



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 40 ฉบับที่ 14 : 17 เมษายน 2552

Volume 40 Number 14 : April 17, 2009

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

การสอบสวนทางระบาดวิทยา

การศึกษาการระบาดของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อแคลลิลีไวรัส ในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2549

(Caliciviral Gastroenteritis Outbreak in a Private School-Bangkok, 2006)

✉ nutsaint@hotmail.com

พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ และคณะ Pongtorn Chartpituck et al.

ความเป็นมา

แคลลิลีไวรัส (*Calicivirus*) เป็นไวรัสในตระกูลแคลลิลีวิรีดี (*Caliciviridae*) ซึ่งมี 4 Genus ได้แก่ *Norovirus*, *Sapovirus*, *Vesivirus*, และ *Lagovirus*, ซึ่ง *Norovirus* และ *Sapovirus* สามารถแพร่ระบาดได้ในคน *Norovirus* เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยสำหรับภาระระบาดของโรคอุจจาระร่วงในสหรัฐอเมริกาที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย การระบาดมักเกิดขึ้นในโรงเรียน สถานเลี้ยงเด็ก หรือ ค่ายต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 13 ของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสทั้งหมด ซึ่งการถ่ายทอดเชื้อไวรัสก่อโรคนี้อาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อน อย่างไรก็ตามการติดเชื้อไวรัสนี้ผ่านทางเดินหายใจก็สามารถเกิดขึ้นได้

วันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2549 ผู้ปกครองของนักเรียนในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (กทม.) แจ้งแพทย์นักระบาดวิทยาท่านหนึ่งซึ่งรู้จักกันว่ามีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงในโรงเรียนแห่งนี้ช่วงต้นเดือนกันยายน มีนักเรียนมากกว่า 100 รายป่วยด้วยอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และถ่ายเหลว เมื่อสำนักโรคระบาดวิทยาได้รับข่าวจึงส่งทีมออกสอบสวนโรค ระหว่างวันที่ 11 – 19 กันยายน พ.ศ. 2549 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ค้นหาสาเหตุของการระบาด ปัจจัยเสี่ยงและแหล่งรังโรค และดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในโรงเรียน

วิธีการศึกษา

การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยทบทวนสถานการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในกทม. และปริมณฑล โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองให้ผู้ปกครองทั้งหมดของนักเรียนในโรงเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉลี่ยในโรงเรียนแห่งนี้เท่ากับ 1.32 คนต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.56 และในวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ.2549 อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงในโรงเรียนแห่งนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมกับสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($Mean + 2 SD$) ร่วมกับระยะฟักตัวของโรคอุจจาระร่วงอยู่ในช่วงประมาณ 1 – 2 วัน ทีมสอบสวนโรคจึงได้กำหนดนิยามโรคของผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) คือ นักเรียนในโรงเรียนเอกชนแห่งนี้ที่มีถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ถ่ายเป็นน้ำ ถ่ายมีเลือดปน หรืออาเจียน หรือมีไข้ร่วมกับมีอาการปวดท้องระหว่างวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2549 และผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการติดเชื้อแคลลิลีไวรัส

สัมภาษณ์ครูในโรงเรียน ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ สืบหาสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน ได้แก่ ห้องเรียน โรงอาหารครัว และห้องสุขา เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เก็บตัวอย่างอุจจาระของนักเรียนที่ยังมีอาการอุจจาระร่วง และเก็บตัวอย่าง



สารบัญ

◆ การศึกษาการระบาดของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อแคลลิลีไวรัสในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2549	225
◆ ทบทวนความเข้าใจ : ระบาดวิทยา	230
◆ สรุปการตรวจข่าวของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 5 – 11 เมษายน 2552	232
◆ สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังไข้หวัดนกประจำสัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 5 – 11 เมษายน 2552	233
◆ สถานการณ์โรคไข้ซิกนุกุนยา ข้อมูล ณ วันที่ 9 เมษายน 2552	234
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 5 – 11 เมษายน 2552	235

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน	นายแพทย์ประยูร กุณาศล
นายแพทย์ธวัช จายนีโยธิน	นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายอองอาจ เจริญสุข	ว่าที่ ร.ต. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

ผู้ช่วยหัวหน้ากองบรรณาธิการ

พงษ์ศิริ วัฒนาศูรศักดิ์	บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์
สุเทพ อุทัยฉาย	อภิชาญ ทองใบ
สิริลักษณ์ รังมีวงศ์	ณัฐบัณฑิต นิยมมานุชชรัตน์

กองบรรณาธิการวิชาการหลัก แพทย์หญิงสุลีพร จิระพงษา

กองบรรณาธิการดำเนินงาน

ฝ่ายข้อมูล	ลัดดา ลิขิตอึ้งวรา	สมาน สุขุมภูรุจินันท์
	น.สพ.ธีรศักดิ์ ชักนำ	สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์
	อัญชญา วากัส	ประเวศน์ แยมชื่น
ฝ่ายจัดการ	วรรณศิริ พรหมโชติชัย	นงลักษณ์ อยู่ดี
	กฤตติกาณ์ มาท้วม	พูนทรัพย์ เปี่ยมฉนิ
	สมหมาย ยิ้มขลิบ	เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ ประมวล ทุมพงษ์ ณัฐนี เดียวต่อสกุล

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์
ณัฐบัณฑิต นิยมมานุชชรัตน์

ผู้เขียนบทความการสอบสวนทางระบาดวิทยา

พงศ์ธร ชาติพิทักษ์¹ Pongtorn Chartpituck¹

นงนุช มารินทร์¹ N. Marine¹

อภิัญญา ชไมเซอร์¹ A. Schmeicer¹

ปณิธิ ชัมมวิจยะ² P.Thammawitjaya²

วรรณมา หาญเขาวัวรกุล² W. Hanshaoworakul²

สุลีพร จิระพงษา² C. Jiraphongsa²

¹โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

¹ Field Epidemiology Training Program, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

² สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

² Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

อุจจาระของผู้ประกอบอาหารทั้งหมดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) และเพาะเชื้อไวรัสและแบคทีเรียเก็บตัวอย่าง Hand swab จากผู้ประกอบอาหาร ส่งตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย

การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ ด้วยวิธี Retrospective cohort study ในนักเรียนทั้งหมด โดยใช้โปรแกรม Epi-Info 3.2.2 เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง นำเสนอค่า Crude risk ratio และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) ในกรณีวิเคราะห์ตัวแปรกลุ่ม (Categorical data), t - statistic และ p-value สำหรับตัวแปรปริมาณ (Continuous data)

ผลการศึกษา

โรงเรียนเอกชนแห่งนี้เป็นเปิดทำการสอนเป็นครั้งแรกในเดือนเมษายน พ.ศ.2549 มีนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 รวมจำนวน 678 คน มีครู 97 คน เจ้าหน้าที่อื่น ๆ จำนวน 14 คน และพ่อครัวแม่ครัวจำนวน 20 คน

จากข้อมูลรายงาน 506 พบว่าเดือนสิงหาคม พ.ศ.2549 มีผู้ป่วยอุจจาระร่วงในทม.สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยรวมกับสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 2 SD) (รูปที่ 1) จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมภายในโรงเรียนแห่งนี้ พบครู 3 คนมีอาการป่วยตามนิยามโรค จากผู้ปกครองของนักเรียน 678 คน ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 461 ชุด (อัตราตอบกลับ ร้อยละ 68) โดยพบเด็กนักเรียนมีอาการป่วยตามนิยามโรค 174 คน (อัตราป่วย ร้อยละ 37.7) ค่ามัธยฐานของอายุผู้ป่วยที่เป็นนักเรียนเท่ากับ 7 ปี (2 - 12 ปี) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 1.12 ค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่มีอาการป่วยเท่ากับ 4 วัน (น้อยกว่า 1 วัน - 12 วัน) นักเรียน 39 คนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่ากับ 3 วัน (1 - 5 วัน) อาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ ปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 91.4 ถ่ายเป็นน้ำคิดเป็นร้อยละ 88.5 และอาเจียนคิดเป็นร้อยละ 76.4 ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61.9) มีไข้ และพบอาการถ่ายมีเลือดปนเพียง 3 คน (ร้อยละ 1.7) พบอัตราป่วยสูงสุดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5, 6 และ 1 เท่ากับร้อยละ 52.8, 45.0 และ 43.1 ตามลำดับ จากกราฟเส้นโค้งการระบาด (Epidemic Curve) มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในวันที่ 29 สิงหาคม และสูงที่สุดในวันที่ 1 กันยายน หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลง แต่ยังคงพบผู้ป่วยอยู่เรื่อย ๆ จนถึงวันที่ 12 กันยายน (รูปที่ 2) ซึ่งรูปแบบของการระบาดนี้เป็นลักษณะของ Continuous common source

