

ISSN - 7447

# ទ្រាយបាប ការពេជ្រវិបត្រិក ប្រចាំសប្តាហ៍

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL  
SURVEILLANCE REPORT

VOLUME 16 NUMBER 47  
NOVEMBER 29, 1985

Expanded Programme on Immunization	564
รายงานផ្សេងៗទូទៅ	572
ផ្សេងៗទូទៅនៃការអេវិកអេវិកសំបុត្រ	573
សក្ខោគទិន្នន័យ - សុរីនុរី	573
នៃនាក់ពេជ្រ - ការឈុំឈុំ	574
នៃនាក់ពេជ្រ - រាជបុត្រ	574
សាការពេជ្រ	575

## វគ្គិន

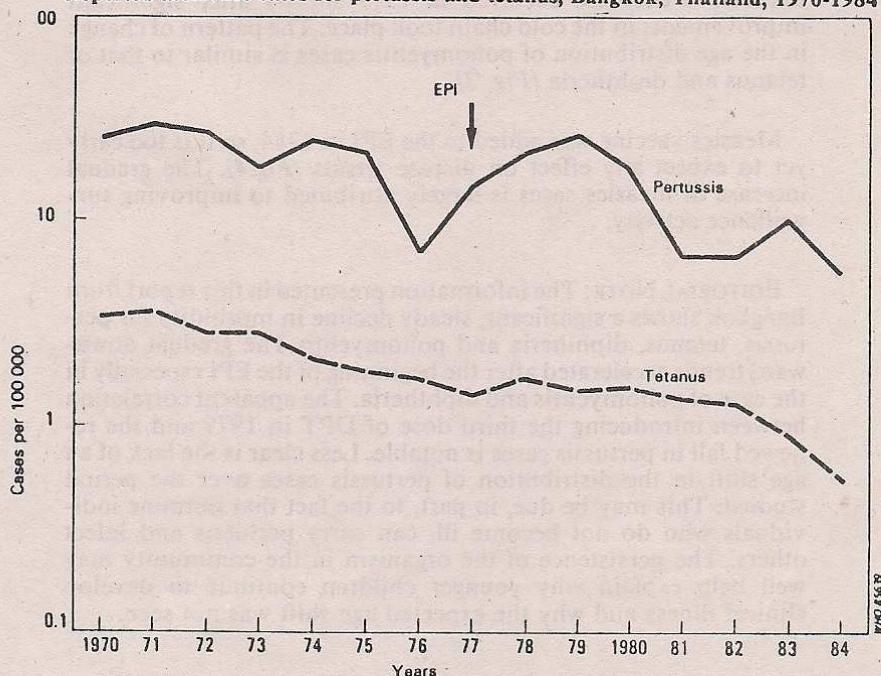
### EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION Programme impact: decreasing morbidity in Bangkok

THAILAND. — The performance of the Expanded Programme on Immunization (EPI) in Bangkok was recently reviewed as part of stepped up surveillance activities needed to assess progress. Records going back to 1955 were available for diphtheria and poliomyelitis. Pertussis and tetanus information was accessible from 1970 to 1984 and measles from 1974 to 1984. Tuberculosis data for childhood cases were not available. Information for the past decade was confirmed by reviewing selected hospital-based data.

EPI was formally launched in Thailand in 1977. However, diphtheria vaccine had been introduced in Bangkok in 1963 followed by tetanus (1964), pertussis (1967) and oral polio vaccine (OPV) in 1968. In the early 1970s, DPT was given in a two-dose schedule. Increasing numbers of pertussis cases persuaded the health authorities to add a third dose of DPT in 1979 (Fig. 1). Vaccine coverage

Fig. 1

Reported incidence rates for pertussis and tetanus, Bangkok, Thailand, 1970-1984



estimates for Bangkok were made in 1979 and 1982 (*Table 1*). In 1979, 39% of surveyed children were fully immunized (DPT 3, OPV 3, and BCG). Those fully immunized rose to 71% by 1982.

