



แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไข้หวัดนก ประเทศไทย
(Guidelines for surveillance and investigation of avian influenza in Thailand)

✉ weekly.wesr@gmail.com

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. ระบบเฝ้าระวังโรค

1.1 การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่เฉพาะกลุ่ม (Sentinel surveillance) ในสถานพยาบาล โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยทางเดินหายใจ เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ หากผลเป็นบวกจะจำแนก subtype ต่อไป

1.2 การเฝ้าระวังผู้ป่วยเฉพาะรายแบบยกระดับ (Enhanced case-based surveillance) ได้แก่ การซักประวัติการสัมผัสสัตว์ปีก* ณ จุดคัดกรองโรคของสถานพยาบาล ในกรณีที่พบผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ อากาศไข้ และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ หายใจผิดปกติ (หอบเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก) ปอดอักเสบเฉียบพลัน ติดป้ายแจ้งเตือนบริเวณจุดคัดกรองกรณีมีประวัติสัมผัสสัตว์ปีกให้แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

1.3 การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) เฝ้าระวังเหตุการณ์สัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติ** และการเฝ้าระวังกลุ่มก้อนผู้ป่วยทางเดินหายใจที่มีประวัติสัมผัสสัตว์ปีก โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรืออาสาสมัครปศุสัตว์ ช่วยแจ้งกรณีพบสัตว์ปีกป่วยตายจำนวนมากโดยไม่ทราบสาเหตุ ให้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตรวจสอบ

1.4 การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) เฝ้าระวังในผู้สัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ปีกติดเชื้อ โดยการสังเกตอาการและการตรวจหาเชื้อ

หมายเหตุ

* การสัมผัสสัตว์ปีก ให้รวมถึงตัวสัตว์ มูลหรือสิ่งคัดหลั่งจากสัตว์ ชากหรือเครื่องในจากสัตว์รวมถึงอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่อาจปนเปื้อน

** สัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติให้ยึดตามนิยามกรณีสงสัยว่าป่วยโรคไข้หวัดนก ตามประกาศกรมปศุสัตว์ ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563

2. นิยามในการเฝ้าระวังโรค

2.1 เกณฑ์ทางคลินิก

มีไข้ (อุณหภูมิกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส) และมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ หายใจผิดปกติ (หอบเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก) ร่วมกับมีประวัติเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ดังนี้

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดนก
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เข้าข่ายหรือยืนยันโรคไข้หวัดนก

2.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ

2.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

ไม่มี



◆ แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไข้หวัดนก ประเทศไทย	97
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 7 ระหว่างวันที่ 12-18 กุมภาพันธ์ 2566	101
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 7 ระหว่างวันที่ 12-18 กุมภาพันธ์ 2566	103

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ฤภาค
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

ฝ่ายผลิตและจัดการ

คณะจัดการรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สมบูรณ์รัตน์ ชญภา สาดสูงเนิน ศศิธรณ์ มาแอดิยน ฤทธิชัย ใจพ่อง

2.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (Specific diagnosis) ของเชื้อไข้หวัดนก เช่น H5 หรือ H7

- การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)

- วิธี Reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) จากตัวอย่างระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ตัวอย่าง nasopharyngeal swab และ throat swab ใส่ในหลอดเดียวกัน กรณีผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ สำหรับผู้ป่วยปอดบวมสามารถเก็บตัวอย่างเสมหะได้ และกรณีผู้ใส่ท่อช่วยหายใจสามารถเก็บตัวอย่าง ET suction ได้

- วิธีเพาะแยกเชื้อไวรัส (Viral isolation) จากตัวอย่างระบบทางเดินหายใจ

- การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)

- วิธี Micro neutralization test จากตัวอย่างซีรัมคู่ (Paired sera) โดยเก็บตัวอย่างซีรัม 2 ครั้ง ห่างกัน 14-21 วัน การแปลผลบวก เมื่อพบระดับภูมิคุ้มกันจากเลือดในระยะพักฟื้นสูงขึ้น 4 เท่า จากระยะเฉียบพลัน (การตรวจด้วยวิธีทางซีโรโลยีไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษา หรือค้นหาผู้ป่วยที่กำลังติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้หวัดนกจะตรวจพบได้อย่างเร็วสุดในวันที่ 14-21 หลังวันที่ผู้ป่วยติดเชื้อ)

3. การจำแนกประเภทผู้ป่วย

3.1 ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะ ดังนี้

3.1.1 ผู้ที่มีอาการและประวัติเสี่ยงตามเกณฑ์ทางคลินิก

3.1.2 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงเฉียบพลัน หรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้

3.1.3 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบในบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

3.1.4 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

3.2 ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้

3.2.1 ผู้ป่วยสงสัยข้อ 3.1.1 ร่วมกับมีการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หรือเสียชีวิต หรือ

3.2.2 ผู้ป่วยสงสัยข้อ 3.1.3 และ 3.1.4 ที่มีประวัติเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ดังนี้

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีก

ตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้หวัดนก

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแล หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เข้าข่าย หรือยืนยันไข้หวัดนก

3.3 ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะอย่างน้อยหนึ่งข้อ

4. การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

4.1 ให้รายงานผู้ป่วยจากการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (ตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย) และการรายงานแบบกลุ่มก้อนในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based Surveillance System) พร้อมแนบแบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือสงสัยไข้หวัดนก SARI_AI 1 (สามารถดาวน์โหลดได้ที่หนังสือเวียนโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย บนเว็บไซต์กองระบาดวิทยา https://ddc.moph.go.th/doi/journal_detail.php?publish=11429)

