



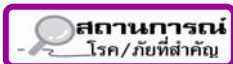
รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 : 28 มกราคม 2554

Volume 42 Number 3 : January 28, 2011

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

สรุปสถานการณ์การเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประจำเดือนธันวาคม 2553



(Adverse Event Following Immunization: AEFI surveillance, December 2010)

✉ kanoktip@health.moph.go.th

กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์, ดารินทร์ อารีโยโชคชัย
กลุ่มโรคติดต่อวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคติดต่อวิทยา

1. จำนวนรายงานสะสม พ.ศ. 2553

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2553 สำนักโรคติดต่อวิทยาได้รับรายงาน AEFI จำนวน 1,467 รายงาน เป็นรายงานที่มีการสอบสวนผู้ป่วย (รายงาน AEFI 1, AEFI 2) 1,033 รายงาน แบ่งเป็นอาการร้ายแรง 178 รายงาน โดยเป็นผู้เสียชีวิต 18 ราย และอาการไม่ร้ายแรง จำนวน 855 รายงาน ส่วนรายงานที่ไม่มีการสอบสวนผู้ป่วย (รายงาน 506) มีจำนวน 434 รายงาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานที่มีการสอบสวนสามารถคิดอัตราการรายงาน AEFI ตามชนิดวัคซีนในโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย ได้ดังรูปที่ 1

2. รายงาน AEFI เดือนธันวาคม พ.ศ. 2553

วันที่ 1 - 31 ธันวาคม 2553 ได้รับรายงาน AEFI ทั้งหมด 62 ราย เป็นรายงานที่มีการสอบสวนผู้ป่วย 31 รายงาน (ร้อยละ 50.0) แบ่งตามชนิดวัคซีนได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายงาน AEFI ตามชนิดวัคซีน ระหว่างวันที่ 1- 31 ธันวาคม 2553

วัคซีน*	จำนวนรายงาน AEFI		อัตราการรายงาน AEFI ต่อแสนได้ส**	การประเมินสาเหตุของอาการร้ายแรง	
	อาการไม่ร้ายแรง	อาการร้ายแรง		เกี่ยวข้องกับวัคซีน	รอพิจารณาโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ
DTP	1	5	48.8	5 febrile convulsion	-
DTP-HB	5	2	12.6	2 febrile convulsion	-
OPV	4	1	23.3	-	1 sudden infant death
JE	1	4	7.4	4 febrile convulsion	-
Seasonal influenza	12	-	NA	-	-



สารบัญ

◆ สรุปสถานการณ์การเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประจำเดือนธันวาคม 2553	33
◆ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2552	36
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 16-22 มกราคม 2554	41
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 16-22 มกราคม 2554	43

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรือ งาน ศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประจักษ์ ภูนาทล
นายแพทย์อวัช จายนีย์โยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงดารินทร์ อารีโยชิตชัย
นายแพทย์ โรม บัวทอง

กองบรรณาธิการ

บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังมิวงษ์ พงษ์ศิริ วัฒนาศฤกษิต
กรรณิการ์ หมอนพั้งเทียม อรพรรณ สุภาพ

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูจันท์ น.สพ. ธีรศักดิ์ ชักนำ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์
กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ พัชรี ศรีหมอก

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมณี เชิดชัย ดาราแจ่ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์ อรพรรณ สุภาพ

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์ อรพรรณ สุภาพ

ประชาสัมพันธ์



เรียน สมาชิก wesr ทุกท่าน

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ASEAN Plus Three Countries ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของ ASEAN+3 (www.aseanplus3-aid.info) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านโรคอุบัติใหม่ การระบาดของประเทศไทย ทั่วอาเซียนสมาชิกทุกท่าน หากมีผลงานต้องการเผยแพร่ เช่น การสอบสวนโรคระบาด เป็น Abstract / ฟิลล์ฉบับสมบูรณ์ (** ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด**) ในรายงานมีแผนภูมิกราฟรูปภาพได้ (แนบไฟล์ต้นฉบับภาษาไทยมาด้วยก็ได้)

*****กรุณาส่งไปทีอีเมล borworn67@yahoo.com *****

โดยใส่ Subject อีเมลล์ว่า: For ASEAN publishing เพื่อผู้รับผิดชอบจะได้คัดผลงานของท่านไปเผยแพร่ในหมู่ประเทศอาเซียนต่อไป

หมายเหตุ

* ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจได้รับวัคซีนมากกว่า 1 ชนิด

** อัตราการรายงาน คำนวณจากจำนวนวัคซีนที่กระจายไปตามระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งอาจไม่มีข้อมูลการกระจายในบางชนิดวัคซีน ในบางเดือน ส่วนวัคซีนใช้ขวดใหญ่ตามฤดูกาล คำนวณจากรายงานการให้บริการวัคซีนของสำนักโรคติดต่อทั่วไป

*** การประเมินสาเหตุของอาการร้ายแรง

- ไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน (Unrelated) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นอธิบายไม่ได้ด้วยวัคซีน รวมทั้งระยะเวลาที่เกิดอาการเข้าไม่ได้กับสาเหตุจากวัคซีน

- ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Unlikely) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นอธิบายได้น้อยกว่าจะเกิดจากวัคซีน แต่ระยะเวลาที่เกิดอาการอาจเข้าได้กับวัคซีน

- อาจจะเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Possible) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้น มีความเป็นไปได้เท่า ๆ กัน ทั้งเกิดจากวัคซีน หรือเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ แต่ระยะเวลาที่เกิดอาการอาจเข้าได้กับสาเหตุจากวัคซีน

- น่าจะเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Probable) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้น มีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากวัคซีนมากกว่าจากสาเหตุอื่น ๆ และระยะเวลาที่เกิดอาการเข้าได้กับสาเหตุจากวัคซีน

- เกี่ยวข้องกับวัคซีน (Very likely) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้น อธิบายได้ด้วยวัคซีน และไม่มีสาเหตุอื่น ๆ

3. การประเมินสาเหตุผู้ป่วยอาการร้ายแรงโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญพิจารณาสาเหตุของ AEFI ประจำเดือนธันวาคม 2553

ไม่มีกรณี AEFI ที่เข้าที่ประชุมคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ

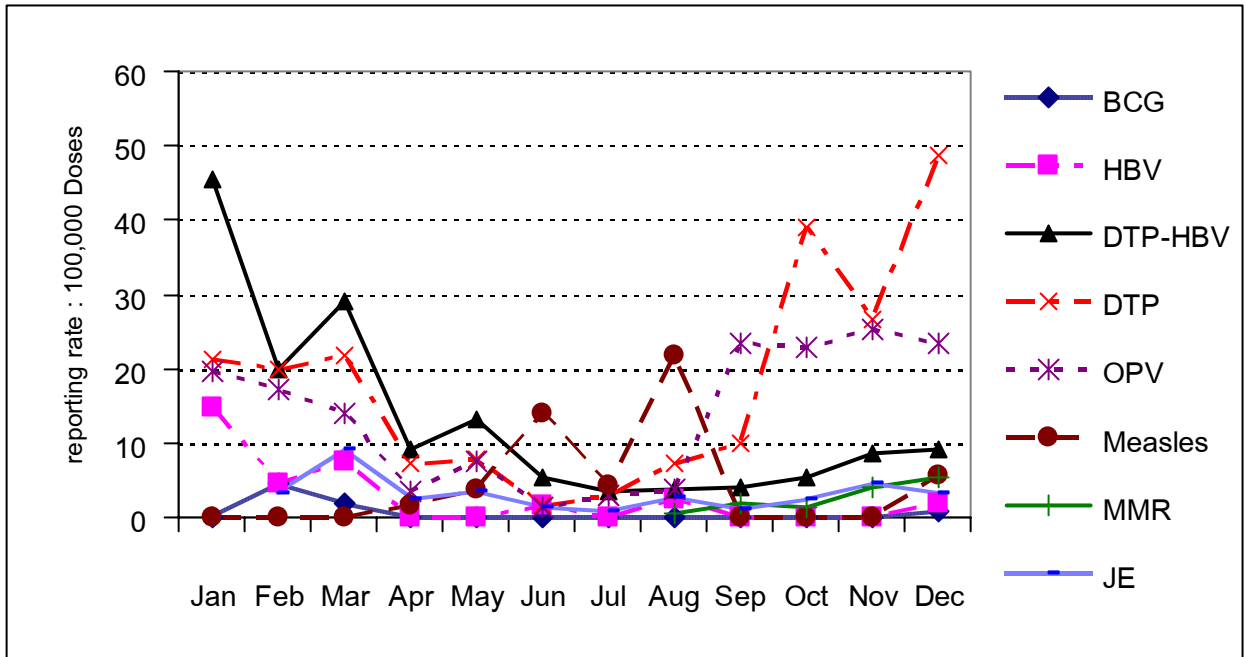
4. ข้อเสนอแนะ

4.1 AEFI เป็นสิ่งที่คาดได้ว่าเกิด และเป็นการเฝ้าระวังเพื่อประกันความปลอดภัยของวัคซีน ควรมีรายงานมาจากทุกจังหวัด จังหวัดที่ยังไม่มีรายงานใน พ.ศ. 2553 และควรเร่งรัดติดตามการรายงานจากโรงพยาบาล

4.2 การรายงาน AEFI จำเป็นต้องทราบรายละเอียดของการเกิดอาการและรายละเอียดของวัคซีน เพื่อการติดตามความปลอดภัยของวัคซีนแต่ละชนิด แต่ละร่นการผลิต จึงกำหนดให้สอบสวนและรายงานด้วยระบบรายงานเฉพาะ ได้แก่ การรายงานตามแบบฟอร์ม AEFI 1 และ 2 ไม่ควรรายงานด้วยระบบรายงาน 506 เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการสอบสวนผู้ป่วย

4.3 อัตราการเกิด febrile convulsion ในวัคซีน DTP มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่มีความเชื่อมโยงกันของ lot number ของวัคซีนแต่อย่างใด ทั้งนี้ควรระมัดระวังการเกิดไข้สูง ชัก ในเด็กที่

ได้รับวัคซีน DTP หรือ DTP-HB โดยต้องแนะนำอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น และการแก้ไขให้กับผู้ปกครอง และเด็กที่เคยมีประวัติชักใด ๆ ก็ตาม ควรส่งปรึกษาแพทย์ก่อนการให้วัคซีน



หมายเหตุ อัตราการรายงาน AEFI คิดจากจำนวนรายงานที่มีการสอบสวนผู้ป่วยและจำนวนวัคซีนที่กระจายไปตามระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมในแต่ละเดือน

รูปที่ 1 อัตราการรายงาน AEFI จำแนกตามชนิดวัคซีนใน EPI program รายเดือน พ.ศ. 2553

****ประกาศ WESR****

เนื่องด้วยในปีงบประมาณ 2554 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีนโยบายที่จะลดจำนวนการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ (กระดาษ) ของรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR) และฉบับผนวก (Supplement) เพื่อตอบสนองนโยบายการประหยัดพลังงานลดโลกร้อน

และขอเชิญชวนบุคคลทั่วไป หรือหน่วยงานอื่น ๆ หากมีความประสงค์สมัครสมาชิก รายงาน WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email) กรุณาแจ้ง ชื่อ ที่อยู่ หน่วยงานสังกัด มาที่

กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี 11000
 หรือทาง E-mail: wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com หรือทางโทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1730

ความเป็นมา

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยาซึ่งได้รับรายงาน 506 จากหน่วยบริการสาธารณสุข พบว่า ใน พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 56,651 ราย เสียชีวิต 50 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 89.27 อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09 และ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 3,861 ราย เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 92.82 อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอัตราป่วยเป็นลำดับที่ 6 ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน และอยู่ในพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยพบผู้ป่วยจำนวน 1,205 ราย มีผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 79.63 อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 ดังนั้นการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในจังหวัดนครศรีธรรมราชจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อทราบประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2552 และเพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงตลอดจนให้ข้อเสนอแนะต่อระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกจังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2552 ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการในการเฝ้าระวัง
2. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในเชิงปริมาณ ได้แก่ ความไว (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) และความทันเวลา (Timeliness) และคุณลักษณะเชิงคุณภาพ คือ ระบบงาน (System Description) ความยากง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความยอมรับ

(Acceptability) ความยั่งยืน (Stability) และการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness)

วิธีการศึกษา

1. เลือกพื้นที่ศึกษา 1 ใน 7 จังหวัดซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 คือ จังหวัดนครศรีธรรมราช และเลือกพื้นที่ที่จะดำเนินการศึกษาในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยทำการโดยการสุ่มเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษา จากพื้นที่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งแบ่งพื้นที่เป็น 5 พื้นที่ โดยสุ่มเลือกพื้นที่ละ 1-2 โรงพยาบาล จำนวน 8 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 19 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง
2. ระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2552

3. นิยามผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

นิยามผู้ป่วย คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ของจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2552 ซึ่งมีอาการเข้าได้ตามนิยามโรคติดต่อประเทศไทย พ.ศ. 2546 ของสำนักระบาดวิทยา ดังนี้

ผู้ป่วยไข้เดงกี (Dengue fever) คือ

ผู้ป่วยสงสัย ได้แก่ ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 อาการ ดังต่อไปนี้ คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ มีผื่น มีอาการเลือดออก หรือ tourniquet test ให้ผลบวก

ผู้ป่วยน่าจะเป็น คือ ผู้ป่วยสงสัย และมีหลักฐานความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน หรือมีผล $WBC \leq 5000 \text{ cells/mm}^3$ และพบสัดส่วน lymphocyte สูง

ผู้ป่วยยืนยัน คือ ผู้ป่วยสงสัย และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะยืนยันอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ผลการตรวจแยกเชื้อไวรัส พบไวรัส Dengue virus
- (2) พบไวรัสจีโนมของ Dengue virus โดยวิธี PCR
- (3) พบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อไวรัส Dengue ในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือ ถ้าน้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน $> 1:1,280$ หรือ ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ 40 ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญ โดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA)

ผู้ป่วยไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) คือ

ผู้ป่วยสงสัย ได้แก่ ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน และมีอาการเลือดออก อย่างน้อย tourniquet test ให้ผลบวก และพบอาการอื่น ๆ อย่างน้อย 1 อาการ ต่อไปนี้ คือ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ มีผื่น ตับโตมักกดเจ็บและมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง (shock)

ผู้ป่วยน่าจะเป็น คือ ผู้ป่วยสงสัย และมีหลักฐานความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน หรือ มีผล WBC $\leq 5,000$ cells/mm³ และ เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ cells/mm³ หรือ ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-20

