



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 42 ฉบับที่ 47 : 2 ธันวาคม 2554

Volume 42 Number 47 : December 2, 2011

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



การประเมินความเสี่ยงศูนย์พักพิงแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี วันที่ 31 ตุลาคม 2554

Risk Assessment in Shelter, Chonburi Province, October 2011

✉ t.ouppapong@hotmail.com

ธราวิทย์ อุปพงษ์ และคณะ

ความเป็นมา

จังหวัดชลบุรีเป็นอีกจังหวัดหนึ่งซึ่งมีศูนย์พักพิงรองรับผู้ประสบภัยจากวิกฤติน้ำท่วม โดยศูนย์พักพิงที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของจังหวัดและจัดตั้งเป็นแห่งแรก ๆ คือ ศูนย์พักพิงสถาบันแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี สามารถรับผู้พักพิงได้ราว 4,500 คน ภายในศูนย์พักพิงประกอบด้วยหลายอาคารสำหรับใช้เป็นสถานที่รองรับซึ่งค่อยๆ ททยอยเปิดให้เข้าพักที่หลายอาคาร สำหรับข้อมูล ณ วันที่ 28 ตุลาคม 2554 เวลา 20.00 น. มีผู้พักพิงทั้งสิ้น 2,189 คน และมีอาคารที่เปิดในขณะนั้น 9 อาคาร ได้แก่ อาคาร A, B, C, D, E, F, G, H และ I

ลักษณะอาคารส่วนใหญ่มีหลายชั้น ชั้นบนจัดให้เป็นที่พัก ส่วนชั้นล่างเป็นบริเวณอำนวยการและหน่วยรักษาพยาบาล ด้านหน้าอาคารมีหน่วยลงทะเบียนการเข้าพักและรับบริจาคอาหาร/สิ่งของต่าง ๆ รอบ ๆ อาคารประกอบด้วยเตนท์แจกจ่ายอาหาร บริเวณนั่งรับประทานอาหาร แทงค์น้ำสำรอง ห้องน้ำ/ห้องส้วม(ที่ติดตั้งเพิ่ม) บริเวณซักผ้า/ตากผ้า และบริเวณทางเดินนอนของผู้พักพิง เป็นต้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทราบบริบทของพื้นที่ และแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคภายในศูนย์พักพิงฯ

2. เพื่อทราบจุดเสี่ยงต่อการเกิดโรค และข้อเสนอแนะสำหรับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

1. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พักพิงและผู้พักพิง

2. สังเกตการณ์ภายในศูนย์พักพิง

3. ศึกษาข้อมูลระหว่างการเข้าร่วมประชุมศูนย์ปฏิบัติการ (War room) ของจังหวัด และของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี

4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1-3 มาวิเคราะห์/สังเคราะห์ และสรุปผล

ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. การเฝ้าระวังและสอบสวนโรคในศูนย์พักพิง

การตรวจจัดการระบาดของโรคติดต่อในศูนย์พักพิงอาศัยระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance) ตามแบบรายงานโรค/กลุ่มอาการที่เฝ้าระวังในจุดอพยพจากอุทกภัยเป็นหลัก โดยการรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสนาม ซึ่งประจำอยู่ ณ อาคาร A ส่วนอาคารอื่น ๆ มีเพียงหน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น กรณีผู้ป่วยอาการหนักจะส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลภายในจังหวัดชลบุรี การ



◆ ผลการประเมินความเสี่ยงศูนย์พักพิงแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี วันที่ 31 ตุลาคม 2554	737
◆ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาภายในศูนย์พักพิงผู้ประสบภัยจากน้ำท่วม จังหวัดปทุมธานี วันที่ 7-18 พฤศจิกายน 2554	743
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 47 ระหว่างวันที่ 20 - 26 พฤศจิกายน 2554	745
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 47 ระหว่างวันที่ 20 - 26 พฤศจิกายน 2554	747

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

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

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประจักษ์ ภูนาศ
นายแพทย์ธวัช จายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำนวน อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : สิริลักษณ์ รังเมืองต์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์ธราวิทย์ อุปพงษ์

กองบรรณาธิการ

บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังเมืองต์ พงษ์ศิริ วัฒนาศาสกริตต์
กรรณิการ์ หมอนพั้งเทียม

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจินันท์ พิชรี ศรีหมอก
น.สพ. ฮีร์ศักดิ์ ชักนำ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปียมณี เขิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ตักดีศิริสัมพันธ์

ผู้เขียนบทความ

ธราวิทย์ อุปพงษ์¹

หิรัญวุฒิ แพร์คุณธรรม¹

อิฏฐผล เอี้ยววงศ์เจริญ¹

วัฒนา วุฒิวรรณ²

วัลภา ศรีสุภาพ²

สมาน สยมภูจินันท์¹

¹ สำนักระบาดวิทยา

² กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

ลงทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสนามจะใช้โปรแกรม Mit-net แบบ stand-alone ดังนั้นข้อมูลทั้งหมดจะอยู่ในเครื่องคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสนาม ไม่ได้รายงานเข้าระบบ 506 โดยทีม SRRT สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทุกวัน และสอบสวนโรคในทุกราย กรณีพบผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายในวงกว้างหรือมีความรุนแรง ให้แยกผู้ป่วยออกมาอยู่บริเวณที่จัดให้เป็นการเฉพาะหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล หลังจากสอบสวนโรคเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จะส่งสรุปยอดผู้ป่วยพร้อมรายชื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อรายงานตามระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ทีม SRRT สสอ. ดำเนินการเฝ้าระวังโรคแบบเชิงรับโดยมีการสรุปและรายงานข้อมูลรายวันได้อย่างครบถ้วน แต่สำหรับการเฝ้าระวังในสถานการณ์ที่มีแนวโน้มว่าจะต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและคงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นับเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องอาศัยการวางแผนและการจัดการเป็นอย่างดี ดังนั้น ทีม สสอ. และผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในจุดนี้

2. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาในแต่ละวัน ควรมีอีกกลุ่มผู้รับผิดชอบ ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละวัน โดยเปรียบเทียบกับวันที่ ผ่าน ๆ มาเพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรค ซึ่งอาจบอกถึงการระบาดภายในศูนย์พักพิงได้ การนำเสนอควรแสดงกราฟเส้นโค้งการระบาด (Epidemic curve) และแผนที่ (Mapping) แยกรายโรคเพื่อสื่อสารให้ทีมเฝ้าระวังฯ เห็นถึงความเชื่อมโยงและลักษณะของการระบาด

3. การสอบสวนโรคในผู้ป่วยเฝ้าระวังทุกราย ณ โรงพยาบาลสนาม นับเป็นสิ่งที่ดี แต่ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดและเพื่อประสิทธิภาพ ในระยะยาว ควรจัดลำดับความสำคัญโดยสอบสวนรายที่เร่งด่วน / สำคัญกว่า เช่น อาการรุนแรง ป่วยเป็นกลุ่มก้อน หากมีทรัพยากรเหลือจึงค่อย ๆ ทอยสอบสวนรายอื่น ๆ ที่เหลือ เนื่องจากบางครั้งอาจใช้เวลากับการสอบสวนบางรายมากเกินไปจนไม่มีเวลาหรือเหลือทรัพยากรเพียงพอในการสอบสวนรายที่เร่งด่วน/ สำคัญกว่า

4. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการควรอิงหลักทางวิชาการ ประกอบการทำงาน การส่งตรวจในทุกรายย่อมมีค่าใช้จ่ายสูงและอาจไม่คุ้มค่ากับผลที่ได้ การส่งตรวจทุกรายอาจจำเป็นในช่วงแรกที่พบการระบาดและยังไม่ทราบโรค/เชื้อสาเหตุ แต่สำหรับรายถัดมาหากซักประวัติแล้วพบความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาก็สามารถอนุมานได้ว่า น่าจะป่วยด้วยโรคเดียวกันจึงไม่จำเป็นต้อง

ส่งตรวจอีก ยกเว้นรายที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการที่แตกต่างออกไปจากเดิมจึงสามารถส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคอีกครั้งได้ เนื่องจากอาจเป็นการระบาดของโรคอื่น ๆ เพิ่มเติมเข้ามา

5. หากทีมงานมีศักยภาพพร้อม ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกควบคู่กันไปกับระบบเฝ้าระวังเชิงรับ เพื่อให้สามารถตรวจจับการระบาดของโรคอื่น ๆ เพิ่มเติมเข้ามา

- การเดินเยี่ยมสำรวจเพื่อสอบถามด้วยวาจาหรือใช้แบบฟอร์มเช็ครายละเอียด โดยหัวหน้าโซนซึ่งเป็นตัวแทนผู้พักพิงในแต่ละโซนที่เลือกกันเอง หรือโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ซึ่งยังมีจำนวนจำกัด)

- ใช้การตลาดแบบผสมผสาน (Integrated marketing) โดยอาศัยสื่อและช่องทางการประชาสัมพันธ์หลากหลายรูปแบบร่วมกัน เช่น การติดป้ายคัดกรอง แจกแผ่นพับ จัดกิจกรรม ออกบูธประกาศเสียงตามสาย ตามช่วงและจังหวะเวลาที่เหมาะสม เพื่อสื่อสารและสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้พักพิง ให้รู้จักการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อต่าง ๆ และยังเป็นอีกกลวิธีในการค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เพื่อวางแผนมาตรการป้องกันควบคุมโรคต่อไป

