



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 41 ฉบับที่ 20 : 28 พฤษภาคม 2553

Volume 41 Number 20 : May 28, 2010

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

สถานการณ์การเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ประเทศไทย ตุลาคม 2552 – มีนาคม 2553



สถานการณ์  
โรค/ภัยที่สำคัญ

Acute Flaccid Paralysis (AFP) Surveillance, Thailand, October 2009 – March 2010

✉ stungcharoensilp@yahoo.com

สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ อัญชญา วากัส และคารินทร์ อารีย์โชคชัย  
กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

### ความสำคัญ

ในปีงบประมาณ 2553 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมเพื่อกวาดล้างโปลิโออย่างเข้มแข็ง โดยกำหนดตัวชี้วัด ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ในระดับจังหวัดให้ได้เกิน 2 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี รวมทั้งมีการเก็บอุจจาระผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหาเชื้อ Polio virus ให้ได้ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการอัมพาต อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วย และมีการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน หลังเริ่มมีอาการอัมพาต อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วย เพื่อประกันความมั่นใจว่าประเทศไทยมีการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็ง ตรวจไม่พบเชื้อโปลิโอไวรัสหลบซ่อนอยู่ในธรรมชาติ และมีความสามารถที่จะตรวจจับผู้ป่วยโปลิโอและป้องกันควบคุมโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว

การรายงานผู้ป่วย AFP ใน 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2553

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 – 31 มีนาคม 2553 สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วย AFP (ตามนิยามของการเฝ้าระวัง คือ ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการอ่อนแรงของขา หรือ แขนหรือ ทั้งขาและแขน ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Acute onset) โดยไม่คำนึงถึงประวัติของแพทย์ ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการจากการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma) ซึ่งนำไปสู่อาการอัมพาตหรืออ่อนแรง)

จำนวนทั้งสิ้น 88 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน 0.67 ต่อประชากรแสนคน ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นชาวพม่า 2 ราย อายุระหว่าง 2 เดือน - 14 ปี (มีฐานอายุ 6 ปี) จังหวัดที่มีจำนวนรายงานผู้ป่วย AFP มากที่สุด ได้แก่ ศรีสะเกษ 6 ราย กาฬสินธุ์ 5 ราย ปทุมธานี และสุพรรณบุรี จังหวัดละ 4 ราย และกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ลพบุรี สุรินทร์ ร้อยเอ็ด สกลนคร สุโขทัย และตาก จังหวัดละ 3 ราย แยกเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP รายจังหวัด ได้ดังนี้

- จังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP เกิน 2 ต่อแสนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี (ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) มีจำนวน 9 จังหวัด (ร้อยละ 11.8) ได้แก่ สุโขทัย สิงห์บุรี กาฬสินธุ์ อำนาจเจริญ สุพรรณบุรี ระนอง ตาก ลพบุรี ปทุมธานี

- จังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP เกิน 1 ต่อแสนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 16 จังหวัด (ร้อยละ 21.1) ได้แก่ ชุมพร อ่างทอง ศรีสะเกษ ยโสธร สระแก้ว ลำปาง ลำพูน พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สกลนคร ร้อยเอ็ด น่าน มหาสารคาม ปราจีนบุรี นนทบุรี เชียงใหม่

- จังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP น้อยกว่า 1 ต่อประชากรแสนคน ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 19 จังหวัด (ร้อยละ 25) ได้แก่ สุรินทร์ ประจวบคีรีขันธ์ พัทลุง สุราษฎร์ธานี เลย สระบุรี



### สารบัญ

◆ สถานการณ์การเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ประเทศไทย ตุลาคม 2552 – มีนาคม 2553	305
◆ การสอบสวนการระบาดของโรคไข้วัดข้อยุ่งลาย (ใช้จิกุนญา)บ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 25 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2552	309
◆ สรุปรายการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 20 ระหว่างวันที่ 16 - 22 พฤษภาคม 2553	314
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 20 ระหว่างวันที่ 16 - 22 พฤษภาคม 2553	315

## วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

### รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

### คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ  
นายแพทย์ชัชวาล จายนัยโยธิน นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์  
นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ทุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย  
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

### กองบรรณาธิการ

บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรกิตต์  
กรรณิการ์ หมอนพั้งเทียม อรรถพรณ สุภาพ

### ฝ่ายข้อมูล

ลัดดา ลิขิตยี่งวรา น.สพ.วีรศักดิ์ ชักนำ  
สมาน สมบูรณ์จินันท์ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์  
กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ ประเวศน์ เข้มชื่น

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมณี เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ฅมยา พุกกะนันทน์

## ประชาสัมพันธ์



เรียน สมาชิก wesr ทุกท่าน

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ASEAN Plus Three Countries ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของ ASEAN+3 ([www.aseanplus3-aid.info](http://www.aseanplus3-aid.info)) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านโรคอุบัติใหม่ การระบาดของประเทศไทย  
จึงขอเชิญสมาชิกทุกท่าน หากมีผลงานต้องการเผยแพร่ เช่น การสอบสวนโรคระบาด เป็น Abstract / โฟลิดฉบับสมบูรณ์ (\*\*ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด\*\*) ในรายงานมีแผนภูมิกราฟภาพได้ (แนบไฟล์ต้นฉบับภาษาไทยไปด้วยได้)

\*\*\*\*กรุณาส่งไปที่อีเมล [borworn67@yahoo.com](mailto:borworn67@yahoo.com) \*\*\*\*

โดยใส่ Subject อีเมลว่า: for ASEAN publishing เพื่อผู้รับผิดชอบจะได้คัดลอกผลงานของท่านไปเผยแพร่ในหมู่ประเทศอาเซียนต่อไป

ระยอง ชะลา ตรัง นครพนม นครปฐม นูรีรัมย์ หนองคาย นครสวรรค์ อุบลราชธานี ชัยภูมิ อุตรธานี ขอนแก่น และกรุงเทพมหานคร

- จังหวัดที่ยังไม่มีรายงานผู้ป่วย AFP แม้เพียงรายเดียว มีจำนวน 32 จังหวัด (ร้อยละ 42.1) ได้แก่ ชัยนาท ชลบุรี จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา นครนายก นครราชสีมา หนองบัวลำภู มุกดาหาร อุตรดิตถ์ แพร่ พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สงขลา สตูล ปัตตานี นราธิวาส

ซึ่งจังหวัดที่ยังไม่มีรายงานผู้ป่วย AFP แม้เพียงรายเดียว ตลอดปี พ.ศ. 2552 ต่อเนื่องมาจนถึง มีนาคม 2553 ได้แก่ นครนายก จันทบุรี มุกดาหาร พะเยา อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร ปัตตานี สตูล

### การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อ Polio virus

ในผู้ป่วย AFP ที่ได้รับรายงาน 88 ราย มีการเก็บอุจจาระ ได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เก็บอุจจาระได้สองตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และเก็บภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอาการ อัมพาตเพียง 63 ราย (ร้อยละ 71.6) เก็บอุจจาระได้สองตัวอย่างแต่เกินกว่า 14 วัน จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 25.0) เก็บอุจจาระได้ไม่ครบสองตัวอย่าง 1 ราย และเก็บอุจจาระไม่ได้เลย 2 ราย สาเหตุที่ทำให้เก็บอุจจาระไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่

- ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลช้าเกินกว่า 14 วันหลังเริ่มป่วย

- ได้รับการรายงานช้าเนื่องจากแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น AFP โดยตรง

- ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็ว ไม่สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระได้ทันเวลาผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ และ ไม่มีการติดตามเก็บอุจจาระ

### การติดตามอาการอัมพาตของผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วันหลังเริ่มมีอาการ

ผู้ป่วย AFP ที่มีวันเริ่มป่วยตั้งแต่ ตุลาคม 2552 – กุมภาพันธ์ 2553 จำนวน 78 ราย (ตัดผู้ป่วยที่มีวันเริ่มป่วยในเดือนมีนาคม 2553 ออกเนื่องจากยังไม่ครบ 60 วันหลังป่วย) ในจำนวนนี้มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน ได้ 51 ราย (ร้อยละ 65.4) ส่วนผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้เมื่อครบ 60 วัน เป็นผู้ป่วยชาวไทยทั้งหมด 25 ราย และชาวพม่า 2 ราย

### ผลการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุก (AFP active case search)

ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2553 สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักโรคติดต่อทั่วไป ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ ได้ดำเนินการติดตามการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP โดยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกที่อาจตกค้างไม่ได้รับการรายงานใน ปี พ.ศ. 2552 วัตถุประสงค์เพื่อเร่งรัดการรายงาน

