



ปีที่ 47 ฉบับที่ 19 : 20 พฤษภาคม 2559

Volume 47 Number 19 : May 20, 2016

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

การสอบสวนโรคหิดในสถานสงเคราะห์คนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เดือนตุลาคม 2556

Investigation of a scabies outbreak in an elderly nursing home
in Muang district, Chiang Mai, October 2013

✉ p_ayood@yahoo.com

กฤษฎี ทองบรรจบ และคณะ

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: วันที่ 10 ตุลาคม 2556 หน่วยควบคุมและป้องกันโรคติดต่อโรงพยาบาลมหาราชานนครเชียงใหม่ได้รับแจ้งจากศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ มีผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่ง มีอาการคันงามนิ้ว รังแค และลำตัว แพทย์วินิจฉัยโรคหิด และมีผู้ที่มีอาการคล้ายกันอีกหลายรายในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ ทีมระบาดวิทยาจึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการระบาด ค้นหาผู้ป่วย ควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรค

วิธีการศึกษา: ทำการยืนยันการวินิจฉัยโรคหิดโดยใช้เกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในสถานสงเคราะห์ ศึกษาลักษณะของการระบาดเพื่อระบุสาเหตุการระบาด แหล่งรังโรค และวางแผนการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม และศึกษาสิ่งแวดล้อมของสถานสงเคราะห์คนชรา ห้องพัก บริเวณที่ใช้ร่วมกัน การทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม อาคาร อุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ

ผลการสอบสวน: พบผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย เป็นผู้สูงอายุ 9 ราย และเจ้าหน้าที่ 1 ราย อัตราป่วย (attack rate) ร้อยละ 6 (จาก

จำนวนผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ 147 ราย) เป็นผู้ที่อยู่อาศัยหรือทำงานที่เรือนนอนที่ 4 จำนวน 7 ราย และเรือนนอนที่ 5 จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วยในเรือนนอนร้อยละ 27 และ 12 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีอาการ ผื่นแดง และคันบริเวณลำตัว แขน ขา หรือข้อพับ ผลการเก็บตัวอย่างผิวหนังไม่พบตัวอ่อนของหิด ดำเนินการควบคุมโรคโดยการรักษาผู้ป่วยด้วยยาฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนอน เครื่องใช้ โดยการต้ม ซักร้อน ตากแดด อบแห้งหรือการเช็ดโดยสารเคมี

สรุปและวิจารณ์: ผลการเฝ้าระวังโรคระยะเวลา 1 ปี ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ สรุปการระบาดของโรคหิดครั้งนี้มีปัจจัยเอื้อต่อการระบาดจากการใช้สิ่งของร่วมกัน การมีเตียงนอนใกล้กัน ร่วมกับผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า เกิดการระบาดของโรคได้ง่ายว่าสถานที่อื่นๆ ทีมได้เสนอแนะให้มีการคัดกรองโรคติดต่อในผู้สูงอายุ ก่อนเข้าพักหรือเคลื่อนย้ายเรือนนอนเพื่อป้องกันการรับโรคเข้าและการระบาดของโรคในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้

คำสำคัญ: หิด, ผู้สูงอายุ, สถานสงเคราะห์, เชียงใหม่



◆ การสอบสวนโรคหิดในสถานสงเคราะห์คนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เดือนตุลาคม 2556	289
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 19 ระหว่างวันที่ 8-14 พฤษภาคม 2559	297
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 19 ระหว่างวันที่ 8-14 พฤษภาคม 2559	299

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช จายน้อยอิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
องอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังเมืองต์ สุวดี ตีวงษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูรุจันท์ ศศิธรณ์ มาแอดิเยน

พัชรี ศรีหมอก สมเจตน์ ตังเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา คาลัยพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา คาลัยพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

กฤษฎี ทองบรรจบ¹, อมรรัตน์ พุเต็มวงศ์²,

ราเชนทร์ ปินดาวงค์², พิสิษฐวุฒิ อยุทธ์¹

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² หน่วยควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนคร
เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Authors

Krid Thongbunjob¹, Amornrat Futemwong²,

Rachen Pintawong², Pisittawoot Ayood¹

¹ Community Medicine Department, Faculty of
Medicine, Chiang Mai University

² Infection Control Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai
Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

ความเป็นมา

วันที่ 10 ตุลาคม 2556 เวลาประมาณ 11.00 น. ทีมระบาดวิทยาหน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้รับแจ้งจากศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ มีผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ด้วยอาการคันตามรักแร้และง่ามนิ้ว แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหิดและทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่นำส่งผู้ป่วยว่ามีผู้สูงอายุคนอื่นรวมทั้งเจ้าหน้าที่มีอาการแบบเดียวกัน ทีมรักษาพยาบาลจึงทำบันทึกแจ้งให้ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพและทีมระบาดวิทยา

ทีมระบาดวิทยาโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นผู้รับผิดชอบในเขตที่ตั้งของสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้ ลงพื้นที่สอบสวนโรค ในวันที่ 11 ตุลาคม 2556

วัตถุประสงค์

1. ยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคหิด
2. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ผู้สัมผัส หรือผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
3. ทราบสาเหตุและลักษณะการระบาด
4. ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการสอบสวนโรค

1. การยืนยันการวินิจฉัยโรคหิด

การวินิจฉัยโรคหิดสามารถใช้เกณฑ์ทางคลินิก เนื่องจากโรคนี้มีอาการที่มีความจำเพาะของผื่นและตำแหน่ง ร่วมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการขูดเนื้อเยื่อผิวหนังดูตัว ไข่หรืออุจจาระของหิดโดยกล้องจุลทรรศน์

2. การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในสถานสงเคราะห์ (active case finding) โดยมีนิยามผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยเข้าข่าย (probable case) หมายถึง ผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่ที่อาศัยหรือทำงานในสถานสงเคราะห์ในช่วงเดือนกันยายนและตุลาคม 2556 และผู้ที่มีอาการอย่างน้อย 1 ใน 4 อย่าง ได้แก่ อาการคันตุ่มนูนแดง ตุ่มน้ำใสและผิวหนังอักเสบเป็นหนองตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ศีรษะ รักแร้ รวงมนง่ามนิ้วมือ นิ้วเท้า ข้อพับต่าง ๆ ของแขนและขา ตลอดจนบริเวณอวัยวะเพศ

ผู้ป่วยยืนยันโรคหิด (confirm case) หมายถึง ผู้ป่วยเข้าข่าย และผลการตรวจโดยวิธีการขูดเนื้อเยื่อ พบตัว ไข่ หรืออุจจาระของหิด

ผู้สัมผัส (contact case) หมายถึง ผู้มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหิดในครั้งนี้อย่างใกล้ชิดในเรือนนอนเดียวกับผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในเรือนนอนแห่งนั้นแต่ไม่พบอาการแสดงที่เข้าข่ายเป็นโรคหิด ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2556 (ย้อนหลังไปก่อนจะเริ่มมีผู้ป่วยเข้าข่ายรายแรก 1 เดือน)

3. การศึกษาลักษณะของการระบาด

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อระบุสาเหตุการระบาด แหล่งรังโรค และวางแผนการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุหลายรายมีภาวะทุพพลภาพ มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงใช้ข้อมูลด้านอาการแสดงทางคลินิกเพื่อการสอบสวนโรค

4. การศึกษาลี้่วงแวดล้อม

สำรวจสภาพทั่วไปของสถานสงเคราะห์คนชรา ห้องพักบริเวณที่ใช้ร่วมกัน การทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม อาคารอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ

ผลการสอบสวนโรค

1. ข้อมูลทั่วไป

สถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้ตั้งอยู่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือ จำนวนผู้พักทั้งหมด 99 คน เจ้าหน้าที่ 48 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ 1 คน เจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงผู้สูงอายุ 11 คน นักพัฒนาสังคม 4 คน นักสังคมสงเคราะห์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด 2 คน เจ้าหน้าที่ดูแลด้านสำนักงานและบริการและอื่น ๆ อีกจำนวน 26 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานธุรการ พนักงานขับรถยนต์ พนักงานประกอบอาหาร เป็นต้น

อาคารที่พักอาศัยและอาคารสำหรับผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 5 เรือน คือ

- เรือนนอน 1 ผู้พักอาศัย 20 คน สำหรับผู้สูงอายุหญิงที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และผู้สูงอายุชายที่ตาบอด

- เรือนนอน 2 ผู้พักอาศัย 24 คน สำหรับผู้สูงอายุหญิงที่สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้

- เรือนนอน 3 และ 4 ผู้พักอาศัย 8 และ 25 คน ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุชายที่ช่วยเหลือตนเองได้

- เรือนนอน 5 ผู้พักอาศัย 22 คน สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และมีปัญหาระบบขับถ่าย

เครื่องนอนหรือชุดสวมใส่ของสถานสงเคราะห์และของส่วนตัว ชักที่อุณหภูมิ 65 องศาเซลเซียส อบผ้า และตากในบริเวณที่มีหลังคา โปรง ระบายอากาศสะดวก ผู้สูงอายุบางรายซักผ้าด้วย

ตนเองหรือจ้างบุคคลภายนอก

การรักษาความสะอาดของใช้ ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคยี่ห้อหนึ่ง (ตัวยาคลอโรไซลีนอล) เช็ดทำความสะอาดของใช้ร่วมกัน เช่น รถเข็น และใช้น้ำสบู่หรือน้ำยาล้างพื้นเพื่อทำความสะอาดที่พื้นเตียง ห้องน้ำ และนำฟูกที่นอนตากแดดเป็นประจำ

ด้านโภชนาการ สถานสงเคราะห์จัดอาหารให้วันละ 3 มื้อ ร่วมกับบุคคลภายนอกสนับสนุนอาหารกลางวันบางโอกาส และผู้สูงอายุบางรายสามารถจัดหาอาหารมารับประทานด้วยตนเอง

ด้านสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และแพทย์จากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มาตรวจสุขภาพร่างกายเดือนละ 2 ครั้ง สุขภาพจิต 1 ครั้ง ตรวจตา มือ เท้า ปัสสาวะ 1 ครั้ง กรณีผู้ป่วยฉับพลันหรือมีนัดตรวจจะมีเจ้าหน้าที่นำส่งโรงพยาบาล

2. การยืนยันการวินิจฉัยโรค

แพทย์ 2 ท่านให้การวินิจฉัยตรงกัน โดยท่านแรกเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนังและท่านที่สองเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาการต้องเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยโรคหิดที่กำหนดไว้

การตรวจผิวหนังส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 ตัวอย่าง ไม่พบไข่หรือตัวอ่อนของหิดในสิ่งส่งตรวจ

แม้ว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะไม่พบตัวหิด แต่ความเห็นแพทย์สองท่านตรงกัน จึงสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยโรคหิดในสถานสงเคราะห์แห่งนี้โดยเข้ากัณนิยามผู้ป่วยเข้าข่ายเป็นโรค

3. การยืนยันการระบาดของโรค

จากบันทึกการตรวจรักษาของแพทย์ที่ให้บริการที่สถานสงเคราะห์แห่งนี้ และบันทึกการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่มีผู้ป่วยรายใดเคยได้รับการวินิจฉัยโรคหิด จากการสำรวจผู้ป่วยรายใหม่ (active case finding) พบผู้ป่วยตามนิยามผู้ป่วยเข้าข่ายเพิ่มอีก 9 ราย รวมเป็นผู้ป่วย 10 ราย เนื่องจากสถานสงเคราะห์แห่งนี้ไม่เคยมีผู้ป่วยมาก่อน ร่วมกับครั้งนี้มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปซึ่งมีความสัมพันธ์ในช่วงเวลาและพื้นที่ จึงสรุปได้ว่ามีการระบาดของโรคหิดในสถานสงเคราะห์แห่งนี้

4. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ผู้ป่วย index case เพศชาย อายุ 83 ปี เริ่มป่วยเดือนกันยายน 2556 ค้นตามง่ามนิ้ว รังแร้ และลำตัว เข้ารับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนัง วินิจฉัยเป็นโรคหิด และรักษาโดยยา Ivermectin รับประทานวันละ 2 เม็ด จำนวน 2 วัน ร่วมกับใช้ยา Urea cream ทาบริเวณที่คัน นัดตรวจซ้ำอาการดีขึ้น โดยทราบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเช่นเดียวกันในสถานพักคนชราแห่งนี้อีกหลายคน ทีมเจ้าหน้าที่ที่ทำการรักษาได้แจ้งหน่วยควบคุมโรคตาม

ระบบเฝ้าระวังและรายงาน ทีมสอบสวนโรคที่รับผิดชอบพื้นที่ของสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้ได้ลงสอบสวนและควบคุมการระบาดเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2556

ผู้ป่วยรายแรกมีอาการคันบริเวณร่างกายตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2556 เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผิวหนังอักเสบ หลังรับการรักษาอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเดินออกไปข้างนอกสถานสงเคราะห์เป็นประจำโดยไม่ทราบว่ไปทีใดบ้าง ตลอดจนมีพฤติกรรมซื้อยาทานเอง เมื่อมีอาการคันจากการหาความเชื่อมโยงพบว่าผู้ป่วยรายแรกและผู้ป่วย index case เป็นผู้สูงอายุพักที่อาคาร 4 และมีเตียงนอนใกล้กันห่างประมาณ 4-5 เมตร สามารถเดินไปมาหาสู่กันได้และใช้ห้องน้ำร่วมกัน

มีผู้ป่วยเข้าข่าย (probable case) รวม 10 ราย จำแนกเป็นผู้สูงอายุ 9 รายและเจ้าหน้าที่ 1 ราย อัตราป่วยร้อยละ 6 (จากกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีผู้ป่วยสูงอายุและเจ้าหน้าที่ที่อยู่อาศัยและปฏิบัติงานในช่วงเวลาเกิดเหตุการณ์รวม 147 ราย) โดยมีเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 3 ราย คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.3 : 1

อาการแสดงผู้ป่วยมีอาการคัน ผื่นแดง โดยมีแสดงบริเวณเท้าและง่ามนิ้วเท้าร้อยละ 60 หน้าอกหรือลำตัวร้อยละ 50 มือและ

ง่ามนิ้วมือ ขาหนีบ ร้อยละ 40 และอวัยวะเพศร้อยละ 20

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคหิดในครั้งนี้ ส่วนใหญ่สามารถระบุดือนเริ่มป่วยแต่ไม่สามารถระบุวันที่เริ่มป่วยได้ชัดเจน โดยพบว่าผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยเดือนมิถุนายนและผู้ป่วยรายถัดมา (index case) เริ่มป่วยเดือนกันยายน และผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มป่วยในตุลาคม ดังแสดงผลในภาพที่ 4

ผู้ป่วยในเรือนนอน 4 พบผู้ป่วย รวม 7 ราย แม้นอนเตียงที่ไม่ติดกัน แต่มีกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เช่น การใช้ห้องน้ำ หรือห้องอาบน้ำ ราวฝั่งผ้าเช็ดตัว โดยหนึ่งในผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเดือนกันยายน (ผู้ป่วยที่เป็น index case) ถูกย้ายไปเรือน 5 ภายหลังเริ่มป่วยและยังมีอาการอยู่ ต่อมาเกิดการระบาดที่เรือนพัก 5 ในเดือนตุลาคม 2556

