

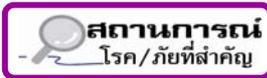


รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 : 29 มกราคม 2553

Volume 41 Number 3 : January 29, 2010

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



สถานการณ์โรคไข้สมองอักเสบและไข้สมองอักเสบ เจ อี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 (Situation of Encephalitis and Japanese B encephalitis, Thailand, 2009)

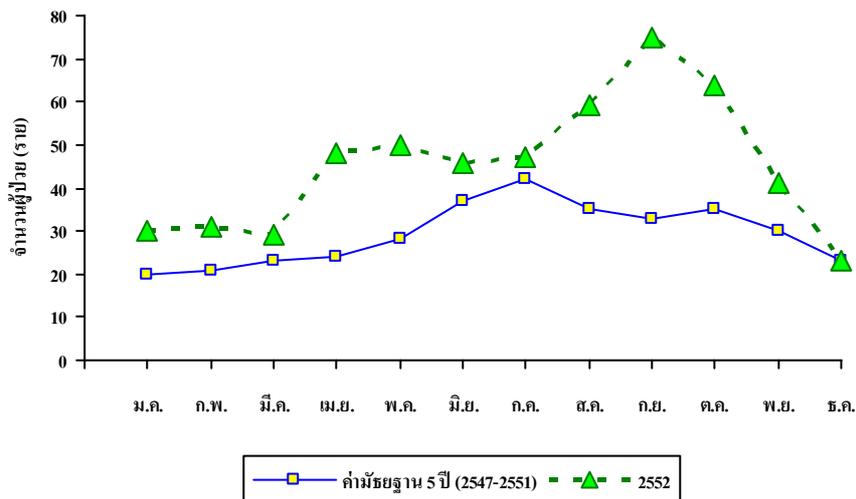
✉ somboons@health.moph.go.th

สมบุญ เสนาะเสียง อัญชานา วากัส จิตติพงษ์ ยิ่งยง
กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคระบาดวิทยา

ปี พ.ศ. 2552 (ข้อมูล ณ วันที่ 12 มกราคม 2553) สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบ เข้าสู่ระบบรายงาน 506 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 543 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.86 ต่อประชากรแสนคน จำแนกเป็นโรคไข้สมองอักเสบที่ไม่ได้ระบุสาเหตุ จำนวน 437 ราย (ร้อยละ 80.48) เสียชีวิต 20 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.03 ต่อประชากรแสนคน และโรคไข้สมองอักเสบ เจ อี จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 19.52) อัตราป่วย 0.17 ต่อประชากรแสนคน

ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบ จำแนกรายเดือน ในปี พ.ศ. 2552 กับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไข้สมองอักเสบสูงเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ยกเว้นเดือนธันวาคม (รูปที่ 1) และโรคไข้สมองอักเสบ เจ อี เช่นกัน จำนวนผู้ป่วยสูงเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ยกเว้นในเดือนกรกฎาคม และเดือนธันวาคม (รูปที่ 2) โดยภาพรวมโรคไข้สมองอักเสบ และไข้สมองอักเสบ เจ อี มีแนวโน้มสูงขึ้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา (รูปที่ 3)

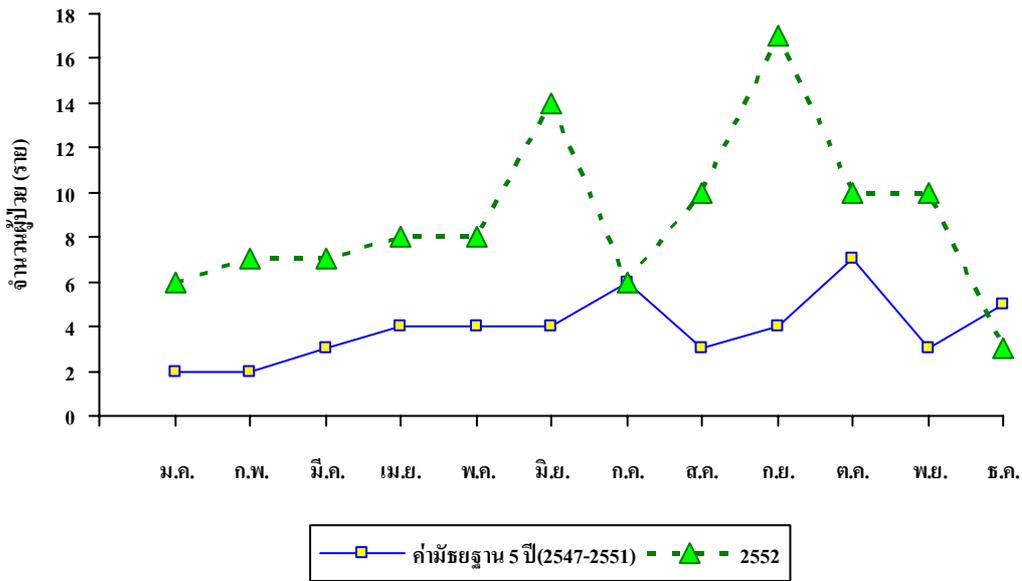
รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยไข้สมองอักเสบ จำแนกรายเดือน ปี พ.ศ. 2552 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง



สารบัญ

◆ สถานการณ์โรคไข้สมองอักเสบและไข้สมองอักเสบ เจ อี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552	33
◆ ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยโรคชิคุนกุนยา อำเภอเทพา และอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เดือนมีนาคม – เมษายน 2552	36
◆ สรุปรายการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 17-23 มกราคม 2553	41
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 17-23 มกราคม 2553	43

รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยใช้สมองอักเสบ เจ อี จำแนกรายเดือน ปี พ.ศ. 2552 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง



ใช้สมองอักเสบที่ไม่ได้ระบุสาเหตุ ควรมีการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการว่าการเกิดโรคใช้สมองอักเสบเกิดจาก แบคทีเรีย เชื้อรา หรือไวรัสตัวอื่นๆ ตัวใหม่ๆ ที่ก่อโรค สำหรับโรคใช้สมองอักเสบส่วนใหญ่ของผู้ที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการ มีเพียง 1 ใน 300-500 คน เท่านั้นที่จะมีอาการสมองอักเสบ

จากการเฝ้าระวังโรคใช้สมองอักเสบ เจ อี ปี พ.ศ. 2552 ของสำนักระบาดวิทยา พบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปี โดยมีอัตราป่วย 1.10 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (0.30) กลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (0.09) และกลุ่มอายุ 10-14 ปี (0.08) ตามลำดับ จะเห็นว่า อัตราป่วยด้วยโรคใช้สมองอักเสบ เจ อี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี พบใน 18 จังหวัด ดังนี้ ภาคใต้ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สงขลา สตูล ภาคกลาง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอ่างทอง ชลบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี ภาคเหนือ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ น่าน ตาก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ อุตรธานี สกลนคร นครพนม มุกดาหาร

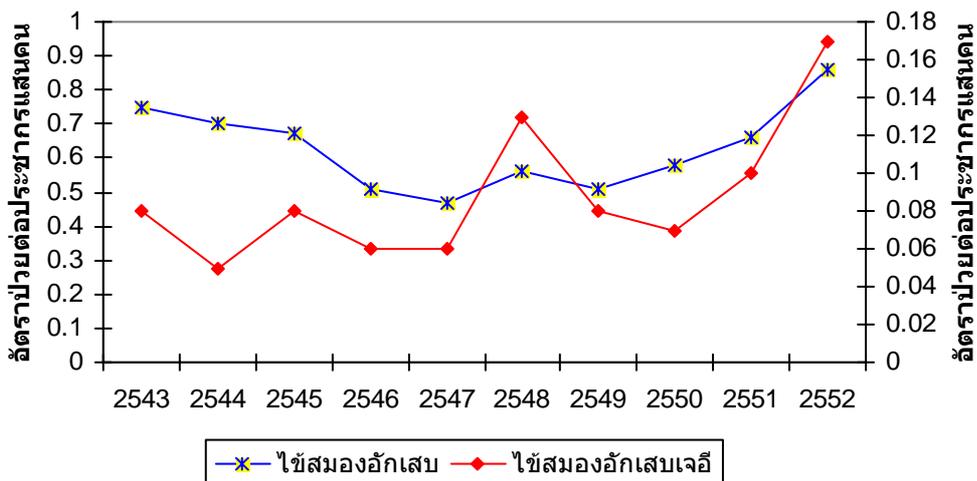
จากฐานข้อมูลของกลุ่มเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 23 มกราคม 2553 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานการสอบสวนโรค จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 6 เหตุการณ์ เป็นรายงานสอบสวนสงสัยใช้สมองอักเสบ 5 เหตุการณ์ จากจังหวัดสมุทรสงคราม นครสวรรค์ อุตรธานี สมุทรสาคร และ กรุงเทพมหานคร ค่ามัธยฐานอายุ 15 ปี (5-35 ปี) อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1:0.67 สงสัยใช้สมองอักเสบ เจ อี 1 เหตุการณ์ เป็นผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 12 ปี ที่จังหวัดขอนแก่น