ผู้ป่วย AFP ในจังหวัดที่ไม่มีการรายงานผู้ป่วย หรือมีอัตราการรายงานผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้วใน 12 จังหวัด ผลการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุกในรอบ ปี พ.ศ. 2552 รายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนเวชระเบียน		จำนวน AFP ที่ ไม่ได้รับการ รายงาน
	เลือกตาม ICD10	เลือกแบบสุ่ม	
มุกดาหาร	21	720	5
ศรีสะเกษ	19	720	3
สุโขทัย	14	720	4
ตาก	21	240	3
สมุทรสาคร	13	240	1
ราชบุรี	17	240	2
ระนอง	13	720	1
สุราษฎร์ธานี	172	720	7
นครสวรรค์	34	1195	3
พิจิตร	65	75	3
แพร่	24	836	1
พะเยา	33	767	3
<b>รวม</b>	<b>438</b>	<b>7,146</b>	<b>36</b>

### อภิปราย

การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือยังมีอัตราการรายงานผู้ป่วยไม่ถึง 2 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และยังมีความย่อหย่อนลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อเทียบกับอัตราการรายงานในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา คือปี พ.ศ. 2548 – 2552 อัตราการรายงานเป็น 2.25, 2.20, 1.67, 1.97 และ 1.58 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ และในรอบ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2553 ซึ่งกรมควบคุมโรคได้กำหนดให้การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP เป็นตัวชี้วัด กลับมีการรายงานผู้ป่วย AFP มาแล้วเพียง 88 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน 0.67 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ในขณะที่มีการพบผู้ป่วยโปลิโอมากขึ้นในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า เนปาล บังกลาเทศ และล่าสุด ในปี พ.ศ. 2553 มีการระบาดเกิดขึ้นใหม่ในประเทศทาจิกิสถาน ทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงเป็นอย่างยิ่งที่จะเกิดการระบาดของโปลิโอขึ้นอีกครั้งจากการได้รับเชื้อจากผู้ติดเชื้อมาจากต่างประเทศ และตรวจจับไม่ได้เนื่องจากการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอ

จังหวัดที่ต้องกระตุ้นการรายงานผู้ป่วย AFP โดยเร่งด่วน ได้แก่ จังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยแม้เพียงรายเดียวใน พ.ศ. 2552 - 2553 ได้แก่ นครนายก จันทบุรี มุกดาหาร พะเยา อุดรดิต์ กำแพงเพชร บึงคานี สตูล และจังหวัดที่มีรายงานต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและอยู่ติดชายแดน หรือมีชาวต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ สุรินทร์ สุราษฎร์ธานี เลย ระยอง ยะลา ตรัง นุรีรัมย์ อุบลราชธานี กรุงเทพมหานคร ชลบุรี จันทบุรี ตรัง ละโว้งเทรา นครนายก นครราชสีมา มุกดาหาร อุดรดิต์ แพร่ พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน อุทัยธานี เพชรบูรณ์ ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สงขลา สตูล บึงคานี นราธิวาส

การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อ Polio virus ในผู้ป่วย AFP ในภาพรวมของประเทศไทย ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน คือ สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระสองตัวอย่างได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย ซึ่งพื้นที่ที่พบผู้ป่วย AFP รั่วไว้ในโรงพยาบาล ควรทำความเข้าใจกับแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ให้เอาใจใส่ดูแลการเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วยให้ได้ในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องติดตามไปยังที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อเก็บตัวอย่างอุจจาระให้ครบทั้งสองตัวอย่างหากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปก่อน ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้มีเชื้อ Polio virus อยู่ในลำไส้ ที่จะแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วในชุมชน

ผลการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุกที่ไม่ได้รับการรายงานในปี พ.ศ. 2552 จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ใน 12 จังหวัด พบผู้ป่วยตกค้างมากถึง 36 ราย แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการรายงานโรค ยังขาดความเข้าใจนิยามของการรายงาน AFP ทำให้มีผู้ป่วยที่ยังตกค้างไม่ได้รับการรายงานเป็นจำนวนมาก จึงได้รวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะจากการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุก ดังนี้

1. AFP เป็นการรายงานตามอาการ โดยไม่ขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แม้ว่าแพทย์จะให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคอะไรก็ตาม หากผู้ป่วยรายนั้นมีอาการที่เข้ากับ AFP ก็ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาของโรงพยาบาลทราบทันที
2. ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน ควรมีบันทึกการตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างครบถ้วนจากแพทย์ โดยเฉพาะ Motor power และ Deep tendon reflex
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่างโรงพยาบาล ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาของโรงพยาบาลต้นทาง เพื่อ

ประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการติดตามผู้ป่วยที่โรงพยาบาลปลายทาง

4. ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วยังไม่ทันได้เก็บตัวอย่างอุจจาระ ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา ของโรงพยาบาล เพื่อประสานไปยังเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อติดตามอาการและเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน

5. ผู้ป่วยต่างชาติ ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ต้องรับรายงานทันที เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงที่อาจนำเข้าเชื้อไวรัสโปลิโอมายังประเทศไทย

6. การจัดทำ Zero report ของเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาในโรงพยาบาล ในแต่ละสัปดาห์ ควรทำการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกก่อนการรายงาน เช่น คัดกรองจากการวินิจฉัยของแพทย์ (ICD10) 26 โรค หรือสอบถามพยาบาลที่อยู่ประจำหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ว่ามีผู้ป่วยเข้าได้กับ AFP ที่ยังไม่ได้รายงานในรอบสัปดาห์หรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีผู้ป่วยตกค้าง ไม่ได้รับการรายงานจริง ๆ

7. แพทย์จบใหม่ที่กำลังจะไปทำงานตามโรงพยาบาลชุมชน หรือกำลังจะไปฝึกงานตามโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ควรจะแจ้งให้หอผู้ป่วยบางหอผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก ซึ่งอาจจะมีโอกาสที่ผู้ป่วย AFP บางรายจะเข้าไปรับการรักษา ได้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยกุมาร เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่อาจจะพลาดการรายงานได้

8. ผู้บริหารของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ควรจะแจ้งให้หอผู้ป่วยบางหอผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก ซึ่งอาจจะมีโอกาสที่ผู้ป่วย AFP บางรายจะเข้าไปรับการรักษา ได้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยกุมาร เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่อาจจะพลาดการรายงานได้

9. ควรรายงานผู้ป่วย AFP ที่ค้นพบจากการค้นหาเชิงรุก ถ้าผู้ป่วยมีวันที่เริ่มอ่อนแรงยังไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่ไปทำการค้นหา โดยสามารถเก็บอุจจาระ สอบสวนผู้ป่วย และทำ ORI ได้เหมือนกับผู้ป่วยที่รายงานตามปกติทั่วไป

\*\*\*\*\*



**ข่าวระบอบ  
ในต่างประเทศ**

## สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (ต่อจากหน้า 314)

**สถานการณ์ต่างประเทศ**

1. การระบาดของโรคมลาเรีย ที่เมือง Mumbai ประเทศอินเดีย ในเดือนเมษายน 2553 พบผู้ป่วยแล้วไม่น้อยกว่า 3,122 ราย ซึ่งสูงกว่าจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมาประมาณ 2.3 เท่า ในจำนวนนี้ เสียชีวิต 2 ราย
2. การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ประเทศจีนมีแนวโน้มแพร่กระจายทั่วประเทศ ตั้งแต่ต้นปีจนถึงปัจจุบัน มีรายงานผู้ป่วยมากกว่า 200,000 ราย ในจีนแผ่นดินใหญ่ ในจำนวนนี้เสียชีวิต 94 ราย โดยมณฑลกวางซี (Guangxi) พบผู้ป่วยแล้วไม่น้อยกว่า 16,468 ราย เสียชีวิต 14 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ป่วยยืนยันว่าติดเชื้อ EV71 จำนวน 4 ราย ส่วนที่ยูนานมีรายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ EV71 และเชื้อ Coxsackievirus A16 สะสมตั้งแต่กลางเดือนกุมภาพันธ์ – 16 มีนาคม 2553 รวม 9,365 ราย กระจายใน 16 เมือง โดยมีอาการรุนแรง 137 ราย และเสียชีวิต 7 ราย (เป็นเด็กอายุ 3 เดือน – 2 ปี ถูกเลี้ยงดูอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่ตรวจพบเชื้อ EV71)
3. สถานการณ์โรคไขเลือดออกที่จังหวัด An Giang ประเทศเวียดนาม มีผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วง 2 สัปดาห์แรกของเดือนพฤษภาคม 2553 ไม่น้อยกว่า 858 ราย เสียชีวิต 3 รายระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2553 ประเทศเวียดนามมีรายงานผู้ป่วยโรคไขเลือดออกรวม 7,300 ราย ซึ่งสูงกว่าจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมาถึง 10 เท่า ในจำนวนนี้เสียชีวิต 3 ราย
4. การระบาดของโรคหัดที่จังหวัด Heibe ประเทศจีน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 เป็นต้นมา พบผู้ป่วยรวม 280 ราย และมีแนวโน้มจะแพร่กระจายไปยังเมือง Amurra (เป็นเมืองชายแดนติดประเทศจีน) ประเทศรัสเซีย
5. อาหารเป็นพิษจากการรับประทานหอยแครงที่ฮ่องกง ประเทศจีน ระหว่างวันที่ 15-18 พฤษภาคม 2553 พบผู้ป่วยรวม 26 ราย อายุ 13-72 ปี ป่วยด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง เวียนศีรษะ ตาพร่า คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย บางรายมีอาการพูดไม่ชัดร่วมด้วย หลังจากรับประทานหอยแครงสดได้ไม่กี่ชั่วโมง ทางกรกำลังค้นหาแหล่งโรค



