



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 43 ฉบับที่ 12 : 30 มีนาคม 2555

Volume 43 Number 12 : March 30, 2012

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



การสอบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคบาดทะยัก เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร เดือนพฤษภาคม 2554
(Case Investigation of Tetanus Death in May 2011, Taweewattana District, Bangkok)

✉ big_bossboom@hotmail.com

สุธี สฤกษ์ศิริ และสุจิตรา กตัญญูทิศา

ความเป็นมา

เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2554 เวลา 13.00 น. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ได้รับแจ้งจากกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครว่า มีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย เป็นเด็กชายอายุ 2 ปี 10 เดือน สงสัยว่าเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ทีม SRRT จึงดำเนินการสอบสวนโรคในวันที่ 24 พฤษภาคม 2554 เวลา 14.00 น. และเสร็จสิ้นในวันเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคในแง่บุคคล เวลา สถานที่
3. เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง แหล่งแพร่โรค
4. เพื่อหามาตรการแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรค

วิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1. ทบทวนสถิติ และบันทึกการสอบสวนโรคเฉพาะรายของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2549-2554
2. ดำเนินการสอบสวนโรคโดยใช้แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย สัมภาษณ์ผู้ปกครอง และผู้พักอาศัยในพื้นที่สำรวจสิ่งแวดล้อม

และสัตว์ในพื้นที่ร่วมกับทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเสียชีวิต

3. ค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีการคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้ ตลอดจนผู้สัมผัสโรคโดยสอบถามผู้ปกครอง และผู้พักอาศัยในพื้นที่ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยได้กำหนดนิยามผู้ป่วยดังนี้

นิยามผู้ป่วย คือ ผู้ที่มีอาการทางระบบประสาท เช่น แขน ขา เกร็ง หรือมีอาการอัมพาตของแขน ขา ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตทวีวัฒนา

ผู้ป่วยที่สงสัยโรคบาดทะยัก (Suspected Tetanus case) คือ ผู้ที่มีอาการขาเกร็งเกร็ง อ้าปากไม่ได้ คอแข็ง หลังแข็ง ชักเกร็งอาจมีบาดแผลที่เกิดจากของมีคม¹ ระหว่าง เดือน เมษายน - พฤษภาคม 2554

ผู้ป่วยที่สงสัยโรคพิษสุนัขบ้า (Suspected Rabies case) คือ ผู้ที่มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ชา เจ็บเสียวบริเวณแผลที่ถูกสุนัขกัด กลืนลำบาก ถ่มน้ำลายบ่อย ร่วมกับอาการอื่น ๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ อาการกลัวน้ำ กลัวลม กลัวแสง อัมพาตของแขน ขา อย่างชัดเจน และมีประวัติคลุกคลี หรือถูกสุนัขกัดช่วง¹ระหว่าง เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2554

ผู้ป่วยที่ยืนยันโรคบาดทะยัก (Confirmed Tetanus case) คือ ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *Clostridium tetani*¹



◆ การสอบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคบาดทะยัก เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร เดือนพฤษภาคม 2554	177
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างวันที่ 18 - 24 มีนาคม 2555	184
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างวันที่ 18 - 24 มีนาคม 2555	187

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

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

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประจักษ์ กุณาต
นายแพทย์รัชช ชาญนิโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำนวน อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักต์ศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักต์ศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์
กรรณิการ์ หมอนพั้งเทียม

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูรุจันท์ พัทธี ศรีหมอก
น.สพ. ธีรศักดิ์ ชักนำ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมณี เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักต์ศิริสัมพันธ์

ผู้เขียนบทความ

สุธี สฤกษ์ศิริ และ สุจิตรา กัตัญญูทิศา

ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา,

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

Suthee Saritsiri, Sujittra Katanyoothita

Public Health Center 67 Taweewattana, Health

Department, Bangkok Metropolitan Administration

สื่อบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล
กรุณาแจ้งมายัง

กลุ่มทบทวนแพทย์ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา
E-mail: wosr@health2.moph.go.th หรือ wosr@windowsslive.com

ผู้ป่วยที่ยืนยันโรคพิษสุนัขบ้า (Confirmed Rabies case) คือ ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ Rabies virus¹

3. ค้นหาสุนัข แมว สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นที่สัมผัสหรือถูกกัดโดยสุนัขที่กัดผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนรายงานผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าในเขตทวีวัฒนา จากกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 - 2554 ไม่เคยพบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยรายนี้เป็นเพศชาย อายุ 2 ปี 10 เดือน ไม่มีใบเกิด คลอดเองที่บ้าน ตัดสายสะดือโดยใช้ไม้ไผ่กลึงให้เรียบเช็ดน้ำยา แอลกอฮอล์ มารดาไม่เคยได้รับการฉีดที่อกขอยัดป้องกันบาดทะยัก ผู้ป่วยไม่เคยได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อน ผู้ป่วยมีพี่ชาย 1 คน อายุ 6 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือไม่เคยได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อน บิดาอายุ 23 ปี มารดาอายุ 21 ปี เป็นชาวเขา ไม่ได้เรียนหนังสือ อาชีพรับจ้างทำสวนกล้วยไม้ ภูมิลำเนาเดิม อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย 4 เดือนก่อนมาพักอาศัยอยู่ ณ บ้านพักคนงานในสวนกล้วยไม้ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ลักษณะที่พักอาศัยเป็นที่พักชั่วคราวทำด้วยสังกะสี มี 2 ห้องนอนและ 1 ห้องน้ำ มีผู้พักอาศัยรวม 7 คน ผู้ใหญ่ 5 คน เด็ก 2 คนมีสุนัข 1 ตัว ปลอยอิสระ สวนถัดไปมีสุนัข 8 ตัวรอบ ๆ พื้นที่เป็นคูน้ำ มีตอมไม้แหลมเป็นจำนวนมาก

สัตว์ในพื้นที่ 10 ตัว จำแนกตามตารางที่ 1

ประวัติการเจ็บป่วย

2 อาทิตย์ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเดินเล่นบริเวณสะพานไม้ข้ามคูน้ำหลังบ้านแล้วตกลงไปโดนตอมไม้ปลายแหลมที่หักอยู่ทางเข้าบริเวณหลังด้านขวาเป็นแผลเลือดออกยาวประมาณ 4 เซนติเมตร มารดาให้ผู้ป่วยรับประทานยาพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ไม่ได้ล้างแผลแต่หยุดยาไอโอดีนให้ผ่านแผลวันละ 2 ครั้ง แผลบวมแดงไม่มีไข้ ทำแผลประมาณ 1 อาทิตย์ พบว่า น้ำยาไอโอดีนที่ผู้ป่วยใช้ทำแผล หมดอายุแล้วตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2553

3 วันก่อนไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดแขนข้างขวาเกร็ง ต่อมาขาขวาเกร็ง อ้าปากไม่ได้ ทานอาหารไม่ได้ เดินเองไม่ได้ ไม่มีไข้ ปัสสาวะอุจจาระปกติ ไม่ซึม แต่ร้องไห้ งอแง

วันที่ 19 พฤษภาคม 2554 เวลา 08.30 น. มารดาพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทบทวนเวชระเบียนพบว่า อาการสำคัญที่ไปพบแพทย์ คือ แขน ขาข้างขวายกไม่ได้ มีประวัติล้มหลัง

