

รายงาน การเฝ้าระวังโรค ประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

VOLUME 16 NUMBER 3

JANUARY 25, 1985

Surveillance of Acute Respiratory Infections (ARI)	29
รายงานการเฝ้าระวังโรค-พฤษภาคม 2527	32
อหิวาตกโรค - ลำปาง	37
อหิวาตกโรค - นครปฐม	38
สถานการณ์โรค	39

บทความ

SURVEILLANCE OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS (ARI)

Workshop on Acute Respiratory Infections in Childhood

A Workshop on Acute Respiratory Infections in Childhood was held in Sydney, Australia, from 27 to 31 August 1984. It was organized by the Australian Development Assistance Bureau and was cosponsored by the World Health Organization (WHO), the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the University of Sydney. It was attended by 120 delegates from 18 countries, ranging from the richest to some of the poorest in the South-East Asian and Western Pacific Regions. Many were official representatives nominated by their governments. They included health administrators, hospital specialists and paediatricians, laboratory scientists, nutritionists and community health experts.

Recent analyses reveal that at least 6 million children die each year from infection of the respiratory tract. The workshop believes that a large proportion of these deaths can be prevented and that needless grief, hardship and suffering could be avoided by the application of existing technology and established medical practice. The problem of ARI exists in all countries. ARI is the top cause of morbidity and use of health services in children all over the world. Respiratory infections in early life contribute significantly to lung disease in later life. In the developed countries, child deaths from these infections have fallen progressively. The severity and lethality of ARI are much greater in the developing countries and among groups in the developed countries who are socially and economically deprived. The workshop believes that a major global programme to control ARI and to decrease both morbidity and mortality is urgently needed and can be implemented. The programme requires international collaboration to achieve this goal. Substantial resources must be mobilized, re-assigned and extended for the control of ARI. ARI programmes must be included in national health care planning and integrated appropriately with primary health care and immunization programmes. Each country should review whether the current priorities being given to the national programmes are adequate to reduce the unacceptably high morbidity and mortality from ARI.

Proposal for a Global Programme to Control ARI

(a) *Strengthened case-management*

Antibiotics have reduced morbidity and mortality from ARI. However, for millions of children, especially in the rural areas of the developing world, they are not available. On the other hand, their use worldwide is often inappropriate and has favoured the emergence of antibiotic-resistant bacteria.

The workshop endorsed the concept of simple standard plans of management for the treatment of ARI. These standard plans should be discussed by health services and made relevant to circumstances of individual countries. Critical to the success of an ARI control programme is the ability of the mother to recognize when to seek help. The proposed case-management strategy has defined rapid breathing as an important and simple discriminating sign of severe ARI which can be taught through effective health education so that mothers can tell that the child urgently needs help.

Similarly, standard plans are available to guide primary health care workers and doctors in their use of antibiotics and referral for hospital care. Already such plans, based on the fact that chest indrawing is a critical sign of the need for sophisticated hospital care, are being used to great effect in some countries. In view of the widely varying background of the primary health care workers, the workshop believes that simple guidelines such as these are essential and that the use of powerful antibiotics such as penicillin can be applied more rationally. Standard management plans should also be used in hospitals. They can simplify management and make the application of costly hospital resources both more efficient and more economical. Such plans need to be continually reviewed as to their accuracy and discrimination.

(b) *Immunization*

A number of effective and inexpensive vaccines are already available to prevent some types of ARI. They are not reaching all children. The success of measles, diphtheria, and whooping-cough vaccines in preventing ARI is recognized and the EPI programme of universal immunization of all children with these vaccines is endorsed.

(c) *Vaccine development*

Vaccines are not yet available for many causes of ARI. Increased resources and priorities could accelerate their development. The workshop assigned high priority to research and development which increases the range effectiveness and availability of vaccines against the commonest causes of severe ARI, especially respiratory syncytial virus, pneumococcus and *Haemophilus influenzae*.

(d) *The cause of ARI*

A control strategy can be designed based on currently available information about the many causative agents of ARI. Every country should consider approaches to monitor and improve its information about the causes of severe ARI and their susceptibility to treatment with antibiotics and prevention by vaccination. This will contribute to the validity of standard plans of management. This is not to suggest that all sick children should undergo laboratory tests but to emphasize that progress of the programme needs to be monitored from a sample of such children. Work is also needed to strengthen laboratory diagnostic methods and in this respect the workshop singled out the importance of new

antigen detection methods which can circumvent the major difficulties which often surround conventional methods of culturing pathogenic agents from respiratory secretions.