4.2 ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยัน ในระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) รหัสโรค 91 ด้วยรหัส ICD-10: J09 โดยจำแนกรหัส Organism type ดังนี้

1. H5

8. Other specify

2. H7

9. Unknown

3. H9

หมายเหตุ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verification)

- ผู้ป่วยรายเดียวกันที่ถูกรายงานมากกว่า 1 ครั้ง ถือว่าเป็นการรายงานซ้ำซ้อน

- ต้องตรวจสอบ (Verify) ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับรายงานว่าสงสัยโรคไข้หวัดนกและเสียชีวิต กรณีที่ทราบผลการรักษาแล้ว ให้เปลี่ยนแปลงสถานะภาพของผู้ป่วย (เสียชีวิตหรือรักษาหาย)

ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินการเฝ้าระวังโรคในระดับต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนตามการประเมินความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคใช้หวัดนกในประเทศ

ประเภทการเฝ้าระวังในระดับต่าง ๆ (การเฝ้าระวังและแนวทางอาจปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ และความเหมาะสม)	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
Sentinel surveillance	✓	✓	✓	✓
Enhanced case-based surveillance		✓	✓	
Event-based surveillance	✓	✓	✓	✓
Active surveillance		✓	✓	✓

5. การสอบสวนโรค

5.1 การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (Case investigation)

กรณีพบผู้ป่วยสงสัย หรือผู้ป่วยปอดอักเสบเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ หรือแพทย์สงสัยใช้หวัดนก ให้ดำเนินการสอบสวนโรคนภายใน 24 ชั่วโมง นับจากรับแจ้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หาปัจจัยเสี่ยง แหล่งแพร่โรค ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด และให้สุขศึกษาในการป้องกันควบคุมโรค

5.2 การสอบสวนการระบาด (Outbreak investigation)

กรณีพบผู้ป่วยปอดอักเสบ ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ที่มีความเกี่ยวข้องกัน และมีปัจจัยเสี่ยงหรือสงสัยใช้หวัดนก ในสถานที่เดียวกันภายใน 14 วัน ให้ทำการสอบสวนการระบาดภายใน 24 ชั่วโมง นับจากรับแจ้ง เพื่อหาเชื้อก่อโรคและสาเหตุของการระบาด

6. วิธีเก็บและส่งตัวอย่างเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6.1 ตัวอย่างเพื่อการแยกเชื้อและตรวจหาสารพันธุกรรม (Viral culture and genomic detection)

6.1.1 ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจส่วนบน หรือ อากาศคล้ายไข้หวัดใหญ่ (Influenza Like Illness: ILI) ให้เก็บ Nasopharyngeal swab ร่วมกับ Throat swab/Oropharyngeal swab ใส่ใน VTM หลอดเดียวกัน หรือ Nasopharyngeal aspirate, Nasopharyngeal wash ใส่ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อไม่ต้องใส่ VTM ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมใช้หวัดใหญ่ด้วย

6.1.2 ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Pneumonia):

1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (Mild Pneumonia [no intubation])

a. เก็บ Nasopharyngeal swab ร่วมกับ Throat swab/Oropharyngeal swab ใส่ใน VTM หลอดเดียวกัน หรือ Nasopharyngeal aspirate, Nasopharyngeal wash ใส่ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อไม่ต้องใส่ VTM และ

b. เก็บเสมหะใส่ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอด

เชื้อ (Sterile)

2) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (Severe Pneumonia [Intubation])

เก็บ tracheal suction ใส่ใน VTM หรือตัดสาย ET-tube จุ่มลงในหลอด VTM และควรเก็บตัวอย่างจากทางเดินหายใจส่วนบนควบคู่ไปด้วยเพื่อเพิ่มโอกาสการพบเชื้อ

6.1.3 ในรายที่มีอาการอุจจาระร่วง ให้เก็บอุจจาระ 10-20 มิลลิลิตร หรือประมาณ 5-10 กรัม ใส่ในภาชนะปลอดเชื้อ

หมายเหตุ

- ควรเก็บตัวอย่างให้เร็วที่สุด อย่างช้าภายใน 3-5 วัน หลังเริ่มปรากฏอาการของโรค ซึ่งควรเก็บก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านไวรัส

- ห้ามใช้ swab ที่มี calcium alginate หรือ swab ที่ด้ามทำด้วยไม้ เพราะอาจมีสารที่ยับยั้งไวรัสบางชนิดหรือยับยั้งปฏิกิริยา PCR ควรใช้ Dacron (Polyester) หรือ Rayon swab ที่ด้ามทำด้วยพลาสติก หรือพลาสติก

- ตัวอย่างสารคัดหลั่งหรือ swab ที่บรรจุในภาชนะต้องปิดจุกให้สนิท พันด้วยเทป ปิดฉลาก แจ้งชื่อผู้ป่วยชนิดของตัวอย่าง วันที่เก็บ บรรจุใส่ถุงพลาสติก รัดยางให้แน่น แขนในกระติกน้ำแข็ง ให้นำส่งทันที ถ้าจำเป็นต้องรอควรเก็บไว้ในตู้เย็นที่ 4 องศาเซลเซียส ห้ามแช่ในช่องแช่แข็งของตู้เย็นถ้าต้องการเก็บนานเกิน 48 ชั่วโมง ให้เก็บที่อุณหภูมิ -70 องศาเซลเซียส