ผู้ป่วยที่พักเรือน 5 มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 3 ราย โดยผู้ป่วยใหม่ทั้ง 3 ราย นอนเตียงติดหรือเยื้องกับผู้ป่วย index case ที่ย้ายเข้ามาจากเรือนนอนดังภาพที่ 5

ผู้ป่วยโรคหิด เป็นผู้ที่พักเรือนพักที่ 4 (เรือนผู้สูงอายุชาย) จำนวน 7 ราย พักเรือนพักที่ 5 จำนวน 2 ราย และเจ้าหน้าที่ดูแลเรือนพักที่ 5 อีก 1 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราป่วย โรคหิดสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามเรือนพัก

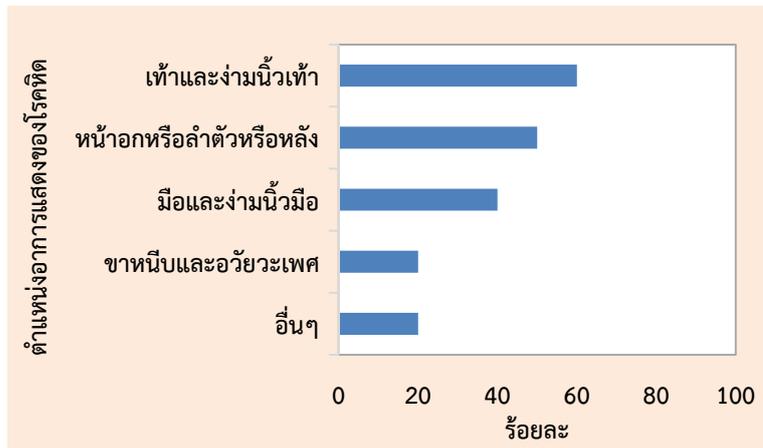
	เรือนนอน 4		เรือนนอน 5	
	จำนวนป่วย (จำนวนทั้งหมด)	อัตราป่วยร้อยละ	จำนวนป่วย (จำนวนทั้งหมด)	อัตราป่วยร้อยละ
ผู้สูงอายุ	7 (25)	28.00	2 (22)	9.09
เจ้าหน้าที่	0 (1)	0	1 (3)	33.33
รวม	7 (26)	26.92	3 (25)	12.00



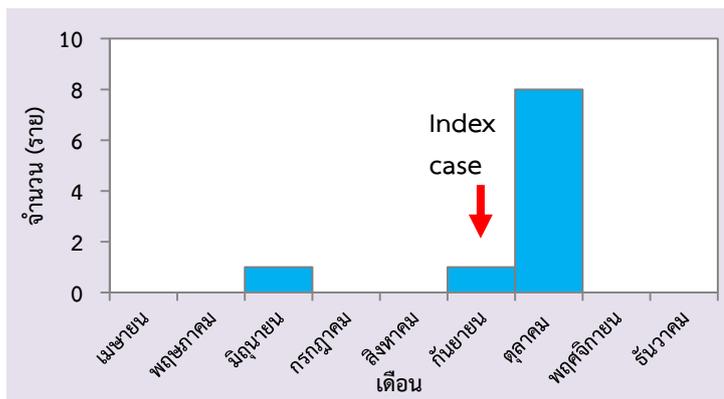
รูปที่ 1 ลักษณะอาคารเรือนพัก ภายในห้องพัก และบริเวณที่มีการใช้งานร่วมกันเช่นห้องน้ำหรือห้องอาบน้ำ



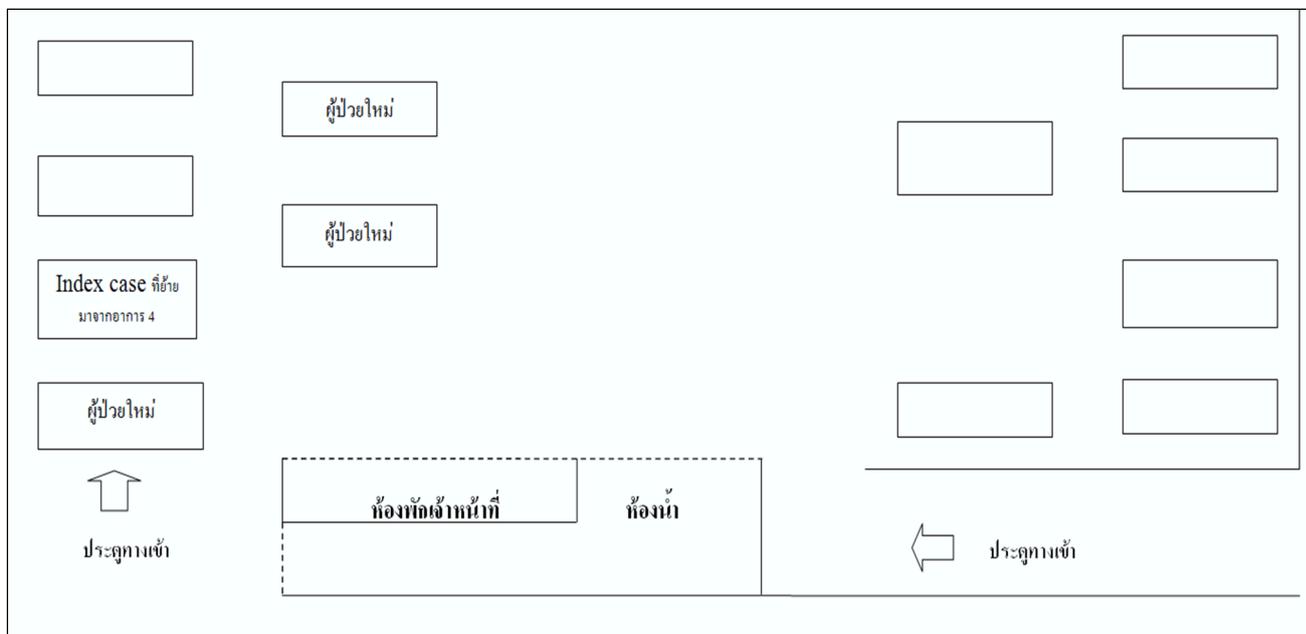
รูปที่ 2 เครื่องซักผ้าด้วยน้ำร้อนและเครื่องอบผ้า บริเวณที่ตากผ้า และการทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกัน เช่น รถเข็น



รูปที่ 3 ตำแหน่งอาการโรคติดเชื้อในผู้ป่วยสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2556



รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จำแนกตามเดือนเริ่มป่วยสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2556



รูปที่ 5 ผังการนอนภายในเรือนนอนที่ 5* ภายหลังจากการย้ายเข้ามาของผู้ป่วย index case และมีการติดต่อไปยังเตียงข้างเคียงอีก 3 ราย (* แสดงผังด้านทิศใต้ เฉพาะส่วนที่มีการระบาด)

สาเหตุและปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการระบาดของโรค

การติดเชื้อของผู้ป่วยรายแรก จากการสอบสวนไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่จากข้อมูลแวดล้อม สาเหตุการรับเชื้อจากอาจเกิดจากการกลับไปเยี่ยมบ้านและสัมผัสผู้ป่วย หรือญาติที่ป่วยมาเยี่ยม หรือกรณีที่มีบริจาคเครื่องนุ่งห่มให้แก่สถานสงเคราะห์คนชรา และนำมาใส่โดยที่เจ้าหน้าที่ยังไม่ได้มีการจัดการทำความสะอาดก่อนซึ่งทำให้มีโอกาสรับเชื้อได้