Viruses are the main cause of most ARI in childhood. Bacteria, especially *Streptococcus pneumoniae* and *H. influenzae* are important causes of severe pneumonia and death particularly in the developing countries.

The workshop recognized that many factors in addition to infecting agents contribute to ARI. The causative role of environmental pollution by cigarette smoke increases the frequency and severity of respiratory infections in young children. Smoke from household fuels may have a similar effect. It is also clear that malnutrition increases the severity and lethality of ARI. Breast-feeding confers protection against some causes of ARI. Prevention of morbidity and mortality from ARI should include interventions based on this knowledge.

Programme Implementation

The workshop believes that all countries can now begin to attack this problem and that enough is already known to systematically introduce control measures in a phased manner, evaluating their relative effectiveness in changing morbidity and mortality as the programme proceeds. This evaluation should include documentation on the cost-effectiveness of ARI control programmes.

The World Health Organization has already started. It has confirmed the magnitude and severity of the problem, initiated projects to develop and evaluate standard management strategies and approaches to implementation of control programmes. UNICEF has declared its intention to support programmes for the prevention and control of ARI.

Many national governments are already involved in the establishment of programmes. A concerted effort on the part of each national government is required to achieve the realistic humanitarian goal of reducing the unacceptably high morbidity and mortality from ARI.

Reprinted from Weekly Epidemiological Record

7 December 1984,

Vol. 59, No. 49 P. 380 - 382

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2527

กองการโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ

ชนิดของกาโรค	จำนวนผู้ป่วยกาโรค (ราย)			รวมตั้งแต่ต้นปี
	ชาย	หญิง	รวม	
1. ซิฟิลิส	705	410	1,115	12,408
1.1 ซิฟิลิสระยะที่ 1 และระยะที่ 2	233	57	290	3,029
1.2 ซิฟิลิสระยะอื่น ๆ	472	353	825	9,379
2. ทนงใน	7,635	7,550	15,185	179,218
2.1 ไม่มีอาการแทรก	7,260	7,387	14,647	170,828
2.2 มีอาการแทรก	375	163	538	8,390
3. แผลริมอ่อน	2,962	430	3,392	41,527
4. กาโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง	1,079	124	1,203	12,958
5. ทนงในเทียม	4,202	1,876	6,078	68,490
รวมทั้งสิ้น	16,583	10,390	26,973	314,601

หมายเหตุ - กองการโรคได้รับรายงานประจำเดือนจากหน่วยงานกาโรคทั่วประเทศ ดังนี้

1. สถานกาโรคส่วนกลาง 8 แห่ง
2. ศูนย์กาโรคเขตฯ 9 ศูนย์ (15 หน่วยงาน)
3. หน่วยงานกาโรคจังหวัด 52 จังหวัด (ขาดส่ง 5 จังหวัด)
4. สำหรับรายงานที่ขาดส่งจะรวบรวมสมทบในเดือนต่อไป

การสอบสวนโรค

อหิวาตกโรค - ลำปาง

Eltor cholera - Lampang

เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2527 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปางว่าตรวจพบเชื้ออหิวาตกโรค Biotype Eltor, Serotype Inaba ในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 8 ปี จากบ้านเลขที่ 75 หมู่ที่ 7 ตำบลบ้านนอน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เริ่มป่วยเมื่อ 15 กันยายน ด้วยอาการอุจจาระร่วงอย่างแรง อ่อนเพลีย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยภายใน เจ้าหน้าที่ได้ติดตามไปสอบสวนโรคที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งอยู่ห่างจากอำเภอเมืองลำปาง ประมาณ 50 กิโลเมตร พบว่ามีผู้ป่วยด้วยอาการอุจจาระร่วงในครอบครัวเดียวกันอีก 2 ราย รายแรก เพศชาย อายุ 56 ปี ถ่ายเหลวเมื่อวันที่ 13 กันยายน รายที่ 2 ถ่ายเหลวเมื่อวันที่ 15 กันยายน ผลการตรวจอุจจาระทั้ง 2 ราย พบเชื้ออหิวาต์ Eltor Inaba เช่นกัน ในขณะเดียวกันอีกครอบครัวหนึ่ง คือ บ้านเลขที่ 75/1 หมู่ที่ 7 ตำบลเดียวกัน พบผู้ป่วยอีก 2 ราย รายแรกเพศชาย อายุ 21 ปี เริ่มมีอาการปวดท้องและถ่ายเหลว เมื่อเย็นวันที่ 12 กันยายน และรายที่ 2 ภรรยาของผู้ป่วยรายแรก อายุ 22 ปี เริ่มมีอาการถ่ายเหลว เมื่อเช้าวันที่ 15 กันยายน และไปขอรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ในวันที่ 15 กันยายน ส่วนรายแรกเจ้าหน้าที่ให้การรักษที่บ้าน ผลการตรวจอุจจาระทั้ง 2 ราย พบเชื้ออหิวาต์ Eltor Inaba