- กรณีที่ผลการตรวจเป็นลบ แต่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น อาจมีสาเหตุจากตัวอย่างที่ไม่เหมาะสม หรือด้อยคุณภาพ ควรทบทวนวิธีเก็บและนำส่งตัวอย่าง แล้วเก็บตัวอย่างตรวจซ้ำหลังจากเก็บตัวอย่างครั้งแรก 24 ชั่วโมง

6.2 ตัวอย่างเพื่อตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อใช้หวัดนก (Antibody detection)

เก็บตัวอย่างซีรัม โดยเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำประมาณ 3-5 มิลลิลิตร ใส่หลอดปราศจากเชื้อปิดฝาให้สนิท ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง รอให้เลือดแข็งตัว แล้วจึงปั่นแยกซีรัม แบ่งซีรัมใส่



หลอดปราศจากเชื้อ แล้วแช่เย็นที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส นำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24-48 ชั่วโมง แต่หากไม่สามารถส่งตรวจได้ทันทีให้เก็บรักษาที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ระหว่างรอการนำส่ง และเก็บซีรัมอีกครั้งหลังจากเจาะเลือดครั้งแรก 10-14 วัน โดยส่งเป็นซีรัมคู่เพื่อตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อใช้หัตถกด้วยวิธี Micro-Neutralization

หมายเหตุ การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันหลังการติดเชื้อจะตรวจพบได้หลังเริ่มมีอาการตั้งแต่ 10-14 วัน ดังนั้นการตรวจวิธีนี้จึงไม่เหมาะสมสำหรับการวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา แต่ใช้สำหรับตรวจยืนยันกรณีผู้ป่วยมีอาการปอดบวม หรือปอดอักเสบ ที่มีประวัติสัมผัสชัดเจน แต่ตรวจไม่พบไวรัสด้วยวิธีแยกเชื้อและตรวจหาสารพันธุกรรม โดยวิธี RT-PCR

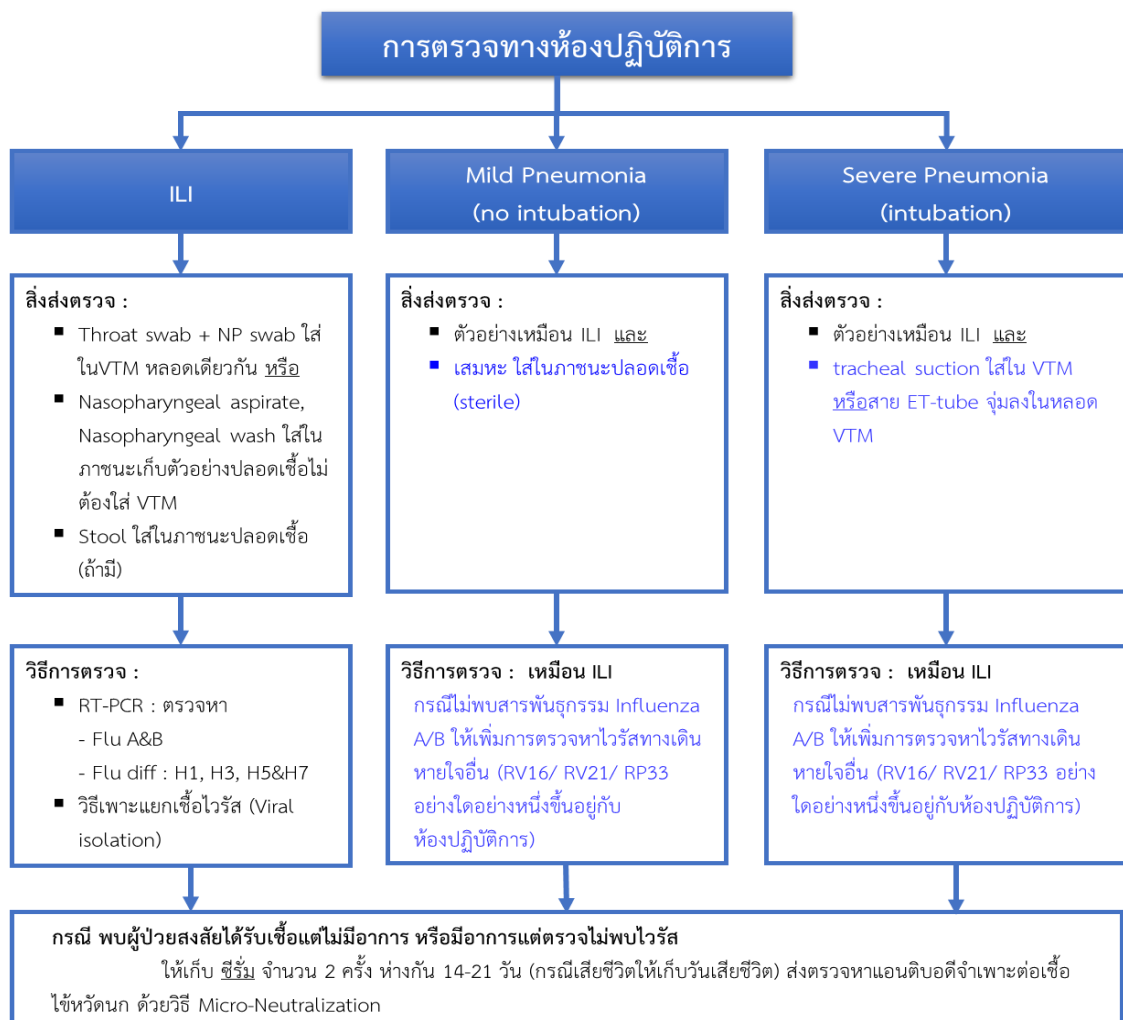
7. การนำส่งตัวอย่าง

สามารถนำส่งสิ่งส่งตรวจไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผ่านศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์-

ผ่านศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุข โดยแบบฟอร์ม SARI_AI 1 และแบบฟอร์มส่งตรวจใช้หัตถกของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ เว็บไซต์สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ; <http://nih.dmsc.moph.go.th>)

8. ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย

กองระบาดวิทยาให้การสนับสนุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่พบผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถก ตามประกาศหลักเกณฑ์การสนับสนุนค่าตรวจวิเคราะห์ ฉบับเดือนมกราคม 2563 (<https://ddc.moph.go.th/doe/news.php?news=11514>) โดยให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่ง/สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง รายงานเหตุการณ์ไปยังทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) กรมควบคุมโรค ผ่านโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance system; <https://eventbased-doe.moph.go.th/eventbase/user/login/>)



รูปที่ 1 แผนภาพการเก็บสิ่งส่งตรวจ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชุตกุล พิริยะ, วรางคณา จันทรสข, อินทวิธา ทันทวิวัฒนานนท์, จุไรรัตน์ ช่วงไชยยะ, ณัฐณิชา อ่อนคล้าย, ชไมพร คำดิน, ชลิตา ชมเชย, สิริรักษ์ ธนะสกุลประเสริฐ

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ พบโรค ภัยสุขภาพ และเหตุการณ์ที่สำคัญในสัปดาห์ที่ 7 ระหว่างวันที่ 12-18 กุมภาพันธ์ 2566 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคเมลิออยโดสิสเสียชีวิต จังหวัดสงขลา

พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 55 ปี มีโรคประจำตัว Old TB (รักษาหายแล้ว) โรคเบาหวาน ไตเรื้อรัง และเกาต์ เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2566 ด้วยอาการมีไข้ต่ำ มีไข้ช่วงเวลากลางคืน ไอแห้ง ไม่มีเสมหะ ถ่ายเหลวเล็กน้อย ไม่มีหายใจเหนื่อย วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2566 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลา เป็นผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยวิกฤต ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยาฆ่าเชื้อ PIPERACILLIN + TAZOBACTAM MEROPENEM และ VANCOMYCIN วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 ผลการเพาะเชื้อพบ *Burkholderia pseudomallei* ผู้ป่วยเสียชีวิตวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 จากการสอบสวนโรคพบประวัติเสี่ยง เป็นผู้ต้องขังที่ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ปฏิบัติหน้าที่อยู่แผนกพยาบาล ทำหน้าที่ปลูกผักสวนครัว กวาดพื้นและตัดหญ้า

การดำเนินการ

เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคเมืองสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พร้อมผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ลงพื้นที่สอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อม น้ำ 2 ตัวอย่าง และดิน 15 ตัวอย่าง ส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบเชื้อในตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อม และดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มอีก 58 ราย ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมตามนิยาม

2. โรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน จังหวัดชัยภูมิ

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 ทีม SAT กรมควบคุมโรคได้รับแจ้งจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา พบโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อน จำนวน 41 ราย ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ ผู้ป่วยแบ่งเป็น เด็กพิเศษ 34 ราย ครู 5 ราย แม่ครัว 1 ราย และคนทำความสะอาด 1 ราย เริ่มป่วยวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ส่วนใหญ่มีอาการถ่ายเหลว ปวดมวนท้อง

ผู้ป่วย 4 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2566 ได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างอุจจาระ ด้วยวิธี Multiplex Real-time PCR จำนวน 4 ตัวอย่าง พบเชื้อ *Plesiomonas shigelloides* ทั้ง 4 ตัวอย่าง พบเชื้อ *Aeromonas* spp. จำนวน 2 ตัวอย่าง จาก 4 ตัวอย่าง พบเชื้อ Enteropathogenic *Escherichia coli* (EPEC) จำนวน 1 ตัวอย่าง จาก 4 ตัวอย่าง และพบเชื้อ *Shigella* spp. จำนวน 1 ตัวอย่าง จาก 4 ตัวอย่าง

การดำเนินการ

เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ลงสอบสวนโรคในพื้นที่ร่วมกับทีมสอบสวนโรคจังหวัดชัยภูมิ

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคเมลิออยโดสิส

โรคเมลิออยโดสิสเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Burkholderia pseudomallei* พบได้ทั่วไปในดิน น้ำ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ พบการติดเชื้อได้ในเพศชายบ่อยกว่าหญิง โดยผู้ป่วยมักมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคธาลัสซีเมีย โรคปอด โรคไต โรคตับ ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