6. เมื่อพบผู้ป่วยโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้พักพิง รายอื่น ๆ ควรพิจารณาแยกผู้ป่วยออกมาในที่ตั้งจัดให้เป็นการเฉพาะ จนกว่าจะหายหรือผ่านพ้นช่วงของการแพร่กระจายเชื้อ (ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละโรค) เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค โรคมือเท้าปาก และหัด เป็นต้น

7. ระบบเฝ้าระวังในศูนย์พักพิงของกรมควบคุมโรคจะเน้นในโรคติดต่อหรือกลุ่มอาการที่สำคัญ ๆ เพียง 10-12 โรค/กลุ่มอาการ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องและรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม โรคอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือจากโรค/กลุ่มอาการที่กรมควบคุมโรคกำหนด เช่น “โรคไม่ติดต่อ” ก็มีความสำคัญซึ่งต้องเฝ้าระวังเช่นกัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบจากโรคได้แก่ 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ขาดยา เป็นต้น 2. ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องหรือโดยเครื่องล้างไต 3. ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจที่มีอาการกำเริบได้ทุกเมื่อ เช่น โรคหอบหืด ภูมิแพ้ และ 4. ผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะฉุกเฉินเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น อาการเจ็บหน้าอก ที่อาจบ่งชี้ภาวะหัวใจขาดเลือด

2. การรายงานโรคในระบบ รายงาน 506

การรายงานโรคในระบบรายงาน 506 ในผู้ป่วยจากศูนย์พักพิงยังไม่มีแนวทางชัดเจน ผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาภายใน

ศูนย์พักพิง บางรายถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลต่าง ๆ ภายในจังหวัดชลบุรี ซึ่งการรายงานหรือไม่รายงานตามระบบมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน ดังนี้

- กรณีไม่รายงานเข้าระบบรายงาน 506 แต่แยกรายงานออกเป็นระบบรายงานเฉพาะกิจสำหรับวิกฤตน้ำท่วม วิธีนี้ระบบการรายงาน 506 ปกติจะไม่ถูก contaminate โดยผู้ป่วยจากศูนย์พักพิง แต่ข้อเสียคือ หากเป็นการระบาดที่มีเชื่อมโยงระหว่างศูนย์พักพิงกับชุมชนภายนอกศูนย์อาจจะไม่ทราบหาวิเคราะห์เพียงรายงานใดรายงานหนึ่ง ระหว่างรายงาน 506 หรือรายงานเฉพาะกิจน้ำท่วม กรณีนี้จำเป็นต้องวิเคราะห์ร่วมกัน

- กรณีรายงานเข้าระบบรายงาน 506 แยก 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

- หากรายงานรวมกับการรายงานปกติของจังหวัดชลบุรี โดยไม่กำหนดรหัสสถานพยาบาลเฉพาะ (ใช้รหัสที่มีอยู่เดิม เช่น ของ ร.พ.ศ. ร.พ.ช. สอ.) อาจส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยของบางสถานพยาบาลในจังหวัดชลบุรีเพิ่มสูงขึ้น และไม่ทราบว่าเป็นการระบาดในชุมชนหรือในศูนย์พักพิง

- หากรายงานโดยใช้รหัสสถานพยาบาลหรือเลขที่หมู่บ้านที่กำหนดใหม่เฉพาะสำหรับศูนย์พักพิง จะทำให้แยกผู้ป่วยในชุมชนออกจากผู้ป่วยในศูนย์พักพิงได้

อย่างไรก็ตามการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับพื้นที่ซึ่งไม่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมแต่เป็นที่ตั้งของศูนย์พักพิง ส่วนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมและมีศูนย์พักพิง ในพื้นที่ ผู้ป่วยทั้งที่พักอยู่ในศูนย์พักพิงและในชุมชนต่างก็ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมด้วยกันทั้งคู่ การรายงานแยกผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มออกจากกันอาจมีประโยชน์น้อย แต่หากรายงานรวมกันจะมีประเด็นพิจารณาต่อว่าควรรายงานเข้าระบบรายงาน 506 ทั้งคู่ หรือรายงานเข้าระบบเฉพาะกิจน้ำท่วมทั้งคู่ ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกัน ดังนี้

- กรณีรายงานเข้าระบบรายงาน 506 ทั้งคู่ มี 2 ประเด็นย่อยที่ต้องพิจารณาเช่นเดียวกับจังหวัดที่ไม่ประสบภัยจากน้ำท่วมแต่มีศูนย์พักพิงภายในจังหวัด (ดังกล่าวมาแล้ว)

- กรณีรายงานเข้าระบบรายงานเฉพาะกิจน้ำท่วมทั้งคู่ จะทำให้การรายงาน 506 สูญหายไปเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ามารักษาตามปกติที่สถานพยาบาลจะถูกรายงานเข้าระบบน้ำท่วมทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่ต่างก็ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะ

สำนักกระบวนวิชาควรแจ้งแนวทางในการรายงานโรคช่วงวิกฤตน้ำท่วม ตามระบบให้ชัดเจนอย่างเป็นทางการ เพื่อให้พื้นที่

ต่างบริบทสามารถรายงานได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่พื้นที่ต่อไปนี้

1. พื้นที่ประสบภัยจากน้ำท่วมและมีศูนย์พักพิงภายในจังหวัด
2. พื้นที่ไม่ประสบภัยจากน้ำท่วมแต่มีศูนย์พักพิงภายในจังหวัด
3. พื้นที่ประสบภัยจากน้ำท่วมและไม่มีศูนย์พักพิงภายในจังหวัด

3. การจัดการห้องน้ำ

ปัญหาที่พบ

1. น้ำใช้ไม่เพียงพอเนื่องจากบางอาคารน้ำไม่ไหล/ไหลช้า บางแห่งขุ่นเหลือง ส่งผลต่อการชะล้างทำความสะอาดต่าง ๆ
2. การใช้น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำตามปกติอาจไม่เพียงพอ หากมีการระบาดของโรคติดเชื้อบางโรค เช่น โรคมือ เท้า ปาก อหิวาตกโรค
3. การทำความสะอาดห้องน้ำอาศัยผู้พักพิงที่อาสาสมัคร และจัดเวรกันมาทำความสะอาด โดยความถี่และช่วงเวลาการทำความสะอาดไม่แน่นอน แตกต่างกันไปตามแต่ละอาคาร
4. ไม่มีสบู่ล้างมือบริเวณอ่างล้างมือ เนื่องจากเคยวางสบู่ก้อนไว้แล้วหายทุกครั้ง ต่อมาจึงไม่ได้วางไว้แต่ให้ผู้ใช้ นำสบู่ส่วนตัวมากันเอง
5. ห้องน้ำมีจำนวนเพียงพอ แบ่งเป็น ห้องน้ำที่อยู่ภายในตัวอาคาร ห้องน้ำติดตั้งเพิ่มภายนอกตัวอาคาร และรถสุขาเคลื่อนที่

ข้อเสนอแนะ

1. จัดหาน้ำใช้ให้เพียงพอ รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพน้ำที่ปลายทาง หากพบต่ำกว่ามาตรฐานจำเป็นต้องหาสาเหตุเพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อไป
2. กรณีพบการระบาดของบางโรคในศูนย์พักพิง เช่น โรคมือ เท้า ปาก อหิวาตกโรค อาจต้องเข้าควบคุมการทำความสะอาดห้องน้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเปลี่ยนไปใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดในช่วงดังกล่าว จนกว่าการระบาดจะสงบ จึงกลับไปใช้วิธีการทำความสะอาดปกติ หรือหากมีทรัพยากรเพียงพอและต้องการเน้นเชิงป้องกัน อาจปรึกษาพยาบาลโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลศูนย์เพื่อพิจารณานำน้ำยาฆ่าเชื้อมาใช้ทำความสะอาดในศูนย์พักพิง (กรณีหลังนี้ควรมีการประเมินความเสี่ยงและความคุ้มค่าก่อน)
3. การให้ผู้พักพิงมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านความสะอาดเป็นจุดที่ควรเน้น และควรรักษาไว้ เนื่องจากเป็นกลวิธีสร้างจิตสำนึก ร่วมกันในการรักษาความสะอาดภายในศูนย์พักพิง แต่ควรมีตาราง

และขั้นตอนการทำความสะอาดที่ชัดเจน เพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน

4. จัดหาสบู่เหลวและเครื่องกดไวย้อย่างล้างมือให้เพียงพอ (หรือหาวิธีการอื่น ๆ ตามความเหมาะสม) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้พักพิงขณะเข้าใช้ห้องน้ำและยังเป็นการป้องกันการแพร่กระจายโรคได้อีกทางหนึ่ง

5. เพิ่มจำนวนห้องน้ำให้เพียงพอ เพื่อรองรับผู้พักพิงที่มาสมทบภายหลัง เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

4. การจัดการขยะ

ปัญหา/ความสำคัญ

1. แต่ละอาคารมีถังขยะขนาดใหญ่และจำนวนเพียงพอ บางอาคารวางจุดเดียว บางอาคารวางไว้หลายจุด เช่น ตามชั้นต่าง ๆ จุดที่วางขยะส่วนใหญ่เป็นจุดที่สะดวกและสังเกตเห็นได้ชัด (เช่น บริเวณด้านหน้าหรือด้านข้างอาคาร) ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ ผู้พักพิง และยังป้องกันการทิ้งขยะแบบไม่เป็นที่เป็นทาง แต่บางแห่งจุดวางขยะตั้งอยู่ใกล้กับโต๊ะแจกจ่ายอาหาร จึงมีโอกาสปนเปื้อนมายังอาหารได้ ส่วนถังขยะเป็นถังพลาสติกค่อนข้างใหม่ไม่มีรูรั่ว มีถุงดำรองรับภายในอีกชั้นหนึ่งแต่ไม่มีฝาปิดซึ่งเสี่ยงต่อขยะที่ล้นทลออกมาก และแมลงวันตอมแพร่กระจายโรค
2. ความถี่ในการเก็บขยะของทั้งศูนย์ (โดยรวม) คือ 3 รอบต่อวัน คือ เวลา 04.00 น., 09.00 น. และ 16.00 น. แต่บางอาคารถูกเก็บครั้งเดียวต่อวัน บางอาคารถูกเก็บ 2 ครั้งต่อวัน แตกต่างกันไป