พาดพื้น ตรวจร่างกาย ไม่มีไข้ มีแผลซ้ำบริเวณหลัง ขยับแขนขวา
ได้จำกัด แพทย์ส่งเอกซเรย์ และ ส่งปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ผล
ตรวจขยับแขนขวาได้จำกัด ยกขาขวาได้ เอกซเรย์ไม่พบกระดูกหัก
วินิจฉัยเป็นข้อไหล่ขวาแพลง (Rt. Shoulder Sprain) ได้น้ำ
พาราเซตามอล แพทย์นัดดูอาการ 1 สัปดาห์ หลังกลับบ้านอาการ
ไม่ดีขึ้น พุดไม่ได้ อ้าปากไม่ได้ กรามแข็ง มีไข้ ร้องให้ตลอดเวลา

วันที่ 20 พฤษภาคม 2555 เวลา 12.30 น. มีอาการเกร็ง
เป็นพักๆ พุดไม่ได้ อ้าปากไม่ได้ ชักประวัติเพิ่มเติม ไม่เคยได้รับ
วัคซีน ตรวจร่างกาย มีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้น
64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดัน 70/30 มม.
ปรอท น้ำหนัก 12 กิโลกรัม E 4 M 6 V2 O₂Sat Room Air
100% รั้วเครื่องดี แพทย์งดน้ำ อาหารให้น้ำเกลือ และยาแก้ชักทาง
เส้นเลือด ได้ประวัติถูกสุนัขกัด 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

เวลา 13.00 น. ย้ายเข้าห้องไอซียู เกร็งตลอด แพทย์
ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาแก้ชัก และยาปฏิชีวนะ (Claforan) ทาง

เส้นเลือด ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ไม่พบมีเลือดออกในสมอง
วันที่ 21 พฤษภาคม 2554 เวลา 00.25 น. ปัสสาวะออก
น้อย แพทย์สั่งฉีดที่อกชอยด์ป้องกันบาดทะยัก TT 0.5 ml. และ
ยาต่อต้านพิษบาดทะยัก TAT 40,000 ยูนิต

เวลา 02.40 น. แพทย์เปลี่ยนชนิดยาฆ่าเชื้อ เป็น
Meropenem และ Metronidazole ผู้ป่วยยังมีอาการเกร็งเป็น
พัก ๆ แพทย์เตรียมส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น วินิจฉัย ลมชัก
(Status Epilepticus)

เวลา 07.00 น. ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นทำปฏิบัติการกู้ชีพ
CPR 30 นาที และถึงแก่กรรมเวลา 07.30 น. แพทย์ส่งชันสูตรศพ
ทางโรงพยาบาลแห่งนั้นได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Post-
Exposure) แก่บุคลากรและญาติ

เนื่องจากติดวันหยุดราชการ และยังไม่มียาระบบ
โปรแกรมประยุกต์ในการรายงาน รง.506 (Epinet) จึงรายงานทาง
โทรสาร เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2555

ตารางที่ 1 รายละเอียดสุนัขในพื้นที่ 10 ตัว

No	สัตว์	พันธุ์	เพศ	อายุ	ลักษณะการเลี้ยง	ทำ หมัน	การฉีดวัคซีน โรคพิษสุนัขบ้า	ประวัติ สัมผัส	สภาพ
1	ลูกสุนัข	ไม่ทราบ	ไม่ทราบ	2 เดือน	ปล่อยอิสระ*	ไม่	ไม่ทราบ	ไม่ทราบ	ตาย
2	สุนัข	ไทย	ผู้	2 ปี	ปล่อยอิสระบริเวณที่พกอาศัยผู้ป่วย**	ไม่	ได้รับ	ถูกกัด	ปกติ
3	สุนัข	ผสม	เมีย	3 ปี	เจ้าของสวนเลี้ยงไว้บนบ้านบริเวณใกล้ๆ	ทำ	ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
4	สุนัข	ชิสู	ผู้	16 ปี	เจ้าของสวนเลี้ยงไว้บนบ้านบริเวณใกล้ๆ	ทำ	ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
5	สุนัข	ไทย	ผู้	7 ปี	ปล่อยอิสระอยู่ที่สวนกล้วยไม้ที่ติดกัน	ไม่	ไม่ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
6	สุนัข	ไทย	ผู้	7 ปี	ปล่อยอิสระอยู่ที่สวนกล้วยไม้ที่ติดกัน	ไม่	ไม่ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
7	สุนัข	ไทย	ผู้	7 ปี	ปล่อยอิสระอยู่ที่สวนกล้วยไม้ที่ติดกัน	ไม่	ไม่ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
8	สุนัข	ไทย	เมีย	7 ปี	ปล่อยอิสระอยู่ที่สวนกล้วยไม้ที่ติดกัน	ไม่	ไม่ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
9	สุนัข	ไทย	เมีย	7 ปี	ปล่อยอิสระอยู่ที่สวนกล้วยไม้ที่ติดกัน	ทำ	ไม่ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ
10	สุนัข	ไทย	เมีย	7 ปี	ปล่อยอิสระอยู่ที่สวนกล้วยไม้ที่ติดกัน	ทำ	ไม่ได้รับ	ไม่สัมผัส	ปกติ

* ลูกสุนัขอายุ 2 เดือน โดย 3 เดือน ก่อนญาติที่ จ.นครปฐม ให้นำลูกสุนัขเพศผู้ สีนํ้าตาล ไม่ทราบประวัติที่มา สายพันธุ์ และการดูแล ผู้ป่วยเล่น
และให้อาหารไม่เคยถูกกัด ต่อมาสุนัขเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุเมื่อ 1 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

** สุนัขเพศผู้สีขาวยุติพันธุ์ 1 ตัว อายุ 2 ปี ไม่ได้ทำหมัน อยู่บริเวณที่พกอาศัยของผู้ป่วย เพื่อนคนงานเลี้ยงแบบปล่อยอิสระ และได้รับการ
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้าย เดือนพฤศจิกายน 2553 จากคลินิกเอกชน 2 เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยถูกสุนัขกัดขณะ
ให้ขนม บริเวณปลายนิ้วชี้มือข้างขวา เป็นแผลถลอกมีเลือดออกเล็กน้อย ผู้ปกครองไม่ได้ล้างแผลไม่ได้พาไปพบแพทย์ แผลแห้งเอง

- สุนัข สวนถัดไป 8 ตัว เจ้าของเลี้ยงบนบ้าน 2 ตัวได้รับการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้าย เดือนพฤศจิกายน 2553 เลี้ยงปล่อยอิสระ 6 ตัว
ถึงเวลาทานอาหาร เจ้าของจะเอาข้าวใส่กะละมัง เจ้าของไม่สามารถจับได้ ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า ไม่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วย