โรคใช้สมองอักเสบ เป็นโรคในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา หากพบ 1 ราย ต้องแจ้งให้สำนักระบาดวิทยาทราบทันที ตามระบบการรายงาน พร้อมดำเนินการสอบสวนโรค เพื่อค้นหาลักษณะ สาเหตุ ปัจจัยการเกิดโรค และดำเนินการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่

คณะที่ปรึกษา

- นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร กุณาศล
- นายแพทย์วิรัช ฉายนิยโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
- นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
- นายอองอาจ เจริญสุข
- หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
- บรรณาธิการประจำฉบับ : นายแพทย์ฐิติพิงษ์ ยิ่งยง
- บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย
- กองบรรณาธิการ
- บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รั้งมีวงศ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุภกิจดี
- กรรณิการ์ หมอนพั่งเทียม อรพรรณ สุภาพ
- ฝ่ายข้อมูล
- ลัดดา ลิขิตขัยงวรา น.สพ.ธีรศักดิ์ ชักนำ
- สมาน สยามภูจินันท์ สมเจดน์ ตั้งเจริญศิลป์
- กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ ประเวศน์ แยมชื่น
- ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมฉวี เชิดชัย ดาราแจ้ง
- ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ฌมยา พุกกะนันทน์

รูปที่ 3 อัตราป่วยของผู้ป่วยใช้สมองอักเสบ และใช้สมองอักเสบ เจ อี ปี พ.ศ. 2543-2552





Update

สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี

ฉบับล่าสุด... ปี 2551

สามารถค้นหาข้อมูล

เพิ่มเติมที่ เว็บไซต์

สำนักโรคระบาดวิทยา

<http://epid.moph.go.th>

** ประกาศ WESR **

เนื่องด้วยในปีงบประมาณ 2553 สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีนโยบายที่จะลดจำนวนการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ (กระดาษ) ของรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR) และฉบับผนวก (Supplement) เพื่อตอบสนองนโยบายการประหยัดพลังงานลดโลกร้อน

ขอเชิญชวนบุคคลทั่วไป หรือหน่วยงานอื่น ๆ หากมีความประสงค์สมัครสมาชิกรายงาน WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email) กรุณาแจ้ง ชื่อ ที่อยู่ หน่วยงานสังกัด มาที่

กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถ.ติวานนท์จ.นนทบุรี 11000 หรือทาง

E-mail: wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com หรือทางโทรศัพท์ 0-2590-1723

โทรสาร 0-2590-1730

บทนำ (Introduction)

โรคชิคุนกุนยาเป็นโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ เกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ซึ่งเป็น RNA virus จัดอยู่ใน Genus Alphavirus และ Family Togaviridae ที่มียุงพาหะนำโรค ได้แก่ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ซึ่งจะกัดในช่วงเวลากลางวัน ระยะฟักตัว นับตั้งแต่ได้รับเชื้อไวรัสจากยุงจนเริ่มแสดงอาการป่วย นานประมาณ 1 - 12 วัน แต่ส่วนใหญ่มีอาการประมาณ 2 - 3 วันหลังได้รับเชื้อ^{1,3} มีรายงานการระบาดครั้งแรกทางตอนใต้ของประเทศแทนซาเนียในทวีปแอฟริกา ในปี พ.ศ. 2495^{4,6} สำหรับประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร⁷ หลังจากนั้นระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2550 ไม่มีรายงานโรคชิคุนกุนยาอีก จนกระทั่งถึงการระบาดครั้งล่าสุดในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ที่จังหวัดนราธิวาส ซึ่งทิ้งช่วงห่าง 13 ปี จากการระบาดครั้งก่อน⁸ และยังคงระบาดต่อเนื่องไปยังจังหวัดที่มีพื้นที่ติดกัน ได้แก่ จังหวัดปัตตานีและสงขลา โดยเฉพาะในจังหวัดสงขลาซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงต้นปี พ.ศ. 2552

แม้จะมีมาตรการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคโดยหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง แต่การระบาดในจังหวัดสงขลาที่ยังคงไม่สงบลงในพื้นที่ และมีแนวโน้มที่โรคจะแพร่กระจายออกไปสู่อีกภูมิภาคอื่นๆ ในประเทศไทย นอกจากนี้ องค์ความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคและปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในประเทศไทยยังมีจำกัด ดังนั้น สำนักระบาดวิทยาจึงร่วมกับโรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลจะนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

ผู้เขียนบทความ

รจนา วัฒนรังสรรค์¹ วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย² สุวิษ ธรรมปาโล³
สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ⁴ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ⁵ กาญจนา ชูหวาน⁴
อาหาหมัด สิริโก⁴ เจริญสุข คำหอมกุล⁵ ชุลภิณี รือเมยะ⁵
วิรัช วงศ์หิรัญรัชต์⁴ โสภากิติ มุลเมฆ⁵ สวรรยา จันทุดานนท์³
โสภณ เอี่ยมศิริถาวร¹

¹โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

²หน่วยระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

⁴โรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา

⁵โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

สงขลา ดำเนินการศึกษาระบาดของโรคชิคุนกุนยา ในพื้นที่อำเภอจะนะ และ เทพา จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม 2552 ถึงวันที่ 19 เมษายน 2552

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อบรรยายลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคชิคุนกุนยาตามบุคคล สถานที่ และเวลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง สถานที่ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา และยุงพาหะหลักที่นำเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา
3. เพื่อเสนอแนะมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา (Methods)

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประกอบด้วย

1. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาจากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ในอำเภอเทพา และอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2551 - 2552

2. ทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยอาการสงสัยโรคชิคุนกุนยาที่โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม ถึง 19 เมษายน 2552

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยา ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือสถานเอนามัย ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม ถึง 19 เมษายน 2552 โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำโรงพยาบาลหรือสถานเอนามัย เพื่อเก็บข้อมูลในด้านต่างๆ คือ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ อาชีพ ข้อมูลอาการและอาการแสดง ได้แก่ ไข้ ปวดข้อ ข้ออักเสบ ผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา และอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันอื่นๆ เช่น สถานที่ทำงาน สถานที่ที่ถูกยุงกัด ประวัติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา การพบลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้าน และวิธีการป้องกันยุงกัด

4. กำหนดนิยามผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยสงสัย และ ผู้ป่วยยืนยัน

- ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเทพา หรือ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ในเดือนมีนาคม-เมษายน 2552 และมีประวัติเป็นไข้ และ ปวดข้อ/ข้ออักเสบ ภายใน 5 วันหลังจากวันเริ่มป่วย หรือแพทย์วินิจฉัย สงสัยโรคชิคุนกุนยา

- ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) ได้แก่ ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

- ตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสชิคุนกุนยา โดยวิธี RT-PCR

- ตรวจพบภูมิคุ้มกัน IgM ต่อไวรัสชิคุนกุนยา มากกว่าหรือเท่ากับ 40 หน่วย จากซีรัมเดี่ยว หรือซีรัมคู่

- ตรวจพบการเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่าของระดับภูมิคุ้มกัน IgG ต่อไวรัสชิคุนกุนยาจากซีรัมคู่ห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

- ตรวจพบการเพิ่มขึ้นของไตเตอร์อย่างน้อย 4 เท่า โดยวิธี Haemagglutination inhibition (HAI) ต่อไวรัสชิคุนกุนยาจากซีรัมคู่ห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

การศึกษาาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study)

พื้นที่ศึกษา เลือกจากพื้นที่ที่กำลังมีการระบาดของโรคชิคุนกุนยาในจังหวัดสงขลาในเดือนมีนาคม 2552 ประกอบด้วย 7 ตำบล ในอำเภอเทพา (สถานีอนามัย 11 แห่ง สถานบริการปฐมภูมิ 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง) และ 3 ตำบลในอำเภอจะนะ ได้แก่ ตำบลลูกบ้านนา สะพานไม้แก่น (สถานีอนามัย 2 แห่ง สถานบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง) โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม ถึง 19 เมษายน 2552

รูปแบบการศึกษาแบบ Case-control study โดยมีอัตราส่วนกลุ่มผู้ป่วยต่อกลุ่มเปรียบเทียบ (case: control) เท่ากับ 1 : 1 และใช้นิยามผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยยืนยันในการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเลือกด้วยวิธี Simple random sampling จากประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่ทำการศึกษาจำนวนทั้งหมด 96,515 คน โดยทุกคนต้องไม่มีอาการสงสัยโรคชิคุนกุนยา และไม่มีอาการไข้พร้อมทั้งปวดข้อ/ข้ออักเสบ จนถึงวันที่เก็บข้อมูล และจะสุ่มเลือกกลุ่มเปรียบเทียบในเวลาเดียวกัน (Density sampling) กับที่พบผู้ป่วยไม่เกิน 7 วันนับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ถูกสุ่มเป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่อยู่บ้าน หรือไม่ยินยอมให้เจาะเลือด จะสุ่มเลือกใหม่จากสมาชิกในบ้านเดียวกัน หรือสุ่มเลือกจากเพื่อนบ้านข้างเคียง โดยวิธี Simple random sampling

