



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 42 ฉบับที่ 21 : 3 มิถุนายน 2554

Volume 42 Number 21 : June 3, 2011

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



กรณี ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจอักเสบ ในจังหวัดเชียงใหม่ (ข้อมูลสรุป วันที่ 23 พฤษภาคม 2554)



(International toxicologists consulted in Chiang Mai tourist deaths - Update 3)

✉ askcmevent@gmail.com

กรมควบคุมโรค

สธ. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านพิษวิทยาระหว่างประเทศเพื่อ
สอบสวนการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวที่เชียงใหม่ (รายงานความ
คืบหน้า ฉบับที่ 3)

วันที่ 23 พฤษภาคม 2554 หน่วยงานสาธารณสุขไทย
ประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านพิษวิทยาจากต่างประเทศ
เพื่อตรวจสอบว่าการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวต่างชาติ 5 คน
และไกด์ชาวไทย 1 คน รวมทั้งการเจ็บป่วยของนักท่องเที่ยวอีก 3
คน ในจังหวัดเชียงใหม่เมื่อต้นปี นี้ จะเกี่ยวข้องกับสารพิษหรือ
สารเคมีหรือไม่

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เห็นว่ามีความจำเป็นในการขอความ
ช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านพิษวิทยา และให้เป็นเป็นส่วนหนึ่ง
ของการสอบสวนหาสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นระหว่างเดือน
มกราคมและกุมภาพันธ์ของปี นี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านพิษวิทยา มาจาก

หลายส่วน อาทิเช่น ประเทศออสเตรเลีย อินเดีย ศรีลังกา
สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก และศูนย์
ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (US CDC)

ก่อนหน้านี้ เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2554 ที่กรมควบคุม
โรค มีการประชุมระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวม
ได้จากการสอบสวนหาสาเหตุในช่วงที่ผ่านมา ผู้เข้าประชุม
ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ได้แก่ แพทย์ นักระบาดวิทยา
นักวิทยาศาสตร์ทางห้องปฏิบัติการ นักพยาธิวิทยา นักพิษวิทยา
และเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก
และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งภายหลังจาก
การประชุมได้มีการบรรยายสรุปถึงความคืบหน้าของการสอบสวน
ให้กับผู้แทนจากสถานกงสุลของประเทศที่เกี่ยวข้องด้วย

ผู้เชี่ยวชาญด้านพิษวิทยาได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลจาก



สารบัญ

◆ กรณี ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจอักเสบ ในจังหวัดเชียงใหม่ (ข้อมูลสรุป วันที่ 23 พฤษภาคม 2554)	320
◆ รายงานการเฝ้าระวังโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ประเทศไทย เดือนมกราคม – เมษายน 2554	323
◆ สถานการณ์การระบาดของเชื้ออี-โคไล ชนิด โอ104 [<i>Escherichia coli</i> (EHEC) O104:H4] ในยุโรป	327
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 22-28 พฤษภาคม 2554	328
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 22-28 พฤษภาคม 2554	330

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

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

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช ฉายนัยโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำเนิน อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักต์ศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชตชัย

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักต์ศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงษ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์
กรรณิการ์ ทมอณพังเทียม

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สมุญจรัตน์ พัทธ ตรีหมอก
น.สพ. ธีรศักดิ์ ชักนำ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมณี เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์ อรพรรณ สุภาพ

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักต์ศิริสัมพันธ์

หลักฐานจากการสอบสวนที่มีอยู่ และได้หารือกันเกี่ยวกับสารพิษและสารเคมีหลายชนิดที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตดังกล่าวได้ ซึ่งรวมถึงข้อสงสัยที่ถูกหยิบยกขึ้นในรายการ “60 นาที” ทางทีวี 3 ของนิวซีแลนด์ว่า สารเคมี “คลอไพริฟอส (chlorpyrifos)” ซึ่งใช้เป็นผลิตภัณฑ์ฆ่าแมลง อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของหญิงสาวชาวนิวซีแลนด์ รวมทั้งการเจ็บป่วยของเพื่อนสาวที่ร่วมเดินทางกับเธออีกสองคน

ในขณะที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ ผู้เชี่ยวชาญได้ตั้งข้อสังเกตว่า โดยทั่วไปสารคลอไพริฟอสจะมีกลิ่นรุนแรง ซึ่งหญิงสาวสองคนที่ป่วยและไม่เสียชีวิตก็ไม่ได้สังเกตถึงความผิดปกตินี้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญยังกล่าวอีกด้วยว่า สารคลอไพริฟอสจะไม่ดูดซึมได้ดีผ่านทางผิวหนังที่มีกลิ่นรุนแรง และจะไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตอย่างรวดเร็วในผู้ที่สุขภาพดี เว้นเสียแต่ว่าจะกินหรือสูดดมเข้าไปในปริมาณที่สูงมาก นอกจากนี้ รายละเอียดจากการสอบสวนทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ ก็ไม่ได้บ่งชี้ว่า สารคลอไพริฟอสน่าจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

ผู้เชี่ยวชาญยังได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้จากสารเคมีตัวอื่น ๆ รวมทั้งสารเคมีที่ใช้ในผลิตภัณฑ์กำจัดแมลงและศัตรูพืช ซึ่งอาจก่ออาการป่วยและมีผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่คล้ายกัน นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญก็กำลังพิจารณาห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมที่สุด สำหรับการทดสอบหาสารเคมี ตัวอื่น ๆ ที่ใช้ในผลิตภัณฑ์กำจัดแมลงและศัตรูพืชในตัวอย่างจากผู้เสียชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

ในขณะเดียวกันนี้ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและพิษวิทยาโดยผู้เชี่ยวชาญและห้องปฏิบัติการของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี และคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก็กำลังดำเนินการอยู่ที่ โรงแรมแห่งหนึ่งซึ่งพบผู้เสียชีวิต 4 ราย ผลการประเมินเบื้องต้นช่วงเดือนเมษายนที่ผ่านมาพบว่า สภาพการระบายอากาศในห้องพักดังกล่าว มีระดับก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์และซัลเฟอร์ไดออกไซด์ อยู่ในระดับปกติ และไม่พบการสะสมของก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ นอกจากการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมนี้แล้ว ก็มีการสอบสวนโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจด้วย

ในขณะที่ทางการไทยและหน่วยงานระหว่างประเทศได้ร่วมกันสอบสวนอย่างเข้มข้นบนสมมุติฐานว่า การเสียชีวิตทั้งหก ราย อาจเชื่อมโยงกันกับสาเหตุเดียวกัน แต่ผลการสอบสวนจนถึงขณะนี้ กลับพบความเชื่อมโยงเพียง 2-3 ประการ คือ

- ทั้งหมดเกิดขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 11 มกราคม - 19 กุมภาพันธ์ 2554

ประชาสัมพันธ์



เรียน สมาชิก wesr ทุกท่าน

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ASEAN Plus Three Countries ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของ ASEAN+3 (www.aseanplus3-aid.info) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านโรคอุบัติใหม่ การระบาดของประเทศไทย

จึงขอเชิญสมาชิกทุกท่าน หากมีผลงานต้องการเผยแพร่ เช่น การสอบสวนโรคระบาด เป็น Abstract / ไฟล์ฉบับสมบูรณ์ (**ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด**) ในรายงานมีแผนภูมิ/กราฟ/รูปภาพได้ (แนบไฟล์ต้นฉบับภาษาไทยมาด้วยได้)