ผู้ป่วยยืนยัน คือ ผู้ป่วยสงสัย และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะยืนยันอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) ผลการตรวจแยกเชื้อไวรัส พบไวรัส Dengue virus
- (2) พบไวรัสจีโนมของ Dengue virus โดยวิธี PCR
- (3) พบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อไวรัส Dengue ในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือ ถ้าน้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน $> 1: 1,280$ หรือ ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ 40 ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญโดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA)

ผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อก (Dengue Hemorrhagic Shock) คือ ผู้ป่วยไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิตโดยพบ pulse pressure ≤ 20 mmHg หรือมีภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง ($< 90/60$ mmHg)

4. รวบรวมข้อมูลจากรายงาน 506 ในระบบเฝ้าระวังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค DF, DHF, DSS, AFI, Fever unspecified, Viral infection, Febrile convulsion (รหัส ICD-10 ประกอบด้วย A90-92, R50.8, R50.9, R56.0) จำนวน 3,580 ราย

5. สัมภาษณ์แพทย์ผู้รักษา, ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข, ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและป้องกันควบคุมโรค จำนวน 10 คน รวมทั้งสังเกตการทำงานในระบบเฝ้าระวัง

6. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษา

7. สรุปผลการศึกษา

สถิติ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์และประมวลผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ วิเคราะห์และ

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม Epi-Info 3.3.2 ของ US-Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Attribute)

ความไว (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (Predictive value positive) ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2552 มีจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดทั้งสิ้น 3,580 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเข้านิยามทั้งหมด 173 ราย โดยพบผู้ป่วยที่รายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 116 ราย คิดเป็นความไว ร้อยละ 67.05 และจำนวนผู้ป่วยที่ถูกรายงานใน 506 ทั้งหมดจำนวน 190 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามการเฝ้าระวังโรค 116 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 61.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมิน ความไว และค่าพยากรณ์บวก ตามนิยามการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา ของโรงพยาบาลที่ศึกษา 8 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2552

เข้าตามนิยามการเฝ้าระวังโรค				
		+	-	รวม
รายงาน 506	+	116 (A)	74 (B)	190
	-	57 (C)	3,333 (D)	3,390
	รวม	173	3,407	3,580

เมื่อจำแนก ระดับความไว และค่าพยากรณ์บวก รายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีระดับความไวของระบบเฝ้าระวังอยู่ในระดับดีจำนวน 5 แห่ง พอใช้ 1 แห่ง และควรปรับปรุง 2 แห่ง ส่วนค่าพยากรณ์บวก พบว่า โรงพยาบาลมีค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับดีจำนวน 2 แห่ง พอใช้ 4 แห่ง และควรปรับปรุง 2 แห่ง (ตารางที่ 2)

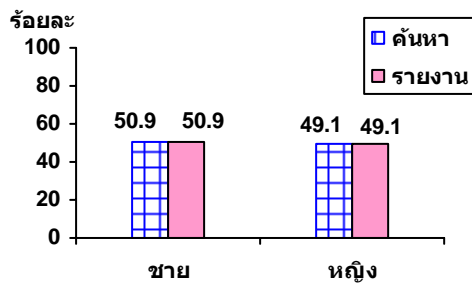
ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมิน ความไว และค่าพยากรณ์บวก ตามนิยามการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา จำแนกรายโรงพยาบาล จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2552 (N=8)

ระบบเฝ้าระวัง	ระดับที่ได้	จำนวนของโรงพยาบาล	
		Sensitivity	PPV
รายงาน 506	ดี	5	2
	พอใช้	1	4
	ควรปรับปรุง	2	2

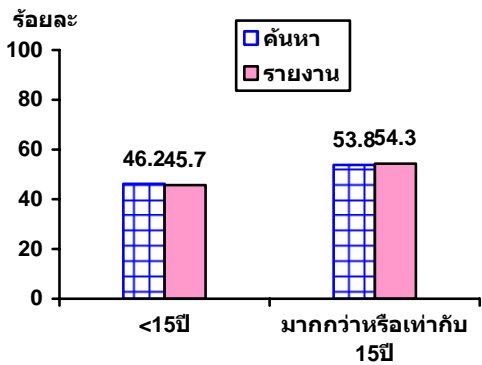
หมายเหตุ ระดับดี หมายถึง ความไวและค่าพยากรณ์บวก มากกว่าร้อยละ 70 เกณฑ์พอใช้อยู่ระหว่างร้อยละ 50 – 70 และควรปรับปรุง หมายถึง ต่ำกว่าร้อยละ 50

ความถูกต้องของการรายงาน (Accuracy) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 116 ราย กับข้อมูลที่ค้นได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่า ตัวแปรที่อยู่มีการรายงานถูกต้องร้อยละ 100.00 ตัวแปรเพศ มีการรายงานถูกต้องร้อยละ 99.14 ตัวแปรอายุ มีการรายงานถูกต้องร้อยละ 92.24 และตัวแปรวันเริ่มป่วย มีการรายงานถูกต้องร้อยละ 56.90

ความเป็นตัวแทน (Representativeness) จากการศึกษาศึกษาโดยเปรียบเทียบข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังกับข้อมูลที่ค้นได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่า ข้อมูลจากรายงานตามระบบเฝ้าระวังสามารถเป็นตัวแทนได้ในตัวแปรเพศ และอายุ (รูปที่ 1, 2)



รูปที่ 1 ความเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากระบบรายงาน 506 เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ค้นได้จากเวชระเบียนจำแนกตามเพศ จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2552



รูปที่ 2 ความเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากระบบรายงาน 506 เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ค้นได้จากเวชระเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2552

ความทันเวลา (Timeliness) จากการตรวจสอบ พบว่าข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีจำนวนทั้งหมด 116 ราย ส่งทันเวลาเพียงโรงพยาบาลเดียวจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.10

2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute)

การเฝ้าระวังและการรายงานโรคในโรงพยาบาล

(Surveillance System Description) แพทย์ และผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังเห็นว่า การเฝ้าระวังสถานการณ์โรคไข้เลือดออกมีความจำเป็น มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และการรักษาตามนโยบายโดยใช้แนวทางที่จังหวัด และส่วนกลางกำหนด ดำเนินการเฝ้าระวังในทุกระดับของจังหวัด มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในทุกโรงพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน/กลุ่มงานยุทธศาสตร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และกลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์ มีผู้ปฏิบัติงานใหม่ที่เพิ่งมาปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เป็นเวลา 5 เดือน - 1 ปี จำนวน 2 คน อายุการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5 ปี มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ คู่มือปฏิบัติงาน องค์ความรู้ จากหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างเพียงพอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์มีระบบการเฝ้าระวัง และรายงานโรคที่เหมือนกัน (รูปที่ 3)

ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ขั้นตอนการปฏิบัติงานของระบบเฝ้าระวังไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน โดยผู้รับผิดชอบเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดึงข้อมูลตามรหัส ICD-10 จากโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาล จากนั้นเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่ไม่ครบถ้วน แล้วนำเข้าข้อมูลในโปรแกรม 506 /Vepiprow

มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ที่ไม่สามารถดึงข้อมูลตามรหัส ICD-10 จากโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากโปรแกรมมีปัญหา ทำให้ต้องส่งรายงานเป็นบัตรรายงาน 506 ซึ่งไม่ยุ่งยากสำหรับการรายงานโรคให้กับพื้นที่เพื่อดำเนินการควบคุมโรคโดยการแจ้งทางโทรศัพท์ภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังพบผู้ป่วย

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) เมื่อผู้รับผิดชอบหลักไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ มีเจ้าหน้าที่ที่สามารถทำงานแทนกันได้ จำนวน 4 โรงพยาบาล อีก 4 โรงพยาบาลไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทน ทำให้การรายงานโรคมีความล่าช้า

การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของระบบเฝ้าระวัง บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานตามแนวทางที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และส่วนกลางกำหนด

ความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง (Stability) ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด เห็นว่า ระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกควรมีต่อไป เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของพื้นที่ ผู้บริหารให้ความสำคัญ การดำเนินงานใช้ผู้ปฏิบัติงานจำนวนไม่มาก โดยส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงานที่มีความชำนาญ และปฏิบัติงานมานาน การดำเนินงานไม่ใช้งบประมาณเพิ่มเติม กรณีโรงพยาบาลบางแห่งมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน หรือมีเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงาน

จะมีการถ่ายทอดงานจากคนเดิม ส่งเสริมให้ระบบเฝ้าระวังสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง มีความยั่งยืน

การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) ส่วนใหญ่มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคทุกเดือน และนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลแนวโน้มการระบาด และพื้นที่เสี่ยงของการเกิดโรค สรุปลักษณะการเกิดโรคเสนอผู้บริหาร/คปสอ./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งข้อมูลที่ได้จากกรณีวิเคราะห์สถานการณ์โรคให้กับทีม SRRT ในการควบคุมโรค ตรวจจับและให้ความรู้ทางวิทยุชุมชน จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสถานการณ์โรค *อย่างไรก็ตาม การรายงานรายเดือนล่าช้ากว่าระยะพักตัวของโรค*

สรุปผลการศึกษา

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 8 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2552 ซึ่งสรุปผลการประเมินคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังได้ดังต่อไปนี้

1. **เชิงปริมาณ** โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีความไวของระบบเฝ้าระวังอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.50 ส่วนอีกร้อยละ 37.50 อยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุง ค่าพยากรณ์บวก พบว่า โรงพยาบาลมีค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับดีจำนวน 2 แห่ง พอใช้ 4 แห่ง และควรปรับปรุง 2 แห่ง ความถูกต้องของการรายงาน พบว่า ตัวแปรเพศ, อายุ, ที่อยู่ มีความถูกต้องอยู่ระหว่างร้อยละ 92.24-100.00 ตัวแปรวันเริ่มป่วยมีการรายงานถูกต้องน้อยที่สุดร้อยละ 56.90 ส่วนความเป็นตัวแทน พบว่า ข้อมูลจากการรายงานสามารถเป็นตัวแทนได้ ความทันเวลาของการรายงานโรค พบว่า ข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีความทันเวลาร้อยละ 43.10

2. **เชิงคุณภาพ** พบว่า ในด้านความยากง่าย การยอมรับความยั่งยืน และการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทนในกรณีผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่

วิจารณ์ผล

1. **เชิงปริมาณ** โรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีความไวของระบบเฝ้าระวังอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.50 ส่วนอีกร้อยละ 37.50 อยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุง เนื่องจากผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังมีการรายงานโรคตามที่แพทย์วินิจฉัย ไม่ได้รายงานโรคตามนิยามที่กำหนดของสำนักกระบาดวิทยา และโรงพยาบาลบางแห่งมีการสรุปการวินิจฉัยจากแพทย์ล่าช้า เจ้าหน้าที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรายงาน 507

สำหรับค่าพยากรณ์บวกของการรายงาน พบว่า โรงพยาบาลมีค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับดี จำนวน 2 แห่ง พอใช้ 4 แห่ง และควรปรับปรุง 2 แห่ง เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการทำ

Tourniquet test มีเพียงบางแห่งที่ทำเฉพาะในผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยเท่านั้น นอกจากนี้มีการบันทึกอาการของผู้ป่วยใน OPD card/chart ผู้ป่วย และในคอมพิวเตอร์ไม่ละเอียดพอ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยบางรายมีการส่งตรวจเพียงครั้งเดียว ทำให้ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะรายงานโรคตามนิยามที่กำหนดของสำนักกระบาดวิทยา โรงพยาบาลบางแห่งมีการแพทย์ซึ่งวินิจฉัยตามแนวทางการวินิจฉัยของแพทย์

ความถูกต้องของการรายงาน พบว่า ตัวแปรวันเริ่มป่วยมีการรายงานถูกต้องน้อยที่สุดร้อยละ 56.90 เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งมีการดึงข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตามรหัส ICD -10 จากโปรแกรม Hos XP ของโรงพยาบาล การบันทึกข้อมูลวันเริ่มป่วยเป็นวันเดียวกับวันรับรักษา

ความทันเวลาของการรายงานโรค พบว่า ข้อมูลที่รายงานจากโรงพยาบาลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความทันเวลา ร้อยละ 43.10 เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังเพียงคนเดียว และมีการะับผิดชอบงานหลายอย่าง ทำให้การรายงานโรคล่าช้า

2. **เชิงคุณภาพ** พบว่า ในด้านความยากง่าย การยอมรับความยั่งยืน และการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังคงต้องปรับในเรื่องความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง เนื่องจากไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทนในกรณีผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่

ข้อจำกัด

1. แพทย์มีเวลาจำกัดในการให้ข้อมูล
2. มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
3. ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ วันที่รายงานผู้ป่วยถูกเปลี่ยนไปเป็นวันที่รับฐานข้อมูลในระหว่างการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบเฝ้าระวังควรเห็นความสำคัญในการรายงานโรคโดยใช้นิยามการรายงานของสำนักกระบาดวิทยา และบันทึกข้อมูลการป่วยให้ครบถ้วน เพื่อให้ระบบเฝ้าระวังมีความไว และควบคุมโรคได้รวดเร็ว
2. ควรมีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง กรณีที่เข้ามารับงานใหม่ ควรมีการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้สามารถทำได้ถูกต้องตามมาตรฐานและเป็นระบบ
3. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, การทำ Tourniquet test, การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เป็นส่วนสำคัญทำให้การรายงานผู้ป่วยถูกต้องมากขึ้น จะทำให้ระบบเฝ้าระวังมีข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น

4. ควรเน้นการให้ความสำคัญเรื่องข้อมูลวันเริ่มป่วยให้มากขึ้น

5. มีการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการของโปรแกรม Hos-XP ให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง 506 โดยเฉพาะข้อมูลวันเริ่มป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือในการประเมินระบบเฝ้าระวังครั้งนี้เป็นอย่างดี ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช และแพทย์หญิงรพีพรรณ เดชพิชัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการเขียนรายงานในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุริยะ คูหะรัตน์, บรรณาธิการ. นิยามโรคติดเชื่อประเทศไทย.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