ข้อเสนอแนะ

1. จุดวางขยะควรเป็นจุดที่สะดวกเห็นได้ชัด แต่ไม่ควรวางใกล้กับจุดที่อาจปนเปื้อนมายังอาหารหรือส่งกลิ่นรบกวน
2. กรณีฝาปิดถังขยะเนื่องจากเป็นถังที่ไม่ได้ออกแบบให้มีฝาเปิดปิดจึงปรับได้ยาก อีกประการ คือ เมื่อมีฝาปิดก็อาจไม่สะดวกนัก และอาจต้องอำฝ้าไว้เนื่องจากมีผู้พักพิงทิ้งขยะอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะช่วงรับประทานอาหาร
3. ความถี่และช่วงเวลาในการเก็บขยะอาจพิจารณาตามความเหมาะสมเพื่อไม่ให้ขยะล้นถัง และเกิดการหมักหมม เป็นแหล่งแพร่เชื้อ ช่วงเวลาที่ขยะมักจะล้น เช่น หลังมื้ออาหารแต่ละมื้อ เป็นต้น

5. การจัดอาหาร

ปัญหา/ความสำคัญ

1. ทางศูนย์พักพิงได้จัดหาอาหารให้ผู้พักพิงวันละ 3 มื้อ (เช้า-กลางวัน-เย็น) โดยจัดเป็นอาหารกล่องและมีจุดกระจายอาหารไปยังอาคารต่าง ๆ อย่างทั่วถึง แต่เนื่องจากทางศูนย์เปิดโอกาสให้ผู้มีจิตศรัทธาสามารถนำอาหารมาบริจาคได้โดยไม่จำกัด

ไม่จำกัด สามารถนำอาหารเข้าแจกจ่ายโดยไปติดต่อ ได้โดยตรงที่ อาคารต่าง ๆ ไม่มีการจัดตารางการนำอาหารมาบริจาค ล่วงหน้า จึงส่งผลให้อาหารบางมื้อของบางอาคารเหลือเป็นจำนวนมาก

2. เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัวที่ต้องจำกัด ประเภทและชนิดของอาหาร แต่เนื่องจากมีอาหารบริจาคเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้คำนึงถึงจุดนี้ จึงเป็นความเสี่ยงที่เมื่อบริโภคเข้าไปอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรคกำเริบได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

3. บางรายการอาหารมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค เช่น ส้มตำปูปลาร้า ไอคกริม ขนมจีน แกงกะทิ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ผู้มีจิตศรัทธา นำมาแจก

4. ภาชนะบรรจุอาหารส่วนใหญ่เป็นโฟมใช้ครั้งเดียวทิ้ง ลดความยุ่งยากในการล้างเหมาะผู้ล้างงาน แต่ข้อเสีย คือ เกิดขยะย่อยยากในปริมาณมากแต่ละวัน สร้างภาระในการขน/ทำลาย และเกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม

5. การมีรถเข็นขายอาหารจากภายนอกเข้ามาขายใน ศูนย์พักพิง เช่น บริเวณรอบ ๆ อาคารที่พัก และกรณีกิจกรรมนำ ผู้พักพิงไปท่องเที่ยว/ทัศนศึกษาออกสถานที่ (ซึ่งมักมีการซื้ออาหารรับประทานกันระหว่างออกไปท่องเที่ยว) นับเป็นจุดเสี่ยงประการหนึ่งของการระบาดของโรคทางเดินอาหารและน้ำที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจากชุมชนนอกศูนย์ฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดตารางจองคิวล่วงหน้าให้แก่ผู้มีจิตศรัทธานำอาหารมาบริจาค เพื่อไม่ให้อาหารล้นหรือขาดในบางมื้อ

2. ให้ผู้ศึกษาและย้าเตือนผู้พักพิงที่มีโรคประจำตัวให้หลีกเลี่ยง/ระมัดระวังในการรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามสำหรับแต่ละโรค

3. กำหนดรายการอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ประกาศให้ผู้มีจิตศรัทธาบริจาคอาหารรวมถึงผู้พักพิงทราบโดยทั่วกัน รวมทั้ง ขอความร่วมมือให้ผู้มีจิตศรัทธาหลีกเลี่ยงการนำอาหารตามรายการดังกล่าวมาบริจาค

4. หากภาชนะสำหรับบรรจุอาหารชนิดสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำ เช่น ถาดหลุม หรือบรรจุภัณฑ์ใช้ครั้งเดียวแต่ทำลาย/ย่อยสลายง่าย เช่น ภาชนะกระดาษ

5. รถเข็นที่เข้ามาขายอาหารภายในศูนย์พักพิง ควรมีการลงทะเบียน เช่นเดียวกันกับผู้มีจิตศรัทธาบริจาค เพื่อใช้ติดตามต้นทางอาหาร เมื่อพบการระบาดเกิดขึ้นภายหลัง พร้อมขอความร่วมมือในการประกอบอาหารให้สะอาด/สุกใหม่ ส่วนกรณีไปท่องเที่ยวข้างนอก อาจต้องประชาสัมพันธ์ก่อนเดินทางหรือขณะ

อยู่บนรถให้ระมัดระวังการซื้ออาหาร/เครื่องดื่มรับประทาน โดยเฉพาะอาหาร/เครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น สุก ๆ ดิบ ๆ ไม่ผ่านความร้อน อาหารทะเล เป็นต้น

6. การจัดการสัตว์เลี้ยง

ปัญหา/ความสำคัญ

1. หน่วยงานด้านปศุสัตว์ได้จัดทีมมาให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า กำจัดเห็บ/หมัด ถ่ายพยาธิ และตรวจรักษาโรคทั่วไปให้แก่ผู้พักพิงที่นำสัตว์เลี้ยงมาด้วย โดยตั้งจุดให้บริการอยู่บริเวณอาคาร D และฝากให้แก่อาคารช่วยประกาศ/ประชาสัมพันธ์ให้ผู้พักพิงนำสัตว์เลี้ยงที่นำมาด้วยมารับวัคซีนหรือตรวจสุขภาพจากข้อมูลการให้บริการ ณ วันที่ 29 ต.ค. 2554 พบสัตว์เลี้ยงที่มากขึ้นทะเบียน จำนวนทั้งสิ้น 153 ตัว แบ่งเป็น สุนัข 75 ตัว แมว 54 ตัว กระต่าย 7 ตัว สัตว์ปีก 9 ตัว และอื่น ๆ (หนูแฮมสเตอร์) 8 ตัว ในจำนวนดังกล่าวได้รับการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าไปประมาณ 50 ตัว (1 ใน 3) และยังไม่พบโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ

2. ทางศูนย์พักพิงได้จัดแยกกลุ่มผู้พักพิงที่สัตว์เลี้ยงมาด้วย พักแยกจากกลุ่มผู้พักพิงอื่น ๆ เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการ ถูกสุขลักษณะ และลดความรำคาญที่อาจเกิดขึ้นกับผู้พักพิงรายอื่น

ข้อเสนอแนะ

ทางปศุสัตว์อาจตั้งจุดให้บริการเพิ่มขึ้นหรือให้บริการแบบเคลื่อนที่ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้พักพิงซึ่งมีอยู่จำนวนหนึ่งมาไม่ได้ นอกจากนี้อาจเพิ่มการคัดกรองสัตว์เลี้ยงในแต่ละอาคารเพื่อเฝ้าระวัง อยากรอบคลุมและเป็นเชิงรุก นอกจากนี้ควรมีการประสานงานข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับปศุสัตว์เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนร่วมกัน

7. การทำความสะอาดเสื้อผ้า

ปัญหา/ความสำคัญ

1. ทางศูนย์ได้รับความอนุเคราะห์จากบริษัทเอกชนนำเครื่องซักผ้ามาติดตั้งจุด ให้บริการอยู่ 2 จุด คือ ที่อาคาร E และ A จุดละประมาณ 10 เครื่อง เปิดให้บริการตั้งแต่ 05.00 น. ถึง 01.00 น. ของวันถัดไป โดยมีเจ้าหน้าที่ของบริษัทที่อาสาสมัครมาคอยอำนวยความสะดวกและแนะนำวิธีซัก โดยผู้พักพิงนำผ้าใส่เข้าเครื่องเอง และอยู่รอจนซักเสร็จ (15 นาที) เจ้าหน้าที่จะผลัดกัน 2 กะต่อวัน มีการล้างทำความสะอาดเครื่อง โดยวิธีเปิดซังน้ำเปล่า ๆ เวลาหมดแต่ละกะ ที่ผ่านมายังไม่พบปัญหาการนำผ้าเปื้อนเลือดเปื้อนอุจจาระมาซักล้าง เคยพบแต่เส้นมามาตกหล่นอยู่ภายในเครื่อง

2. ผู้พักพิงส่วนหนึ่งจะซักผ้าเองด้วยมือโดยใช้น้ำจากห้องน้ำ

3. บริเวณที่ตากผ้าจะเป็นไปตามความสะดวก เช่น หน้าระเบียงที่พัก หรือราวตากผ้าข้างอาคาร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