****กรุณาส่งไปที่อีเมล borworn67@yahoo.com ****

โดยใส่ Subject อีเมลล์ว่า: For ASEAN publishing เมื่อผู้รับผิดชอบฯ ได้ขีดผลงานของท่านไปเผยแพร่ในหมู่ประเทศอาเซียนต่อไป

• 6 จาก 9 คน เข้าพักที่โรงแรมแห่งเดียวกัน (3 คน พักในโรงแรมอื่นอีก 2 แห่ง)

• หกคนแรกที่พบ เป็นคนหนุ่มสาว (อายุ 23-29 ปี) และเป็นผู้หญิงชาวต่างชาติ

การสอบสวนได้แบ่งผู้ที่เสียชีวิตและผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตามโรงแรมที่เข้าพัก ดังนี้

1) หญิงชาวอเมริกัน (อายุ 33 ปี) เสียชีวิตวันที่ 11 มกราคม และเพื่อนชาวแคนาดา (อายุ 29 ปี) มีอาการป่วย

2) หญิงชาวฝรั่งเศส (อายุ 25 ปี) เสียชีวิตวันที่ 19 มกราคม 2554

3) ก) หญิงไทย (อายุ 47 ปี) เสียชีวิตวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2554

ข) หญิงชาวนิวซีแลนด์ (อายุ 23 ปี) เสียชีวิตวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2554 และเพื่อนสาวที่ร่วมเดินทางกับเธ่อีกสองคน (อายุ 23 ปี) ที่มีอาการป่วย

ค) คู่สามีภรรยาจากสหราชอาณาจักร-ชาย (อายุ 78 ปี) และหญิง (อายุ 74 ปี) ทั้งสองเสียชีวิต วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2554

ผลการสอบสวนที่มีอยู่ในขณะนี้พบว่า ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะเชื่อมโยงการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตระหว่างทั้งสามกลุ่ม โดยหญิงชาวอเมริกัน แคนาดา ฝรั่งเศส ไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรงแรมอื่น ๆ และผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตรายอื่น ๆ และหญิงชาวฝรั่งเศสเริ่มมีอาการป่วย 2-3 วันก่อนที่จะเดินทางมาถึงเชียงใหม่

มีรายงานว่า ชายชาวแคนาดาที่เสียชีวิตในเดือนมกราคม อาจจะใช้สระว่ายน้ำของโรงแรม ที่หญิงไทย หญิงชาวนิวซีแลนด์ และสามีภรรยาชาวสหราชอาณาจักรเข้าพัก (โรงแรมในกลุ่มที่ 3 ของการสอบสวน) อย่างไรก็ตาม ผลการสอบสวนไม่สามารถยืนยันการรายงานหรือระบุนวันที่เข้าพักในโรงแรมดังกล่าวได้ นอกจากนี้ หลักฐานจากบันทึกทางการแพทย์และการชันสูตรศพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านนิติวิทยาศาสตร์ ก็ไม่สามารถระบุถึงความเชื่อมโยงกับผู้เสียชีวิตรายอื่น ๆ ได้ ดังนั้นการเสียชีวิตของชายคนนี้ จึงไม่ได้ถูกรับรู้ไว้ในกลุ่มการสอบสวน

ในเบื้องต้นนี้ แม้ว่าผลการวินิจฉัยทางคลินิกเชื่อว่า กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) เป็นพยาธิสภาพที่พบเป็นปัจจัยร่วมในผู้เสียชีวิตจำนวนหนึ่ง และเป็นที่ชัดเจนว่า พบความเสียหายที่กล้ามเนื้อหัวใจในผู้เสียชีวิตดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผลและการตรวจสอบเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยา กลับพบหลักฐานกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่ชัดเจนเฉพาะในรายหญิงชาวฝรั่งเศสที่เสียชีวิตเท่านั้น จากข้อมูลที่พบนี้ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีการตรวจสอบหาสาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นผลก่อสภาวะความเสียหายของหัวใจ (ซึ่งมีอาการคล้ายกันกับกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ) ซึ่งรวมถึงสารพิษและสารเคมี

การอธิบายถึงสาเหตุของเหตุการณ์ที่น่าจะเป็นได้มากที่สุด ซึ่งรวมถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง จะอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานที่ได้จากการสอบสวนทั้งทางคลินิกวิทยา ระบาดวิทยา ห้องปฏิบัติการสิ่งแวดล้อม และนิติวิทยาศาสตร์

เป็นเรื่องที่สำคัญมาก ที่จะต้องชี้ให้เห็นว่า การสอบสวนที่มีความซับซ้อนมากในกรณีเช่นนี้ รวมทั้งการทดสอบทางพิษวิทยา สำหรับสารพิษและสารเคมีตัวใหม่ ๆ ซึ่งต้องมีการส่งตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการเชี่ยวชาญเฉพาะในต่างประเทศด้วยนั้น จะต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง นอกจากนี้ ยังเป็นไปได้ด้วยว่า กรณีที่เกิดขึ้นอาจไม่มีความเชื่อมโยงกัน และอาจเกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน และแม้ว่าทางการไทยและหน่วยงานระหว่างประเทศ จะได้ใช้ความพยายามอย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม การค้นหาสาเหตุของการเสียชีวิต ก็อาจไม่สามารถพบในทุกราย

กระทรวงสาธารณสุขจะให้ข้อมูลที่พบเพิ่มขึ้นแก่ครอบครัวของผู้เสียชีวิต สาธารณชนและสื่อมวลชนต่างประเทศ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างทันทีและสม่ำเสมอ และสามารถดาวน์โหลดข้อมูลเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์กรมควบคุมโรค <http://www.ddc.moph.go.th> หากท่านมีข้อสงสัยหรือข้อห่วงใยด้านการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับเหตุการณ์นี้ โปรดแจ้งหรือสอบถาม ได้ที่อีเมล askcmevent@gmail.com





รายงานการเฝ้าระวังโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ประเทศไทย เดือนมกราคม - เมษายน 2554

(Measles Surveillance under Measles Elimination Program, Thailand, January - April 2011)

✉ kanoktip@health.moph.go.th

ฝ่ายพัฒนามาตรฐานและวิจัยงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา
เรียบเรียงโดย ดารินทร์ อารีโยชชัย