ทีม SRRT ได้ลงสอบสวนโรค ได้ประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่เคยได้รับวัคซีนตั้งแต่แรกเกิดรวมทั้งวัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DPT)
2. คลอดเองที่บ้านใช้ไม้ไผ่กลึงให้เรียบเช็ดน้ำยาแอลกอฮอล์ตัดสายสะดือ มารดาไม่เคยได้รับการฉีดท็อกซอยด์ป้องกันบาดทะยัก
3. ประมาณ 3 เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเลี้ยงลูกสุนัขเพศผู้สีน้ำตาล อายุ 2 เดือนไม่ทราบประวัติที่มา และสายพันธุ์ต่อมาสุนัขเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ 1 เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต
4. ประมาณ 2 เดือนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยถูกสุนัขอายุ 2 ปีกัดขณะให้ขนม บริเวณปลายนิ้วชี้มือข้างขวาเป็นแผลถลอกมีเลือดออกเล็กน้อย ผู้ปกครองไม่ได้ล้างแผลไม่ได้พาไปพบแพทย์ แผลแห้งเอง สุนัขเลี้ยงปล่อยอิสระ และได้รับการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้าย เดือนพฤศจิกายน 2553 จากคลินิกเอกชน
5. ประมาณ 2 อาทิตย์ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยโดนตอไม้ปลายแหลมที่หักอยู่ทางเข้าบริเวณหลังด้านขวาเป็นแผลเลือดออกยาวประมาณ 4 เซนติเมตร ไม่ได้ล้างแผลแต่หยดย่าน้ำยาไอโอดีนซึ่งหมดอายุแล้ววันละ 2 ครั้งให้ผ่านแผล แผลบวมแดงไม่มีไข้ ทำแผลประมาณ 1 อาทิตย์
6. ช่วง 3 วันก่อนไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดแขนข้างขวาเกร็ง ต่อมาขาขวาเกร็ง อ้าปากไม่ได้ ทานอาหารไม่ได้ เดินเองไม่ได้ ไม่มีไข้ ปัสสาวะอุจจาระปกติ จึงไปพบแพทย์
7. วันที่ 24 พฤษภาคม สุนัขที่กัดผู้ป่วยเมื่อ 2 เดือนก่อนอาการยังปกติ
ดังนั้นทีม SRRT นี้ก็ถึงโรคบาดทะยัก แต่ได้กักบริเวณสุนัขเพื่อเฝ้าดูอาการ และให้คำแนะนำแก่ผู้เกี่ยวข้อง จึงเดินทางไปสอบสวนโรคที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว
8. ติดตามผลชันสูตรเนื้อสมอง (Brain Autopsy) จากโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 25 พฤษภาคม ตรวจพบสมองอักเสบและไม่พบเชื้อ Rabies virus ในเนื้อสมอง
9. จากการค้นหาไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม

สรุปและวิจารณ์ผล

การสอบสวนโรคครั้งนี้เชื่อว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคบาดทะยักซึ่งจากประวัติผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง และอาการเข้าได้กับโรคบาดทะยัก (ตารางที่ 2) สาเหตุการระบาดในครั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความตระหนักและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคบาดทะยัก และการฉีดวัคซีนป้องกัน แม้ว่าวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักจะอยู่ในวัคซีนขั้นพื้นฐานที่เด็กทุกคนจำเป็นต้องได้รับ

แต่ยังมีกลุ่มคนต่างดาว ชาวเขาที่เป็นคนงานในพื้นที่ และไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน ซึ่งพบจากโครงการณรงค์การฉีดวัคซีนในเขตพัฒนา ดังนั้นนายจ้าง ลูกจ้าง และประชาชนทุกคน ควรตระหนักเกี่ยวกับโรคบาดทะยัก และการฉีดวัคซีนป้องกันให้มากขึ้น

โรคบาดทะยัก (Tetanus) เป็นโรคติดเชื้อที่จัดอยู่ในกลุ่มของโรคทางประสาท และกล้ามเนื้อเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Clostridium tetani* เป็น anaerobic bacteria ย้อมติดสีแกรมบวก ซึ่งผลิต exotoxin มีพิษต่อเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้มีการหดเกร็งตัวอยู่ตลอดเวลา เริ่มแรกกล้ามเนื้อขากรรไกรจะเกร็ง อ้าปากไม่ได้ เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า โรคขากรรไกรแข็ง (lockjaw) ผู้ป่วยจะมีคอแข็ง หลังแข็ง ต่อมามีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วตัวทำให้มีอาการชักได้² สปอร์ของเชื้อนี้พบตามพื้นหญ้าทั่วไปได้นานเป็นเดือน ๆ หรืออาจเป็นปี³ เชื้อพบในลำไส้ของคนและสัตว์ในสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนด้วยมูลสัตว์ เชื้อเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผล โดยแบ่งตัวและขับ exotoxin ออกมาเจริญได้ดีในแผลลึก อากาศเข้าไม่ดี เช่น บาดแผลตะปูตำ แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ผิวหนังถลอกบริเวณกว้าง บาดแผลในปาก ฟันผุหรือเข้าทางหูที่อักเสบโดยการใส่เศษไม้ หรือต้นหญ้าที่มีเชื้อโรคนี้ติดอยู่และฟันหรือยางหู บางครั้งอาจเข้าทางลำไส้ได้ ทางเข้าที่สำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ในทารกแรกเกิด คือ ทางสายสะดือที่ตัดด้วยกรรไกร หรือของมีคมที่ไม่สะอาด พบบ่อยในชนบทคือ การใช้ไม้ไผ่ หรือมีดทำครัวตัดสายสะดือ และการพอกสะดือด้วยยากลางบ้าน หรือโรยด้วยแป้งที่อาจปนเปื้อนเชื้อบาดทะยัก ทำให้เชื้อเข้าสู่แผลรอยตัดที่สะดือ ทำให้เกิดโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดระยะจากที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนเกิดอาการ เรียกว่า ระยะพักตัวประมาณ 3 - 21 วัน^{4,5} เฉลี่ย 8 วัน^{6,7} บาดทะยักในทารกแรกเกิดเริ่มเมื่อทารกอายุประมาณ 3 - 10 วัน⁸ อาการแรก คือ เด็กดูดนมลำบาก หรือไม่ค่อยดูดนม เพราะมีขากรรไกรแข็ง อ้าปากไม่ได้ หน้ายิ้มแฉยะ (Risus sardonius หรือ Sardonius grin) ร้องครางต่อมามี แขน ขาเกร็ง หลังแข็ง และแอน ถ้าเป็นมากชักกระตุกและหน้าเขียว อาการเกร็งมากขึ้นถ้ามีเสียงดังหรือเมื่อจับต้องตัวเด็ก เป็นอันตรายถึงตายได้เพราะขาดออกซิเจน บาดทะยักในเด็กโตหรือ ผู้ใหญ่ระยะพักตัวของโรคประมาณ 5-14 วัน บางรายอาจนานถึง 1 เดือน^{4,5} หรือนานกว่านั้นได้ จนบางครั้งบาดแผลที่เป็นทางเข้าของเชื้อบาดทะยักหายไปแล้ว อาการเริ่มแรกที่จะสังเกตพบคือ ขากรรไกรแข็ง อ้าปากไม่ได้ มีคอแข็ง หลังจากนั้น 1 - 2 วัน ก็จะเริ่มมีอาการเกร็งแข็งในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย คือ หลัง แขน ขา เด็กจะยืนและเดินหลังแข็ง แขนเหยียดเกร็งให้ก้มหลังจะทำไม่ได้