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ (Percentage) โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคด้วย Crude odds ratio (ร้อยละ 95 CI) ใน Univariate analysis และ Adjusted odds ratio (ร้อยละ 95 CI) ใน Multiple logistic regression analysis และทดสอบสมมติฐานด้วย Chi-square และ p-value โดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Epi-info version 3.5 และ MS Excel 2003

การศึกษาสิ่งแวดล้อม (Environmental study)

ได้ทำการสำรวจสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปในอำเภอเทพา และอำเภอจะนะ รวมถึงได้ไปเยี่ยมชมและสำรวจบ้านผู้ป่วย และกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงร่วมต่อการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา

สำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย โดยใช้ Container index ในหมู่บ้านของประชากรศึกษา

การสำรวจยุงตัวแก่ (Mosquitoes survey) ใช้การสุ่มจากบ้านผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธี Purposive sampling เพื่อศึกษาพาหะหลักที่นำเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในพื้นที่ โดยใช้เทคนิคในการเก็บยุง คือ ใช้คนเป็นเหยื่อล่อ (Human bait; landing technique) บริเวณนอกบ้าน หรือรอบบ้าน และใช้เครื่องดูดยุง (Backpack aspirator machine) ในบริเวณบ้าน และนอกบ้านในรัศมีห่างอย่างน้อย 50 เมตร เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที ในการเก็บตัวอย่างยุงตัวแก่ในแต่ละบ้าน

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory study)

ส่งตัวอย่างตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกองทัพไทยและสหรัฐอเมริกา (AFRIMS) โดยเก็บเลือดผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยาอย่างน้อย 5 มิลลิลิตร ภายใน 5 วันหลังจากวันเริ่มป่วย และเก็บเลือดครั้งที่สองห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 14 วัน ปั่นแยกเก็บเฉพาะซีรัมไว้ในถังไนโตรเจนเหลว (-179^o C) แล้วจึงส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสชิคุนกุนยา (RT-PCR) และศึกษาทาง Serology ประกอบด้วย IgM, IgG, Haemagglutination inhibition ส่วนยุงส่งตรวจแยกชนิดของยุง (Classification of species) และตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัสชิคุนกุนยา ด้วยวิธี RT-PCR

ผลการศึกษา

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยาในรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยาจากอำเภอเทพา 70 ราย นับเป็นครั้งแรกในพื้นที่นี้ที่มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา ในขณะที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยจากอำเภอจะนะแม้แต่รายเดียว ส่วนในปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนกุนยาเพิ่มขึ้นจำนวนมากทั้งในอำเภอเทพาและอำเภอจะนะ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเมษายน และจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลจะนะ สถานีอนามัยรวมถึงสถานบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอเทพา และสถานีอนามัยในตำบลบ้านนา คู สะพานไม้แก่น อำเภอจะนะ ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม ถึงวันที่ 19 เมษายน 2552 พบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อชิคุนกุนยาทั้งสิ้น 189 ราย แยกเป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 29 ราย (ร้อยละ 15.3) และเป็นผู้ป่วยนอก 160 ราย (ร้อยละ 84.7) ผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อชิคุนกุนยาได้รับการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจยืนยันทั้งสิ้น 179 ราย (ร้อยละ 94.7) เป็นผู้ป่วยยืนยันโดยพบสารพันธุกรรมของเชื้อชิคุนกุนยา หรือพบการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อชิคุนกุนยา อย่างใดอย่างหนึ่งทั้งสิ้น 162 ราย (ร้อยละ 90) คิดเป็นอัตราป่วยเฉลี่ย 167.8 ต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยมีวันเริ่มป่วยดังแสดงในรูปที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยัน มีอัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เป็น 1.31 : 1 (92:70)

มัชฐานของอายุผู้ป่วยยืนยัน คือ 33 ปี (พิสัย 4-78 ปี) เป็นผู้ป่วยที่ ตั้งครรภ์ ร้อยละ 3 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ อาชีพหลักของผู้ป่วย ยืนยัน คือ ทำสวนยางพารา (ร้อยละ 58) นอกจากนี้ ประกอบอาชีพ อื่น ได้แก่ นักเรียน พ่อบ้าน/แม่บ้าน พ่อค้า/ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง รับราชการ (ร้อยละ 24, 10, 5, 6 และ 2 ตามลำดับ) อาการ และอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดข้อ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวด กล้ามเนื้อ มีผื่น ปวดกระบอกตา ข้ออักเสบ (ร้อยละ 99, 95, 85, 70, 60, 52 และ 29 ตามลำดับ) ดังแสดงในรูปที่ 2 สำหรับเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ที่ตรวจพบในการระบาดครั้งนี้ คือ Central/East African strain เช่นเดียวกับที่พบในการระบาดก่อนหน้านี้ที่จังหวัดนครราชสีมา⁹

สำหรับการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ เก็บ ตัวอย่างเลือดจากกลุ่มเปรียบเทียบได้ 171 ตัวอย่าง และพบว่ามียุงกลุ่ม เปรียบเทียบเพียง 103 รายที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (ร้อยละ 60) และนำมาใช้ในการศึกษาเชิงวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย 103 ราย ที่เก็บตัวอย่างในเวลาเดียวกัน ผลพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพทำงาน ในสวนยางพารา การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สงสัยโรคชิคุนกุนยา (โดย ส่วนใหญ่ให้ประวัติว่า อยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนบ้านที่เป็น โรคชิคุนกุนยา (ร้อยละ 46) หรือ มีสมาชิกในครอบครัวเดียวกันป่วยมาก่อน (ร้อยละ 26) ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การถูกยุงกัดใน สวนยางพาราในช่วงเวลากลางวัน โดยพบว่า ร้อยละ 86 ของชาวสวน ยางพารา มีการทำงานในสวนยางในช่วงเวลากลางวัน (6.00 – 18.00 น.) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากิน และส่วนน้อยมีการป้องกันยุงกัด ในสวน (เพียงร้อยละ 24 ของผู้ป่วยมีการป้องกันยุงด้วยวิธีต่างๆ เช่น ทายากันยุง ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว) ส่วนการถูกยุงกัดในบริเวณ บ้านในช่วงเวลากลางวัน พบเป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน โดยส่วนใหญ่ของ ประชากรศึกษาใช้เวลาในบ้าน (เฉลี่ย 9 - 11 ชั่วโมง/วัน) มากกว่าใน สวน (เฉลี่ย 4 - 5 ชั่วโมงต่อวัน) ส่วนปัจจัยป้องกันที่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 1

ในการศึกษาสิ่งแวดล้อม พบว่า ดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำ ยุงลายมีค่าค่อนข้างสูง โดยในบ้านกลุ่มผู้ป่วยมีค่า Container index เท่ากับ ร้อยละ 45 ส่วนในบ้านกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่า Container index เป็นร้อยละ 28 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02) สำหรับผลการสำรวจยุงตัวแก่จากบ้าน 29 หลัง แบ่งเป็นบ้าน ผู้ป่วย 18 หลัง (ร้อยละ 62) และบ้านของกลุ่มเปรียบเทียบ 11 หลัง (ร้อย ละ 38) จับยุงตัวแก่ได้ทั้งหมดจำนวน 301 ตัว แบ่งเป็น ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) 1 ตัว จากภายในบ้านของผู้ป่วย ยุง *Armigeles subalbatus* 2 ตัว จากภายนอกบ้านของผู้ป่วย และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) 298 ตัว จากภายนอกบ้านของทั้งผู้ป่วยและกลุ่ม เปรียบเทียบ โดยยุงลายสวน 207 ตัว (ร้อยละ 69) จับได้จากบ้านของ

ผู้ป่วย และ 91 ตัว (ร้อยละ 31) จับได้จากบ้านของกลุ่มเปรียบเทียบ โดยตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสชิคุนกุนยาโดยวิธี RT-PCR จากยุงลายสวน 1 ตัว ที่จับได้จากบ้านของผู้ป่วย ซึ่งยุงพาหะหลัก สำหรับการระบาดในพื้นที่นี้ จึงน่าจะเป็นยุงลายสวนเนื่องจากพบ สัตว์ส่วนของยุงลายสวนมากกว่ายุงชนิดอื่น

อภิปรายผลการศึกษา (Discussions)