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อแคลลิลีไวรัสในตัวอย่างอุจจาระของนักเรียน 2 คน จากทั้งหมด 3 คนที่ยังคงมีอาการอุจจาระร่วงระหว่างสอบสวนโรค และตรวจพบเชื้อ Salmonella group E

(serovar Anatum) จาก Rectal swab ของนักเรียน 1 คนที่พบเชื้อ แคลลิดีไวรัสในอุจจาระด้วย สำหรับตัวอย่างอุจจาระที่เก็บจาก แม่ครัว 6 คน จากทั้งหมด 8 คนพบเชื้อแคลลิดีไวรัสจำนวน 5 คน (ร้อยละ 83.3) สำหรับแม่ครัว 1 คนจากทั้งหมด 3 คนที่ส่งตรวจ Hand Swab พบเชื้อ *Staphylococcus aureus* Coag +ve MSSA แต่ไม่พบ Enterotoxin genes (SEA – SEE) ที่ทำให้เกิดพิษในอาหาร ซึ่งแม่ครัวคนนี้พบเชื้อแคลลิดีไวรัสในตัวอย่างอุจจาระด้วย และตัวอย่างน้ำจากจุดจ่ายน้ำดื่มในโรงอาหารและจากห้องน้ำพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียน้อยกว่า 2 ตัวต่อ 100 มิลลิลิตร และไม่พบแบคทีเรียก่อโรคอื่นๆ

จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนพบว่า ห้องเรียนจะถูกทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด และน้ำยาฆ่าเชื้อทุกวัน หน้าต่างห้องเรียนจะปิดตลอดเวลาเนื่องจากใช้เครื่องปรับอากาศ และจะเปิดหน้าต่างทำความสะอาดในวันหยุด ห้องน้ำทุก ๆ ห้องจะมีจุดให้นักเรียนล้างมือ และครูจะเป็นคนกำกับดูแลเด็กนักเรียนให้ล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหาร ทั้งนี้ น้ำสำหรับใช้ภายในโรงเรียนขนาด 15,000 ลิตรจะถูกทำความสะอาดทุก ๆ 3 เดือน มีเครื่องกรองน้ำสำหรับน้ำดื่มและทุกจุดน้ำดื่มจะมีแก้วน้ำพลาสติกสำหรับดื่มซึ่งจะถูกล้างทำความสะอาดทุก ๆ ช่วงพัก ก่อนถูกนำกลับมาใช้ใหม่ อย่างไรก็ตามบางครั้งแก้วน้ำมีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณนักเรียนที่มาใช้ ทำให้มีการใช้แก้วน้ำร่วมกันบ้าง แต่หลังจากที่จำนวนนักเรียนที่ป่วยเพิ่มขึ้น ก็ได้มีการเปลี่ยนมาใช้แก้วกระดาษที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง นักเรียนทั้งหมดในโรงเรียนจะรับประทานอาหารแบบเดียวกันแต่ละมื้ออาหาร แต่จะมีบางรายการที่เพิ่มขึ้นมาให้สำหรับครูและเจ้าหน้าที่ โดยที่อาหารสดที่นำมาปรุงจะซื้อมาจากตลาดสดทุกวัน จากการสำรวจพบว่าแม่ครัวบางคนไม่ได้ใส่ถุงมือในการประกอบอาหาร อาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว จะถูกเก็บไว้ในถาดหรือจานโดยมีแผ่นพลาสติกปิดไว้ และเครื่องครัวทั้งหมดจะถูกทำความสะอาดด้วยน้ำยาล้างจานหลังจากนักเรียนรับประทานอาหารมื้อกลางวันแล้ว

การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ จากแบบสอบถามจำนวน 461 ชุด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีอายุมากกว่ากลุ่มไม่ป่วย เท่ากับ 1.5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.5 ปี และ 6.0 ปี) (t statistic = 6.69, p -value < 0.05) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยกับการที่มีผู้ป่วยอุจจาระร่วงในครอบครัว (RR = 1.67, 95%CI = 1.30 – 2.15) และในบ้านใกล้เคียง (RR = 1.42, 95%CI = 1.10 – 1.84) พบว่าประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอุจจาระร่วงเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่ง (RR = 1.56, 95%CI = 1.11 – 2.30) และการเรียนในชั้นอนุบาลศึกษาเป็นปัจจัยป้องกัน (RR = 0.23, 95%CI = 0.16 – 0.35) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเพศ

วิจารณ์ผล

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่พบได้บ่อยที่สุด คือการติดเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย ในขณะที่เด็กที่ไม่มีไข้และอุจจาระร่วงไม่มีเลือด มีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเป็นส่วนใหญ่ ในประเทศไทยเชื้อนอโรไวรัส และโรตาไวรัสเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก ซึ่งอาการทางคลินิกในเชื้อทั้ง 2 ชนิดไม่มีความแตกต่างกัน การระบาดของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อที่ไม่ใช่แบคทีเรียในทุกกลุ่มอายุ ส่วนมากเกิดจากเชื้อแคลลิดีไวรัส แต่สำหรับโรคประจำถิ่นโรตาไวรัสจะพบได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือน – 2 ปี สำหรับการระบาดครั้งนี้เกิดในกลุ่มนักเรียนชั้นอนุบาลปีที่ 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุตั้งแต่ 2 – 14 ปี ในช่วงฤดูฝน ซึ่งมักจะพบโรตาไวรัส และแคลลิดีไวรัสได้บ่อย

จากการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ พบว่าการเรียนในชั้นอนุบาลเป็นปัจจัยป้องกันโรค ซึ่งส่งผลให้อายุเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่ป่วย สาเหตุของการระบาดครั้งนี้ อาจจะมาจากการรับประทานอาหารที่เด็กนักเรียนอนุบาลไม่ชอบหรือไม่ได้รับประทาน เช่น อาหารบางชนิดที่มีรสเผ็ดซึ่งอาจจะมิใช่เชื้อไวรัส หรือแบคทีเรียปนเปื้อนจากแม่ครัวซึ่งปรุงอาหาร โดยไม่ได้ใส่ถุงมือ อย่างไรก็ตาม การสอบสวนโรคในครั้งนี้เริ่มต้นค่อนข้างช้า จึงไม่สามารถสอบถามประวัติการรับประทานอาหารเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ การระบาดของโรคในครั้งนี้มีลักษณะการแพร่เชื้อในชั้นทุติยภูมิหรือตติยภูมิ จากหลักฐานของกราฟเส้นโค้งการระบาดแบบ Continuous common source และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กนักเรียนกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในครอบครัว และในละแวกบ้านใกล้เคียง อย่างไรก็ตามเราไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยในครอบครัวติดเชื้อมาจากเด็กนักเรียน เนื่องจากมีผู้ป่วยในครอบครัวถึง 15 ครอบครัวจาก 24 ครอบครัว ที่มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วยเด็กนักเรียน นอโรไวรัสมีจำนวนเชื้อขั้นต่ำที่ก่อให้เกิดโรคน้อย (< 100 viral particles) ทำให้สามารถแพร่กระจายแบบละอองฝอย (droplet) หรือผ่านสิ่งของ (fomite) จากคนสู่คน หรือการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้ ระยะเวลา Viral shedding ที่ยาวนานซึ่งเกิดขึ้นได้กับผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ จะเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายในชั้นทุติยภูมิ โดยเฉพาะการแพร่เชื้อจากผู้ประกอบอาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านอโรไวรัสสามารถตรวจพบได้ในอุจจาระหลังจากการติดเชื้อนานถึง 2 สัปดาห์ เช่นเดียวกับในการศึกษานี้ ตรวจพบเชื้อโรตาไวรัสได้ในตัวอย่างอุจจาระของนักเรียนคนหนึ่ง โดยที่เก็บหลังจากที่เด็กนักเรียนคนนั้นเริ่มแสดงอาการวันแรกถึง 14 วัน มีการศึกษาหนึ่งในบราซิลพบว่าการแพร่ระบาดของเชื้อแคลลิดีไวรัสสามารถพบได้ทุกเดือน และพบได้ชุกชุมในช่วงฤดูฝน เช่นเดียวกับในการศึกษารุ่นนี้ แต่ใน

การศึกษาอื่น ๆ พบว่า แคลลิดีไวรัส โดยเฉพาะนอโรไวรัสจะพบในช่วงฤดูหนาวของปี อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างตามฤดูกาลอาจแตกต่างกันตามอุณหภูมิ และภูมิประเทศเขตร้อน ในการศึกษาที่พบผู้ป่วยนักเรียนคนหนึ่งมีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อทั้งเชื้อ Salmonella group E (serovar Anatum) และเชื้อแคลลิดีไวรัส นักเรียนคนนี้มีอาการท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ไม่มีไข้ และถ่ายอุจจาระไม่มีเลือดปน ซึ่งสาเหตุการป่วยน่าจะเป็นอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสมากกว่า