หน้าจะมีลักษณะเฉพาะคล้ายอิมแอสยะ ระยะต่อไปมีอาการกระดูก เช่นเดียวกับในทารกแรกคลอด ถ้ามีเสียงดังหรือจับต้อง ตัวจะเกร็ง และกระดูกมากขึ้น หลังแอ่น และหน้าเขียว อาจทำให้มีการหายใจลำบากถึงตายได้ การวินิจฉัยโรคอาจเพาะเชื้อ *C. tetani* ได้จากแผล โดยทั่วไปแล้วมักจะเพาะเชื้อไม่ได้¹⁰ การวินิจฉัยส่วนใหญ่จึงอาศัยอาการทางคลินิก โรคบาดทะยักจะวินิจฉัยแยกจากโรคสมองอักเสบจากการที่โรคบาดทะยักไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับการรู้สติ นอกจากนี้ในรายที่ชักมากจนสมองขาดออกซิเจน การรักษาทั่วไป ควรหลีกเลี่ยงการจับต้องตัวโดยไม่จำเป็น และอย่าให้มีเสียงดังรบกวนเพราะจะทำให้ชักเกร็งมากขึ้นได้

การรักษาเฉพาะให้ Tetanus Anti Toxin (TAT) จำนวน 10,000 - 20,000 หน่วย เข้าหลอดเลือดหรือให้ Tetanus Immune Globulin (TIG) จำนวน 3,000 - 6,000 หน่วย เข้ากล้ามเนื้อ เพื่อไปทำลาย tetanus toxin ที่ยังไม่จับที่ระบบประสาท และให้ยาปฏิชีวนะ penicillin ขนาดสูง เพื่อทำลายเชื้อ *C. tetani* ที่บาดแผล ให้ยาระงับชัก ยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ งดอาหารและน้ำทางปาก ดูแลเรื่องการหายใจ ก่อนให้ antitoxin ต้องทำ skin test ทุกครั้ง¹¹ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria) โดยวิธีเพาะเชื้อเก็บตัวอย่างเข้าไปลึก ๆ ที่แผล เนื่องจากเชื้อเป็น Anaerobe ใส่ใน Stuart transport media หรือภาชนะที่มีฝาปิด การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะทำในกรณีที่มีบาดแผล โดยจะพบเชื้อได้ประมาณร้อยละ 30 แต่การแปลผลจากการพบเชื้ออาจจะเป็นเชื้อที่อยู่ในธรรมชาติ ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นสาเหตุของบาดทะยักก็ได้ ดังนั้นการวินิจฉัยบาดทะยักไม่จำเป็นต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การควบคุมป้องกันเมื่อมีบาดแผลต้องล้างแผลให้สะอาด โดยการฟอกด้วยสบู่ ล้างด้วยน้ำสะอาดเช็ดด้วยยาฆ่าเชื้อ เช่น แอลกอฮอล์ 70% หรือทิงเจอร์ไอโอดีนผสมสตรีน พร้อมทั้งให้ยาปฏิชีวนะ

รักษาการติดเชื้อ ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักมาก่อน เมื่อมีแผลต้องพบแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ Tetanus Toxoid (TT) ป้องกันโรคบาดทะยักให้ครบและให้ TAT หรือ TIG ในรายที่แผลใหญ่สกปรกมาก การป้องกันที่ดีที่สุด คือ ให้อัตราวัคซีนป้องกัน DPT ตั้งแต่อายุ 2, 4 และ 6 เดือนและเพิ่มอีก 2 ครั้งเมื่ออายุ 1 ปีครึ่ง และอายุ 4 - 6 ปี หลังจากนั้นอาจให้ทุก 10 ปี โดยให้เป็น TT หรือ dT สำหรับการป้องกันบาดทะยักในทารกแรกเกิดที่ดีที่สุด คือ การคลอดและตัดสายสะดือโดยถูกต้อง ดูแลแผลตัดสายสะดือ และที่ได้ผลดี คือ การให้ TT แก่หญิงตั้งครรภ์ โดย 2 ครั้งแรกห่างกัน 1 เดือน ครั้งสุดท้ายในระยะ 6 - 12 เดือน หลังเข็มที่ 2 ซึ่งอาจจะให้ในระยะหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับตามกำหนดจะสร้าง antitoxin ผ่านไปยังทารกแรกเกิดในระดับที่สูงพอที่จะป้องกันโรคบาดทะยักได้ และ antitoxin จะยังคงอยู่ในระดับที่สามารถป้องกันได้นานถึง 3 ปี¹²

สำหรับในประเทศไทย สถานการณ์โรคบาดทะยักทั้งในเด็กแรกเกิดและในผู้ใหญ่ดีขึ้นมาก จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2554 จำนวนผู้ป่วย อัตราป่วย อัตราตายและอัตราป่วยตายลดลง โดยบาดทะยักในผู้ใหญ่จากจำนวนผู้ป่วย 234 ราย ในปี พ.ศ. 2543 ลดลงเหลือ 108 ราย ในปี พ.ศ. 2554 อัตราป่วยลดลงจาก 0.38 เป็น 0.17 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายลดลงจาก 0.05 เป็น 0.02 ต่อประชากรแสนคน¹³ สำหรับบาดทะยักในเด็กแรกเกิดก็มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนจาก 886 ราย ในปี พ.ศ. 2521 เหลือ 19 ราย ในปี พ.ศ. 2543 และเหลือเพียง 1 ราย ในปี พ.ศ. 2554¹⁴ อาจเนื่องจากการเปลี่ยนพฤติกรรมจากการคลอดที่บ้านมาเป็นคลอดที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก (DPT) ในเด็กอายุ 2, 4, 6 เดือน, 1 ปีครึ่ง, 4-6 ปี ทั้งยังกระตุ้น dT ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร่วมกับการให้วัคซีนป้องกันในหญิงตั้งครรภ์¹⁵

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิก และระบาดวิทยาอาการของผู้ป่วยเปรียบเทียบ ระหว่างโรคบาดทะยัก และพิษสุนัขบ้า

ผู้ป่วยเสียชีวิต	โรคบาดทะยัก	โรคพิษสุนัขบ้า
ระยะฟักตัว 8 วัน	5-14 วัน ^{4,5}	1-3 เดือน ¹⁶
ระยะป่วยถึงเสียชีวิต 6 วัน	ชั่วโมง - 5 วัน ^{6,7}	2-6 วัน ¹⁶
ไม่ได้ฉีดวัคซีน DTP	/	
มีบาดแผลที่เกิดจากของมีคม	/	
มีประวัติคลุกคลี หรือถูกสุนัขกัด		/
แขน ขา เกร็งตลอดเวลา	/	
ขากรรไกรเกร็ง อ้าปากไม่ได้	/	
ปวดกล้ามเนื้อรุนแรง	/	
ผลตรวจเนื้อสมองไม่พบเชื้อ Rabies	/	

การควบคุม และป้องกันโรค

1. ทีม SRRT ได้ให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และโรคบาดทะยักแก่ผู้ปกครอง คนงาน และเจ้าของสวน การป้องกันโรคหลังจากถูกสุนัขกัดหรือข่วน ต้องรีบล้างแผลด้วยสบู่และน้ำสะอาด ให้ลึกถึงก้นแผลใส่ ยารักษาแผลสด ตรวจสอบวันหมดอายุ แล้วรีบไปพบแพทย์

2. กักบริเวณสุนัขเฝ้าดูอาการ ติดตามดูอาการสัตว์ที่กัดเป็นเวลา 10 วัน พบว่าอาการปกติ

3. ประสานกับโรงพยาบาลเรื่องการติดตามฉีดวัคซีน เปลี่ยนเป็น Pre-Exposure

4. ประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่สัตว์เลี้ยง รวมถึงสุนัขที่กัดเด็ก หลังเฝ้าสังเกตอาการแล้วปกติ