โรคเมลิออยโดสิส ติดต่อได้ทางการรับเชื้อผ่านบาดแผลที่ผิวหนัง การดื่มน้ำ หรือการรับประทานอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อน ตลอดจนการสูดหายใจรับฝุ่นละอองที่มีเชื้อปนเปื้อน ผู้ติดเชื้อจะมีอาการแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ไม่มีอาการจนกระทั่งติดเชื้อในกระแสโลหิต ความดันโลหิตตก และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีอาการโลหิตเป็นพิษเฉียบพลันอาจมีอัตราป่วยตายสูงถึงร้อยละ 40-60 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย

จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิส ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-10 กุมภาพันธ์ 2566 พบผู้ป่วย 481 ราย (สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ของช่วงเวลาเดียวกัน) คิดเป็นอัตราป่วย 0.73 ต่อ

แสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร มุกดาหาร และร้อยเอ็ด อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2.3 : 1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ >65 ปี (ร้อยละ 31.81), 55-64 ปี (ร้อยละ 30.77) และ 45-54 ปี (ร้อยละ 19.13) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตร ร้อยละ 48.6

ข้อเสนอแนะ

ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำโดยตรง (โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังเช่นข้างต้น) หากต้องสัมผัสดินหรือน้ำ เช่น ลุยน้ำ หรือลุยโคลน ควรสวมรองเท้าบูท ถุงมือยาง กางเกงขายาว หากสัมผัสดินหรือน้ำ ควรทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำสะอาด และฟอกสบู่ทันที หากมีบาดแผลที่ผิวหนัง ควรรักษาแผลด้วยยาฆ่าเชื้อไม่ใส่ดินหรือสมุนไพรใด ๆ ลงบนแผล และหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำจนกว่าแผลจะหายสนิท ไม่เดินเท้าเปล่า สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน ทานอาหารและน้ำที่ต้มสุกสะอาด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลเน้นย้ำให้คำนึงถึงความสำคัญของโรคเมลิออยโดสิสโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคนี้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องได้ยาฆ่าเชื้อและโตสยาที่จำเพาะกับตัวโรค

สถานการณ์ต่างประเทศ

การระบาดของโรคไวรัสฮาร์เบอร์ ในจังหวัด Kie Ntem สาธารณรัฐอิเควทอเรียลกินี

ทางการสาธารณรัฐอิเควทอเรียลกินี (Equatorial Guinea) ประกาศพบการระบาดของไวรัสฮาร์เบอร์ ซึ่งเป็นการพบผู้ป่วยยืนยันครั้งแรกของประเทศ หลังมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสดังกล่าวแล้วอย่างน้อย 9 ราย ด้วยไข้เลือดออกไม่ทราบสาเหตุในจังหวัด Kie Ntem ที่ตั้งอยู่ทางตะวันตกของประเทศ นอกจากนี้ยังมีผู้ต้องสงสัยติดเชื้ออีก 16 ราย ซึ่งทั้งหมดมีอาการแสดง คือ มีไข้ อ่อนเพลีย อาเจียนปนเลือด และถ่ายเหลว

หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อไปยังห้องปฏิบัติการอ้างอิงของ Institut Pasteur ที่สาธารณรัฐเซเนกัล โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก หลังจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้ประกาศเตือนภัยด้านสุขภาพในจังหวัด Kie Ntem ที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตก และเขต

Mongomo ที่อยู่ใกล้เคียง โดยส่งตรวจทั้งหมด 8 ตัวอย่าง ผลตรวจยืนยันตรวจพบเชื้อไวรัสฮาร์เบอร์จำนวน 1 ตัวอย่าง ล่าสุดมีผู้เสียชีวิตจำนวน 9 ราย ผู้ที่มีอาการสงสัย เช่น มีไข้ อ่อนเพลีย อาเจียนปนเลือด และถ่ายเหลว จำนวน 16 ราย มีการกักกันผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงกว่า 200 ราย และ จำกัดการเดินทางเคลื่อนไหวในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกแบบไม่ทราบสาเหตุ ส่วนประเทศเพื่อนบ้านอย่างแคเมอรูนและกาบอง ได้จำกัดการเดินทางข้ามพรมแดนเช่นกัน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว ในขณะนี้อยู่ระหว่างการสอบสวนโรคเพิ่มเติม ทีมปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกได้ทำงานร่วมกับทีมปฏิบัติการในพื้นที่ ทำการติดตามค้นหาผู้สัมผัสเพิ่มเติมเพื่อทำการแยกกัก และรักษาผู้ที่มีอาการสงสัย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญด้านตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านระบาดวิทยา การจัดการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ห้องปฏิบัติการ การสื่อสารความเสี่ยง และสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยมีการจัดส่งเตียงห้องปฏิบัติการชุดทดสอบตรวจหาเชื้อไวรัสรวมถึงอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ 500 คน

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบผู้ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสฮาร์เบอร์ 2 ราย ที่ชุมชนโอลัมเซ (Olamze) บริเวณชายแดนแคเมอรูน-อิเควทอเรียลกินี โดยผู้แทนสาธารณสุขระดับภูมิภาคได้กล่าวถึงเรื่องนี้การประชุมที่กรุงยาฮุนเด เมืองหลวงของแคเมอรูน ระบุว่าเมื่อวันที่ 13 ก.พ. 2566 พบผู้ต้องสงสัย 2 ราย ทั้งคู่อายุ 16 ปี เป็นชาย 1 คน และหญิง 1 คน ซึ่งไม่มีประวัติการเดินทางไปยังแควทอเรียลกินีมาก่อน ขณะที่กลุ่มเสี่ยงอีก 42 คนที่สัมผัสกับเด็กสองคนดังกล่าวได้รับการกักกันแล้ว และการติดตามผู้สัมผัสยังคงดำเนินการอยู่ ทั้งนี้ทางการแคเมอรูนได้จำกัดการเคลื่อนย้ายตามแนวชายแดนเพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่ระบาด