สรุปผลการศึกษา

มีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อแคลลิดีไวรัสในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในกทม. ช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2549 สาเหตุของการระบาดอาจมาจากอาหารบางชนิดที่ปนเปื้อนมาจากผู้ประกอบอาหาร และ/หรือการติดเชื้อจากนักเรียนสู่นักเรียน มีผู้ป่วยทุติภูมิเกิดขึ้นในเด็กนักเรียน และในครอบครัวของผู้ป่วยเด็กนักเรียน

ข้อจำกัด

ในการศึกษานี้ นักเรียนทั้งหมดรับประทานอาหารกลางวันที่มีรายการอาหารแบบเดียวกัน แต่มีข้อจำกัดเรื่องการออกสอบสวนโรคหลังเกิดการระบาดนานหลายสัปดาห์แล้ว ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่จำไม่ได้ว่าตนเองรับประทานหรือไม่ได้รับประทานอาหารชนิดใดบ้าง ถึงแม้ว่าผู้สัมภาษณ์จะใช้ตารางอาหารกลางวันประกอบการถามแล้วก็ตาม และไม่สามารถเก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจได้เนื่องจากไม่มีตัวอย่างอาหารเหลือ Misclassification of cases อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาเชิงวิเคราะห์เป็นเพียงผู้ป่วยสงสัยซึ่งไม่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ และ Recall bias ของข้อมูลปัจจัยเสี่ยงเกิดขึ้นได้เช่นกันในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

นอกเหนือไปจากโรตาไวรัสแล้ว แคลลิดีไวรัสก็เป็นเชื้ออีกชนิดหนึ่งที่ควรคำนึงถึงในการระบาดของโรคอุจจาระร่วงในทุก ๆ กลุ่มอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาหารล้างมือและใส่ถุงมือขณะประกอบอาหารเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเดินอาหาร ซึ่งรวมถึงโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อแคลลิดีไวรัส

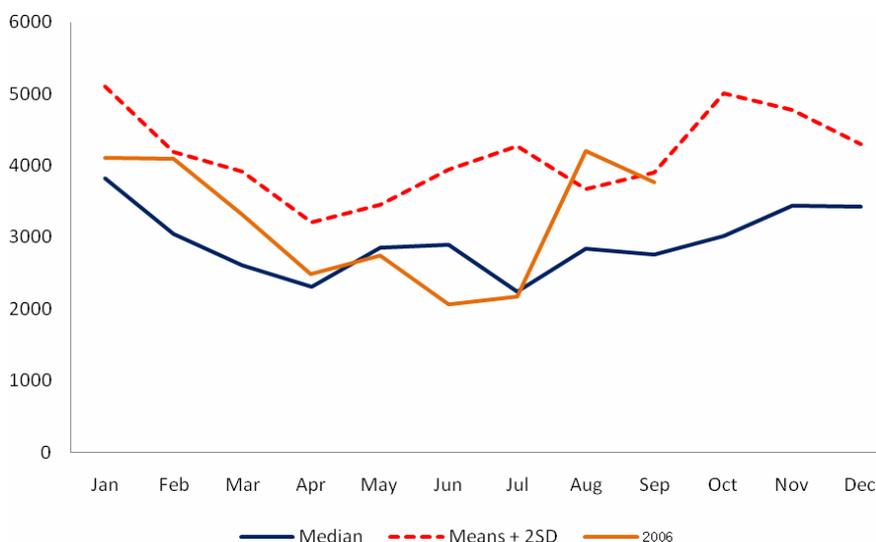
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์เยาวภา พงษ์สุวรรณ (ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) ที่ช่วยตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ทั้งในเชื้อแคลลิดีไวรัส โรตาไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย

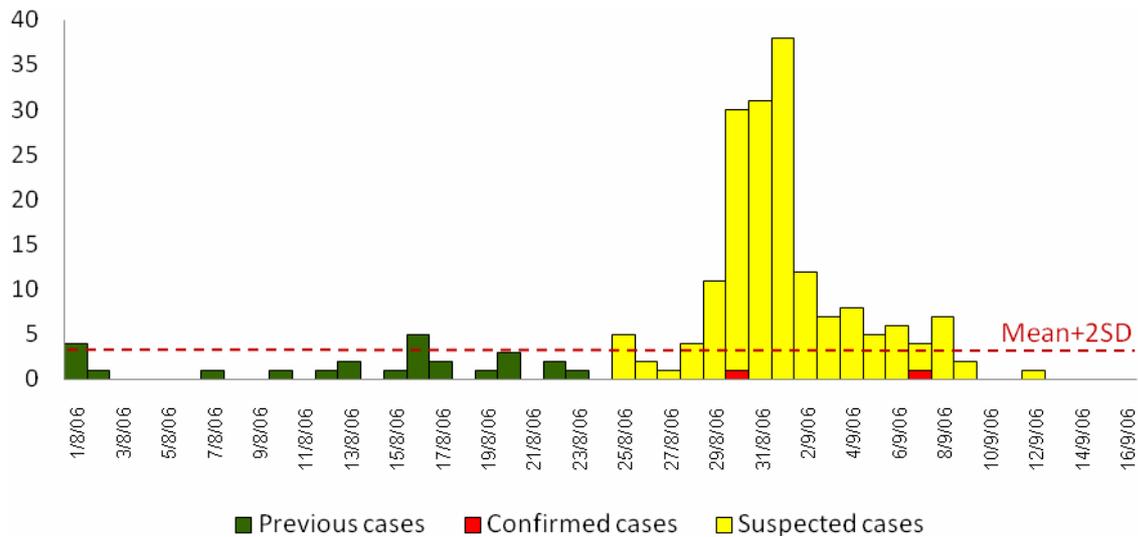
เอกสารอ้างอิง

1. Parashar U, Quiroz ES, Mounts AW, Monroe SS, Fankhauser RL, Ando T, Noel JS, Bulens SN, Beard SR, Li JF, Bresee JS, Glass RI. "Norwalk-like viruses". Public health consequences and outbreak management. MMWR Recomm Rep. 2001 Jun 1;50(RR-9):1-17.
2. Bureau of epidemiology, Department of disease control, 2001 – 2006. Annual Epidemiological Surveillance Report. Thailand Ministry of Public Health.
3. Guntapong R, Hansman GS, Oka T, Ogawa S, Kageyama T, Pongsuwanna Y, Katayama K. Norovirus and sapovirus infections in Thailand. Jpn J Infect Dis. 2004 Dec;57(6):276-8.
4. Jiraphongsa C, Bresee JS, Pongsuwanna Y, Kluabwang P, Poonawagul U, Arpornitip P, Kanoksil M, Prensri N, Intusoma U; Epidemiology and burden of rotavirus diarrhea in Thailand: results of sentinel surveillance. J Infect Dis. 2005 Sep 1;192 Suppl 1:S87-93.

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยอุจจาระร่วงรายเดือนในกทม. ปีพ.ศ. 2549 เปรียบเทียบกับมัธยฐาน (Median) และค่าเฉลี่ยรวมกับสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 2 SD) ของจำนวนผู้ป่วยในกทม. ปีพ.ศ. 2544 - 2548



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในกทม.ตามวันเริ่มป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม – 12 กันยายน 2549 (จำนวนทั้งหมด = 199)



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง กทม. พ.ศ. 2549

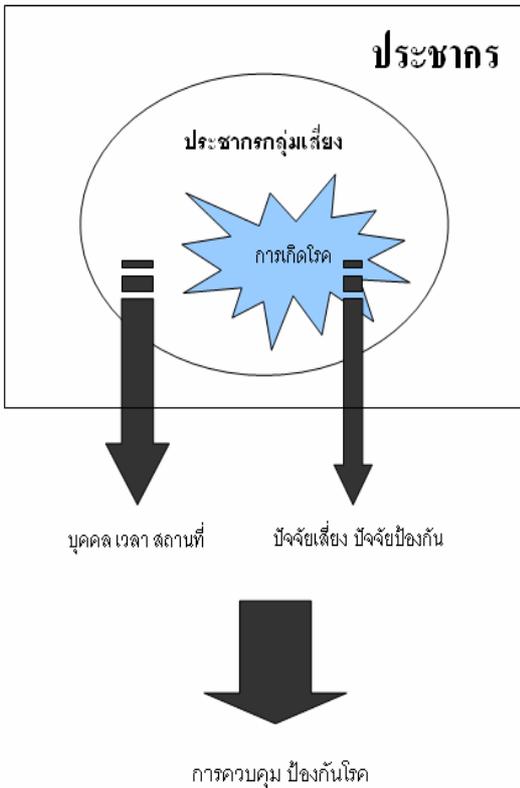
ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนนักเรียน	ผู้ป่วย	RR (95%CI)
เพศ			
• ชาย	216	82	1.01 (0.80 – 1.28)
• หญิง	245	92	
ดัชนีมวลกาย			
• น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 หรือมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90	120	46	0.90 (0.68 – 1.19)
• อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 และ 90	205	87	
ได้รับโรคตัวกชิน			
• ได้รับ	19	8	1.09 (0.63 – 1.88)
• ไม่ได้รับ	315	122	
เคยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอุจจาระร่วง			
• เคย	68	37	1.56 (1.21 – 2.01)
• ไม่เคย	392	137	
ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร			
• เป็นประจำ	139	44	0.78 (0.59 – 1.03)
• เป็นบางครั้ง หรือไม่เคย	321	130	
มีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในช่วงการระบาด			
• มี	62	36	1.67 (1.30 – 2.15)
• ไม่มี	398	138	
มีเพื่อนบ้านป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในช่วงการระบาด			
• มี	98	49	1.42 (1.10 – 1.84)
• ไม่มี	253	89	
เรียนชั้นอนุบาล			
• ใช่	181	23	0.23 (0.16 – 0.35)
• ไม่ใช่	279	151	

ว่าด้วยเรื่อง...