เครื่องซักผ้าเป็นอุปกรณ์ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้พักพิง แต่เป็นอุปกรณ์ที่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก จึงเป็นแหล่งที่มีโอกาสแพร่เชื้อได้ โดยเฉพาะ เมื่อมีเลือด หนอง อุจจาระ และสารคัดหลั่งของผู้ที่กำลังป่วยด้วยโรคติดเชื้อปนมาบนเสื้อผ้า การตรวจเช็คหรือขอความร่วมมือผู้พักพิงก่อนนำเสื้อผ้าในตะกร้าใส่เข้าเครื่องซักผ้า และการล้างเครื่องซัก ผ้าเป็นระยะ ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว

8. การจัดการแมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค

ปัญหา/ความสำคัญ

ผู้พักพิงส่วนหนึ่งยังคงถูกยุงกัดทุกคืนแต่ไม่ค่อยมากนัก ส่วนแมลงสาบ และหนู ยังไม่ค่อยพบ สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกยุงกัดนั้นมีหลายประการ โดยเฉพาะลักษณะอาคารที่เปิดโล่งไม่มีมุ้งลวด ทั้งช่องระบายอากาศบนเพดาน และประตูห้อง/อาคารที่มีการเปิดทิ้งไว้เนื่องจากมีคนเข้าออกตลอดเวลา (ไม่สามารถปิดได้) อีกทั้งไม่มีการกางมุ้งนอน เนื่องจากดำเนินไต่ยากในอาคารขนาดใหญ่ ร่วมกับประเด็นความสวยงามและเป็นระเบียบเรียบร้อย อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงต่อไข้เลือดออก ณ ช่วงเวลาปัจจุบันคาดว่าจะไม่มากนัก เนื่องจาก 1. สถานการณ์ไข้เลือดออกจังหวัดชลบุรี ขณะนี้ลดลงสู่ระดับปกติ 2. ลักษณะประชากรศูนย์ผู้พักพิงพบเด็กเล็ก (กะโดยประมาณด้วยสายตา) น้อยกว่า 1 ใน 10 ส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่อไข้เลือดออก ครบ 4 ซีโรทัยป์ และ 3. หน่วยงานสาธารณสุขได้ดำเนินการมาตรการป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น แจกสเปรย์กันยุง และฉีดพ่น ULV กำจัดยุงลายเป็นระยะ ๆ (โดยฉีดพ่นรอบ ๆ อาคารเนื่องจากภายในมีผู้พักพิงอยู่เป็นจำนวนมาก)

ข้อเสนอแนะ

1. ดำเนินการเฝ้าระวังทางกีฏวิทยา เช่น สัรวจตช์ชนิดลูกน้ำยุงลาย

2. กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง กำจัดแหล่งลูกน้ำยุงลาย/ยุงตัวเต็มวัย

3. รักษาความสะอาดและกำจัด/เก็บกวาดขยะเพื่อป้องกันหนูและแมลงวัน

9. การบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ปัญหา/ความสำคัญ

สาธารณสุขจำเป็นต้องจัดหาวัดวัคซีนให้บริการเด็กในศูนย์พักพิงที่ถึงเกณฑ์ต้องได้รับการฉีดวัคซีน ส่วนวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองก่อนฉีดวัคซีน โดยสำรวจจำนวนเด็กที่ต้อง ด้รับวัคซีน ชักประวัติ และตรวจสอบสมุดฉีดวัคซีน (ถ้ามี)

2. การฉีดวัคซีนควรมีทีมแพทย์/พยาบาล และเครื่องมืออุปกรณ์ พร้อมรองรับเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตราย หลังฉีดเสร็จใหม่ ๆ ควรรอนพักดูอาการจนปลอดภัยจึงปล่อยให้กลับไป

3. หลังฉีดวัคซีนควรมีควรมีระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น ให้คำแนะนำผู้ปกครองเพื่อกลับไปสังเกตอาการ นัดกลับมาตรวจเช็ค แจกแผ่นพับ ประกาศเตือน เติมน้ำดื่มติดตาม เป็นต้น

4. สำหรับวัคซีนป้องกันควบคุมโรคอื่น ๆ ตามกลุ่มเสี่ยง เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนหัด/หัดเยอรมัน จะนำมาใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ ซึ่งควรปรึกษากรวมควบคุมโรคในด้านวิชาการเสียก่อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่เอื้อเฟื้อข้อมูล และช่วยอำนวยความสะดวกระหว่างการศึกษา ส่งผลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมโรคเบื้องต้นเร็ว

SRRT
Surveillance and Rapid Response Team

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
www.boe.moph.go.th

สายด่วน 1422

✉ thanawan_1112@hotmail.com

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
เรียบเรียงโดย ธนวันต์ กาบภิรมย์, วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, สมบุญ เสนาะเสียง และณัฐพล วิวาฬสุข

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากปัญหาอุทกภัยที่ได้ขยายวงกว้างในหลายจังหวัดของประเทศไทย และมีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ทำให้ประชาชนต้องสูญเสียที่ทำกินต้องอพยพย้ายถิ่น และส่งผลกระทบต่อเกิดการระบาดของโรค จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบมากจากปัญหาอุทกภัยครั้งนี้ และมีศูนย์พักพิงที่รองรับผู้ประสบอุทกภัยที่มีขนาดใหญ่หลายแห่ง สำหรับข้อมูล ณ วันที่ 4 พฤศจิกายน 2554 มีศูนย์พักพิงทั้งสิ้น 102 ศูนย์ ดังนั้นสำนักระบาดวิทยาได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดการเฝ้าระวังโรคและสถานการณ์ การประเมินความเสี่ยงในศูนย์พักพิงผู้ประสบอุทกภัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินการที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรค โดยเข้าดำเนินการระหว่างวันที่ 14 - 18 พฤศจิกายน 2554

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

1. เพื่อติดตามระบบการรายงานการเฝ้าระวังโรคในศูนย์พักพิงผู้ประสบภัยจากน้ำท่วม โดยอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชน และระบบการรายงานโรค 506 ของสำนักระบาดวิทยา

2. เพื่อประเมินความเสี่ยงในศูนย์พักพิง (Risk Assessment)
วิธีการดำเนินงาน

ประสานเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และทำหนังสือแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลศูนย์พักพิง 3 แห่ง ดังนี้

- ศูนย์พักพิง ก ตั้งอยู่ที่ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว
- ศูนย์พักพิง ข ตั้งอยู่ที่ตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี
- ศูนย์พักพิง ค ตั้งอยู่ที่ตำบลลำลูกกา อำเภอลำลูกกา

พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ซึ่งเดินทางโดยรถยนต์และเรือ ในการเข้าศูนย์พักพิง

ผลการดำเนินงาน

ศูนย์พักพิง ก ตั้งอยู่ที่ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว เริ่มเปิดเป็นศูนย์พักพิงเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2554 มีผู้พักพิงทั้งหมด 700 คน นอกจากนี้ยังพบผู้พักพิงชาวพม่าจำนวน 50 คน การประเมินความเสี่ยงในศูนย์พักพิงพบว่า อาหารที่รับประทานทั้งหมด 3 มื้อเป็นอาหารที่ปรุงสุกใหม่ น้ำดื่มเป็นน้ำบรรจุขวดและน้ำกรองจากเครื่องกรองน้ำ ส่วนน้ำใช้ใช้น้ำประปา ตรวจวัดระดับคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำดื่มและน้ำใช้ได้ น้อยกว่า 0.2 ppm. และ 0.5 ppm. ตามลำดับ ส้วมมีลักษณะเป็นส้วมซึมแต่มีจำนวนไม่

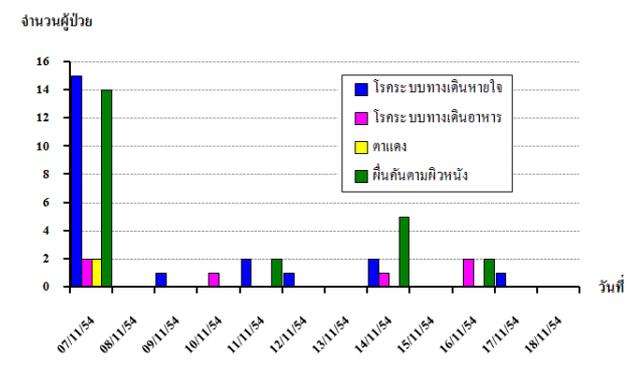
เพียงพอต่อผู้ใช้บริการ การสุขาภิบาลขยะจะมีถุงดำในการรองรับ และมีเจ้าหน้าที่มาจัดเก็บทุกวัน สำหรับระบบการตรวจรักษาและระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ยังไม่ได้มีการดำเนินการรายงานโรคในศูนย์พักพิง แต่ได้มีการจัดหน่วยแพทย์เข้ามาให้บริการตรวจรักษาในศูนย์พักพิงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเนื่องจากศูนย์พักพิงอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลลาดหลุมแก้วผู้พักพิงส่วนใหญ่จึงมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง และยังไม่มีการรายงานการระบาดของโรคที่เป็นกลุ่มก้อน

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคในศูนย์พักพิง ก ระหว่างวันที่ 7 - 18 พฤศจิกายน 2554 พบว่า ในช่วงแรกจะมีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงมาเป็นผื่นคันตามผิวหนัง โรคระบบทางเดินอาหาร และตาแดง ตามลำดับ หลังจากนั้นก็มีจำนวนผู้ป่วยอย่างประปราย เนื่องจากผู้พักพิงในศูนย์เริ่มลดลงกว่าครึ่งทำให้ไม่เกิดความแออัด รวมทั้งรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ทุกมื้อ คาดว่าจะไม่เกิดการระบาดของโรคติดต่อในศูนย์พักพิง (รูปที่ 1)