ไวรัสฮาร์เบอร์ เป็นเชื้อก่อโรคไข้เลือดออก (Haemorrhagic fever) ที่มีอัตราป่วยตายสูงถึงร้อยละ 88 เป็นเชื้อในวงศ์เดียวกับไวรัสอีโบลา ผู้ป่วยที่ติดเชื้อจะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อรุนแรง อ่อนเพลีย ส่วนใหญ่จะมีอาการเลือดออกในระยะเวลา 7 วัน เชื่อว่าแหล่งรังโรค คือ ค้างคาว และสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้โดยผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย หรือเป็นโรคที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และยังไม่มียารักษาเฉพาะ การรักษาทำได้โดยรักษาตามอาการ เช่น ให้สารน้ำทางหลอดเลือด ยาลดไข้ให้เลือดในกรณีมีเลือดออกมาก

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 สัปดาห์ที่ 7

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 7th week 2023

Disease	2023				Case* (Current 4 week)	Mean** (2018-2022)	Cumulative	
	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7			2023	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	1	0	0
Influenza	2418	2753	2849	1624	9644	18186	15236	0
Meningococcal Meningitis	0	1	0	1	2	1	3	1
Measles	7	9	7	3	26	227	44	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pertussis	0	0	0	0	0	3	0	0
Pneumonia (Admitted)	5770	5652	4985	2804	19211	19575	37477	23
Leptospirosis	49	42	35	14	140	99	322	1
Hand, foot and mouth disease	895	807	735	587	3024	2361	5561	0
Total D.H.F.	858	701	599	213	2371	2224	5449	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)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (1 มกราคม-22 กุมภาพันธ์ 2566)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2023 (January 1-February 22, 2023)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2022							DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2023							POP. DEC 31, 2021	
	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	5753	5924	2897	45145	29	68.22	0.06	4237	1212	0	0	5449	2	8.24	0.04	66,090,475
Northern Region	1013	706	423	14458	7	120.38	0.05	370	90	0	0	460	0	3.84	0.00	11,977,896
ZONE 1	665	420	218	10298	3	175.30	0.03	174	48	0	0	222	0	3.79	0.00	5,863,882
Chiang Mai	310	225	111	2437	0	136.19	0.00	92	24	0	0	116	0	6.47	0.00	1,792,474
Lamphun	7	4	0	45	0	11.22	0.00	2	3	0	0	5	0	1.25	0.00	399,557
Lampang	24	15	8	424	0	58.51	0.00	3	0	0	0	3	0	0.42	0.00	718,790
Phrae	7	6	8	118	0	27.15	0.00	6	0	0	0	6	0	1.39	0.00	430,669
Nan	35	22	10	443	0	93.09	0.00	27	10	0	0	37	0	7.80	0.00	474,539
Phayao	6	7	2	103	0	22.17	0.00	6	0	0	0	6	0	1.30	0.00	461,431
Chiang Rai	64	36	26	432	0	33.27	0.00	14	6	0	0	20	0	1.54	0.00	1,299,636
Mae Hong Son	212	105	53	6296	3	2202.05	0.05	24	5	0	0	29	0	10.11	0.00	286,786
ZONE 2	216	193	142	3064	3	86.70	0.10	103	21	0	0	124	0	3.52	0.00	3,526,621
Uttaradit	3	3	6	203	0	45.50	0.00	7	1	0	0	8	0	1.81	0.00	442,949
Tak	132	103	88	1702	2	251.56	0.12	50	9	0	0	59	0	8.62	0.00	684,140
Sukhothai	33	31	12	319	0	54.50	0.00	3	0	0	0	3	0	0.52	0.00	581,652
Phitsanulok	28	45	31	560	1	66.09	0.18	36	9	0	0	45	0	5.33	0.00	844,494
Phetchabun	20	11	5	280	0	28.62	0.00	7	2	0	0	9	0	0.92	0.00	973,386
ZONE 3	141	115	72	1273	2	43.56	0.16	108	29	0	0	137	0	4.71	0.00	2,905,701
Chai Nat	9	22	9	177	1	55.24	0.56	15	8	0	0	23	0	7.23	0.00	318,308
Nakhon Sawan	65	57	36	588	0	56.81	0.00	53	15	0	0	68	0	6.61	0.00	1,028,814
Uthai Thani	14	16	14	116	0	35.68	0.00	8	6	0	0	14	0	4.32	0.00	323,860
Kamphaeng Phet	35	16	9	264	0	37.07	0.00	22	0	0	0	22	0	3.10	0.00	708,775
Phichit	18	4	4	128	1	24.18	0.78	10	0	0	0	10	0	1.90	0.00	525,944
Central Region*	3699	4076	1694	19529	15	85.50	0.08	2776	656	0	0	3432	1	15.03	0.03	22,834,170
Bangkok	1653	1780	566	7508	3	135.82	0.04	1118	199	0	0	1317	0	23.97	0.00	5,494,932
ZONE 4	400	454	190	2092	2	38.58	0.10	419	105	0	0	524	1	9.65	0.19	5,427,530
Nonthaburi	152	132	66	682	0	52.92	0.00	132	26	0	0	158	0	12.19	0.00	1,295,916
Pathum Thani	130	201	80	717	1	60.25	0.14	194	47	0	0	241	1	20.06	0.41	1,201,532
P.Nakhon S.Ayutthaya	50	59	10	239	0	29.13	0.00	43	8	0	0	51	0	6.22	0.00	820,417
Ang Thong	7	11	12	53	0	19.29	0.00	9	1	0	0	10	0	3.67	0.00	272,587
Lop Buri	25	24	12	119	0	16.09	0.00	22	8	0	0	30	0	4.08	0.00	735,293
Sing Buri	1	2	2	38	0	18.58	0.00	0	1	0	0	1	0	0.49	0.00	202,797
Saraburi	23	14	5	198	1	30.75	0.51	15	13	0	0	28	0	4.38	0.00	638,582
Nakhon Nayok	12	11	3	46	0	17.66	0.00	4	1	0	0	5	0	1.92	0.00	260,406
ZONE 5	725	860	339	4499	1	84.35	0.02	564	108	0	0	672	0	12.61	0.00	5,327,796
Ratchaburi	118	118	47	902	0	103.88	0.00	87	9	0	0	96	0	11.09	0.00	865,807
Kanchanaburi	22	41	18	257	0	28.75	0.00	26	3	0	0	29	0	3.24	0.00	894,283
Suphan Buri	102	110	13	565	0	67.64	0.00	64	0	0	0	64	0	7.70	0.00	830,695
Nakhon Pathom	195	231	141	1154	0	125.14	0.00	171	50	0	0	221	0	23.97	0.00	921,882
Samut Sakhon	171	199	6	713	0	121.51	0.00	109	6	0	0	115	0	19.51	0.00	589,428
Samut Songkhram	6	23	14	127	0	66.55	0.00	7	4	0	0	11	0	5.81	0.00	189,453
Phetchaburi	91	115	77	531	0	109.97	0.00	66	23	0	0	89	0	18.43	0.00	482,950
Prachuap Khiri Khan	20	23	23	250	1	45.19	0.40	34	13	0	0	47	0	8.49	0.00	553,298
ZONE 6	912	960	590	5253	8	84.21	0.15	660	236	0	0	896	0	14.30	0.00	6,265,604
Samut Prakan	306	369	171	1400	1	103.21	0.07	229	89	0	0	318	0	23.38	0.00	1,360,227
Chon Buri	371	356	286	2399	4	151.48	0.17	224	62	0	0	286	0	17.93	0.00	1,594,758
Rayong	155	132	88	766	1	101.95	0.13	107	67	0	0	174	0	22.91	0.00	759,386
Chanthaburi	17	33	17	222	0	41.37	0.00	29	0	0	0	29	0	5.41	0.00	536,144
Trat	22	10	8	87	0	38.10	0.00	38	8	0	0	46	0	20.19	0.00	227,808
Chachoengsao	17	30	8	165	1	22.78	0.61	7	1	0	0	8	0	1.10	0.00	726,687
Prachin Buri	6	17	5	73	0	14.74	0.00	13	5	0	0	18	0	3.62	0.00	497,778
Sa Kaeo	18	13	7	141	1	25.09	0.71	13	4	0	0	17	0	3.02	0.00	562,816