การระบาดของโรคใน 4 ไปเรือน 5 เนื่องจากมีการย้ายผู้ป่วยที่ยังมีอาการ 1 รายจากเรือน 4 ไปเรือน 5 โดยยังไม่หายจากการป่วย การระบาดภายในเรือน 5 อาจเกิดจากการเตียงที่ติดกันของผู้ป่วย หรืออาจมีการยืมเครื่องใช้ระหว่างเตียง และผู้ที่พักเรือนนอน 5 เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการอาบน้ำหรือการขับถ่าย ซึ่งมีความเป็นไปได้ ที่จะมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำเชื้อติดจากผู้ป่วยแพร่ไปยังผู้ไม่ป่วย และในเรือน 5 มีเจ้าหน้าที่ป่วย 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในอาคารนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้

มาตรการควบคุมและเฝ้าระวัง

1. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เรื่องโรคติดเชื้อและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

2. ให้การรักษาผู้ป่วยด้วย

2.1 ยารับประทาน Ivermectin โดยให้ยาคั้งแรกและครั้งที่สองห่างกัน 7 วัน (ขนาดยา 200 ug/kg)^(1,2)

2.2 ยา Benzyl benzoate แบบทามิวหนักร่วมด้วย เพื่อฆ่าเชื้อโรคติดเชื้อ (adjuvant therapy)⁽⁴⁻⁶⁾ โดยให้ใช้ทายาหลังอาบน้ำตอนเย็นหรือก่อนนอนทาเป็นแผ่นฟิล์มบาง ๆ คลุมทุกพื้นที่ของผิวหนังของร่างกายใต้คางลงมาทุกซอกทุกมุมตามซอกนิ้วมือนิ้วเท้าและใต้เล็บ แล้วทิ้งยาไว้บนผิวหนังให้ยาสัมผัสผิวหนังนานจนถึงตอนเช้าของอีกวัน และให้ทายาอีกครั้งหลังอาบน้ำ

2.3 ทุกคนที่อยู่ร่วมที่พักและสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ไม่ว่าจะมีอาการคันหรือไม่มีอาการคัน ควรได้รับการรักษาพร้อมกันภายใน 48 ชั่วโมง ควรทายาหลังอาบน้ำตอนเย็นเช็ดผิวหนังให้แห้งแล้วทายาทั่วทุกแห่งของผิวหนังยกเว้นบริเวณใบหน้าและศีรษะ

2.4 ฉายยาแก้คัน Hydroxycine tab ในกรณีที่มีอาการคันจากทางผิวหนังหรือผื่น

3. จัดกิจกรรม Big cleaning ระหว่างวันที่ 22-25 ตุลาคม 2556 ทำความสะอาดเตียงและพื้น ด้วยน้ำผสมโซเดียมไฮโปคลอไรด์ (ไฮเตอร์) ทำความสะอาดของใช้ของผู้ป่วยโดยการซักหรือล้างด้วยน้ำร้อน แล้วอบหรือตากแดดให้แห้งสนิท อุปกรณ์ที่ไม่สามารถซักหรือล้างด้วยน้ำร้อนให้แยกหรือใส่ถุงพลาสติกปิดปากถุงไว้ประมาณ 4 วัน รวมทั้งใช้เครื่องดูดฝุ่นดูดทำความสะอาดในห้องพัก

4. แนะนำแยกใช้สิ่งของที่ สามารถปนเปื้อนเชื้อได้ เช่น เครื่องนุ่งห่ม ชุดเครื่องนอน อุปกรณ์ส่วนตัวต่าง ๆ

5. ตัดเล็บผู้สูงอายุให้สั้นอยู่เสมอเพื่อป้องกันไม่ให้ตัวติดหลบอยู่ใต้เล็บ

6. ลดการนำเชื้อโรคของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล โดยเพิ่มความถี่ในการล้างมือขณะดูแลผู้สูงอายุและล้างมือด้วยสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์เจลระหว่างปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุควรใส่ถุงมือเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายโรคจนไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเพิ่มเติมอีก⁽⁷⁾

7. จัดระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ โดยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลในสถานสงเคราะห์เป็นผู้สังเกตและรายงานหากพบผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อแก่หน่วยระบาดวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้เฝ้าติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน (2 เท่าของระยะฟักตัว) จนไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม จากนั้นได้ทำการเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่องอีก 1 ปี (prolonged surveillance)⁽⁸⁾

วิจารณ์ผล

โรคติดเชื้อจากการติดเชื้อปรสิต *Sarcoptes scabiei* กลุ่มตระกูลไรมีขนาด 0.3-0.4 มิลลิเมตร การติดต่อเกิดจากการสัมผัสตัวโดยตรง หรือการใช้ของใช้ร่วมกัน ตัวติดมีชีวิตรอดอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ไม่เกิน 96 ชั่วโมงหรือ 4 วัน ระยะฟักตัว 1 วัน ถึง 6 สัปดาห์ อาการเฉพาะของโรคติดเชื้อ คือ เป็นรอยและตุ่มแดง มักพบที่ง่ามนิ้วมือและข้อมือ เท้า รักแร้ หนอก สะตือ เอว และอวัยวะเพศ ขนาด 2-3 มิลลิเมตร มีอาการคันมากอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ซึ่งเข้าได้กับอาการของผู้ป่วยในครั้งนี้

การสอบสวนโรคครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเป็นการระบาดของโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีการวินิจฉัยที่ล่าช้าในผู้ป่วยรายแรก ทำให้ได้รับการตรวจรักษาที่ล่าช้าและมีการแพร่กระจายของโรคได้มาก สอดคล้องกับรายงานการศึกษาโรคติดเชื้อในสถานเลี้ยงดูผู้สูงอายุของประเทศเนเธอร์แลนด์⁽³⁾ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการรู้ตัวของผู้สูงอายุที่ไม่ทราบอาจเนื่องจากปัญหาความจำบกพร่องหรือไม่สามารถสื่อสารแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาตรวมทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือเวลาที่แน่นอนไม่ได้ ทำให้ขาดข้อมูลที่สัญญาณบางส่วน ไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับวันเริ่มต้นที่แสดงอาการ (onset) ทั้งนี้ความหนาแน่นของผู้สูงอายุในเรือนนอน การสัมผัสใกล้ชิดกัน การใช้สิ่งของร่วมกันซึ่งเป็นไปตามวิธีการติดต่อของโรคติดเชื้อ⁽⁹⁾ จึงน่าจะเป็นสาเหตุหลักของการติดต่อจากผู้ป่วยรายแรกและรายต่อมาที่เป็น Index case โดยจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่อมีการย้ายเรือนนอนของผู้ป่วยที่เป็นระยะแพร่เชื้อทำให้เกิดการระบาดสู่

ผู้ป่วยรายต่อ ๆ มาในเรือนนอนสถานที่แห่งใหม่ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลคนเดียวกันและมีอาการป่วยด้วยโรคหิดที่ง่ามนิ้วมือเช่นกัน จึงควรเพิ่มมาตรการในการตรวจสอบก่อนย้ายเรือนนอน หรือการตรวจคัดกรองโรคหิดเชื้อก่อนผู้สูงอายุใหม่เข้าบ้านสงเคราะห์คนชรา และควรให้คำแนะนำและการปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่รายหนึ่งในเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคน

การขูดผิวหนังเพื่อส่งตรวจไม่พบเชื้อหิด อาจเกิดเนื่องมาจากตำแหน่งหรือเทคนิคการขูด ทำให้ไม่สามารถพบเชื้อและไม่มีผู้ป่วยยืนยัน อย่างไรก็ตาม การได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนังและผลการรักษาที่ให้ผลชัดเจน เป็นข้อมูลสนับสนุนการยืนยันการป่วยด้วยโรคหิดในการระบาดครั้งนี้