5. เนื่องด้วยมารดาผู้ป่วยไม่ได้คุมกำเนิดอีกทั้งเป็นชาวเขามีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา จึงฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักให้

6. ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่ประชาชนในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร แนะนำให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ช้างทะเลเบียนสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ และเฝ้าระวังโรคในพื้นที่อย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

เนื่องด้วยในตอนแรกผู้ป่วยรายนี้สงสัยโรคพิษสุนัขบ้า แต่รายงานหลังผู้ป่วยเสียชีวิต 3 วันซึ่งหากเป็นโรคพิษสุนัขบ้าจริงจะทำให้การควบคุมโรคไม่สามารถทำได้ทันการจึงควรมีการพัฒนากระบวนการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อรุนแรงที่เร็วขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้อีก สำหรับการสอบสวนโรคในเด็กประวัติการได้รับวัคซีนมีความสำคัญดังนั้นผู้ปกครองควรนำสมุดการได้รับวัคซีนมาทุกครั้งที่พบแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ อำนาจ กุศลานันท์ ภาควิชานิติเวช โรงพยาบาลศิริราช สำหรับผลการชันสูตรและนายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย กลุ่มงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำการสอบสวนและเขียนรายงานครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดเชื้อ ประเทศไทย 2550; 109, 118-9.
2. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. ตำราโรคติดเชื้อ 2548; 579-606.
3. Arnon SS. Tetanus (*Clostridium tetani*). In: Kliegman

RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editors. Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia; Saunders; 2007. p. 1228-30.

4. Weinstein L. Tetanus. N Engl J Med 1973; 289: 1293-6.
5. Patel JC, Mehta BC. Tetanus: study of 8,697 cases. Indian J Med Sci 1999; 53: 393-401.
6. Brauner JS, Vieira SR, Bleck TP. Changes in severe accidental tetanus mortality in the ICU during two decades in Brazil. Intensive Care Med 2002; 28: 930-5.
7. Thwaites CL, Yen LM, Nga NT, Parry J, Binh NT, Loan HT, et al. Impact of improved vaccination programme and intensive care facilities on incidence and outcome of tetanus in southern Vietnam, 1993-2002. Trans R Soc Trop Med Hyg 2004; 98: 671-7.
8. Brett EM, editor. Pediatric neurology. 3rd ed. Londres: Churchill Livingstone; 1997. p. 667-9.
9. Patel JC, Mehta BC. Tetanus: study of 8,697 cases. Indian J Med Sci 1999; 53: 393-401.
10. Abrahamian FM, Pollack CV Jr, Lo Vecchio F, Nanda R, Carlson RW. Fatal tetanus in a drug abuser with "protective" antitetanus antibodies. J Emerg Med 2000; 18: 189-93.
11. McCracken GH, Dowell DL, Marshall FM. Double blind trial of quinine antitoxin and human immune globulin in tetanus neonatorum. Lancet 1971; 1: 1146-9.
12. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. การให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก. [สืบค้นวันที่ 1 มิถุนายน 2554]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaicd.ddc.moph.go.th/vac_T_47.html
13. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. Tetanus exc neonatorum. [สืบค้นวันที่ 14 มีนาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=25&yr=54
14. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. Tetanus neonatorum. [สืบค้นวันที่ 14 มีนาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=53&yr=54
15. Areeya D. Tetanus neonatorum. BMJ 2010; 27(2): 233-42.
16. WHO. Rabies. [Cited 2010 Sep]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/>

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุธี สฤกษ์ศิริ และ สุจิตรา กัตัญญูทิตา. การสอบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคบาดทะยัก เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร เดือนพฤษภาคม 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43: 177-83.

Suggested Citation for this Article

Suthee Saritsiri, Sujittra Katanyoothita. Case Investigation of Tetanus Death in May 2011, Taweewattana District, Bangkok. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2012; 43: 177-83.



**ขอเชิญส่งผลงาน Logo SRRT เก็บประกวด
ชิงเงินรางวัล มูลค่า 5,000 บาท**

สำหรับท่านที่มีความสามารถและความคิดสร้างสรรค์ เชิญชวนออกแบบ Logo SRRT และชื่อภาษาไทยที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าใจง่าย โดยส่งผลงานเป็น File. jpg. พร้อมรายละเอียด ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

ผลงานถือความหมายถึง

ความร่วมมือกัน ความมีส่วนร่วม การทำงานเป็นเครือข่ายในการปฏิบัติงาน ระบาดวิทยาภาคสนาม

ผลงานถือประกอบด้วย

1. การออกแบบ Logo เงินรางวัลมูลค่า 4,000 บาท
 - 1.1 Logo SRRT
 - 1.2 อธิบายความหมาย Logo
2. ชื่อ SRRT ภาษาไทยที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าใจง่าย
เงินรางวัลมูลค่า 1,000 บาท

ส่งผลงานเข้าร่วมประกวดได้ที่

E-Mail : srrt_thailand@yahoo.com

หมดเขตส่งผลงานวันที่ 30 เมษายน 2555

หมายเหตุ : ขอสงวนสิทธิ์ในการคัดแปลงผลงานที่ชนะเลิศ ก่อนนำไปใช้งานจริง
สอบถามรายละเอียดได้ที่ : คุณรุ่งทิพย์ ยิบพิทกุล โทรศัพท์ 0 2590 1713

ศุภฤกษ์ ไชยานุวัตวิงษ์, ปภาณิจ สวงโท, อรพรรณ อาจคำภา และ ธราวิทย์ อุปพงษ์

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

✉ supawinee_nui@hotmail.com

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างวันที่ 18 - 24 มีนาคม 2555 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. **อุจจาระร่วงเสียชีวิต จังหวัดสระแก้ว** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 7 เดือน อยู่หมู่ที่ 1 ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ซึ่งมีป้าอายุ 42 ปี อาชีพรับจ้างเย็บรองเท้า เป็นผู้ดูแลเด็กเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 10 - 11 มีนาคม 2555 ด้วยอาการไข้ต่ำ ๆ ถ่ายเหลวกะปริดกะปรอย ตึมนมและน้ำได้ปกติ โดยอาหารที่รับประทานเป็นข้าวต้มปรุงสุกใหม่ทุกครั้ง และชวดนมต้มทุกครั้ง วันที่ 12 มีนาคม 2555 เด็กมีอาการถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง มีเศษอาหารปน สีเหลืองปกติ ไม่เหม็นคาว มีไข้ อาเจียน 1 ครั้ง จึงพามาบริการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในให้ยาลดไข้และสารน้ำทางเส้นเลือด วันที่ 13 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่ซึม ทานน้ำและนมเองได้ แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน ได้แก่ เกลือแร่ ยาลดไข้ ยาแก้อาเจียน ช่วงเย็นของวันที่ 13 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ปวดท้อง มีไข้ ถ่ายเหลวกะปริดกะปรอย ป้าจึงนำไปรักษาที่คลินิกแพทย์แห่งหนึ่งในอำเภอวังน้ำเย็น แพทย์ให้ยาลดไข้ ยาแก้อาเจียน ยาแก้ปวดท้อง ยาฆ่าเชื้อ และผงน้ำตาลเกลือแร่ รับประทานที่บ้าน วันที่ 13 - 16 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านโดยมีอาการอาเจียน 1 ครั้ง ถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง และไข้ต่ำ ๆ ทุกวัน วันที่ 17 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยถ่ายเหลวทั้งวันมากกว่า 10 ครั้ง สีเหลือง ไม่เหม็นคาว อาเจียน 1 ครั้ง ไข้สูง เวลาประมาณ 19.00 น. จึงนำส่งโรงพยาบาลวังน้ำเย็น อาการแรกเริ่ม เด็กซึม ผิวหนังแห้ง มือเท้าเย็น ตาลึก ซีด ไข้ 40 องศาเซลเซียส ชีพจร 160 ครั้ง/นาที หายใจ 66 ครั้ง/นาที แพทย์รับเป็นผู้ป่วยในแต่ไม่สามารถให้สารน้ำทางเส้นเลือดได้ และเมื่อเวลา 20.30 น. ผู้ป่วยมีอาการช็อคและหยุดหายใจแพทย์จึงทำการฟื้นคืนชีพประมาณ 1 ชั่วโมง เวลา 21.30 น. ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากภาวะร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง ไม่ได้เก็บตัวอย่างจากผู้เสียชีวิตส่งตรวจ ในครอบครัวและบ้านใกล้เคียงไม่มีผู้ป่วยรายอื่น