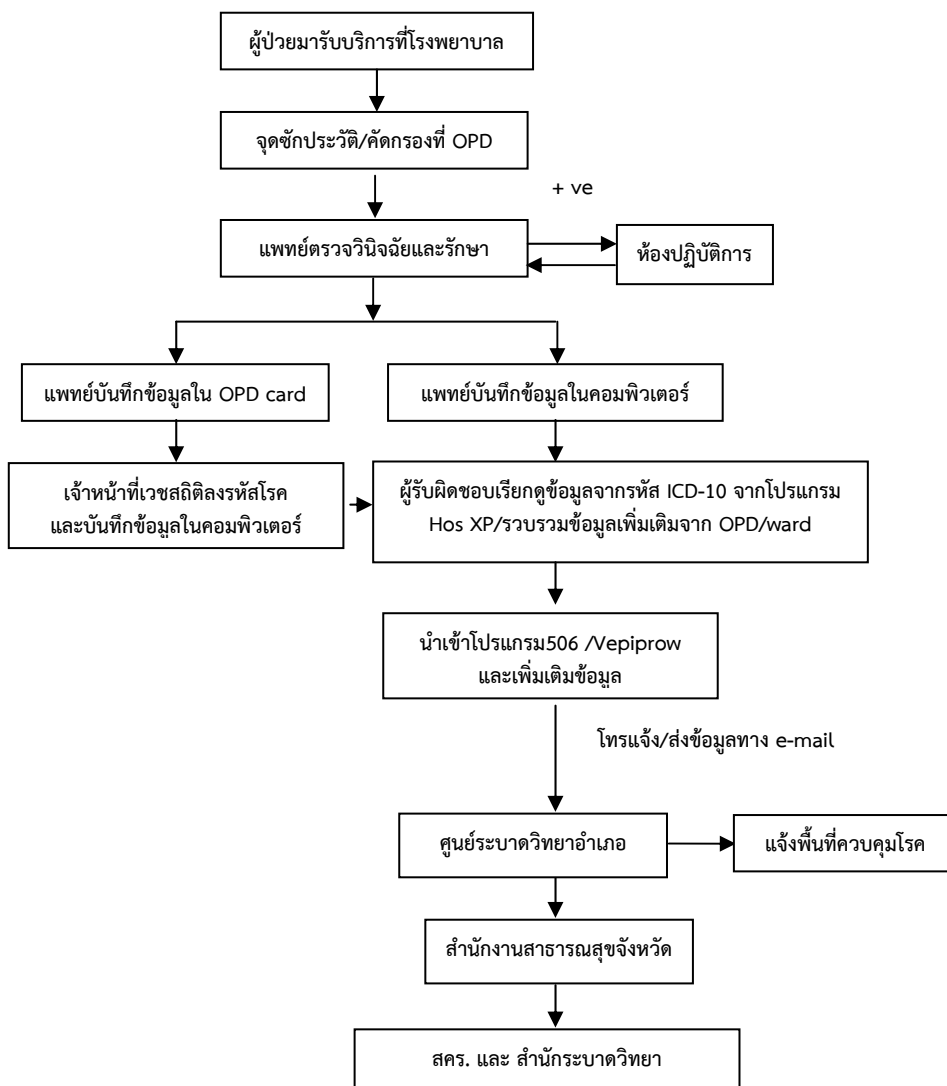
2. ศิริเพ็ญ กัลป์ยามรจ, สุจิตรา นิมนานิตย์, บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดอกเบญจ; 2551.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

กรรณิกา สุวรรณ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2552. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2554; 42: 36-40.

Suggested Citation for this Article

Kannika Suwana. Dengue Surveillance Evaluation in Nakhon Si Thammarat Province, 2009. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2011; 42: 36-40.



หมายเหตุ โรงพยาบาล 1 แห่ง ไม่สามารถดึงข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP ได้ จึงส่งข้อมูลเป็นแบบรายงาน 506

รูปที่ 3 ระบบเฝ้าระวังและการรายงานโรคของโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2552

อมรา ทองหงษ์, อีรยุทธ คงทองสังข์, จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์, กมลชนก เทพลีธา, ธนวันต์ กาบภิรมย์
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักระบาดวิทยา Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology
✉ amarat@health.moph.go.th

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 16 - 22 มกราคม 2554 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและ
ตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. **อุทิวาตกโรค** จำนวน 4 ราย ตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa 3 ราย *Vibrio cholerae* El Tor Inaba 1 ราย กระจายใน 3 จังหวัด ดังนี้

กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 ราย ทั้งหมดเพศชาย

รายแรก อายุ 36 ปี อาชีพ ขายส้มตำ อยู่ที่ชุมชนทาง
รถไฟสายท่าเรือ เขตคลองเตย เริ่มป่วยวันที่ 9 มกราคม 2554
ด้วยอาการถ่ายเป็นน้ำ ปวดท้อง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ในวันที่ 10 มกราคม 2554 เก็บตัวอย่างอุจจาระส่ง
ตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa จากการสอบสวน
โรคเบื้องต้นพบว่า ก่อนป่วยผู้ป่วยและครอบครัวเดินทางไปเที่ยวที่
พัทยา ได้รับประทานอาหารทะเลอย่างและส้มตำ หลังจากกลับมา
มีผู้ที่มีอาการถ่ายเป็นน้ำ จำนวน 3 คน ไม่ได้รับการรักษา ซ้ำยามา
รับประทานเอง

รายที่สอง อายุ 47 ปี อาชีพรับจ้างก่อสร้าง อยู่ที่
บ้านพักคนงานในเขตคันนายาว เริ่มป่วยวันที่ 10 มกราคม 2554
ด้วยอาการไข้ ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำ เข้า
รับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในวันที่ 11 มกราคม
2554 เก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El
Tor Inaba จากการสอบสวนโรคเบื้องต้น ก่อนป่วยผู้ป่วยได้
รับประทานส้มตำถ้วยผักรวไรใส่ปูดองและปลาร้า เก็บตัวอย่าง
อุจจาระผู้สัมผัส จำนวน 6 ราย และตัวอย่างน้ำ 1 ตัวอย่าง ส่ง
ตรวจ ผลไม่พบเชื้อ

จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 23 ปี
เป็นนักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อยู่ที่ตำบลศิลา อำเภอ
เมือง เริ่มป่วยวันที่ 13 มกราคม 2554 ด้วยอาการปวดท้อง ถ่าย
เป็นน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ในวันที่ 14 มกราคม 2554 เก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจพบเชื้อ

Vibrio cholerae El Tor Ogawa จากการสอบสวนโรค พบว่า
ผู้ป่วยได้เดินทางไปร่วมงานแต่งงานที่จังหวัดเลย ในวันที่
9 มกราคม 2554 รับประทานข้าวผัดกุ้ง ต้มยำ และยำหอยแครง
เก็บตัวอย่างอุจจาระผู้สัมผัส จำนวน 4 ราย ส่งตรวจ อยู่ระหว่าง
การรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 1 ราย เพศหญิงชาวพม่า
อายุ 5 เดือน อยู่ที่ตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง เริ่มป่วยวันที่ 9
มกราคม 2554 ด้วยอาการถ่ายเป็นน้ำ อาเจียน เข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในวันที่ 11 มกราคม 2554 เก็บ
อุจจาระส่งตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* El Tor Ogawa ผู้ป่วย
รับประทานนมแม่เพียงอย่างเดียว เก็บตัวอย่างอุจจาระผู้สัมผัส
ใกล้ชิด จำนวน 7 ราย ส่งตรวจ พบเชื้อ *Vibrio cholerae* 1 ราย
เป็นเด็กชายอายุ 7 เดือน อาศัยข้างห้องและถูกนำมาฝากเลี้ยง
ด้วยกัน