การระบาดของโรคชิคุนกุนยาจังหวัดสงขลาในครั้งนี้ เกิด จากไวรัสชิคุนกุนยาสายพันธุ์ Central/East African โดยเป็นสายพันธุ์ เดียวกันกับที่พบในการระบาดของโรคชิคุนกุนยาในจังหวัด นครราชสีมาก่อนหน้านี้^{9,10} ซึ่งก่อนปี พ.ศ. 2551 ไม่เคยมีรายงานการ ระบาดด้วยไวรัสสายพันธุ์นี้มาก่อนในประเทศไทย โดยการระบาด ในอดีตเป็นสายพันธุ์ Asian ดังนั้นประชากรทุกกลุ่มอายุมีโอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ เนื่องจากไม่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชิคุนกุนยาสายพันธุ์นี้ มาก่อนเหมือนกัน ผู้มีอาชีพทำสวนยางพารามีความเสี่ยงต่อการติด เชื้อไวรัสชิคุนกุนยามากกว่าอาชีพอื่น เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ยุง พาหะหลักนำเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (*Ae. albopictus*) พบมากในสวน ยางพาราในเวลากลางวัน และชาวสวนยางพาราส่วนใหญ่มีการ ทำงานในสวนยางในช่วงเวลากลางวัน (ร้อยละ 86) และใช้เวลาในสวน ยางพาราค่อนข้างนาน โดยเฉลี่ยประมาณ 4 - 5 ชั่วโมง/วัน โดยที่การ ป้องกันยุงกัดในช่วงที่อยู่ในสวนไม่เพียงพอ (เพียงร้อยละ 24 ของ ผู้ป่วยมีการป้องกันยุง) ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ในขณะที่ทำงานในสวนยางพารามากกว่าอาชีพอื่น

แต่อย่างไรก็ตาม สถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อชิคุนกุนยาอาจ เป็นได้ทั้งที่สวนยางพาราหรือที่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิง วิเคราะห์ พบผู้ที่ถูกยุงกัดในสวนยางพาราหรือที่บ้านมีความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อชิคุนกุนยามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ประมาณ 2 - 3 เท่า (สำหรับการถูกยุงกัดที่สวนยาง Adjusted OR = 2.38; ร้อยละ 95 CI = 1.01-5.63 และที่บ้าน Adjusted OR = 3.77; ร้อยละ 95 CI = 1.56-9.09) โดยทั้งกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบให้ข้อมูลว่า โคนยุงกัดที่สวน ยาง (ร้อยละ 40-60) และ โคนยุงกัดที่บ้าน (ร้อยละ 70-80) แต่ในช่วง เวลากลางวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านมากกว่าสถานที่อื่นๆ ประกอบกับ พบความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้านสูง (CI เท่ากับร้อยละ 45) ดังนั้น จึงไม่ควรให้ความสำคัญว่าสาเหตุของการ ติดเชื้อชิคุนกุนยาเกิดในสวนยางพาราเพียงอย่างเดียว เพราะบริเวณ บ้านและรอบๆ บ้านก็สามารถเป็นแหล่งของการติดเชื้อด้วย รวมทั้ง เมื่อการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบริเวณสวนยางทำได้ยากกว่าบริเวณ บ้าน ดังนั้น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายภายในบริเวณ บ้านและรอบๆ บ้าน จึงยังเป็นมาตรการสำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยง ของการแพร่เชื้อ โดยผลการศึกษาเชิงวิเคราะห์สนับสนุนว่า บ้านที่มี การกำจัดลูกน้ำยุงลายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จะลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคชิคุนกุนยาได้ประมาณ 5 เท่า (Adjusted OR = 0.22 ;



ร้อยละ 95 CI = 0.10-0.48) เปรียบเทียบกับบ้านที่ไม่มีการจัด
 ปลูกน้ำยุงลาย

ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสซิกนุกุนยาอื่นๆ ได้แก่
 การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยสงสัยโรคซิกนุกุนยาจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่
 ไม่ได้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคซิกนุกุนยาถึงเกือบ 5 เท่า (Adjusted OR = 4.76;
 ร้อยละ 95 CI = 2.25-10.05) ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยยืนยันพบว่า ส่วน
 ใหญ่มีประวัติอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนบ้าน หรือ สมาชิกในบ้านที่ป่วยมา
 ก่อนที่จะมีอาการป่วย จึงมีความเป็นไปได้ว่า ในระยะแรกของการ
 ระบาดโรคซิกนุกุนยา ผู้ป่วยติดเชื้อจากในสวนยางพารา แต่การ
 แพร่กระจายเชื้อในระยะต่อมา น่าจะเกิดที่บ้านโดยขณะที่ไปอยู่
 ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายก่อนหน้าที่อยู่ในระยะ viremia โดยมียุงลายเป็น
 พาหะนำเชื้อระหว่างผู้ป่วย ดังนั้น การป้องกันไม่ให้ยุงกัดผู้ที่สงสัย
 เป็นโรคซิกนุกุนยา เพื่อควบคุมให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคล
 รอบข้าง น่าจะเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและ
 ป้องกันการระบาดของโรคซิกนุกุนยาอีกมาตรการหนึ่ง

ในการศึกษานี้ พบยุงลายสวนเป็นพาหะหลัก โดยร้อยละ 98
 ของยุงตัวแก่ที่จับได้เป็นยุงลายสวน และตรวจพบสารพันธุกรรม
 ของไวรัสซิกนุกุนยาในยุงชนิดนี้ (ตรวจพบ 1 ตัว จาก ยุงลายสวน
 298 ตัว) การตรวจพบยุงพาหะหลักของโรคซิกนุกุนยาเป็นยุงลาย
 สวนนี้ (*Ae. albopictus*) เริ่มพบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ในประเทศแคเมอรูน¹¹
 โดยเริ่มมีบทบาทมากขึ้นและเป็นพาหะหลักในหลายประเทศ เช่น
 ฝรั่งเศส^{12,13} คองโก ซึ่งเริ่มเข้ามาแทนที่ยุงลายบ้าน (*Ae. aegypti*)
 โดยเฉพาะในเขตชานเมือง หรือชนบท เนื่องจากมีการกลายพันธุ์ของ
 ยีนบางส่วนของยุงลายสวน ทำให้สามารถติดเชื้อไวรัสได้ดีขึ้น¹¹
 ประกอบกับความสามารถในการแพร่พันธุ์ได้อย่างกว้างขวางในพื้นที่
 สวน และในประเทศไทยมีพื้นที่สวนมากมาย ทำให้การควบคุม

และป้องกันยุงลายสวนทำได้ยากกว่ายุงลายบ้าน

สรุปผลการศึกษา (Conclusions)

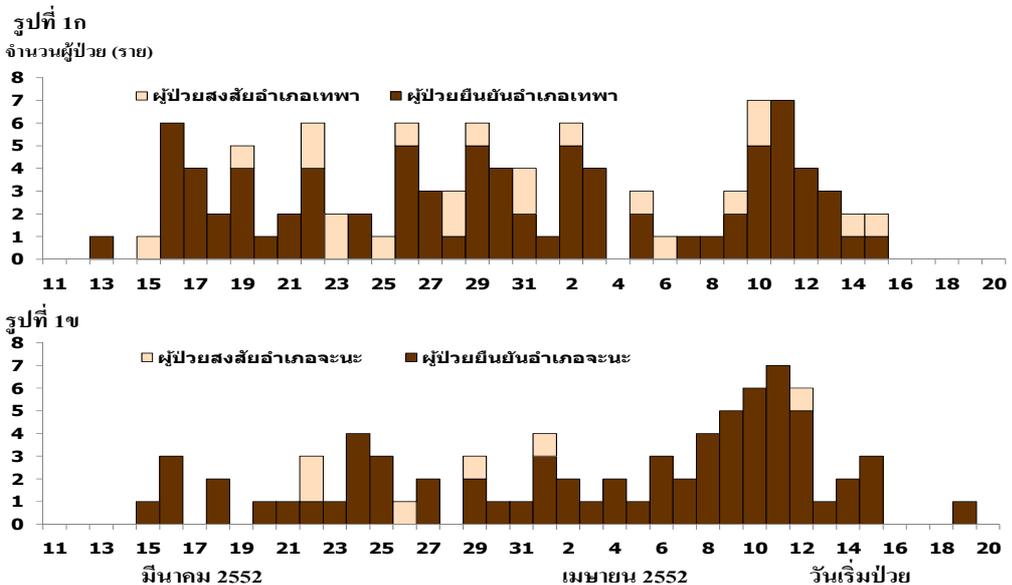
การระบาดของโรคซิกนุกุนยาในอำเภอเทพา และ ฉะนะ
 จังหวัดสงขลา เกิดจากเชื้อไวรัสซิกนุกุนยาสายพันธุ์ Central/East
 African และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะหลักในการ
 นำเชื้อ พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และพบมากในกลุ่มอาชีพทำสวน
 ยางพารา มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สงสัย
 โรคซิกนุกุนยา การถูกยุงกัดในสวนยางพาราหรือ ในบริเวณบ้านใน
 ช่วงเวลากลางวัน การให้สุศึกษาแก่ชุมชนในการป้องกันยุงกัดเวลา
 กลางวัน การกำจัดยุงตัวแก่และลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้าน และ
 ดำเนินการเฝ้าระวังการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การ
 ระบาดของโรคซิกนุกุนยาสงบลงได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การให้สุศึกษาแก่ชุมชน ในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคซิกนุกุนยา
 ในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียง ควรมีการเน้นไม่ให้ยุงลายกัดผู้ป่วย เพื่อ
 ลดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสซิกนุกุนยาสู่บุคคลอื่น และขณะเดียวกัน
 บุคคลรอบข้างควรป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัดเช่นกัน โดยวิธีต่างๆ
 ร่วมกัน เช่น การทายากันยุง การใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ตั้งแต่
 ในระยะเริ่มต้นที่พบการระบาดในพื้นที่
2. เนื่องจากอาชีพทำสวนยางพารา มีความเสี่ยงสูงกว่าอาชีพ
 อื่นในการติดเชื้อไวรัสซิกนุกุนยาในระยะแรก ดังนั้นประชากรกลุ่ม
 นี้ซึ่งอยู่ในพื้นที่ ที่มีการระบาด จึงควรเน้นการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด
 ในสวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลากลางวัน
3. การกำจัดยุงลายตัวแก่และลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้าน
 ยังคงเป็นมาตรการสำคัญที่ น่าจะช่วยลดการแพร่เชื้อและควบคุมการ
 ระบาดได้ผลในระดับหนึ่ง