2. สงสัยไข้เลือดออกช็อค เสียชีวิต ใน 2 จังหวัด

รายที่ 1 จังหวัดสระแก้ว ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 17 ปี อยู่ที่

หมู่ 4 บ้านคลองท้วม ตำบลทับพริก อำเภอรัญประเทศ เริ่มป่วยวันที่ 9 มีนาคม 2555 ด้วยอาการคลื่นเนื้อครั้นตัว ปวดศีรษะ ขณะเดินทางไปทัศนศึกษากับทางโรงเรียน ที่พิพิธภัณฑน์หุ่นขี้ผึ้งและตลาดน้ำ จังหวัดราชบุรี มีเพื่อนเดินทางไปทัศนศึกษาประมาณ 400 คน แบบไป - กลับ ทั้งนี้ในระหว่างวันที่ 3 - 15 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยเดินทางไปบ้านเพื่อนและโรงเรียนแห่งหนึ่งเป็นประจำ หลังจากเริ่มมีอาการป่วยไม่ได้ไปซื้อยาหรือไปรับการรักษาที่ใด และยังเดินทางไปต่าง ๆ ได้ตามปกติ ในช่วงที่ป่วยมีเลือดซึม ๆ ออกทางช่องคลอดคล้ายประจำเดือน ในวันที่ 15 มีนาคม 2555 มีอาการปวดศีรษะ อาเจียนในช่วงกลางวัน และเข้านอนประมาณ 20.00 น. โดยไม่รับประทานอาหาร เวลาประมาณ 21.00 น. มารดาได้ยินเสียงร้อง ไอ หอบเหนื่อย และพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ญาตินำส่งโรงพยาบาลคลองหาด ตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 50/0 มม.ปรอท ชีพจร 140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct = 38%, WBC = 6090 cells/mm³, Platelet = 106,000 cells/mm³ แพทย์วินิจฉัย Septic shock ให้การรักษาเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในเวลา 23.00 น. ของวันเดียวกัน ผลการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่ 16 มีนาคม 2555 Hct. = 17%, WBC = 1500 cells/mm³, PMN = 50%, Lymp = 40%, Platelet = 22,000 cells/mm³ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกช็อค (DSS) ผู้ป่วยเสียชีวิตวันที่ 17 มีนาคม 2555 เวลา 00.30 น. ผลการตรวจ Dengue IgM ที่ห้องปฏิบัติการเอกชนให้ผลลบ ทีม SRRT ได้ดำเนินการสอบสวนโรคในวันที่ 16 มีนาคม 2555 ผลการสำรวจ HI = 14.28% CI = 4.31% ได้ทำควบคุมโดยการฉีดพ่นยุงลายตัวแก่ด้วยเครื่องพ่นแบบ ULV ใส่ทรายที่มีฟอสฟอรัสในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยทำการควบคุมโรคทั้งหมดบ้าน ร่วมกับประสานทีม SRRT อำเภอกองหาดเข้าดำเนินการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและกำจัดยุงตัวเต็มวัยที่บ้านเพื่อนซึ่งผู้ป่วยไปพักขณะป่วย

ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านของผู้ป่วยและเพื่อนที่ผู้ป่วยเดินทางไปเป็นประจำก่อนป่วย ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาเรื่องการมารับการรักษาเข้ามา คือ เมื่อเกิดการช็อกและหมดสติแล้ว ส่วนสาเหตุการป่วยถึงแม้ผลการตรวจ Dengue IgM ให้ผลลบอาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากได้รับการเจาะเลือดในวันที่ 6 หลังจากเริ่มป่วยซึ่งในผู้ป่วยบางรายยังมีโอกาสที่ระดับภูมิคุ้มกันยังไม่สูงจนถึงจุดที่ตรวจวัดได้

รายที่ 2 จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วยชาย สัญชาติไทย อายุ 15 ปี มีโรคประจำตัว คือ Down's syndrome อยู่หมู่ที่ 8 บ้านยาง ตำบลหนองกบ อำเภอบ้านโป่ง เริ่มป่วยวันที่ 7 มีนาคม 2555 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute upper respiratory tract infection (URI) และให้ยา กลับไปรับประทานที่บ้าน วันที่ 10 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาลอีกครั้ง แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน แรกรับ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct= 49.4%, WBC = 6000 cells/mm³, Platelet = 57,000 cells/mm³, SGOT = 109, SGPT = 90 วันที่ 12 - 13 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟันและถ่ายดำ วันที่ 13 มีนาคม 2555 เวลา 05.00 น. ย้ายเข้ารับการรักษาที่แผนก ICU และเสียชีวิตเวลา 09.00 น. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกช็อก-เสียชีวิต (DSS) จากการสอบสวนประวัติย้อนหลัง พบน้องสาวผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในบ้านเดียวกันมีประวัติเป็นไข้เลือดออกช็อก แต่ไม่เสียชีวิต ในช่วงเดือนมกราคม 2555 และผู้ป่วยศึกษาที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงเรียนสำหรับเด็กบกพร่องทางสมอง และเดินทางกลับบ้านทุกวันเสาร์-อาทิตย์ ดำเนินการควบคุมโรค โดยสำรวจจากชนที่มีน้ำขังรอบบริเวณบ้านผู้ป่วยรัศมี 100 เมตร จากการสำรวจ 19 หลังคาเรือน พบค่า HI = 15.79% CI = 1.88% ได้พ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวแก่ และให้สุขศึกษากับประชาชนในหมู่บ้าน พร้อมทั้งเฝ้าระวังผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มเติม

3. โรคอาหารเป็นพิษ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2 เหตุการณ์

อำเภอบ้านโคก พบผู้ป่วยจำนวน 47 ราย เข้ารักษาที่ รพ.สต.ม่วงเจ็ดต้น 28 ราย โรงพยาบาลบ้านโคก จำนวน 19 ราย ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 5 - 79 ปี แพทย์วินิจฉัยอาหารเป็นพิษ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลจาก Rectal swab 6 ราย พบเชื้อ *E. coli* จำนวน 1 ราย จากการสอบสวนโรค พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเข้าร่วมงานทำบุญร้อยวัน และรับประทานอาหารโต๊ะจีน หมู่ 3 บ้านวังสัมพันธ์ ตำบลม่วงเจ็ดต้น อำเภอบ้านโคก โดยมีผู้ร่วมงานประมาณ 240 คน รายการอาหาร คือ ขาหมู ไก่อบ