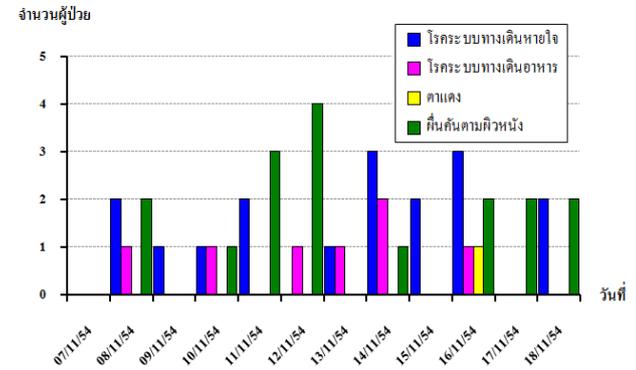
ศูนย์พักพิง ข ตั้งอยู่ที่ตำบลบางกระดี อำเภอเมือง เริ่มเปิดเป็นศูนย์พักพิงเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2554 มีผู้พักพิงทั้งหมด 450 คน การประเมินความเสี่ยงในศูนย์พักพิงพบว่า อาหารที่รับประทานทั้งหมด 3 มื้อเป็นอาหารที่ปรุงสุกใหม่ที่แต่ละครอบครัวปรุงประกอบเอง น้ำดื่มเป็นน้ำบรรจุขวดที่ได้รับบริจาค ส่วนน้ำใช้ใช้น้ำบาดาล ตรวจวัดระดับคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำดื่มและน้ำใช้ได้น้อยกว่า 0.2 ppm. ส้วมมีลักษณะเป็นส้วมซึมแต่มีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้ใช้บริการ การสุขาภิบาลขยะจะมีถุงดำในการรองรับ และมีเจ้าหน้าที่มาจัดเก็บทุกวัน สำหรับระบบการตรวจรักษาและระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ยังไม่ได้มีการดำเนินการรายงานโรคในศูนย์พักพิง เนื่องจากน้ำท่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ แต่ได้จัดหน่วยแพทย์เข้าไปให้บริการตรวจรักษาที่ศูนย์พักพิงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และยังไม่มีการรายงานการระบาดของโรคที่เป็นกลุ่มก้อน

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคในศูนย์พักพิง ข ระหว่างวันที่ 7 - 18 พฤศจิกายน 2554 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผื่นคันตามผิวหนัง รองลงมา คือ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีการป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่วนตาแดงเพิ่งเริ่มพบในศูนย์พักพิงนี้อาจจะพบการระบาดได้ จึงควรจับตาและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคอย่างใกล้ชิด (รูปที่ 2)

ศูนย์พักพิง ค ตั้งอยู่ที่ตำบลลำลูกกา อำเภอลำลูกกา เปิดเป็นศูนย์พักพิงเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2554 มีผู้พักพิงทั้งหมด 560 คน การประเมินความเสี่ยงในศูนย์พักพิง พบว่า อาหารที่รับประทานทั้ง 3 มื้อเป็นอาหารที่ปรุงสุกใหม่จากโรงครัวของศูนย์พักพิง 2 มื้อ (เช้า, เย็น) ส่วนมื้อกลางวันจะเป็นอาหารกล่องจากมูลนิธิเพื่อนพึ่งกายามยาก น้ำดื่มเป็นน้ำบรรจุขวดและน้ำกรองจากเครื่องกรองน้ำ ส่วนน้ำใช้เป็นน้ำประปา ตรวจวัดระดับคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำดื่มและน้ำใช้ได้น้อยกว่า 0.2 ppm. ส้วมมีลักษณะเป็นส้วมซึมมีเพียงพต่อผู้ให้บริการ การสุขาภิบาลขยะจะมีถุงดำในการรองรับและมีเจ้าหน้าที่มาจัดเก็บทุกวัน สำหรับระบบการตรวจรักษาและระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ยังไม่ได้มีการดำเนินการรายงานโรคในศูนย์พักพิง แต่ได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์ไว้ให้บริการในศูนย์พักพิงทุกวัน นอกจากนี้มีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่อื่นๆ มาให้บริการ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลลำลูกกา กรมสุขภาพจิต เป็นต้น และยังไม่มียาแผนการระบาดของโรคที่เป็นกลุ่มก้อน

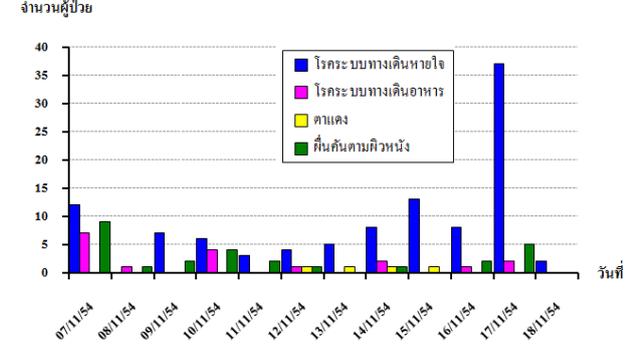


รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในศูนย์พักพิง ก ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามโรคที่ได้รับรายงาน ระหว่างวันที่ 7 - 18 พฤศจิกายน 2554



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในศูนย์พักพิง ข ตำบลบางกระดี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามโรคที่ได้รับรายงาน ระหว่างวันที่ 7 - 18 พฤศจิกายน 2554

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคในศูนย์พักพิง ค ระหว่างวันที่ 7 - 18 พฤศจิกายน 2554 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รองลงมา คือ โรคระบบทางเดินอาหาร และผื่นคันตามผิวหนัง ส่วนตาแดงเพิ่งเริ่มพบ จึงควรจับตาและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ อย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยในศูนย์พักพิง ค ตำบลลำลูกกา อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามโรคที่ได้รับรายงาน ระหว่างวันที่ 7 - 18 พฤศจิกายน 2554

การสนับสนุนจากสำนักระบาดวิทยา

1. วางระบบการรายงานการเฝ้าระวังเหตุการณ์และโรคในศูนย์พักพิง
2. การฟื้นฟูระบบการรายงาน 506 หลังน้ำลดให้มีการเฝ้าระวังและรายงานโรคอย่างต่อเนื่อง
3. สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ คลอรีนชนิดน้ำและเม็ด
4. ให้สุขศึกษา และวิธีการปฏิบัติตัวของผู้พักพิง
 - โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน : รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังจากการขับถ่าย
 - โรคไข้หวัด / โรคไข้หวัดใหญ่ : ล้างมือบ่อย ๆ ไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัด พักผ่อนและดื่มน้ำให้เพียงพอ
 - โรคตาแดง : ไม่ควรขยี้ตา ไม่ใช้ผ้าเช็ดตัวหรือของใช้ร่วมกับผู้อื่น ถ้ามีฝุ่นหรือน้ำสกปรกเข้าตา ควรล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
 - โรคผิวหนัง : หลีกเลี่ยงการสัมผัสผ้าสกปรกโดยไม่จำเป็น ถ้าสัมผัสควรล้างด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น
5. ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคทันที หากมีการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนในศูนย์พักพิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์พักพิงในจังหวัดปทุมธานี ที่ให้ความร่วมมือในการรายงานและอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน



กรรณิการ์ หมอนพั้งเทียม, สุภาวิณี แสงเรือน, อรทัย สุวรรณไชยรบ, ธนาวัตี ตันติทวีวัฒน์, อิศระยศ สิริกนก และชุลีพร จิระพงษา
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักระบาดวิทยา Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology
✉ kannika.boe@gmail.com

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 47 ระหว่างวันที่ 20 - 26 พฤศจิกายน 2554 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและ
ตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. อาหารเป็นพิษ 3 เหตุการณ์ ดังนี้

