป็นผู้ป่วยนอก 1 ราย ผู้ป่วยใน 1 ราย ที่เหลือมีอาการเล็กน้อยไม่ได้เข้ารับการรักษา อาการที่พบ คือ ปวดท้อง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ เริ่มมีอาการวันที่ 20 พฤษภาคม 2549 จำนวน 3 ราย และวันที่ 21 พฤษภาคม 2549 จำนวน 5 ราย อาหารสงสัยยังไม่ทราบแน่ชัด ขณะนี้ทีมสอบสวนโรคจังหวัดนครสวรรค์กำลังดำเนินการสอบสวนโรค

2. จังหวัดน่าน เกิดอาการพิษจากการรับประทานแมลงข้าวตอก พบผู้ป่วย 3 ราย เป็น ครอบครัวเดียวกัน ที่อยู่หมู่ 1 ตำบลสวก อำเภอมือทอง จังหวัดน่าน เริ่มป่วยวันที่ 14 พฤษภาคม 2549 เวลาใกล้เคียงกันคือ 14.00 น. ด้วยอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามปลายมือปลายเท้า แน่นหน้าอก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน จากการสอบสวนคาดว่า แหล่งโรค น่าจะมาจากแมลงข้าวตอกที่ผู้ป่วยจับมาจากบริเวณใกล้เคียงกับที่พัก นำมาปรุงโดยการคั่วสุกรับประทาน ทีม SRRT สถานีอนามัยสวกได้ดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ ขณะนี้ ยังไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

แมลงข้าวตอกเป็นแมลงที่เกาะตามต้นไม้ในป่าเป็นกลุ่ม ๆ ถ้าตัวสีขาวขนาด 0.5 x 1 เซนติเมตรชาวบ้านมักนำไปปรุงอาหารรับประทาน และก่อนหน้านี้ยังไม่เคยพบผู้ป่วยจากการรับประทานแมลงชนิดนี้