

รายงาน การเฝ้าระวังโรค ประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL
SURVEILLANCE REPORT

VOLUME 18 NUMBER 2

JANUARY 23, 1987

รายงานเบื้องต้นการระบาดของ 13

โรคบิด จังหวัดอุบลราชธานีและ
บริเวณใกล้เคียง

แนวทางการเฝ้าระวังและควบคุม 21

ป้องกันการระบาดของโรคบิด

การสอบสวนโรค

รายงานเบื้องต้นการระบาดของโรคบิด จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง

Outbreak of Dysentery in Ubonratchathani

and Adjacent Provinces

ในช่วงเดือนตุลาคม 2529 มีการระบาดของโรคบิดในเขตอำเภอ
อำนาจเจริญ และอำเภอใกล้เคียงรอบ ๆ ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนผู้ป่วย
ที่ได้รับรายงานล่าสุดเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2529 มีผู้ป่วยทั้งสิ้นเฉพาะ เดือนตุลาคม
430 ราย เดือนพฤศจิกายน 970 ราย มีผู้เสียชีวิต 13 ราย เป็นเด็กอายุไม่เกิน
5 ปีทั้ง 13 ราย (1)

ผลการตรวจอุจจาระผู้ป่วยในช่วง 1 - 15 พฤศจิกายน 2529
ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบเชื้อ Shigella dysenteriae Type 1
จำนวน 7.4 % จากอุจจาระ 177 ตัวอย่าง

พื้นที่ในเขตอุบลราชธานีตอนเหนือ ได้แก่ อำเภอมหาชนะชัย
เสนางคนิคม และท่าวะพาน พบมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าได้กับ Shigellosis สูงใน
เดือนตุลาคม ส่วนที่อำเภอม่วงสามสิบและอำเภอพนา มีผู้ป่วยสูงในราวเดือนพฤศจิกายน
พร้อมกับที่อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ผลการตรวจอุจจาระพบเชื้อ Shigella
dysenteriae Type 1 เช่นเดียวกันทุกแห่ง

จากการสืบค้นย้อนหลังถึงการระบาดของโรคบิดในเขตใกล้เคียง
พบว่าเมื่อเดือนมิถุนายน 2529 มีการระบาดของโรคบิดในเขตอำเภอดอนตาล
จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งติดกับอำเภอชานุมาน และเสนางคนิคม ของจังหวัดอุบลราชธานี

ครั้งนั้นจากการตรวจเพาะเชื้อจากอุจจาระ พบ Shigella dysenteriae Type 1
จำนวน 1 ตัวอย่าง

ในช่วงต้นเดือนมกราคม 2530 กุมารแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
สังเกตว่ามีผู้ป่วยเด็กจากหมู่บ้านโนนสาย อำเภอเมือง เป็นบิด อาการหนักต้องเข้า
รับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้อมกันถึง 3 ราย จึงประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ สอบสวนดูพบผู้ป่วยประมาณ 20 ราย ในหมู่บ้านซึ่งมีประชากร 304 คน
ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระ ขณะนี้กำลังรอผล

ข้อมูลจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
พบว่าระยะแรกเชื้อที่พบในแถบอำนาจเจริญ เสนางคนิคม และ หัวตะพาน คือตัวยา
Cotrimoxazole แต่ไวต่อยา Ampicillin เหมือนกับ เชื้อที่พบที่ดอนตาล แต่ต่อ
มาพบว่าเชื้อที่พบแถบม่วงสามสิบ พนา และ เลิงนกทา เริ่มคือต่อ Ampicillin แล้ว

สรุปสถานการณ์การระบาดนี้ เห็นได้ชัดว่าการระบาดครอบคลุมพื้นที่กว้าง
ขวาง ติดต่อกันหลายจังหวัดและดูเหมือนว่าการระบาดจะเกิดขึ้นมาก่อนระยะ เวลาหนึ่งแล้ว
วิธีการระบาดนั้นน่าจะเป็นทั้งระหว่างบุคคล และอาศัยพาหะปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่

การใช้มือในการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำบ่อที่ไม่ได้ฆ่าเชื้อ การขาด
แคลนส้วมที่ถูกสุขลักษณะเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างยิ่ง การใช้ยาปฏิชีวนะ
อย่างไม่ระวังก็อาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ โดยเฉพาะเชื้อที่มีการถ่ายทอดคุณสมบัติการดื้อยา
แก่กันได้ (กลุ่ม Shigella, Salmonella) อาจถ่ายทอดคุณสมบัตินี้แก่กันทำให้ยากแก่
การรักษา

ในกลางเดือนมกราคม 2530 จะมีการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ
ที่จังหวัดร้อยเอ็ด หากไม่ควบคุมป้องกันให้ดี อาจมีการระบาดในพื้นที่อื่น ๆ อีกได้
นอกจากนี้หากการระบาดลุกลามไปถึงชายแดน อาจมีผลเสียต่อกองกำลังทางทหารที่ตั้ง
อยู่ในเขตนั้นด้วย

ผู้รายงาน โครงการศึกษาและฝึกอบรมทางระบาดวิทยา, กองระบาดวิทยา,
ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี, ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, โรงพยาบาล
ศรีสะเกษ, ศูนย์ทดสอบเชื้อลำไส้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภออำนาจเจริญ, โรงพยาบาล
พนา และโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

เอกสารอ้างอิง (1) บัณฑิตผู้ป่วยโรคบิด จังหวัดอุบลราชธานี ตุลาคม-พฤศจิกายน 2529

บทบรรณาธิการ

โรคบิดหรือ Dysentery เป็นคำรวมหมายถึงโรคที่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด ซึ่งมีสาเหตุจาก Bacteria ที่ชื่อ *Shigella* (เรียก Shigellosis) หรือจาก Protozoa ชื่อ *Entamoeba histolytica* (เรียก Amoebiasis)

Shigella ซึ่งเป็นสาเหตุของ Shigellosis นั้นประกอบด้วย 4 species ได้แก่ Group A (*Shig. dysenteriae*); Group B (*Shig. flexneri*); Group C (*Shig. boydii*) และ Group D (*Shig. sonnei*) ใน group A, B, C นั้นยังสามารถแยกออกเป็นกว่า 40 serotype โดยใช้หมายเลขแสดง

Shigellosis จัดได้ว่าเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศกลุ่มเอเชียใต้ (South Asia) อัตราป่วยอยู่ระหว่าง 1 - 15 % จากบางรายงาน (1, 2) เชื่อที่เป็นสาเหตุสำคัญได้แก่ *Shig. flexneri*, *Shig. sonnei* และ *Shig. boydii* สำหรับเชื้อที่มีความรุนแรงคือ *Shig. dysenteriae* type 1, *Shig. shigae* พบไม่ได้น้อยนัก (3)

การระบาดขนาดใหญ่แบบ Pandemic ของ *Shig. dysenteriae* type 1 ซึ่งมีความรุนแรงมากเริ่มต้นในกลุ่มประเทศอเมริกากลางประมาณปี คศ. 1969 - 1970 (4, 5) ต่อมาเริ่มระบาดไปยังภูมิภาคอาฟริกาและเอเชียอย่างรวดเร็ว บังคลาเทศเป็นประเทศแรกในเอเชียที่มีการระบาด (คศ. 1972 - 1978) ต่อมาได้แก่ประเทศอินเดียตอนใต้ (1972 - 1973) ศรีลังกา (1976) มัลดีฟ (1982), อินเดียตะวันออก (1984), เนปาล (1984 - 1985) ภูฐาน (1984 - 1985) พม่า (1984 - 1985) ล่าสุดในปี 1986 มีการระบาดในหมู่เกาะ Andaman และ Nicobar ในอ่าวเบงกอล การระบาดดังกล่าวมีข้อที่น่าเป็นห่วงอยู่ 3 ประการคือ ประการแรกมีลักษณะการลุกลามอย่างกว้างขวาง (tremendous spreading) อัตราป่วยประมาณ 10 % ของประชากร ประการที่สอง มีอัตราป่วยตายสูง (1 - 10 %) โดยเฉพาะในเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี (6) ทั้งนี้เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ประการที่สาม เชื้อที่ระบาดมักเป็น *Shig. dysenteriae* type 1 ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิด โดยที่ลักษณะการดื้อยาเป็นแบบ plasmid-mediated

ในประเทศไทยข้อมูลจากศูนย์ *Salmonella* และ *Shigella* ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจพบ *Shig. dysenteriae* type 1 เฉลี่ยปีละ 2-3 ราย ระหว่างปี 1972 - 1978 และไม่พบเชื้ออีกเลยจนกระทั่งในปี 1985 พบเชื้อ 6 ราย และในปี 1986 พบเชื้อ 26 ราย ในจำนวนนี้ 16 รายจากจังหวัดอุบลราชธานี 5 รายจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 2 รายจากโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น และแห่งละ 1 ราย จากโรงพยาบาลในเชียงใหม่, ยโสธร และ มหาสารคาม สำหรับการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ จากจำนวน 17 ตัวอย่าง ที่

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับระหว่างเดือนตุลาคมและพฤศจิกายน พบว่า Ampicillin, Polymixin B, cephasolin ยังใช้ได้ดี 100 % ยา Gentamycin, Nalidixic ได้ผลกว่า 90 % ยา Kanamycin และ Neomycin ได้ผลประมาณ 85 % สำหรับ ยา colistin, Bactrim นั้นใช้ได้ผลน้อยมากเพียง 23 และ 6 % ตามลำดับ ส่วนยา Chloramphenicol ใช้ไม่ได้ผลเลย จึงเป็นที่น่าวิตกว่าได้เกิดการระบาดของ Shig. dysenteriae type 1 ในประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีและ จังหวัดใกล้เคียงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับแนวทางการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคบิด กองระบาดวิทยาได้นำลงไว้ในฉบับนี้แล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Bhat, P., Myers, R.M. & Feldman, R.A. Significance of the incidence of Shigella infection as indicated by results of a longitudinal study. Japan J. Med. Sci. Biol., 1970, 23 : 237 - 42.
2. Sen, D. et al. Aetiological studies on hospital inpatients with acute diarrhoea in Calcutta. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 1983, 77 : 212 - 14.
3. Sakazaki, R. et al. Bacteriological examination of diarrhoeal stools in Calcutta. J. Med. Res., 1971, 59 : 1025-34.
4. Mata, L.j. et al. Epidemic shiga bacillus dysentery in Central America. 1. Etiologic investigations in Guatemala, 1969. J. Infect. Dis., 1970, 122 : 170 - 80.
5. Gangarosa, E.J. et al. Epidemic shiga bacillus dysentery in Central America. 11. Epidemiologic studies in 1969. J. Infect. Dis. 1970, 122: 181 - 90.
6. S.C. Pal : Dysentery : an overview : still problems to resolve. Dialogue on diarrhoea no 25, June 1986.

บทความ

แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันการระบาดของโรคบิด

Guidelines for the Control of Epidemic Dysentery

เนื่องจากมีการระบาดของโรคบิดในหลายจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการสอบสวนและติดตามสถานการณ์ของโรค พบว่าอาจมีแนวโน้มของการระบาดแพร่กระจายไปยังจังหวัดอื่น ๆ ได้ กองระบาดวิทยาจึงได้ทำการสรุปแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคบิด ทั้งนี้เพื่อจังหวัดต่าง ๆ จะได้นำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม ดังนี้

ก. การเฝ้าระวังและควบคุมสถานการณ์ระบาด

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคบิดคือ ถ่ายอุจจาระเหลว ต่อมาถ่ายเป็นมูกเลือด มีอาการปวดเกร็งท้อง (cramp) หรือปวดบิดขมิ้นถ่าย (Tensemus) เมื่อพบผู้ป่วยดังกล่าวควรทำ Rectal swab culture หรือ stool culture ส่งแยกเชื้อยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจให้ทราบถึง Group ของเชื้อและความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะชนิดต่าง ๆ พร้อมทั้งส่งตัวอย่างให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อตรวจสอบ type ต่อไป

2. การรักษาควรใช้ยาปฏิชีวนะที่เชื้อยังไม่ดื้อยา โดยพิจารณาจากผลการทดสอบที่ผ่านมาในระยะนี้ของห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลจังหวัดนั้น หรือจังหวัดใกล้เคียง ต่อเมื่อได้ทราบผลการทดสอบเฉพาะรายจึงเปลี่ยนแปลงชนิดยาปฏิชีวนะตามความจำเป็น และไม่ควรให้ยาที่ลดการบีบตัวของลำไส้ (Antimotility Drug) ขณะที่รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลต้องระมัดระวังการแพร่กระจายของเชื้อภายในโรงพยาบาลโดยปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด

3. ผู้ป่วยที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยทุกรายต้องรายงานตามระบบเฝ้าระวังโรค ผู้บริหารระดับอำเภอและจังหวัดควรติดตามสถานการณ์ของโรค เป็นกรณีพิเศษในระยะนี้ โดยสำรวจจำนวนผู้ป่วยเป็นรายสัปดาห์ การเพิ่มขึ้นผิดปกติเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าอาจเกิดการระบาด ควรทำการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดให้ทราบว่าเกิดความผิดปกติในท้องที่ใด ตั้งแต่เมื่อใด

4. ในสถานการณ์ที่สงสัยว่ามีการระบาดเกิดขึ้น ควรจะได้มีการสอบสวนโรคโดยการติดตามไปยังบ้านผู้ป่วย สืบค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ แล้วให้การรักษารณรงค์เรื่องสุขศึกษา จัดหาน้ำสะอาด และการกำจัดอุจจาระที่ถูกต้อง ถ้ามีอุจจาระ