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคซิกนุกุนยา ตามวันเริ่มป่วย อำเภอเทพา (รูปที่ 1ก) และอำเภอฉะนะ (รูปที่ 1ข) จังหวัดสงขลา

เดือนมีนาคม – เมษายน 2552



ข้อจำกัดในการศึกษา (Limitations)

1. ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากไม่ครอบคลุมถึงผู้ที่มีอาการน้อยไม่ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือไปรับการรักษาที่คลินิก ที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษานี้ และผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเจาะเลือดตรวจยืนยันได้

2. มีผู้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้จำนวนทั้งสิ้น 46 คน อาจทำให้มีความแตกต่างของคุณภาพการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้บ้าง แม้จะมีการฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจตรงกันแล้วก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ขอขอบคุณ นายแพทย์สรรพงษ์ ฤทธิรักษา นายแพทย์ ขจรศักดิ์ ศิลปโกคากุล นายแพทย์ปณิธิ ชัมมวิริยะ สำนักกระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ และสถานีอนามัยทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพา และสถานีอนามัยทุกแห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หน่วยระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และบุคลากรของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) ได้แก่ Dr.Jason Richardson Dr.Richard Jarman แพทย์หญิงคุณหญิงอนันต์ นิสาลักษณ์ ดร.อลงกต พลวัฒน์ ที่สนับสนุนการศึกษากิจนี้จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

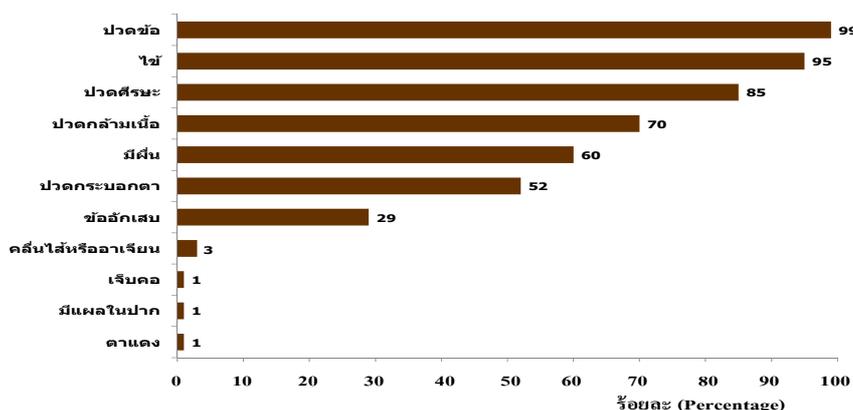
เอกสารอ้างอิง

1.Ng LF, Ojcius DM. Chikungunya Fever - Re-emergence of an Old Disease. *Microbes Infect.* 2009 Dec;11(14-15):1163-4.
 2.Staples JE, Breiman RF, Powers AM. Chikungunya fever: an epidemiological review of a re-emerging infectious disease. *Clin Infect Dis.* 2009 Sep 15;49(6):942-8.
 3.Vazeille M, Mousson L, Failloux AB. Failure to demonstrate experimental vertical transmission of the epidemic strain of Chikungunya virus in *Aedes albopictus* from La Reunion Island, Indian Ocean. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2009 Jul;104(4):632-5.

4.Jain M, Rai S, Chakravarti A. Chikungunya: a review. *Trop Doct.* 2008 Apr;38(2):70-2.
 5.Soon YY, Junaidi I, Kumarasamy V, Chem YK, Juliana R, Chua KB. Chikungunya virus of Central/East African genotype detected in Malaysia. *Med J Malaysia.* 2007 Aug;62(3):214-7.
 6.Sudeep AB, Parashar D. Chikungunya: an overview. *J Biosci.* 2008 Nov;33(4):443-9.
 7.Chhabra M, Mittal V, Bhattacharya D, Rana U, Lal S. Chikungunya fever: a re-emerging viral infection. *Indian J Med Microbiol.* 2008 Jan-Mar;26(1):5-12.
 8.กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้เรื่องโรคชิคุนกุนยา (chikungunya). *Journal [serial on the Internet].* 2009 Date: Available from: http://beid.ddc.moph.go.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=420&Itemid=199.
 9.Pisitawoot Ayood RB, et al. Chikungunya serosurvey and identified risk factors at M.8, Laham sub-district, Yni-ngo district, Narathiwat province. Abstract for presentation at BOE, DDC. 2009.
 10.Apiradee Theamboonlers PR, Kesmanee Praiaanathaworn, Norra Wuttirattanakowit, Yong Poovorawan. Clinical and Molecular Characterization of Chikungunya Virus in South Thailand. *Jpn J Infect Dist.* 2009;62:303 -5.
 11.Frédéric Pagès CNP, Médard Toung Mve, Fanny Jarjaval, Sylvain Brisse, Isabelle Iteman, Patrick Gravier, Dieudonné Nkoghe, and Marc Grandadam. *Aedes albopictus* Mosquito: The Main Vector of the 2007 Chikungunya Outbreak in Gabon. *PLoS ONE.* 2009; 4(3):4691.
 12.Reiter PF, D; Paupy, C. *Aedes albopictus* as an epidemic vector of chikungunya virus: another emerging problem? *Lancet Infect Dis.* 2006;6:463-4.
 13.Vazeille MJ, C; Martin, E; Schaffner, C, et al. Chikungunya: a risk for Mediterranean countries? *Acta Trop.* 2008;105:200-2.

รูปที่ 2 ร้อยละของอาการและการแสดงของผู้ป่วยยืนยันโรคชิคุนกุนยาอำเภอเทพาและจะนะ จังหวัดสงขลา เดือนมีนาคม - เมษายน 2552 (n=162)

อาการและอาการแสดง



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับการเกิดโรคชิคุนคุนยา ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบ อำเภอเทพา และอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เดือนมีนาคม – เมษายน 2552

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)
เพศชาย	1.56 (0.89, 2.75)	1.41 (0.69, 2.87)
กลุ่มอายุ (ปี) 1-15	4.16 (1.27, 13.65)	2.94 (0.69, 12.48)
16-60	2.71 (0.99, 7.37)	1.27 (0.37, 4.37)
>60	Reference	Reference
อาชีพทำงานในสวนยางพารา	2.30 (1.31, 4.04)	2.34 (1.01, 5.42)
อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสงสัยโรคชิคุนคุนยา	4.30 (2.32, 7.96)	4.76 (2.25, 10.05)
ถูกยุงกัดในสวนยางพารา ในช่วงเวลากลางวัน	1.88 (1.07, 3.30)	2.38 (1.01, 5.63)
ถูกยุงกัดในบริเวณบ้าน ในช่วงเวลากลางวัน	1.92 (0.97, 3.82)	3.77 (1.56, 9.09)
มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0.35 (0.19, 0.64)	0.22 (0.10, 0.48)
พบลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้านหรือรอบบ้าน	1.07 (0.58, 1.96)	1.03 (0.48, 2.23)
มีส่วนอยู่บริเวณรอบๆ บ้าน	0.66 (0.37, 1.19)	0.47 (0.21, 1.06)



สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (Outbreak Verification Summary)

อมรา ทองหงษ์ โสภณ เอี่ยมสิริถาวร วิไลภรณ์ วงศ์พฤกษาศาสตร วัชร แก้วเขานอก อมรรัตน์ ซอบกตัญญู อรุณา รุ่งผึ้ง ธนวันต์ กาบภิรมย์
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักโรคระบาดวิทยา Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology

✉ amarat@health.moph.go.th

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 17-23 มกราคม 2553 สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) จำนวน 7 เหตุการณ์ ใน 7 จังหวัด ดังนี้