จังหวัดสมุทรสงคราม ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง พบ
ผู้ป่วย 278 ราย อัตราป่วยร้อยละ 19.79 เป็นเด็กนักเรียนตั้งแต่ชั้น
อนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 277 ราย และแม่ครัว 1 ราย
ผู้ป่วยทุกรายเริ่มป่วยวันที่ 15 พฤศจิกายน 2554 ตั้งแต่เวลา 14.30
- 17.00 น. ด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เข้ารับการรักษา ณ
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 3 ราย ผลการสอบสวนพบ
อาหารที่สงสัย คือ บะหมี่น้ำลูกชิ้นหมูและผักกวางตุ้ง ซึ่งเป็นอาหาร
กลางวันสำหรับนักเรียน และก๋วยเตี๋ยวเส้นใหญ่เย็นตาโฟสำหรับครู
วัตถุดิบทั้งหมดซื้อมาจากตลาดแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี เริ่ม
ประกอบอาหารโดยลวกเส้นและลูกชิ้นทิ้งไว้ก่อนเวลา 09.00 น.
นำมาประกอบอาหารให้นักเรียนรับประทานเวลา 11.00 - 11.30 น.
หลังจากรับประทาน 3 - 6 ชั่วโมง เริ่มมีผู้ป่วย ด้วยอาการอาเจียน
(ร้อยละ 89) ปวดท้อง (ร้อยละ 44) และคลื่นไส้ (ร้อยละ 6) อาหารที่
สงสัยของการระบาดครั้งนี้ ได้แก่ บะหมี่ซึ่งเป็นยี่ห้อเดียวกับ
เหตุการณ์อาหารเป็นพิษในโรงเรียนแห่งหนึ่งของอำเภอโพธาราม
จังหวัดราชบุรี ซึ่งซื้อมาจากแหล่งเดียวกัน สำนักระบาดวิทยาและ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมลงพื้นที่ตรวจสอบโรงงานแหล่ง
ผลิตบะหมี่ พบว่า โรงงานแห่งนี้เป็นโรงงานผลิตเส้นบะหมี่ด้วย
เครื่องจักรที่ซื้อใหม่ ในกระบวนการผลิตไม่มีกรรมวิธีที่ต้องใช้
ความร้อนและเส้นบะหมี่มีโอกาสที่จะปนเปื้อนจากมือคนงานในหลาย
ขั้นตอน น้ำที่ใช้ผลิตเป็นน้ำกรองที่ต่อท่อมาจากโรงงานก๋วยเตี๋ยว
คนงานจะล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ทันทีหลังจากเสร็จงาน บะหมี่ที่
ผลิตและส่งให้โรงเรียนทั้งสองแห่งมีพ่อค้าคนกลางคนเดียวกันมารับ
จากโรงงานไปขายต่อ แต่ในขั้นตอนของพ่อค้าคนกลางมีโอกาส
ปนเปื้อนน้อยเนื่องจากบะหมี่บรรจุอยู่ในถุงแล้ว ทีมสอบสวนเก็บ
ตัวอย่างจากมือคนงานในโรงงานผลิตบะหมี่ส่งตรวจ 3 ตัวอย่าง
ให้ผลลบต่อเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร และเก็บตัวอย่าง
อุจจาระ แม่ครัวของโรงเรียน 9 ราย ให้ผลลบต่อเชื้อแบคทีเรียก่อโรค
ทางเดินอาหารเช่นกัน เก็บตัวอย่างน้ำดื่มและน้ำประปาในโรงอาหาร

จำนวน 2 ตัวอย่าง อยู่ระหว่างรอผลทางห้องปฏิบัติการ โดยการ
ระบาดในครั้งนี้จะเกิดจากสารพิษที่สร้างโดย *Staphylococcus*
aureus เนื่องจากอาการและระยะฟักตัวเข้าได้ร่วมกับการระบาดที่
อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีซึ่งพบ *S. aureus* ในอาเจียนของ
ผู้ป่วย 5 ราย โดยน่าจะปนเปื้อนตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต และเมื่อมา
ผ่านการลวกซึ่งไม่ได้นานพอที่จะทำให้เชื้อตายทั้งหมดร่วมกับการ
ลวกตั้งทิ้งไว้หลายชั่วโมงก่อนนำมาปรุงให้เด็กรับประทานทำให้เชื้อ
สามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนจนสามารถก่อโรคได้ ทีมสอบสวนโรคได้
ให้สุขศึกษาแก่แม่ครัวของโรงเรียนเกี่ยวกับหลักสุขาภิบาลอาหาร

จังหวัดอำนาจเจริญ อำเภอหัวตะพาน พบผู้ป่วย 2 ราย
เป็นสามี-ภรรยา ประกอบอาชีพทำนา รับจ้างทั่วไปและค้าขาย ผู้ป่วย
รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 21 พฤศจิกายน 2554 ด้วยอาการถ่ายเหลว
เป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้ง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียนเป็นน้ำสีขาว
เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ปัจจุบันอาการ
ดีขึ้นแต่ยังไม่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการสอบสวนพบว่า
วันที่ 21 พฤศจิกายน 2554 ประมาณ 06.00 น. ผู้ป่วยทั้งสองออกไป
เกี่ยวข้าวในทุ่งนาของตนเอง สามีต้อนน้ำจากกระตักน้ำที่เตรียมไว้ โดย
น้ำดังกล่าวได้มาจากน้ำฝนที่รองไว้ใช้จากหม้อบ้านและเติมไว้เมื่อ 3
วันก่อนดื่ม สามีเริ่มมีอาการหลังจากต้อนน้ำประมาณ 10 นาที ส่วน
ภรรยาดื่มประมาณครึ่งแก้วและมีอาการหลังต้อนน้ำประมาณ 15 นาที
ไม่มีรายละเอียดอาหารที่สงสัยนอกจากน้ำดื่มที่ภายในกระตักน้ำมี
ลักษณะของตะกอนสีดำขุ่นนอนก้นอยู่ ทีมสอบสวนได้เก็บตัวอย่าง
น้ำดื่มที่สงสัยและน้ำล้างกระเพาะอาหารของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อส่ง
ตรวจหาโลหะหนักและเชื้อที่สงสัย อยู่ระหว่างรอผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ และค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายกันในชุมชน ไม่พบ
ผู้ป่วยรายใหม่ ทั้งนี้ทีมสอบสวนได้ประกาศเตือนชาวบ้านไม่ให้ต้อนน้ำ
จากแหล่งดังกล่าว พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องการดูแล
อุปกรณ์ในการบรรจุน้ำดื่ม

จังหวัดลพบุรี อำเภอเมือง พบผู้ป่วยทั้งหมด 141 ราย จาก
โรงเรียน 7 แห่ง เริ่มป่วยวันที่ 22 พฤศจิกายน 2554 ด้วยอาการ

คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง บางรายมีถ่ายเหลวและปวดศีรษะ โดยมีเด็กนักเรียนเข้ารักษาที่โรงพยาบาล 121 ราย และไม่มีข้อมูลการเข้ารับการรักษา 20 ราย ขณะนี้ผู้ป่วยทั้งหมดอาการดีขึ้นและจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ผลการสอบสวนเพิ่มเติมพบว่าวันที่ 22 พฤศจิกายน 2554 นักเรียนรับประทานอาหารกล่องที่ได้รับแจกจากกลุ่มช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วมในเวลา 11.30 - 12.30 น. และเริ่มมีอาการป่วยหลังจากรับประทานไปแล้ว 2-3 ชั่วโมง โดยมีรายการอาหาร 3 อย่าง คือ ไก่อบซอส ไก่ทอด ผักหัวไชโป๊ใส่ไข่ โดยอาหารจะแยกใส่ถุงพลาสติกอยู่ในกล่องไม่ปะปนกับข้าวสวย แต่ในข้าวสวยทุกกล่องจะมีไข่ต้มไม่ปกปิดล้อมรวมอยู่ด้วย ข้อมูลจากผู้ปรุงประกอบพบว่า ทุกวันจะเริ่มประกอบอาหารเวลา 05.30 น. และมีครูมารับอาหารไปแจกตามโรงเรียนเวลา 07.30 น. ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่บรรจุกล่องอาหารไว้เป็นถุง ๆ ละ 10 กล่อง ไม่ได้ระบุรายการอาหารที่กล่อง ระยะทางการขนส่งไกลที่สุดจากแหล่งผลิตถึงโรงเรียนบ้านดาบ 30 กิโลเมตร ทีมสอบสวนเก็บตัวอย่างอาหารที่เหลือจากการบริโภค 6 กล่องส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหารพบเชื้อ *Staphylococcus aureus* ในไก่อบซอส ตัวอย่างอุจจาระจากผู้ป่วย 3 ราย ตัวอย่างอุจจาระและตัวอย่างจากมือแม่ครัว 5 ราย ให้ผลลบ ส่วนตัวอย่างอาเจียนจากผู้ป่วย 2 ราย ส่งตรวจเพื่อหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคและสารเคมี ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ รพผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมกันนี้ทีมสอบสวนได้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในโรงเรียนและชุมชนไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ และอยู่ระหว่างการติดตามสถานการณ์รายวัน

2. โรคอุจจาระร่วงและอาการทางระบบประสาท ในเรือนจำแห่งหนึ่ง เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วย 427 ราย อัตราป่วยร้อยละ 11.58 เพศชาย 419 ราย เพศหญิง 8 ราย ผู้ป่วยทุกรายเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยเริ่มพบผู้ป่วยช่วงปลายเดือนตุลาคม 2554 ด้วยอาการอุจจาระร่วง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาบวมและมีอาการชาปลายมือปลายเท้า พบผู้ป่วยอาการรุนแรงและได้ส่งรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 11 ราย ทุกรายได้รับวิตามินบีหนึ่ง 100 มิลลิกรัมอาการดีขึ้น ส่งเลือดตรวจระดับวิตามินบีหนึ่ง 24 ราย รพผลทางห้องปฏิบัติการ ส่วนผลการตรวจหาระดับวิตามินบีสิบสองในเลือดผู้ป่วย 10 ราย พบระดับวิตามินบีสิบสองต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2 ราย มีระดับปกติแต่ค่อนข้างต่ำ 3 ราย และมีระดับปกติ 5 ราย ส่วนผลการตรวจอุจจาระพบแบคทีเรียก่อโรคทางเดินอาหาร 25 ราย พบเชื้อ *Shigella flexneri* 5 ราย (ร้อยละ 20) *Plesiomonas shigelloides* และ *Aeromonas hydrophila* อย่างละ 2 ราย และไม่พบ Enterovirus สาเหตุโรคโปลิโอในอุจจาระเช่นกัน ผลการตรวจเพาะเชื้อ *Clostridium botulinum* และ Botulinum neurotoxin ในอุจจาระผู้ป่วย 3 ราย รวมทั้งไม่พบเชื้อ และสารพิษ