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (1 มกราคม–22 กุมภาพันธ์ 2566)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2023 (January 1–February 22, 2023)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2022								DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2023								POP. DEC 31, 2021
	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	451	396	154	7164	4	32.82	0.06	179	93	0	0	272	0	1.25	0.00	21,781,418	
ZONE 7	126	114	41	1906	0	38.04	0.00	57	29	0	0	86	0	1.72	0.00	4,992,478	
Khon Kaen	45	24	6	465	0	25.97	0.00	14	5	0	0	19	0	1.06	0.00	1,784,641	
Maha Sarakham	19	36	9	497	0	52.41	0.00	21	14	0	0	35	0	3.71	0.00	944,605	
Roi Et	43	31	15	609	0	46.99	0.00	6	3	0	0	9	0	0.70	0.00	1,291,131	
Kalasin	19	23	11	335	0	34.34	0.00	16	7	0	0	23	0	2.37	0.00	972,101	
ZONE 8	73	53	28	1195	2	21.66	0.17	37	12	0	0	49	0	0.89	0.00	5,508,027	
Bungkan	1	1	1	15	0	3.55	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	421,684	
Nong Bua Lam Phu	2	6	4	38	0	7.47	0.00	5	0	0	0	5	0	0.98	0.00	508,325	
Udon Thani	6	2	4	310	1	19.79	0.32	11	6	0	0	17	0	1.09	0.00	1,563,048	
Loei	31	20	6	260	1	40.71	0.38	9	5	0	0	14	0	2.20	0.00	637,341	
Nong Khai	13	17	6	176	0	34.05	0.00	9	0	0	0	9	0	1.74	0.00	515,795	
Sakon Nakhon	6	4	2	132	0	11.52	0.00	3	1	0	0	4	0	0.35	0.00	1,145,187	
Nakhon Phanom	14	3	5	264	0	36.82	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	716,647	
ZONE 9	126	131	35	1799	1	26.80	0.06	50	26	0	0	76	0	1.13	0.00	6,697,808	
Nakhon Ratchasima	54	56	18	731	0	27.75	0.00	23	9	0	0	32	0	1.22	0.00	2,630,058	
Buri Ram	11	21	0	111	1	7.03	0.90	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,576,915	
Surin	29	27	4	675	0	49.05	0.00	20	10	0	0	30	0	2.19	0.00	1,372,910	
Chaiyaphum	32	27	13	282	0	25.13	0.00	7	7	0	0	14	0	1.25	0.00	1,117,925	
ZONE 10	126	98	50	2264	1	49.35	0.04	35	26	0	0	61	0	1.33	0.00	4,583,105	
Si Sa Ket	42	29	8	868	1	59.55	0.12	14	9	0	0	23	0	1.58	0.00	1,454,730	
Ubon Ratchathani	72	57	29	1072	0	57.37	0.00	15	16	0	0	31	0	1.66	0.00	1,869,806	
Yasothon	9	8	11	141	0	26.43	0.00	2	1	0	0	3	0	0.56	0.00	531,599	
Amnat Charoen	2	1	0	44	0	11.69	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	375,382	
Mukdahan	1	3	2	139	0	39.55	0.00	4	0	0	0	4	0	1.14	0.00	351,588	
Southern Region	590	746	626	3994	3	42.08	0.08	912	373	0	0	1285	1	13.53	0.08	9,496,991	
ZONE 11	232	274	239	1685	2	37.51	0.12	331	120	0	0	451	1	10.05	0.22	4,487,811	
Nakhon Si Thammarat	52	61	32	239	0	15.43	0.00	66	37	0	0	103	0	6.67	0.00	1,545,147	
Krabi	29	53	24	300	1	62.58	0.33	47	0	0	0	47	0	9.79	0.00	480,057	
Phangnga	36	19	21	238	0	88.80	0.00	26	7	0	0	33	0	12.34	0.00	267,442	
Phuket	44	54	58	339	0	80.95	0.00	65	21	0	0	86	0	20.58	0.00	417,891	
Surat Thani	33	37	30	173	0	16.13	0.00	44	21	0	0	65	1	6.05	1.54	1,073,663	
Ranong	14	20	38	161	0	82.75	0.00	35	16	0	0	51	0	26.26	0.00	194,226	
Chumphon	24	30	36	235	1	46.13	0.43	48	18	0	0	66	0	12.96	0.00	509,385	
ZONE 12	358	472	387	2309	1	46.18	0.04	581	253	0	0	834	0	16.65	0.00	5,009,180	
Songkhla	100	166	118	630	0	44.01	0.00	247	111	0	0	358	0	25.02	0.00	1,431,063	
Satun	11	15	15	113	0	34.79	0.00	6	7	0	0	13	0	4.00	0.00	325,303	
Trang	26	32	19	248	0	38.76	0.00	34	7	0	0	41	0	6.42	0.00	638,206	
Phatthalung	20	33	44	180	0	34.45	0.00	39	22	0	0	61	0	11.69	0.00	521,619	
Pattani	57	100	83	333	1	45.64	0.30	87	42	0	0	129	0	17.60	0.00	732,955	
Yala	22	30	37	167	0	30.79	0.00	61	23	0	0	84	0	15.39	0.00	545,913	
Narathiwat	122	96	71	638	0	78.80	0.00	107	41	0	0	148	0	18.18	0.00	814,121	