## ความเป็นมา

วันที่ 25 พฤษภาคม 2552 เวลา 14.50 น. งานสุขภาพิบาลและป้องกันโรค โรงพยาบาลละหานทราย ซึ่งเป็นศูนย์เฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่ออำเภอละหานทราย ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านยางโป่งสะเดา ว่า พบผู้ป่วยมีอาการไข้ ออกผื่น ปวดข้อ และมีประวัติเดินทางมาจากจังหวัดในภาคใต้ เข้ามาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 1 ราย เป็นเพศหญิง อายุ 52 ปี อยู่หมู่ 11 บ้านโคกกว่าน ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ทีมเฝ้าระวังและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของโรงพยาบาลละหานทราย ได้ประสานผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2552

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรค
3. เพื่อค้นหาแหล่งโรคและวิธีการถ่ายทอดโรค
4. เพื่อหาแนวทางในการควบคุมและป้องกัน การแพร่ระบาดของโรค

## การศึกษา

### 1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ศึกษาประวัติผู้ป่วยจากการสอบถามผู้ป่วย บันทึกการรักษาผู้ป่วยจากแฟ้มครอบครัวและโปรแกรมฐานข้อมูลสถานีอนามัย (HCIS database) ข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมการให้บริการของโรงพยาบาล (HosXP) แฟ้มประวัติผู้ป่วยใน อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่และญาติเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยครั้งนี้ ประวัติการเดินทางของผู้ป่วย

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในหมู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยรายแรกที่รับแจ้ง โดยใช้ชื่อยามผู้ป่วยสงสัย (Suspect case) ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านโคกกว่าน ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 12 พฤษภาคม – 17 มิถุนายน 2552 และมีอาการไข้สูงร่วมกับอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ ดังนี้ มีผื่นปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา มีเลือดออกตามผิวหนัง

ส่วนผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) ได้แก่ ผู้ป่วยสงสัย

ที่มีหลักฐานพบการติดเชื้อไวรัส chikungunya จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี RT-PCR (Reverse transcriptase polymerase chain reaction) หรือ Hemagglutination Inhibition (HI) for Chikungunya virus

1.3 เฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย และผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม – 17 มิถุนายน 2552

### 2. การศึกษาสิ่งแวดล้อม

2.1 การศึกษาลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมภายในหมู่บ้านและบริเวณบ้านพักผู้ป่วย

2.2 สืบหาแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและความชุกของยุงลายทั้งในบ้านผู้ป่วยและในหมู่บ้าน

### 3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ส่งเลือดตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสชื่อกุนญาที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการส่งผ่านศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครราชสีมา ตรวจด้วยวิธี RT-PCR และ HI

## ผลการศึกษา

### 1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

จากการสอบถามประวัติการเดินทางของผู้ป่วย ได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยเดินทางไปร่วมงานแต่งงานบุตรชาย ที่เขตเทศบาลเมืองสะเดา อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โดยเดินทางไปพร้อมบุตรสาว ที่อยู่ตำบลไรรัง อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม ถึงอำเภอสะเดา วันที่ 18 พฤษภาคม 2552

วันที่ 19 พฤษภาคม 2552 เข้าไปเก็บขี้ยางในสวนยาง และทราบว่าในหมู่บ้านนั้น มีผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยูงลาย ในหมู่บ้านด้วย วันที่ 20 พฤษภาคม 2552 เดินทางกลับมาพักค้างกับบุตรสาวที่จังหวัดนครปฐม 1 คืน (วันที่ 21 พฤษภาคม 2552) และเดินทางกลับถึงบ้านโคกกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 22 พฤษภาคม 2552

วันที่ 24 พฤษภาคม 2552 วันเริ่มป่วย มีอาการไข้ต่ำ ๆ ซึม มีผื่นและปวดข้อ เดินไม่ได้ มือไม่มีแรง อาการ คล้ายเป็นตะคริว ไปให้หมอนวดแผนโบราณในหมู่บ้าน นวดให้ แต่ไม่หาย จากการสอบถามพบว่าบุตรสาวที่อยู่จังหวัดนครปฐม ที่ร่วมเดินทางไปหาผู้ใหญ่ด้วยกันเริ่มป่วยวันที่ 23 พฤษภาคม 2552 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีวิชัย 3

วันที่ 25 พฤษภาคม 2552 ทีม SRRT อำเภอละหานทราย ได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย ลักษณะคล้ายโรคไข้ปวดข้อยุงลาย จึงได้นำผู้ป่วย มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลละหานทราย ผลการตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 ซีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 36 ครั้ง/นาที และได้เจาะเลือดตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยการส่งผ่านศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครราชสีมา โดยวิธี RT-PCR และ HI for Chikungunya และนำเจาะเลือดตรวจ ครั้งที่ 2 ในวันที่ 8 มิถุนายน 2552 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย (A92) other mosquito-borne viral fevers การรักษา norgesic (orphan 1 เม็ด 3 PC, Paracetamol 500 mg. 2 เม็ด prn และให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

หลังจากนั้นในวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจึงได้มาพบแพทย์อีกครั้ง แพทย์ได้ให้เฝ้าระวังรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 2 วัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงในตารางที่ 1

แพทย์ผู้รักษาสรุปผลการวินิจฉัยว่า ป่วยด้วยโรค (A92) Other mosquito-borne viral fevers ให้กลับบ้านวันที่ 27 พฤษภาคม 2552

จากการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ไม่พบผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยาม

จากการเฝ้าระวังผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย และผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม – 17 มิถุนายน 2552 จำนวน 13 ราย พบผู้ที่มีอาการตามนิยามผู้ป่วยสงสัย จำนวน 4 ราย ดังนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 18 ปี เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย เริ่มป่วยวันที่ 4 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ มีผื่น

รายที่ 2 เพศชาย อายุ 21 ปี เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย เริ่มป่วยวันที่ 4 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ

รายที่ 3 เพศชาย อายุ 9 ปี เป็นผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย เป็นนักเรียนอยู่โรงเรียนไทยรัฐวิทยา ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มป่วยวันที่ 1 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ

รายที่ 4 เพศชาย อายุ 7 ปี เป็นผู้มาเยี่ยมผู้ป่วย เป็นนักเรียนอยู่โรงเรียนไทยรัฐวิทยา ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มป่วยวันที่ 2 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ

ผู้ที่มีอาการตามนิยามเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2 ราย และผู้มา

เยี่ยมผู้ป่วย 2 ราย ได้ทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลและได้ทำการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาด้วยวิธี HI for Chikungunya ครั้งที่ 1 วันที่ 12 มิถุนายน 2552 และครั้งที่ 2 วันที่ 30 มิถุนายน 2552

## 2. การศึกษาลี้กแวดล้อม

การศึกษาลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมภายในหมู่บ้านและ บริเวณบ้านผู้ป่วย บ้านโคกवान หมู่ 11 ตำบลตาจ่ง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม เป็นที่ไร่นา เป็นหมู่บ้านที่แยกออกห่างจากหมู่บ้านอื่นๆ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 29 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมดประมาณ 150 คน เพศชาย 73 คน เพศหญิง 77 คน อัตราส่วนชายต่อหญิงประมาณ 1 : 1 สภาพบ้านผู้ป่วยมีลักษณะเป็นบ้านไม้ 2 ชั้นติดชายทุ่ง ชั้นล่างเป็นใต้ถุนโล่ง ด้านหลังต่อเป็นครัวและที่เก็บของ ภายในบ้านมีของเครื่องใช้วางระเกะระกะ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน พบภาชนะขังน้ำ อยู่ทั่วไป สภาพแวดล้อมบริเวณรอบๆบ้านผู้ป่วยรอบๆบ้านวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ มีป่ากล้วยอยู่ทิศตะวันออกของบ้าน ห่างจากตัวบ้านประมาณ 10 เมตร และกอไผ่อยู่ห่างจากบ้านไปประมาณ 50 เมตร รอบๆ บ้านเป็นทุ่งนา และไร่นาที่ทำกรไถแล้วเป็นบางส่วน ผลการสำรวจค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการควบคุมโรคแสดงในตารางที่ 2