จากการสอบสวนของเจ้าหน้าที่พบว่า เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2527 มีชายไทย 2 คน กลับจากทำงานที่ประเทศสิงคโปร์ หนึ่งในสองคนนี้มีประวัติว่ามีอาการถ่ายอุจจาระเหลว เมื่อวันเดินทางมาถึงบ้าน แต่ไม่ได้รับการรักษา เพราะมีอาการเล็กน้อย ต่อมาก็หายเป็นปกติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน มีการพบปะสังสรรค์เลี้ยงอาหารกลางวันกันที่บ้านชายไทยดังกล่าว และกลางคืนวันนั้น ก็มีผู้ที่ไปร่วมรับประทานอาหาร มีอาการท้องเดินและตรวจพบเชื้ออหิวาต์กันขึ้น หลังเกิดเหตุแล้วเมื่อวันที่ 24 กันยายน เจ้าหน้าที่ได้ทำ Rectal swab จากผู้ที่กลับจากสิงคโปร์ แต่ตรวจไม่พบเชื้ออหิวาตกโรค

ในการสอบสวนโรคของเจ้าหน้าที่ครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยอุจจาระร่วง 11 ราย แต่ตรวจพบเชื้ออหิวาต์ 5 ราย และทำ Rectal swab ผู้สัมผัสโรคอีก 50 ราย พบ Healthy carrier 2 ราย หลังจากทางจังหวัดลำปางมีมาตรการควบคุมและป้องกันโรคอย่างเข้มแข็งแล้ว ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีก

ผู้รายงาน

เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาประจำจังหวัดลำปาง, เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดลำปาง และศูนย์ระบาดวิทยาภาคเหนือ จังหวัดลำปาง

รายงานย่อยอหิวาตกโรค - นครปฐมEltor cholera - Nakhon Pathom

วันที่ 13 ธันวาคม 2527 มีรายงานจากห้องชันสูตรโรค โรงพยาบาลนครปฐม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมว่าตรวจพบเชื้ออหิวาตกโรค biotype Eltor, serotype Inaba จากผู้ป่วย 1 ราย เป็นหญิงไทย อายุ 59 ปี อาชีพค้าขายของชำ อยู่บ้านเลขที่ 41 หมู่ที่ 2 ตำบลบางเตย อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2527 เริ่มมีอาการด้วยถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน เข้ารับการรักษาเบื้องต้นที่สถานีอนามัยตำบลบางเตย ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน แต่อาการยังไม่ดีขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลนครปฐมตอนเย็นวันที่ 10 ธันวาคม 2527 ทราบผลการตรวจอุจจาระวันที่ 12 ธันวาคม 2527 จากการตรวจอุจจาระผู้สัมผัสโรคในบ้านเดียวกันและบ้านใกล้เคียง 28 ราย ทราบผลการตรวจเมื่อ 14 ธันวาคม ปรากฏว่า ไม่พบเชื้ออหิวาต์ทุกราย และเก็บอุจจาระผู้สัมผัสบริเวณใกล้เคียงซ้ำอีก 39 ราย ขณะเขียนรายงานยังไม่ทราบผลการตรวจ ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้วางมาตรการป้องกันโรคอย่างเต็มที่ เพราะเป็นผู้ป่วยรายแรกของจังหวัดนี้ และหลังจากนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีก

ผู้รายงาน

เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม