



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 52 ฉบับที่ 17 : 7 พฤษภาคม 2564

Volume 52 Number 17: May 7, 2021

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



รายงานสถานการณ์ วิเคราะห์รายงานสอบสวนวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ของ
ทีมสอบสวนโรคส่วนกลาง Joint Investigation Team หลังจากที่มีการประกาศ
เป็นโรคติดต่ออันตราย ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2558
และสังเคราะห์รูปแบบของการเขียนรายงานสอบสวนโรค XDR-TB

✉ t.ganthiga@gmail.com

กัญญิกา ถิ่นทิพย์, ชาโล สาณศิลป์, อรทัย สุวรรณไชยรบ, ธนิต รัตนธรรมสกุล

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 13 ใน พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2561 และมีประกาศให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อซึ่งรับผิดชอบในการสอบสวนโรคจัดทำสรุปรายงานการสอบสวนโรคและส่งรายงานดังกล่าวให้แก่กรมควบคุมโรคภายใน 48 ชั่วโมง แต่ประกาศไม่ได้ระบุแนวทางการเขียนรายงานสอบสวนโรคไว้ เพื่อให้การสอบสวนโรคมีประสิทธิภาพและสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค การพัฒนาด้านแบบในการเขียนรายงานสำหรับผู้รับผิดชอบจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหาในรายงาน นำไปสู่การกำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษา XDR-TB แบ่งเป็น 4 วิธีการหลัก ได้แก่ ศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ทบทวนวรรณกรรม เพื่อกำหนดปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ สังเคราะห์แนวทางรูปแบบการเขียนรายงานสอบสวนโรค โดยใช้ข้อมูลเรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค และวิเคราะห์ ข้อเด่น ข้อด้อยในรายงานสอบสวนโรค

ผลการศึกษา : ตั้งแต่มกราคม 2561-ธันวาคม 2562 มีการสอบสวนโรค 25 เหตุการณ์ พบรายงานสอบสวนโรค 24 รายงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ XDR-TB ครรภ์ 41 ตัวแปร และเมื่อนำปัจจัยที่สำคัญประกอบกับหลักการเขียนรายงานสอบสวนโรค สามารถแบ่งองค์ประกอบเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 'ความเป็นมา' 'ผลการสอบสวน' 'กิจกรรมควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการแล้ว' 'ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค' 'สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป' และ 'สรุปผลการสอบสวนโรค' จากการวิเคราะห์รายงานสอบสวนโรค พบส่วน 'ความเป็นมา' ทั้งหมด 9 ตัวแปร พบ 6 ตัวแปรระบุในรายงาน (ร้อยละ 88-100) มีตัวแปรระบุเวลาเริ่มแจ้ง และระบุเวลาลงพื้นที่สอบสวนโรคเพียงเท่านั้นที่พบการรายงานร้อยละ 17 และ 8 ตามลำดับ ส่วน 'ผลการสอบสวน' มี 25 ตัวแปร พบในรายงาน 24 ตัวแปร มีการรายงานตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป มีตัวแปรการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และ



◆ รายงานสถานการณ์ วิเคราะห์รายงานสอบสวนวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก XDR-TB ของทีมสอบสวนโรคส่วนกลาง Joint Investigation Team หลังจากที่มีการประกาศเป็นโรคติดต่ออันตราย ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2558 และสังเคราะห์รูปแบบของการเขียนรายงานสอบสวนโรค XDR-TB	237
◆ สรุปรายงานตรวจหาการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 17 ระหว่างวันที่ 25 เมษายน-1 พฤษภาคม 2564	247
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 17 ระหว่างวันที่ 25 เมษายน-1 พฤษภาคม 2564	251

จิตใจของผู้ป่วย หรือจากการตีตรา เลือกปฏิบัติ เท่านั้นที่พบร้อยละ 17 ส่วน ‘กิจกรรมควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการแล้ว’ และ ‘สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป ข้อเสนอแนะ’ มีอย่างละ 1 ตัวแปร พบใน รายงานทุกฉบับ แต่ส่วน ‘ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค’ มี 1 ตัวแปร พบในรายงานร้อยละ 25 ส่วน ‘สรุปผลการสอบสวนโรค’ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร พบการรายงานตั้งแต่ร้อยละ 63 ขึ้นไป มี 1 ฉบับที่แยกส่วนนี้ออกมาอย่างชัดเจน

สรุปและวิจารณ์ผล : แนวทางการเขียนรายงานสอบสวนโรค XDR-TB สามารถแบ่งรูปแบบได้ 6 ส่วน ได้แก่ ความเป็นมา ผลการ สอบสวน กิจกรรมควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการแล้ว ปัญหาและ ข้อจำกัดในการสอบสวนโรค สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป และสรุปผล การสอบสวนโรค โดยทั้งหมดประกอบด้วยตัวแปร 41 ตัวแปร แนวทางนี้ช่วยให้ทีม JIT สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อการ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและนำไปสู่มาตรการควบคุมและป้องกันด้าน สาธารณสุขที่ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้หากมีปัจจัยอื่น เพิ่มเติมหรือปัจจัยที่ไม่จำเป็นสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยขึ้นอยู่กับ สถานการณ์และดุลยพินิจของทีม JIT

คำสำคัญ : วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก, รายงาน สอบสวนโรค, โรคติดต่ออันตราย

บทนำ

วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis: XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 13 ภายใต้อาการของวัณโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ^(1,2) และ เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2561 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาด พ.ศ. 2563 กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขว่าเมื่อเกิด โรคติดต่ออันตรายหรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดโรคติดต่ออันตรายขึ้นใน

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ดำรงกุล อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
องอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์ชาโล สาณศิลป์

กองบรรณาธิการ

คณะทำงานด้านบรรณาธิการ กองระบาดวิทยา

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูริรัตน์ ศศิธรณ์ มาแฉะเทียน พิชรี ศรีหมอก

พื้นที่ใดให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในเขตพื้นที่นั้นร่วมกับ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อดำเนินการสอบสวนโรคทันที โดยมีการกำหนดช่วงเวลาภายใน 12 ชั่วโมงนับแต่พบผู้ที่เป็นหรือ มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย โดยมีการกำหนด แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการสอบสวนโรค ประกาศดังกล่าวมี การระบุชัดเจนว่าเมื่อดำเนินการสอบสวนโรคเสร็จแล้ว ให้เจ้า- พนักงานควบคุมโรคติดต่อแจ้งและรายงานตามที่กำหนดไว้ในข้อ 7 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยระบุให้เจ้าพนักงานควบคุม- โรคติดต่อซึ่งรับผิดชอบในการสอบสวนโรคมีการจัดทำสรุปรายงาน การสอบสวนโรคและส่งรายงานดังกล่าวให้แก่กรมควบคุมโรค ภายใน 48 ชั่วโมง นับแต่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็น โรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด อย่างไรก็ตาม เอกสารแนบตาม ประกาศดังกล่าวไม่ได้กำหนดรูปแบบโครงสร้างหรือแนวทางการเขียน รายงานการสอบสวนโรค อาจส่งผลให้รายงานการสอบสวนโรค มีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป เนื้อหาอาจไม่ครอบคลุมครบถ้วนใน ประเด็นที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

แม้ว่ามีการจัดทำแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค และมีการนำเสนอตัวอย่างรายงานการสอบสวนโรคเพื่อสรุปผลการ สอบสวนโรค แต่ตัวอย่างระบุเพียงหัวข้อของรูปแบบการเขียน รายงานการสอบสวนวัณโรคทั่วไป ไม่ครอบคลุมถึง XDR-TB เพื่อให้การดำเนินการสอบสวนโรค XDR-TB มีประสิทธิภาพ รายงานการ สอบสวนโรคมีความสมบูรณ์ของเนื้อหา รวมถึงสามารถนำข้อมูลมา ใช้กำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญหากมีต้นแบบหรือแนวทางในการเขียนรายงาน การสอบสวนโรค XDR-TB สำหรับผู้รับผิดชอบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการกระจายของโรค XDR-TB
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะ สุขภาพของโรค XDR-TB
3. เพื่อสังเคราะห์แนวทางรูปแบบการเขียนรายงาน สอบสวนโรค XDR-TB
4. เพื่อวิเคราะห์ข้อเด่นและข้อด้อยของรายงานสอบสวน โรค XDR-TB ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว รวมถึงพัฒนาปรับปรุงการ เขียนรายงานสอบสวนโรค

วิธีการศึกษา

1. **รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาแบ่งเป็น 4 วิธีการหลัก **วิธีการศึกษาที่ 1** การศึกษาหลักระบาดวิทยา (The general principles of epidemiology) ระบาดวิทยาเป็นสาขาวิชาเชิง ปริมาณที่อาศัยความรู้เกี่ยวกับความน่าจะเป็น สถิติ ระเบียบวิธีการ

วิจัย และการให้เหตุผลเชิงสาเหตุ โดยอิงจากการพัฒนาและทดสอบสมมติฐานที่มีพื้นฐานมาจากสาขาวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นรากฐานสำหรับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข⁽³⁾ ผู้ศึกษารวบรวมรายงานการสอบสวนโรค XDR-TB ของทีมสอบสวนโรคส่วนกลาง กรมควบคุมโรค จำนวน 24 ฉบับ จากทั้งหมด 25 เหตุการณ์ ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2561 หลัง XDR-TB ประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายจนถึงปี พ.ศ. 2562 มาทำการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)⁽⁴⁾ โดยอธิบายรูปแบบการกระจาย (Distribution) ความถี่ (frequency) และรูปแบบ (pattern) ของเหตุการณ์ด้านสุขภาพในประชากร ประกอบด้วย ความถี่และจำนวนเหตุการณ์ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ของจำนวนกับขนาดของประชากรด้วยอัตรา แบบแผนที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ รูปแบบสถานที่รวมถึงความแปรปรวนทางภูมิศาสตร์ ความแตกต่างของเมือง/ชนบท และที่ตั้งของที่ทำงานหรือโรงเรียน ลักษณะส่วนบุคคลรวมถึงปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือความทุกข์ทรมาน เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนพฤติกรรมและความเสี่ยงต่อสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾

วิธีการศึกษาที่ 2 การศึกษาปัจจัยกำหนด (Determinants) ผู้ศึกษาทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับวัณโรคปอดและเน้นถึง XDR-TB เพื่อหาปัจจัยด้านเหตุการณ์และปัจจัยเฉพาะบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของโรค XDR-TB

วิธีการศึกษาที่ 3 การสังเคราะห์แนวทางรูปแบบการเขียนรายงานสอบสวนโรค XDR-TB โดยการนำปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมาจัดเรียงและสร้างแนวทางรูปแบบของการเขียนรายงานสอบสวนโรค XDR-TB

วิธีการศึกษาที่ 4 การวิเคราะห์รายงานแต่ละฉบับเพื่อตรวจสอบการระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเจ็บป่วยหรือข้อเด่น ข้อด้อยในแต่ละรายงานการสอบสวนโรค XDR-TB โดยใช้เกณฑ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค XDR-TB ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ การวิเคราะห์อาศัยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรผู้เชี่ยวชาญระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Program; FETP) หรือหลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีมสำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (Field Epidemiology and Management Training; FEMT) ที่มีประสบการณ์การเขียนรายงานสอบสวนโรคมากกว่า 3 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์การสอบสวนโรค XDR-TB ผู้เชี่ยวชาญจะอ่านรายงานการสอบสวนโรค

แต่ละฉบับโดยไม่ทราบชื่อผู้เขียนรายงาน และประเมินตามรายหัวข้อที่จำเป็นต้องปรากฏในรายงานซึ่งผู้ศึกษาสรุปออกมาเป็นหัวข้อจากการทบทวนวรรณกรรม โดยก่อนการประเมินมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำความเข้าใจกฎเกณฑ์และความหมายของแต่ละหัวข้อ หากผู้เชี่ยวชาญอ่านและวิเคราะห์พบว่าในเนื้อหาการรายงานสอบสวนโรคมีปัจจัยที่กำหนดไว้ให้ใช้สัญลักษณ์ 1 ถ้าไม่ปรากฏปัจจัยใช้สัญลักษณ์ 0 และหลังจากการประเมินรายงานสอบสวนโรคแล้ว มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งเพื่อสรุป หากผู้เชี่ยวชาญมีการให้ประเมินที่แตกต่างกันเพียง 1 คน จะมีการนำประเด็นของแต่ละปัจจัยมาพิจารณาและหาแนวทางข้อตกลงอีกครั้งให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ข้อมูลที่นำมาศึกษา

2.1 หลักการ/แนวทางการเขียนรายงานสอบสวนโรคของ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 คู่มือแนวทางของหน่วยงานในกรมควบคุมโรค รายงานสอบสวนโรค และสื่อสิ่งพิมพ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ XDR-TB จากสถานศึกษา โรงพยาบาล หน่วยงานองค์กรของรัฐและที่ไม่ใช่ของรัฐ ภายในประเทศไทย

2.2 คู่มือ แนวทางของหน่วยงานในต่างประเทศซึ่งมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ XDR-TB ได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหภาพยุโรป ระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ สหราชอาณาจักร และหน่วยงานอื่น ๆ ของต่างประเทศ

2.3 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอดและ XDR-TB ทั้งในและต่างประเทศจากสื่อตีพิมพ์ทั้งที่เป็นรูปเล่มและออนไลน์ โดยการใช้การค้นหาด้วยคำสำคัญ ได้แก่ โรควัณโรค ตื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก XDR-TB ปัจจัยเสี่ยง XDR-TB การสอบสวนโรค XDR-TB โดยช่องทางการค้นหาสื่อออนไลน์ ได้แก่ Google, Scholar, European Respiratory Journal, PubMed Elsevier โดยช่วงที่ทำการค้นหา ตั้งแต่ พ.ศ. 2554–2564 โดยทำการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี

การดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561–ธันวาคม 2562 ทำวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) สัดส่วน (ratio) และร้อยละ (percentage) โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561–ธันวาคม 2562 ทีมสอบสวนโรคส่วนกลาง กรมควบคุมโรค ลงพื้นที่สอบสวนโรค XDR-TB ทั้งหมด 25 ครั้ง สามารถรวบรวมรายงานการสอบสวนโรคได้ 24 รายงาน

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

จากการวิเคราะห์ผลการรายงาน XDR-TB ที่ทีมสอบสวนโรค ส่วนกลาง กรมควบคุมโรค ลงพื้นที่สอบสวน 25 ครั้ง พบการรายงาน ผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 1 รายต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2561 พบรายงาน ผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนกรกฎาคม 5 ราย มิถุนายน 3 ราย กันยายน ตุลาคม พฤศจิกายน ธันวาคม เดือนละ 2 ราย และระยะเวลาในการ สอบสวนโรคเฉลี่ย 2 วัน ส่วนใหญ่ใช้เวลาลงพื้นที่สอบสวนโรค 2 วัน จำนวน 7 เหตุการณ์ มีการสอบสวนโรค 3 วัน จำนวน 6 เหตุการณ์ และมีการสอบสวนโรค 1 วัน จำนวน 1 เหตุการณ์

มีการรับแจ้งผู้ป่วย XDR-TB 25 ราย เสียชีวิต 3 ราย เพศ ชาย 13 ราย หญิง 12 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1 : 1 ค่ามัธยฐานอายุ 47 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 77 ปี) จำนวนผู้ป่วย มากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-44 ปี จำนวนผู้ป่วย 8 ราย รองลงมา คือ 45-54 ปี ผู้ป่วย 5 ราย กลุ่มอายุ 55-64 ปี ผู้ป่วย 5 ราย กลุ่มอายุ 25-34 ปี ผู้ป่วย 4 ราย และกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วย 3 ราย รายงานที่มีการระบุสาเหตุพบผู้ป่วยทั้งหมดมีสาเหตุไทย ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 5 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง 8 ราย ค้าขาย 4 ราย แม่บ้าน 2 ราย พนักงานรัฐ 1 ราย ผู้ป่วย XDR-TB ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ร้อยละ 27 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17 ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 7 ราชสีห์เมีย ร้อยละ 7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 7 ภาวะตับแข็ง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ร้อยละ 3 จาก รายงานสอบสวนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มป่วยเป็นวัณโรคเมื่อปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 จำนวน 6 ราย รองลงมาเป็นผู้ป่วยเริ่ม ป่วยเมื่อปี พ.ศ. 2561 จำนวน 4 ราย พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554 จำนวน 2 ราย พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2562

จำนวนปีละ 1 ราย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีผู้สัมผัสใน ครอบครัว (Household Contact) เฉลี่ย 5 ราย (ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 10 คน) จำนวนผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close Contact) จำนวน เฉลี่ย 10 คน (ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 45 คน)

ที่อยู่ ณ ขณะป่วยของผู้ป่วย XDR-TB ส่วนใหญ่อยู่ภาค- กลาง 13 ราย รองลงมา คือ ภาคใต้ 4 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 ราย และภาคเหนือ 1 ราย โดยจังหวัดที่พบมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร และกาญจนบุรี จังหวัดละ 3 ราย ปทุมธานี ชัยนาท ชลบุรี สระแก้ว ปราจีนบุรี สิงห์บุรี จันทบุรี ตาก ขอนแก่น นครราชสีมา นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต และปัตตานี จังหวัดละ 1 ราย

ผลการศึกษาปัจจัยกำหนดและการสังเคราะห์แนวทาง รูปแบบการเขียนรายงานสอบสวนโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับ วัณโรคปอดและเน้นถึง XDR-TB เพื่อหาปัจจัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น เหตุการณ์ ลักษณะเฉพาะ หรือลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล ที่มี ความเป็นไปได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพที่พบใน การทบทวนวรรณกรรมที่ได้มีการศึกษาทางระบาดวิทยา (Epidemiology) มาแล้วนั้น⁽⁶⁻⁷⁾ พบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ XDR-TB ควรมีตัวแปรย่อย 41 ตัวแปร ดังตารางที่ 1

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเป็น ไปได้ในการเกิดโรค XDR-TB และการแพร่ระบาดของโรค รวมถึง การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบของการเขียนรายงานการ สอบสวนที่มีประสิทธิภาพ⁽⁸⁻¹¹⁾ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาสังเคราะห์จัดเรียงตามลำดับเป็นรูปแบบแนวทางของ การเขียนรายงานการสอบสวน XDR-TB ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดของส่วนประกอบหลักและตัวแปรย่อยของรายงานสอบสวนโรค XDR-TB และสรุปร้อยละของรายงานที่มีการ วิเคราะห์โดยแจกแจงแต่ละตัวแปรที่มีรายละเอียดในรายงานสอบสวนโรคฯ

ที่	ตัวแปร	ร้อยละที่ปรากฏใน รายงานสอบสวนโรค
1. ความเป็นมา		
1.1	วัน รับแจ้ง	88
1.2	เวลา รับแจ้ง	17
1.3	บุคคลและหน่วยงานที่แจ้งเหตุการณ์	100
1.4	ลักษณะเหตุการณ์ หรือการระบาดของวัณโรคเบื้องต้น	100
1.5	หน่วยงานที่ร่วมทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค	96
1.6	วันที่ลงพื้นที่สอบสวนโรค	96
1.7	วันที่สิ้นสุดการสอบสวนโรค	58
1.8	เวลาดลงพื้นที่สอบสวนโรค	8

ที่	ตัวแปร	ร้อยละที่ปรากฏใน รายงานสอบสวนโรค
1.9	วัตถุประสงค์ของการสอบสวนโรค	100
2. ผลการสอบสวน		
2.1	อายุ	100
2.2	เพศ	100
2.3	สัญชาติ	67
2.4	ที่อยู่	83
2.5	อาชีพ	83
2.6	โรคประจำตัว	96
2.7	วันเริ่มป่วย	100
2.8	อาการ อาการแสดง	96
2.9	สถานะผู้ป่วย (1 ยังมีชีวิต 0 เสียชีวิต)	88
2.10	รายละเอียดประวัติการรักษาโรคในอดีต	100
2.11	ประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	63
2.12	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจเสมหะด้วยวิธี AFB ผลการตรวจวัณโรคด้วย Molecular testing ผลการเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะ เป็นต้น	100
2.13	ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก	50
2.14	การวินิจฉัยโรค	100
2.15	ประเภทของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน	100
2.16	สถานพยาบาลที่ทำการรักษา	100
2.17	สูตรยาวัณโรคที่ใช้การรักษา	92
2.18	ลักษณะที่พบบ่อย ที่ทำงาน สถานที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ	79
2.19	ประวัติการเดินทางและประวัติการย้ายที่อยู่	79
2.20	จำนวนบุคคลที่เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิด	
	2.20.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Household contact)	96
	2.20.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact)	88
2.21	บุคคลที่เป็นแหล่งโรค (Source case investigation)	58
2.22	ประเมินความรู้ความเชื่อ การรับรู้เรื่องวัณโรค และการยอมรับ การรักษาวัณโรคที่ได้รับ ความสามารถในการ ประเมินอาการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ เช่น การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี ความสม่ำเสมอในการกินยาหรือฉีดยาการเยี่ยมบ้านของ เจ้าหน้าที่ ความยอมรับการกักกันกักกินยา ความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาล หรือการเยี่ยมบ้าน หรือการกักกันกักกินยา	79
2.23	รายละเอียดจากการสัมภาษณ์ผู้กักกันกักกินยา (DOT watcher) ประเมินความรู้เรื่องวัณโรค การ รักษาวัณโรค การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาอุปสรรคการกักกัน การกินยาและ การส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทราบ การป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย	58
2.24	การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของผู้ป่วยหรือจากการตีตรา เลือกปฏิบัติ เช่น การสูญเสียรายได้หรือการขาดรายได้ ถูกไล่ออกจากบ้าน ถูกพักงานโดยไม่ได้รับเงินเดือน ถูกให้ออกจากการเรียนหรือการสอบความวิตกกังวล การเปิดเผยตัวหรือปกปิดความลับ ต่อครอบครัว เพื่อนเรียนหรือเพื่อนร่วมงาน ครูหรือหัวหน้าหรือนายจ้าง เป็นต้น	17

ที่	ตัวแปร	ร้อยละที่ปรากฏใน รายงานสอบสวนโรค
3. กิจกรรมควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการแล้ว		
3.1	การแยกกักผู้ป่วย การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด การเฝ้าระวังวัณโรค เป็นต้น ถ้าหากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ให้ระบุว่าหน่วยงานใดได้ดำเนินการในเรื่องใด รวมถึงประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมควบคุมโรคที่ดำเนินการแล้ว	100
4. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค		
4.1	อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนวัณโรคซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานของทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ในการเขียนรายงานให้ระบุปัญหาและข้อจำกัดเป็นข้อ ๆ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา	25
5. สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป ข้อเสนอแนะ		
5.1	ข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดวัณโรคในครั้งนี้ หรือมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของวัณโรคในอนาคต หรือข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนวัณโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น	100
6. สรุปผลการสอบสวนโรค		
6.1	การติดเชื้อน่าจะได้รับเชื้อจากแหล่งใดและที่ไหน (Probable source case)	63
6.2	ปัจจัยเสี่ยง	96
6.3	โอกาสที่ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น	100
6.4	ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อ	100

ผลการวิเคราะห์รายงานการสอบสวนโรค

จากการวิเคราะห์รายงานการสอบสวนโรค XDR-TB ตามองค์ประกอบหลักของการเขียนรายงานสอบสวนโรค ได้ผลดังนี้

1) ความเป็นมา ตัวแปร บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เหตุการณ์ ลักษณะเหตุการณ์หรือการระบาดของวัณโรคเบื้องต้น และวัตถุประสงค์ของการสอบสวนโรค รายงานทุกฉบับมีการระบุไว้อย่างชัดเจน รองลงมา คือ หน่วยงานที่ร่วมทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคและวันที่ลงพื้นที่สอบสวนโรค มีในรายงานสอบสวนโรคคิดเป็นร้อยละ 96 การรายงานวันรับแจ้ง ร้อยละ 88 วันที่สิ้นสุดการสอบสวนโรค ร้อยละ 58 การรายงานเวลารับแจ้ง ร้อยละ 17 และเวลาลงพื้นที่สอบสวนโรค ร้อยละ 8 อย่างไรก็ตามในตัวแปรของลักษณะเหตุการณ์หรือการระบาดของวัณโรคเบื้องต้น ถึงแม้ว่าผู้ทบทวนส่วนใหญ่จะให้ความเห็นว่ามีการระบุไว้ แต่รายงานถูกเขียนว่าพบผู้ป่วย XDR-TB จำนวน 1 ราย เท่านั้น ไม่ได้อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม

2) ผลการสอบสวนโรค ตัวแปรที่มีการรายงานครบทุกฉบับ ได้แก่ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รายละเอียดประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรคสถานพยาบาล ที่ทำการรักษา⁽¹²⁾ และประเภทของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน

โรคประจำตัว อาการ อาการแสดง ระบุจำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Household contact) พบในรายงานสอบสวนโรคคิดเป็นร้อยละ 96 สูตรยาวัณโรคที่ใช้การรักษา ร้อยละ 92 การระบุจำนวนผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact)^(8-9, 13-14) และสถานะผู้ป่วย ร้อยละ 88 ที่อยู่ อาชีพ ร้อยละ 83 ลักษณะที่พำนักอาศัย ที่ทำงาน สถานที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ประวัติการเดินทางและประวัติการย้ายที่อยู่ ประเมินความรู้ความเชื่อ การรับรู้เรื่องวัณโรค และการยอมรับ การรักษาวัณโรคที่ได้รับ ความสามารถในการประเมินอาการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ร้อยละ 79 สัญชาติ ร้อยละ 67 ประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 63 บุคคลที่เป็นแหล่งโรค (source case investigation) รายละเอียดจากการสัมภาษณ์ผู้กำกับการกินยา (DOT watcher) ประเมินความรู้เรื่องวัณโรค การรักษาวัณโรค การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาอุปสรรคการกำกับการกินยาและการส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทราบ การป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย ร้อยละ 58 ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร้อยละ 50 และการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของผู้ป่วยหรือจากจากการติตรา เลือกปฏิบัติ ร้อยละ 17

3) กิจกรรมควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการแล้ว ตัวแปรเกี่ยวกับการแยกผู้ป่วย การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด การเฝ้าระวังโรค ถ้าหากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน ให้ระบุหน่วยงานใดได้ดำเนินการในเรื่องใดไป รวมถึงประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมควบคุมโรคที่ดำเนินการแล้ว จากการประเมินพบว่า รายงานทุกฉบับมีการระบุประเด็นในตัวแปรย่อยเหล่านี้ไว้ทั้งหมด ยกเว้นการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมควบคุมโรคที่ดำเนินการแล้วที่ไม่มีรายงานฉบับใดทำการระบุการประเมินประเด็นนี้

4) ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค มีรายงานร้อยละ 25 ที่ระบุถึงอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรคซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานของทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคไม่บรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ

5) ตัวแปรเกี่ยวกับสิ่งที่จะดำเนินการต่อไป ข้อเสนอแนะเป็นข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในครั้ง นี้ หรือมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในอนาคต หรือข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการระบุในรายงานทุกฉบับ

6) สรุปผลการสอบสวนโรค ตัวแปรโอกาสที่ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น และประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อ มีการระบุในรายงานทุกฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ตัวแปรปัจจัยเสี่ยงพบในรายงานร้อยละ ร้อยละ 96 และตัวแปรที่มีการระบุในรายงานที่น้อยที่สุด คือ การติดเชื้อว่าน่าจะได้รับเชื้อจากแหล่งใดและที่ไหน (Probable source case) พบในรายงานร้อยละ 63 และมีเพียงรายงานฉบับเดียวที่มีการแยกส่วนของการสรุปผลการสอบสวนโรคแยกไว้อย่างชัดเจน

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ในเชิงลึกถึงประเด็น บุคคลที่เป็นแหล่งโรค (Source case investigation) ประเมินความรู้ความเข้าใจ การรับรู้เรื่องโรค และการยอมรับ การรักษาโรคที่ได้รับ ความสามารถในการประเมินอาการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ เช่น การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี ความสม่ำเสมอในการกินยาหรือฉีดยาการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ ความยอมรับการกำกับกับการกินยา ความพึงพอใจต่อบริการของ โรงพยาบาล หรือการเยี่ยมบ้าน หรือการกำกับการกินยา รายละเอียดจากการสัมภาษณ์ผู้กำกับการกินยา (DOT watcher) ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ ประเมินความรู้เรื่องโรค การรักษาโรค การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาอุปสรรคการกำกับการกินยา และการส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทราบ การป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ

ของผู้ป่วยหรือจากการตีตราเลือกปฏิบัติ เช่น การสูญเสียรายได้ หรือการขาดรายได้ ถูกไล่ออกจากบ้าน ถูกพักงานโดยไม่ได้รับเงินเดือน ถูกให้ออกจากการเรียนหรือการสอบความวิตกกังวล การเปิดเผยตัวหรือปกปิดความลับ ต่อครอบครัว เพื่อนเรียนหรือเพื่อนร่วมงาน ครูหรือหัวหน้าหรือนายจ้าง เป็นต้น อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค XDR-TB ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานของทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคไม่บรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหามาประเด็นเหล่านี้เป็นประเด็นที่สำคัญในการหาแหล่งโรคและการควบคุมที่จำเพาะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมโรคได้อย่างตรงจุด

รายงานการสอบสวนโรคส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุประเด็นที่สำคัญบางประเด็นไว้ เช่น ไม่มีการระบุเวลาแจ้งโรค ไม่มีการระบุเวลาลงพื้นที่สอบสวนโรค แต่ใน พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีการกำหนดระยะเวลาลงพื้นที่สอบสวนโรค XDR-TB ภายในเวลา 12 ชั่วโมงหลังได้รับแจ้งโรค ส่งผลให้ขั้นตอนของการวิเคราะห์ทำได้ไม่เท่าที่ควร ข้อมูลที่แสดงจึงเป็นเพียงตัวแทนของรายงานที่มีการระบุรายละเอียดครบถ้วนเท่านั้น ดังนั้นการระบุเวลาแจ้งโรค และเวลาลงพื้นที่สอบสวนโรค จึงมีความจำเป็นเพราะสามารถแสดงถึงความทันเวลาของการลงพื้นที่สอบสวนโรค แม้ว่าบางประเด็นมีการระบุทุกรายงาน เช่น ประเภทของผู้ป่วยโรคที่ขึ้นทะเบียน แต่ไม่ได้มีการระบุว่าเป็นผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเป็นประเภทใด ข้อมูลนี้มีความสำคัญต่อทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีการถือว่าเป็นผู้ป่วย Primary หรือ Secondary ได้ นอกจากนี้ข้อมูลยังมีความสำคัญในการวางแผนการจัดการ และสามารถประเมินการวางแผนประมาณการงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากร รวมถึงบุคลากรทีมซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อม (Preparedness) ของการตอบโต้การระบาดของโรค XDR-TB ดังนั้น ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลที่ถูกนำมาวิเคราะห์ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์และสรุปปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิด XDR-TB ได้ ซึ่งถ้าหากการควบคุมโรคไม่ตรงปัจจัยที่ได้จากการสอบสวนโรค แผนการและนโยบายที่ได้มีการลงปฏิบัติอาจจะเพียงแต่การแก้ปัญหาเฉพาะบางกลุ่ม ไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจส่งผลให้การระบาดของ XDR-TB นี้ อยู่อย่างต่อเนื่องและอาจจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ทรัพยากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย การใช้งบประมาณ เศรษฐกิจ และสังคมตามมา

นอกจากนี้ รายงานการสอบสวนโรค XDR-TB ส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุปัญหาและข้อจำกัดพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไข

ปัญหา ไม่ได้หมายความว่า การสอบสวนโรค XDR-TB ไม่มีปัญหา แต่อาจจะเป็นเพราะรายงานการสอบสวนโรคทั่วไปไม่ได้มีการระบุถึงประเด็นดังกล่าว จึงอาจทำให้ประเด็นนี้ไม่มีการระบุไว้ เนื่องจากโรค XDR-TB ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายที่มีการลงสอบสวนโรคมามากที่สุดและเจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 อย่างเคร่งครัด การเขียนรายงานสอบสวนโรค จึงควรมีประเด็นปัญหาและข้อจำกัดพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อทีมสอบสวนโรคจะได้นำข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาเหล่านั้นมาปรับใช้หรือเตรียมความพร้อมในการสอบสวนโรค XDR-TB ครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในกรณีที่ทีมสอบสวนโรคส่วนกลางลงพื้นที่สอบสวนโรค กองระบาดวิทยารับผิดชอบในการประสานงานเพื่อให้ทีมลงพื้นที่สอบสวนโรค และหัวหน้าทีมสอบสวนของกองระบาดวิทยาเป็นผู้เขียนรายงาน โดยมีเจ้าหน้าที่ของกองโรคเป็นผู้สนับสนุนข้อมูลรายละเอียดวิชาการที่เกี่ยวกับตัวโรคและระบบเฝ้าระวังที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่ของกองโรคร่วมสอบสวนในตำแหน่ง Co-Principal Investigators หรือถ้าหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit; CDCU) เป็นทีมดำเนินการสอบสวนโรค ให้หัวหน้าทีมซึ่งมีตำแหน่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นผู้เขียนรายงานสอบสวนโรคตามที่กฎหมายกำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม แนวทางนี้ถูกสร้างขึ้นมานี้เพื่อเสนอเป็นรูปแบบแนวทางในการเขียนรายงานการสอบสวนโรค XDR-TB โดยต้องการให้มีปัจจัยที่ครอบคลุมเพื่อสามารถนำข้อมูลเพื่อไปวิเคราะห์เพื่อการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีหลักฐานเพียงพอนำไปสู่มาตรการควบคุมและป้องกันด้านสาธารณสุขที่ทัน่วงทีและมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าหากมีปัจจัยอื่นเพิ่มเติมหรือปัจจัยบางอย่างที่ไม่จำเป็นสามารถปรับได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดและดุลยพินิจของผู้เขียนรายงานการสอบสวนโรค

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการวิเคราะห์รายงานการสอบสวนโรคแต่ละฉบับ แม้จะมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตกลงทำความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินแล้ว อย่างไรก็ตามอาจเกิดความเข้าใจผิดในการอ่านรายงานของผู้ออกรายงาน เนื่องจากการศึกษานี้ ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้มีการสอบถามกลับไปยังผู้เขียนรายงานเพื่อลดความเอนเอียงของข้อมูล (bias) ในการอ่านรายงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมสอบสวนโรคส่วนกลาง กรมควบคุมโรค ที่อนุเคราะห์ข้อมูลของรายงานสอบสวนโรคเพื่อใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ และขอบพระคุณกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคที่สนับสนุนให้ทีมศึกษาปัญหาที่พบในการทำงาน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานที่กองระบาดวิทยาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค; 2561.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 2). 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/003_10gcd.PDF
3. Cates W. Epidemiology: Applying principles to clinical practice. Contemp Ob/Gyn 1982;20:147-61.
4. Taylor L, Knowelden J. Principles of Epidemiology. 2 ed. Boston: Little Brown & Co; 1964.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Lesson 1: Introduction to Epidemiology. 2012 [cited 2021 March 5]. Available from: https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/Lesson1/Section1.html#_ref2
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021 –2019 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Union Standards for Tuberculosis Care 2017 update. Solna, Sweden: ECDC; 2017.
8. สำนักโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดี้อย่าหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
9. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nno.moph.go.th/epidnan/mypage/investigate/Investigation_report.pdf

10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Writing an Outbreak Investigation Report. 2019 [cited 2021 March 5]. Available from: <https://wiki.ecdc.europa.eu/fem/Pages/Writing an Outbreak Investigation Report.aspx>
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Investigating and Reporting. 2019 [cited 2021 March 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthywater/surveillance/investigating-reporting.html>
12. Migliori GB, Richardson MD, Lange C. Of blind men and elephants: making sense of extensively drug-resistant tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 178: 1000–1.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC Tuberculosis Surveillance Data Training Report of Verified Case of Tuberculosis (RVCT) Instruction Manual. 2009 [cited 2021 March 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/programs/rvct/InstructionManual.pdf>
14. An der Heiden M, Hauer B, Fiebig L, Glaser-Paschke G, Stemmler M, Simon C, Rüsch-Gerdes S, Gilsdorf A, Haas W. Contact investigation after a fatal case of extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB) in an aircraft, Germany, July 2013. *Euro Surveill.* 2017 Mar 23;22(12):30493. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.12.30493. PMID: 28367796; PMCID: PMC5388132.
15. Araújo-Filho J, Vasconcelos-Jr A, Sousa E, Silveira C, Ribeiro E, Kipnis A, et al. Extensively drug-resistant tuberculosis: a case report and literature review. *Brazilian Journal of Infectious Diseases.* 2008; 12(5): 447–52.
16. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2006.
17. Raviglione MC, Smith IM. XDR tuberculosis - implications for global public health. *N Engl J Med* 2007;356(7):656-9.
18. Ebrahim GJ. Drug resistance in tuberculosis. *J Trop Pediatr.* 2007;53:147-9.
19. Lawn SD, Wilkinson R. Extensively drug resistant tuberculosis. A serious wake-up call for global health. *BMJ* 2006;333:560-1.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กัญญิกา ถิ่นทิพย์, ชาโล สาณศิลป์, อรทัย สุวรรณไชยรบ, ธนิต รัตนธรรมสกุล. รายงานสถานการณ์ วิเคราะห์รายงานสอบสวนโรคติดต่อหลายขนานชนิดรุนแรงมาก XDR-TB ของทีมสอบสวนโรคส่วนกลาง Joint Investigation Team หลังจากที่มีการประกาศเป็นโรคติดต่ออันตราย ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2558 และสังเคราะห์รูปแบบของการเขียนรายงานสอบสวนโรค XDR-TB. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์. 2564; 52: 237–46.

Suggested citation for this article

Thintip K, Sansilapin C, Suwanchairob O, Rattanathumsakul T. Situation reports, analysis of central joint investigation team's extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB) investigation reports after the declaration of XDR-TB as a dangerous communicable disease under the Communicable Diseases Act B.E. 2558 and synthesize the format of writing an XDR-TB investigation report. *Weekly Epidemiological Surveillance Report.* 2021; 52: 237–46.

Situation reports, analysis of central joint investigation team's extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB) investigation reports after the declaration of XDR-TB as a dangerous communicable disease under the Communicable Diseases Act B.E. 2558 and synthesize the format of writing an XDR-TB investigation report

Authors: Kanthika Thintip, Chalo Sansilapin, Orathai Suwanchairob, Thanit Rattanathumsakul

Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Background: Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB) was included as the dangerous communicable disease under the Communicable Diseases Act of 2015 and officers responsible for the disease investigation must write a report to the Department of Disease Control. However, the Act does not specify the guidelines for writing an XDR-TB investigation report. Developing a model for writing the report for those responsible is key to the accuracy and completeness of the report content. This in turn will better lead to the analysis of appropriate disease prevention and control policies.

Methods: The study model was divided into 4 main methods, namely a descriptive epidemiological study, literature review of the XDR-TB factors contributing of health changes, synthesis of XDR-TB investigation report writing model, and evaluate of the reports.

Results: Between January 2018 and December 2019, the central JIT collected 24 disease investigation reports. Based on the literature review, 41 variables were identified to be associated with XDR-TB. When combined with the principles of disease investigation report writing, these can then be divided into six components: background, investigation results, disease control activities that have been carried out, limitations in disease investigation, planning and suggestions, and summarizing the results of the XDR-TB investigation for the executive committee. From analysis of the disease investigation reports, as for the background component, it was found identified in majority of the reports. A variable specifying the notification time and specifying the time to go to the area to investigate the disease were found in only 17% and 8% of the reports, respectively. As for the prevention and control activities that have been carried out and recommendations, these were found in every report. However, problems and limitations in the investigation variable was only found in 25% of reports.

Conclusions: Guidelines for writing an investigation report on XDR-TB can be divided into six parts. Using this approach enables the JIT to analyze the data for risk factor identification and lead to timely and effective public health control and prevention measures. The JIT can also adjust for any additional or unnecessary factors depending on the circumstances and at their discretion.

Keywords: extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB), investigation report guideline, and dangerous communicable disease

นิตยา พันธุแพทย์, อุดลวิทย์ สุริย์พงษ์, ณัฐธิดา ออหรินทร์, ชนะ ไกรกิจราษฎร์, กษมา นัถิณี, อ้อยทิพย์ ยาโสภ, สมคิด ไกรพัฒน์พงศ์, บวรวรรณ ดิเรกโชค, ศิริพร ยงชัยตระกูล

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 17 ระหว่างวันที่ 25 เมษายน–1 พฤษภาคม 2564 ทีมตระหนักรู้-สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคอาหารเป็นพิษในเรือนจำ จังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยจำนวน 80 ราย ในเรือนจำแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี เป็นผู้ต้องขังชาย จำแนกเป็นแดน 3 จำนวน 55 ราย แดน 4 จำนวน 16 ราย แดน 5 จำนวน 6 ราย และแดน 6 จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 23 เมษายน 2564 เวลาประมาณ 13.00 น. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการถ่ายเหลว ปวดมวนท้อง คลื่นไส้ แต่ไม่มีอาการรุนแรง มีประวัติรับประทานอาหารเช้าจากโรงอาหารของเรือนจำ อาหารเช้าได้แก่ แกงเทโพ ผักบั้งใส่หมู ไข่ต้ม อาหารเที่ยง ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยวหมูมันแกว อาหารเย็น ได้แก่ แกงจืดหมูสับใส่ผักเขียว ผัดกระเพราไก่ ซึ่งอาหารเหมือนกันทั้งแดนชายและแดนหญิง แต่ปรากฏว่าไม่พบผู้ป่วยในแดนหญิง ความแตกต่างที่เป็นข้อสังเกต คือ น้ำดื่ม ในแต่ละเรือนนอน จึงคาดการณ์ว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในครั้งนี้ อาจเกิดจากน้ำดื่มในเรือนนอนชาย และในส่วนของ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้ยา Norfloxacin, Dicyclomine และเกลือแร่

การดำเนินการ ทีมสอบสวนโรคร่วมกับพยาบาลเรือนจำอุดรธานี ได้ดำเนินการค้นหา สอบสวนโรค ผู้มีอาการและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ เก็บตัวอย่างอุจจาระ (Rectal swab) เก็บตัวอย่างน้ำในเรือนนอน เก็บตัวอย่างในภาชนะสัมผัสอาหาร (SI-2) และทดสอบหาประมาณคลอรีนคงเหลือในน้ำ อยู่ระหว่างรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามรายงานสอบสวนโรคและเฝ้าระวัง ติดตาม ผู้ป่วยรายใหม่ในเรือนจำ

2. โรคไข้หัดหรือโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส จำนวน 2 เหตุการณ์

จังหวัดเชียงราย พบผู้ป่วย 5 รายในจำนวนนี้ เสียชีวิต 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 57 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2564 ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ นานวัน ปวดกล้ามเนื้อ และวันที่ 23 เมษายน 2564 ได้เก็บ

ตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเพาะเชื้อก่อโรคจากเลือด (Hemoculture) พบเชื้อ *Streptococcus suis* และเสียชีวิตในวันดังกล่าว มีประวัติการเดินทางไปร่วมงานศพ ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่ง และรับประทานอาหาร เมนูลาบหมูปิ้ง ที่ทางผู้จัดงานได้เตรียมไว้ ส่วนผู้ป่วยอีก 4 ราย อยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล มีประวัติการเดินทางไปร่วมงานศพและรับประทานอาหารดังกล่าว เช่นเดียวกัน ทีมสอบสวนโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม

จังหวัดลำปาง พบผู้ป่วย 3 ราย เป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 1 ราย อายุระหว่าง 46–69 ปี ภูมิสำเนาผู้ป่วยรายแรกอยู่ที่ตำบลชมพู ผู้ป่วยรายที่สองอยู่ที่ตำบลล่อแฮ และผู้ป่วยรายที่สามอยู่ที่ตำบลพระบาท ในพื้นที่จังหวัดลำปาง ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการป่วยในวันที่ 27 มีนาคม 2564 มีอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเพาะเชื้อก่อโรคจากเลือด พบเชื้อ *Streptococcus suis* ทีมสอบสวนโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ดำเนินการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการและสอบสวนโรคเพิ่มเติม

3. สถานการณ์โรคและภัยที่น่าสนใจในประเทศไทย

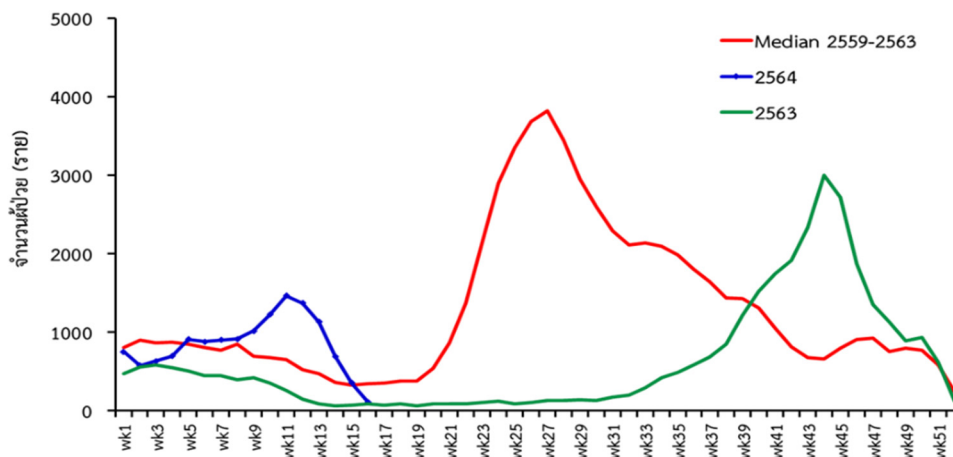
สถานการณ์โรคมือเท้าปาก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–24 เมษายน 2564 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 13,901 ราย อัตราป่วย 20.94 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ตั้งแต่สัปดาห์แรกของปีพบผู้ป่วยสูงกว่าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563) และใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2559–2563) ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่หลังจากสัปดาห์ที่ 9 (ต้นเดือนมีนาคม) เป็นต้นมา พบมีจำนวนสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดติดต่อกันในหลายสัปดาห์ หลังจากนั้นก็มีจำนวนลดต่ำลงและลดลงต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (ดังรูปที่ 1)

กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด คือ 1-4 ปี (422.10) รองลงมา คือ ต่ำกว่า 1 ปี (119.51) และ 5-9 ปี (45.59) ตามลำดับ ภาคเหนือมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด (48.33) รองลงมาคือ ภาคใต้ (28.37) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (18.57) และภาคกลาง (5.60) ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เชียงราย (146.58) รองลงมา คือ พะเยา (138.88) และ สุราษฎร์ธานี (65.26) ตามลำดับ

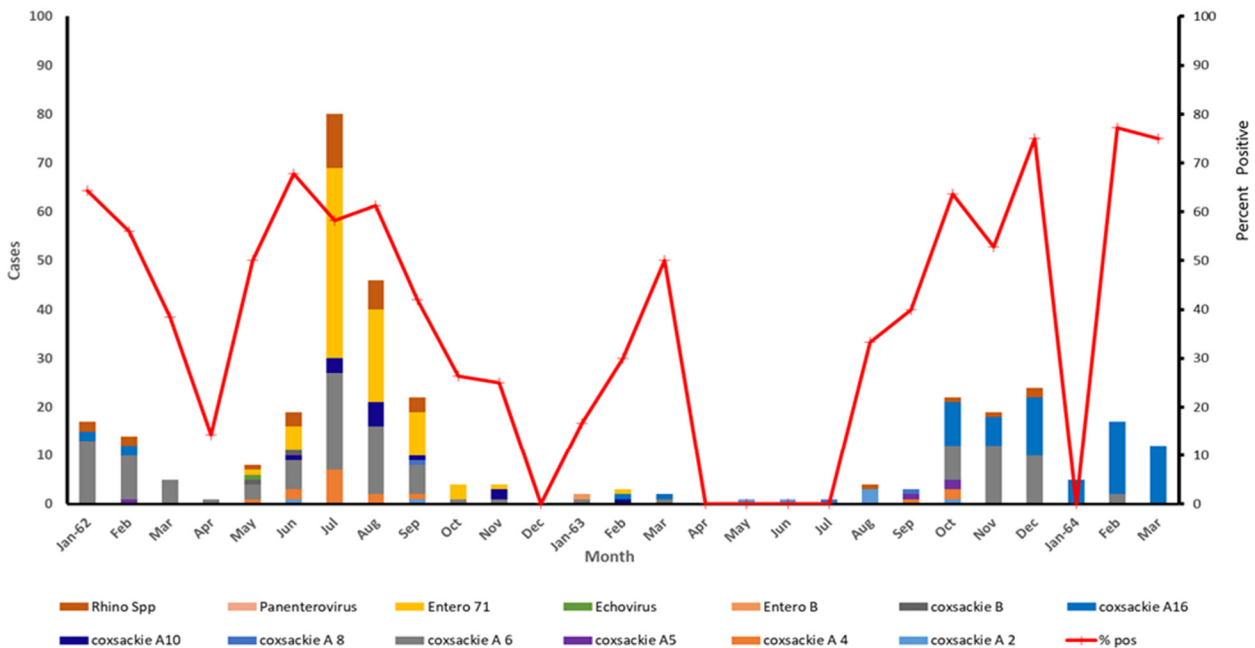
ปี พ.ศ. 2563 (1 มกราคม-31 ธันวาคม 2563) มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ จำนวน 143 ราย ให้ผลบวกต่อสารพันธุกรรมเอนเทอโรไวรัส 73 ราย ร้อยละ 51.05 สายพันธุ์ก่อโรคที่พบ คือ

Coxsackie A6 ร้อยละ 42.47 (31 ราย) Coxsackie A16 ร้อยละ 39.73 (29 ราย) Rhinovirus sp. ร้อยละ 6.85 (5 ราย) Coxsackie A4, Coxsackie A5 ร้อยละ 4.11 (สายพันธุ์ละ 3 ราย) Enterovirus 71 และ Coxsackie A10 ร้อยละ 1.37 (สายพันธุ์ละ 1 ราย)

ปี พ.ศ. 2564 (1 มกราคม-24 เมษายน 2564) มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ จำนวน 48 ราย ให้ผลบวกต่อสารพันธุกรรมเอนเทอโรไวรัส 35 ราย ร้อยละ 72.92 สายพันธุ์ก่อโรคที่พบ คือ Coxsackie A16 ร้อยละ 94.29 (33 ราย) และ Coxsackie A6 ร้อยละ 5.71 (2 ราย) สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพิ่มเติม (ดังรูปที่ 2)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคมือเท้าปาก รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี 2563, 2564 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี (2559-2563)

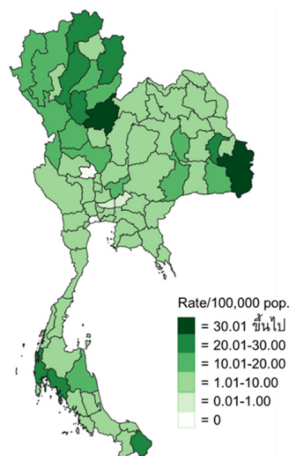


รูปที่ 2 จำนวนตัวอย่างในผู้ป่วยสงสัยมือเท้าปาก ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และร้อยละของการตรวจพบเชื้อก่อโรคมือเท้าปาก สะสม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562-24 เมษายน 2564

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-24 เมษายน 2564 มีรายงานผู้ป่วย 6,254 ราย อัตราป่วย 9.42 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ในสัปดาห์นี้รายงานผู้ป่วยยังคงมีแนวโน้มลดลง กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่มียังคงพบในเด็กเล็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 89.91 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5-14 ปี (13.12) และ 15-24 ปี (6.19) ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 17.18 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคใต้ (10.52) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (10.43) และภาคกลาง (3.68) ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 10 อันดับแรก ได้แก่ อุบลราชธานี อัตราป่วย 40.70 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ พิษณุโลก (34.29) เชียงราย (29.61) กระบี่ (25.98) สุโขทัย (25.02) ยโสธร (24.82) น่าน (24.71) ลำปาง (23.04) นราธิวาส (21.71) และพังงา (20.48) ตามลำดับ

ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) และกลุ่มอาการปอดบวมจากโรงพยาบาลเครือข่ายของกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-24 เมษายน 2564 ได้รับตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,281 ราย พบผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.16 โดยเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด A/H3N2 ทั้ง 2 ราย (ร้อยละ 100) โดยในสัปดาห์ที่ 16 (ระหว่างวันที่ 18 เมษายน-24 เมษายน 2564) ได้รับตัวอย่างส่งตรวจทั้งสิ้น 62 ราย จากโรงพยาบาลเครือข่าย 11 แห่ง ผลตรวจไม่พบเชื้อไข้หวัดใหญ่ทั้ง 62 ราย จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 62 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-24 เมษายน 2564 มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สะสม 2 เหตุการณ์ จากจังหวัดนราธิวาส และตรัง ในสัปดาห์ที่ 16 (ระหว่างวันที่ 18 เมษายน-24 เมษายน 2564) ไม่มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่



ตารางที่ 1 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 10 จังหวัดแรก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-24 เมษายน 2564

ลำดับ	จังหวัด	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน
1	อุบลราชธานี	40.70
2	พิษณุโลก	34.29
3	เชียงราย	29.61
4	กระบี่	25.98
5	สุโขทัย	25.02
6	ยโสธร	24.82
7	น่าน	24.71
8	ลำปาง	23.04
9	นราธิวาส	21.71
10	พังงา	20.48

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue fever: DF, Dengue Haemorrhagic fever: DHF, Dengue shock syndrome: DSS) สะสม 2,519 ราย อัตราป่วย 3.79 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยสะสมน้อยกว่าปีที่ผ่านมา และน้อยกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ในช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 78 โดยภาคกลางมีอัตราป่วยสูงที่สุด ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 1,190 ราย เพศชาย 1,329 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1 : 1.1 อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-14 ปี รองลงมา ได้แก่ อายุ 15-24 ปี และอายุ 0-4 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 2) มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08

4. การประเมินความเสี่ยงของโรคไข้หัด

การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส หรือโรคไข้หัด จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 พบเหตุการณ์การเสียชีวิตจากโรคไข้หัด มีผู้ป่วยรวม 119 ราย เสียชีวิต 9 ราย (ปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 0.52) และ (ปี พ.ศ. 2563 อัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 0.02) โดยสามารถพบเหตุการณ์กระจายได้ทุกภาค สถานที่พบเหตุการณ์ ปี พ.ศ. 2563 มีพื้นที่เสี่ยงสูง 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร ปราจีนบุรี และนครราชสีมา สำหรับเหตุการณ์ ปี พ.ศ. 2564 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง 5 จังหวัด ได้แก่ พะเยา อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร พิจิตร และนครราชสีมา ยกตัวอย่างจากเหตุการณ์ จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หัด จำนวน 2 ราย มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลกว่า 100 ราย จากรายละเอียด

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร
ลาบหมูปิ้งไม่สุก

โรคไข้หูดับเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus suis*
เชื้อจะทำลายอวัยวะภายใน และระบบประสาท ทำให้เยื่อหุ้มสมอง
เยื่อปอดอักเสบที่สำคัญ คือ ทำให้ประสาทหูทั้ง 2 ข้างอักเสบ
และเสื่อมอย่างรุนแรง หูหนวกตลอดชีวิต และยังมีอาการเลือด-
ออกใต้ผิวหนัง อาการที่พบบ่อย คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
เวียนศีรษะจนทรงตัวไม่ได้ อาเจียนคอแข็ง หูดับ ท้องเสีย ปวดเมื่อย
กล้ามเนื้อ หายใจหอบ ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไข้หูดับ คือ ผู้ที่
สัมผัสกับสุกรที่ติดเชื้อโดยตรง ผู้ที่ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ กลุ่มเสี่ยงมี
อาการป่วยรุนแรงถ้าติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง ผู้มีโรคประจำตัว
เช่น โรคเบาหวาน ไต มะเร็ง หัวใจ ผู้ที่เคยตัดม้ามออก เป็นต้น

ดังนั้น ความเสี่ยงการเกิดโรคไข้หูดับ สามารถป้องกันโดย
การหลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อสุกรดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ผู้เลี้ยงหรือ
ฆ่าและสุกรที่มีบาดแผล ต้องระวังการสัมผัสสุกร หากมีการสัมผัส
ให้ล้างมือ ล้างเท้า ล้างตัวให้สะอาด ถึงแม้ว่าสุกรจะเป็นแหล่งของ
เชื้อ *Streptococcus suis* ที่สำคัญ แต่การเกิดโรคในคนได้นั้นยัง
ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมบริโภคของคนเป็นหลัก จึงควรมีการให้
ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ
Streptococcus suis ที่ถูกต้อง และนอกจากความรู้แล้ว ความเชื่อ
และทัศนคติ ยังมีผลต่อการปฏิบัติอีกด้วย เพราะหากมีความรู้
ความเชื่อ และทัศนคติที่ถูกต้องแล้วก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดี
ตามมา

สถานการณ์ต่างประเทศ

สถานการณ์เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ประเทศเวียดนาม

เว็บไซต์ ProMED เผยแพร่ข่าวจากสื่อออนไลน์แห่งหนึ่ง
ที่รายงานเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2564 ว่า กรมอนามัยของจังหวัด
ฮาทินห์ (Ha Tinh) เปิดเผยว่าผลการทดสอบโดยสถาบันสุขภาพ
และระบาดวิทยายืนยันว่าตัวอย่างให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสเอคโค-4
(Echovirus-4) ที่ทำให้เกิดการระบาดของเยื่อหุ้มสมองอักเสบใน
จังหวัดฮาทินห์ทางภาคกลาง Echovirus-4 เป็นสาเหตุหลักของโรค
เยื่อหุ้มสมองอักเสบได้ทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2564 จังหวัด

ฮาทินห์มีบันทึกผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
จำนวนมาก ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลในหมู่ผู้อยู่อาศัยในจังหวัด
ดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แนะนำให้ประชาชนรับประทาน
อาหารที่ปรุงสุกดี น้ำดื่มสุก และล้างมือด้วยสบู่ รวมทั้งฆ่าเชื้อตาม
พื้นผิวในบ้าน ผู้ที่มีอุณหภูมิสูง มีอาการอาเจียน และคอแข็ง
ควรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียง ProMED Moderator
ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมท้ายข่าวโดยอ้างอิงข้อมูลจากองค์การอนามัย-
โลกว่า เยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นการติดเชื้อรุนแรงของเยื่อหุ้มสมอง
เยื่อปอดอักเสบและไขสันหลัง เป็นโรคที่ร้ายแรงและยังคงเป็น
ความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โรคนี้อาจเกิดจากเชื้อโรค
หลายชนิดรวมทั้งแบคทีเรีย เชื้อรา หรือไวรัส แต่ที่เป็นปัญหาสูงสุด
ทั่วโลก คือ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกาพบว่า
แบคทีเรียหลายชนิดอาจทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ได้แก่
Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae*,
Neisseria meningitidis ซึ่งเป็นเชื้อที่พบบ่อย เชื้อ *Neisseria*
meningitidis เป็นสาเหตุของโรคไข้กาฬหลังแอ่นที่สามารถ
ก่อให้เกิดโรคระบาดขนาดใหญ่ เชื้อ *N. meningitidis* มี 12 ซีโรกรุ๊ป
ที่มีการระบุไว้ ซึ่ง 6 ชนิดในนั้น (A, B, C, W, X และ Y) สามารถทำ
ให้เกิดโรคระบาดได้

เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากไวรัสเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่พบ
บ่อยที่สุด เป็นการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง มักมีความ
รุนแรงน้อยกว่าเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย และส่วนใหญ่
จะมีการดีขึ้นได้เอง อย่างไรก็ตามผู้ที่มีอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
ควรไปพบแพทย์ทันที เพราะเยื่อหุ้มสมองอักเสบบางประเภทอาจ
ร้ายแรงมากมีเพียงแพทย์เท่านั้นที่สามารถระบุโรคและสาเหตุ ให้
การรักษาที่ดีที่สุด ทารกที่อายุน้อยกว่า 1 เดือนและผู้ที่มีระบบ
ภูมิคุ้มกันอ่อนแอมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยรุนแรงจากเยื่อหุ้มสมอง
อักเสบจากเชื้อไวรัส อาการที่พบบ่อยในเด็กทารกคือ มีไข้ หงุดหงิด
รับประทานอาหารน้อยลง ง่วงนอน หรือมีปัญหาในการตื่นจากการ
นอนหลับ และง่วงซึม ส่วนในเด็กและผู้ใหญ่จะมีไข้ ปวดศีรษะ
คอแข็ง ตาไวต่อแสงมากขึ้น ง่วงนอน หรือมีปัญหาในการตื่นจาก
การนอนหลับ คลื่นไส้ หงุดหงิด อาเจียน ไม่อยากอาหาร และง่วงซึม



ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 สัปดาห์ที่ 17

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 17th week 2021

Disease	2021				Case* (Current 4 week)	Mean** (2016-2020)	Cumulative	
	Week 14	Week 15	Week 16	Week 17			2021	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	1	0	0
Influenza	299	215	163	46	723	9066	6545	0
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	2	2	1
Measles	3	3	2	2	10	237	117	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pertussis	0	0	1	0	1	8	4	0
Pneumonia (Admitted)	2138	1781	1572	566	6057	15664	52485	51
Leptospirosis	5	6	3	0	14	120	243	3
Hand, foot and mouth disease	778	409	179	68	1434	1868	14266	0
Total D.H.F.	65	41	41	9	156	3673	2575	2

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานมัย 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)

TABLE 2 Reported cases and deaths of diseases under surveillance by province, Thailand, 17th week 2021 (April 25-May 1, 2021)

(CHOLERA, HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE (HFMD), FOOD POISONING, PNEUMONIA (ADMITTED), INFLUENZA, MENINGOCOCCAL MENINGITIS, ENCEPHALITIS, PERTUSSIS, MEASLES, LEPTOSPIROSIS)

REPORTING AREAS	CHOLERA			HFMD			FOOD POISONING			PNEUMONIA*			INFLUENZA			MENINGOCOCCAL*			PERTUSSIS			MEASLES			LEPTOSPIROSIS														
	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.	Cum.2021	Current wk.														
Total	0	0	0	14266	0	68	0	26362	1	310	0	52485	51	566	0	6545	0	46	0	2	1	0	0	282	0	1	0	4	0	0	0	117	0	2	0	243	3	0	0
Northern Region	0	0	0	5943	0	34	0	6530	0	116	0	11688	4	159	0	2152	0	19	0	0	0	0	0	87	0	0	1	0	0	0	0	19	0	1	0	19	0	0	
ZONE 1	0	0	0	4603	0	22	0	4280	0	76	0	7643	1	108	0	1108	0	8	0	0	0	0	0	65	0	0	0	1	0	0	0	0	9	0	0	15	0	0	
Chiang Mai	0	0	0	819	0	0	0	1001	0	4	0	2388	0	14	0	270	0	1	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	4	0	0	
Lamphun	0	0	0	170	0	0	0	316	0	0	0	232	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Lampang	0	0	0	282	0	1	0	521	0	4	0	718	0	7	0	182	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Phrae	0	0	0	290	0	0	0	387	0	12	0	570	1	5	0	67	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Nan	0	0	0	308	0	0	0	293	0	0	0	454	0	1	0	118	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Phayao	0	0	0	667	0	3	0	367	0	26	0	763	0	26	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Chiang Rai	0	0	0	1915	0	17	0	1220	0	29	0	2250	0	50	0	389	0	1	0	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0
Mae Hong Son	0	0	0	152	0	1	0	175	0	1	0	268	0	5	0	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ZONE 2	0	0	0	524	0	7	0	1663	0	32	0	2289	1	27	0	774	0	9	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	0	3	0	0
Uttaradit	0	0	0	12	0	0	0	131	0	3	0	214	0	4	0	74	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tak	0	0	0	123	0	2	0	397	0	6	0	601	1	9	0	150	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sukhothai	0	0	0	71	0	1	0	173	0	4	0	302	0	9	0	167	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Phitsanulok	0	0	0	188	0	4	0	591	0	17	0	408	0	5	0	301	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Phetchabun	0	0	0	130	0	0	0	371	0	2	0	764	0	0	0	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ZONE 3	0	0	0	834	0	5	0	623	0	8	0	1788	2	24	0	270	0	2	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chai Nat	0	0	0	18	0	0	0	36	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nakhon Sawan	0	0	0	285	0	5	0	302	0	8	0	729	2	24	0	128	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Uthai Thani	0	0	0	198	0	0	0	41	0	0	0	281	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kamphaeng Phet	0	0	0	186	0	0	0	139	0	0	0	436	0	0	0	92	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pichit	0	0	0	147	0	0	0	105	0	0	0	310	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Central Region*	0	0	0	1386	0	6	0	4502	1	32	0	8620	28	67	0	962	0	2	0	1	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bangkok	0	0	0	527	0	3	0	1323	0	13	0	2453	0	46	0	170	0	1	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZONE 4	0	0	0	163	0	0	0	1011	0	10	0	1680	2	3	0	247	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nonthaburi	0	0	0	34	0	0	0	304	0	9	0	316	0	3	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pathum Thani	0	0	0	9	0	0	0	50	0	0	0	211	2	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P Nakhon S.Ayutthaya	0	0	0	25	0	0	0	228	0	0	0	254	0	0	0	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ang Thong	0	0	0	15	0	0	0	27	0	0	0	115	0	0	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Lop Buri	0	0	0	28	0	0	0	62	0	0	0	291	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sing Buri	0	0	0	5	0	0	0	40	0	0	0	107	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Saraburi	0	0	0	39	0	0	0	194	0	0	0	307	0	0	0	106	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nakhon Nayok	0	0	0	8	0	0	0	106	0	1	0	79	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ZONE 5	0	0	0	346	0	3	0	859	0	9	0	1958	7	18	0	211	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ratchaburi	0	0	0	59	0	0	0	129	0	1	0	192	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kanchanaburi	0	0	0	26	0	0	0	102	0	0	0	572	0	0	0	87	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Suphan Buri	0	0	0	18	0	0	0	84	0	0	0	233	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nakhon Pathom	0	0	0	62	0	0	0	140	0	0	0	252	0	1	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Samut Sakhon	0	0	0	2	0	0	0	12	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Samut Songkhram	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	79	6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Phetchaburi	0	0	0	20	0	0	0	23	0	0	0	167	1	1	0	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Prachuap Khiri Khan	0	0	0	157	0	3	0	365	0	8	0	459	0	16	0	25	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ZONE 6	0	0	0	332	0	0	0	1273	1	0	0	2497	19	0	0	334	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Samut Prakan	0	0	0	91	0	0	0	240	0	0	0	603	0	0	0	173	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Chon Buri	0	0	0	79	0	0	0	118	0	0	0	325	13	0	0	28	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rayong	0	0	0	25	0	0	0	167	0	0	0	274	1	0	0	11	0	0	0	0	0																		



รายงานการพิจารณาการขอรับรางวัลพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ประจำปี ๒๕๖๔ ฉบับที่ ๑๗ : ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

(253)

ผู้พิมพ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละปี (แต่ละสัปดาห์) และกลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา รวบรวมข้อมูลในภาพพรรณระดับประเทศ

Central Region * เขตภาคกลางนับรวมทั้งจังหวัดชัยนาท "PNEUMONIA" = PNEUMONIA (ADMITTED) "0" = No case C = Cases D = Deaths CUM. = Cumulative year-to-date counts "MENINGOCOCCAL" = MENINGOCOCCAL MENINGITIS