ความสำคัญ

องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทย มีพันธสัญญาร่วมกันในการกำจัดโรคหัด โดยมีเป้าหมายที่จะกำจัดโรคหัดให้ได้ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละประเทศ ได้แก่ 1) ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มแรก และ เข็มที่สอง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ในระดับตำบล และระดับประเทศ 2) พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัดไม่เกิน 10 รายต่อหนึ่งเหตุการณ์การระบาด ในอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเหตุการณ์การระบาดทั้งหมด 3) อุบัติการณ์โรคหัดน้อยกว่า 1 ต่อประชากรล้านคน ทั้งนี้ไม่นับรวมผู้ป่วยนำเข้าจากต่างประเทศ (imported case) 4) ไม่มีผู้ป่วยยืนยันโรคหัดที่ติดเชื้อมาจากไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ภายในประเทศ เป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 12 เดือน โดยมีระบบเฝ้าระวังโรคหัดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) มีอัตราการรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัด ไม่น้อยกว่า 2 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี ในระดับประเทศ และมีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัด ไม่น้อยกว่า 1 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี จากทุกอำเภอของประเทศ 2) มีการเก็บตัวอย่างซีรัมเพื่อส่งตรวจ measles IgM ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง (ไม่นับผู้ป่วยสงสัยในการสอบสวนเหตุการณ์การระบาด) และดำเนินการตรวจโดยห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกและเครือข่าย 3) มีการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อวิเคราะห์หาสายพันธุ์ของไวรัสโรคหัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเหตุการณ์การระบาด และดำเนินการตรวจโดยห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก 4) มีการสอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยสงสัยโรคหัด ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทย ได้ดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 9 เดือน มาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และให้วัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อีกเป็นเข็มที่สอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ในปัจจุบันความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเฉลี่ยทั่วประเทศสูงกว่าร้อยละ 96 และ 91 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ป่วยโรคหัดรายงานผ่านระบบเฝ้าระวังโรค

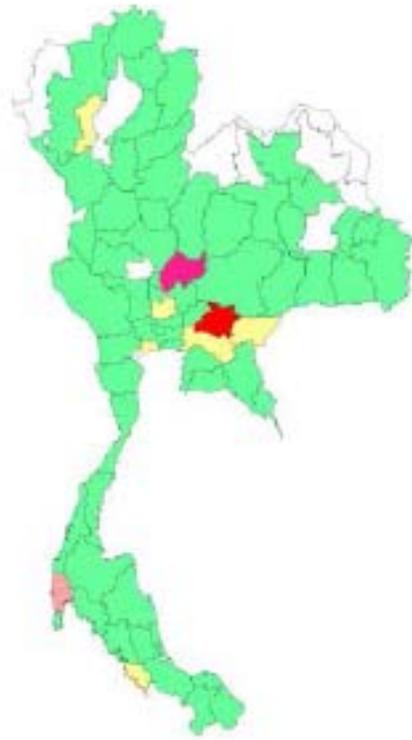
ปีละ 4,000 - 7,000 ราย และยังมีการระบาดของโรคหัดเป็นระยะ ๆ เนื่องจากปัญหาความครอบคลุมวัคซีนในเด็กยังต่ำในบางพื้นที่ และมีกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งยังไม่มีการคุ้มกันต่อโรคหัด เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนในวัยเด็ก แต่หลบรอดการป่วยด้วยโรคหัดในช่วงเวลาที่ผ่านมามาอยู่ร่วมกันในสถานศึกษา สถาบันต่าง ๆ หรือสถานประกอบการเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ระบบเฝ้าระวังโรคหัดของประเทศไทย ยังขาดผลการตรวจยืนยันเชื้อก่อโรคทางห้องปฏิบัติการ ทำให้การชี้เป้าหมายกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค หาดความชัดเจนไปด้วย

การดำเนินงานให้บรรลุถึงเป้าหมายการกำจัดโรคหัดนั้น จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ.2554-2558) ดังต่อไปนี้

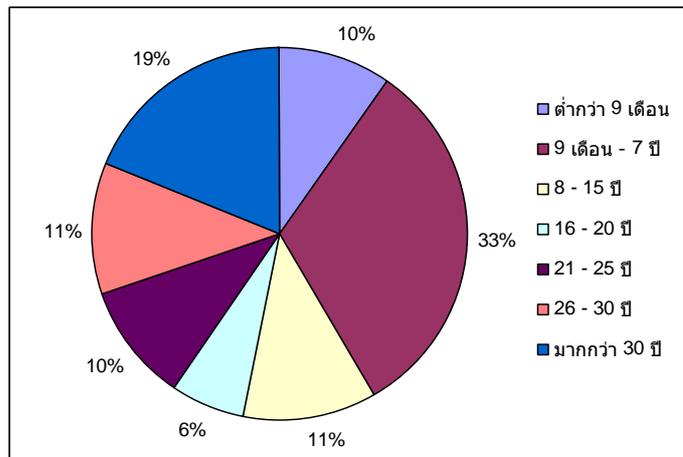
1. เพิ่มและรักษาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัดทั้ง สองเข็ม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ในทุกพื้นที่
2. จัดตั้งเครือข่ายการตรวจเชื้อหัดทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานทั่วประเทศ
3. เฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหัด โดยมีบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยสงสัยโรคหัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทุกพื้นที่
4. รณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัด หรือมาตรการเสริมอื่น เช่น การบริการวัคซีนในประชากรวัยทำงาน เพื่อเพิ่มระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ผลการเฝ้าระวังโรคหัดจากระบบรายงาน 506

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 เมษายน 2554 มีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดรวมทั้งสิ้น 699 ราย จาก 65 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 1.1 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้เสียชีวิต จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และ ลพบุรี จังหวัดละ 51 ราย ปราจีนบุรี 39 ราย ฉะเชิงเทรา 35 ราย และ นครราชสีมา 28 ราย อัตราการรายงานแยกจังหวัด ดังรูปที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับรายงานมีอายุระหว่าง 1 เดือน - 74 ปี (มัธยฐานอายุ 12 ปี) สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ ดังรูปที่ 2



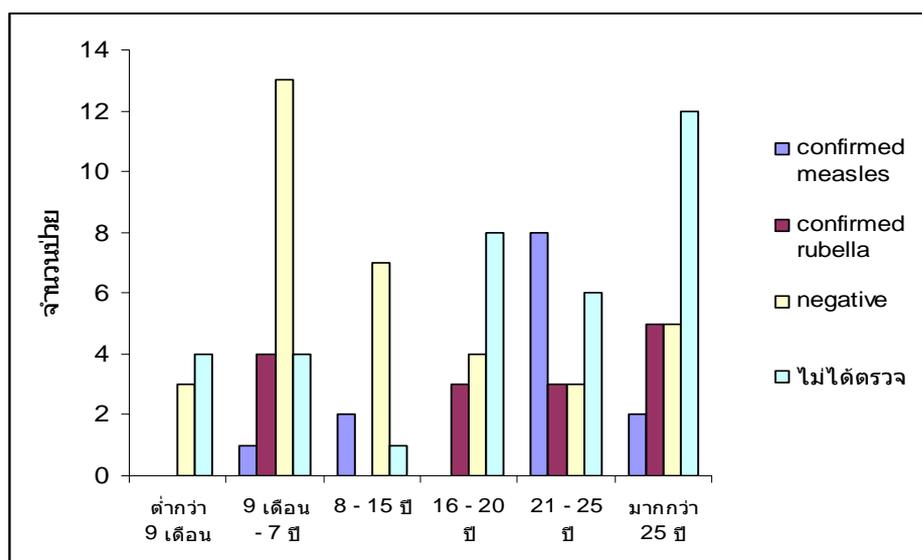
รูปที่ 1 อัตราการรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่อประจําคนแสนคน จากระบบรายงาน 506 ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2554



รูปที่ 2 สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อ ตามกลุ่มอายุ จากระบบรายงาน 506 เดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2554

ตารางที่ 1 รายละเอียดผู้ป่วยยืนยันโรคติดต่อจากการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย ระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคติดต่อ
เดือนมกราคม - เมษายน 2554