ยำรวมมิตรทะเล ต้มยำทะเล ปลาราดพริก และข้าวผัด ผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการหลังรับประทานอาหาร 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดท้องและถ่ายเหลว ร้อยละ 97.8 ไข้ ร้อยละ 62.2 ปวดศีรษะ ร้อยละ 60.0 และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 35.6 ผู้ป่วยรับประทานไก่อบและต้มยำทะเล ร้อยละ 88.9 ปลาราดพริก ร้อยละ 82.2 ขาหมูและข้าวผัด ร้อยละ 80.0 และยำรวมมิตรทะเล ร้อยละ 73.3 ทีมสอบสวนโรคได้ดำเนินการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติม และให้สุขศึกษาด้านสุขาภิบาลอาหารในชุมชน

อำเภอหน้าป่าด พบผู้ป่วย 10 ราย เป็นผู้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 5 ราย และจากการสอบสวนโรคพบผู้ป่วยเพิ่มเติมอีก 5 ราย โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานด้วยกัน รวมทั้งไม่ได้รับประทานในวันเดียวกัน ผู้ป่วยเริ่มป่วยระหว่างวันที่ 10 - 15 มีนาคม 2555 ด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย หลังรับประทานแมลงทอดจากร้านเดียวกันในเทศบาล ทอมกระเทียม อำเภอหน้าป่าด ซึ่งจัดในวันที่ 10 - 15 มีนาคม 2555 ผู้ป่วยมีอาการหลังรับประทานแมลงทอด 5-11 ชั่วโมง ทีมสอบสวนได้ลงพื้นที่สอบสวนโรคในวันที่ 16 มีนาคม 2555 เก็บตัวอย่างแมลงทอดจากร้านดังกล่าวจำนวน 5 ชนิด ส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลการตรวจไม่พบเชื้อก่อโรค และไม่สามารถตรวจหาสารเคมีได้เนื่องจากตัวอย่างที่ส่งมีจำนวนน้อยเกินไป กิจกรรมควบคุมโรคของทีม SRRT ร่วมกับเทศบาลตำบลหน้าป่าด คือ ให้สุขศึกษาเรื่องสุขาภิบาลอาหารและการเลือกวัตถุดิบที่ปลอดภัยปนเปื้อนกับผู้ประกอบการร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร และในการจัดเทศกาลทุกครั้งต้องมีการตรวจมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านค้าแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกครั้ง

สถานการณ์ต่างประเทศ

โรคมือ เท้า ปาก ประเทศไต้หวัน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 10 มีนาคม 2555 หน่วยงานสาธารณสุขของเมืองไทเปได้รับรายงานจากโรงพยาบาลในอำเภอต่าง ๆ ว่า พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 1,182 ราย ซึ่งสูงเป็น 2.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วย 417 รายที่ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลเหล่านี้ในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังมีรายงานจากโรงเรียนต่าง ๆ รอบกรุงไทเปว่า พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 1,384 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 10 มีนาคม 2555 ซึ่งสูงเป็น 3.93 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วย 352 รายในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา โดยที่เด็กทารกจนถึงเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดอาการรุนแรง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ได้รับรายงานในปีนี้มีส่วนหนึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยม

บทความเรื่อง การระบาดของโรคแผลมูกปากจากไวรัสเริม ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง
ตำบลถ้ำ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร เดือนพฤษภาคม - กันยายน 2554

จาก ระหว่างวันที่ 9 มิถุนายน - 10 พฤศจิกายน 2554 เปลี่ยนเป็น ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม - 10 พฤศจิกายน 2554

1. ศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

นิยามในการค้นหาของผู้ป่วย ดังนี้ คือ

ผู้ป่วยสงสัยโรคแผลมูกปากจากไวรัสเริม [Suspected case] หมายถึง นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ก ตำบลถ้ำ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ด้วยอาการปวดแสบปวดร้อนมูกปาก ปากบวมแดง ชามูกปาก คัน ผื่น ตุ่มน้ำใส ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม - 10 พฤศจิกายน 2554

3. ศึกษาระบาดของวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study)

นิยามผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วยที่ใช้ในการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ดังนี้

นิยามผู้ป่วย (Ill person) หมายถึง นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ก ตำบลถ้ำ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ อาการปวดแสบปวดร้อนมูกปาก ปากบวมแดง ชามูกปาก คัน ผื่น ตุ่มน้ำใส ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม - 10 พฤศจิกายน 2554

นิยามผู้ไม่ป่วย (Non-ill person) หมายถึง นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ก ตำบลถ้ำ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร ที่ไม่มีอาการทุกอย่างดังต่อไปนี้ อาการปวดแสบปวดร้อนมูกปาก ปากบวมแดง ชามูกปาก คัน ผื่น ตุ่มน้ำใส ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม - 10 พฤศจิกายน 2554

3. ผลการศึกษาระบาดของวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Retrospective-Cohort Study Result)

ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม - 5 กันยายน 2554 พบผู้ป่วยที่นิยามเข้าได้กับนิยาม จำนวน 19 ราย และผู้ไม่ป่วย จำนวน 36 ราย รวมประชากรที่ศึกษาจำนวน 55 ราย เปลี่ยนเป็น

ระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม - 5 กันยายน 2554 พบผู้ป่วยที่นิยามเข้าได้กับนิยาม จำนวน 19 ราย และผู้ไม่ป่วย จำนวน 36 ราย รวมประชากรที่ศึกษาจำนวน 55 ราย

ข้อมูลที่แก้ไขดังกล่าวได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงในฐานข้อมูล WESR เรียบร้อยแล้ว
สามารถดาวน์โหลดได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/>

หากต้องการอ้างอิงข้อมูล เรื่อง การระบาดของโรคแผลมูกปากจากไวรัสเริม ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง

ตำบลถ้ำ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร เดือนพฤษภาคม - กันยายน 2554

โปรดอ้างอิงจากข้อมูลใน Website เท่านั้น



ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 12

Reported Cases of Diseases under Surveillance 506, 12nd 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. 2555 สัปดาห์ที่ 12

Table 1 Reported Cases of Priority Diseases under Surveillance by Compared to Previous Year, Thailand, 2012, 12nd Week

Disease	2012				Case* (Current 4 week)	Mean** (2007-2011)	Cumulative 2012	
	Week 9	Week 10	Week 11	Week 12			Cases	Deaths
	Cases	Cases	Cases	Cases				
Cholera	0	0	0	0	0	38	17	0
Influenza	643	608	416	174	1841	2409	8389	0
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	1	0	0
Measles	136	133	124	32	425	438	1614	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	0	2	1
Pertussis	1	0	0	0	1	4	2	0
Pneumonia (Admitted)	3673	3235	2620	1341	10869	11263	40752	186
Leptospirosis	27	26	18	8	79	156	433	6
Hand foot and mouth disease	388	343	280	113	1124	702	4035	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)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 (1 มกราคม - 28 มีนาคม 2555)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2012 (January 1 - March 28, 2012)