## 3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ผลการตรวจซีรัมของผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 52 ปี ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเก็บตัวอย่างในวันที่ 25 พฤษภาคม และ 12 มิถุนายน 2552 และทดสอบโดยวิธี HI for Chikungunya ได้ผลดังนี้

- วันที่ 25 พฤษภาคม 2552 ผล HI titer <1:20

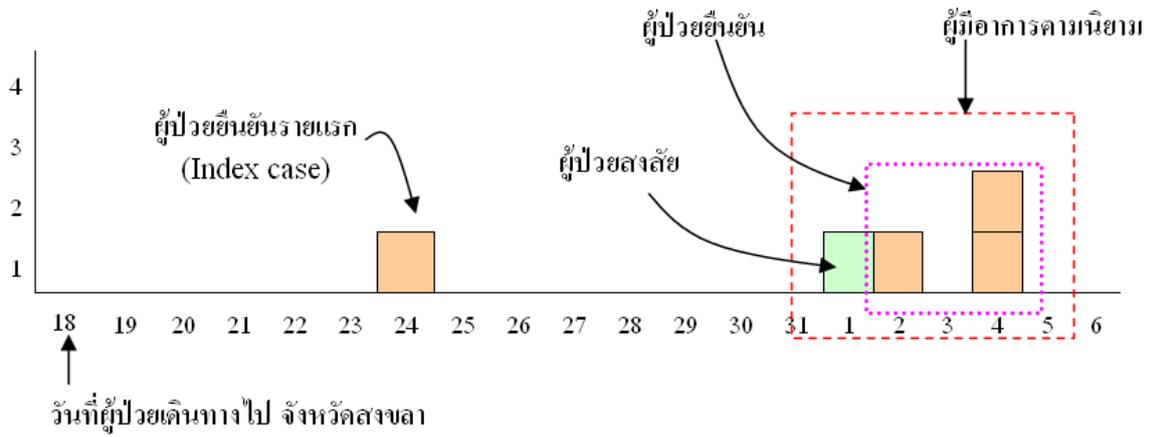
- วันที่ 12 มิถุนายน 2552 ผล HI titer 1:160

ส่วนผลการตรวจ RT-PCR for Chikungunya พบสารพันธุกรรมไวรัสชิคุนกุนยา

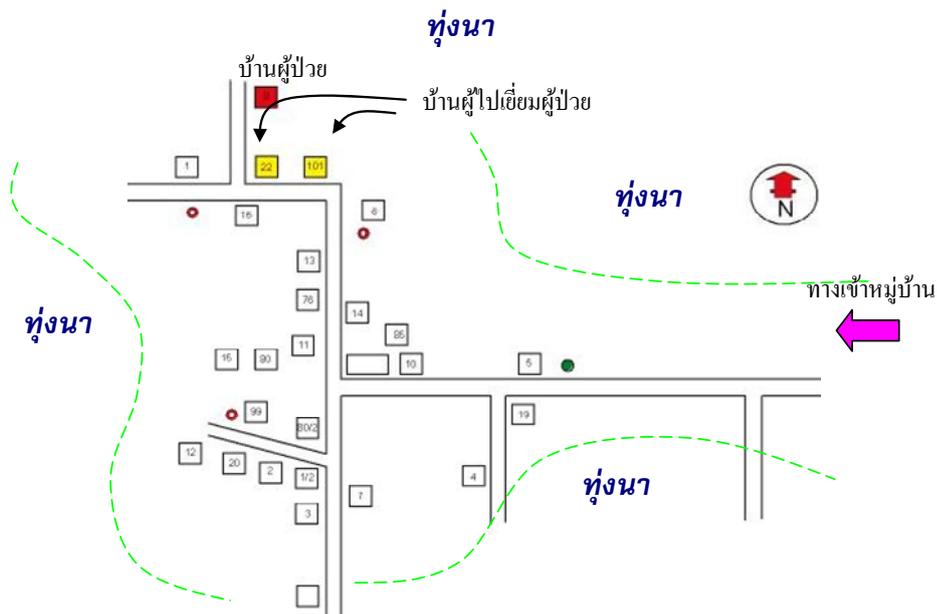
3.2 ผลการตรวจซีรัมในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้มาเยี่ยม จำนวน 4 ราย โดยเก็บตัวอย่างในวันที่ 12 มิถุนายน และ 30 มิถุนายน 2552 ทดสอบโดยวิธี HI for Chikungunya พบระดับแอนติบอดีเพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่า แสดงถึงการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา 3 ราย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) วันที่ 25 -27 พฤษภาคม 2552

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ วัน/เดือน/ปี		
		25 พ.ค.	26 พ.ค.	27 พ.ค.
จำนวนเม็ดเลือดขาว	4.5-10.5 x10 <sup>3</sup> /ul	3.04 x10 <sup>3</sup> /ul	3.41 x10 <sup>3</sup> /ul	1.92 x10 <sup>3</sup> /ul
เกล็ดเลือด	140-400 x10 <sup>3</sup> /ul	160 x10 <sup>3</sup> /ul	157 x10 <sup>3</sup> /ul	139 x10 <sup>3</sup> /ul



รูปที่ 1 จำนวนผู้ที่มีอาการตามนิยาม โรคไข้วัดข้อยุ่งลาย จำแนกตามวันเริ่มป่วย บ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 24 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2552



สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและความชุกของน้ำยุ่งลาย

รูปที่ 2 แผนที่ บ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีลูกน้ำยุ่งลาย บ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 25 พฤษภาคม-17 มิถุนายน 2552

วันที่สำรวจ	บ้านผู้ป่วย			วัด			หมู่บ้าน			
	ทั้งหมด	พบ	CI	ทั้งหมด	พบ	CI	ทั้งหมด	พบ	CI	HI
25 พ.ค.52	9	2	22.22	16	4	25.00	201	54	26.86	37.93
10 มิ.ย.52	9	0	0	16	0	0	186	4	2.15	6.89
17 มิ.ย.52	9	0	0	16	0	0	169	2	1.18	3.44

ตารางที่ 3 ผลการตรวจซีรัมคู่ในผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้มาเยี่ยม บ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์

	12 มิถุนายน 52	30 มิถุนายน 52	สรุปผล
รายที่ 1	<1:20	1:160	ติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา
รายที่ 2	<1:20	1:160	ติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา
รายที่ 3	<1:20	<1:20	ไม่ติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา
รายที่ 4	<1:20	1:160	ติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา

## มาตรการควบคุมป้องกันโรคที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

จากการค้นหาผู้ป่วยระหว่างวันที่ 12 พฤษภาคม -17 มิถุนายน 2552 แต่ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม การดำเนินการควบคุมโรคใช้มาตรการลดการสัมผัสระหว่างคนกับยุงลาย การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น และการค้นหาเชิงรุกและมาตรการต่อยุง โดยการกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลูกน้ำยุงลาย และยุงตัวเต็มวัยซึ่งหลังจากดำเนินการดังกล่าวจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2552 ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก

## มาตรการต่อคน

1. ให้ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวและผู้สัมผัสผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยทุกคนทายากันยุงทุกวันและอยู่เฉพาะบริเวณบ้านของตนเอง ในระยะที่มีไข้เพื่อป้องกันการนำเชื้อไปสู่อื่น
2. ให้ความรู้ในการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงลายกัดของสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย และนักเรียนโรงเรียนไทยรัฐวิทยา 26 ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยต้องนอนในมุ้งหรือห้องที่กรุด้วยมุ้งลวดแม้เป็นเวลากลางวัน จุยกกันยุง ทายากันยุง หรือสวมใส่เสื้อผ้าแขนยาว ขายาว หากมีอาการไข้สูง ร่วมกับอาการอย่างน้อยสองอาการ ต่อไปนี้ มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา มีเลือดออกตามผิวหนัง ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบทันที
3. ให้ผู้ป่วยที่เป็นนักเรียนโรงเรียนไทยรัฐวิทยา ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ทั้ง 2 คน หยุดเรียนตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน - 7 มิถุนายน 2552

## การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ และการเฝ้าระวังเชิงรุก

1. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย ผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มที่มีบ้านใกล้เคียงกับผู้ป่วยระยะ 200 เมตร และนักเรียนโรงเรียนไทยรัฐวิทยา ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม
2. เฝ้าระวังในกลุ่มผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย ผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มที่มีบ้านใกล้เคียงกับผู้ป่วยระยะ 200 เมตร และนักเรียนโรงเรียนไทยรัฐวิทยา ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2552 ซึ่งไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