1. ระบาดวิทยา (Epidemiology) คืออะไร
2. อะไรคือการระบาด (Outbreak)
3. รูปแบบของการระบาด (Epidemic pattern)
4. ทำไมต้องออกสอบสวนโรค

1. ระบาดวิทยาคืออะไร

การศึกษา...



2. อะไรคือการระบาด

2.1. การมีผู้ป่วยมากกว่าปกติที่คาดหมายไว้ในสถานที่ และ เวลาหนึ่ง



การหาค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ในช่วงเวลาเดียวกัน



ตาราง จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำแนกตามรายเดือน พ.ศ. 2546 - 2550 จังหวัดแห่งหนึ่ง

	2550	2549	2548	2547	2546
มกราคม	10933	12202	10941	12306	12993
กุมภาพันธ์	10430	9610	11221	13823	11946
มีนาคม	10540	11691	10002	13538	12270

2.2. ผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา

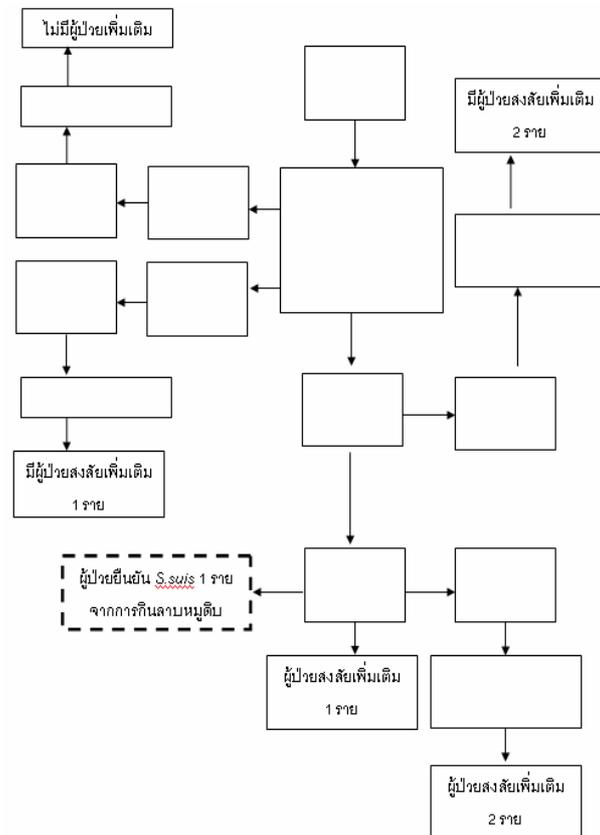
2.2.1. เห็นเป็น Cluster

กันยายน 2551 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ต.ละหาร อ.เชียง จ.นราธิวาส สังเกตว่าในหมู่บ้านมีชาวบ้านซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ป่วยด้วยอาการไอ ออกผื่น ปวดตามข้อ มากผิดปกติ

2.2.2. ไม่เห็นเป็น Cluster (แต่จริงๆ แล้วมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน)



แผนผัง การระบาดของโรคติดเชื้อ Streptococcus suis จากการรับประทานหมูดิบ หมู่บ้านแห่งหนึ่ง 3 - 9 ตุลาคม 2551



2.3. บางครั้งแม้พบผู้ป่วยเพียง 1 ราย ก็ถือว่ามีการระบาดได้

2.3.1. Emerging หรือ Re-emerging diseases เช่น Chikungunya, Avian influenza, SARS, ฯลฯ

2.3.2. โรคที่สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว หรือ มีความรุนแรง หรือ มีผลกระทบสูง

3. รูปแบบการระบาด

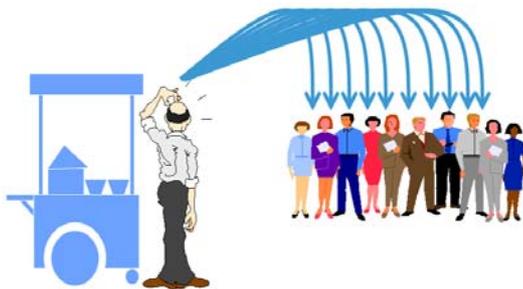
3.1. มีผู้ป่วยเพียงรายเดียว

3.1.1. Individual case

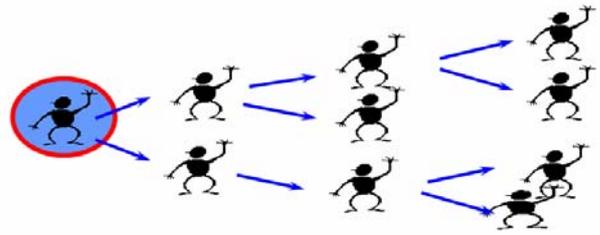
3.1.2. Case series

3.2. ผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน

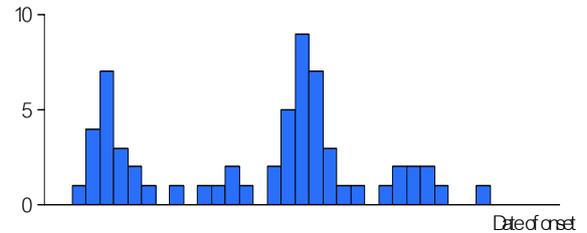
3.2.1. แหล่งโรคร่วม (Common source)



3.2.2. แหล่งโรคแพร่กระจาย (Propagated source)



3.2.3. แหล่งโรคแบบผสม (Mixed source)



4. ทำไมต้องออกสอบสวนโรค

- 4.1. อธิบายลักษณะของการเกิดโรค เช่น จำนวน การกระจาย
- 4.2. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้
- 4.3. กำหนดมาตรการในการควบคุมป้องกันโรค

นิยามศัพท์

<u>Endemic</u>	=	การเกิดโรคเป็นประจำในท้องถิ่น
<u>Epidemic</u>	=	Outbreak Outbreak -> เร่งด่วน, รวดเร็ว Epidemic -> ขยายวงกว้าง
<u>Cluster</u>	=	ความเป็นกลุ่มก้อนของผู้ป่วยตามบุคคล, เวลา, สถานที่
<u>Pandemic</u>	=	การระบาดที่ขยายวงกว้างไปหลายประเทศ, หลายภูมิภาคทั่วโลก

ประกาศ WESR

เนื่องด้วยในปีงบประมาณ 2552 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มี นโยบายที่จะลดจำนวนการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ (กระดาษ) ของรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR) และฉบับผนวก (Supplement) เพื่อตอบสนองนโยบายการประหยัดพลังงานลดโลกร้อน

ขอเชิญชวน บุคคลทั่วไป หรือ หน่วยงานอื่น ๆ หากมีความประสงค์สมัครสมาชิกรายงาน WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email)

กรุณาแจ้ง **ชื่อ ที่อยู่ หน่วยงานสังกัด** มาที่ กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถ .ติวานนท์ จ.นนทบุรี 11000 หรือ อทาง E-mail: wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com หรือทางโทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1730

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (Outbreak Verification Summary)

โสภณ เอี่ยมศิริถาวร อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล โรม บัวทอง สักดา ลิขิตยิ่งวรา ธนพร หล่อปียานนท์ สมชาย เวียงพิทักษ์

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักโรคระบาดวิทยา Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology

✉ ubolrat@health.moph.go.th

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 5 – 11 เมษายน 2552 สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. อหิวาตกโรค 1 ราย จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยชาย อายุ 22 ปี เป็นลูกชายเจ้าของร้านจำหน่ายอาหารแห่งหนึ่ง ในศูนย์อาหารโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทำหน้าที่แคชเชียร์ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับปรุงและเสิร์ฟอาหาร เริ่มป่วยด้วยอาการปวดท้อง ถ่ายเป็นน้ำหลายครั้ง ประมาณ 01.00 น. ของวันที่ 4 เมษายน 2552 ไปรับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เวลา 03.55 น. วันเดียวกัน ได้รับการรักษาด้วย ORS, Buscopan, Ompirazole ให้กลับปรับปรุประทานที่บ้าน ผลการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa ซึ่งทราบผลวันที่ 6 เมษายน 2552 ทีม SRRT จึงได้ติดตามไปจ่ายยา Norfloxacin 400 mg ให้เริ่มรับประทาน 2 x 3 วัน พร้อมทั้งเก็บตัวอย่างโดยทำ rectal swab ผู้สัมผัสใกล้ชิด 10 ราย (เป็นบุคคลในครอบครัว 4 ราย และผู้ปรุงประกอบอาหารในร้าน 6 ราย) ผลการตรวจไม่พบเชื้ออหิวาตกโรค