ดังกล่าวในผักกาดตองทั้ง 2 ตัวอย่าง การระบาดครั้งนี้สันนิษฐานว่าเป็นโรคขาดวิตามินบีหนึ่ง (Thiamine deficiency, Beriberi) และวิตามินบีอื่น ๆ ร่วมด้วย (Mixed Vitamin B Deficiency Syndrome) ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับการขาดวิตามินบี ส่วนสาเหตุการขาดวิตามินบีหนึ่งขึ้นมาพร้อม ๆ กันในเวลาเดียวกันอาจเกิดจากโรคท้องเสีย ซึ่งทำให้เกิดการเผาผลาญวิตามินบีหนึ่งและลดการดูดซึมจากลำไส้ ประกอบกับผู้ต้องขังในเรือนจำมีแนวโน้มที่มีระดับวิตามินต่ำปีนทุนเดิม ส่วนสาเหตุของการขาดโรคอุจจาระร่วงในครั้งนี้ น่าจะเกิดจากอาหารและน้ำ ซึ่งเมื่อมีการเปลี่ยนน้ำบริโภคที่นำมาจากแหล่งนอกเรือนจำจำนวนผู้ป่วยโรคท้องเสียลดลงอย่างมากชัดเจน จากวันละ 50 รายเหลือเพียงวันละ 2-3 รายในวันต่อๆ มา ขณะนี้ทีมสอบสวนโรคกำลังสอบสวนสิ่งแวดล้อมในเรือนจำและชุมชนรอบเรือนจำ และแนะนำให้เรือนจำเพิ่มวิตามินบีหนึ่ง-หก-สิบสองเสริมให้กับผู้ต้องขังทุกรายเป็นจำนวน 14 วัน

สถานการณ์ต่างประเทศ

1. สถานการณ์โรคโปลิโอ ประเทศไนจีเรีย พบรายงานผู้ป่วย 43 รายในปี 2554 ซึ่งเพิ่มเป็น 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553 พบผู้ป่วยใน 8 รัฐของประเทศและมีการแพร่กระจายไปยังประเทศอื่น ๆ ข้างเคียง ซึ่งในบางพื้นที่ยังคงมีข้อจำกัดในการให้วัคซีนแก่เด็ก เนื่องจากมีความเชื่อท้องถิ่นเรื่องการได้รับวัคซีนจะทำให้มีบุตรยาก ดังนั้นหากประเทศไนจีเรียสามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคโปลิโอภายในประเทศได้ จะสามารถในการหยุดการระบาดในทวีปแอฟริกาได้เช่นกัน

2. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วย 3 ราย ในมลรัฐโอไฮโอซึ่งเริ่มมีอาการป่วยในช่วงต้นเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยเด็กทั้ง 3 ราย มีประวัติไปร่วมงานเลี้ยงแห่งเดียวกัน และไม่มีประวัติสัมผัสกับสุกรมาก่อน จากรายงานของศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (US CDC) ได้ยืนยันว่าไวรัสมีความคล้ายคลึงกับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H3N2) ที่พบในหมู โดยไวรัสที่พบใหม่นี้มีส่วนประกอบของ Matrix (M) gene segment จากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (A H1N1) ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดต่อจากคนสู่คนได้ง่าย โดยพบผู้ป่วยจากเชื้อไวรัสชนิดนี้ในคนครั้งแรกเมื่อเดือนกรกฎาคม 2554 ซึ่งต่อมาพบผู้ป่วยใน 4 รัฐ ดังนี้ รัฐอินเดียนา 2 ราย รัฐเพนซิลเวเนีย 3 ราย รัฐเมน 2 ราย และล่าสุดในรัฐโอไฮโอ 3 ราย รวมทั้งสิ้น 10 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดอาการดีขึ้นไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต แต่จากเหตุการณ์ล่าสุดในผู้ป่วยเด็กทั้ง 3 รายในรัฐโอไฮโอซึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนและมีประวัติร่วมงานเลี้ยงแห่งเดียวกัน ทางสาธารณสุขสหรัฐกำลังสอบสวนหาสาเหตุและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม



ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 47

Reported Cases of Diseases under Surveillance 506, 47 week

✉ get506@yahoo.com

ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และฝ่ายมาตรฐานและวิจัยระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา

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

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 สัปดาห์ที่ 47

Table 1 Reported Cases of Priority Diseases Under Surveillance by Compared to Previous Year, Thailand, 2011, 47th Week

Disease	2011				Total Case* (Current 4 week)	Mean** (2006-2010)	Cumulative (47 th week, 2011)	
	wk.44	wk.45	wk.46	wk.47			Cases	Deaths
	Cases	Cases	Cases	Cases				
Cholera	32	5	2	2	41	83	271	4
Influenza	688	580	409	198	1875	3163	53729	6
Meningococcal Meningitis	1	0	0	0	1	2	17	2
Measles	71	91	52	15	229	248	2538	0
Diphtheria	1	0	0	0	1	3	23	8
Pertussis	0	0	1	0	1	1	16	0
Pneumonia (Admitted)	3195	2839	2400	1132	9566	10856	158558	959
Leptospirosis	120	77	57	20	274	459	3300	62
Hand foot and mouth disease	220	206	214	106	746	1056	15801	5

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)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 47 พ.ศ. 2554 (20 - 26 พฤศจิกายน 2554)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 47th Week (November 20 - 26, 2011)

REPORTING AREAS**	2011														CASE	CASE	POP.
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)														RATE PER	FATALITY	DEC. 31, 2010
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	100,000.00	RATE	
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	POP.	(%)	
TOTAL	2869	2226	2358	3112	7622	11547	11427	9215	5946	3638	1623	0	61583	56	96.67	0.09	63,701,907
CENTRAL REGION	1662	1326	1387	1832	3983	5219	5196	4382	3144	2204	858	0	31193	22	144.85	0.07	21,534,522
BANGKOK METRO POLIS	692	424	393	469	1070	1456	1401	1193	883	656	9	0	8646	5	151.63	0.06	5,701,995
ZONE 1	133	128	170	217	529	594	623	442	299	136	98	0	3369	3	97.52	0.09	3,454,591
NONTHABURI	50	53	52	58	156	223	234	207	125	73	49	0	1280	1	117.44	0.08	1,089,908
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	34	12	25	49	85	132	150	94	75	10	8	0	674	1	86.56	0.15	778,627
PATHUM THANI	28	31	52	49	172	114	102	79	56	25	13	0	721	1	74.25	0.14	971,010
SARABURI	21	32	41	61	116	125	137	62	43	28	28	0	694	0	112.84	0.00	615,046
ZONE 2	75	104	36	46	160	346	423	328	205	155	100	0	1978	0	124.39	0.00	1,590,200
ANG THONG	5	20	7	24	42	81	58	47	16	27	12	0	339	0	118.99	0.00	284,889
CHAI NAT	11	13	7	10	47	52	72	29	38	30	25	0	334	0	99.65	0.00	335,177
LOP BURI	58	67	18	10	64	203	282	240	150	98	63	0	1253	0	165.93	0.00	755,153
SING BURI	1	4	4	2	7	10	11	12	1	0	0	0	52	0	24.19	0.00	214,981
ZONE 3	214	180	209	335	741	1065	921	685	469	322	146	0	5287	6	170.23	0.11	3,105,799
CHACHOENGSAO	49	33	29	55	169	334	335	272	213	151	84	0	1724	1	256.75	0.06	671,458
NAKHON NAYOK	3	4	2	13	48	66	49	44	14	2	0	0	245	0	97.14	0.00	252,209
PRACHIN BURI	13	8	30	42	135	223	133	87	51	30	16	0	768	0	165.44	0.00	464,213
SA KAEO	10	12	24	64	124	155	175	93	80	27	12	0	776	1	142.84	0.13	543,276
SAMUT PRAKAN	139	123	124	161	265	287	229	189	111	112	34	0	1774	4	151.02	0.23	1,174,643
ZONE 4	238	241	246	273	496	598	663	785	616	473	243	0	4872	2	144.36	0.04	3,374,810
KANCHANABURI	21	38	63	100	163	152	89	80	73	69	59	0	907	1	108.42	0.11	836,600
NAKHON PATHOM	99	80	64	43	90	132	209	176	156	158	90	0	1297	0	151.55	0.00	855,837
RATCHABURI	78	79	78	69	115	203	183	319	271	194	81	0	1670	1	199.49	0.06	837,153
SUPHAN BURI	40	44	41	61	128	111	182	210	116	52	13	0	998	0	118.08	0.00	845,220
ZONE 5	114	107	109	173	326	445	496	471	328	219	96	0	2884	2	174.63	0.07	1,651,539
PHETCHABURI	6	11	11	43	75	163	157	173	71	22	10	0	742	1	160.39	0.13	462,636
PRACHUAP KHIRI KHAN	29	23	22	49	73	116	100	82	66	41	13	0	614	0	121.20	0.00	506,599
SAMUT SAKHON	72	64	55	45	120	102	153	152	148	121	35	0	1067	1	218.54	0.09	488,247
SAMUT SONGKHRAM	7	9	21	36	58	64	86	64	43	35	38	0	461	0	237.56	0.00	194,057
ZONE 9	196	142	224	319	661	715	669	478	344	243	166	0	4157	4	156.54	0.10	2,655,588
CHANTHABURI	29	16	21	28	148	161	141	122	54	38	24	0	782	0	152.46	0.00	512,932
CHON BURI	94	75	130	168	268	269	222	141	155	95	72	0	1689	0	129.63	0.00	1,302,942
RAYONG	59	42	57	83	152	198	241	177	94	91	68	0	1262	4	203.80	0.32	619,249
TRAT	14	9	16	40	93	87	65	38	41	19	2	0	424	0	192.32	0.00	220,465
SOUTHERN REGION	712	482	386	316	503	512	485	439	389	389	211	0	4824	6	54.49	0.12	8,853,473
ZONE 6	285	196	157	110	175	156	153	149	125	137	70	0	1713	2	48.74	0.12	3,514,344
CHUMPHON	32	35	24	17	26	35	43	16	18	17	10	0	273	0	55.84	0.00	488,855
NAKHON SI THAMMARAT	126	85	80	51	78	62	51	59	60	39	12	0	703	1	46.26	0.14	1,519,531
PHATTHALUNG	69	40	22	24	35	28	40	43	29	55	31	0	416	0	81.78	0.00	508,656
SURAT THANI	58	36	31	18	36	31	19	31	18	26	17	0	321	1	32.19	0.31	997,302
ZONE 7	108	108	94	76	156	167	194	164	134	99	34	0	1334	1	73.07	0.07	1,825,591
KRABI	54	62	48	32	71	71	86	46	62	38	21	0	591	0	137.56	0.00	429,631
PHANGNGA	6	14	15	16	27	30	57	55	26	16	4	0	266	0	105.39	0.00	252,385
PHUKET	28	17	12	7	23	17	26	28	14	21	0	0	193	1	56.68	0.52	340,490
RANONG	5	6	7	7	10	6	3	8	4	3	3	0	62	0	33.99	0.00	182,417
TRANG	15	9	12	14	25	43	22	27	28	21	6	0	222	0	35.77	0.00	620,668
ZONE 8	319	178	135	130	172	189	138	126	130	153	107	0	1777	3	50.58	0.17	3,513,538
NARATHIWAT	50	22	16	15	24	29	27	30	28	16	20	0	277	0	37.81	0.00	732,617
PATTANI	38	7	8	11	12	13	11	6	14	11	11	0	142	0	21.80	0.00	651,442
SATUN	26	14	9	30	50	52	29	21	16	32	13	0	292	1	98.94	0.34	295,133
SONGKHLA	195	126	94	64	70	85	63	56	68	85	57	0	963	2	71.31	0.21	1,350,489
YALA	10	9	8	10	16	10	8	13	4	9	6	0	103	0	21.29	0.00	483,857