ลำดับ	จังหวัด	เพศ	อายุ	วันเริ่มป่วย	วันที่พบผู้ป่วย	อาการ	ประวัติวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ	หมายเหตุ
1	เชียงราย	หญิง	8 ปี	18/01/2554	20/01/2554	ไข้ ผื่น ตาแดง	2 ครั้ง	ติดเชื้อภายในประเทศ
2	เชียงใหม่	ชาย	12 ปี	01/02/2554	02/02/2554	ผื่น ไอ มีน้ำมูก	จำไม่ได้	ติดเชื้อภายในประเทศ



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามกลุ่มอายุ ในระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัด เดือนมกราคม - เมษายน 2554

ตารางที่ 2 รายงานเหตุการณ์การระบาดสงสัยโรคหัดจำนวน 2 เหตุการณ์

ลำดับที่	จังหวัด	สถานที่	จำนวนป่วย (% อัตราป่วย)	อายุ (ปี)	วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรก - รายสุดท้าย	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การให้วัคซีนเพื่อควบคุมการระบาด
1	สมุทรปราการ	เรือนจำ	0.6	18 - 35	28 ม.ค. - 1 มี.ค. 54	Measles IgM +ve Genotype D9	MMR 17 ก.พ. 54
2	สมุทรปราการ	โรงงานอาหารทะเล	3.0	18 - 54	22 ก.พ. - 3 มี.ค. 54	Rubella IgM +ve	MMR 3 มี.ค. 54

จากรายงานที่ได้รับ พบผู้ป่วยเป็นชาวไทย 67 ราย และชาวักมพูชา 33 ราย มาจาก 9 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ 52 ราย เชียงใหม่ 21 ราย นครสวรรค์ 10 ราย เชียงราย 9 ราย กำแพงเพชร พิษณุโลก และ ลพบุรี จังหวัดละ 2 ราย ตรัง และ นครราชสีมา จังหวัดละ 1 ราย

รายงานเหตุการณ์การระบาดสงสัยโรคหัดมีจำนวน 2 เหตุการณ์ ดังตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับรายงานมีอายุระหว่าง 1 เดือน - 74 ปี (มีฐานอายุ 12 ปี) จำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ ดังรูปที่ 3

อภิปราย

ผลการเฝ้าระวังโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด พบว่า ยังมีจำนวนจังหวัดที่มีการสอบสวนและรายงานผู้ป่วยน้อยมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยและจำนวนจังหวัดที่ได้รายงานผู้ป่วยสงสัย -

โรคหัดเข้ามาตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปกติ (รายงาน 506) คือ มีรายงานผู้ป่วยเข้าโครงการกำจัดโรคหัดมาจาก 9 จังหวัดเท่านั้น ในขณะที่มีรายงานผู้ป่วยในระบบรายงาน 506 มากถึง 65 จังหวัด นอกจากนี้ รายละเอียดของผู้ป่วยที่ได้จากระบบรายงาน 506 และโครงการกำจัดโรคหัด พบว่ามีลักษณะทางระบาดวิทยาที่แตกต่างกัน ดังนี้

- จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดในระบบรายงาน 506 ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ลพบุรี และ ปราจีนบุรี ในขณะที่ระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัดกลับพบการรายงานผู้ป่วยมากที่สุดจากจังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากมีเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน และจังหวัดเชียงใหม่และนครสวรรค์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่ได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการกำจัดโรคหัดไปแล้ว

- กลุ่มอายุของผู้ป่วยในระบบรายงาน 506 ส่วนใหญ่เป็น

เด็กอายุ 9 เดือน - 7 ปี ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดตามโปรแกรมการเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย ในขณะที่กลุ่มอายุผู้ป่วยในระบบรายงานตามโครงการกำจัดโรคหัดส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่อายุ 21 - 25 ปี เนื่องจากมีเหตุการณ์การระบาดในเรือนจำ

- ผู้ป่วยจากระบบรายงาน 506 ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนผู้ป่วยเฉพาะรายที่รายงานมาตามโครงการกำจัดโรคหัด ก็พบสัดส่วนของผู้ป่วยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของลักษณะทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยจากระบบรายงานทั้งสองระบบ เป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยสงสัยโรคหัดในระบบรายงาน 506 อาจมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคหัดน้อยเช่นกัน แต่เนื่องจากอาการของโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจงมากนัก คือ ไอออกฝืน และแพทย์มีความคุ้นเคยว่าโรคหัดมักพบในเด็ก จึงยังมีการรายงานผู้ป่วยในกลุ่มเด็กอยู่มาก จึงมีข้อเสนอแนะต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยและระบบเฝ้าระวัง ดังนี้

1. แพทย์ควรซักประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการวินิจฉัยไอออกฝืน
2. ควรสนับสนุนให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใน

ผู้ป่วยทุกราย ทุกกลุ่มอายุที่สงสัยโรคหัด เพื่อให้มีข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายในโครงการกำจัดโรคหัดเพียงพอที่จะบ่งชี้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัดของประเทศไทยได้อย่างแท้จริง

3. ควรเร่งรัดจังหวัดที่มีการรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดในระบบรายงาน 506 จำนวนมาก แต่ยังไม่มียารายงานผู้ป่วยเข้าระบบเฝ้าระวังตามโครงการกำจัดโรคหัด ให้เข้าใจความสำคัญของโครงการ รวมทั้งการสอบสวนผู้ป่วยและการรายงานผู้ป่วยตามโครงการฯ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ฝ่ายพัฒนามาตรฐานและวิจัยงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด ประเทศไทย เดือนมกราคม - เมษายน 2554. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2554; 42: 323-326.

Suggested Citation for this Article

Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology. Measles Surveillance under Measles Elimination Program, Thailand, January - April 2011. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2011; 42: 323-326.

หลักเกณฑ์การส่งบทความวิชาการ

คณะกรรมการวิชาการฯ ได้เปิดเวทีให้ผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค เมื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ และฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์ การส่งบทความวิชาการ/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 พร้อมแนบไฟล์บทความที่จะส่งตีพิมพ์ พร้อมทั้งแจ้งสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของเรื่อง เพื่อที่คณะกรรมการวิชาการจะติดต่อได้ และส่งมาที่ ฝ่ายเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1784 e-mail : wesr@windowslive.com

กรณีการ ฆอนพั้งเทียม, บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์, สิริลักษณ์ รังสิวงค์

สำนักกระบาดวิทยา Bureau of Epidemiology

✉ panda_tid@hotmail.com

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อ “อี-โคไล” ในประเทศเยอรมนี สเปน สวีเดน อังกฤษ เดนมาร์ก ฝรั่งเศส และเนเธอร์แลนด์ ซึ่งขณะนี้พบผู้ป่วยมากกว่า 1,500 ราย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตแล้ว 17 ราย พบผู้ป่วย 470 ราย มีอาการระบบไตล้มเหลวรุนแรง โดยเชื้อแบคทีเรียอี-โคไล ชนิดผลิตสารพิษซิก้า Shigatoxin-producing *E. coli* (STEC) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเม็ดเลือดแดงแตกและไตวาย Haemolytic uraemic syndrome (HUS) สาเหตุการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรีย อี-โคไล ยังไม่สามารถระบุได้ แต่มีความเป็นไปได้ที่ผักและสินค้าสดอาจเป็นสาเหตุของการระบาด เนื่องจากปุ๋ยมูลสัตว์ที่ใช้ในการเพาะปลูก