จากการสอบสวนได้ข้อมูลว่า ปกติผู้ป่วยจะรับประทานอาหารที่ปรุงเอง และในช่วง 5 วันก่อนป่วยไม่มีประวัติการเดินทางไปที่ใด มีเพียงมือเขียนวันที่ 3 เมษายน 2552 ที่ผู้ป่วยไปซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากตลาดบ้านคำไฮ ประกอบด้วย ก้อยเนื้อ หอยแครงลวก (นำมาฆ่าเองที่บ้าน) มารับประทานร่วมกับภรรยาและเพื่อนรวม 4 คน (3 คนไม่มีอาการใดๆ) ทีมได้ติดตามไปเก็บตัวอย่างอุจจาระจากแม่ค้าขายอาหารที่ตลาด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลไม่พบเชื้อเช่นกัน จึงยังไม่สามารถสรุปแหล่งโรคได้ชัดเจน มาตรการควบคุมป้องกันโรคที่ได้ดำเนินการ คือ ประสานและสั่งการให้ทุกอำเภอติดตามเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็ง จนถึงวันที่ 11 เมษายน 2552 ยังไม่มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ใด ๆ อีก

2. โรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วยหญิง อายุ 53 ปี อาชีพทำไร่ผัก เริ่มป่วย 4 เมษายน 2552 ด้วยอาการปวดกลางหลัง รักษาโดยการนวดและซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง ต่อมาเริ่มมีอาการหน้าอกร้าวไปหลัง กลืนน้ำไม่ได้ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีวันที่ 6 เมษายน 2552 แรกเริ่มรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ จากการเก็บตัวอย่างปมรากผม น้ำลาย และปัสสาวะ ผู้ป่วย ส่งตรวจ

ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทราบผลวันที่ 9 เม.ย.52 ว่า ปมรากผม น้ำลาย ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Rabies virus* ส่วนปัสสาวะให้ผลลบ ในเบื้องต้นยังไม่ได้ข้อมูลการถูกสัตว์กัดที่ชัดเจน ทีม SRRT อยู่ระหว่างดำเนินการสอบสวน ค้นหาผู้สัมผัส และควบคุมโรคในพื้นที่

3. อาหารเป็นพิษ 3 เหตุการณ์ จาก 3 จังหวัด ดังนี้

3.1 สมุทรสงคราม วันที่ 2 เมษายน 2552 พบผู้ป่วย 9 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นผู้ป่วยใน 8 ราย ผู้ป่วยนอก 1 ราย ทั้งหมดเป็นเด็กหญิง อายุ 9 - 12 ปี เริ่มมีอาการผิดปกติได้แก่ อาเจียน ซาลิ้น ซาปลายมือปลายเท้า ระหว่างเวลา 20.05 - 20.30 น. ของวันที่ 2 เมษายน 2552 ให้ประวัติว่า หลังจากดื่มช็อคโกแลตผสมเห็ดหลินจือชนิดซองที่ซื้อมาน้ำร้อน (วิธีชง 1 ของ ต่อ น้ำ 1 แก้ว) เมื่อเวลา 20.00 น. ประมาณ 5 นาทีก็เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยทั้งหมดเข้าร่วมโครงการบวชชีพรามณ์ภาคฤดูร้อนที่วัดลาดเป้ง หมู่ 3 ต.นางตะเคียน อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด 186 คน เป็น พระ 25 รูป สามเณร 102 รูป ชีพรามณ์ 56 คน ทีม SRRT ได้ทำการเก็บตัวอย่าง เครื่องดื่มช็อคโกแลตผสมเห็ดหลินจือ ชนิดซอง ชนิดเดียวกับที่ผู้ป่วยรับประทาน จำนวน 25 ซอง และน้ำที่ใช้ต้มผสมในเครื่องดื่ม ส่งตรวจหาสารเคมีที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สมุทรสงคราม อยู่ระหว่างรอผล พร้อมทั้งสอบสวนรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุต่อไป

3.2 ระยอง วันที่ 2 เมษายน 2552 พบผู้ป่วย 19 ราย ทั้งหมดเป็นคณะท่องเที่ยวกลุ่มเดียวกัน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง 6 ราย (ผลการตรวจ RSC พบเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* 4 ราย) อีก 13 รายไม่ได้รับการรักษา ทุกรายมีอาการรุนแรง และบางรายมีปวดท้อง คลื่นไส้ จากการสอบสวนของ SRRT อำเภอแกลง ได้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในกลุ่มคณะผู้บริหาร โรงเรียน ครูและครอบครัว จากโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเดินทางมาทัศนศึกษาที่จังหวัดระยอง จำนวน 88 คน ถึงอำเภอแกลง เข้าวันที่ 1 เมษายน 2552 เข้าพักที่รีสอร์ทแห่งหนึ่ง และรับประทานอาหารเช้าของรีสอร์ท เวลา 7.30 น. จากนั้นได้ไปเที่ยวเกาะเสม็ดและรับประทานอาหารกลางวันบนเกาะ โดยต่างคนต่างซื้อเอง อาหารมีเนื้อเย็น

รับประทานที่โรงแรม โดยมีอาหารส่วนหนึ่งที่ทางกลุ่มนำมาเสริม คือ อาหารทะเลสด (หมึก ปลา กุ้ง และหอย) ซึ่งซื้อจากตลาดบ้านเพ นำมาอย่างเอง และขนมจีนน้ำเงี้ยว (ผู้มาสมทบที่หลังนำมาเวลา 14.00 น. แต่ให้พ่อครัวโรงแรมนำไปอุ่น จากคำบอกเล่าของพ่อครัวพบว่าน้ำเงี้ยวมีพอง แต่ผู้นำมาบอกว่าไม่เสีย) ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการ อุจจาระร่วงเมื่อเวลา 03.00 น (2 เม.ย.2552) หลังจากนั้นก็มีผู้ป่วยทยอยตามมา ทุกรายอาการทุเลา และเดินทางกลับจังหวัดร้อยเอ็ดพร้อมคณะในวันที่ 3 เมษายน 2552 ขณะนี้ยังไม่สามารถสรุปแหล่งโรคได้ชัดเจนเช่นกัน

3.3 มหาสารคาม วันที่ 7 เมษายน 2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้รับแจ้งจาก SRRT อำเภอบรบือ ว่ามีผู้ป่วยอาหารเป็นพิษ 8 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ

ในวันที่ 5-6 เมษายน 2552 ซึ่งผู้ป่วย 7 ราย ที่ตรวจพบเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* มาจากหมู่ 8 ตำบลหนองแวง ส่วนอีก 1 รายมีที่อยู่ ในหมู่ 8 ตำบลวังแฝก (ซึ่งผล RSC ให้ผลลบ) ทีม SRRT ของอำเภอ ออกทำการสอบสวนในพื้นที่ตำบลหนองแวง พบผู้ป่วยเพิ่มอีก 34 ราย ได้เก็บตัวอย่าง Rectal swab ส่งตรวจที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย ในเบื้องต้นผู้ป่วยให้ประวัติว่าอาหารที่สงสัยคือส้มตำที่ซื้อจากร้านค้าภายในหมู่บ้าน เนื่องจากจังหวัดมหาสารคามมีรายงานการระบาดของอาหารเป็นพิษที่ตรวจพบเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* ในกลุ่มผู้ป่วยบางราย เกิดขึ้น 3 อำเภอภายในช่วง 2 สัปดาห์ติดต่อกัน และยังไม่สามารถสรุปแหล่งโรคได้ชัดเจน สำนักระบาดวิทยาจึงได้ส่งทีม SRRT จากส่วนกลาง ไปร่วมสนับสนุนการสอบสวนโรคในพื้นที่ระหว่างวันที่ 9-12 เมษายน 2552



สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังไข้หวัดนกประจำสัปดาห์ (Situation of Avian Influenza Summary under Surveillance)

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา
✉ laddal@health.moph.go.th

Epidemiological Information Center, Bureau of Epidemiology

สัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 5 – 11 เมษายน 2552 ได้รับรายงานผู้ป่วยเฝ้าระวังไข้หวัดนก จำนวน 12 ราย จาก 7 จังหวัด รวมถึงตั้งแต่ต้นปี ได้รับรายงานรวมทั้งสิ้น 122 รายงานจาก 38 จังหวัด จังหวัดที่มีผู้ป่วยเฝ้าระวังสูงสุดนี้ ได้แก่ ศรีสะเกษ 4 ราย นครปฐม 2 ราย และ ประจวบคีรีขันธ์ 2 ราย ตามอันดับ ผลการตรวจ PCR ได้รับผลทั้งหมด 97 ราย จาก 122 ราย พบเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 11.34 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผล PCR รายละเอียดตามตาราง

