



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 : 5 กุมภาพันธ์ 2564

Volume 52 Number 4: February 5, 2021

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



**บทความ**  
ทางระบาดวิทยา

การศึกษาเปรียบเทียบระบบรายงานผู้ป่วยโรคหัดจากจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เปรียบเทียบระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ ปี พ.ศ. 2561  
(A comparison study of measles reporting system from epidemiological surveillance system and measles elimination program, 2018)

✉ psrnl.winwin@gmail.com

ปราณศิริ นามแหลม<sup>1</sup>, สุภาภรณ์ จุจันทร<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค <sup>2</sup> กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค

**บทคัดย่อ**

**บทนำ :** โรคหัดเป็นโรคที่ติดต่อระหว่างคนสู่คนได้ง่าย แม้จะมีอัตราป่วยตายต่ำในประชากรทั่วไปแต่ยังคงเป็นโรคอันตรายสำหรับเด็กทารกทั่วไปหรือเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ โรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหากได้รับการรักษาล่าช้าอาจทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจุบันมีการรายงานผู้ป่วยโรคหัดเข้าสู่ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รง.506) และระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดออนไลน์ หรือ ME) จึงควรมีการศึกษาเพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา คุณภาพของข้อมูล และการทับซ้อนกันของข้อมูลผู้ป่วยโรคหัดที่รายงานในปี พ.ศ. 2561 จากระบบรายงาน รง.506 เปรียบเทียบกับระบบฐานข้อมูล ME เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังให้เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อน และลดภาระงานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

**วิธีการศึกษา :** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา จากข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคหัดที่ได้รับรายงานจากระบบ รง.506 และรายงานจากระบบฐานข้อมูล ME ปี พ.ศ. 2561

จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

**ผลการศึกษา :** ลักษณะการกระจายทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคหัด ปี พ.ศ. 2561 จากฐานข้อมูลระบบ รง.506 และฐานข้อมูล ME มีความสอดคล้องเป็นไปตามทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ 1-4 ปี พบมากในอาชีพในปกครอง/นักเรียน พบผู้ป่วยสูงสุดเดือนตุลาคม อัตราป่วยด้วยโรคหัดต่อประชากรแสนคนของจังหวัดยะลาและปัตตานี สูงเป็นอันดับ 1 และ 2 เหมือนกันทั้ง 2 ฐาน ในส่วนระบบการรายงานผู้ป่วยโรคหัด ปี พ.ศ. 2561 รายงานจากฐานข้อมูล รง.506 จำนวน 5,833 ราย รายงานจากฐานข้อมูล ME จำนวน 7,036 ราย อัตราส่วนผู้ป่วยโรคหัดที่รายงาน ในฐานข้อมูล รง.506 ต่อฐานข้อมูล ME เท่ากับ 1 : 1.2 จากการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลทั้ง 2 ฐาน พบผู้ป่วยรายเดียวกันที่รายงานทั้ง 2 ฐาน มี 3,928 ราย ร้อยละ 43.93 สถานพยาบาลที่มีการรายงานในฐานข้อมูล รง.506 มีจำนวนมากกว่าที่รายงานในฐานข้อมูล ME

**สรุปและอภิปรายผล :** การรายงานผู้ป่วยโรคหัด ปี พ.ศ. 2561 พบว่า การรายงานทั้งสองฐานไม่ได้รายงานตามนิยามเฝ้าระวังที่



◆ การศึกษาเปรียบเทียบระบบรายงานผู้ป่วยโรคหัดจากจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ ปี พ.ศ. 2561	53
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างวันที่ 24-30 มกราคม 2564	61
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างวันที่ 24-30 มกราคม 2564	63

กำหนดไว้ สถานพยาบาลมีรายงานผู้ป่วยโรคหัดทั้ง 2 ระบบ ไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ดังนั้น กรมควบคุมโรคควรปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคหัดโดยปรับลดให้เหลือระบบเดียว เพื่อลดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรายงานเข้าระบบโครงการกำจัดหัดมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรค จำนวนที่รายงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่า รง.506 จึงควรสนับสนุนให้มีการรายงานต่อไป

**คำสำคัญ :** โรคหัด, ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506, ระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ

\*\*\*\*\*

### บทนำ

โรคหัดเป็นโรคที่ติดต่อระหว่างคนสู่คนได้ง่ายซึ่งพบได้ทุกประเทศทั่วโลก โรคหัดแม้จะมีอัตราป่วยตายต่ำในประชากรทั่วไป แต่ยังคงเป็นโรคอันตรายสำหรับเด็กทารกทั่วไป หรือเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ยากจนและห่างไกล นอกจากนี้โรคหัดที่มีภาวะอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม อุจจาระร่วง หากได้รับการรักษาล่าช้า อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หรือถึงแม้ไม่เสียชีวิต เด็กก็ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นการบั่นทอนพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก<sup>(1)</sup> การป้องกัน และควบคุมโรคหัดที่ได้ผลดีที่สุด คือ การสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้เกิดขึ้นแก่กลุ่มเป้าหมายโดยการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ประเทศไทยได้ดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 9 เดือนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และให้วัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อีกเป็นเข็มที่สอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2539<sup>(2)</sup>

สถานการณ์โรคหัด ประเทศไทย จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รายงาน 506 หรือ รง.506) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา มีแนวโน้มลดลงแต่มีการระบาดทุก 3-5 ปี ในปี พ.ศ. 2561

### คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาต  
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร  
องอาจ เจริญสุข

**หัวหน้ากองบรรณาธิการ :** นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

**บรรณาธิการวิชาการ :** นายแพทย์ปณิธิ อัมมวิจยะ

### กองบรรณาธิการ

คณะทำงานด้านบรรณาธิการ กองระบาดวิทยา

### ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูรุจน์ันท์ ศศิธันว์ มาแอดิเยน พิษธิ ตรีหมอก

มีรายงานผู้ป่วยโรคหัด 6,638 ราย อัตราป่วย 10.01 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 23 ราย อัตราป่วยตาย 0.35 ต่อประชากรแสนคน เด็กอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 79.56 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ 5-9 ปี (22.12) 10-14 ปี (12.78) 15-24 ปี (12.68) และ 25-34 ปี (10.30) เพศชาย 3,302 ราย เพศหญิง 3,336 ราย จังหวัดยะลา มีอัตราป่วยสูงสุด 255 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ปัตตานี (194.84) นราธิวาส (48.66) สงขลา (27.58) สำหรับข้อมูลจากฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัด 3,626 ราย เสียชีวิต 23 ราย มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยืนยันมีการรายงานจากพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ร้อยละ 27 รองลงมา คือ ปัตตานี (24) สงขลา (7) และนราธิวาส (6)<sup>(3)</sup>

โครงการกำจัดโรคหัด ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 11 ประเทศสมาชิก ได้มีข้อตกลงในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 63 ใน พ.ศ. 2553 ให้ตั้งเป้าหมายการกำจัดโรคหัดใน พ.ศ. 2563<sup>(2)</sup> เมื่อประเทศไทยเริ่มดำเนินโครงการกำจัดโรคหัด ได้มีการปรับเปลี่ยนการเฝ้าระวังโรคให้มีความถูกต้องมากขึ้น พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนระบบให้สามารถรายงานรายละเอียดของผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยยังคงความครอบคลุมและรวดเร็วไว้ เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ทราบกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายและดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนที่สำคัญของการเฝ้าระวังโรคในช่วงแรกของการดำเนินการกำจัดโรคหัดระหว่างปี พ.ศ. 2553-2558 ได้แก่ การกำหนดให้ส่งยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกรายและการรายงานผู้ป่วยผ่านระบบฐานข้อมูลกำจัดโรคหัด การเฝ้าระวังโรคจะต้องมีความไวสูง จึงกำหนดให้ครอบคลุมไม่เฉพาะผู้ป่วยสงสัยโรคหัด แต่รวมไปถึงผู้ป่วยไข่ออกผื่นทั้งหมด<sup>(1)</sup>

ปัจจุบันการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหัด จากระบบ รง.506 ยังไม่มีประกาศยกเลิก และมีระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ เสริมเพิ่มอีกหนึ่งระบบ สถานบริการในหลายพื้นที่ยังคงมีการรายงานทั้งสองระบบซึ่งเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น จึงควรมีการศึกษาผลการเฝ้าระวังโรคหัดจากระบบ รง.506 และโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดออนไลน์ หรือ Measles Online Database; ME) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังให้เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อน และลดภาระงานให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคหัดที่

รายงานในปี พ.ศ. 2561 จากระบบ รง.506 เปรียบเทียบกับระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ

2. เพื่อศึกษาคุณภาพของข้อมูลและการทับซ้อนกัน (data overlap) ของข้อมูลที่ได้จากระบบ รง.506 เปรียบเทียบกับระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ

### วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) จากข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคหัดที่ได้รับรายงานจากระบบ รง.506 และรายงานจากระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฐานข้อมูล ME) ปี พ.ศ. 2561 จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร โดยตรวจสอบความซ้ำซ้อนรายบุคคลจากระบบรายงานเดียวกัน และความซ้ำซ้อนกันของทั้ง 2 ระบบ

#### ประชากรที่ศึกษา ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคหัด และโรคหัดที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่ได้รับรายงานจากระบบ รง.506 ปี พ.ศ. 2561 จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร
2. ผู้ป่วยโรคหัดที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ ปี พ.ศ. 2561 (ไม่รวมผู้มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันต่อหัดเยอรมัน ไวรัสชิคา) จากทุกจังหวัด ทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

#### นิยามที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ

1. ผู้ป่วยโรคหัดที่รายงานเข้าระบบ รง.506 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัด ที่รายงานเข้าระบบ รง.506 ปี พ.ศ. 2561 รหัส 21 และ 22 จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ซึ่งในการศึกษานี้จะใช้คำว่า ฐานข้อมูล รง.506
2. ผู้ป่วยโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัดที่รายงานเข้าฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดออนไลน์ ปี พ.ศ. 2561 ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการต่อไวรัสหัด จากการตรวจ measles IgM หรือผลตรวจวิเคราะห์สายพันธุ์ของเชื้อหัด (measles genotype) หรือ เป็นผู้แพทย์วินิจฉัยโรคหัด หรือสงสัยโรคหัด จากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ในการศึกษานี้จะใช้คำว่า ฐานข้อมูล ME (Measles Elimination)

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา กันยายน 2562-มกราคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยายคุณลักษณะของข้อมูล สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์

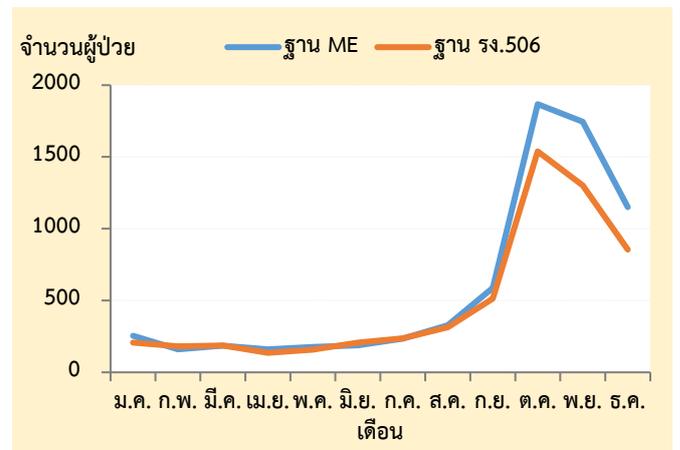
### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหัดจากฐานข้อมูล รง.506 และ ME ดังนี้

#### 1. ลักษณะการกระจายทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคหัดจากฐานข้อมูล รง.506 และระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคหัดจากฐานข้อมูล ME

**การกระจายตามบุคคล** ผู้ป่วยโรคหัดรวม 2 ฐาน และแยกฐานคือ ฐานข้อมูล รง.506 และ ME มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1 เช่นเดียวกันทั้งหมด ลักษณะการกระจายตามกลุ่มอายุของผู้ป่วยโรคหัดรวม 2 ฐาน รง.506 และ ME มีสัดส่วนการกระจายตามกลุ่มอายุเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ใน รง.506 กลุ่มอายุที่พบป่วยสูงสุด คือ 1-4 ปี ร้อยละ 26.15 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20-29 ปี (17.74) และ น้อยกว่า 1 ปี (15.99) อายุน้อยที่สุด 2 วัน อายุมากที่สุด 83 ปี ส่วน ME กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ 1-4 ปี ร้อยละ 27.64 รองลงมา คือ อายุน้อยกว่า 1 ปี (16.34) และกลุ่มอายุ 20-29 ปี (16.20) อายุน้อยที่สุด 9 วัน อายุมากที่สุด 79 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของข้อมูลมีสัญชาติไทย รง.506 ร้อยละ 97.17 และ ME ร้อยละ 94.88 ร้อยละของอาชีพผู้ป่วยในข้อมูลรวม รง.506 และ ME เรียงลำดับสอดคล้องกันทั้งหมด ได้แก่ ในปกครอง นักเรียน และรับจ้าง/กรรมกรตามลำดับ

**การกระจายตามเวลา** ผู้ป่วยโรคหัดใน รง.506 และ ME มีลักษณะการกระจายรายเดือน เป็นไปตามแนวเดียวกัน กล่าวคือ ตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละประมาณ 200 ราย และเริ่มสูงขึ้นในเดือนสิงหาคม และพบผู้ป่วยสูงสุดเดือนตุลาคม (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคหัดจากฐานข้อมูล รง.506 และ ME ประเทศไทย (ยกเว้น กทม.) ปี พ.ศ. 2561 กระจายตามเดือนเริ่มป่วย

## การกระจายตามสถานที่ ปี พ.ศ. 2561

พบว่าใน รง.506 และ ME จังหวัดยะลา และปัตตานี มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ 1 และ 2 ของประเทศไทยเหมือนกัน สำหรับจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อสูง 10 ลำดับแรก พบว่าทั้ง รง.506 และ ME มี 9 จังหวัดตรงกัน ได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส อุบลราชธานี เชียงใหม่ ชลบุรี สงขลา ตาก และเพชรบุรี (รูปที่ 2)

สถานพยาบาลที่มีการรายงานในฐานะ รง.506 และ ME (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบว่า รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป จาก รง.506 พบ 88 แห่ง จำนวน 1,396 ราย และ ME พบ 84 แห่ง จำนวน 1,963 ราย รพ.ชุมชน จาก รง.506 พบ 272 แห่ง จำนวน 3,767 ราย และ ME พบ 251 แห่ง จำนวน 4,583 ราย รพ.เอกชน จาก รง.506 พบ 28 แห่ง จำนวน 82 ราย และ ME พบ 24 แห่ง จำนวน 105 ราย รพ.นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงกลาโหม/กรม/มหาวิทยาลัย จาก รง.506 พบ 21 แห่ง จำนวน 241 ราย และ ME พบ 19 แห่ง จำนวน 302 ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน/อื่น ๆ จาก รง.506 พบ 103 แห่ง จำนวน 168 ราย และ ME พบ 10 แห่ง จำนวน 21 ราย (ตารางที่ 1)