1.1 การระบาดในโรงพยาบาลมี 2 เหตุการณ์ ดังนี้

จังหวัดชุมพร ผู้ป่วยรายแรกเป็นเพศชาย อายุ 41 ปี อยู่ที่ตำบลบางลึก อำเภอเมืองชุมพร เป็นเจ้าหน้าที่แผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เริ่มป่วยวันที่ 12 มกราคม 2553 มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และเก็บตัวอย่าง Throat swab ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานี ผลพบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ ทีม SRRT จึงได้ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในโรงพยาบาล พบว่า ระหว่างวันที่ 11-19 มกราคม 2553 พบผู้มีอาการไข้หวัดจำนวน 26 ราย รวมพบผู้ป่วยทั้งหมด 27 ราย เป็นเจ้าหน้าที่แผนกผ่าตัด 26 ราย (จากจำนวนทั้งหมด 79 คน) และพนักงาน 1 ราย เป็นผู้ป่วยใน 5 ราย ทุกรายได้รับยา Oseltamivir แล้ว และผู้ที่มีอาการป่วยให้หยุดทำงานจนกว่าจะหายเป็นปกติ มาตรการในการควบคุมโรค ได้ทำการปิดห้องผ่าตัดรับเฉพาะ Emergency case เท่านั้น และทำ Big Cleaning ในห้องผ่าตัด ส่วนเจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงาน ให้นั้นการสวมหน้ากากอนามัย และล้างมืออย่างเคร่งครัด

จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 15-21 มกราคม 2553 ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มีผู้ป่วยรวม 29 ราย รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน 1 ราย ทั้งหมดเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งกระจายอยู่ในแผนกพยาธิวิทยา เภสัชกรรม และวิชาการ จากการสอบสวนโรค พบว่า ก่อนการระบาด วันที่ 14 มกราคม 2553 ที่แผนกพยาธิวิทยา ได้มีการจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ปีใหม่ โดยมีเจ้าหน้าที่จากแผนกเภสัชกรรมและกลุ่มงานวิชาการเข้าร่วมงานด้วย ทีมสอบสวนโรค ได้เก็บตัวอย่าง Throat swab ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ พิษณุโลก จำนวน 5 ราย พบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ จำนวน 1 ราย

1.2 การระบาดในโรงเรียนมี 5 เหตุการณ์ ดังนี้

จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ป่วยเป็นนักเรียน โรงเรียนแห่งหนึ่งในตำบลเมืองคอง อำเภอเชียงดาว จำนวน 15 ราย เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลแมคคอมมิค เป็นผู้พบนอก 14 ราย ผู้ป่วยใน 1 ราย โดยรายแรกเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อายุ 12 ปี เริ่มป่วยวันที่ 7 มกราคม 2553 รายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 16 มกราคม 2553 จากการสอบสวนโรค พบว่า ระหว่างวันที่ 12 – 13 มกราคม 2553 ทางโรงเรียน ได้จัดแข่งกีฬาร่วมกัน 4 โรงเรียน จึงทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลเมืองคอง จำนวน 10 ราย เก็บ Throat swab จำนวน 5 ราย ส่งตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ฯ ทั้งหมด





จังหวัดลำพูน เป็นนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่งใน ตำบลวังยาว อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ฯ โดยเริ่มป่วยวันที่ 9 มกราคม 2553 จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจอมทองวันที่ 10 มกราคม 2553 ผลการตรวจพบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ฯ และได้รับยา Tamiflu ทีม SRRT ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมระหว่างวันที่ 13-14 มกราคม 2553 พบผู้ป่วยเพิ่มอีก 21 ราย ส่งตรวจพบยืนยันที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ฯ จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 8.71 (นักเรียนทั้งหมด 225 คน) นอกจากนี้ ทีม SRRT จังหวัด ได้ค้นหาผู้ป่วยในโรงเรียนใกล้เคียง เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

จังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยรายแรกเป็นอาจารย์ โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา เริ่มป่วยวันที่ 2 มกราคม 2553 มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ และปวดศีรษะ เก็บตัวอย่างส่งตรวจพบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ จากการสอบสวนโรคผู้ป่วยได้เดินทางไปทัศนศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2552 - 2 มกราคม 2553 พร้อมคณะครูจำนวน 47 คน ต่อมาวันที่ 5 มกราคม 2553 มีการจัดกิจกรรมงานวันเด็ก หลังจากนั้นมิครูและนักเรียนเริ่มทยอยกันป่วย ระหว่างวันที่ 2-13 มกราคม 2553 พบผู้ป่วยรวมทั้ง 74 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 64 ราย ผู้ป่วยใน 10 ราย และทำ Rapid test ในผู้ป่วย 5 ราย พบให้ผลบวกต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดเอทั้งหมด และเก็บ Nasal swab ในผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดสงขลาวันที่ 11 มกราคม 2553 ผลทั้งสองรายพบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ

จังหวัดสุโขทัย วันที่ 14 มกราคม 2553 มีเด็กนักเรียนมีอาการไข้หวัดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 1 ราย เป็นนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอมือง จังหวัดสุโขทัย ผลตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ฯ ทีม SRRT ได้ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในโรงเรียน พบเด็กนักเรียนมีอาการไข้หวัดประมาณ 30 ราย เก็บตัวอย่างส่งตรวจ จำนวน 4 ราย ผลพบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ จำนวน 2 ราย จึงได้ทำการปิดโรงเรียน ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2553

จังหวัดลำปาง ผู้ป่วยเพศชาย เป็นนักศึกษา ปวส. ชั้นปี 2 สาขาเทคนิคช่างยนต์ ที่วิทยาลัยเทคนิคแห่งหนึ่งในอำเภอเกาะคา เริ่มป่วยวันที่ 10 มกราคม 2553 มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เข้ารักษาที่สถานีอนามัยศาลาไชยในวันที่ 15 มกราคม 2553 เก็บ Nasal swab ส่งตรวจพบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ จากการไปค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในสาขาเทคนิคช่างยนต์มีนักศึกษาทั้งหมด 48 คน มีอาการป่วย 26 ราย เก็บ Nasal swab ส่งตรวจ 3 รายพบเชื้อไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ฯ จำนวน 1 ราย ขณะนี้นักศึกษามีอาการดีขึ้น

2. อาหารเป็นพิษ จากการรับประทานเมล็ดต้นโพธิ์ศรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 ราย ทั้งหมดผู้ป่วยเป็นนักเรียนโรงเรียนแห่งหนึ่ง

ในตำบลวัดแก้ว อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี จำนวน 15 ราย เป็นเพศหญิง 13 ราย เพศชาย 2 ราย เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 12 ราย ที่เหลืออยู่ชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 3 , 4 และ 5 ชั้นละ 1 ราย โดยเริ่มป่วยวันที่ 20 มกราคม 2553 มีอาการปวดท้อง แสบคอ มีน้ิรยะ คลื่นไส้ อาเจียน เข้ารักษาที่โรงพยาบาลบางแพวันเดียวกัน รักษาเป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมด ขณะนี้ทุกรายอาการดีขึ้น จากการสอบสวนโรคพบว่า นักเรียนที่มีอาการป่วยมีอาการหลังจากรับประทานเมล็ดโพธิ์ศรี ซึ่งมีผู้รับประทานจำนวนทั้งหมด 20 ราย มีอาการป่วย 15 ราย คิดเป็น อัตราป่วยเท่ากับร้อยละ 75 โดยมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 2 เก็บเมล็ดโพธิ์ศรีที่อยู่บริเวณโรงเรียน มารับประทานและนำมาแบ่งให้เพื่อนรับประทานด้วย ซึ่งแต่ละคนรับประทานคนละ 1/2 - 9 เมล็ด หลังจากนั้น 15-30 นาที จึงเริ่มมีอาการ มาตรการที่ได้ดำเนินการทางโรงเรียนได้ประชาสัมพันธ์ถึงอันตรายของเมล็ดต้นโพธิ์ศรีและติดป้ายเตือนที่ต้นไม้ และแจ้งเตือนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เป็นต้น

สำหรับต้นโพธิ์ศรี มีส่วนที่เป็นพิษได้แก่ เมล็ด น้ำยาง เปลือก และราก ในเมล็ดประกอบด้วยน้ำมันซึ่งมีคุณสมบัติเป็นยาถ่ายและโปรตีนซึ่งมีพิษชื่อว่าสตูรินหรือ เครพพิดิน มีรายงานความเป็นพิษจากการรับประทานเมล็ดของต้นโพธิ์ศรี พบว่ามีอาการแสบร้อนในลำคอ ปวดท้อง กระหายน้ำ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็ว ตาพร่ามัวและหากได้รับปริมาณสูงๆ อาจทำให้เพ้อ ชัก หมคสติ และอาจถึงตายได้

3. อหิวาตกโรค จังหวัดระยอง จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 40 ปี อาชีพรับจ้างในโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์ เริ่มป่วยวันที่ 13 มกราคม 2553 มีอาการปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำจำนวน 10 ครั้ง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลวังจันทร์ วันที่ 14 มกราคม 2553 แพทย์วินิจฉัย Diarrhoea ได้ให้ยา Norfloxacin และผงน้ำตาลเกลือแร่ไปรับประทานที่บ้าน และเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจที่โรงพยาบาลแกลงวันที่ 15 มกราคม 2553 พบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติเดินทางไปจังหวัดสิงห์บุรีซึ่งเป็นบ้านของภรรยา ระหว่างวันที่ 8-12 มกราคม 2553 เดินทางกลับมาถึงระยองในช่วงเช้าของวันที่ 13 มกราคม 2553 ประวัติการรับประทานอาหารไม่ชัดเจน ขณะนี้ทีม SRRT อำเภอวังจันทร์ กำลังดำเนินการสอบสวน ค้นหาผู้ป่วยในโรงงานและในชุมชน และอีกทั้งยังได้ประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีเพื่อดำเนินการสอบสวนโรคและเก็บ Rectal swab ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 7 คนส่งตรวจที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี กำลังรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายงานจากการระบบการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบาดวิทยา จังหวัดสิงห์บุรี ไม่มีรายงานผู้ป่วยอหิวาตกโรคเป็นเวลา 5 ปี สำหรับผู้ป่วยอหิวาตกโรคของจังหวัดระยองพบผู้ป่วยรายสุดท้ายที่อำเภอเมือง เริ่มป่วยวันที่ 21 ธันวาคม 2552