*Table 1* Results of immunization coverage surveys, children 12-23 months of age, Bangkok, Thailand, 1979 and 1982

Year	Percentage of children immunized							
	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	OPV 1	OPV 2	OPV 3	Fully immunized
1979	82	80	74	39	81	75	64	39
1982	94	87	81	71	87	81	71	71

### Morbidity

The reported data show an overall downward trend for diphtheria, pertussis, tetanus and poliomyelitis (*Fig. 1* and *2*). Pertussis rates rose in 1977 and 1978 in spite of the two-dose DPT programme. It was not until 1979 that pertussis incidence hit its peak and began to decline. The age distribution of pertussis cases did not shift over the study period (*Fig. 3*).

The fall in morbidity rates from tetanus is a steady, slow trend. Over the years reviewed, tetanus incidence fell from 5 cases per 100 000 to less than 1 per 100 000. The falling attack rate was accompanied by a substantial shift in age from younger to older persons (*Fig. 3*).

Diphtheria case rates have declined by more than 10 times over the last 14 years. Both the introduction of diphtheria vaccine and the improved management associated with the EPI had apparent effects on the morbidity trends (*Fig. 2*). The age distribution of diphtheria cases has changed over time, resulting in more older children being affected in the most recent years.

Of all the diseases reviewed, poliomyelitis had the most striking decline in morbidity. Although OPV became available in 1968, a sustained fall in case rates was not clear until after 1974. The most impressive decrease occurred in 1979 shortly after significant improvements in the cold chain took place. The pattern of change in the age distribution of poliomyelitis cases is similar to that of tetanus and diphtheria (*Fig. 3*).

Measles vaccine was added to the EPI in 1984, so it is too early yet to expect any effect on disease trends (*Fig. 4*). The gradual increase in measles cases is largely attributed to improving surveillance activity.

**EDITORIAL NOTE:** The information presented in this report from Bangkok shows a significant, steady decline in morbidity for pertussis, tetanus, diphtheria and poliomyelitis. The gradual downward trends accelerated after the beginning of the EPI especially in the case of poliomyelitis and diphtheria. The apparent correlation between introducing the third dose of DPT in 1979 and the renewed fall in pertussis cases is notable. Less clear is the lack of an age shift in the distribution of pertussis cases over the period studied. This may be due, in part, to the fact that immune individuals who do not become ill, can carry pertussis and infect others. The persistence of the organism in the community may well help explain why younger children continue to develop clinical illness and why the expected age shift was not seen.

Fig. 2  
Reported incidence rates for poliomyelitis and diphtheria, Bangkok, Thailand, 1955-1984