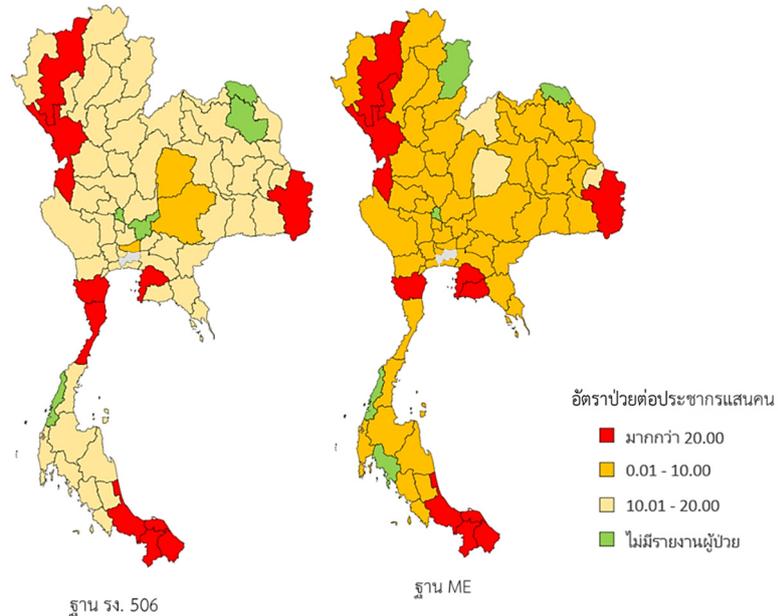
## 2. คุณภาพของข้อมูลและการทับซ้อนกัน (data overlap) ของข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูล รง.506 และ ME

### 2.1 การรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ

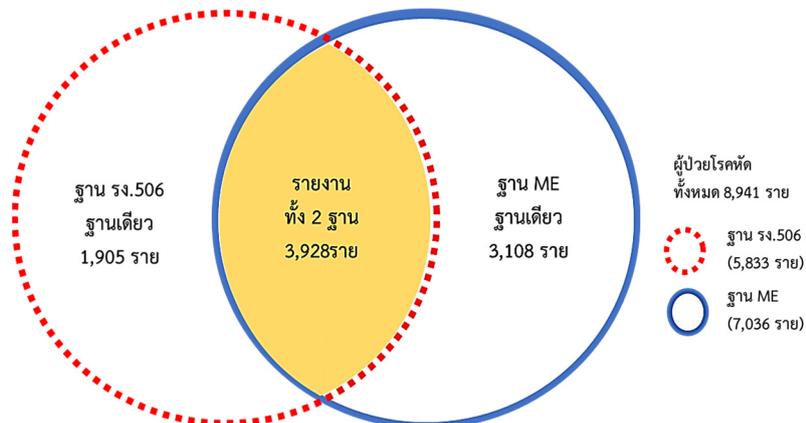
ปี พ.ศ. 2561 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อจาก รง.506 ทั่วประเทศ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร จำนวน 5,833 ราย จังหวัดที่ไม่มีการรายงานผู้ป่วย ได้แก่ บึงกาฬ สลึงห์บุรี สกลนคร หนองคาย และ สระบุรี ส่วน ME มีรายงานผู้ป่วยที่ไม่รวมผู้มีผลยืนยันไวรัสหัดเยอรมันและไวรัสซิกาทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) จำนวน 7,036 ราย จังหวัดที่ไม่มีการรายงานผู้ป่วย ได้แก่ บึงกาฬ สลึงห์บุรี สกลนคร หนองคาย และกระบี่

การรายงานผู้ป่วย ได้แก่ บึงกาฬ สลึงห์บุรี สกลนคร หนองคาย และกระบี่

จากการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลทั้ง 2 ฐาน พบผู้ป่วยโรคติดต่อรวม 8,941 ราย จาก ME ร้อยละ 78.69 (7,036 ราย) และ รง.506 ร้อยละ 65.23 (5,833 ราย) พบผู้ป่วยจาก ME แต่ไม่พบข้อมูลจาก รง.506 จำนวน 3,108 ราย พบผู้ป่วยจาก รง.506 แต่ไม่พบข้อมูลจาก ME จำนวน 1,905 ราย พบผู้ป่วยรายเดียวกันที่รายงานทั้ง 2 ฐาน จำนวน 3,928 ราย (ร้อยละ 43.93) (รูปที่ 3)



รูปที่ 2 อัตราป่วยโรคติดต่อต่อประชากรแสนคน จากฐานข้อมูล รง.506 และ ME ประเทศไทย (ยกเว้น กทม.) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2561



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อจากฐานข้อมูล รง.506 และ ME ประเทศไทย (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ปี พ.ศ. 2561

### 2.2 ลักษณะของผู้ป่วยรายเดียวกันที่รายงาน

ผู้ป่วยรายเดียวกันที่รายงานทั้ง 2 ฐาน มีจำนวน 3,928 ราย จากข้อมูลใน ME ซึ่งมีการบันทึกข้อมูลหลายตัวแปรมากกว่า รง.506 พบว่า ผู้ป่วยหัดใน รง.506 ที่ซ้ำกับ ME (3,928 ราย) มีสัดส่วนของการรายงานตามแพทย์วินิจฉัยร้อยละ 99.87 มีอาการไข้ ร้อยละ 99.67 มีอาการไข้และผื่น ร้อยละ 98.93 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยหัด

ใน ME (7,036 ราย) สำหรับกลุ่มผู้มีอาการไข้ผื่นและไอ ผู้มีอาการ ไข้ผื่นและไอและมีอาการอื่นอย่างน้อย 1 อย่าง (Kolpik's spot, Coryza, Conjunctivitis) และผู้ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันว่าเป็นโรคหัด ใน รง.506 ที่ซ้ำกับ ME มีสัดส่วนสูงกว่าผู้ป่วย หัดทั้งหมดใน ME (ตารางที่ 2)

### 2.3 ความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูลที่รายงาน

ฐานข้อมูล ME มีตัวแปรมากกว่า รง.506 ได้แก่ อาการ อาการแสดงของผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์ วันเริ่มป่วยมี รายละเอียดอาการไข้วันใด มีผื่นวันใด นอกจากนั้นมีลักษณะคล้าย การสอบสวนโรคเบื้องต้น ได้แก่ เป็นเหตุการณ์ระบาดเป็นกลุ่มก้อน หรือไม่ มีประวัติรับวัคซีนหัดหรือไม่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ การด้วยวิธีอะไร ผลเป็นอย่างไร (ตารางที่ 3)

#### อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำข้อมูลผู้ป่วยโรคหัดจาก รง.506 เปรียบเทียบกับระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะ สัญญานานาชาติ (ME) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังให้เหมาะสม ลดความซ้ำซ้อน และลดภาระงาน

ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษานี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจ ในความแตกต่างของข้อมูลที่ได้จากการรายงานโรคทั้งสองระบบ ตียิ่งขึ้น

การรายงานผู้ป่วยโรคหัด ปี พ.ศ. 2561 พบว่า อัตราส่วนของ จำนวนผู้ป่วยฐานข้อมูล รง.506 ต่อ ME เท่ากับ 1 : 1.2 ซึ่ง แตกต่างจากการศึกษาของ ดารินทร์ อารีโยชชัย, สมเจตน์ ตั้ง เจริญศิลป์<sup>(4,5)</sup> ได้ศึกษาการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) ซึ่ง เฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยโรคหัดตามที่แพทย์วินิจฉัยจากสถานบริการ สาธารณสุข เปรียบเทียบกับรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดตามนิยาม ผู้ป่วยภายใต้โครงการกำจัดโรคหัด ปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยรายงานใน รง.506 ต่อรายงาน โครงการกำจัดโรคหัด เท่ากับ 5.1 : 1, 2.1 : 1 และ 2.4 : 1 ตาม ลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการเร่งรัดให้ทุกจังหวัดรายงานเข้า ระบบโครงการกำจัดหัดมากขึ้น ซึ่งหากมีการรายงานผู้ป่วยใน โครงการกำจัดหัดมากขึ้น น่าจะส่งผลดีต่อการควบคุมโรค เนื่องจากข้อมูลมีลักษณะเหมือนการสอบสวนโรคเบื้องต้น รวมถึง สามารถติดตามสายพันธุ์ที่เกิดการระบาดได้

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคหัดในฐานข้อมูล รง.506 และ ME จำแนกตามสถานพยาบาลที่รายงาน ปี พ.ศ. 2561