ปี 2553 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	60	62	68																							

จังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา 68 จังหวัด ร้อยละ 89.47

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนตามวันรับรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 3

Table 1 Reported Cases of Priority by Diseases Under Surveillance by Date of Treatment Compared to Previous Year, Thailand, 3rd Week

DISEASES	This Week			Cumulative (3 rd week)		
	2010	2009	Median(2005-2009)	2010	2009	Median(2005-2009)
DIPHTHERIA	0	2	0	1	2	0
PERTUSSIS	0	1	1	1	2	1
TETANUS NEONATORUM	0	0	0	0	0	0
MEASLES	27	171	100	104	467	209
MENIN.MENINGITIS	0	0	0	3	5	4
ENCEPHALITIS	3	9	6	21	19	16
ACUTE FLACCID PARALYSIS: AFP	0	2	6	5	9	18
CHOLERA	0	0	0	24	0	1
HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE	301	55	55	920	210	187
DYSENTERY	154	368	381	578	1096	1096
PNEUMONIA (ADMITTED)*	862	1732	1615	2863	4432	4432
INFLUENZA	669	348	357	2363	1008	1008
LEPTOSPIROSIS	20	41	26	81	130	74
ANTHRAX	0	0	0	0	0	0
RABIES	0	0	1	2 ^A	0	2
AEFI	10	15	8	25	58	18

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาของจังหวัดใน แต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ “0” = No Case “-” = No Report Received

^A ได้รับรายงานจากจังหวัดสมุทรปราการและกาญจนบุรี จังหวัดละ 1 ราย * เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อปี ค.ศ. 2005

สรุปสาระสำคัญของตาราง : ธารวิทย์ อูปพงษ์ *Tharawit Ouppapong*

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา *Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology*

✉ t.ouppapong@hotmail.com

รายงานโรคเฝ้าระวังเร่งด่วนสัปดาห์ที่ 3 พบโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี และสูงกว่าปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบใน สัปดาห์เดียวกัน มีดังนี้

1. โรคพิษสุนัขบ้า พบผู้ป่วยที่อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี และ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ แห่งละราย
2. โรคมือเท้าปาก พบรายงานในหลายจังหวัดจากทั่วทุกภูมิภาค โดยเฉพาะภาคกลางและภาคเหนือ
3. ผู้ป่วยอหิวาตกโรค ผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมดมาจากจังหวัดปัตตานีซึ่งยังพบการระบาดที่ต่อเนื่องมาจากปลายปี พ.ศ. 2552
4. กลุ่มอาการไข้มองอักเสบ พบรายงานส่วนใหญ่มาจากทางภาคเหนือ

TABLE 3 REPORTED CASES AND DEATHS OF SUSPECTED DENGUE FEVER AND DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER UNDER SURVEILLANCE, BY DATE OF ONSET BY PROVINCE, THAILAND, 3rd Week (January 17-23,2010)

REPORTING AREAS**	DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER – TOTAL (DF+DHF+DSS) 2009								DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER – TOTAL (DF+DHF+DSS) 2010								POP. DEC. 31, 2008	
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE	CASE	PER 100000	FATALITY	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE		CASE
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)			C	C	C	C	C	D	POP.		RATE (%)
TOTAL	4390	4463	2334	52998	47	83.61	0.09			1544	-	-	-	1544	2	2.44	0.13	63,389,730
CENTRAL REGION	2333	2705	1532	23512	19	110.25	0.08			926	-	-	-	926	2	4.34	0.22	21,326,851
BANGKOK METRO POLIS	821	1057	733	7132	4	124.88	0.06			389	-	-	-	389	0	6.81	0.00	5,710,883
ZONE 1	308	292	192	2643	0	78.37	0.00			131	-	-	-	131	0	3.88	0.00	3,372,608
NONHABURI	181	175	117	1397	0	132.72	0.00			74	-	-	-	74	0	7.03	0.00	1,052,592
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	60	56	33	503	0	65.40	0.00			26	-	-	-	26	0	3.38	0.00	769,126
PATHUM THANI	44	55	36	422	0	45.41	0.00			18	-	-	-	18	0	1.94	0.00	929,250
SARABURI	23	6	6	321	0	51.64	0.00			13	-	-	-	13	0	2.09	0.00	621,640
ZONE 2	59	72	33	724	0	45.53	0.00			28	-	-	-	28	0	1.76	0.00	1,590,135
ANG THONG	14	16	2	156	0	54.77	0.00			4	-	-	-	4	0	1.40	0.00	284,831
CHAI NAT	4	10	5	129	0	38.40	0.00			9	-	-	-	9	0	2.68	0.00	335,952
LOP BURI	36	43	20	414	0	54.92	0.00			12	-	-	-	12	0	1.59	0.00	753,801
SING BURI	5	3	6	25	0	11.60	0.00			3	-	-	-	3	0	1.39	0.00	215,551
ZONE 3	320	374	163	3734	4	121.88	0.11			115	-	-	-	115	0	3.75	0.00	3,063,611
CHACHOENGSAO	99	83	45	741	1	111.46	0.13			26	-	-	-	26	0	3.91	0.00	664,830
NAKHON NAYOK	5	10	2	57	0	22.73	0.00			2	-	-	-	2	0	0.80	0.00	250,753
PRACHIN BURI	25	21	6	535	0	116.46	0.00			9	-	-	-	9	0	1.96	0.00	459,379
SA KAEO	32	3	0	361	0	66.68	0.00			0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	541,425
SAMUT PRAKAN	159	257	110	2040	3	177.82	0.15			78	-	-	-	78	0	6.80	0.00	1,147,224
ZONE 4	393	403	152	4020	4	119.47	0.10			86	-	-	-	86	0	2.56	0.00	3,364,863
KANCHANABURI	74	58	25	820	2	97.51	0.24			15	-	-	-	15	0	1.78	0.00	840,905
NAKHON PATHOM	142	131	40	1109	0	131.46	0.00			37	-	-	-	37	0	4.39	0.00	843,599
RATCHABURI	123	127	59	1546	2	184.96	0.13			22	-	-	-	22	0	2.63	0.00	835,861
SUPHAN BURI	54	87	28	545	0	64.54	0.00			12	-	-	-	12	0	1.42	0.00	844,498
ZONE 5	114	159	115	1772	1	108.61	0.06			79	-	-	-	79	0	4.84	0.00	1,631,553
PHETCHABURI	27	35	22	538	1	117.22	0.19			16	-	-	-	16	0	3.49	0.00	458,975
PRACHUAP KHIRI KHAN	17	18	13	569	0	113.71	0.00			11	-	-	-	11	0	2.20	0.00	500,378
SAMUT SAKHON	56	95	75	555	0	116.07	0.00			46	-	-	-	46	0	9.62	0.00	478,146
SAMUT SONGKHRAM	14	11	5	110	0	56.69	0.00			6	-	-	-	6	0	3.09	0.00	194,054
ZONE 9	318	348	144	3487	6	134.47	0.17			98	-	-	-	98	2	3.78	2.04	2,593,198
CHANTHABURI	48	44	22	526	1	103.54	0.19			4	-	-	-	4	0	0.79	0.00	508,020
CHON BURI	168	179	79	1777	4	140.51	0.23			42	-	-	-	42	1	3.32	2.38	1,264,687
RAYONG	89	112	34	998	1	166.70	0.10			43	-	-	-	43	1	7.18	2.33	598,664
TRAT	13	13	9	186	0	83.85	0.00			9	-	-	-	9	0	4.06	0.00	221,827
SOUTHERN REGION	631	580	362	8295	9	94.89	0.11			313	-	-	-	313	0	3.58	0.00	8,741,545
ZONE 6	216	98	65	3176	3	91.09	0.09			23	-	-	-	23	0	0.66	0.00	3,486,500
CHUMPHON	24	13	7	665	1	137.19	0.15			4	-	-	-	4	0	0.83	0.00	484,722
NAKHON SI THAMMARAT	72	34	14	1204	1	79.57	0.08			0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	1,513,163
PHATTHALUNG	50	51	44	691	0	136.80	0.00			5	-	-	-	5	0	0.99	0.00	505,129
SURAT THANI	70	0	0	616	1	62.63	0.16			14	-	-	-	14	0	1.42	0.00	983,486
ZONE 7	115	105	17	1379	0	76.90	0.00			19	-	-	-	19	0	1.06	0.00	1,793,242
KRABI	19	13	0	294	0	70.22	0.00			0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	418,705
PHANGNGA	17	10	2	231	0	92.42	0.00			0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	249,933
PHUKET	17	34	5	284	0	86.85	0.00			8	-	-	-	8	0	2.45	0.00	327,006
RANONG	12	7	0	160	0	87.56	0.00			3	-	-	-	3	0	1.64	0.00	182,729
TRANG	50	41	10	410	0	66.68	0.00			8	-	-	-	8	0	1.30	0.00	614,869
ZONE 8	300	377	280	3740	6	108.04	0.16			271	-	-	-	271	0	7.83	0.00	3,461,803
NARATHIWAT	53	83	30	441	1	61.26	0.23			55	-	-	-	55	0	7.64	0.00	719,930
PATTANI	35	63	50	705	0	109.78	0.00			57	-	-	-	57	0	8.88	0.00	642,169
SATUN	10	22	20	193	2	66.92	1.04			23	-	-	-	23	0	7.97	0.00	288,409
SONGKHLA	143	149	120	1989	3	148.90	0.15			93	-	-	-	93	0	6.96	0.00	1,335,768
YALA	59	60	60	412	0	86.64	0.00			43	-	-	-	43	0	9.04	0.00	475,527