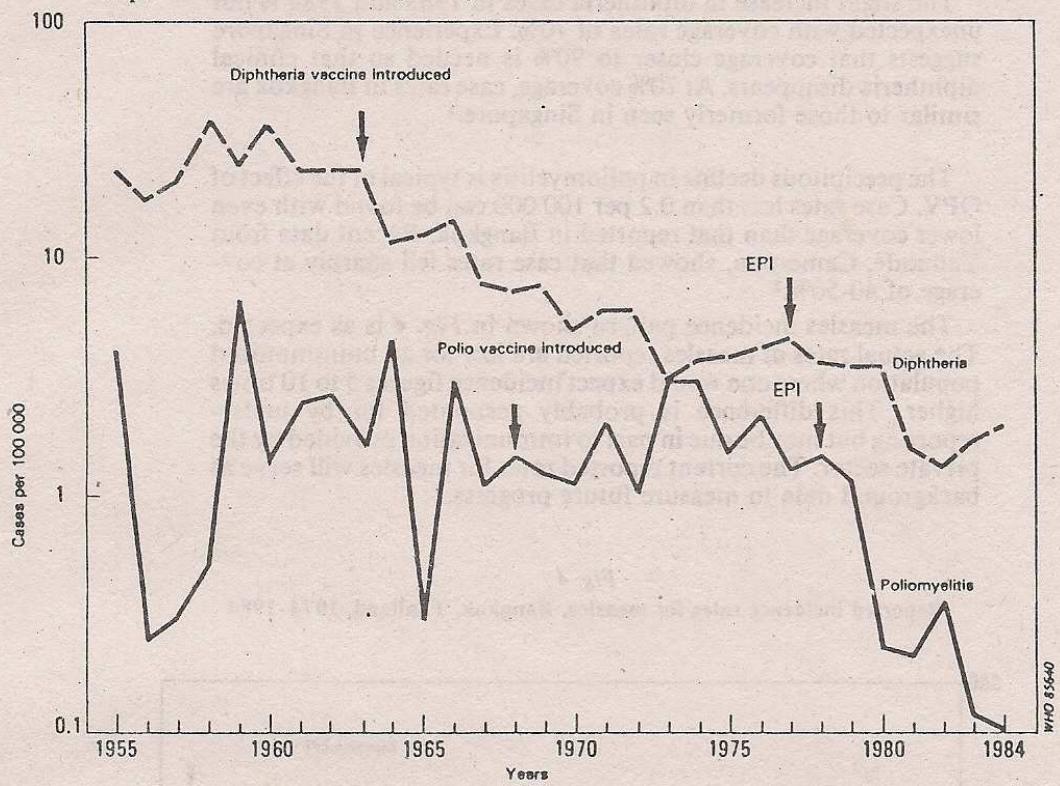
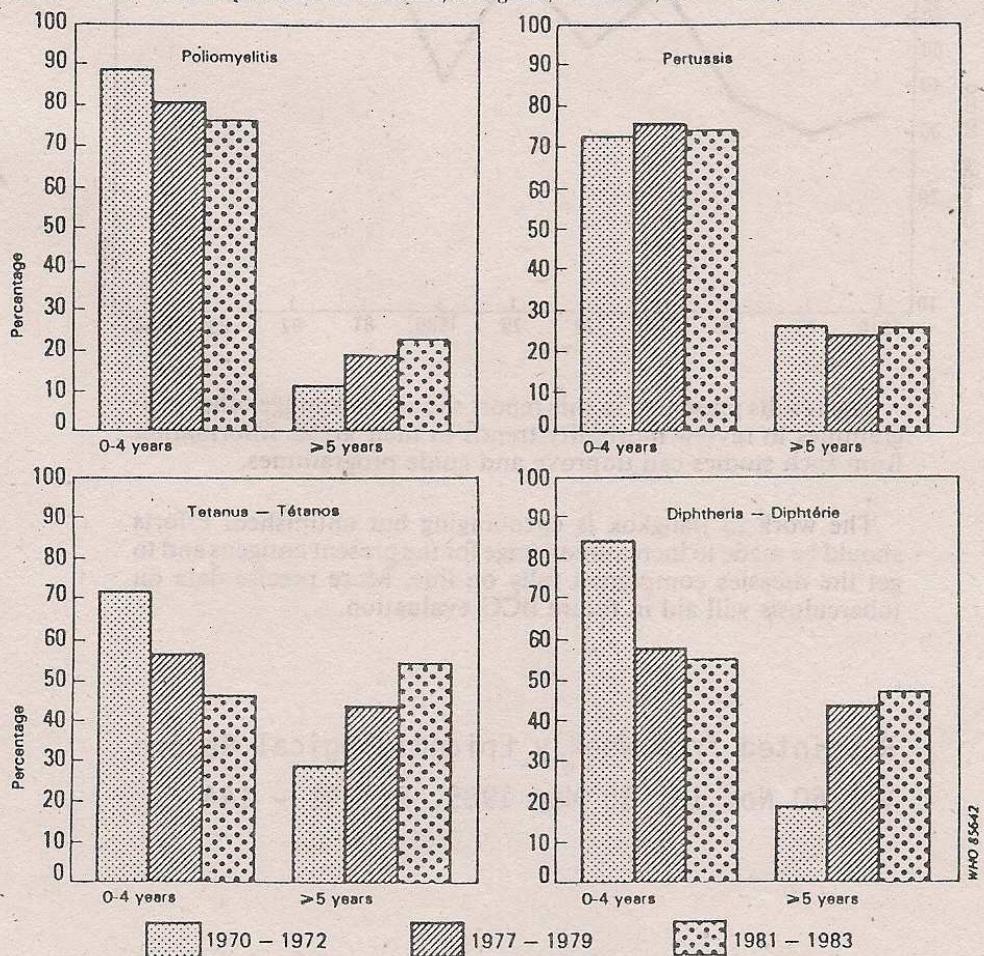