เมื่อผู้ป่วยได้รับยารักษาหิดแล้วมีอาการดีขึ้นและในด้านการดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี โดยไม่พบผู้ป่วยโรคหิด หรือโรคผิวหนังที่อาการคล้ายโรคหิดอีกจนปัจจุบัน

สรุปผล

เกิดการระบาดของโรคหิดในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่จริง พบผู้ป่วย 10 ราย ได้รับการรักษาโรคหิดแล้วมีอาการดีขึ้น ไม่ทราบสาเหตุการรับเชื้อในผู้ป่วยรายแรก ปัจจัยการระบาดระหว่างหอพักเกิดจากการย้ายผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อและปัจจัยเอื้อต่อการระบาดของเชื้อภายในหอพัก เกิดจากการใช้สิ่งของบางอย่างร่วมกัน การมีเตียงอยู่ติดกัน และ สุขลักษณะบางประการไม่สะอาด มีการควบคุมโรคโดยการรักษาผู้ป่วย การทำความสะอาดแหล่งรังโรค ผลการติดตามเฝ้าระวังโรคเป็นเวลา 1 ปี ไม่พบผู้ป่วยโรคหิดรายใหม่ในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีนโยบายด้านการคัดกรองโรคหิดเชื้อ (screening) ผู้สูงอายุรายใหม่ที่จะเข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ วัณโรค โรคหิด ไวรัสตับอักเสบบี เอ ตลอดจนควรคงให้ญาติผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลที่ป่วยโรคหิดเชื้อในระยะแพร่โรคเข้าเยี่ยมหรือดูแลผู้สูงอายุ
2. ควรเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อหรือหิดเชื้อ (surveillance) ในผู้สูงอายุรายเก่า ทั้งจากการกลับไปเยี่ยมบ้านของตัวผู้สูงอายุเอง หรือเวลาที่มีการย้ายเรือนนอนจากหลังหนึ่งไปสู่อีกหลังหนึ่ง ควรมีระบบการตรวจสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุ (early detection) เป็นประจำสม่ำเสมอ นอกเหนือจากการตรวจรักษาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย (คลินิกวันพุธ)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์คนชรา เจ้าหน้าที่ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้อำนวยความสะดวกช่วยเหลือและสนับสนุนในการสอบสวนและควบคุมโรคครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Buffet M, Dupin N. Current treatments for scabies. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2003; 17(2): 217-25.
2. Dourmishev AL, Dourmishev LA, Schwartz RA. Ivermectin: pharmacology and application in dermatology. *International Journal of Dermatology*. 2005; 44(12): 981-8.
3. Tjioe M, Vissers WPM. Scabies outbreaks in nursing homes for the elderly. *Drugs Aging*. 2008; 25(4): 299-306.
4. Sule Hm, Thacher Td. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate lotion for scabies in nigerian patients. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007; 76(2): 392-5.
5. Panahi Y, Poursaleh Z, Goldust M. The efficacy of topical and oral ivermectin in the treatment of human scabies. *Ann Parasitol*. 2015; 61(1): 11-6.
6. Maibach HI, Gorouhi F. *Evidence Based Dermatology: People's Medical Publishing House-USA*; 2011.
7. Division of Infectious Disease Epidemiology, Bureau for Public Health West Virginia. Guidelines for scabies outbreaks institutions (Health Care Facilities, Prisons, Dormitories, Shelters). August 2010 [cited 2015 May 10]. Available from: <http://www.dhhr.wv.gov/oeps/disease/AtoZ/Documents/Guidelines%20for%20Scabies%20outbreaks.pdf>
8. Bouvresse S, Chosidow O. Scabies in healthcare settings. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2010;23(2):111-8.
9. Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Scabies. *Curr Infect Dis Rep*. 2013; 15 (5): 426-31.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กฤษฎี ทองบรรจบ, อมรรัตน์ ฟุเต็มวงศ์, ราเชนทร์ ปินตาวงศ์, พิสิษฐวุฒิ อัยุทธ์. การสอบสวนโรคหิดในสถานสงเคราะห์คนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เดือนตุลาคม 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2559; 47: 289-96.

Suggested Citation for this Article

Thongbunjob K, Fudemwong A, Pintawong R, Ayood P. Investigation of a scabies outbreak in an elderly nursing home in Muang district, Chiang Mai, October 2013. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2016; 47: 289-96.

Investigation of a scabies outbreak in an elderly nursing home in Muang district, Chiang Mai, October 2013

Authors: Krid Thongbunjob¹, Amornrat Fudemwong², Rachen Pintawong², Pisittawoot Ayood¹

¹ *Community Medicine Department, Faculty of Medicine, Chiang Mai University*

² *Infection Control Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University*

ABSTRACT

Backgrounds: In October 10th, 2013 the Health Promotion Center at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital reported to its infectious disease control and prevention unit, there were many elders in a nursing home with signs and symptoms of scabies; intense itching of fingers, armpit, and body.

Methods: A possible outbreak of scabies was investigated and confirmed by the epidemiological team of the hospital to identify patients, control and prevention of the disease, and set up surveillance system.

Results: A total of 10 cases were identified, 9 elders and one caregivers. The attack rate was 6% (N=147 of both elders and care givers). The prevalence of scabies in two dormitories, Dorm 4 and Dorm 5, were 27% and 12%, respectively. The patients' signs and symptoms were rash and itching around trunk, arms, legs, or crook. The skin scraping exams did not find scabies mites and eggs. Control measures were comprised of oral antiparasitic treatment, laundered clothing, bedding, linens and utensils in hot water and dried using the hot cycle, or dry cleaned.

Conclusion: After one-year surveillance showed that no new case was found. The factors contributing to the outbreak were sharing of personal things (eg. clothing, towels, bedding, and furniture) especially among elders with disabilities. Delays in the diagnosis and treatment caused higher outbreak risk in the nursing home than other places. The investigation team suggested to a nursing home administration to have a screening of infectious diseases in older people who newly entered the nursing home and those who moved around the dorms. The purposes of these measures are to prevent infestation and the outbreak of the disease in the nursing home.

Keywords: scabies, elderly, nursing home, Chiang Mai

อรรถัย สุวรรณไชยรบ, นิรันดร ยิ้มจ่อหอ, วันทนีญ วัฒนสุรภิตต์, สุภาวรรณ วันประเสริฐ, ชลธิชา คำสอ, นภัสสร สะอาด, ทิวานนท์ สมนาม, ทิวานนท์ สมนาม, สุรศักดิ์ ธีเนศวรราชย์กูร์, นฤมล ใจดี, ดารินทร์ อารีโยชคชัย

ทีมตระหนักรู้ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคประจำสัปดาห์ที่ 19 ระหว่างวันที่ 8-14 พฤษภาคม 2559 ทีมตระหนักรู้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. ผู้ป่วยอหิวาตกโรค จังหวัดระยอง เป็นหญิงไทย อายุ 46 ปี อาชีพผู้ช่วยเหลือคนไข้โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง อยู่ตำบลตาขัน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง เริ่มป่วยวันที่ 7 พฤษภาคม 2559 เวลา 23.00 น. มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง ในวันที่ 8 พฤษภาคม 2559 เวลา 05.09 น. ด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน 7 ครั้ง ถ่ายเป็นน้ำมีมูกปน 10 ครั้ง ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก ใจสั่น แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน และเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ *Vibrio cholerae* O1 El Tor Ogawa ประวัติการรับประทานอาหารวันที่ 7 พฤษภาคม 2559 มื้อกลางวันรับประทานแกงเผ็ดปลาชุกด ไข่ต้ม ชื้อจากร้านขายอาหารในตลาด A มื้อเย็นนำแกงเผ็ดปลาชุกดที่เหลือมาอุ่นและรับประทานกับขนมทับทิมกรอบน้ำกะทิ ลูกชิด ใส่น้ำแข็ง ชื้อมาจากตลาด B โดยมีผู้ร่วมรับประทานขนมหวานชนิดเดียวกัน 1 คน แต่ไม่มีอาการ ทีมสอบสวนโรคเก็บตัวอย่างอุจจาระ 14 ตัวอย่าง (ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2 คน ผู้ร่วมรับประทานอาหาร 4 คน ผู้ชาย/ผู้ปรุงอาหาร จากร้านขายอาหารที่ผู้ป่วยซื้อรับประทาน 8 คน) เก็บตัวอย่างน้ำ จำนวน 5 ตัวอย่าง เก็บตัวอย่างอาหารจากร้านอาหาร 3 ตัวอย่าง ได้แก่ แกงเผ็ดปลาชุกด ปลาโอต้มหวาน และผัดวุ้นเส้น เก็บตัวอย่างน้ำแข็งจากร้านขนมหวาน 1 ตัวอย่าง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของทุกตัวอย่าง ไม่พบเชื้ออหิวาตกโรค ดำเนินการควบคุมโรคโดยทำลายเชื้อในท้องน้ำที่บ้านพักผู้ป่วยและที่โรงพยาบาลระยอง