สถานพยาบาลที่รายงาน	ฐานข้อมูล รง.506		ฐานข้อมูล ME	
	แห่ง	ราย	แห่ง	ราย
1. โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป (N=119 แห่ง)	88	1,396	84	1,963
2. โรงพยาบาลชุมชน (N=780 แห่ง)	272	3,767	251	4,583
3. โรงพยาบาลเอกชน	28	82	24	105
4. โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	21	241	19	302
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/	103	168	10	21
6. ส่งต่อ Refer ต่างจังหวัด	10	39	-	-
รวม	522	5,693	388	6,974

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหัดที่รายงานใน รง.506 ที่ซ้ำกับ ME และผู้ป่วยหัดทั้งหมดใน ME ปี พ.ศ. 2561 จำแนกตามอาการและอาการแสดง

การวินิจฉัย อาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยหัดใน รง.506 ที่ซ้ำกับ ME (n = 3,928 ราย)	ผู้ป่วยหัดใน ME (n = 7,036 ราย)
- แพทย์วินิจฉัย Measles, R/O Measles	99.87	99.89
- ไข้	99.67	99.66
- ไข้และผื่น	98.93	98.82
- ไข้ ผื่น และไอ	82.69	76.59
- ไข้ ผื่น และไอ ร่วมกับอาการอื่น อย่างน้อย 1 อย่าง	69.42	61.78
- พบผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการต่อไวรัสหัด	59.22	50.92

ตารางที่ 3 ลักษณะตัวแปรในฐานข้อมูล รง.506 และ ME ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561

ตัวแปร	รง.506	ME
ลักษณะทางประชากร : ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ อาชีพ สัญชาติ	มี	มี
สถานภาพสมรส ประเภทผู้ป่วย (ใน/นอก)		
อาการของผู้ป่วย	ไม่มี	มี
การวินิจฉัย	ไม่มี	มี
วันเริ่มป่วย	มี	มี (เพิ่มรายละเอียดวันที่เริ่มมีไข้ วันที่เริ่มมีผื่น)
สถานพยาบาลที่รายงานผู้ป่วย	มี	มี
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ไม่มี	มี
เป็นเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน	ไม่มี	มี
ประวัติการได้รับวัคซีน	ไม่มี	มี

กรณีผู้ป่วยรายเดียวกันที่รายงานทั้งสองฐาน มีสัดส่วนของการรายงานตามแพทย์วินิจฉัยร้อยละ 99.87 แสดงให้เห็นว่าการรายงานทั้งสองฐานไม่ได้รายงานตามนิยามเฝ้าระวังที่กำหนดไว้ แต่เป็นการเชื่อมต่อข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์เข้าสู่โปรแกรมทั้งสองฐาน หากใช้นิยามการเฝ้าระวังของ รง.506 คือ มีไข้ผื่นและไอ และมีอาการอื่นอย่างน้อย 1 อย่าง (Kolpik's spot, Coryza, Conjunctivitis) จะมีผู้ป่วยตามนิยามร้อยละ 69.42 ซึ่งสูงกว่าค่าพยากรณ์บวกที่ได้จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อจาก รง.506 ในโรงพยาบาล 46 แห่ง เครือข่ายบริการที่ 2 ปี พ.ศ. 2555<sup>(6)</sup> และ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ประเทศไทย พ.ศ. 2556<sup>(7)</sup> คือ ร้อยละ 47.9 และ 54.0 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยใน ME มีอาการเข้าได้ตามนิยามเฝ้าระวัง คือ ไข้และผื่นร้อยละ 98.82 ซึ่งสูงกว่าค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 64.7 จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโครงการกำจัดโรคติดต่อที่จังหวัดสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2555<sup>(8)</sup>

สถานพยาบาลที่รายงาน พบว่า รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป มีรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทั้ง 2 ระบบ ไม่ครอบคลุมทุกแห่ง คือมีรายงานใน รง.506 ร้อยละ 78.15 และ ME ร้อยละ 70.59 สำหรับ รพ.ชุมชน มีรายงานใน รง.506 ร้อยละ 35.23 และ ME ร้อยละ 32.65 จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทั้งใน รง.506 และโครงการกำจัดหัดออนไลน์ในพื้นที่รพ.ชุมชน 10 แห่ง เขตสุขภาพที่ 7<sup>(9)</sup> พบว่ามีผู้ป่วยเข้าตามนิยามใน รง.506 จำนวน 8 แห่ง แต่รายงาน 4 แห่ง (ร้อยละ 50) มีผู้ป่วยเข้าตามนิยามโครงการกำจัดหัด 10 แห่ง แต่รายงาน 7 แห่ง (ร้อยละ 70) สาเหตุเกิดจากเมื่อผู้ป่วยมานานอกเวลา ไม่มีเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเพื่อลงใน รง.506 ส่วนการรายงานในโครงการกำจัดหัด ผู้รับผิดชอบงานเข้าใจว่าจะรายงานกรณีที่ส่งตัวอย่างตรวจยืนยัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาส่งตรวจ บางแห่งกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจจึงไม่รายงาน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ พบว่าฐานข้อมูล ME มีความไม่ครบถ้วนของตัวแปร คือ ไม่ปรากฏข้อมูลหรือค่าของข้อมูลในบางตัวแปร เช่น นามสกุล อายุ เพศ เชื้อชาติ นอกจากนี้ข้อมูลบางตัวแปรยังมีความผิดพลาด เช่น ชื่อ-สกุล ที่สะกดแตกต่างกันในฐานข้อมูล ME มีตัวแปรวันเดือนปีเกิดและตัวแปรอายุซึ่งตรวจสอบแล้วไม่ตรงกัน การระบุเพศผิด ทำให้มีความยุ่งยากในการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลที่ตรงกันกับฐานข้อมูล รง.506 จึงส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนในการศึกษานี้อาจมีความคลาดเคลื่อน ซึ่งการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนจะทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้องและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

#### สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่าลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคติดต่อ ปี พ.ศ. 2561 ที่รายงานจากฐานข้อมูล รง.506 และฐานข้อมูล ME มีความสอดคล้องเป็นไปตามทิศทางเดียวกัน ทั้งการกระจายตามบุคคล ด้านเพศ กลุ่มอายุ อาชีพ การกระจายตามเวลามีลักษณะการกระจายรายเดือนเป็นไปตามแนวเดียวกัน พบผู้ป่วยสูงสุดเดือนตุลาคม การกระจายตามสถานที่พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อประชากรแสนคนของจังหวัดยะลา และปัตตานี สูงเป็นอันดับ 1 และ 2 เหมือนกันทั้ง 2 ฐาน ในส่วนระบบการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ พบว่าจำนวนที่รายงานในฐานข้อมูล ME มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าระบบ รง.506 พบผู้ป่วยรายเดียวกันที่รายงานทั้ง 2 ฐาน ร้อยละ 43.93 มีจังหวัดที่ไม่มีมีการรายงานผู้ป่วยในฐานข้อมูล รง.506 หรือฐานข้อมูล ME การรายงานทั้ง 2 ฐานไม่ได้รายงานตามนิยามเฝ้าระวังที่กำหนดไว้ สถานพยาบาลมีรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทั้ง 2 ระบบไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ฐานข้อมูล ME มีตัวแปรที่มากกว่าฐานข้อมูล รง.506 หลายตัว ได้แก่ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์ วันเริ่มป่วยที่มี



รายละเอียดวันที่มีไข้ วันที่มีผื่น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการควบคุมโรค ดังนั้น กรมควบคุมโรค ควรปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคหัดโดยปรับลดให้เหลือระบบเดียว เพื่อลดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงานต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. กรมควบคุมโรค ควรปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคหัดโดยปรับลดให้เหลือระบบเดียว เพื่อลดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรายงานเข้าระบบโครงการกำจัดหัดมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรค จำนวนที่รายงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รง. 506) จึงควรสนับสนุนให้มีการรายงานต่อไป หากไม่สามารถปรับปรุงระบบให้เหลือระบบเดียวได้ ควรมีการพัฒนาทั้ง 2 ระบบให้มีตัวแปรที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ เช่น เลขบัตรประชาชน 13 หลัก ทั้งนี้บางตัวแปรที่มีการเก็บข้อมูลซ้ำซ้อนกันควรพิจารณาตัดออก และควรมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดทั้ง 2 ระบบ ในภาพรวมระดับประเทศด้วย

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ควรประสานงานและชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ถ่ายทอดวิธีการรายงานโรคให้รับผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาหรืองานควบคุมโรคในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ทราบ และเข้าใจการรายงานสามารถรายงานข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด ระดับเขตในการกำกับติดตาม โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยในรอบปี ซึ่งควรได้รับการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายปณิธิ ธัมมวิจยะ และนางสาวนิภาพรรณ สฤกษ์ศรีอภิรักษ์ ที่ให้การสนับสนุนและข้อเสนอแนะในการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กองระบาดวิทยาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และสนับสนุนข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ, เลิศฤทธิ สีสาท, บรรณานิการ. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษาและส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฉบับปรับปรุง 16 สิงหาคม 2559). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค; 2559.

2. ปิยนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศ, พรทิพย์ จอมพุก, เลิศฤทธิ สีสาท, บรรณานิการ. แนวทางการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคการตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤษภาคม 2555). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.

3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://apps.doe.moph.go.th/boeeng/download/AW\\_Annual\\_Mix%206212\\_14\\_r1.pdf](https://apps.doe.moph.go.th/boeeng/download/AW_Annual_Mix%206212_14_r1.pdf)

4. สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์, ดารินทร์ อารีโยชคชัย. รายงานการเฝ้าระวังโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ประเทศไทย เดือนมกราคม-กันยายน 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ 2555; 43: 721-5.

5. ดารินทร์ อารีโยชคชัย, สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์. การเฝ้าระวังโรคหัดภายใต้โครงการกำจัดโรคหัดตาม พันธะสัญญานานาชาติ ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ 2557; 45: 161-5.

6. ณัฐกานต์ อุ่นไพร, วรรณภา วิจิตร, อัจฉรารวรรณ ช้างพินิจ และ ภูติศศศักดิ์ ท่อศิริโกวัฒณ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดของโรงพยาบาล 46 แห่ง ในเครือข่ายบริการที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ 2556; 44: 593-9.

7. นลินี ช่วยดำรง, ลัดดาวัลย์ สุขุม, ศุภราภรณ์ พันธุ์เถระ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัด 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ประเทศไทย พ.ศ. 2556. วารสารควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2562]; 40:302-9. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/154251/112242>

8. ธนพล หัวงีระประเสริฐ, สุนธธา ศิริ. การประเมินระบบเฝ้าระวังและตัวชี้วัดของโครงการกำจัดโรคหัด จังหวัดสมุทรสาคร. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีสัปดาห์ 2556; 44:177-83.

9. วนิตา สายรัตน์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคหัดในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1247420200420013713.pdf>

### แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ปรางศ์ศิริ นาแหลม, สุภาภรณ์ จุจันทร์. การศึกษาระบบรายงานผู้ป่วยโรคหัดจากจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เปรียบเทียบระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ ปี พ.ศ. 2561. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2564; 52: 53-60.

### Suggested citation for this article

Nalam P, Chuchan S. A comparison study of measles reporting system from epidemiological surveillance system and measles elimination program, 2018. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2021; 52: 53-60.

## A comparison study of measles reporting system from epidemiological surveillance system and measles elimination program, 2018

**Authors:** Prangsiri Nalam<sup>1</sup>, Supaporn Chuchan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Thailand*

<sup>2</sup>*Division of Vaccine Preventable Diseases, Department of Disease Control, Thailand*

### Abstract

**Backgrounds:** Measles is a contagious disease by viral infection. Despite the low rate of mortality, it caused severe and death in case of delayed treatment, especially in infants and malnutrition children. The Measles reporting system used both Epidemiological Surveillance System (R506) and Measles Elimination Program (ME). To improvement of the surveillance guidelines to minimize redundant process and workload that require to study epidemiologic characteristics in term of quality and overlap data of Measles reporting system in 2018.

**Method:** A descriptive study on characteristics of the Measles cases reported from secondary database systems by R506 and ME in 2018, exclude Bangkok.

**Results:** The demographic characteristics of Measles database are consistent with epidemiological distribution. The Measles cases reporting classified by gender between males and females is equivalent ratio (1:1). Mostly Measles patients aged 1-4 years and common in students. The number of cases was highest reported in October. Similarly, the morbidity rate (per 100,000 pop.) of Yala is the highest and followed by Pattani. The difference cases reported in 2018 on R506 system was 5,833 cases and ME system was 7,036 cases (ratio of cases reporting as 1:1.2). From verification of data redundancy indicates that two databases have similar cases reported 3,928 cases (43.93%). In addition, the hospitals reported patients through the R506 system more than ME system.

**Conclusion and Recommendation:** Both Epidemiological Surveillance System (R506) and Measles Elimination Program (ME) reported inconsistency to surveillance definitions and incomprehensive of Measles cases reported from hospitals. Therefore, to minimize redundant processes and workload should be encouraged using a single database system. Currently, the ME system is continuously increasing reports and utilizing useful information for disease control implementation.

**Keywords:** Measles, epidemiological surveillance system (R506), measles elimination program (ME)

ปริญดา วัฒนศรี, สิริยาภรณ์ บุญลาด, ประภาศรี สามใจ, จุฑามาศ มากบุญขร, ภัฏฐธิดา สุขใหญ่, ปาจารย์ อักษรนิตย์, สุภาวดี พวงสมบัติ  
ทีมตระหนักสถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 4 ระหว่างวันที่ 24-30 กุมภาพันธ์ 2564 ทีมตระหนักสถานการณ์  
กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

### สถานการณ์ภายในประเทศ

#### 1. การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนใน โรงเรียน จังหวัดน่านและนครราชสีมา

**จังหวัดน่าน** พบผู้ป่วยสงสัยโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อน  
จำนวน 432 ราย ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง  
จังหวัดน่าน วันที่ 25 มกราคม 2564 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล  
น่าน แผนกผู้ป่วยใน 2 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 184 ราย เพศ  
หญิง 248 ราย โรงเรียนแห่งนี้มีนักเรียนทั้งหมด 1,785 คน ผู้ป่วย  
กระจายในทุกชั้นเรียน ตั้งแต่ชั้นอนุบาล 1 ถึงประถมศึกษาปีที่ 6  
ระดับชั้นที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6/2 (ร้อยละ  
56.41) รองลงมา คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6/6 (ร้อยละ 53.33)  
และชั้นประถมศึกษาปีที่ 5/6 (ร้อยละ 48.78) ตามลำดับ ปัจจัย  
เสี่ยงที่พบ คือ วันที่ 25 มกราคม 2564 เวลาประมาณ 10.30-  
12.30 น. ได้รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน จำนวน 1,702 ราย  
ไม่ได้รับประทานอาหารกลางวันของโรงเรียน จำนวน 68 ราย  
(นำมาจากบ้านหรือซื้ออาหารเอง) และไม่มาโรงเรียน จำนวน 15  
ราย อาหารกลางวันที่ได้รับประทาน คือ ข้าวมันไก่ น้ำซุบ แต่งโม โดย  
ประกอบอาหารตั้งแต่เวลา 05.00 น. หลังจากรับประทานอาหาร  
ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการถ่ายเหลวเวลาประมาณ 17.00 น. และ  
ทยอยมีอาการในช่วงเวลาประมาณ 21.00 น. ของวันที่ 25  
มกราคม 2564 ถึง 05.00 น. ของวันที่ 26 มกราคม 2564 ทีม  
สอบสวนโรคเก็บตัวอย่างอุจจาระ (Rectal swab culture) และ  
ตัวอย่างอาหารที่เหลืออยู่ส่งตรวจที่โรงพยาบาลน่าน อยู่ระหว่างรอ  
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**การดำเนินการ** ให้สุขศึกษาแก่แม่ครัวผู้จ้างหามาปรุง  
อาหารกลางวันของโรงเรียน และการทำความสะอาดภาชนะที่เก็บ  
อาหาร และให้คำแนะนำการปรับปรุงโรงอาหารให้ได้มาตรฐาน  
รวมถึงการดูแลระบบน้ำประปาในโรงเรียน