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 47 พ.ศ. 2554 (20 - 26 พฤศจิกายน 2554)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 47th Week (November 20 - 26, 2011)

REPORTING AREAS**	2011														CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC. 31, 2010
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	C	D	
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D			
NORTH-EASTERN REGION	217	159	292	451	1645	3143	3397	2837	1602	611	299	0	14653	12	68.04	0.08	21,534,582
ZONE 10	9	10	8	16	77	174	170	103	76	26	19	0	688	1	19.24	0.15	3,576,272
LOEI	1	7	5	11	45	68	81	26	36	16	7	0	303	1	48.68	0.33	622,424
NONG BUA LAM PHU	1	1	3	3	13	33	23	13	3	0	1	0	94	0	18.73	0.00	501,891
NONG KHAI	5	1	0	1	5	42	35	32	17	2	7	0	147	0	16.15	0.00	910,094
UDON THANI	2	1	0	1	14	31	31	32	20	8	4	0	144	0	9.34	0.00	1,541,863
ZONE 11	1	4	6	10	48	110	110	67	32	17	2	0	407	2	18.83	0.49	2,161,531
MUKDAHAN	0	1	6	4	11	32	35	12	7	2	0	0	110	1	32.47	0.91	338,812
NAKHON PHANOM	1	2	0	3	28	51	58	38	20	10	2	0	213	0	30.34	0.00	702,041
SAKHON NAKHON	0	1	0	3	9	27	17	17	5	5	0	0	84	1	7.50	1.19	1,120,678
ZONE 12	39	29	44	79	343	715	899	757	428	198	81	0	3612	7	72.31	0.19	4,995,226
KALASIN	7	1	4	7	26	42	72	44	17	10	3	0	233	2	23.74	0.86	981,369
KHON KAEN	14	11	6	28	106	215	298	188	130	83	32	0	1111	2	62.95	0.18	1,764,922
MAHA SARAKHAM	9	5	11	9	48	79	145	102	105	40	18	0	571	0	60.74	0.00	940,001
ROI ET	9	12	23	35	163	379	384	423	176	65	28	0	1697	3	129.65	0.18	1,308,934
ZONE 13	40	48	72	137	550	808	840	639	327	82	23	0	3566	0	85.55	0.00	4,168,498
AMNAT CHAROEN	5	2	7	8	63	60	93	30	22	3	6	0	299	0	80.49	0.00	371,471
SI SA KET	17	28	48	96	354	454	534	381	186	26	0	0	2124	0	146.54	0.00	1,449,409
UBON RATCHATHANI	17	18	16	28	115	259	173	182	104	43	17	0	972	0	53.75	0.00	1,808,422
YASOTHON	1	0	1	5	18	35	40	46	15	10	0	0	171	0	31.71	0.00	539,196
ZONE 14	128	68	162	209	627	1336	1378	1271	739	288	174	0	6380	2	96.18	0.03	6,633,055
BURI RAM	38	11	35	45	128	323	277	236	167	26	30	0	1316	1	84.89	0.08	1,550,275
CHAIYAPHUM	9	8	12	46	90	181	148	147	90	52	35	0	818	0	72.63	0.00	1,126,295
NAKHON RATCHASIMA	44	32	56	78	209	395	458	504	308	153	99	0	2336	0	90.66	0.00	2,576,691
SURIN	37	17	59	40	200	437	495	384	174	57	10	0	1910	1	138.43	0.05	1,379,794
NORTHERN REGION	278	259	293	513	1491	2673	2349	1557	811	434	255	0	10913	16	92.65	0.15	11,779,330
ZONE 15	44	11	23	31	186	261	192	143	72	35	22	0	1020	1	33.48	0.10	3,046,660
CHIANG MAI	29	7	11	12	87	142	93	95	49	24	20	0	569	1	34.77	0.18	1,636,514
LAMPANG	11	3	4	6	26	48	47	26	13	6	1	0	191	0	47.20	0.00	404,627
LAMPHUN	2	1	4	5	12	28	16	13	9	3	0	0	93	0	12.19	0.00	763,224
MAE HONG SON	2	0	4	8	61	43	36	9	1	2	1	0	167	0	68.92	0.00	242,295
ZONE 16	26	13	7	22	84	203	154	137	100	24	20	0	790	1	30.14	0.13	2,620,701
CHIANG RAI	21	7	4	10	41	108	92	102	78	21	18	0	502	1	41.95	0.20	1,196,576
NAN	0	2	0	3	9	9	9	5	7	1	0	0	45	0	9.45	0.00	475,989
PHAYAO	3	3	2	8	23	60	33	14	5	1	0	0	152	0	31.23	0.00	486,713
PHRAE	2	1	1	1	11	26	20	16	10	1	2	0	91	0	19.72	0.00	461,423
ZONE 17	108	122	134	228	643	1094	860	543	256	155	87	0	4230	7	123.29	0.17	3,430,959
PHETCHABUN	24	37	35	80	181	312	239	173	73	42	16	0	1212	3	121.74	0.25	995,578
PHITSANULOK	27	31	30	68	176	300	292	147	73	45	28	0	1217	0	143.58	0.00	847,627
SUKHOTHAI	16	13	21	50	149	220	171	98	44	26	8	0	816	0	135.48	0.00	602,296
TAK	34	36	47	24	91	148	98	73	43	32	18	0	644	3	123.21	0.47	522,673
UTTARADIT	7	5	1	6	46	114	60	52	23	10	17	0	341	1	73.68	0.29	462,785
ZONE 18	100	113	129	232	578	1115	1143	734	383	220	126	0	4873	7	181.76	0.14	2,681,010
KAMPHAENG PHET	16	22	23	43	139	296	242	175	104	70	41	0	1171	2	161.08	0.17	726,970
NAKHON SAWAN	52	67	76	147	394	633	552	370	159	93	55	0	2598	3	242.08	0.12	1,073,182
PHICHIT	28	18	28	14	31	158	316	168	98	45	22	0	926	2	167.47	0.22	552,942
UTHAI THANI	4	6	2	28	14	28	33	21	22	12	8	0	178	0	54.28	0.00	327,916

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัณฑนบุรี กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์)

และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

"0" = No case

"-" = No report received

C = Cases D = Deaths

** แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข



ประกาศ WESR

เนื่องด้วย สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีนโยบายที่จะลดจำนวนการผลิตสิ่งพิมพ์ (กระดาษ) ของรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (WESR) และฉบับผนวก (Supplement) เพื่อตอบสนองนโยบายการประหยัดพลังงานลดโลกร้อน เหลือเพียง 1,000 ฉบับ จึงขอความร่วมมือบุคคลทั่วไปและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โปรดแจ้ง Email รวมทั้งชื่อของท่านหรือหน่วยงาน กรุณาระบุหมายเลขสมาชิก (ดูได้จากปกหลัง อยู่เหนือชื่อ และที่อยู่ของท่าน)

13-012

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะอิน
อำเภอบางปะอิน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13160

หมายเลขสมาชิกของท่าน

ที่อยู่ E-mail ของท่าน

ทั้งนี้ ขอเชิญชวนบุคคลทั่วไป หรือหน่วยงานอื่น ๆ หากมีความประสงค์สมัครสมาชิก รายงาน WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email) กรุณาแจ้ง ชื่อ หน่วยงานสังกัด มาที่ ฝ่ายงาน เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000 หรือทาง E-mail: wesr@windowslive.com หรือทาง Facebook สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค หรือทางโทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1730

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 42 ฉบับที่ 47 : 2 ธันวาคม 2554 Volume 42 Number 47 : December 2, 2011

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 2,200 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

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

ที่ สธ. 0420/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 23/2552
ไปรษณีย์กระทรวง

ผู้จัดทำ

สำนักกระบาดวิทยา 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