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (1 มกราคม-5 พฤษภาคม 2564)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2021 (January 1–May 5, 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 (%)	
Total	4281	2813	939	71293	51	107.53	0.07		1011	731	642	191	2575	2	3.87	0.08	66,486,458
Northern Region	1085	606	241	14789	13	122.15	0.09		129	97	115	69	410	0	3.38	0.00	12,117,744
ZONE 1	595	282	69	8379	6	142.54	0.07		49	25	27	27	128	0	2.17	0.00	5,891,985
Chiang Mai	263	150	29	3273	1	186.46	0.03		18	14	13	3	48	0	2.71	0.00	1,771,499
Lamphun	18	10	3	172	0	42.37	0.00		2	2	0	0	4	0	0.99	0.00	405,515
Lampang	47	18	7	954	1	128.10	0.10		0	0	3	4	7	0	0.95	0.00	740,600
Phrae	10	2	1	205	0	45.93	0.00		1	0	1	0	2	0	0.45	0.00	443,408
Nan	18	11	1	294	0	61.32	0.00		0	0	1	12	13	0	2.72	0.00	478,608
Phayao	6	1	1	240	1	50.40	0.42		1	0	4	0	5	0	1.06	0.00	473,786
Chiang Rai	73	29	12	1640	2	127.14	0.12		7	0	3	8	18	0	1.39	0.00	1,295,217
Mae Hong Son	160	61	15	1601	1	570.10	0.06		20	9	2	0	31	0	10.94	0.00	283,352
ZONE 2	240	149	81	4250	6	119.21	0.14		46	32	46	32	156	0	4.37	0.00	3,570,128
Uttaradit	34	26	13	587	2	128.66	0.34		9	5	7	9	30	0	6.60	0.00	454,252
Tak	58	44	25	752	1	115.79	0.13		15	9	18	8	50	0	7.57	0.00	660,147
Sukhothai	43	22	21	701	2	117.17	0.29		5	12	13	6	36	0	6.04	0.00	596,165
Phitsanulok	47	43	17	900	0	103.91	0.00		13	4	2	8	27	0	3.12	0.00	866,068
Phetchabun	58	14	5	1310	1	131.67	0.08		4	2	6	1	13	0	1.31	0.00	993,496
ZONE 3	289	191	91	2869	1	95.88	0.03		34	41	47	10	132	0	4.42	0.00	2,983,068
Chai Nat	39	16	0	709	0	215.51	0.00		0	1	5	0	6	0	1.83	0.00	327,437
Nakhon Sawan	177	135	74	1230	1	115.53	0.08		26	26	18	5	75	0	7.06	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		3	7	5	0	15	0	2.06	0.00	726,836
Phichit	34	20	8	383	0	70.84	0.00		3	7	19	5	34	0	6.32	0.00	537,843
Central Region*	2191	1700	481	22476	18	98.73	0.08		686	456	381	80	1603	1	7.01	0.06	22,879,997
Bangkok	704	787	184	5820	0	102.47	0.00		370	230	188	25	813	0	14.33	0.00	5,671,457
ZONE 4	428	241	97	4214	8	78.87	0.19		73	51	53	10	187	0	3.47	0.00	5,381,695
Nonthaburi	112	99	59	726	1	58.64	0.14		39	23	12	6	80	0	6.37	0.00	1,255,840
Pathum Thani	47	23	12	366	0	32.17	0.00		14	7	11	0	32	0	2.77	0.00	1,154,848
P.Nakhon S.Ayutthaya	74	28	7	558	2	68.41	0.36		11	5	5	0	21	0	2.56	0.00	818,815
Ang Thong	37	7	5	483	1	171.88	0.21		0	0	0	3	3	0	1.07	0.00	280,246
Lop Buri	86	52	1	1046	0	137.99	0.00		3	11	5	0	19	0	2.51	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		6	5	17	1	29	0	4.49	0.00	645,468
Nakhon Nayok	16	1	1	114	0	43.89	0.00		0	0	3	0	3	0	1.15	0.00	260,421
ZONE 5	509	289	102	4204	2	78.95	0.05		118	90	62	27	297	1	5.56	0.34	5,344,807
Ratchaburi	92	33	0	1006	0	115.29	0.00		23	25	11	1	60	0	6.87	0.00	873,310
Kanchanaburi	64	28	13	360	0	40.42	0.00		17	7	1	1	26	1	2.91	3.85	894,338
Suphan Buri	110	74	33	736	1	86.55	0.14		25	25	11	0	61	0	7.20	0.00	847,526
Nakhon Pathom	115	89	32	926	0	101.28	0.00		33	18	27	18	96	0	10.45	0.00	918,542
Samut Sakhon	80	11	0	533	1	92.98	0.19		2	1	0	0	3	0	0.52	0.00	581,334
Samut Songkhram	5	5	2	69	0	35.60	0.00		1	4	1	0	6	0	3.10	0.00	193,548
Phetchaburi	26	31	16	368	0	76.14	0.00		11	7	2	0	20	0	4.13	0.00	484,743
Prachuap Khiri Khan	17	18	6	206	0	37.70	0.00		6	3	9	7	25	0	4.53	0.00	551,466
ZONE 6	511	367	98	7529	8	123.66	0.11		125	84	73	18	300	0	4.87	0.00	6,154,601
Samut Prakan	84	59	10	735	1	55.74	0.14		17	23	30	10	80	0	5.99	0.00	1,335,742
Chon Buri	220	196	65	2308	2	151.61	0.09		70	30	26	2	128	0	8.27	0.00	1,546,873
Rayong	110	81	11	2357	2	328.60	0.08		22	23	16	5	66	0	9.05	0.00	729,035
Chanthaburi	26	10	3	660	0	123.25	0.00		2	0	0	0	2	0	0.37	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		5	2	1	1	9	0	1.25	0.00	717,561
Prachin Buri	25	11	1	556	0	113.56	0.00		3	5	0	0	8	0	1.62	0.00	493,159
Sa Kaeo	24	3	3	517	2	91.83	0.39		4	1	0	0	5	0	0.88	0.00	565,198

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 (1 มกราคม–5 พฤษภาคม 2564)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2021 (January 1–May 5, 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 (%)
NORTH-EASTERN REGION	653	269	112	28075	13	127.60	0.05	77	92	95	27	291	1	1.32	0.34	22,014,740
ZONE 7	125	66	28	7004	4	138.36	0.06	15	24	19	9	67	0	1.32	0.00	5,057,831
Khon Kaen	28	18	10	3168	2	175.42	0.06	5	14	7	4	30	0	1.66	0.00	1,804,384
Maha Sarakham	20	11	4	1400	2	145.37	0.14	2	4	4	1	11	0	1.14	0.00	962,856
Roi Et	49	25	8	1637	0	125.20	0.00	5	3	3	3	14	0	1.07	0.00	1,306,210
Kalasin	28	12	6	799	0	81.06	0.00	3	3	5	1	12	0	1.22	0.00	984,381
ZONE 8	52	29	14	4161	5	74.92	0.12	3	4	2	1	10	0	0.18	0.00	5,559,986
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	2	0	0	1	3	0	0.19	0.00	1,586,656
Loei	10	4	2	926	0	144.19	0.00	1	3	0	0	4	0	0.62	0.00	642,862
Nong Khai	7	4	6	527	2	100.96	0.38	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	522,207
Sakon Nakhon	1	2	3	335	0	29.11	0.00	0	1	0	0	1	0	0.09	0.00	1,152,835
Nakhon Phanom	7	2	2	452	0	62.92	0.00	0	0	2	0	2	0	0.28	0.00	718,961
ZONE 9	305	108	30	12515	3	184.78	0.02	38	36	45	10	129	1	1.90	0.78	6,778,372
Nakhon Ratchasima	86	42	12	6202	3	234.67	0.05	13	24	25	0	62	1	2.34	1.61	2,647,663
Buri Ram	33	7	3	1330	0	83.47	0.00	1	1	2	3	7	0	0.44	0.00	1,595,299
Surin	176	54	14	2487	0	177.96	0.00	23	10	18	3	54	0	3.86	0.00	1,397,343
Chaiyaphum	10	5	1	2496	0	219.13	0.00	1	1	0	4	6	0	0.53	0.00	1,138,067
ZONE 10	171	66	40	4395	1	95.26	0.02	21	28	29	7	85	0	1.84	0.00	4,618,551
Si Sa Ket	56	31	15	1028	0	69.81	0.00	2	6	12	5	25	0	1.70	0.00	1,472,934
Ubon Ratchathani	85	30	21	2425	1	129.53	0.04	14	19	15	2	50	0	2.66	0.00	1,876,347
Yasothon	21	4	3	338	0	62.69	0.00	4	2	2	0	8	0	1.49	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	1	1	0	0	2	0	0.57	0.00	352,727
Southern Region	352	238	105	5953	7	63.15	0.12	119	86	51	15	271	0	2.86	0.00	9,473,977
ZONE 11	133	96	41	2352	1	52.66	0.04	68	54	25	8	155	0	3.45	0.00	4,487,837
Nakhon Si Thammarat	31	17	6	899	0	57.67	0.00	18	15	7	0	40	0	2.56	0.00	1,561,179
Krabi	11	9	6	222	0	47.06	0.00	10	9	3	1	23	0	4.84	0.00	475,239
Phangnga	8	8	7	242	0	90.34	0.00	11	4	0	0	15	0	5.59	0.00	268,513
Phuket	4	4	2	177	0	43.58	0.00	2	0	3	0	5	0	1.21	0.00	413,397
Surat Thani	17	15	0	367	0	34.60	0.00	5	2	0	0	7	0	0.66	0.00	1,065,756
Ranong	11	7	5	150	0	78.48	0.00	14	7	5	0	26	0	13.50	0.00	192,619
Chumphon	51	36	15	295	1	57.81	0.34	8	17	7	7	39	0	7.63	0.00	511,134
ZONE 12	219	142	64	3601	6	72.60	0.17	51	32	26	7	116	0	2.33	0.00	4,986,140
Songkhla	97	53	28	1252	1	87.65	0.08	15	13	13	3	44	0	3.07	0.00	1,434,298
Satun	0	0	2	52	0	16.22	0.00	2	0	0	0	2	0	0.62	0.00	322,580
Trang	19	12	0	510	2	79.30	0.39	4	2	0	0	6	0	0.93	0.00	643,140
Phatthalung	7	6	5	183	0	34.86	0.00	2	0	2	0	4	0	0.76	0.00	524,955
Pattani	26	13	5	541	1	75.78	0.18	10	1	3	1	15	0	2.08	0.00	721,591
Yala	22	16	10	436	1	82.29	0.23	11	4	1	0	16	0	2.99	0.00	534,328
Narathiwat	48	42	14	627	1	78.44	0.16	7	12	7	3	29	0	3.60	0.00	805,248

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

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

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

Central Region* เขตภาคกลางนับรวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases

D = Deaths





กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

โรคอาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเห็ดพิษ

กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ รายสัปดาห์ ฉบับที่ 17/2564 (วันที่ 25 เม.ย. -1 พ.ค.64)
การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพของสัปดาห์นี้ คาดว่าจะพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษเพิ่มขึ้น เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมา มีฝนตกในหลายพื้นที่ ทำให้เห็ดหลายชนิดเจริญเติบโตได้ดี โดยเฉพาะเห็ดป่าในพื้นที่ธรรมชาติ ซึ่งเห็ดป่า มีทั้งเห็ดที่รับประทานได้ และเห็ดพิษ โดยมีลักษณะใกล้เคียงกันมาก อาจทำให้ประชาชนเข้าใจผิดได้

เห็ดพิษไม่สามารถทำลายพิษได้ด้วยความร้อน ประชาชนจึงควรระมัดระวังและระมัดระวังในการนำเห็ดป่ามารับประทาน อาการที่สังเกตได้ หลังรับประทานเห็ดพิษ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดท้อง เป็นตะคริวที่ท้อง ภายใน 6-24 ชั่วโมง หากเกิน 24 ชั่วโมง จะทำให้เกิดภาวะไต/ตับวาย จนทำให้เสียชีวิตได้

กรมควบคุมโรค ขอแนะนำว่า หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หลังรับประทานเห็ด ควรรีบปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้ผู้ป่วยอาเจียน เอาเศษอาหารที่ตกค้างออกมาให้มาก และทำการช่วยลดการดูดซึม และเร่งขับสารพิษออกจากร่างกาย



DDC
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



สำนักสื่อสารความเสี่ยง
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
Bureau of Risk Communication
and Health Behavior Development



Google Play



App Store



สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

สมัครและติดตามรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ : https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 52 ฉบับที่ 17 : 7 พฤษภาคม 2564 Volume 52 Number 17: May 7, 2021

กำหนดออก : รายสัปดาห์

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

E-mail: weekly.wesr@gmail.com, 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