2. **โรคคอติด** จังหวัดนราธิวาส จำนวน 1 ราย เพศหญิง
อายุ 4 ปี อยู่ที่ตำบลบางปอ อำเภอเมือง เริ่มป่วยวันที่ 6 มกราคม
2554 ด้วยอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีแผ่นฝ้าขาวในลำคอ เข้ารับ
การรักษาที่โรงพยาบาลนราธิวาสในวันเดียวกัน เก็บตัวอย่าง Throat
swab ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา พบเชื้อ
Corynebacterium diphtheriae ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จำหน่ายออก
จากโรงพยาบาลในวันที่ 10 มกราคม 2554 ประวัติการได้รับวัคซีน
1 ครั้ง ตอนอายุ 6 เดือน เก็บตัวอย่าง Throat swab ผู้สัมผัส
ใกล้ชิดจำนวน 3 ราย ในชุมชนจำนวน 25 ราย และในชั้นเรียน
35 ราย อยู่ระหว่างดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. **โรคหัดเยอรมัน** กรุงเทพมหานคร สำนักระบาดวิทยา
ได้รับแจ้งจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2554
ว่า พบผู้ป่วยสงสัยโรคหัดเยอรมัน จำนวน 2 ราย ที่วังแห่งหนึ่ง

ในกรุงเทพมหานคร ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนัก
ระบาดวิทยาร่วมกับทีมสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครและ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 ประชาธิปไตย ร่วมดำเนินการสอบสวนโรค
ระหว่างวันที่ 19 – 20 มกราคม 2554 พบผู้ป่วยเพศชาย 5 ราย
อายุระหว่าง 26-54 ปี อาชีพ พนักงานขับรถยนต์ เริ่มป่วยระหว่าง
วันที่ 25 ธันวาคม 2553 - 14 มกราคม 2554 ด้วยอาการไข้และ
ผื่นแดง ทุกรายไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่สถานบริการแห่ง
หนึ่ง ทีมสอบสวนโรคเก็บตัวอย่างเลือดจำนวน 14 ราย และ
ตัวอย่าง Throat swab จำนวน 4 ราย ส่งตรวจที่กรมวิทยา-
ศาสตร์การแพทย์ พบยืนยันการติดเชื้อหัดเยอรมัน 1 ราย และ
กำลังดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนที่เหลือ พร้อมทั้ง

ฉีดวัคซีน MMR ให้กับผู้สัมผัสและบุคลากรทั้งหมด 171 คน ใน
วันที่ 20 มกราคม 2554

สถานการณ์ต่างประเทศ

1. ไต้หวัน ประเทศอียิปต์ วันที่ 20 มกราคม 2554 มี
รายงานผู้ติดเชื้อ H5N1 รายใหม่ เป็นเพศชายอายุ 1 ปี อยู่ที่
จังหวัดอเล็กซานเดรีย เริ่มป่วย 12 มกราคม 2554 เข้ารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลในวันที่ 13 มกราคม 2554 จากการสอบสวน
พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสสัตว์ปีก ปัจจุบันอียิปต์มีผู้ติดเชื้อยืนยัน
121 ราย เสียชีวิต 40 ราย (CFR=33.06 %)

หลักเกณฑ์การส่งบทความวิชาการ

คณะกรรมการฯ ได้เปิดเวทีให้ผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการ
ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังภาวะระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ และ
ฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์ การส่งบทความ
วิชาการ/ผลการศึกษาวิจัยดังนี้

ลักษณะรูปแบบเรื่องทางวิชาการที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 1 - 3 หน้า กระดาษ เอ 4 ประกอบด้วย
- บทนำ ซึ่งอาจมีวัตถุประสงค์ก็ได้ - เนื้อหา - สรุป - เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
2. การสอบสวนโรค เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 5 - 6 หน้า กระดาษ เอ 4 และ รูปจำนวน
1 หน้ากระดาษ เอ 4
3. การศึกษาวิจัย เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 5 - 6 หน้า กระดาษ เอ 4 และ รูปจำนวน
1 หน้ากระดาษ เอ 4
4. แนวทาง/ผลการวิเคราะห์การเฝ้าระวังโรค เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 3 - 5 หน้า กระดาษ เอ 4
5. งานแปล ประกอบด้วย หนังสือ/เอกสารที่แปล, ชื่อผู้แปล, เนื้อหาที่แปล จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4

การส่งต้นฉบับ

ส่งแผ่นดิสก์พร้อมกับต้นฉบับจริง จำนวน 1 ชุด หรือ ส่ง E-mail พร้อมแนบไฟล์บทความที่จะลง
ตีพิมพ์ พร้อมทั้งแจ้งสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของเรื่อง เพื่อที่คณะกรรมการจะติดต่อ
ได้ และส่งมาที่ กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 0-2590-1723
โทรสาร 0-2590-1784 E-mail : wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com



✉ get506@yahoo.com

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และกลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา
Epidemiological Information Center, Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของ
ปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 สัปดาห์ที่ 3

Table 1 Reported Cases of Priority Diseases Under Surveillance by Compared to Previous Year, Thailand, 2011,
3rd Week

Disease	2010		2011			Total Case* (Current 4 week)	Mean** (2006-2010)	Cumulative (3 rd week, 2011)	
	wk.52	wk.1	wk.2	wk.3	Cases			Deaths	
	Cases	Cases	Cases	Cases					
Cholera	0	2	4	0	6	33	6	0	
Influenza	135	617	517	190	1459	2533	1324	1	
Meningococcal Meningitis	0	0	0	1	1	3	1	0	
Measles	8	28	22	12	70	335	62	0	
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0	
Pertussis	0	0	0	0	0	2	0	0	
Pneumonia (Admitted)	629	3140	2071	907	6747	10723	6118	11	
Leptospirosis	4	40	20	4	68	175	64	0	
Hand foot and mouth disease	20	71	48	17	156	1229	136	0	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และ สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ
ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ

ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" ไม่ใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)"

ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)

** จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)

สรุปสาระสำคัญจากตาราง : กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ Kanoktip Thiparat สุทธนันท์ สุทธชนะ Suthanun Suthachana

กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology

✉ kanoktip@health.moph.go.th

สถานการณ์เฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 3 พบว่า จำนวนผู้ป่วยสะสม 4 สัปดาห์ปัจจุบัน (26 ธันวาคม 2553 - 22 มกราคม 2554) ของทุกโรคยังน้อยกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง ดังนั้น สถานการณ์ในปัจจุบันจึงยังไม่พบโรคใดถึงเกณฑ์การระบาด อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องติดตามสถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญดังกล่าว เช่น โรคอหิวาตกโรค เนื่องจากมีการระบาดในหลายพื้นที่ตลอดทั้งปีที่ผ่านมา โรคมือเท้าปากที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบที่มีการระบาดที่จังหวัดปัตตานีเมื่อปลายปีที่แล้ว เพื่อจะได้ป้องกันและควบคุมโรคอย่างทันต่อเหตุการณ์