2. ยืนยันโรคไข้กาฬหลังแอ่น 1 ราย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นชายไทย อายุ 55 ปี อาชีพข้าราชการบำนาญ อยู่ตำบลโพนงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี มีโรคประจำตัวแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เนื่องจากเคยประสบอุบัติเหตุที่ศีรษะ เริ่มป่วยวันที่ 1 พฤษภาคม 2559 ด้วยอาการไข้ เกร็ง วันที่ 2 พฤษภาคม 2559 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริก แกร็บอุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106

ครั้งต่อหน้าที่ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ต่อมามีอาการเกร็งถี่ขึ้น ตาค้าง สมองแต่ไม่พูด แพทย์ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผลการตรวจนับความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบเกล็ดเลือด 294,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ความเข้มข้นของโลหิต ร้อยละ 32.7 เม็ดเลือดขาว 21,870 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ชนิดนิวโทรฟิลร้อยละ 87 ลิมโฟไซท์ร้อยละ 6 การทำงานของไตผิดปกติ วันที่ 7 พฤษภาคม 2559 เก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลังส่งตรวจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ด้วยวิธี Latex agglutination ให้ผลบวกต่อ *Neisseria meningitidis* วันที่ 8 พฤษภาคม 2559 เก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลังส่งตรวจยืนยันด้วยวิธี Multiplex PCR ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Neisseria meningitidis* ปัจจุบันอาการดีขึ้น ประวัติเสี่ยงผู้ป่วยมีประวัติเดินทางไปวัดที่ตำบลโนนคือ อำเภอบุณฑริก แต่ไม่ได้สัมผัสผู้ที่มีอาการป่วย ทีมสอบสวนโรคดำเนินการจ่ายยาให้แก่ผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชนและบุคคลากรทางการแพทย์และเก็บตัวอย่างในผู้สัมผัสใกล้ชิด 7 ราย อยู่ระหว่างการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเฝ้าระวังผู้สัมผัสและผู้ป่วยรายใหม่

3. การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในค่ายฝึกทหารใหม่แห่งหนึ่ง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบผู้ป่วยเป็นทหารผลัดใหม่และนักเรียนค่ายวิวัฒน์พลเมือง จำนวน 131 ราย อัตราป่วยรวม ร้อยละ 59 อายุระหว่าง 17-58 ปี ในหน่วยทหารผลัดใหม่ จำนวนผู้ป่วย 97 ราย (ทั้งหมด 105 ราย) อัตราป่วยร้อยละ 92 ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 10 พฤษภาคม 2559 เวลา 07.00 น. ด้วยอาการ ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย รายสุดท้ายป่วยวันที่ 10 พฤษภาคม เวลา 19.00 น. ส่วนใหญ่มีอาการ ปวดท้องร้อยละ 68 ถ่ายเหลวร้อยละ 56 ถ่ายเป็นน้ำ ร้อยละ 24 ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงได้รับการรักษาที่หน่วยพยาบาลภายในค่ายทหาร และมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง 3 ราย ถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 1 ราย ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในส่วน

ของค่ายวิวัฒน์พลเมือง จำนวนผู้ป่วย 34 รายจากทั้งหมด 116 ราย อัตราป่วยร้อยละ 29 ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วย วันที่ 10 พฤษภาคม 2559 เวลา 13.00 น. ด้วยอาการ ถ่ายเป็นน้ำ ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย รายสุดท้ายวันที่ 10 พฤษภาคม เวลา 23.00 น. ส่วนใหญ่มีอาการ ถ่ายเหลว ร้อยละ 91 ปวดท้อง ร้อยละ 85 ปวดมวนท้อง ร้อยละ 48 ถ่ายเป็นน้ำ ร้อยละ 39 และอ่อนเพลีย ร้อยละ 33 ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาที่หน่วยพยาบาลภายในค่ายทหาร อาการดีขึ้นเกือบทุกราย แต่มีเพียง 1 รายที่ยังต้องมีการติดตามอาการ จากการสอบสวนโรคพบว่า ทั้งหน่วยทหารผลิตภัณฑ์และค่ายวิวัฒน์พลเมือง ได้รับอาหารทุกมื้อจากหน่วยบริการจุดเดียวกันคือโรงเลี้ยงในค่ายทหาร แต่ผู้ปรุงไม่มีอาการป่วย สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนทั้งสิ้น 71 ตัวอย่าง ได้แก่ ตัวอย่าง อุจจาระ 64 ตัวอย่าง Swab มือผู้ปรุงอาหาร 2 ตัวอย่าง และเก็บตัวอย่างน้ำดื่ม 5 ตัวอย่าง ส่งตรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหารที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข อยู่ระหว่างรอผลทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงให้ความรู้สุขภาพอาหารแก่นายทหารสุพรรณ (พ่อครัว) และแจ้งข้อมูลการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษแก่ผู้นำสูงสุดในค่ายทหารให้รับทราบ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่มีอาการอุจจาระร่วงไปรับการรักษาที่หน่วยพยาบาลทันที

4. ผู้ป่วยเสียชีวิตภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) เป็นเด็กหญิง สัญชาติไทย อายุ 4 เดือน 4 วัน ขณะป่วยอยู่ที่ หมู่ 5 บ้านปลวกงาม ตำบลชมพู อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก วันที่ 10 พฤษภาคม 2559 เวลา 09.00 น. ได้รับวัคซีน DTP-HB ครั้งที่ 2 OPV ครั้งที่ 2 และ IPV ครั้งที่ 1 ต่อมาเวลา 14.00 น. หลังจากรับวัคซีนประมาณ 5 ชั่วโมง เริ่มมีอาการ มีไข้ ถ่ายเหลว 3 ครั้ง ซึมลง มารดาให้ยาลดไข้รับประทานแต่อาการไม่ดีขึ้น วันที่ 11 พฤษภาคม 2559 เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเนินมะปราง ด้วยอาการมีไข้ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยมากขึ้น มีภาวะ cyanosis แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจและในวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช แพทย์วินิจฉัย Asthma ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจนับความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดพบ เม็ดเลือดขาว 34,180 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ร้อยละ 57 ชนิดนิวโทรฟิล ร้อยละ 36 ความเข้มข้นของโลหิตร้อยละ 34 เวลาต่อมาผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุกที่แขนขาทั้งสองข้าง จึงเจาะ น้ำไขสันหลัง เก็บตัวอย่าง CSF PCR for Enterovirus และผู้ป่วยเสียชีวิตลงใน