ผลการตรวจ PCR ในกลุ่มผู้ป่วยเฝ้าระวังไข้หวัดนก

PCR result	สัปดาห์ที่										Cum.	
	10		11		12		13		14		(wk1-wk14)	
	จำนวน	ตาย	จำนวน	ตาย	จำนวน	ตาย	จำนวน	ตาย	จำนวน	ตาย	จำนวน	ตาย
Total	4	1	5	1	9	0	8	2	12	3	122	18
negative	3	0	5	1	9	0	7	2	3	1	86	13
FluA:H3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
FluB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
FluA: Non-reactive for H5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0
ไม่ทราบผล	1	1	1	1	0	0	1	0	7	2	25	5
FluA:H1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0



สถานการณ์โรคไข้ชิคุนกุนยา ข้อมูล ณ วันที่ 9 เมษายน 2552

สถานการณ์โรค/ภัย ที่สำคัญ

(Situation of Chikungunya, 9 April 2009)

✉ meow@health.moph.go.th

นางลัดดา ลิขิตยั้งวรา และนางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล

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

สถานการณ์ปัจจุบัน

ระหว่างวันที่ 1 - 8 เมษายน 2552 สำนักโรคระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยไข้ชิคุนกุนยา เพิ่มขึ้นจำนวน 2523 ราย มีวันเริ่มป่วยตั้งแต่เดือน มกราคม - เมษายน โดยผู้ป่วยที่มีวันเริ่มป่วย ในช่วง 1 - 8 เมษายนเพียง 152 ราย

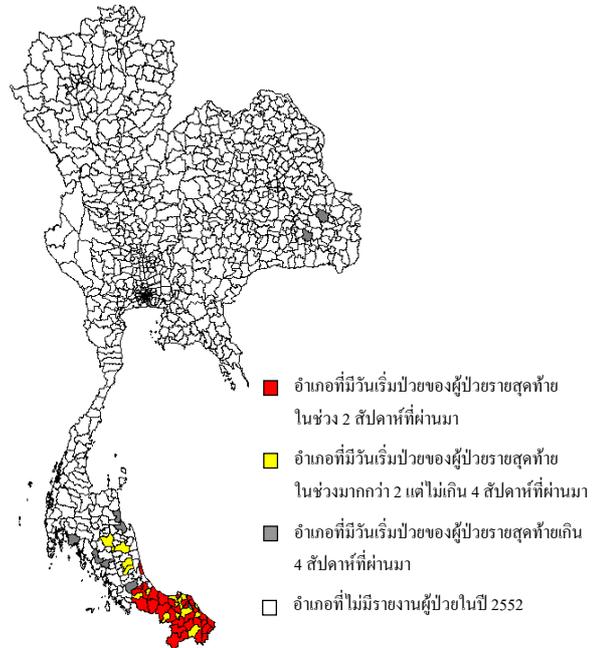
เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบพื้นที่ที่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น เนื่องจากยังมีรายงานผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใน 4 จังหวัด (รูปที่ 1)

- สงขลา 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสะเดา สะบ้าย้อย จะนะ เทพา นาทวี คลองหอยโข่ง หาดใหญ่ บางกล่ำ รัตภูมิ ควนเนียง
- ปัตตานี 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสายบุรี เมือง กะพ้อ มายอทุ่งยางแดง โคกโพธิ์ ไม้แก่น ปะนงระ
- นราธิวาส 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสุคิริน บาเจาะ เจาะไอร้อง ระแงะ สุไหงปาดี รือเสาะ สุไหงโกลกล เมือง ศรีสาคร เวียง ตากใบ
- ยะลา 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง บันนังสตา เบตง ชารโต

จำนวนผู้ป่วยสะสม

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 8 เมษายน 2552 ได้รับรายงานผู้ป่วยจำนวน 13,371 ราย ไม่มีเสียชีวิต กระจายใน 14 จังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้ชิคุนกุนยา รายจังหวัด จำนวนตามวันเริ่มป่วย ปีพ.ศ. 2552

รูปที่ 1 การกระจายของผู้ป่วยโรคไข้ชิคุนกุนยา รายอำเภอ ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 8 เมษายน 2552



จังหวัด	รวม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	1-8 เมษายน
นราธิวาส	6093	2510	2643	915	25
สงขลา	3968	1664	1347	832	125
ปัตตานี	2526	875	1214	435	2
ยะลา	759	177	350	232	0
นครศรีธรรมราช	9	0	7	2	0
อุบลราชธานี	1	0	1	0	0
ตรัง	2	2	0	0	0
กระบี่	2	1	0	1	0
พัทลุง	4	0	2	2	0
ศรีสะเกษ	1	1	0	0	0
นนทบุรี	1	1	0	0	0
สระบุรี	2	0	2	0	0
กรุงเทพมหานคร	2	0	0	2	0
สมุทรปราการ	1	0	1	0	0
รวม	13371	5231	5567	2421	152

ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 14

รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

Reported Cases of Priority by Diseases under Surveillance, 14th Week

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และกลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา

✉ laddal@health.moph.go.th

Epidemiological Information Center, Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology

ปี 2552 สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	72	65	62	71	69	69	66	65	71	72	67	66	72	59												

จังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา 59 จังหวัด ร้อยละ 77.63

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนตามวันรับรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 14

Table 1 Reported Cases of Priority by Diseases Under Surveillance by Date of Treatment Compared to Previous Year, Thailand, 14thWeek

DISEASES	This Week			Cumulative (14 th Week)		
	2009	2008	Median(2004-2008)	2009	2008	Median(2004-2008)
DIPHTHERIA	0	0	0	2 ^B	2	1
PERTUSSIS	0	0	1	6	3	6
TETANUS NEONATORUM	0	0	0	1 ^C	1	1
MEASLES	31	118	66	2276	1894	1380
MENIN.MENINGITIS	0	0	1	1	0	10
ENCEPHALITIS	0	6	6	85	96	64
ACUTE FLACCID PARALYSIS: AFP	0	5	4	42	63	63
CHOLERA	0	0	1	3	51	8
HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE	43	91	25	1663	6350	464
DYSENTERY	129	239	399	3823	4694	5741
PNEUMONIA (ADMITTED)*	387	1056	1249	17887	19738	22326
INFLUENZA	68	217	252	2907	4453	5437
LEPTOSPIROSIS	22	18	23	480	406	362
ANTHRAX	0	0	0	0	0	0
RABIES	0	0	0	3 ^A	4	6
AEFI	0	4	2	196	149	46

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาของจังหวัดใน แต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ "0" = No Case "-" = No Report Received

* เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อปี ค.ศ. 2004 ^A ได้รับรายงานจากจังหวัดกรุงเทพมหานคร 2 ราย และจังหวัดระยอง 1 ราย

^B ได้รับรายงานจากจังหวัดยะลา 1 ราย และปัตตานี 1 ราย ^C ได้รับรายงานจากจังหวัดเพชรบูรณ์ 1 ราย

สรุปสาระสำคัญจากรายงานโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนประจำสัปดาห์: สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ Somjate Tungcharoensilp

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology

✉ stungcharoensilp@yahoo.com

จำนวนผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 14 ของทุกโรค มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าสัปดาห์เดียวกันในปีที่แล้ว ยกเว้น Leptospirosis และน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2547-2551) ยกเว้น โรค Hand, foot and mouth จำนวนผู้ป่วยสะสมในสัปดาห์นี้ของทุกโรคน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยสะสมในสัปดาห์เดียวกันของปีที่แล้ว (ยกเว้น โรคคอตีบ ไอกรน หัด และ Leptospirosis) และน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2547-2551) (ยกเว้น โรคคอตีบ หัด และ Leptospirosis) เนื่องจากสัปดาห์นี้มีการส่งรายงานจากจังหวัดไม่ครบถ้วน ข้อมูลจึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

ในสัปดาห์ที่ 14 พบมีการรายงานของผู้ป่วยสะสมโรคหัด เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา ซึ่งน่าจะมีการค้นหาข้อมูลที่มีรายละเอียดใหมากขึ้นว่า ในจำนวนผู้ป่วยสะสม 2276 รายที่มีการรายงานมา มีลักษณะการเกิดโรคแบบการระบาดมากแค่ไหน เกิดในสถานที่และกลุ่มบุคคลใด ในกรณีที่มีการระบาดของโรคหัดเกิดขึ้น เป็นข้อบ่งชี้ว่า น่าจะมี pocket ของกลุ่มคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นซึ่งเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากความล้มเหลวในการปฏิบัติตามโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะต้องทราบสาเหตุว่าทำไมบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 14 พ.ศ.2552 (5-11 เมษายน 2552)