สำหรับโรคไข้หวัดใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปีที่แล้วเล็กน้อย อย่างไรก็ตามในภาพรวมโรคนี้นี้มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่กลางเดือนตุลาคม 2553 เชื้อที่พบเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (pH1N1) จำนวน 3 ราย ชนิด A ไม่ระบุสายพันธุ์ จำนวน 16 ราย ชนิด B จำนวน 9 ราย และไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 442 ราย ดังนั้น ในระยะนี้แม้ว่าสถานการณ์ของโรคนี้นี้มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นกว่าสัปดาห์ก่อนหน้าอย่างชัดเจน แต่ควรเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด เนื่องจากในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์เป็นช่วงฤดูกาลระบาด ตอนต้นปีอาจพบการระบาดของโรคได้

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 3 พ.ศ. 2554 (16-22 มกราคม 2554)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 3rd Week (January 16-22, 2011)

REPORTING AREAS**	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2010								DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2011								POP. DEC. 31, 2009
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY		
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	C	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)		
TOTAL	8976	5688	2848	115845	141	182.36	0.12	1119	-	-	-	1119	0	1.76	0.00	63,525,062	
CENTRAL REGION	3756	3155	1690	35607	32	166.04	0.09	594	-	-	-	594	0	2.77	0.00	21,445,124	
BANGKOK METRO POLIS	1654	1462	826	10912	9	191.35	0.08	237	-	-	-	237	0	4.16	0.00	5,702,595	
ZONE 1	384	338	140	3595	2	105.05	0.06	62	-	-	-	62	0	1.81	0.00	3,422,311	
NONTHABURI	199	182	85	1584	1	146.93	0.06	41	-	-	-	41	0	3.80	0.00	1,078,071	
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	58	49	22	564	0	72.76	0.00	11	-	-	-	11	0	1.42	0.00	775,157	
PATHUM THANI	62	50	15	816	0	85.32	0.00	6	-	-	-	6	0	0.63	0.00	956,376	
SARABURI	65	57	18	631	1	102.99	0.16	4	-	-	-	4	0	0.65	0.00	612,707	
ZONE 2	84	57	43	1796	6	112.96	0.33	27	-	-	-	27	0	1.70	0.00	1,589,978	
ANG THONG	16	7	5	308	0	108.14	0.00	2	-	-	-	2	0	0.70	0.00	284,807	
CHAI NAT	17	16	7	205	2	61.12	0.98	6	-	-	-	6	0	1.79	0.00	335,420	
LOP BURI	41	34	31	1216	2	161.18	0.16	19	-	-	-	19	0	2.52	0.00	754,452	
SING BURI	10	0	0	67	2	31.12	2.99	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	215,299	
ZONE 3	476	379	205	5415	4	175.30	0.07	74	-	-	-	74	0	2.40	0.00	3,089,076	
CHACHOENGSAO	126	125	66	1118	0	167.12	0.00	15	-	-	-	15	0	2.24	0.00	668,983	
NAKHON NAYOK	11	1	0	98	0	38.94	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	251,683	
PRACHIN BURI	55	21	8	1251	1	270.86	0.08	2	-	-	-	2	0	0.43	0.00	461,854	
SA KAEO	20	7	4	788	0	145.27	0.00	1	-	-	-	1	0	0.18	0.00	542,451	
SAMUT PRAKAN	264	225	127	2160	3	185.55	0.14	56	-	-	-	56	0	4.81	0.00	1,164,105	
ZONE 4	518	398	218	3932	3	116.86	0.08	92	-	-	-	92	0	2.73	0.00	3,364,670	
KANCHANABURI	64	45	2	686	0	82.31	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	833,423	
NAKHON PATHOM	251	226	148	1511	2	177.47	0.13	66	-	-	-	66	0	7.75	0.00	851,426	
RATCHABURI	131	84	45	1122	1	134.33	0.09	16	-	-	-	16	0	1.92	0.00	835,231	
SUPHAN BURI	72	43	23	613	0	72.58	0.00	10	-	-	-	10	0	1.18	0.00	844,590	
ZONE 5	200	210	98	2265	6	137.81	0.26	38	-	-	-	38	0	2.31	0.00	1,643,555	
PHETCHABURI	53	29	13	577	0	125.10	0.00	2	-	-	-	2	0	0.43	0.00	461,239	
PRACHUAP KHIRI KHAN	91	78	35	826	4	163.87	0.48	16	-	-	-	16	0	3.17	0.00	504,063	
SAMUT SAKHON	48	87	36	748	1	154.35	0.13	14	-	-	-	14	0	2.89	0.00	484,606	
SAMUT SONGKHRAM	8	16	14	114	1	58.87	0.88	6	-	-	-	6	0	3.10	0.00	193,647	
ZONE 9	440	311	160	7692	2	292.15	0.03	64	-	-	-	64	0	2.43	0.00	2,632,939	
CHANTHABURI	89	50	17	2205	0	431.30	0.00	15	-	-	-	15	0	2.93	0.00	511,246	
CHON BURI	182	108	74	2690	2	208.59	0.07	24	-	-	-	24	0	1.86	0.00	1,289,590	
RAYONG	138	128	53	2131	0	348.15	0.00	18	-	-	-	18	0	2.94	0.00	612,095	
TRAT	31	25	16	666	0	302.72	0.00	7	-	-	-	7	0	3.18	0.00	220,008	
SOUTHERN REGION	2455	1340	625	29281	62	332.21	0.21	285	-	-	-	285	0	3.23	0.00	8,813,880	
ZONE 6	997	535	201	10759	24	306.85	0.22	111	-	-	-	111	0	3.17	0.00	3,506,241	
CHUMPHON	82	61	23	668	1	136.96	0.15	14	-	-	-	14	0	2.87	0.00	487,744	
NAKHON SI THAMMARAT	513	245	60	5870	18	387.08	0.31	24	-	-	-	24	0	1.58	0.00	1,516,499	
PHATTHALUNG	270	158	74	2050	3	403.72	0.15	46	-	-	-	46	0	9.06	0.00	507,777	
SURAT THANI	132	71	44	2171	2	218.36	0.09	27	-	-	-	27	0	2.72	0.00	994,221	
ZONE 7	228	93	27	3748	7	206.55	0.19	11	-	-	-	11	0	0.61	0.00	1,814,555	
KRABI	91	33	0	1599	6	374.86	0.38	6	-	-	-	6	0	1.41	0.00	426,556	
PHANGNGA	28	11	0	358	0	142.26	0.00	1	-	-	-	1	0	0.40	0.00	251,657	
PHUKET	29	7	17	661	0	196.78	0.00	4	-	-	-	4	0	1.19	0.00	335,913	
RANONG	9	2	0	178	0	97.93	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	181,754	
TRANG	71	40	10	952	1	153.88	0.11	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	618,675	
ZONE 8	1230	712	397	14774	31	422.95	0.21	163	-	-	-	163	0	4.67	0.00	3,493,084	
NARATHIWAT	264	133	55	3124	5	429.08	0.16	24	-	-	-	24	0	3.30	0.00	728,071	
PATTANI	240	141	47	3186	11	491.95	0.35	18	-	-	-	18	0	2.78	0.00	647,624	
SATUN	70	41	51	1062	2	362.33	0.19	28	-	-	-	28	0	9.55	0.00	293,101	
SONGKHLA	555	337	220	6048	13	450.02	0.21	89	-	-	-	89	0	6.62	0.00	1,343,954	
YALA	101	60	24	1354	0	281.89	0.00	4	-	-	-	4	0	0.83	0.00	480,334	

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายเป็นสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 3 พ.ศ. 2554 (16-22 มกราคม 2554)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance, by Date of Onset by Province, Thailand, 3rd Week (January 16-22, 2011)