วันที่ 13 พฤษภาคม 2559 เวลา 06.25 น. แพทย์วินิจฉัยสุดท้าย สงสัย Enterovirus 71 ผลการตรวจ CSF PCR for EV ให้ผลลบ ต่อเชื้อ Enterovirus อยู่ระหว่างการเตรียมประวัติการรักษาเพื่อเข้าคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามอาการผู้ได้รับวัคซีนร่วม lot ร่วมขวด กับผู้เสียชีวิต ต่อเนื่องจนถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2559 ติดตามระบบการบริหารจัดการวัคซีนและลูกโซ่ความเย็นระดับอำเภอ ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

5. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย วันที่ 1 มกราคม-7 พฤษภาคม 2559 พบผู้ป่วยรวม 47,366 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 72.40 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 5 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.01 สัปดาห์นี้ไม่มีรายงานการระบาดหรือเสียชีวิต

สถานการณ์ขณะนี้จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับร้อยละของILI ที่มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยสัปดาห์ที่ 16-18 มีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 2.1-2.2 อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในป็นัยสูงกว่าปีที่แล้วและค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (รูปที่ 1)

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของสำนักโรคระบาดวิทยา พบว่าในสัปดาห์ที่ 12-15

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดที่พบมากที่สุด คือ ชนิดบี รองลงมา คือ ชนิดเอ H1N1/2009

สถานการณ์ต่างประเทศ

สถานการณ์โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N6 ในคน สาธารณรัฐประชาชนจีน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - วันที่ 7 พฤษภาคม 2559 จำนวนผู้ป่วยสะสม 13 ราย ในช่วงวันที่ 21 เมษายน-2 พฤษภาคม 2559 มีผู้ป่วยเพิ่มเติม 3 ราย ในพื้นที่ใหม่ ได้แก่ มณฑลหูเป่ย์ หูหนาน และอานฮุย อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกยังไม่ได้ประกาศมาตรการจำกัดการเดินทางหรือการค้าระหว่างประเทศ รวมถึงไม่ได้กำหนดให้มีการคัดกรองผู้เดินทาง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ เพียงแต่แจ้งเตือนนักท่องเที่ยวให้หลีกเลี่ยงฟาร์มสัตว์ปีก ตลาดค้าสัตว์ปีก และรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความเข้มข้นในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมรุนแรง และมีประวัติเดินทางหรือเพิ่งกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง หากพบผู้ป่วยยืนยันให้รายงานต่อองค์การอนามัยโลกตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และดำเนินการตามแผนรับมือระดับชาติต่อไป



ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 สัปดาห์ที่ 19

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 19th week 2016

Disease	2016				Case* (Current 4 week)	Mean** (2011-2015)	Cumulative	
	Week 16	Week 17	Week 18	Week 19			2016	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	1	0	1	3	42	1
Influenza	1117	776	479	121	2493	2463	48115	3
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	1	7	1
Measles	24	17	9	3	53	207	363	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	3	1
Pertussis	3	0	0	0	3	2	10	0
Pneumonia (Admitted)	3396	2835	1921	835	8987	11588	80822	116
Leptospirosis	22	24	22	4	72	157	556	5
Hand, foot and mouth disease	325	319	266	72	982	1841	11729	1
Total D.H.F.	507	352	203	65	1127	5810	17170	14

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และ สำนักระบาดวิทยา: 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 จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยสงสัยโรคไข้เลือดออก รายเดือนตามวันเริ่มป่วย และจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 (1 มกราคม-16 พฤษภาคม 2559)

TABLE 3 Reported cases and deaths of suspected Dengue fever and Dengue hemorrhagic fever under surveillance by date of onset, by province, Thailand, 2016 (January 1 - May 16, 2016)

REPORTING AREAS	2016													CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2015	
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL				
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C				D
Total	7062	4118	3708	2014	268	0	17170	14	26.24	0.08	65,426,907						
Northern Region	660	450	545	374	55	0	2084	3	17.43	0.14	11,959,533						
ZONE 1	209	127	159	193	45	0	733	0	12.68	0.00	5,781,324						
Chiang Mai	81	28	46	62	23	0	0	0	0	0	0	0	240	0	14.09	0.00	1,703,263
Lamphun	34	12	17	21	1	0	0	0	0	0	0	0	85	0	20.94	0.00	405,927
Lampang	23	23	28	16	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0	11.96	0.00	752,685
Phrae	13	9	15	4	2	0	0	0	0	0	0	0	43	0	9.49	0.00	453,213
Nan	2	6	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	3.76	0.00	478,890
Phayao	8	6	2	25	1	0	0	0	0	0	0	0	42	0	8.69	0.00	483,550
Chiang Rai	33	22	19	32	16	0	0	0	0	0	0	0	122	0	9.82	0.00	1,242,825
Mae Hong Son	15	21	25	30	2	0	0	0	0	0	0	0	93	0	35.64	0.00	260,971
ZONE 2	212	145	207	108	4	0	676	2	19.32	0.30	3,498,728						
Uttaradit	14	8	28	18	1	0	0	0	0	0	0	0	69	1	15.00	1.45	460,084
Tak	48	31	47	27	2	0	0	0	0	0	0	0	155	0	26.77	0.00	578,968
Sukhothai	41	19	43	11	0	0	0	0	0	0	0	0	114	0	18.93	0.00	602,085
Phitsanulok	92	53	44	23	1	0	0	0	0	0	0	0	213	1	24.73	0.47	861,194
Phetchabun	17	34	45	29	0	0	0	0	0	0	0	0	125	0	12.55	0.00	996,397
ZONE 3	265	190	193	80	6	0	734	1	24.37	0.14	3,011,449						
Chai Nat	26	12	14	7	0	0	0	0	0	0	0	0	59	0	17.77	0.00	331,968
Nakhon Sawan	128	76	77	24	2	0	0	0	0	0	0	0	307	0	28.63	0.00	1,072,349
Uthai Thani	40	20	23	11	1	0	0	0	0	0	0	0	95	0	28.74	0.00	330,543
Kamphaeng Phet	26	26	29	18	2	0	0	0	0	0	0	0	101	0	13.84	0.00	729,839
Phichit	45	56	50	20	1	0	0	0	0	0	0	0	172	1	31.46	0.58	546,750
Central Region*	3913	1953	1422	672	65	0	8025	4	35.93	0.05	22,337,125						
Bangkok	1917	824	523	227	10	0	0	0	0	0	0	0	3501	0	61.48	0.00	5,694,347
ZONE 4	466	279	218	101	7	0	1071	0	20.51	0.00	5,221,125						
Nonthaburi	144	43	32	21	2	0	0	0	0	0	0	0	242	0	20.44	0.00	1,183,791
Pathum Thani	88	36	28	17	3	0	0	0	0	0	0	0	172	0	15.86	0.00	1,084,154
P.Nakhon S.Ayutthaya	77	61	48	38	2	0	0	0	0	0	0	0	226	0	28.04	0.00	805,980
Ang Thong	15	9	17	5	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0	16.23	0.00	283,371
Lop Buri	80	75	63	9	0	0	0	0	0	0	0	0	227	0	29.93	0.00	758,531
Sing Buri	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1.89	0.00	211,792
Saraburi	50	34	19	11	0	0	0	0	0	0	0	0	114	0	17.94	0.00	635,567
Nakhon Nayok	11	19	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	15.51	0.00	257,939
ZONE 5	637	305	251	124	16	0	1333	3	25.59	0.23	5,209,561						
Ratchaburi	93	53	34	13	0	0	0	0	0	0	0	0	193	0	22.43	0.00	860,549
Kanchanaburi	44	18	25	7	0	0	0	0	0	0	0	0	94	1	10.86	1.06	865,172
Suphan Buri	43	26	33	25	0	0	0	0	0	0	0	0	127	0	14.95	0.00	849,376
Nakhon Pathom	216	87	60	32	6	0	0	0	0	0	0	0	401	0	44.79	0.00	895,207
Samut Sakhon	155	51	32	12	0	0	0	0	0	0	0	0	250	2	46.41	0.80	538,671
Samut Songkhram	21	9	8	4	1	0	0	0	0	0	0	0	43	0	22.13	0.00	194,283
Phetchaburi	42	33	31	21	9	0	0	0	0	0	0	0	136	0	28.55	0.00	476,391
Prachuap Khiri Khan	23	28	28	10	0	0	0	0	0	0	0	0	89	0	16.80	0.00	529,912
ZONE 6	867	533	416	213	32	0	2061	1	35.05	0.05	5,880,124						
Samut Prakan	268	147	102	41	3	0	0	0	0	0	0	0	561	1	44.16	0.18	1,270,420
Chon Buri	217	123	90	43	4	0	0	0	0	0	0	0	477	0	33.17	0.00	1,438,231
Rayong	143	85	79	67	14	0	0	0	0	0	0	0	388	0	56.92	0.00	681,696
Chanthaburi	58	40	44	14	8	0	0	0	0	0	0	0	164	0	30.99	0.00	529,194
Trat	36	34	14	19	0	0	0	0	0	0	0	0	103	0	45.36	0.00	227,083
Chachoengsao	59	36	43	13	3	0	0	0	0	0	0	0	154	0	22.06	0.00	698,190
Prachin Buri	38	32	21	2	0	0	0	0	0	0	0	0	93	0	19.34	0.00	480,755
Sa Kaeo	48	36	23	14	0	0	0	0	0	0	0	0	121	0	21.82	0.00	554,555