TABLE 3 REPORTED CASES AND DEATHS OF SUSPECTED DENGUE FEVER AND DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER UNDER SURVEILLANCE, BY DATE OF ONSET BY PROVINCE, THAILAND,

14th Week, April 5-11, 2009

REPORTING AREAS**	DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2008								DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2009								POP. DEC. 31, 2008			
	OCT				NOV				DEC				TOTAL					TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C				
TOTAL	7859	5985	2249	87653	102	138.28	0.12		2467	1906	1749	196	6318	8	9.97	0.13	63,389,730			
CENTRAL REGION	4305	3412	1133	43692	57	204.87	0.13		1324	956	865	85	3230	3	15.15	0.09	21,326,851			
BANGKOK METRO POLIS	1659	1336	243	11846	15	207.43	0.13		509	301	178	0	988	0	17.30	0.00	5,710,883			
ZONE 1	521	428	197	5589	6	165.72	0.11		157	97	99	14	367	0	10.88	0.00	3,372,608			
NONTHABURI	257	205	99	2498	3	237.32	0.12		70	41	50	6	167	0	15.87	0.00	1,052,592			
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	130	89	42	1428	2	185.67	0.14		38	23	20	0	81	0	10.53	0.00	769,126			
PATHUM THANI	80	81	32	875	0	94.16	0.00		32	14	15	4	65	0	6.99	0.00	929,250			
SARABURI	54	53	24	788	1	126.76	0.13		17	19	14	4	54	0	8.69	0.00	621,640			
ZONE 2	231	137	73	2868	3	180.36	0.10		60	52	58	10	180	0	11.32	0.00	1,590,135			
ANG THONG	67	33	21	798	1	280.17	0.13		23	19	19	4	65	0	22.82	0.00	284,831			
CHAI NAT	31	20	3	552	1	164.31	0.18		9	6	12	0	27	0	8.04	0.00	335,952			
LOP BURI	129	76	45	1372	0	182.01	0.00		26	25	26	6	83	0	11.01	0.00	753,801			
SING BURI	4	8	4	146	1	67.73	0.68		2	2	1	0	5	0	2.32	0.00	215,551			
ZONE 3	572	429	208	6592	9	215.17	0.14		192	175	197	32	596	1	19.45	0.17	3,063,611			
CHACHOENGSAO	120	70	41	1394	1	209.68	0.07		28	31	36	5	100	1	15.04	1.00	664,830			
NAKHON NAYOK	11	12	1	282	0	112.46	0.00		6	2	1	0	9	0	3.59	0.00	250,753			
PRACHIN BURI	28	13	7	964	1	209.85	0.10		17	11	27	2	57	0	12.41	0.00	459,379			
SA KAE0	28	30	5	807	3	149.05	0.37		7	5	7	0	19	0	3.51	0.00	541,425			
SAMUT PRAKAN	385	304	154	3145	4	274.14	0.13		134	126	126	25	411	0	35.83	0.00	1,147,224			
ZONE 4	723	547	227	7894	10	234.60	0.13		210	189	147	12	558	1	16.58	0.18	3,364,863			
KANCHANABURI	114	106	42	1174	4	139.61	0.34		33	31	31	4	99	1	11.77	1.01	840,905			
NAKHON PATHOM	263	201	115	2556	2	302.99	0.08		52	64	42	7	165	0	19.56	0.00	843,599			
RATCHABURI	225	154	49	3103	4	371.23	0.13		73	62	53	0	188	0	22.49	0.00	835,861			
SUPHAN BURI	121	86	21	1061	0	125.64	0.00		52	32	21	1	106	0	12.55	0.00	844,498			
ZONE 5	178	201	80	2747	6	168.37	0.22		86	64	81	13	244	0	14.96	0.00	1,631,553			
PHETCHABURI	26	32	33	637	2	138.79	0.31		33	20	26	4	83	0	18.08	0.00	458,975			
PRACHUAP KHIRI KHAN	23	27	14	771	1	154.08	0.13		9	17	32	6	64	0	12.79	0.00	500,378			
SAMUT SAKHON	122	137	31	1174	3	245.53	0.26		42	26	20	2	90	0	18.82	0.00	478,146			
SAMUT SONGKHRAM	7	5	2	165	0	85.03	0.00		2	1	3	1	7	0	3.61	0.00	194,054			
ZONE 9	421	334	105	6156	8	237.39	0.13		110	78	105	4	297	1	11.45	0.34	2,593,198			
CHANTHABURI	33	28	5	1185	2	233.26	0.17		4	4	0	0	8	0	1.57	0.00	508,020			
CHON BURI	265	197	24	2389	4	188.90	0.17		60	41	55	2	158	1	12.49	0.63	1,264,687			
RAYONG	107	103	68	2168	2	362.14	0.09		44	28	39	0	111	0	18.54	0.00	598,664			
TRAT	16	6	8	414	0	186.63	0.00		2	5	11	2	20	0	9.02	0.00	221,827			
SOUTHERN REGION	1083	925	635	11747	13	134.38	0.11		774	596	456	38	1864	3	21.32	0.16	8,741,545			
ZONE 6	404	328	159	4277	6	122.67	0.14		217	175	125	1	518	1	14.86	0.19	3,486,500			
CHUMPHON	50	27	7	771	2	159.06	0.26		18	27	38	1	84	0	17.33	0.00	484,722			
NAKHON SI THAMMARAT	184	141	80	1706	3	112.74	0.18		114	69	23	0	206	1	13.61	0.49	1,513,163			
PHATTHALUNG	77	64	38	717	1	141.94	0.14		60	34	26	0	120	0	23.76	0.00	505,129			
SURAT THANI	93	96	34	1083	0	110.12	0.00		25	45	38	0	108	0	10.98	0.00	983,486			
ZONE 7	172	148	88	2504	4	139.64	0.16		108	65	55	0	228	0	12.71	0.00	1,793,242			
KRABI	57	69	61	897	2	214.23	0.22		16	12	21	0	49	0	11.70	0.00	418,705			
PHANGNGA	9	6	3	231	0	92.42	0.00		8	5	10	0	23	0	9.20	0.00	249,933			
PHUKET	49	6	0	716	2	218.96	0.28		31	17	14	0	62	0	18.96	0.00	327,006			
RANONG	11	4	0	108	0	59.10	0.00		15	5	0	0	20	0	10.95	0.00	182,729			
TRANG	46	63	24	552	0	89.78	0.00		38	26	10	0	74	0	12.04	0.00	614,869			
ZONE 8	507	449	388	4966	3	143.45	0.06		449	356	276	37	1118	2	32.30	0.18	3,461,803			
NARATHIWAT	69	93	120	868	0	120.57	0.00		53	34	29	0	116	0	16.11	0.00	719,930			
PATTANI	57	57	61	737	1	114.77	0.14		112	81	42	0	235	0	36.59	0.00	642,169			
SATUN	32	30	18	491	0	170.24	0.00		9	16	12	5	42	2	14.56	4.76	288,409			
SONGKHLA	271	202	142	2423	2	181.39	0.08		236	190	180	32	638	0	47.76	0.00	1,335,768			
YALA	78	67	47	447	0	94.00	0.00		39	35	13	0	87	0	18.30	0.00	475,527			

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 14 พ.ศ.2552 (5-11 เมษายน 2552)

TABLE 3 REPORTED CASES AND DEATHS OF SUSPECTED DENGUE FEVER AND DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER UNDER SURVEILLANCE, BY DATE OF ONSET BY PROVINCE, THAILAND,