ในขณะที่องค์การอนามัยโลกระบุเชื้ออี-โคไลที่พบใหม่กลายพันธุ์แตกต่างจากเชื้ออี-โคไลที่เคยพบก่อนหน้านี้ 2 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นอันตรายและเป็นพิษสูง อาการป่วย คือ ท้องเสียรุนแรงขึ้นตกเลือดและตับถูกทำลาย วิธีการทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น การทำให้ร้อน (ปรุงสุกหรือ pasteurization) หรือ การฉายรังสี

องค์การอนามัยโลกได้เตือนประเทศสมาชิกและให้ข้อเสนอแนะ 4 ข้อ คือ 1. ให้ประเทศสมาชิกเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงจากเชื้ออีโคไล 2. ให้ประเทศสมาชิกทำการค้นหาผู้ป่วยและแจ้งให้ทราบ 3. ให้ประเทศสมาชิกเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ 4. แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคและเฝ้าระวังทางสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมควบคุมโรค ได้เฝ้าระวังและเตรียมการรับมือเพื่อป้องกันโรคดังกล่าว ดังนี้

1. เฝ้าระวังผู้ป่วยจากต่างประเทศ ณ ด่านป้องกันและควบคุมโรคระหว่างประเทศ เช่น ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ
2. กรมควบคุมโรคมอบหมายให้สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่และสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เตรียมเฝ้าระวังผู้ป่วยภายในประเทศ ศึกษาและติดตามข้อมูลจากต่างประเทศอย่างใกล้ชิด
3. หากสถานการณ์ในยุโรปยังขยายวงกว้าง เช่น มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หรือขยายการแพร่ระบาดไปยังประเทศอื่น ๆ ในยุโรปมากขึ้น กรมควบคุมโรคก็จะขยายมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรคเพิ่มขึ้น

โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อแบคทีเรียอี-โคไล ชนิด โอ104 ผลิตสารพิษซิก้า (STEC) นี้ มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว อาเจียนเลือดปน มีไข้ อาเจียน ส่วนใหญ่จะหายภายใน 10 วัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะเม็ดเลือดแดงแตก และไตวาย ทำให้เสียชีวิตในที่สุด อัตราการตายสูงถึงร้อยละ 5 ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น ช็อกหมดสติได้ อย่างไรก็ตามโรคนี้รักษาได้และสามารถป้องกันได้ เชื้อนี้จะถูกทำลายด้วยความร้อนตั้งแต่ 70 องศาเซลเซียสขึ้นไป โดยการปรุงสุก สำหรับผู้ที่มิประวัติ รับประทานอาหารจากประเทศเยอรมนี หรือเคยเดินทางไปเยอรมนี ในช่วงที่เริ่มมีการระบาดถึงปัจจุบัน (กลางเดือนพฤษภาคม) และมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ถ่ายเป็นเลือดควรรีบไปพบแพทย์ด่วน พร้อมแจ้งประวัติเสี่ยงให้แพทย์ทราบและไม่ควรรับประทานยาระงับการถ่าย อุจจาระหรือยาปฏิชีวนะ การรับประทานยานี้จะทำให้อาการป่วยแย่ลง สำหรับประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะเด็กช่วงนี้เร่งดูแลความสะอาดส่วนบุคคล กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ

อ้างอิงจาก <http://www.ddc.moph.go.th/pnews/showimgdetil.php?id=284> [cited 3 June 2011]

<http://www.ddc.moph.go.th/pnews/showimgdetil.php?id=285> [cited 3 June 2011]

เหตุการณ์ ‘อีโคไล’ ป่วนชาติยุโรป. หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ ฉบับวันที่ 2 มิถุนายน 2554 หน้า 9.

WHO ชี้ ‘อีโคไล’ อันตรายสูง เยอรมันแนะนำงดบริโภคผักสด. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ฉบับวันที่ 3 มิถุนายน 2554 หน้า 2.

ดารินทร์ อารีย์โชคชัย, อัญญาผล เอี่ยมวงษ์เจริญ, บวรวรรณ ดิเรกโกด, หทัยา กาญจนสมบัติ

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

✉ borworn1@health.moph.go.th

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 21 ระหว่างวันที่ 22-28 พฤษภาคม 2554 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. อาหารเป็นพิษ พบการระบาดใน 2 จังหวัด ดังนี้

จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 19 – 21 พฤษภาคม 2554 พบผู้ป่วยด้วยอาการปวดท้องและถ่ายเป็นน้ำ คลื่นไส้ บางรายมีอาการอาเจียนร่วมด้วย รวม 93 ราย เพศชาย 29 ราย เพศหญิง 64 ราย อายุ 5-72 ปี รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 19 พฤษภาคม 2554 เวลา 23.30 น. รายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 21 พฤษภาคม 2554 เวลา 24.00 น. ช่วงเวลาที่มีอาการป่วยมากที่สุด คือ วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 ระหว่างเวลา 04.00-12.00 น. ผู้ป่วยทั้งหมดมีประวัติร่วมงานเลี้ยงส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในวันที่ 19 พฤษภาคม 2554 เวลา 18.00 น. มีผู้ร่วมงานประมาณ 200 คน อัตราป่วยร้อยละ 46.50 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย 10 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 7 ราย ผู้ป่วยใน 3 ราย ทุกรายอาการดีขึ้น วันที่ 21 พฤษภาคม 2554 ทีม SRRT ระดับอำเภอและระดับจังหวัดร้อยเอ็ดออกสอบสวนและควบคุมโรค พบว่า อาหารสงสัยคือ ออเดิร์ฟทะเลซึ่งมีส่วนผสมของหอยแมลงภู่ที่ผู้ประกอบการซื้อจากแม่ค้าที่ตลาดได้รุ่งอำเภอเกษตรวิสัย โดยแม่ค้านึ่งหอยแมลงภู่มาจากบ้าน แล้วใส่กะละมังนำมาส่งที่บ้านผู้ประกอบการอาหารในเวลา 15.00 น. และไม่ได้นึ่งหรืออุ่นให้ร้อนอีกครั้งก่อนเสิร์ฟในเวลา 18.00 น. เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างอุจจาระเพาะเชื้อในผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* 6 ราย และเก็บตัวอย่างถังแช่หอยแมลงภู่จากร้านค้า ผลการตรวจพบเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* ได้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคโดยทำลายเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อในห้องน้ำบ้านผู้ป่วยและตักผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำสุขาภิบาลอาหารแก่ผู้ประกอบการและแม่ค้าขายหอยแมลงภู่ ติดตามเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ปัจจุบันไม่พบผู้ป่วยเพิ่มอีก

จังหวัดแม่ฮ่องสอน วันที่ 25 พฤษภาคม 2554 พบผู้ป่วยชาวไทยภูเขาป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ 26 ราย ที่หมู่ 3 ตำบลท่าผาป้อม อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน รายแรกเริ่ม