**จังหวัดนครราชสีมา** ผู้ป่วยสงสัยโรคอาหารเป็นพิษเป็น

กลุ่มก้อน จำนวน 31 ราย ในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่ง ตำบลโนน  
แดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา วันที่ 27 มกราคม 2564  
เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนแดง ด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน  
ปวดท้อง ถ่ายเหลว จำนวน 23 ราย รักษาแผนกผู้ป่วยนอก 22  
ราย แผนกผู้ป่วยใน 1 ราย และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม 8 ราย รวม  
ทั้งสิ้น 31 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ วันที่ 26 มกราคม 2564 ผู้ป่วย  
รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน อาหารที่รับประทาน คือ ข้าวไข่  
พะโล้ใส่เลือดไก่ต้มและสับปะรด และช่วงบ่ายที่นมโรงเรียน เริ่มมี  
อาการหลังจากรับประทานอาหารประมาณ 3-10 ชั่วโมง โดยชั้น  
อนุบาล 1 รับประทานเวลา 10.30 น. อนุบาล 2 รับประทานเวลา  
11.00 น. และอนุบาล 3 เวลา 11.30 น. โดยส่วนใหญ่มีอาการ  
คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง บางรายมีไข้ ถ่ายเหลว ปวดศีรษะ ทีม  
สอบสวนโรคเก็บตัวอย่างอุจจาระ (Rectal swab culture) และ  
ตัวอย่างอาหาร และเก็บตัวอย่าง Swab มือผู้ปรุงผู้เสิร์ฟอาหาร  
และภาชนะ ส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข อยู่  
ระหว่างรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**การดำเนินการ** ให้สุขศึกษาแก่ผู้ปรุงผู้เสิร์ฟอาหาร และ  
เฝ้าระวังผู้มีอาการสงสัยในกลุ่มนักเรียนที่ร่วมรับประทานอาหาร  
ด้วยกัน

#### 2. การประเมินความเสี่ยงของโรคคอตีบ

จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2563 พบ  
ผู้ป่วยโรคคอตีบ 8 ราย จาก 6 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.01 ต่อ  
แสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1 : 1  
กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 0-4 ปี (25.00 เปอร์เซ็นต์)  
7-9 ปี (25.00 เปอร์เซ็นต์) 25-34 ปี (12.50 เปอร์เซ็นต์) สัญชาติ  
ไทยเป็นร้อยละ 100.0 อาชีพส่วนใหญ่เป็นนักเรียน ร้อยละ 50.0  
ไม่ทราบอาชีพ ร้อยละ 37.5 เกษตร ร้อยละ 12.5

พื้นที่ที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด คือ ภาคใต้ (0.05)  
และภาคกลาง (0.01) โดยภาคใต้พบในกลุ่มอายุ 7-9 ปี (2 ราย)

2 ปี (1 ราย) และ 3 ปี (1 ราย) ภาคกลาง พบมากในกลุ่มอายุ 25–34 ปี (1 ราย) 10–14 ปี (1 ราย) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบมากในกลุ่มอายุ 45–54 ปี (1 ราย)

จากการติดตามสถานการณ์โรคคอติบในจังหวัดสระบุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคคอติบในผู้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 20–50 ปี สาเหตุเกิดจากการกระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อโรค ทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคหรือมีภูมิคุ้มกันโรคในระดับที่ไม่เพียงพอ จึงควรพิจารณาให้มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้วัคซีนคอติบ-บาดทะยักกับประชาชนกลุ่มอายุ 20–50 ปี ทั้งคนไทยและต่างด้าวพร้อมกันทั่วประเทศ เพื่อกวาดล้างโรคคอติบไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุข

เมื่อมีการระบาดของโรคคอติบในพื้นที่ ความจำเป็นลำดับแรกที่ต้องดำเนินการ คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องในโรงพยาบาล และจัดการควบคุมการระบาดในพื้นที่อย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังพื้นที่อื่นๆ นอกจากนี้ มาตรการสำคัญที่จำเป็นต้องเร่งดำเนินการคือ การเฝ้าระวังโรคคอติบเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ป่วยโดยเร็ว การสอบสวนโรคทั้งผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด การติดตามผลตรวจเพาะเชื้อโดยเร็ว รวมทั้งการดูแลให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างครบถ้วนด้วย หากมีข้อสงสัยเรื่องโรคภัยสุขภาพ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สายด่วนกรมควบคุมโรค โทร 1422

#### สถานการณ์ภายในประเทศ

##### สถานการณ์การระบาดของโนโรไวรัส ประเทศไทย

หน่วยงานท้องถิ่นในเขตปกครองตนเองกว่างซีจ้วงทางตอนใต้ของจีน ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหลังจากมีนักเรียน 85 คน

ในโรงเรียน 7 แห่ง ติดเชื้อโนโรไวรัส ตั้งแต่วันที่ 21 มกราคม 2564 นักเรียนจำนวนหนึ่งจากโรงเรียนท้องถิ่น 7 แห่ง ในเมืองเหอฉี มีอาการปวดท้องและอาเจียน ทั้งหมด 85 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อโนโรไวรัส และรัฐบาลท้องถิ่นของเมืองได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อสอบสวนเหตุการณ์ดังกล่าว

โนโรไวรัสเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคกระเพาะและลำไส้อักเสบ โดยปกติจะแพร่เชื้อผ่านทางอุจจาระเข้าสู่ปาก ซึ่งหมายความว่าคนมักติดเชื้อจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนอุจจาระจากผู้ติดเชื้อหรือสัมผัสกับวัตถุที่ปนเปื้อนเชื้อ การติดเชื้อโนโรไวรัส พบได้บ่อยในช่วงฤดูใบไม้ร่วงและฤดูหนาว เนื่องจากไวรัสจะมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้นในอุณหภูมิต่ำ โรคนี้มีผลต่อคนทุกกลุ่มอายุ

ProMED Moderator ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยอ้างอิงข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกาว่า โนโรไวรัสติดต่อได้ง่ายและระบาดได้ทุกที่ ผู้ติดเชื้อมักมีอาการอาเจียนและอุจจาระร่วง บางรายอาจเสียชีวิตได้ ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้โดยการสัมผัสใกล้ชิดหรือโดยทางอาหารและพื้นผิวที่มีการปนเปื้อนเชื้อ

ในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ เมื่อมีรายงานอาการอุจจาระร่วงเป็นกลุ่มก้อนจึงเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดที่จะแยกแยะความเป็นไปได้ของอหิวาตกโรค ประสพการณ์ในอดีตบ่งชี้ว่าแม้จะมีระบบสุขภาพที่ดี แต่ยังมีผู้เสียชีวิตจำนวนหนึ่งในบรรดาผู้ป่วยรายแรกๆ ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเนื่องจากการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขล่าช้า ประกอบกับความเชื่อของชุมชนว่าโรคนี้เป็นอาการปกติของกระเพาะและลำไส้อักเสบ

**ตารางที่ 1** จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 สัปดาห์ที่ 4

**Table 1** Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 4<sup>th</sup> week 2021

Disease	2021				Case* (Current 4 week)	Mean** (2016-2020)	Cumulative	
	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4			2021	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	3	0	0
Influenza	507	335	301	172	1315	19091	1459	0
Meningococcal Meningitis	1	1	0	0	2	2	2	1
Measles	3	6	12	3	24	327	24	0
Diphtheria	0	0	1	0	1	1	1	0
Pertussis	0	0	0	1	1	5	1	0
Pneumonia (Admitted)	3718	2977	2907	1678	11280	20918	12299	7
Leptospirosis	21	29	17	10	77	158	90	3
Hand, foot and mouth disease	683	490	528	354	2055	3205	2275	0
Total D.H.F.	216	185	80	45	526	3609	595	0