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยสงสัยโรคไข้เลือดออก รายเดือนตามวันเริ่มป่วย และจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 (1 มกราคม-16 พฤษภาคม 2559)

TABLE 3 Reported cases and deaths of suspected Dengue fever and Dengue hemorrhagic fever under surveillance by date of onset, by province, Thailand, 2016 (January 1 - May 16, 2016)

REPORTING AREAS	2016														CASE	CASE	POP.
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)														RATE PER	FATALITY	DEC. 31, 2015
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	100,000.00	RATE	
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	POP.	(%)	
NORTH-EASTERN REGION	1480	1003	1229	666	105	0	4483	5	20.49	0.11	21,880,646						
ZONE 7	332	231	274	137	16	0	990	0	19.60	0.00	5,049,920						
Khon Kaen	100	51	50	25	9	0	0	0	0	0	0	0	235	0	13.10	0.00	1,794,032
Maha Sarakham	56	53	64	35	1	0	0	0	0	0	0	0	209	0	21.71	0.00	962,592
Roi Et	118	92	103	41	3	0	0	0	0	0	0	0	357	0	27.29	0.00	1,308,241
Kalasin	58	35	57	36	3	0	0	0	0	0	0	0	189	0	19.19	0.00	985,055
ZONE 8	106	84	140	81	21	0	432	0	7.84	0.00	5,511,930						
Bungkan	21	25	21	1	2	0	0	0	0	0	0	0	70	0	16.68	0.00	419,607
Nong Bua Lam Phu	15	7	16	12	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0	9.81	0.00	509,469
Udon Thani	12	9	11	5	2	0	0	0	0	0	0	0	39	0	2.48	0.00	1,572,726
Loei	26	28	40	31	5	0	0	0	0	0	0	0	130	0	20.42	0.00	636,666
Nong Khai	16	4	21	6	1	0	0	0	0	0	0	0	48	0	9.26	0.00	518,420
Sakon Nakhon	8	3	10	17	10	0	0	0	0	0	0	0	48	0	4.21	0.00	1,140,673
Nakhon Phanom	8	8	21	9	1	0	0	0	0	0	0	0	47	0	6.58	0.00	714,369
ZONE 9	575	388	372	184	26	0	1545	3	22.93	0.19	6,737,604						
Nakhon Ratchasima	187	115	138	67	11	0	0	0	0	0	0	0	518	1	19.74	0.19	2,624,668
Buri Ram	96	85	72	25	2	0	0	0	0	0	0	0	280	2	17.70	0.71	1,581,955
Surin	226	139	122	76	9	0	0	0	0	0	0	0	572	0	41.05	0.00	1,393,330
Chaiyaphum	66	49	40	16	4	0	0	0	0	0	0	0	175	0	15.38	0.00	1,137,651
ZONE 10	467	300	443	264	42	0	1516	2	33.09	0.13	4,581,192						
Si Sa Ket	188	127	203	100	7	0	0	0	0	0	0	0	625	2	42.60	0.32	1,467,006
Ubon Ratchathani	226	133	183	117	31	0	0	0	0	0	0	0	690	0	37.28	0.00	1,851,049
Yasothon	17	24	17	16	4	0	0	0	0	0	0	0	78	0	14.44	0.00	540,197
Amnat Charoen	20	11	31	25	0	0	0	0	0	0	0	0	87	0	23.15	0.00	375,881
Mukdahan	16	5	9	6	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	10.37	0.00	347,059
Southern Region	1009	712	512	302	43	0	2578	2	27.87	0.08	9,249,603						
ZONE 11	498	346	232	137	20	0	1233	0	28.13	0.00	4,383,957						
Nakhon Si Thammarat	263	174	102	38	10	0	0	0	0	0	0	0	587	0	37.86	0.00	1,550,278
Krabi	41	45	41	36	4	0	0	0	0	0	0	0	167	0	36.35	0.00	459,456
Phangnga	41	25	13	15	0	0	0	0	0	0	0	0	94	0	35.78	0.00	262,721
Phuket	67	42	45	28	4	0	0	0	0	0	0	0	186	0	48.63	0.00	382,485
Surat Thani	44	34	25	14	2	0	0	0	0	0	0	0	119	0	11.40	0.00	1,043,501
Ranong	13	12	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	17.55	0.00	182,313
Chumphon	29	14	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	48	0	9.54	0.00	503,203
ZONE 12	511	366	280	165	23	0	1345	2	27.64	0.15	4,865,646						
Songkhla	218	145	119	61	11	0	0	0	0	0	0	0	554	0	39.40	0.00	1,405,939
Satun	19	30	15	4	0	0	0	0	0	0	0	0	68	1	21.64	1.47	314,297
Trang	34	32	30	22	0	0	0	0	0	0	0	0	118	1	18.44	0.85	639,770
Phatthalung	41	31	25	21	5	0	0	0	0	0	0	0	123	0	23.58	0.00	521,570
Pattani	65	50	35	36	5	0	0	0	0	0	0	0	191	0	27.68	0.00	690,104
Yala	28	22	12	9	0	0	0	0	0	0	0	0	71	0	13.79	0.00	515,025
Narathiwat	106	56	44	12	2	0	0	0	0	0	0	0	220	0	28.24	0.00	778,941

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



กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมควบคุมโรค
สำนักโรคระบาดวิทยา

สำนักโรคระบาดวิทยา กรม
ควบคุมโรค
หน่วยงานราชการ

เพิ่มปุ่ม | ถูกใจแล้ว | ข้อความ | ...

**ติดตามข้อมูลข่าวสารและบทความวิชาการ
การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ได้ที่ Facebook Fan Page สำนักโรคระบาดวิทยา**

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 47 ฉบับที่ 19 : 20 พฤษภาคม 2559 Volume 47 Number 19 : May 20, 2016

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 1,000 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
E-mail: weekly.wesr@gmail.com, panda_tid@hotmail.com

ที่ สธ. 0420.3/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 23/2552
ไปรษณีย์กระทรวง

ผู้จัดทำ

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1784
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tivanond Road, Nonthaburi, Thailand, 11000
Tel (66) 2590-1723, (66)2590-1827 FAX (66) 2590-1784