Fig. 3  
Age distribution of vaccine-preventable diseases, Bangkok, Thailand, 1970-1972, 1977-1979 and 1981-1983

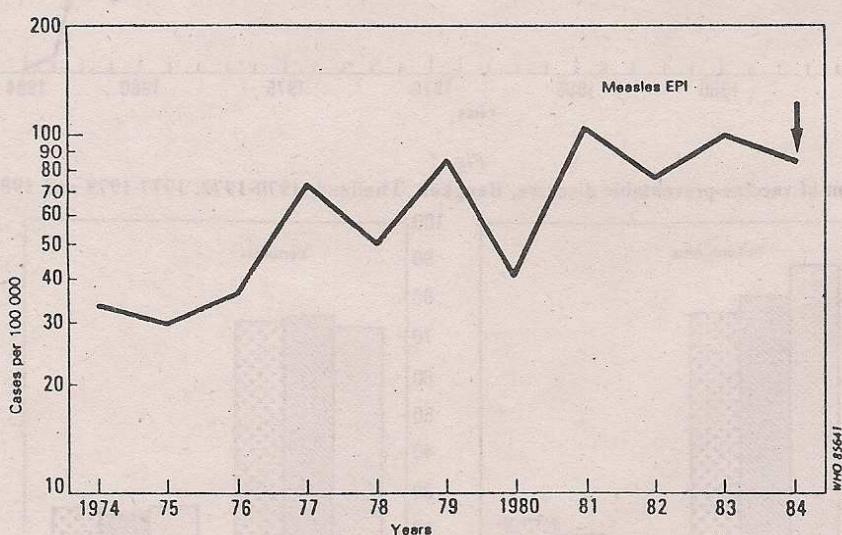


The slight increase in diphtheria cases in 1983 and 1984 is not unexpected with coverage rates of 70%. Experience in Singapore suggests that coverage closer to 90% is needed so that clinical diphtheria disappears. At 70% coverage, case rates in Bangkok are similar to those formerly seen in Singapore.<sup>1</sup>

The precipitous decline in poliomyelitis is typical of the effect of OPV. Case rates less than 0.2 per 100 000 can be found with even lower coverage than that reported in Bangkok. Recent data from Yaoundé, Cameroon, showed that case rates fell sharply at coverage of 40-50%.<sup>2</sup>

The measles incidence pattern shown in *Fig. 4* is as expected. The actual rates of measles reported are low for an unimmunized population where one would expect incidence figures 5 to 10 times higher. This difference is probably accounted for by under-reporting but may be due in part to immunization provided by the private sector. The current reported rates for measles will serve as background data to measure future progress.

*Fig. 4*  
Reported incidence rates for measles, Bangkok, Thailand, 1974-1984



The results presented in this report should encourage other programmes to review morbidity trends in their areas. Information from such studies can improve and guide programmes.

The work in Bangkok is encouraging but unfinished. Efforts should be made to increase coverage for the present antigens and to get the measles component fully on line. More precise data on tuberculosis will aid in future BCG evaluation.

November 29, 1985

## รายนามย่อ

ผู้เสียชีวิตจากการแพ้รักชีวนป้องกันโรคพิษสันัขบ้า-สปรรณบุรี

## Adverse reaction and death from semple rabies vaccine-Suphanburi

มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากการแพ้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย จากจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 36 ปี อาชีพทำนา อยู่ที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ญาติลุนบี้เจ้าของก็ต เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2528 ที่หลังมีข่าว ผู้ป่วยได้ทำการลักพาตัวแล้ว เจ้าหน้าที่ได้ทำแพลและเริ่มนัดวัคซีนเชมเปิลให้ในขนาด 5 ซีซี นัดเดียว 21 วันติดต่อกันหลังจากนัดได้ 14 เว็บ เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2528 เริ่มมีอาการแพลีย ครั้นเนื่องครั้นตัว ปวดศีรษะ เป็นไข้ ปวดขาทั้งสองข้าง ปวดหลัง วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาเมรุ ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยชักลง ยังรู้สึกตัวดี พูดคุยและกินอาหารดีมั่น้ำใจ แต่ปัสสาวะเองไม่ได้ต้องใช้สายสวนปัสสาวะขาทั้งสองข้างไม่มีแรงและไม่มีความรู้สึก วันที่ 5 สิงหาคม ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจกระดุก ขากรรไกรแข็ง น้ำลายไหล กินอาหารดีมั่น้ำใจไม่ได้ กลืนลำบาก แต่ยังรู้สึกตัวดี ไม่กลัวน้ำหนึ่งหือล จึงได้ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และเสียชีวิตในวันรุ่งขึ้นแพทย์ได้ทำการวินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตว่าแพ้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

## รายงานเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

## ศครับไทพล - สวินทร์

### Scrub typhus-Surin

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 44 ปี อยู่ที่หมู่ที่ 8 ตำบลเมืองน้ำ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ หมู่บ้านดังกล่าวตั้งอยู่ติดกับชายป่ารอบ ๆ หมู่บ้าน ห่างจากอำเภอชุมพลบุรีประมาณ 30 กิโลเมตร ผู้ป่วยเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2528 ก่อนมีอาการบวม 10 วันได้ออกไปทำงานนอกบ้านพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวและนอนค้างอยู่ที่กระท่องนา ผู้ป่วยถูกใจชนิดหนึ่งกัดที่ผิวหนังบริเวณใกล้ข้อพับแขนข้างซ้าย ต่อมานางมีอาการไข้ อ่อนเพลีย หน้าลีบ ปวดศีรษะ ต่อมน้าเหลืองโอดบริเวณเหนือกระดูกไฟปลาร้าข้างซ้าย บริเวณที่ถูกใจชนิดหนึ่งกัดกล้ายเป็นแผลตรงกลางบุบ ลีด ผู้ป่วยได้เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมพลบุรี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสครับไฟพล หลังจากได้รับเตตราไซคลิน ปีนเวลา 7 วัน ผู้ป่วยมีอาการหายเลาลง

ผู้รายงาน เจ้าหน้าที่ระบบวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสrinทร์

แอนแทรกซ์-กาญจนบุรีAnthrax-Kanchanaburi

ในเดือนมกราคม 2528 มีการระบาดของโรคแอนแทรกซ์เกิดขึ้นในหมู่ที่ 3 ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบรู้ป่าอย่างรวม 5 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ทุกรายมีประวัติร่วมชาแมและวัวตายไม่ทราบสาเหตุ เริ่มมีอาการหลังจากนั้นประมาณ 4 วัน มีอาการเป็นตุ่มน้ำใส ๆ ขึ้นที่บริเวณมือ ต่อมมาเกิดเป็นแผลขึ้น ซึ่งเป็นอาการของ cutaneous anthrax ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อพลอย

พร้อม ๆ กับการสอบสวนโรคได้ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในหมู่บ้านถึงเรื่องโรคแอนแทรกซ์ ห้ามไม่ให้นำสัตว์ตายไม่ทราบสาเหตุมาชำแหละหรือนำหนัง ขน เขามาใช้ ควรเผาทิ้งหรือผึ้งดินให้ลึก

ผู้รายงาน เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

แอนแทรกซ์-ราชบุรีAnthrax-Ratchaburi

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2527 - มกราคม 2528 มีรายงานการระบาดของโรคแอนแทรกซ์เกิดขึ้นในจังหวัดราชบุรีรวม 3 ครั้ง พบรู้ป่าอย่างรวม 7 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ทั้งหมดเป็น cutaneous anthrax ดังนี้

การระบาด 1 เกิดที่หมู่ที่ 6 ตำบลหนองกระฐ อำเภอปากท่า จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วย 1 ราย ผู้ป่วยมีประวัติช้ำและความตายไม่ทราบสาเหตุก่อนป่วย

การระบาด 2 เกิดที่หมู่ที่ 5 และ 7 ตำบลหนองทราย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วย 4 ราย มีประวัติร่วมชาแมและความตายไม่ทราบสาเหตุก่อนป่วย

การระบาด 3 เกิดที่หมู่ที่ 5 ตำบลหนองทราย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วย 2 ราย มีประวัติร่วมชาแมและความตายไม่ทราบสาเหตุก่อนป่วย เช่นกัน

ผู้รายงาน เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ศูนย์ระบาดวิทยาภาคกลาง จังหวัดราชบุรี