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานามัย กรุงเทพมหานคร และ กองระบาดวิทยา รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ

ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" ไม่ใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)"

ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

\* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)

\*\* จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)





ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (1 มกราคม-3 กุมภาพันธ์ 2564)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2022 (January 1-February 3, 2021)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2020							DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2021							POP. DEC 31, 2019	
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000		CASE FATALITY
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	C	C	C	C	C	D	POP.		RATE (%)
<b>Total</b>	<b>4281</b>	<b>2813</b>	<b>939</b>	<b>71293</b>	<b>51</b>	<b>107.53</b>	<b>0.07</b>	<b>595</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>595</b>	<b>0</b>	<b>0.89</b>	<b>0.00</b>	<b>66,486,458</b>
<b>Northern Region</b>	<b>1085</b>	<b>606</b>	<b>241</b>	<b>14789</b>	<b>13</b>	<b>122.15</b>	<b>0.09</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0.83</b>	<b>0.00</b>	<b>12,117,744</b>
<b>ZONE 1</b>	<b>595</b>	<b>282</b>	<b>69</b>	<b>8379</b>	<b>6</b>	<b>142.54</b>	<b>0.07</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>0.53</b>	<b>0.00</b>	<b>5,891,985</b>
Chiang Mai	263	150	29	3273	1	186.46	0.03	12	0	0	0	12	0	0.68	0.00	1,771,499
Lamphun	18	10	3	172	0	42.37	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	405,515
Lampang	47	18	7	954	1	128.10	0.10	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	740,600
Phrae	10	2	1	205	0	45.93	0.00	1	0	0	0	1	0	0.23	0.00	443,408
Nan	18	11	1	294	0	61.32	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	478,608
Phayao	6	1	1	240	1	50.40	0.42	1	0	0	0	1	0	0.21	0.00	473,786
Chiang Rai	73	29	12	1640	2	127.14	0.12	5	0	0	0	5	0	0.39	0.00	1,295,217
Mae Hong Son	160	61	15	1601	1	570.10	0.06	12	0	0	0	12	0	4.24	0.00	283,352
<b>ZONE 2</b>	<b>240</b>	<b>149</b>	<b>81</b>	<b>4250</b>	<b>6</b>	<b>119.21</b>	<b>0.14</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>1.09</b>	<b>0.00</b>	<b>3,570,128</b>
Uttaradit	34	26	13	587	2	128.66	0.34	7	0	0	0	7	0	1.54	0.00	454,252
Tak	58	44	25	752	1	115.79	0.13	13	0	0	0	13	0	1.97	0.00	660,147
Sukhothai	43	22	21	701	2	117.17	0.29	5	0	0	0	5	0	0.84	0.00	596,165
Phitsanulok	47	43	17	900	0	103.91	0.00	11	0	0	0	11	0	1.27	0.00	866,068
Phetchabun	58	14	5	1310	1	131.67	0.08	3	0	0	0	3	0	0.30	0.00	993,496
<b>ZONE 3</b>	<b>289</b>	<b>191</b>	<b>91</b>	<b>2869</b>	<b>1</b>	<b>95.88</b>	<b>0.03</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>1.01</b>	<b>0.00</b>	<b>2,983,068</b>
Chai Nat	39	16	0	709	0	215.51	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	327,437
Nakhon Sawan	177	135	74	1230	1	115.53	0.08	25	0	0	0	25	0	2.35	0.00	1,061,926
Uthai Thani	14	9	5	247	0	74.92	0.00	2	0	0	0	2	0	0.61	0.00	329,026
Kamphaeng Phet	25	11	4	300	0	41.18	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	726,836
Phichit	34	20	8	383	0	70.84	0.00	3	0	0	0	3	0	0.56	0.00	537,843
<b>Central Region*</b>	<b>2191</b>	<b>1700</b>	<b>481</b>	<b>22476</b>	<b>18</b>	<b>98.73</b>	<b>0.08</b>	<b>381</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>381</b>	<b>0</b>	<b>1.67</b>	<b>0.00</b>	<b>22,879,997</b>
Bangkok	704	787	184	5820	0	102.47	0.00	211	0	0	0	211	0	3.72	0.00	5,671,457
<b>ZONE 4</b>	<b>428</b>	<b>241</b>	<b>97</b>	<b>4214</b>	<b>8</b>	<b>78.87</b>	<b>0.19</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>0.67</b>	<b>0.00</b>	<b>5,381,695</b>
Nonthaburi	112	99	59	726	1	58.64	0.14	18	0	0	0	18	0	1.43	0.00	1,255,840
Pathum Thani	47	23	12	366	0	32.17	0.00	8	0	0	0	8	0	0.69	0.00	1,154,848
P.Nakhon S.Ayutthaya	74	28	7	558	2	68.41	0.36	3	0	0	0	3	0	0.37	0.00	818,815
Ang Thong	37	7	5	483	1	171.88	0.21	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	280,246
Lop Buri	86	52	1	1046	0	137.99	0.00	3	0	0	0	3	0	0.40	0.00	757,145
Sing Buri	1	0	0	313	2	149.24	0.64	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	208,912
Saraburi	55	31	12	608	2	94.48	0.33	4	0	0	0	4	0	0.62	0.00	645,468
Nakhon Nayok	16	1	1	114	0	43.89	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	260,421
<b>ZONE 5</b>	<b>509</b>	<b>289</b>	<b>102</b>	<b>4204</b>	<b>2</b>	<b>78.95</b>	<b>0.05</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>1.25</b>	<b>0.00</b>	<b>5,344,807</b>
Ratchaburi	92	33	0	1006	0	115.29	0.00	8	0	0	0	8	0	0.92	0.00	873,310
Kanchanaburi	64	28	13	360	0	40.42	0.00	2	0	0	0	2	0	0.22	0.00	894,338
Suphan Buri	110	74	33	736	1	86.55	0.14	17	0	0	0	17	0	2.01	0.00	847,526
Nakhon Pathom	115	89	32	926	0	101.28	0.00	26	0	0	0	26	0	2.83	0.00	918,542
Samut Sakhon	80	11	0	533	1	92.98	0.19	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	581,334
Samut Songkhram	5	5	2	69	0	35.60	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	193,548
Phetchaburi	26	31	16	368	0	76.14	0.00	8	0	0	0	8	0	1.65	0.00	484,743
Prachuap Khiri Khan	17	18	6	206	0	37.70	0.00	6	0	0	0	6	0	1.09	0.00	551,466
<b>ZONE 6</b>	<b>511</b>	<b>367</b>	<b>98</b>	<b>7529</b>	<b>8</b>	<b>123.66</b>	<b>0.11</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>1.09</b>	<b>0.00</b>	<b>6,154,601</b>
Samut Prakan	84	59	10	735	1	55.74	0.14	14	0	0	0	14	0	1.05	0.00	1,335,742
Chon Buri	220	196	65	2308	2	151.61	0.09	33	0	0	0	33	0	2.13	0.00	1,546,873
Rayong	110	81	11	2357	2	328.60	0.08	9	0	0	0	9	0	1.23	0.00	729,035
Chanthaburi	26	10	3	660	0	123.25	0.00	1	0	0	0	1	0	0.19	0.00	537,097
Trat	7	3	0	183	1	79.64	0.55	2	0	0	0	2	0	0.87	0.00	229,936
Chachoengsao	15	4	5	213	0	29.90	0.00	4	0	0	0	4	0	0.56	0.00	717,561
Prachin Buri	25	11	1	556	0	113.56	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	493,159
Sa Kaeo	24	3	3	517	2	91.83	0.39	4	0	0	0	4	0	0.71	0.00	565,198