ผู้ป่วยบนเรือนตามสถานที่ต่าง ๆ และเกรงว่าอาจแพร่เชื้อได้ควรใช้ยากำจัดเชื้อ (Disinfectant) ในกรณีที่มีการระบาดมีลักษณะเกิดจากแหล่งแพร่เชื้อร่วม (common source) จำเป็นที่จะต้องสอบสวนให้ทราบถึงแหล่งแพร่เชื่อนั้น และดำเนินการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

5. ประเมินสถานการณ์และมาตรการควบคุมโรคเป็นประจำ พร้อมกับให้ข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสรุปว่าสถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติอาศัยการวิเคราะห์ดูจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงสู่ระดับปกติติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

ข. การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

มีความจำเป็นอย่างยิ่งทั้งก่อนการระบาดและขณะมีการระบาด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ให้ทราบถึงอาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคบิด เพื่อจะได้ไปรับการรักษาที่ถูกต้อง โดยไม่ซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง และไม่ควรรักษาแก้มือหรือเสียดนิ้วใด ๆ หรือยาที่ลดการบีบตัวของลำไส้เพื่อบรรเทาอาการปวด

2. ให้ทราบถึงแนวทางการป้องกันโรคที่สำคัญได้แก่

2.1 ถ่ายอุจจาระในส้วม ถ้าไปถ่ายในทุ่งต้องกลบให้ดี

2.2 ล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ ก่อนปรุงและรับประทานอาหาร

2.3 ดื่มน้ำที่สะอาด เช่น น้ำต้ม น้ำที่มีคลอรีนฆ่าเชื้อ และรับประทาน

แต่อาหารสุกที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ

3. ผู้ปรุงอาหารที่มีอาการท้องเสียควรหยุดปรุงอาหาร และให้ทำการรักษาจนกว่าจะหายเป็นปกติ

ค. การเตรียมรับสถานการณ์

ผู้บริหารงานสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้จัดเตรียมแผนปฏิบัติการและวัสดุอุปกรณ์ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. การเฝ้าระวังโรคบิดเป็นกรณีพิเศษโดยทุกสถานบริการเป็นรายวันหรือรายสัปดาห์

2. การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

3. การจัดหาน้ำสะอาด และผงคลอรีนให้เพียงพอต่อการควบคุมโรค

4. การกำจัดอุจจาระ และแมลงวัน

5. ตรวจสอบความสะอาดของแหล่งประกอบอาหารโดยเฉพาะการป่วยของผู้ประกอบการ

6. จัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น ยาปฏิชีวนะ พงน้ำตาลเกลือแร่ ฯลฯ
7. อาหารเพาะเลี้ยงเชื้อและสิ่งจำเป็นในการแยกเชื้อ
8. ตั้งหน่วยสอบสวนและควบคุมโรคเฉพาะกิจ เมื่อเกิดการ

ระบาดขึ้น

9. การแลกเปลี่ยนและติดตามสถานการณ์ของโรคบิดทั้งในระดับ

จังหวัดและระดับประเทศ

ในทั้งสองกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$, Fisher's Exact Test) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) ได้จับไรอ่อน (Chigger) ซึ่งอยู่บริเวณป่าปลูกใหม่ ที่อำเภอท่าตูม พบตัวไรอ่อนชนิด *Leptotrombidium deliense* 562 จาก 567 ตัวที่จับได้ (99 %) ผลการแยกเชื้อพบ *Rickettsia tsutsugamuchi* 11 จาก 282 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.9 (ตารางที่ 2) ผู้สอบสวนโรคได้ชี้แจงให้ประชาชนในท้องที่เกิดโรครู้จักโรคสครับไทฟัส อาการ การติดต่อ วิธีการป้องกันมิให้เป็นโรครวมทั้งแนะนำให้ผู้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นโรคนี้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 1 รายละเอียดการป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วย 6 ราย อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ กันยายน 2529

รายที่	อายุ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย	Eschar	Titer <i>Proteus</i> OXK	
	หมู่ที่	ตำบล			17 กย.	26 กย. 29
1	30	ท่าตูม	23 สค. 29	แขนซ้าย	1 : 40	1 : 40
2	31	ท่าตูม	31 สค. 29	-	1 : 40	1 : 40
3	22	ท่าตูม	31 สค. 29	ขาหนีบ	1 : 320	1 : 320
4	32	ท่าตูม	31 สค. 29	อวัยวะเพศ	1 : 80	1 : 40
5	34	ท่าตูม	6 กย. 29	เอวด้านหลัง	1 : 320	1 : 320
6	33	หนองบัว	-	ขาหนีบ	-	-