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



พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ

กินหมูดิบ เสี่ยงหูดับ

เกิดจากหมูที่ป่วย

รายนามโรคและภัยสุขภาพ ฉบับที่ 6/2566 วันที่ 19 - 25 ก.พ. 66

สถานการณ์ 1 ม.ค. - 11 ก.พ. 66

โรค ไช้หูดับ
พบผู้ป่วย 19 ราย เสียชีวิต 1 ราย
พบมากในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร, ทำงานบ้าน

ติดเชื้อมาจาก....

- บาดแผล รอยถลอก เยื่อเมือก
- กินเนื้อหมู/เลือด ที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ
- สัมผัสกับหมู เนื้อหมูที่ติดเชื้อ

อาการ
เริ่มมีอาการหลังรับเชื้อ โดยเฉลี่ยใน 3 วัน

- ไข้สูง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ
- ปวดเมื่อยตามตัว ตามข้อ
- มีจำเลือดตามตัว ตามผิวหนัง
- ซึม คอแข็ง ชัก

หากเชื้อลุกลามไปยัง ส่วนปลายประสาทรับเสียง สามารถทำให้หูตึง ไปจนถึงหูหนวกได้

ร้อยละ 40 ผู้ติดเชื้อ สูญเสีย การได้ยินถาวร

อาการทั้งหมดจะเกิดขึ้นภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีไข้ หากได้รับการรักษาช้า อาจเสียชีวิตได้

การป้องกัน

- เลี่ยงการกินหมูดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ
- แยกภาชนะ อุปกรณ์ สำหรับ อาหารดิบและสุกออกจากกัน
- ผู้ที่เลี้ยง/ทำงานใกล้สัตว์ หมู ควรใส่เสื้อผ้าปิดซิด รองเท้า ถุงมือ
- ล้างจานชาม เนื้อหมู ที่ได้มาตรฐาน

กรมควบคุมโรค กรมส่งเสริมการเกษตร กรมปศุสัตว์ กรมอนามัย กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

สมัครและติดตามรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

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

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 54 ฉบับที่ 7 : 24 กุมภาพันธ์ 2566 Volume 54 Number 7: February 24, 2023

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