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (1 มกราคม-3 กุมภาพันธ์ 2564)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2022 (January 1-February 3, 2021)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2020							DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2021							POP. DEC 31, 2019	
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000		CASE FATALITY
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	C	C	C	C	C	D	POP.		RATE (%)
<b>NORTH-EASTERN REGION</b>	<b>653</b>	<b>269</b>	<b>112</b>	<b>28075</b>	<b>13</b>	<b>127.60</b>	<b>0.05</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>0.16</b>	<b>0.00</b>	<b>22,014,740</b>
<b>ZONE 7</b>	<b>125</b>	<b>66</b>	<b>28</b>	<b>7004</b>	<b>4</b>	<b>138.36</b>	<b>0.06</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0.12</b>	<b>0.00</b>	<b>5,057,831</b>
Khon Kaen	28	18	10	3168	2	175.42	0.06	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,804,384
Maha Sarakham	20	11	4	1400	2	145.37	0.14	2	0	0	0	2	0	0.21	0.00	962,856
Roi Et	49	25	8	1637	0	125.20	0.00	3	0	0	0	3	0	0.23	0.00	1,306,210
Kalasin	28	12	6	799	0	81.06	0.00	1	0	0	0	1	0	0.10	0.00	984,381
<b>ZONE 8</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>4161</b>	<b>5</b>	<b>74.92</b>	<b>0.12</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0.05</b>	<b>0.00</b>	<b>5,559,986</b>
Bungkan	7	1	0	683	0	161.28	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	424,016
Nong Bua Lam Phu	2	0	0	297	1	58.02	0.34	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	512,449
Udon Thani	18	16	1	941	2	59.37	0.21	1	0	0	0	1	0	0.06	0.00	1,586,656
Loei	10	4	2	926	0	144.19	0.00	1	0	0	0	1	0	0.16	0.00	642,862
Nong Khai	7	4	6	527	2	100.96	0.38	1	0	0	0	1	0	0.19	0.00	522,207
Sakon Nakhon	1	2	3	335	0	29.11	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,152,835
Nakhon Phanom	7	2	2	452	0	62.92	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	718,961
<b>ZONE 9</b>	<b>305</b>	<b>108</b>	<b>30</b>	<b>12515</b>	<b>3</b>	<b>184.78</b>	<b>0.02</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0.16</b>	<b>0.00</b>	<b>6,778,372</b>
Nakhon Ratchasima	86	42	12	6202	3	234.67	0.05	7	0	0	0	7	0	0.26	0.00	2,647,663
Buri Ram	33	7	3	1330	0	83.47	0.00	1	0	0	0	1	0	0.06	0.00	1,595,299
Surin	176	54	14	2487	0	177.96	0.00	2	0	0	0	2	0	0.14	0.00	1,397,343
Chaiyaphum	10	5	1	2496	0	219.13	0.00	1	0	0	0	1	0	0.09	0.00	1,138,067
<b>ZONE 10</b>	<b>171</b>	<b>66</b>	<b>40</b>	<b>4395</b>	<b>1</b>	<b>95.26</b>	<b>0.02</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0.35</b>	<b>0.00</b>	<b>4,618,551</b>
Si Sa Ket	56	31	15	1028	0	69.81	0.00	2	0	0	0	2	0	0.14	0.00	1,472,934
Ubon Ratchathani	85	30	21	2425	1	129.53	0.04	10	0	0	0	10	0	0.53	0.00	1,876,347
Yasothon	21	4	3	338	0	62.69	0.00	4	0	0	0	4	0	0.74	0.00	538,013
Amnat Charoen	4	0	0	166	0	43.87	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	378,530
Mukdahan	5	1	1	438	0	124.60	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	352,727
<b>Southern Region</b>	<b>352</b>	<b>238</b>	<b>105</b>	<b>5953</b>	<b>7</b>	<b>63.15</b>	<b>0.12</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>0.82</b>	<b>0.00</b>	<b>9,473,977</b>
<b>ZONE 11</b>	<b>133</b>	<b>96</b>	<b>41</b>	<b>2352</b>	<b>1</b>	<b>52.66</b>	<b>0.04</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>0</b>	<b>0.85</b>	<b>0.00</b>	<b>4,487,837</b>
Nakhon Si Thammarat	31	17	6	899	0	57.67	0.00	12	0	0	0	12	0	0.77	0.00	1,561,179
Krabi	11	9	6	222	0	47.06	0.00	11	0	0	0	11	0	2.31	0.00	475,239
Phangnga	8	8	7	242	0	90.34	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	268,513
Phuket	4	4	2	177	0	43.58	0.00	1	0	0	0	1	0	0.24	0.00	413,397
Surat Thani	17	15	0	367	0	34.60	0.00	4	0	0	0	4	0	0.38	0.00	1,065,756
Ranong	11	7	5	150	0	78.48	0.00	5	0	0	0	5	0	2.60	0.00	192,619
Chumphon	51	36	15	295	1	57.81	0.34	5	0	0	0	5	0	0.98	0.00	511,134
<b>ZONE 12</b>	<b>219</b>	<b>142</b>	<b>64</b>	<b>3601</b>	<b>6</b>	<b>72.60</b>	<b>0.17</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0.80</b>	<b>0.00</b>	<b>4,986,140</b>
Songkhla	97	53	28	1252	1	87.65	0.08	12	0	0	0	12	0	0.84	0.00	1,434,298
Satun	0	0	2	52	0	16.22	0.00	1	0	0	0	1	0	0.31	0.00	322,580
Trang	19	12	0	510	2	79.30	0.39	1	0	0	0	1	0	0.16	0.00	643,140
Phatthalung	7	6	5	183	0	34.86	0.00	2	0	0	0	2	0	0.38	0.00	524,955
Pattani	26	13	5	541	1	75.78	0.18	6	0	0	0	6	0	0.83	0.00	721,591
Yala	22	16	10	436	1	82.29	0.23	11	0	0	0	11	0	2.06	0.00	534,328
Narathiwat	48	42	14	627	1	78.44	0.16	7	0	0	0	7	0	0.87	0.00	805,248

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

Central Region\* เขตภาคกลางนับรวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases D = Deaths



กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ รายสัปดาห์ ฉบับที่ 5/2564 (วันที่ 31 ม.ค. - 6 ก.พ. 64) การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพของสัปดาห์นี้ คาดว่ามีโอกาสพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากช่วงนี้ในบางพื้นที่ของประเทศไทยเริ่มมีอุณหภูมิสูงขึ้น ซึ่งประชาชนอาจมีการรับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุกก่อนรับประทาน และทิ้งไว้นอกตู้เย็นเป็นเวลานาน หรือทิ้งค้างไว้นานโดยไม่ได้อุ่นร้อน ประกอบกับพฤติกรรมกรรมการทำอาหารและรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคอาหารเป็นพิษได้

กรมควบคุมโรค ขอแนะนำให้ประชาชนยึดหลัก “สุก ร้อน สะอาด” โดยรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ อาหารที่เก็บไว้นานเกิน 2 ชั่วโมง ต้องนำมาอุ่นก่อนรับประทานทุกครั้ง เลือกบริโภคอาหาร น้ำดื่ม และน้ำแข็งที่สะอาด ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงจากสัตว์หรือพืชที่มีพิษ เลือกซื้อวัตถุดิบที่สด สะอาดและมีคุณภาพ ควรใช้ช้อนกลางส่วนตัวเมื่อรับประทานร่วมกัน เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 และก่อนหยิบจับอาหารควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง สำหรับผู้ประกอบอาหารต้องหมั่นดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงและปรุงอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง

DDC  
กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

สำนักสื่อสารความเสี่ยง  
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ  
Bureau of Risk Communication  
and Health Behavior Development



สายด่วน  
กรมควบคุมโรค  
1422

สมัครและติดตามรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ : [https://wesr.doe.moph.go.th/wesr\\_new/](https://wesr.doe.moph.go.th/wesr_new/)

## รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 52 ฉบับที่ 4 : 5 กุมภาพันธ์ 2564 Volume 52 Number 4: February 5, 2021

กำหนดออก : รายสัปดาห์

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

E-mail: [weekly.wesr@gmail.com](mailto:weekly.wesr@gmail.com), [panda\\_tid@hotmail.com](mailto:panda_tid@hotmail.com)

จัดทำโดย

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ชั้น 3 อาคาร 10 ตึกกรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-3805

Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tel (66) 2590-3805

Floor 3, Building 10, Department of Disease Control, Tiwanon Road, Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand, 11000