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 3 พ.ศ.2553 (17-23 มกราคม 2553)

TABLE 3 REPORTED CASES AND DEATHS OF SUSPECTED DENGUE FEVER AND DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER UNDER SURVEILLANCE, BY DATE OF ONSET BY PROVINCE, THAILAND, 3rd Week (January 17-23,2010)

REPORTING AREAS**	DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2009								DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2010								POP. DEC. 31, 2008
	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	748	589	191	10794	9	50.34	0.08	181	-	-	-	181	0	0.84	0.00	21,442,693	
ZONE 10	150	94	42	1327	0	37.27	0.00	39	-	-	-	39	0	1.10	0.00	3,560,449	
LOEI	45	34	21	365	0	59.02	0.00	16	-	-	-	16	0	2.59	0.00	618,423	
NONG BUA LAM PHU	9	5	1	126	0	25.22	0.00	2	-	-	-	2	0	0.40	0.00	499,520	
NONG KHAI	43	18	8	343	0	37.82	0.00	2	-	-	-	2	0	0.22	0.00	906,877	
UDON THANI	53	37	12	493	0	32.10	0.00	19	-	-	-	19	0	1.24	0.00	1,535,629	
ZONE 11	58	89	26	746	1	34.65	0.13	21	-	-	-	21	0	0.98	0.00	2,152,895	
MUKDAHAN	0	35	25	264	0	78.22	0.00	10	-	-	-	10	0	2.96	0.00	337,497	
NAKHON PHANOM	7	12	1	119	0	17.02	0.00	3	-	-	-	3	0	0.43	0.00	699,364	
SAKON NAKHON	51	42	0	363	1	32.53	0.28	8	-	-	-	8	0	0.72	0.00	1,116,034	
ZONE 12	198	136	36	2483	4	49.87	0.16	35	-	-	-	35	0	0.70	0.00	4,978,750	
KALASIN	50	51	11	583	2	59.58	0.34	13	-	-	-	13	0	1.33	0.00	978,583	
KHON KAEN	83	59	25	808	2	46.01	0.25	16	-	-	-	16	0	0.91	0.00	1,756,101	
MAHA SARAKHAM	30	15	0	324	0	34.58	0.00	2	-	-	-	2	0	0.21	0.00	936,854	
ROI ET	35	11	0	768	0	58.75	0.00	4	-	-	-	4	0	0.31	0.00	1,307,212	
ZONE 13	65	22	13	1846	0	44.53	0.00	21	-	-	-	21	0	0.51	0.00	4,145,625	
AMNAT CHAROEN	5	2	3	171	0	46.28	0.00	1	-	-	-	1	0	0.27	0.00	369,476	
SI SA KET	9	0	3	734	0	50.92	0.00	9	-	-	-	9	0	0.62	0.00	1,441,412	
UBON RATCHATHANI	41	19	6	693	0	38.60	0.00	7	-	-	-	7	0	0.39	0.00	1,795,453	
YASOTHON	10	1	1	248	0	45.99	0.00	4	-	-	-	4	0	0.74	0.00	539,284	
ZONE 14	277	248	74	4392	4	66.50	0.09	65	-	-	-	65	0	0.98	0.00	6,604,974	
BURI RAM	63	46	3	1255	1	81.41	0.08	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	1,541,650	
CHAIYAPHUM	36	35	13	381	1	33.94	0.26	7	-	-	-	7	0	0.62	0.00	1,122,647	
NAKHON RATCHASIMA	148	136	53	1735	2	67.64	0.12	46	-	-	-	46	0	1.79	0.00	2,565,117	
SURIN	30	31	5	1021	0	74.22	0.00	12	-	-	-	12	0	0.87	0.00	1,375,560	
NORTHERN REGION	678	589	249	10397	10	87.53	0.10	124	-	-	-	124	0	1.04	0.00	11,878,641	
ZONE 15	226	204	53	3167	2	102.30	0.06	24	-	-	-	24	0	0.78	0.00	3,095,749	
CHIANG MAI	136	141	35	1831	0	109.62	0.00	15	-	-	-	15	0	0.90	0.00	1,670,317	
LAMPANG	36	34	12	576	0	75.04	0.00	7	-	-	-	7	0	0.91	0.00	767,615	
LAMPHUN	12	7	4	156	0	38.51	0.00	2	-	-	-	2	0	0.49	0.00	405,125	
MAE HONG SON	42	22	2	604	2	239.03	0.33	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	252,692	
ZONE 16	106	80	39	2432	2	91.63	0.08	14	-	-	-	14	0	0.53	0.00	2,654,164	
CHIANG RAI	69	46	17	1038	2	84.57	0.19	9	-	-	-	9	0	0.73	0.00	1,227,317	
NAN	2	0	1	132	0	27.73	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	475,984	
PHAYAO	29	33	19	587	0	120.44	0.00	2	-	-	-	2	0	0.41	0.00	487,386	
PHRAE	6	1	2	675	0	145.64	0.00	3	-	-	-	3	0	0.65	0.00	463,477	
ZONE 17	188	168	71	2750	4	79.79	0.15	49	-	-	-	49	0	1.42	0.00	3,446,578	
PHETCHABUN	31	27	16	689	2	69.16	0.29	13	-	-	-	13	0	1.30	0.00	996,231	
PHITSANULOK	47	41	21	731	1	86.61	0.14	16	-	-	-	16	0	1.90	0.00	843,995	
SUKHOTHAI	29	28	4	339	0	56.14	0.00	10	-	-	-	10	0	1.66	0.00	603,817	
TAK	77	71	29	886	1	164.58	0.11	10	-	-	-	10	0	1.86	0.00	538,330	
UTTARADIT	4	1	1	105	0	22.62	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	464,205	
ZONE 18	158	137	86	2048	2	76.36	0.10	37	-	-	-	37	0	1.38	0.00	2,682,150	
KAMPHAENG PHET	25	24	13	375	1	51.64	0.27	12	-	-	-	12	0	1.65	0.00	726,213	
NAKHON SAWAN	85	87	52	998	0	92.90	0.00	14	-	-	-	14	0	1.30	0.00	1,074,239	
PHICHIT	46	20	15	599	0	108.10	0.00	8	-	-	-	8	0	1.44	0.00	554,112	
UTHAI THANI	2	6	6	76	1	23.20	1.32	3	-	-	-	3	0	0.92	0.00	327,586	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

** แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

C = Cases, D = Deaths

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

Highlight ประจำฉบับนี้

การระบาดของโรคชิคุนกุนยาในประเทศไทยเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานการระบาดของโรคชิคุนกุนยา ครั้งล่าสุดในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 และมีการระบาดต่อเนื่องไปยังจังหวัดที่มีพื้นที่ติดกัน ได้แก่ จังหวัดปัตตานีและสงขลา โดยเฉพาะในจังหวัดสงขลามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงต้นปี พ.ศ. 2552 จึงมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยโรคชิคุนกุนยา อำเภอเทพา และอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เดือนมีนาคม - เมษายน 2552

จากการศึกษา พบว่า การระบาดเกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาสายพันธุ์ Central/East African และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะหลักในการนำเชื้อ พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และพบมากในกลุ่มอาชีพทำสวนยางพารา มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สงสัยโรคชิคุนกุนยา การถูกยุงกัดในสวนยางพารา หรือ ในบริเวณบ้านในช่วงเวลากลางวัน การให้สุกศึกษาแก่ชุมชนในการป้องกันยุงกัดเวลากลางวัน การกำจัดยุงตัวแก่และลูกน้ำยุงลายในบริเวณบ้าน และดำเนินการเฝ้าระวังการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การระบาดของโรคชิคุนกุนยาสงบลงได้เร็วขึ้น

กองบรรณาธิการ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 : 29 มกราคม 2553 Volume 41 Number 3 : January 29, 2010

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 2,900 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
ไปรษณีย์กระทรวง

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