ป่วยวันที่ 25 พฤษภาคม 2554 เวลา 12.00 น. รายสุดท้ายเริ่มป่วย 14.00 น. ด้วยอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ หลังรับประทานอาหารกลางวัน ซึ่งเริ่มรับประทานอาหารเวลา 11.00 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาน้อย 7 ราย แพทย์วินิจฉัยโรคอาหารเป็นพิษ อาหารสงสัยคือหัวหมูย่า โดยผู้รับประทานมีอาการทุกราย จากการสอบถามพบว่า เจ้าของไร่ซื้อหัวหมูมาจากตลาดป่าหมากวันที่ 24 พฤษภาคม 2554 ต้มและรับประทานในวันเดียวกัน หลังจากนั้นเก็บใส่ตู้เย็นแล้วนำไปโรนตอนเช้าตั้งแต่เวลา 6.00 - 11.00 น. ไม่ได้ใส่ตู้เย็นและไม่ได้อุ่นให้ร้อนก่อนรับประทานอีกครั้ง ไม่สามารถเก็บอาเจียนผู้ป่วยได้ เก็บตัวอย่างหัวหมูที่เหลือส่งตรวจที่โรงพยาบาลสระเรียง ยังไม่ทราบผล

2. ไข้เลือดออกเสียชีวิต จังหวัดนครสวรรค์

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 5 ปี มีภาวะอ้วนหนัก 32 กิโลกรัม อยู่ที่ตำบลหนองโพ อำเภอตากาลี จังหวัดนครสวรรค์ เริ่มป่วยวันที่ 21 พฤษภาคม 2554 มีไข้สูง ไปรักษาที่คลินิก วันที่ 23 พฤษภาคม 2554 ไข้ลดลง แต่ซึมมาก วันที่ 24 พฤษภาคม 2554 เข้ารักษาที่โรงพยาบาลมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท ตรวจพบ CBC-platelet 62,000 cells/mm³ Hematocrit 47.5% ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชัยนาท แพทย์วินิจฉัย Dengue Shock Syndrome ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์วันเดียวกัน ตรวจร่างกายพบอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 148 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97%, BP 115/74 mmHg, พบ fine crepitation both lungs, heart : tachycardia, abdomen : hepatomegaly 3 FB ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 25 พฤษภาคม 2554

3. การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ กรุงเทพมหานคร

พบผู้ป่วย 7 ราย ระหว่างวันที่ 18 -24 พฤษภาคม 2554 เป็นพนักงานหน่วยหนึ่ง สังกัด ปตท. โดยเข้าสำนักงานตึกแห่งหนึ่ง ชั้นที่ 4, 12, 14 ตั้งอยู่ที่ ถนนวิภาวดี เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร

ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2554 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์เก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ Influenza A (H1N1) จากนั้นมีผู้ร่วมงานทยอยป่วยตามมาอีก 6 คน ดึงแห่งนั้น จึงได้ปิดสำนักงานระหว่างวันที่ 25 -29 พฤษภาคม 2554 อบอุ่นในสำนักงาน และตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายพนักงานที่ทางเข้าตึก และจะดำเนินการฉีดวัคซีนแก่เจ้าหน้าที่ในวันที่ 31 พฤษภาคม - ต้นเดือนมิถุนายนนี้

สถานการณ์ต่างประเทศ

1. โรค Haemolytic uraemic syndrome (HUS) ประเทศเยอรมนี WHO รายงานในวันที่ 27 พฤษภาคม 2554 พบหญิงเสียชีวิต 3 ราย และมีผู้ป่วย HUS จำนวน 276 ราย ตั้งแต่สัปดาห์ที่สองของเดือนพฤษภาคม HUS ทำให้เกิดไตวายซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนในแบคทีเรียบางชนิด ถึงแม้ว่า *Escherichia coli* bacteria ส่วนใหญ่ไม่เป็นอันตราย แต่กลุ่มที่เรียกว่า enterohaemorrhagic *E. coli* (EHEC) สร้างพิษ Shiga toxins หรือ vero toxins ซึ่งทำลายเซลล์เม็ดเลือดและไต แบคทีเรีย EHEC ที่ผลิตพิษพวกนี้ที่รู้จักกัน คือ Shigatoxin-producing *E. coli* (STEC) หรือ verocytotoxin-producing *E. coli* (VTEC) ตามลำดับ มีผู้ป่วยหลายรายเข้าโรงพยาบาล, หลายรายต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด, มีผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่อง รายล่าสุดเริ่มป่วยในวันที่ 25 พฤษภาคม 2554 มีรายงานผู้ป่วยในประเทศสวีเดนเป็นผู้ป่วย HUS 10 ราย ในจำนวนนี้ 2 ราย ได้รับการดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติไปประเทศเยอรมนีเมื่อไม่นานนี้ ส่วนใหญ่ทางภาคเหนือ การระบาดดังกล่าวไม่ปกติเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและพบผู้ป่วยจำนวนมากผิดปกติในผู้ใหญ่ (ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป) แทนที่จะเป็นเด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67) แต่ก็ยังมีรายงานผู้ป่วยในเด็กวัยเรียน การระบาดครั้งนี้สงสัยเกี่ยวข้องกับ serogroup O104 สาเหตุการระบาดอยู่ระหว่างการสอบสวนด้านระบาดวิทยา แม้ว่ายังไม่สามารถระบุแหล่งโรคได้แต่เจ้าหน้าที่สงสัยต่ำกว่า สถาบัน Robert Koch ในเยอรมนีแนะนำประชาชนระมัดระวังหลีกเลี่ยงการรับประทานมะเขือเทศ แดงกวา และผักกาดหอม นอกจากนี้ให้รักษาสุขอนามัยในการจับต้องผักและผลไม้ ประเทศเยอรมนีแจ้งการระบาดดังกล่าวแก่ WHO ภายใต้กฏอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) เนื่องจากเป็นไปได้ที่จะเป็นเหตุการณ์ทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ WHO มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารกับประเทศอื่น และให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการและพร้อมให้ความช่วยเหลือด้านห้องปฏิบัติการประเทศที่ไม่มีความสามารถในการตรวจจับ *E. coli* serogroup O104 ได้ และจะยังติดต่อใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

EHEC สามารถทำให้เกิดอุจจาระเป็นเลือดและปวดท้อง คนซึ่งเริ่มมีอาการเหล่านี้ซึ่งเมื่อไม่นานมานี้ได้อยู่หรือเคยไปประเทศเยอรมนี โดยเฉพาะทางภาคเหนือของเยอรมนี ควรไปปรึกษาแพทย์โดยด่วน, HUS ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนคือไตวายเฉียบพลันได้และเริ่มมีอาการหลังจากอาการอุจจาระร่วงหายไป ปกติไม่แนะนำให้รักษาด้วยผลิตภัณฑ์ระงับการถ่ายอุจจาระหรือยาปฏิชีวนะเนื่องจากยาพวกนี้อาจจะทำให้สภาพแย่ลง

WHO แนะนำให้มีการล้างมืออย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนและหลังการเตรียมอาหารหรือการบริโภคและหลังจากสัมผัสกับห้องส้วม โดยเฉพาะในผู้ที่ดูแลเด็กเล็กหรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากแบคทีเรียสามารถติดต่อจากคนสู่คน และผ่านทางอาหารและน้ำ และการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ WHO ไม่ได้แนะนำให้จำกัดการเดินทางท่องเที่ยวหรือค้าขายกับประเทศเยอรมนีแต่อย่างใด (www.who.int)



✉ get506@yahoo.com

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และกลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา

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

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 สัปดาห์ที่ 21

Table 1 Reported Cases of Priority Diseases Under Surveillance by Compared to Previous Year, Thailand, 2011, 21st Week