## มาตรการต่อยุง

1. พ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวเต็มวัย ทั้งแบบฟลอยอะองและหมอกควัน บริเวณบ้านผู้ป่วย ในชุมชน และ โรงเรียน โดยพ่นทันทีเมื่อพบผู้ป่วย และพ่นหลังจากนั้น 3 วัน และ 7 วัน ตามลำดับ
2. การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์และลูกน้ำยุงลาย
  - จัดสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
  - ณรงค์กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุง ในหมู่บ้านและวัด

- สืบหาแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน เพื่อประเมินความ ชุกชุมของยุงพาหะ และเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนทำการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์เหล่านั้นด้วยตนเอง

## สรุปและวิจารณ์ผล

การระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (ไข้ชิกุงุนยา) ในบ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาดจาง อำเภอลาดพญา จังหวัดบุรีรัมย์ ในครั้งนี้ เป็นการระบาดแบบแหล่งโรคร่วม โดยมีผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 4 ราย ดังนี้

**ผู้ป่วยรายแรก** ที่เป็น index case เป็นเพศหญิง อายุ 52 ปี มีประวัติเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2552 โดยมีอาการไข้ ปวดข้อ มีผื่น แพทย์ผู้รักษาสรุปผลการวินิจฉัยว่า ป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อ ยุงลาย (A92.0) Chikungunya virus disease โดยวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก และประวัติการเดินทางของผู้ป่วยซึ่งได้เดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด รวมทั้งผลการตรวจ HI for Chikungunya ที่เพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า และการตรวจ RT-PCR for Chikungunya ยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา

**รายที่ 2** เพศหญิง อายุ 18 ปี เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย เริ่มป่วยวันที่ 4 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ ผลการตรวจ HI for Chikungunya พบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา

**รายที่ 3** เพศชาย อายุ 21 ปี เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยเริ่มป่วยวันที่ 4 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ ผลการตรวจ HI for Chikungunya พบว่าติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา

**รายที่ 4** เพศชาย อายุ 7 ปี เป็นผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านเลขที่ 22 เป็นนักเรียนชั้น ป.1 โรงเรียนไทยรัฐวิทยา ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มป่วยวันที่ 2 มิถุนายน 2552 โดยมีอาการ ไข้ ปวดข้อ ผลการตรวจ HI for Chikungunya พบว่าติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย ป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายจริง โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้

- อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคไข้ปวดข้อยุงลายรวมถึงประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดรวมถึงสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งพักอาศัยอยู่ด้วยกัน
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวิธี RT-PCR และ HI for Chikungunya พบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสชิกุงุนยา

จากการศึกษาข้อมูลโรคไข้ปวดข้อยุงลายในประเทศไทย พบว่า การแพร่กระจายส่วนมากอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ส่วนผู้ป่วยในจังหวัดภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากภาคใต้ซึ่งสอดคล้องกับที่ผู้ป่วยรายแรกในเหตุการณ์นี้

ได้รับเชื้อจากจังหวัดในภาคใต้ที่กำลังเกิดการระบาดของโรค

อย่างไรก็ตาม เป็นไปได้ว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้วัดช้อยกลางในพื้นที่ของจังหวัดบุรีรัมย์แต่ไม่มีการรายงานเนื่องจากแพทย์ที่รักษาไม่มีประสบการณ์ในการตรวจและวินิจฉัยโรค ทั้งนี้มีประชาชนจำนวนหนึ่งในพื้นที่เดินทางไปทำงานยังพื้นที่จังหวัดที่มีการระบาด ได้รับเชื้อแล้วเดินทางกลับบ้านมาป่วยด้วยโรคไข้วัดช้อยกลางและมีการติดต่อผ่านญาติไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ในอดีตมีการระบาดของโรคชิคุนคุนยา 6 ครั้ง ได้แก่ ปี พ.ศ. 2531 ที่จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2534 ที่จังหวัดขอนแก่นและปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. 2536 มีการระบาด 3 ครั้งที่จังหวัดเลย และในปี พ.ศ. 2551 มีการระบาดของโรคในพื้นที่ทางภาคใต้ของไทยจนถึงปี พ.ศ. 2552

สาเหตุของการระบาดของโรค แหล่งโรค และวิธีถ่ายทอดโรค จุดเริ่มต้นน่าจะเกิดจากผู้ป่วยรายแรกได้รับเชื้อจากญาติที่มีเชื้อไวรัสชิคุนคุนยาขณะเดินทางไปร่วมงานแต่งงานที่อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวนั้นในหมู่บ้านกำลังมีการระบาดของโรคไข้วัดช้อยกลาง หลังจากเดินทางกลับมาถึงบ้านมีอาการป่วยทำให้ญาติที่กักตัวผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสชิคุนคุนยา และต่อมาได้กักตัวที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านและผู้ที่มาเยี่ยม ผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้ไม่มีประวัติการเดินทางไปในพื้นที่ระบาดก่อนเกิดการป่วย ซึ่งผลการตรวจ HI ยืนยันว่าติดเชื้อ chikungunya และเป็นกรป่วยในเวลาใกล้เคียงกันมาก ภายหลังจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยที่เป็น index case นาน 8-10 วัน ดังนั้น จากหลักฐานที่พบสรุปได้ว่าการติดเชื้อของผู้ป่วย 3 รายหลังนี้ มาจากผู้ป่วยรายแรกที่เป็นเพศหญิง อายุ 52 ปี ซึ่งไปรับเชื้อมาจากพื้นที่ระบาด

อย่างไรก็ตาม ด้วยการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการสอบสวนและควบคุมโรคที่รวดเร็ว ส่งผลให้ไม่มีการระบาดต่อเนื่องในพื้นที่ แม้ว่าความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงแล้ว ภายหลังจากดำเนินการควบคุมโรค เจ้าหน้าที่และประชาชนแต่ยังคงต้องเฝ้าระวังการเกิดโรคต่อ

#### ข้อเสนอแนะ

##### การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเฝ้าระวังโรค

- แจ้งเตือนให้แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องรายงานผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้วัดช้อยกลางทันที โดยไม่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

##### การพัฒนาการควบคุมและป้องกันโรค

- การกำจัดยุงตัวเต็มวัย โดยการใช้สารเคมีได้แก่ การพ่น

หมอกควันและการใช้เครื่องพ่น ULV ควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และบ้านผู้ป่วย

- ควรสร้างความตระหนัก ให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรครวมทั้งใช้มาตรการทางกฎหมายหรือเทศบัญญัติ หรือข้อบังคับของชุมชน/หมู่บ้านที่มีคณะกรรมการดูแลอย่างเคร่งครัด

- ผู้ป่วยโรคไข้วัดช้อยกลางที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรนอนในห้องที่มีมุ้งลวด เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัดและเกิดการแพร่ระบาดขึ้น

- ให้สุศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปในการเฝ้าระวังอากาศไข้วัดช้อย และออกผื่น โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางกลับมาจากภาคใต้หรือพื้นที่ระบาด

##### การพัฒนาระบบการรักษา

- จัดอบรมให้ความรู้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้ทราบอาการและอาการแสดงเพื่อการวินิจฉัยและสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

##### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้สอบสวนโรคขอขอบพระคุณผู้มีรายนามและหน่วยงานดังต่อไปนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านยางโป่งสะเดา ผู้นำชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโคกवान หมู่ 11 ตำบลตาง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ทุกคน เทศบาลตำบลตาง หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอละหานทราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละหานทราย โรงพยาบาลละหานทราย ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกความช่วยเหลือทำให้การสอบสวนโรค สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

##### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย. 2546;21-22,187-189.
2. สำนักโรคติดต่ออำเภอละหานทราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้วัดช้อยกลาง. (26 พฤษภาคม 2552 วันที่ค้นข้อมูล) แหล่งข้อมูล [http://www.thaivbd.org/cms/index.php?option=com\\_content&task=view&id=142&Itemid=4d=0](http://www.thaivbd.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=142&Itemid=4d=0)
3. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังสอบสวนโรคไข้วัดช้อย. (11 มิถุนายน 2552 วันที่ค้นข้อมูล) แหล่งข้อมูล [http://203.157.15.4/chikun/doc/SurGuideChikun\\_062009.pdf](http://203.157.15.4/chikun/doc/SurGuideChikun_062009.pdf)

สุชาติ จันทสิริยากร อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล ปวีณา วงศ์สวรรค์ อมรรรัตน์ ชอบกตัญญู

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

✉ meow@health.moph.go.th

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 20 ระหว่างวันที่ 16 - 22 พฤษภาคม 2553 สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูล  
เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

### สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิต 1 ราย ที่กรุงเทพมหานคร เป็นเด็กชาย อายุ 3 ปี 9 เดือน อยู่ที่หมู่ 4 แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง เริ่มป่วยวันที่ 17 พฤษภาคม 2553 ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หายใจแรงและหอบ รับประทานอาหารไม่ได้ ดื่มน้ำแล้วสำลัก ซากกรโกรแข็ง พูดลำบาก วันที่ 18 พฤษภาคม 2553 บิดาพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แพทย์สงสัยโรคพิษสุนัขบ้าและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตรวจพบมีไข้สูง 40 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ เกร็ง กระตุก กล้ามเนื้อ น้ำลาย เจ็บคอ กลืนน้ำลายไม่ได้ แขนอ่อนแรง รู้สึกตัวเป็นช่วง ๆ ในบ่ายวันที่ 20 พฤษภาคม 2553 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร และเสียชีวิตเวลาประมาณ 18.30 น.ในวันเดียวกัน แพทย์ได้เก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลัง น้ำลาย เซลล์กระจกตา และปัสสาวะ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้วยวิธี PCR พบผลบวกต่อการติดเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้าในตัวอย่างน้ำลายและเซลล์กระจกตา บิดาให้ประวัติว่าปกติผู้ป่วยชอบเล่นกับสุนัข ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2552 ถูกสุนัขจรจัดในละแวกบ้านข่วนที่โหนกแก้มซ้ายเป็นรอยถลอก มีเลือดออกเล็กน้อย แต่ไม่ได้ทำความสะอาดและไม่พาไปรับการรักษาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากเห็นว่าแผลเล็กน้อยและไม่คิดว่า เป็นสุนัขบ้า ทีม SRRT ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 45 เขตลาดกระบังกำลังอยู่ระหว่างสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 23 พฤษภาคม 2553 สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่มีประวัติสัมผัสโรคในประเทศไทยรวม 13 ราย เป็นชาย 9 ราย หญิง 4 ราย อายุ 3-67 ปี กระจายใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 6 ราย กาญจนบุรี 2 ราย ส่วนอีก 5 ราย จากจังหวัดสมุทรปราการ สระบุรี ชลบุรี ตาก และสุพรรณบุรี แห่งละ 1 ราย เป็นผู้ป่วยที่เคยถูกแมวไม่มีเจ้าของกัดที่มือ 1 ราย อีก 12 ราย ถูกสุนัขกัดหรือข่วน ผู้ป่วยไม่ได้ไปรับการรักษาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 11 ราย อีก 2 รายไปรับการรักษาวัคซีนไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด

2. การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ที่หน่วยฝึกทหารใหม่ ค่ายทหารแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี

ระหว่างวันที่ 5 - 14 พฤษภาคม 2553 พบผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ รวม 77 ราย จากทั้งหมด 150 คน อัตราป่วยร้อยละ 51.33 เป็นผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี 1 ราย และตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) ค้นพบในค่ายทหารดังกล่าว 76 ราย ในจำนวนนี้ ทำ Throat Swab ผู้ป่วย 20 ราย ตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด A (H1N1) 11 ราย และเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A ไม่ระบุสายพันธุ์ จำนวน 5 ราย ทีม SRRT ของจังหวัดราชบุรีประสานกับค่ายทหารดังกล่าวสอบสวนและควบคุมโรคตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2553 จนถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2553 ยังไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม

### 3. อหิวาตกโรคที่จังหวัดมหาสารคาม และนนทบุรี

1) จังหวัดมหาสารคาม 3 ราย ที่หมู่ 3 ตำบลหนองแสง อำเภอนาปีพุม ตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa เป็นชาย 1 หญิง 2 อายุ 34 - 60 ปี เริ่มป่วยวันที่ 10 -11 พฤษภาคม 2553 เกี่ยวข้องเป็นแม่ลูกอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีสมาชิกทั้งหมด 5 คน อีก 2 คน เป็นหลาน อายุ 5 ปี และ 7 ปี ได้เก็บตัวอย่าง Rectal Swab ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ 1 ราย แต่ไม่มีอาการใด ๆ ในเบื้องต้น ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าอาหารที่สงสัยน่าจะเป็นหอยแมลงภู่ที่ซื้อจากตลาดแห่งหนึ่งในอำเภอนาปีพุม โดยได้รับประทานในช่วงเย็นวันที่ 9 พฤษภาคม 2553 ทีม SRRT ของพื้นที่อยู่ระหว่างการสอบสวนเพื่อหาแหล่งโรคที่ชัดเจน พร้อมทั้งควบคุมโรคต่อไป

2) จังหวัดนนทบุรี 1 ราย ตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa เป็นหญิง อายุ 81 ปี อยู่หมู่ 9 ตำบลสวนใหญ่ อำเภอเมือง เริ่มป่วยวันที่ 14 พฤษภาคม 2553 เวลาประมาณ 20.00น. ด้วยอาการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ วันที่ 17 พฤษภาคม 2553 ไปรับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร อาการดีขึ้น ลูกสะใภ้ให้ข้อมูลว่า ปกติผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกชายและลูกสะใภ้ วันที่ 13 พฤษภาคม 2553 ลูกสาวผู้ป่วยมาเยี่ยมพร้อมทั้งซื้อส้มตำปุมมารับประทานร่วมกับผู้ป่วยในมือเย็น แต่รับประทานไม่หมด จึงเอาไปเก็บไว้ในตู้กับข้าว เช้าวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยนำส้มตำดังกล่าวมารับประทานต่อ ทีม SRRT ของพื้นที่อยู่ระหว่างการสอบสวนและติดตามสอบถามข้อมูลจากลูกสาวเพื่อหาแหล่งโรคที่ชัดเจน พร้อมทั้งควบคุมโรคต่อไป

อ่านต่อหน้า 308....



✉ [laddal@health.moph.go.th](mailto:laddal@health.moph.go.th)

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และกลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา

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

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	62	64	64	63	67	66	69	70	65	63	58	67	63	62	70	71	65						

จังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา 65 จังหวัด ร้อยละ 85.53

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนตามวันรับรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 20

Table 1 Reported Cases of Priority by Diseases Under Surveillance by Date of Treatment Compared to Previous Year, Thailand, 20<sup>th</sup> Week

DISEASES	This Week			Cumulative (20 <sup>th</sup> week)		
	2010	2009	Median(2005-2009)	2010	2009	Median(2005-2009)
DIPHTHERIA	0	1	0	4	6	1
PERTUSSIS	0	0	0	2	14	11
TETANUS NEONATORUM	0	0	0	2 <sup>B</sup>	1	1
MEASLES	19	101	82	1033	3757	1749
MENIN.MENINGITIS	0	2	2	12	13	12
ENCEPHALITIS	5	12	9	162	139	122
ACUTE FLACCID PARALYSIS: AFP	5	4	4	64	84	89
CHOLERA	1	3	3	594	12	12
HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE	39	117	72	6574	2711	971
DYSENTERY	203	379	426	5063	7391	7722
PNEUMONIA (ADMITTED)*	762	922	922	30015	26306	28669
INFLUENZA	238	632	321	27214	6150	6150
LEPTOSPIROSIS	28	51	38	1059	969	596
ANTHRAX	0	0	0	0	0	0
RABIES	0	1	0	13 <sup>A</sup>	9	8
AEFI	6	17	10	586	357	96

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์

และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ “0” = No Case “-” = No Report Received

<sup>A</sup> ได้รับรายงานจาก กรุงเทพมหานคร 6 ราย จังหวัดกาญจนบุรี 2 ราย ชลบุรี ตาก สมุทรปราการ และ สระบุรี จังหวัดละ 1 ราย

<sup>B</sup> ได้รับรายงานจากจังหวัดเชียงใหม่ 1 ราย \* เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อปี ค.ศ. 2005

สรุปสาระสำคัญของตาราง : วัชรี แก้วนอกเขา Vacharee Kaewnorkkha

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology

✉ [vacha@health.moph.go.th](mailto:vacha@health.moph.go.th)

สถานการณ์โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 20 พบว่า ในสัปดาห์นี้จำนวนผู้ป่วยปีนี้เป็นมากกว่าปีที่แล้วและไม่เกินค่ามัธยฐาน 5 ปี (พศ. 2548-2552) แต่เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยสะสมถึงสัปดาห์ที่ 20 พบว่า ปีนี้จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าปีที่แล้วหลายโรค ได้แก่ โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด ไข้สมองอักเสบ อหิวาตกโรค โรคมือ เท้า ปาก ปอดอักเสบ(ผู้ป่วยใน) ไข้หวัดใหญ่ ฉี่หนู(Leptospirosis) พิษสุนัขบ้า และอาการภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) โดยเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าเกือบถึง 5 เท่า และทุกโรคสูงเกินค่ามัธยฐาน 5 ปี





ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 20 พ.ศ. 2553 (16 - 22 พฤษภาคม 2553)

TABLE 3 REPORTED CASES AND DEATHS OF SUSPECTED DENGUE FEVER AND DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER UNDER SURVEILLANCE, BY DATE OF ONSET BY PROVINCE, THAILAND, 20th Week (May 16 - 22, 2010)

REPORTING AREAS**	2010													CASE	CASE	POP.	
	DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)													RATE PER	FATALITY	DEC. 31, 2009	
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	100000	RATE	
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	POP.	(%)	
<b>TOTAL</b>	<b>3609</b>	<b>3598</b>	<b>4416</b>	<b>3833</b>	<b>2131</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>17587</b>	<b>20</b>	<b>27.69</b>	<b>0.11</b>	<b>63,525,062</b>
<b>CENTRAL REGION</b>	<b>1940</b>	<b>1883</b>	<b>2069</b>	<b>1416</b>	<b>637</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>7945</b>	<b>6</b>	<b>37.05</b>	<b>0.08</b>	<b>21,445,124</b>
BANGKOK METRO POLIS	625	621	591	376	113	-	-	-	-	-	-	-	2326	1	40.79	0.04	5,702,595
<b>ZONE 1</b>	<b>265</b>	<b>218</b>	<b>257</b>	<b>110</b>	<b>44</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>894</b>	<b>1</b>	<b>26.12</b>	<b>0.11</b>	<b>3,422,311</b>
NONTHABURI	140	116	111	34	22	-	-	-	-	-	-	-	423	1	39.24	0.24	1,078,071
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	42	35	29	31	10	-	-	-	-	-	-	-	147	0	18.96	0.00	775,157
PATHUM THANI	64	39	94	28	1	-	-	-	-	-	-	-	226	0	23.63	0.00	956,376
SARABURI	19	28	23	17	11	-	-	-	-	-	-	-	98	0	15.99	0.00	612,707
<b>ZONE 2</b>	<b>57</b>	<b>92</b>	<b>134</b>	<b>69</b>	<b>14</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>366</b>	<b>0</b>	<b>23.02</b>	<b>0.00</b>	<b>1,589,978</b>
ANG THONG	13	21	21	18	4	-	-	-	-	-	-	-	77	0	27.04	0.00	284,807
CHAI NAT	10	5	8	19	5	-	-	-	-	-	-	-	47	0	14.01	0.00	335,420
LOP BURI	30	65	103	28	5	-	-	-	-	-	-	-	231	0	30.62	0.00	754,452
SING BURI	4	1	2	4	0	-	-	-	-	-	-	-	11	0	5.11	0.00	215,299
<b>ZONE 3</b>	<b>256</b>	<b>241</b>	<b>341</b>	<b>190</b>	<b>82</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1110</b>	<b>0</b>	<b>35.93</b>	<b>0.00</b>	<b>3,089,076</b>
CHACHOENGSAO	44	38	53	41	20	-	-	-	-	-	-	-	196	0	29.30	0.00	668,983
NAKHON NAYOK	3	10	6	1	1	-	-	-	-	-	-	-	21	0	8.34	0.00	251,683
PRACHIN BURI	32	27	37	46	15	-	-	-	-	-	-	-	157	0	33.99	0.00	461,854
SA KAEO	16	30	30	10	6	-	-	-	-	-	-	-	92	0	16.96	0.00	542,451
SAMUT PRAKAN	161	136	215	92	40	-	-	-	-	-	-	-	644	0	55.32	0.00	1,164,105
<b>ZONE 4</b>	<b>298</b>	<b>297</b>	<b>262</b>	<b>139</b>	<b>57</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1053</b>	<b>1</b>	<b>31.30</b>	<b>0.09</b>	<b>3,364,670</b>
KANCHANABURI	36	43	37	15	10	-	-	-	-	-	-	-	141	0	16.92	0.00	833,423
NAKHON PATHOM	78	88	113	50	31	-	-	-	-	-	-	-	360	1	42.28	0.28	851,426
RATCHABURI	119	88	47	45	14	-	-	-	-	-	-	-	313	0	37.47	0.00	835,231
SUPHAN BURI	65	78	65	29	2	-	-	-	-	-	-	-	239	0	28.30	0.00	844,590
<b>ZONE 5</b>	<b>196</b>	<b>136</b>	<b>141</b>	<b>112</b>	<b>58</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>643</b>	<b>1</b>	<b>39.12</b>	<b>0.16</b>	<b>1,643,555</b>
PHETCHABURI	36	31	54	44	6	-	-	-	-	-	-	-	171	0	37.07	0.00	461,239
PRACHUAP KHIRI KHAN	17	15	29	38	44	-	-	-	-	-	-	-	143	0	28.37	0.00	504,063
SAMUT SAKHON	136	79	49	23	4	-	-	-	-	-	-	-	291	0	60.05	0.00	484,606
SAMUT SONGKHRAM	7	11	9	7	4	-	-	-	-	-	-	-	38	1	19.62	2.63	193,647
<b>ZONE 9</b>	<b>243</b>	<b>278</b>	<b>343</b>	<b>420</b>	<b>269</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1553</b>	<b>2</b>	<b>58.98</b>	<b>0.13</b>	<b>2,632,939</b>
CHANTHABURI	27	60	83	121	84	-	-	-	-	-	-	-	375	0	73.35	0.00	511,246
CHON BURI	133	136	138	128	82	-	-	-	-	-	-	-	617	1	47.84	0.16	1,289,590
RAYONG	67	69	93	116	70	-	-	-	-	-	-	-	415	1	67.80	0.24	612,095
TRAT	16	13	29	55	33	-	-	-	-	-	-	-	146	0	66.36	0.00	220,008
<b>SOUTHERN REGION</b>	<b>970</b>	<b>812</b>	<b>833</b>	<b>971</b>	<b>678</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>4264</b>	<b>9</b>	<b>48.38</b>	<b>0.21</b>	<b>8,813,880</b>
<b>ZONE 6</b>	<b>245</b>	<b>254</b>	<b>287</b>	<b>288</b>	<b>199</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1273</b>	<b>2</b>	<b>36.31</b>	<b>0.16</b>	<b>3,506,241</b>
CHUMPHON	20	17	38	39	31	-	-	-	-	-	-	-	145	0	29.73	0.00	487,744
NAKHON SI THAMMARAT	103	99	121	74	33	-	-	-	-	-	-	-	430	1	28.35	0.23	1,516,499
PHATTHALUNG	70	92	66	73	33	-	-	-	-	-	-	-	334	1	65.78	0.30	507,777
SURAT THANI	52	46	62	102	102	-	-	-	-	-	-	-	364	0	36.61	0.00	994,221
<b>ZONE 7</b>	<b>140</b>	<b>132</b>	<b>143</b>	<b>159</b>	<b>41</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>615</b>	<b>3</b>	<b>33.89</b>	<b>0.49</b>	<b>1,814,555</b>
KRABI	57	50	56	52	22	-	-	-	-	-	-	-	237	3	55.56	1.27	426,556
PHANGNGA	18	10	16	27	5	-	-	-	-	-	-	-	76	0	30.20	0.00	251,657
PHUKET	28	50	45	35	4	-	-	-	-	-	-	-	162	0	48.23	0.00	335,913
RANONG	8	5	11	14	0	-	-	-	-	-	-	-	38	0	20.91	0.00	181,754
TRANG	29	17	15	31	10	-	-	-	-	-	-	-	102	0	16.49	0.00	618,675
<b>ZONE 8</b>	<b>585</b>	<b>426</b>	<b>403</b>	<b>524</b>	<b>438</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>2376</b>	<b>4</b>	<b>68.02</b>	<b>0.17</b>	<b>3,493,084</b>
NARATHIWAT	94	67	63	91	78	-	-	-	-	-	-	-	393	2	53.98	0.51	728,071
PATTANI	126	104	68	68	66	-	-	-	-	-	-	-	432	1	66.71	0.23	647,624
SATUN	37	46	36	59	45	-	-	-	-	-	-	-	223	0	76.08	0.00	293,101
SONGKHLA	252	160	183	225	202	-	-	-	-	-	-	-	1022	1	76.04	0.10	1,343,954
YALA	76	49	53	81	47	-	-	-	-	-	-	-	306	0	63.71	0.00	480,334

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 20 พ.ศ. 2553 (16 - 22 พฤษภาคม 2553)

TABLE 3 REPORTED CASES AND DEATHS OF SUSPECTED DENGUE FEVER AND DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER UNDER SURVEILLANCE, BY DATE OF ONSET BY PROVINCE, THAILAND, 20th Week (May 16 - 22, 2010)