14th Week, April 5-11, 2009

REPORTING AREAS**	DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2008								DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2009								POP. DEC. 31, 2008	
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE	CASE	POP.	RATE (%)	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE		CASE
	C	C	C	C	D	PER 100000	FATALITY			C	C	C	C	C	D	PER 100000		FATALITY
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)			C	C	C	C	C	D	POP.		RATE (%)
NORTH-EASTERN REGION	745	516	106	11934	7	55.66	0.06			95	126	186	14	421	0	1.96	0.00	21,442,693
ZONE 10	42	28	13	837	2	23.51	0.24			6	11	24	6	47	0	1.32	0.00	3,560,449
LOEI	10	7	1	258	0	41.72	0.00			3	2	4	0	9	0	1.46	0.00	618,423
NONG BUA LAM PHU	2	0	1	112	0	22.42	0.00			0	3	6	2	11	0	2.20	0.00	499,520
NONG KHAI	3	1	0	170	2	18.75	1.18			1	0	0	0	1	0	0.11	0.00	906,877
UDON THANI	27	20	11	297	0	19.34	0.00			2	6	14	4	26	0	1.69	0.00	1,535,629
ZONE 11	29	19	2	478	1	22.20	0.21			2	11	11	0	24	0	1.11	0.00	2,152,895
MUKDAHAN	12	12	2	132	0	39.11	0.00			2	5	2	0	9	0	2.67	0.00	337,497
NAKHON PHANOM	5	1	0	128	0	18.30	0.00			0	4	4	0	8	0	1.14	0.00	699,364
SAKON NAKHON	12	6	0	218	1	19.53	0.46			0	2	5	0	7	0	0.63	0.00	1,116,034
ZONE 12	222	173	39	2885	2	57.95	0.07			23	23	63	5	114	0	2.29	0.00	4,978,750
KALASIN	33	31	12	447	1	45.68	0.22			6	4	12	0	22	0	2.25	0.00	978,583
KHON KAEN	44	48	13	597	0	34.00	0.00			7	3	10	2	22	0	1.25	0.00	1,756,101
MAHA SARAKHAM	23	19	2	467	0	49.85	0.00			1	2	10	1	14	0	1.49	0.00	936,854
ROI ET	122	75	12	1374	1	105.11	0.07			9	14	31	2	56	0	4.28	0.00	1,307,212
ZONE 13	158	108	21	2473	0	59.65	0.00			28	45	54	1	128	0	3.09	0.00	4,145,625
AMNAT CHAROEN	16	13	7	206	0	55.75	0.00			3	2	6	1	12	0	3.25	0.00	369,476
SI SA KET	106	59	2	1440	0	99.90	0.00			17	34	29	0	80	0	5.55	0.00	1,441,412
UBON RATCHATHANI	35	35	10	708	0	39.43	0.00			8	9	16	0	33	0	1.84	0.00	1,795,453
YASOTHON	1	1	2	119	0	22.07	0.00			0	0	3	0	3	0	0.56	0.00	539,284
ZONE 14	294	188	31	5261	2	79.65	0.04			36	36	34	2	108	0	1.64	0.00	6,604,974
BURI RAM	45	21	11	1474	1	95.61	0.07			7	5	10	0	22	0	1.43	0.00	1,541,650
CHAIYAPHUM	29	23	10	724	0	64.49	0.00			8	18	7	1	34	0	3.03	0.00	1,122,647
NAKHON RATCHASIMA	162	120	5	1828	1	71.26	0.05			13	12	8	0	33	0	1.29	0.00	2,565,117
SURIN	58	24	5	1235	0	89.78	0.00			8	1	9	1	19	0	1.38	0.00	1,375,560
NORTHERN REGION	1726	1132	375	20280	25	170.73	0.12			274	228	242	59	803	2	6.76	0.25	11,878,641
ZONE 15	563	392	146	6263	4	202.31	0.06			104	60	54	3	221	0	7.14	0.00	3,095,749
CHIANG MAI	384	285	118	4276	3	256.00	0.07			86	45	31	2	164	0	9.82	0.00	1,670,317
LAMPANG	86	75	19	1301	0	169.49	0.00			13	9	9	0	31	0	4.04	0.00	767,615
LAMPHUN	50	16	5	348	0	85.90	0.00			0	1	2	1	4	0	0.99	0.00	405,125
MAE HONG SON	43	16	4	338	1	133.76	0.30			5	5	12	0	22	0	8.71	0.00	252,692
ZONE 16	205	147	26	2196	5	82.74	0.23			12	16	19	9	56	0	2.11	0.00	2,654,164
CHIANG RAI	126	94	12	988	5	80.50	0.51			3	4	7	1	15	0	1.22	0.00	1,227,317
NAN	10	4	2	259	0	54.41	0.00			2	1	1	0	4	0	0.84	0.00	475,984
PHAYAO	25	12	2	356	0	73.04	0.00			0	2	5	3	10	0	2.05	0.00	487,386
PHRAE	44	37	10	593	0	127.95	0.00			7	9	6	5	27	0	5.83	0.00	463,477
ZONE 17	554	343	125	6742	9	195.61	0.13			89	71	88	27	275	1	7.98	0.36	3,446,578
PHETCHABUN	67	17	15	2021	0	202.86	0.00			12	6	24	9	51	1	5.12	1.96	996,231
PHITSANULOK	205	137	37	1821	2	215.76	0.11			37	23	33	7	100	0	11.85	0.00	843,995
SUKHOTHAI	38	20	9	549	3	90.92	0.55			8	9	7	1	25	0	4.14	0.00	603,817
TAK	126	98	34	1090	4	202.48	0.37			18	25	18	9	70	0	13.00	0.00	538,330
UTTARADIT	118	71	30	1261	0	271.65	0.00			14	8	6	1	29	0	6.25	0.00	464,205
ZONE 18	404	250	78	5079	7	189.36	0.14			69	81	81	20	251	1	9.36	0.40	2,682,150
KAMPHAENG PHET	63	55	22	1097	2	151.06	0.18			15	10	18	4	47	1	6.47	2.13	726,213
NAKHON SAWAN	173	96	29	2624	4	244.27	0.15			31	37	25	9	102	0	9.50	0.00	1,074,239
PHICHIT	153	90	23	834	1	150.51	0.12			20	34	36	7	97	0	17.51	0.00	554,112
UTHAI THANI	15	9	4	524	0	159.96	0.00			3	0	2	0	5	0	1.53	0.00	327,586

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

** แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

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



Rabies.....

โรคพิษสุนัขบ้า

ตอนที่ 1

ลักษณะโรค

เป็นโรคติดต่อที่มีอันตรายร้ายแรงจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมาสู่คนเมื่อมีอาการของโรคแล้วไม่มีทางรักษาได้

วิธีการติดต่อ

เชื้อไวรัสในน้ำลายของสัตว์ที่เป็นโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านแผลกัดข่วนหรืออาจเข้าทางแผลซึ่งยังไม่หายรอยถลอกขีดข่วนหรืออาจเข้าทางเยื่อชุ่มในปากจมูกหรือตาถึงแม้แยกเชื้อไวรัสนี้ได้จากน้ำลายผู้ป่วยแต่ไม่เคยมีรายงานการติดต่อโดยตรงระหว่างคนถึงคนมีรายงานพบผู้ป่วยจากการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา(Corneal Transplantation) จากดวงตาของผู้ที่ตายด้วยโรคนี้ซึ่งพิสูจน์ได้ในภายหลังนอกจากนี้ยังมีผู้รายงานว่าติดต่อได้โดยหายใจเอาไวรัสที่ปลิวฟุ้งอยู่ในอากาศที่มีความเข้มข้นของเชื้อสูง เช่น ในถ้ำค้างคาวในประเทศสหรัฐอเมริกา

อาการในคน

อาการนำ ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ชาและเจ็บเสียวบริเวณแผลที่ถูกสัตว์กัดรวมทั้งบริเวณใกล้เคียงอย่างรุนแรงที่แผลถึงแม้แผลจะหายดีแล้ว และคัน อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการ

แบบคลุ้มคลั่ง

เริ่มจากสติสัมปชัญญะยังปกติเริ่มกระวนกระวาย วิตกกังวล ใจสั่น แสง เสียง ลม แล้วเข้าสู่ภาวะสับสน (กระวนกระวายและสงบสลับกันเป็นระยะๆ) กลืนลำบาก ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติทำให้เกิดอาการเหงื่อออกมาก น้ำตาไหล ขนลุก ฝ่ามือตาขยาย น้ำลายมาก หลังอสุจิโดยควบคุมไม่ได้ (Spontaneous spermatic) ก้าวร้าวประสาทหลอนอาจมี อาการชัก หายใจหอบ หมดสติและ เสียชีวิตในที่สุด

แบบอัมพาต

เป็นอาการที่พบได้เป็นส่วนน้อยมีอาการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติเช่นเดียวกับแบบแรกแต่เกิดล่าช้ากว่ายังมีสติสัมปชัญญะอยู่บ้าง เมื่อเทียบกับแบบแรกและกลุ่มอาการสมองอักเสบอื่นๆ มีอาการคล้าย Guillain-Barre syndrome (ซึ่งอาการนี้ส่วนใหญ่จะไม่มีไข้) มีอาการอัมพาตของแขนขา ไม่มี Deep tendon reflex กลืนปัสสาวะไม่อยู่การอ่อนแรงจะเริ่มจากบริเวณแขนขาที่ถูกกัดไปสู่แขนขาอื่นๆ ความรู้สึกตอบสนองต่อความเจ็บปวดลดลง มี Myoedema ซึ่งแสดงได้โดยการเคาะบริเวณที่อกกล้ามเนื้อหัวใจและต้นขา ซึ่งบริเวณที่ถูกเคาะจะมีรอยบุ๋มแล้วจะหายไปภายในเวลา 2-3 วินาที พูดไม่ชัด กลืนลำบาก น้ำลายมาก อาการกลัวลม กลัวน้ำพบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย หลังจากแสดงอาการจะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าแบบแรก

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 40 ฉบับที่ 14 : 17 เมษายน 2552 Volume 40 Number 14 : April 17, 2009

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 3,250 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มงานเผยแพร่ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา

E-mail : wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com

ที่ สธ. 0419/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 23/2552
ไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข

ผู้จัดทำ

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-1723, 0-2590-1827 โทรสาร 0-2590-1784

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tivanond Road, Nonthaburi 11000, Thailand.

Tel (66) 2590-1723, (66)2590-1827 FAX (66) 2590-1784