Disease	2011				Total Case* (Current 4 week)	Mean** (2006-2010)	Cumulative (21 st week, 2011)	
	wk.18	wk.19	wk.20	wk.21			Cases	Deaths
	Cases	Cases	Cases	Cases				
Cholera	1	2	0	1	4	46	51	2
Influenza	321	254	208	90	873	1626	11422	4
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	2	8	0
Measles	45	31	17	15	108	296	827	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	14	5
Pertussis	1	0	1	0	2	1	6	0
Pneumonia (Admitted)	1961	1846	1164	605	5576	8520	59169	367
Leptospirosis	27	20	8	8	63	206	601	11
Hand foot and mouth disease	58	62	55	29	204	424	1125	0

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย 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

กลุ่มระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา Communicable Disease Epidemiological Section, Bureau of Epidemiology

✉ kthiparat@gmail.com

สถานการณ์เฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 21 (22 - 28 พฤษภาคม 2554) พบโรคไอกรนเพียงโรคเดียวที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 4 สัปดาห์ปัจจุบัน (1 - 28 พฤษภาคม 2554) มากกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง เป็น 3 เท่า ซึ่งพบรายงานโรคนี้นี้มาตั้งแต่เดือนมกราคม และมีรายงานต่อเนื่องทุกเดือน เดือนละ 1-2 ราย จำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ต้นปีเป็น 8 ราย พบกระจายในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 4 ราย ระยอง 1 ราย บุรีรัมย์ 2 ราย และเชียงใหม่ 1 ราย โดยปกติโรคนี้นี้จะพบผู้ป่วยประปรายตลอดทั้งปี ลักษณะการเกิดโรคตามฤดูกาลไม่ชัดเจน พบได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยเฉพาะกลุ่มอายุต่ำกว่า 4 ปีจะพบได้มากที่สุด โรคนี้นี้มีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีน จึงควรเน้นเรื่องความครอบคลุมของการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย และควรสอบสวนประวัติวัคซีนของผู้ป่วย เพื่อทราบปัญหาการไม่ได้รับวัคซีน หรือปัญหาของประสิทธิภาพการให้วัคซีน

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 21 พ.ศ. 2554 (22-28 พฤษภาคม 2554)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 21st Week (May 22-28, 2011)

REPORTING AREAS**	2011														CASE	CASE	POP.
	DENGUE HEMORRHAGIC 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.	(%)	
TOTAL	2712	2233	2261	2765	3300	0	0	0	0	0	0	14	13285	9	20.91	0.07	63,525,062
CENTRAL REGION	1514	1346	1324	1557	1569	0	0	0	0	0	0	4	7314	1	34.11	0.01	21,445,124
BANGKOK METRO POLIS	542	443	391	469	364	0	0	0	0	0	0	0	2209	1	38.74	0.05	5,702,595
ZONE 1	124	124	168	208	282	0	0	0	0	0	0	1	907	0	26.50	0.00	3,422,311
NONTHABURI	50	53	52	60	115	0	0	0	0	0	0	0	330	0	30.61	0.00	1,078,071
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	35	15	27	43	55	0	0	0	0	0	0	0	175	0	22.58	0.00	775,157
PATHUM THANI	18	24	48	45	48	0	0	0	0	0	0	1	184	0	19.24	0.00	956,376
SARABURI	21	32	41	60	64	0	0	0	0	0	0	0	218	0	35.58	0.00	612,707
ZONE 2	75	104	33	29	58	0	299	0	18.81	0.00	1,589,978						
ANG THONG	5	19	6	14	23	0	0	0	0	0	0	0	67	0	23.52	0.00	284,807
CHAI NAT	11	13	8	10	31	0	0	0	0	0	0	0	73	0	21.76	0.00	335,420
LOP BURI	58	68	18	5	2	0	0	0	0	0	0	0	151	0	20.01	0.00	754,452
SING BURI	1	4	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	0	3.72	0.00	215,299
ZONE 3	222	181	151	123	121	0	798	0	25.83	0.00	3,089,076						
CHACHOENGSAO	52	37	22	41	40	0	0	0	0	0	0	0	192	0	28.70	0.00	668,983
NAKHON NAYOK	2	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	3.97	0.00	251,683
PRACHIN BURI	11	6	26	24	43	0	0	0	0	0	0	0	110	0	23.82	0.00	461,854
SA KAE0	9	11	26	55	38	0	0	0	0	0	0	0	139	0	25.62	0.00	542,451
SAMUT PRAKAN	148	123	76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	347	0	29.81	0.00	1,164,105
ZONE 4	251	248	252	251	220	0	0	0	0	0	0	3	1225	0	36.41	0.00	3,364,670
KANCHANABURI	22	38	67	92	55	0	0	0	0	0	0	1	275	0	33.00	0.00	833,423
NAKHON PATHOM	111	87	65	40	57	0	0	0	0	0	0	0	360	0	42.28	0.00	851,426
RATCHABURI	81	80	81	64	34	0	0	0	0	0	0	2	342	0	40.95	0.00	835,231
SUPHAN BURI	37	43	39	55	74	0	0	0	0	0	0	0	248	0	29.36	0.00	844,590
ZONE 5	121	113	117	165	179	0	695	0	42.29	0.00	1,643,555						
PHETCHABURI	13	18	19	34	36	0	0	0	0	0	0	0	120	0	26.02	0.00	461,239
PRACHUAP KHIRI KHAN	29	23	22	49	49	0	0	0	0	0	0	0	172	0	34.12	0.00	504,063
SAMUT SAKHON	72	63	55	45	48	0	0	0	0	0	0	0	283	0	58.40	0.00	484,606
SAMUT SONGKHRAM	7	9	21	37	46	0	0	0	0	0	0	0	120	0	61.97	0.00	193,647
ZONE 9	179	133	212	312	345	0	1181	0	44.85	0.00	2,632,939						
CHANTHABURI	31	16	26	31	87	0	0	0	0	0	0	0	191	0	37.36	0.00	511,246
CHON BURI	94	76	132	161	117	0	0	0	0	0	0	0	580	0	44.98	0.00	1,289,590
RAYONG	39	31	37	75	125	0	0	0	0	0	0	0	307	0	50.16	0.00	612,095
TRAT	15	10	17	45	16	0	0	0	0	0	0	0	103	0	46.82	0.00	220,008
SOUTHERN REGION	712	478	369	281	235	0	0	0	0	0	0	10	2085	3	23.66	0.14	8,813,880
ZONE 6	282	192	138	88	68	0	0	0	0	0	0	1	769	1	21.93	0.13	3,506,241
CHUMPHON	32	35	24	17	22	0	0	0	0	0	0	0	130	0	26.65	0.00	487,744
NAKHON SI THAMMARAT	123	81	61	28	6	0	0	0	0	0	0	1	300	1	19.78	0.33	1,516,499
PHATTHALUNG	69	40	22	24	22	0	0	0	0	0	0	0	177	0	34.86	0.00	507,777
SURAT THANI	58	36	31	19	18	0	0	0	0	0	0	0	162	0	16.29	0.00	994,221
ZONE 7	112	109	94	69	51	0	0	0	0	0	0	9	444	1	24.47	0.23	1,814,555
KRABI	56	63	48	31	20	0	0	0	0	0	0	8	226	0	52.98	0.00	426,556
PHANGNGA	6	14	15	16	14	0	0	0	0	0	0	0	65	0	25.83	0.00	251,657
PHUKET	28	17	12	7	15	0	0	0	0	0	0	1	80	1	23.82	1.25	335,913
RANONG	5	6	7	3	2	0	0	0	0	0	0	0	23	0	12.65	0.00	181,754
TRANG	17	9	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0	8.08	0.00	618,675
ZONE 8	318	177	137	124	116	0	872	1	24.96	0.11	3,493,084						
NARATHIWAT	50	22	17	15	13	0	0	0	0	0	0	0	117	0	16.07	0.00	728,071
PATTANI	38	7	8	9	6	0	0	0	0	0	0	0	68	0	10.50	0.00	647,624
SATUN	26	14	9	30	39	0	0	0	0	0	0	0	118	0	40.26	0.00	293,101
SONGKHLA	195	127	95	65	49	0	0	0	0	0	0	0	531	1	39.51	0.19	1,343,954
YALA	9	7	8	5	9	0	0	0	0	0	0	0	38	0	7.91	0.00	480,334