REPORTING AREAS**	2010														CASE RATE PER 100000 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2009
	DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	100000	RATE	DEC. 31, 2009
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	POP.	(%)	
<b>NORTH-EASTERN REGION</b>	<b>430</b>	<b>630</b>	<b>1120</b>	<b>987</b>	<b>597</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>3764</b>	<b>2</b>	<b>17.51</b>	<b>0.05</b>	<b>21,495,825</b>
<b>ZONE 10</b>	<b>80</b>	<b>94</b>	<b>129</b>	<b>154</b>	<b>135</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>592</b>	<b>0</b>	<b>16.59</b>	<b>0.00</b>	<b>3,567,883</b>
LOEI	20	38	52	54	86	-	-	-	-	-	-	-	250	0	40.27	0.00	620,780
NONG BUA LAM PHU	8	12	9	7	10	-	-	-	-	-	-	-	46	0	9.18	0.00	500,913
NONG KHAI	18	17	32	59	9	-	-	-	-	-	-	-	135	0	14.88	0.00	907,250
UDON THANI	34	27	36	34	30	-	-	-	-	-	-	-	161	0	10.46	0.00	1,538,940
<b>ZONE 11</b>	<b>53</b>	<b>61</b>	<b>136</b>	<b>93</b>	<b>47</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>390</b>	<b>0</b>	<b>18.08</b>	<b>0.00</b>	<b>2,157,187</b>
MUKDAHAN	25	26	46	28	11	-	-	-	-	-	-	-	136	0	40.23	0.00	338,048
NAKHON PHANOM	7	9	27	11	1	-	-	-	-	-	-	-	55	0	7.85	0.00	700,690
SAKON NAKHON	21	26	63	54	35	-	-	-	-	-	-	-	199	0	17.79	0.00	1,118,449
<b>ZONE 12</b>	<b>55</b>	<b>146</b>	<b>208</b>	<b>109</b>	<b>93</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>611</b>	<b>0</b>	<b>12.25</b>	<b>0.00</b>	<b>4,989,649</b>
KALASIN	22	53	63	32	39	-	-	-	-	-	-	-	209	0	21.32	0.00	980,158
KHON KAEN	20	47	73	22	27	-	-	-	-	-	-	-	189	0	10.72	0.00	1,762,242
MAHA SARAKHAM	6	10	18	14	9	-	-	-	-	-	-	-	57	0	6.07	0.00	939,090
ROI ET	7	36	54	41	18	-	-	-	-	-	-	-	156	0	11.93	0.00	1,308,159
<b>ZONE 13</b>	<b>49</b>	<b>83</b>	<b>225</b>	<b>235</b>	<b>129</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>721</b>	<b>1</b>	<b>17.33</b>	<b>0.14</b>	<b>4,160,037</b>
AMNAT CHAROEN	1	1	5	14	2	-	-	-	-	-	-	-	23	0	6.20	0.00	370,804
SI SA KET	28	64	118	54	79	-	-	-	-	-	-	-	343	0	23.71	0.00	1,446,345
UBON RATCHATHANI	8	10	84	142	47	-	-	-	-	-	-	-	291	1	16.13	0.34	1,803,754
YASOTHON	12	8	18	25	1	-	-	-	-	-	-	-	64	0	11.87	0.00	539,134
<b>ZONE 14</b>	<b>193</b>	<b>246</b>	<b>422</b>	<b>396</b>	<b>182</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1439</b>	<b>1</b>	<b>21.73</b>	<b>0.07</b>	<b>6,621,069</b>
BURI RAM	62	105	116	64	12	-	-	-	-	-	-	-	359	1	23.21	0.28	1,546,784
CHAIYAPHUM	14	33	43	25	34	-	-	-	-	-	-	-	149	0	13.24	0.00	1,125,166
NAKHON RATCHASIMA	82	65	128	156	90	-	-	-	-	-	-	-	521	0	20.26	0.00	2,571,292
SURIN	35	43	135	151	46	-	-	-	-	-	-	-	410	0	29.76	0.00	1,377,827
<b>NORTHERN REGION</b>	<b>269</b>	<b>273</b>	<b>394</b>	<b>459</b>	<b>230</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>1625</b>	<b>3</b>	<b>13.81</b>	<b>0.18</b>	<b>11,770,233</b>
<b>ZONE 15</b>	<b>60</b>	<b>49</b>	<b>75</b>	<b>77</b>	<b>32</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>293</b>	<b>0</b>	<b>9.63</b>	<b>0.00</b>	<b>3,043,586</b>
CHIANG MAI	44	29	47	40	1	-	-	-	-	-	-	-	161	0	9.86	0.00	1,632,548
LAMPANG	11	13	17	16	0	-	-	-	-	-	-	-	57	0	7.46	0.00	764,498
LAMPHUN	3	5	10	13	12	-	-	-	-	-	-	-	43	0	10.63	0.00	404,693
MAE HONG SON	2	2	1	8	19	-	-	-	-	-	-	-	32	0	13.23	0.00	241,847
<b>ZONE 16</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>148</b>	<b>0</b>	<b>5.65</b>	<b>0.00</b>	<b>2,619,757</b>
CHIANG RAI	16	6	16	11	17	-	-	-	-	-	-	-	66	0	5.52	0.00	1,194,933
NAN	4	2	4	15	12	-	-	-	-	-	-	-	37	0	7.78	0.00	475,614
PHAYAO	2	3	2	5	2	-	-	-	-	-	-	-	14	0	2.87	0.00	487,120
PHRAE	4	5	7	9	6	-	-	-	-	-	-	-	31	0	6.71	0.00	462,090
<b>ZONE 17</b>	<b>97</b>	<b>101</b>	<b>169</b>	<b>282</b>	<b>127</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>776</b>	<b>3</b>	<b>22.65</b>	<b>0.39</b>	<b>3,426,112</b>
PHETCHABUN	18	34	47	45	34	-	-	-	-	-	-	-	178	0	17.89	0.00	995,125
PHITSANULOK	26	32	41	44	32	-	-	-	-	-	-	-	175	0	20.70	0.00	845,561
SUKHOTHAI	17	14	23	40	10	-	-	-	-	-	-	-	104	0	17.25	0.00	602,813
TAK	34	19	52	143	46	-	-	-	-	-	-	-	294	3	56.58	1.02	519,662
UTTARADIT	2	2	6	10	5	-	-	-	-	-	-	-	25	0	5.40	0.00	462,951
<b>ZONE 18</b>	<b>86</b>	<b>107</b>	<b>121</b>	<b>60</b>	<b>34</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>408</b>	<b>0</b>	<b>15.22</b>	<b>0.00</b>	<b>2,680,778</b>
KAMPHAENG PHET	28	32	50	29	16	-	-	-	-	-	-	-	155	0	21.33	0.00	726,846
NAKHON SAWAN	33	38	34	18	12	-	-	-	-	-	-	-	135	0	12.58	0.00	1,072,868
PHICHIT	17	32	32	7	2	-	-	-	-	-	-	-	90	0	16.27	0.00	553,193
UTHAI THANI	8	5	5	6	4	-	-	-	-	-	-	-	28	0	8.54	0.00	327,871

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์)

และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ "0" = No case "- " = No report received

\*\* แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข



# โรคคางทูม (Mumps)

## โรคแทรกซ้อน

- 1) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง
- 2) โรคแทรกซ้อนที่นับว่ารุนแรงคือสมองอักเสบ พบได้ประมาณ 1 ใน 6,000 รายซึ่งอาจทำให้ถึงเสียชีวิตได้
- 3) ถ้าเป็นในเด็กชายวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจมีการอักเสบของอัณฑะซึ่งในบางรายอาจทำให้เป็นหมันได้
- 4) โรคแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจพบได้น้อยมาก คือ ข้ออักเสบ ตับอ่อนอักเสบ และหูหนวก

## การรักษา

ตามอาการ ให้ยาแก้ปวดเป็นครั้งคราว  
การป้องกัน

หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยวิธีที่ดีที่สุดคือให้วัคซีนป้องกันด้วยการให้วัคซีนป้องกันคางทูมซึ่งมาในรูปแบบของวัคซีนรวมป้องกันโรคคางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้วัคซีนรวมป้องกันคางทูมและหัดเยอรมัน 1 ครั้ง ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

อ้างอิงจาก [http://thaigcd.ddc.moph.go.th/vac\\_p\\_Mum.html](http://thaigcd.ddc.moph.go.th/vac_p_Mum.html)

## รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 41 ฉบับที่ 20 : 28 พฤษภาคม 2553 Volume 41 Number 20 : May 28, 2010

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 2,900 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มงานเผยแพร่ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา

E-mail : [wesr@health2.moph.go.th](mailto:wesr@health2.moph.go.th) หรือ [wesr@windowslive.com](mailto:wesr@windowslive.com)

ที่ โทร. 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