REPORTING AREAS**	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2010								DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2011								POP. DEC. 31, 2009
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY RATE (%)	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY RATE (%)		
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	C	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)		
NORTH-EASTERN REGION	1509	647	262	29817	31	138.71	0.10	111	-	-	-	111	0	0.52	0.00	21,495,825	
ZONE 10	72	32	12	3224	3	90.36	0.09	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	3,567,883	
LOEI	15	4	3	898	1	144.66	0.11	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	620,780	
NONG BUA LAM PHU	0	0	1	211	0	42.12	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	500,913	
NONG KHAI	18	11	3	883	0	97.33	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	907,250	
UDON THANI	39	17	5	1232	2	80.06	0.16	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	1,538,940	
ZONE 11	47	18	8	2904	2	134.62	0.07	1	-	-	-	1	0	0.05	0.00	2,157,187	
MUKDAHAN	22	6	5	872	0	257.95	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	338,048	
NAKHON PHANOM	19	12	3	1013	2	144.57	0.20	1	-	-	-	1	0	0.14	0.00	700,690	
SAKON NAKHON	6	0	0	1019	0	91.11	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	1,118,449	
ZONE 12	225	73	67	3813	3	76.42	0.08	17	-	-	-	17	0	0.34	0.00	4,989,649	
KALASIN	20	8	5	465	0	47.44	0.00	2	-	-	-	2	0	0.20	0.00	980,158	
KHON KAEN	56	6	38	935	0	53.06	0.00	5	-	-	-	5	0	0.28	0.00	1,762,242	
MAHA SARAKHAM	70	23	9	798	2	84.98	0.25	4	-	-	-	4	0	0.43	0.00	939,090	
ROI ET	79	36	15	1615	1	123.46	0.06	6	-	-	-	6	0	0.46	0.00	1,308,159	
ZONE 13	454	165	5	5191	4	124.78	0.08	23	-	-	-	23	0	0.55	0.00	4,160,037	
AMNAT CHAROEN	16	8	3	376	0	101.40	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	370,804	
SI SA KET	210	75	0	2619	0	181.08	0.00	19	-	-	-	19	0	1.31	0.00	1,446,345	
UBON RATCHATHANI	201	76	0	1796	3	99.57	0.17	4	-	-	-	4	0	0.22	0.00	1,803,754	
YASOTHON	27	6	2	400	1	74.19	0.25	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	539,134	
ZONE 14	711	359	170	14685	19	221.79	0.13	70	-	-	-	70	0	1.06	0.00	6,621,069	
BURI RAM	231	106	65	4057	2	262.29	0.05	34	-	-	-	34	0	2.20	0.00	1,546,784	
CHAIYAPHUM	29	20	2	781	2	69.41	0.26	4	-	-	-	4	0	0.36	0.00	1,125,166	
NAKHON RATCHASIMA	292	182	74	5348	12	207.99	0.22	23	-	-	-	23	0	0.89	0.00	2,571,292	
SURIN	159	51	29	4499	3	326.53	0.07	9	-	-	-	9	0	0.65	0.00	1,377,827	
NORTHERN REGION	1256	546	271	21140	16	179.61	0.08	129	-	-	-	129	0	1.10	0.00	11,770,233	
ZONE 15	425	118	47	9073	5	298.10	0.06	23	-	-	-	23	0	0.76	0.00	3,043,586	
CHIANG MAI	284	71	32	6538	3	400.48	0.05	16	-	-	-	16	0	0.98	0.00	1,632,548	
LAMPANG	104	24	8	1375	0	179.86	0.00	7	-	-	-	7	0	0.92	0.00	764,498	
LAMPHUN	24	15	7	534	0	131.95	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	404,693	
MAE HONG SON	13	8	0	626	2	258.84	0.32	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	241,847	
ZONE 16	318	104	49	4337	1	165.55	0.02	16	-	-	-	16	0	0.61	0.00	2,619,757	
CHIANG RAI	228	70	32	2371	0	198.42	0.00	12	-	-	-	12	0	1.00	0.00	1,194,933	
NAN	30	6	3	277	0	58.24	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	475,614	
PHAYAO	38	14	12	1364	1	280.01	0.07	4	-	-	-	4	0	0.82	0.00	487,120	
PHRAE	22	14	2	325	0	70.33	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	462,090	
ZONE 17	313	174	100	5910	9	172.50	0.15	53	-	-	-	53	0	1.55	0.00	3,426,112	
PHETCHABUN	128	41	19	2329	0	234.04	0.00	13	-	-	-	13	0	1.31	0.00	995,125	
PHITSANULOK	83	49	22	819	0	96.86	0.00	11	-	-	-	11	0	1.30	0.00	845,561	
SUKHOTHAI	33	20	12	445	0	73.82	0.00	3	-	-	-	3	0	0.50	0.00	602,813	
TAK	35	47	28	2079	9	400.07	0.43	22	-	-	-	22	0	4.23	0.00	519,662	
UTTARADIT	34	17	19	238	0	51.41	0.00	4	-	-	-	4	0	0.86	0.00	462,951	
ZONE 18	200	150	75	1820	1	67.89	0.05	37	-	-	-	37	0	1.38	0.00	2,680,778	
KAMPHAENG PHET	52	27	16	564	1	77.60	0.18	6	-	-	-	6	0	0.83	0.00	726,846	
NAKHON SAWAN	66	84	47	696	0	64.87	0.00	21	-	-	-	21	0	1.96	0.00	1,072,868	
PHICHIT	64	30	8	407	0	73.57	0.00	10	-	-	-	10	0	1.81	0.00	553,193	
UTHAI THANI	18	9	4	153	0	46.66	0.00	0	-	-	-	0	0	0.00	0.00	327,871	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้บวกรณินที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

** แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

C = Cases D = Deaths





งานประชาสัมพันธ์องค์กร

ในรั้วระบาด!!!

ต้นอ้อ...๒๘ ม.ค. ๒๕๕๔

ออกตัวแรง...เริ่มปฏิบัติการนำร่องประชุมและดูงาน
เพชรบูรณ์ พร้อมดูงานสื่อสารความเสี่ยงของ สคร. 9

เมื่อวันที่ 24-26 มกราคม 2554 สำนักระบาดวิทยา ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนระดับเขตและจังหวัด ณ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ โดย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ๑ ปฏิบัติงานการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ให้มีความเข้าใจในเรื่องระบบการเฝ้าระวังฯ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคในข่ายงานทางระบาดวิทยา...



โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่ติดต่อได้ในธรรมชาติ ระหว่างสัตว์มีกระดูกสันหลังมายังคน เช่น โรคพิษสุนัขบ้า โรคไข้หัดหมู (โรคติดต่อเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส) โรคไข้หวัดนก เป็นต้น ดังนั้นการป้องกันควบคุมการระบาดให้เกิดมีประสิทธิภาพไม่สามารถควบคุมการระบาดได้เฉพาะในคนเพียงอย่างเดียว ต้องอาศัยการป้องกันควบคุมการระบาดที่ไม่สามารถแยกจากกันทั้งสุขภาพคน สัตว์ และสภาพแวดล้อมโดยรอบที่สัมพันธ์กันส่งผลถึงกันเสมอ... TASK FORCE ZOOZOSIS

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 : 28 มกราคม 2554 Volume 42 Number 3 : January 28, 2011

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 2,200 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มงานเผยแพร่ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา
E-mail : wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com

ที่ สธ. 0420/ 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