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 21 พ.ศ. 2554 (22-28 พฤษภาคม 2554)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 21st Week (May 22-28, 2011)

REPORTING AREAS**	2011														CASE RATE PER 100000 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2009
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL			
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D			
NORTH-EASTERN REGION	213	151	263	424	597	0	1648	3	7.67	0.18	21,495,825						
ZONE 10	10	11	8	25	54	0	108	0	3.03	0.00	3,567,883						
LOEI	2	8	5	20	41	0	0	0	0	0	0	0	76	0	12.24	0.00	620,780
NONG BUA LAM PHU	1	1	3	3	5	0	0	0	0	0	0	0	13	0	2.60	0.00	500,913
NONG KHAI	5	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0.88	0.00	907,250
UDON THANI	2	1	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0.71	0.00	1,538,940
ZONE 11	1	4	5	8	15	0	33	0	1.53	0.00	2,157,187						
MUKDAHAN	0	2	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	20	0	5.92	0.00	338,048
NAKHON PHANOM	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0.86	0.00	700,690
SAKON NAKHON	0	1	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0.63	0.00	1,118,449
ZONE 12	39	29	42	78	161	0	349	3	6.99	0.86	4,989,649						
KALASIN	7	1	2	8	9	0	0	0	0	0	0	0	27	0	2.75	0.00	980,158
KHON KAEN	14	11	6	27	49	0	0	0	0	0	0	0	107	2	6.07	1.87	1,762,242
MAHA SAKHAM	9	5	11	9	29	0	0	0	0	0	0	0	63	0	6.71	0.00	939,090
ROI ET	9	12	23	34	74	0	0	0	0	0	0	0	152	1	11.62	0.66	1,308,159
ZONE 13	36	50	76	124	102	0	388	0	9.33	0.00	4,160,037						
AMNAT CHAROEN	1	2	4	6	25	0	0	0	0	0	0	0	38	0	10.25	0.00	370,804
SI SA KET	15	29	55	84	33	0	0	0	0	0	0	0	216	0	14.93	0.00	1,446,345
UBON RATCHATHANI	19	19	16	29	42	0	0	0	0	0	0	0	125	0	6.93	0.00	1,803,754
YASOTHON	1	0	1	5	2	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1.67	0.00	539,134
ZONE 14	127	57	132	189	265	0	770	0	11.63	0.00	6,621,069						
BURI RAM	42	3	28	47	87	0	0	0	0	0	0	0	207	0	13.38	0.00	1,546,784
CHAIYAPHUM	8	6	11	39	45	0	0	0	0	0	0	0	109	0	9.69	0.00	1,125,166
NAKHON RATCHASIMA	41	30	50	70	108	0	0	0	0	0	0	0	299	0	11.63	0.00	2,571,292
SURIN	36	18	43	33	25	0	0	0	0	0	0	0	155	0	11.25	0.00	1,377,827
NORTHERN REGION	273	258	305	503	899	0	2238	2	19.01	0.09	11,770,233						
ZONE 15	45	15	29	43	98	0	230	1	7.56	0.43	3,043,586						
CHIANG MAI	32	12	18	25	41	0	0	0	0	0	0	0	128	1	7.84	0.78	1,632,548
LAMPANG	11	3	4	6	9	0	0	0	0	0	0	0	33	0	4.32	0.00	764,498
LAMPHUN	0	0	4	5	5	0	0	0	0	0	0	0	14	0	3.46	0.00	404,693
MAE HONG SON	2	0	3	7	43	0	0	0	0	0	0	0	55	0	22.74	0.00	241,847
ZONE 16	26	12	8	21	51	0	118	0	4.50	0.00	2,619,757						
CHIANG RAI	22	7	4	9	24	0	0	0	0	0	0	0	66	0	5.52	0.00	1,194,933
NAN	0	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	0	10	0	2.10	0.00	475,614
PHAYAO	3	3	2	8	18	0	0	0	0	0	0	0	34	0	6.98	0.00	487,120
PHRAE	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1.73	0.00	462,090
ZONE 17	103	118	135	221	378	0	955	1	27.87	0.10	3,426,112						
PHETCHABUN	25	37	37	79	123	0	0	0	0	0	0	0	301	1	30.25	0.33	995,125
PHITSANULOK	28	31	33	75	120	0	0	0	0	0	0	0	287	0	33.94	0.00	845,561
SUKHOTHAI	12	9	19	36	51	0	0	0	0	0	0	0	127	0	21.07	0.00	602,813
TAK	33	36	45	24	54	0	0	0	0	0	0	0	192	0	36.95	0.00	519,662
UTTARADIT	5	5	1	7	30	0	0	0	0	0	0	0	48	0	10.37	0.00	462,951
ZONE 18	99	113	133	218	372	0	935	0	34.88	0.00	2,680,778						
KAMPHAENG PHET	15	24	26	25	79	0	0	0	0	0	0	0	169	0	23.25	0.00	726,846
NAKHON SAWAN	52	67	77	151	268	0	0	0	0	0	0	0	615	0	57.32	0.00	1,072,868
PHICHIT	28	16	28	14	15	0	0	0	0	0	0	0	101	0	18.26	0.00	553,193
UTHAI THANI	4	6	2	28	10	0	0	0	0	0	0	0	50	0	15.25	0.00	327,871

*ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์)

และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

* 0 = No case

* - = No report received

C = Cases

D = Deaths

** แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

เรียน สมาชิก WESR ทุกท่าน

กรุณาตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ พ.ศ. 2553 ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ฉบับที่ 16 ประจำวันที่ 29 เมษายน 2553



ส่งกลับมายัง สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 6 กระทรวงสาธารณสุขถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

หากท่านเป็นสมาชิก WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email) หรือเป็นสมาชิก WESR ทางสื่อสิ่งพิมพ์ กรุณาระบุหมายเลขโทรศัพท์/Email ของท่านมาด้วย เพื่อทำการจับรางวัลของที่ระลึกจาก WESR ทั้งหมด 10 รางวัล โดยขยายเวลาจากวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 เป็น 15 มิถุนายน 2554

โดยจะแจ้งรายชื่อผู้โชคดี ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2554

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 42 ฉบับที่ 21 : 3 มิถุนายน 2554 Volume 42 Number 21 : June 3, 2011

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 2,200 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง ฝ่ายเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
E-mail : wesr@windowslive.com

ที่ สธ. 0420/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 23/2552
ไปรษณีย์กระทรวง

ผู้จัดทำ

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ 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