REPORTING AREAS**	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2011							DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2012							POP. DEC 31, 2010	
	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 (%)
TOTAL	3966	4610	1939	68099	61	106.61	0.09	1893	1935	1123	0	4951	6	7.75	0.12	63,878,267
CENTRAL REGION	2459	3381	1241	35557	22	164.44	0.06	1120	1019	602	0	2741	5	12.68	0.18	21,623,488
BANGKOK METRO POLIS	794	1758	531	10898	5	191.15	0.05	303	271	174	0	748	1	13.12	0.13	5,701,394
ZONE 1	146	175	65	3607	3	103.45	0.08	68	68	38	0	174	0	4.99	0.00	3,486,866
NONHABURI	76	86	35	1354	1	122.90	0.07	34	28	22	0	84	0	7.62	0.00	1,101,743
P.NAKORN S.AYUTTHAYA	17	17	1	699	1	89.38	0.14	10	4	7	0	21	0	2.69	0.00	782,096
PATHUM THANI	25	38	14	838	1	85.02	0.12	7	15	4	0	26	0	2.64	0.00	985,643
SARABURI	28	34	15	716	0	115.97	0.00	17	21	5	0	43	0	6.96	0.00	617,384
ZONE 2	181	186	59	2165	0	136.13	0.00	79	106	71	0	256	0	16.10	0.00	1,590,419
ANG THONG	27	18	10	355	0	124.57	0.00	13	14	7	0	34	0	11.93	0.00	284,970
CHAI NAT	30	34	14	357	0	106.59	0.00	10	26	26	0	62	0	18.51	0.00	334,934
LOP BURI	124	133	34	1399	0	185.09	0.00	56	65	36	0	157	0	20.77	0.00	755,854
SING BURI	0	1	1	54	0	25.16	0.00	0	1	2	0	3	0	1.40	0.00	214,661
ZONE 3	351	297	135	5639	6	180.59	0.11	103	102	69	0	274	1	8.77	0.36	3,122,519
CHACHOENGSAO	159	151	67	1883	1	279.40	0.05	41	27	24	0	92	0	13.65	0.00	673,933
NAKHON NAYOK	11	6	1	262	0	103.67	0.00	0	4	0	0	4	0	1.58	0.00	252,734
PRACHIN BURI	40	41	12	822	0	176.18	0.00	7	17	13	0	37	0	7.93	0.00	466,572
SA KAE0	27	21	6	802	1	147.40	0.12	18	23	23	0	64	1	11.76	1.56	544,100
SAMUT PRAKAN	114	78	49	1870	4	157.78	0.21	37	31	9	0	77	0	6.50	0.00	1,185,180
ZONE 4	420	419	180	5089	2	150.34	0.04	252	235	117	0	604	1	17.84	0.17	3,384,947
KANCHANABURI	0	0	13	697	1	83.00	0.14	36	53	20	0	109	0	12.98	0.00	839,776
NAKHON PATHOM	158	140	67	1414	0	164.37	0.00	64	39	30	0	133	0	15.46	0.00	860,246
RATCHABURI	200	239	75	1917	1	228.47	0.05	105	93	45	0	243	1	28.96	0.41	839,075
SUPHAN BURI	62	40	25	1061	0	125.44	0.00	47	50	22	0	119	0	14.07	0.00	845,850
ZONE 5	290	250	93	3628	2	218.67	0.06	126	94	39	0	259	1	15.61	0.39	1,659,111
PHETCHABURI	51	42	13	1240	1	267.22	0.08	18	14	6	0	38	0	8.19	0.00	464,033
PRACHUAP KHIRI KHAN	41	31	25	656	0	128.85	0.00	17	14	13	0	44	0	8.64	0.00	509,134
SAMUT SAKHON	165	130	45	1254	1	254.94	0.08	76	48	14	0	138	0	28.06	0.00	491,887
SAMUT SONGKHRAM	33	47	10	478	0	246.32	0.00	15	18	6	0	39	1	20.10	2.56	194,057
ZONE 9	277	296	178	4531	4	169.18	0.09	189	143	94	0	426	1	15.91	0.23	2,678,232
CHANTHABURI	42	42	12	816	0	158.56	0.00	19	20	4	0	43	0	8.36	0.00	514,616
CHON BURI	109	129	65	1830	0	139.03	0.00	76	54	26	0	156	1	11.85	0.64	1,316,293
RAYONG	105	113	77	1424	4	227.33	0.28	75	62	54	0	191	0	30.49	0.00	626,402
TRAT	21	12	24	461	0	208.67	0.00	19	7	10	0	36	0	16.30	0.00	220,921
SOUTHERN REGION	411	401	339	5451	8	61.30	0.15	412	489	237	0	1138	0	12.80	0.00	8,893,050
ZONE 6	146	127	89	1916	3	54.39	0.16	110	141	75	0	326	0	9.25	0.00	3,522,442
CHUMPHON	17	16	4	283	1	57.76	0.35	9	26	13	0	48	0	9.80	0.00	489,964
NAKHON SI THAMMARAT	49	40	18	808	1	53.07	0.12	41	47	18	0	106	0	6.96	0.00	1,522,561
PHATTHALUNG	54	43	49	475	0	93.22	0.00	34	35	21	0	90	0	17.66	0.00	509,534
SURAT THANI	26	28	18	350	1	34.99	0.29	26	33	23	0	82	0	8.20	0.00	1,000,383
ZONE 7	113	117	113	1573	2	85.65	0.13	134	146	75	0	355	0	19.33	0.00	1,836,621
KRABI	50	49	58	718	1	165.93	0.14	63	71	54	0	188	0	43.45	0.00	432,704
PHANGNGA	16	11	12	284	0	112.20	0.00	14	18	7	0	39	0	15.41	0.00	253,112
PHUKET	21	7	16	216	1	62.60	0.46	20	22	0	0	42	0	12.17	0.00	345,067
RANONG	5	14	4	80	0	43.70	0.00	7	14	14	0	35	0	19.12	0.00	183,079
TRANG	21	36	23	275	0	44.17	0.00	30	21	0	0	51	0	8.19	0.00	622,659
ZONE 8	152	157	137	1962	3	55.52	0.15	168	202	87	0	457	0	12.93	0.00	3,533,987
NARATHIWAT	16	23	39	319	0	43.27	0.00	33	44	17	0	94	0	12.75	0.00	737,162
PATTANI	11	16	8	155	0	23.65	0.00	5	13	6	0	24	0	3.66	0.00	655,259
SATUN	32	32	22	333	1	112.06	0.30	37	35	20	0	92	0	30.96	0.00	297,163
SONGKHLA	84	76	65	1044	2	76.93	0.19	87	104	41	0	232	0	17.10	0.00	1,357,023
YALA	9	10	3	111	0	22.77	0.00	6	6	3	0	15	0	3.08	0.00	487,380

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวนรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 (1 มกราคม - 28 มีนาคม 2555)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance, by Date of Onset by Province, Thailand, 2012 (January 1 - March 28, 2012)

REPORTING AREAS**	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2011							DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2012							POP. DEC 31, 2010	
	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	667	464	215	14942	14	69.26	0.09	194	224	140	0	558	1	2.59	0.18	21,573,318
ZONE 10	26	22	4	732	1	20.42	0.14	10	24	5	0	39	0	1.09	0.00	3,584,657
BUNGAN	0	0	0	43	0	10.66	0.00	1	8	0	0	9	0	2.23	0.00	403,542
LOEI	16	10	2	308	1	49.35	0.32	2	10	1	0	13	0	2.08	0.00	624,066
NONG BUA LAM PHU	0	0	0	94	0	18.69	0.00	0	5	2	0	7	0	1.39	0.00	502,868
NONG KHAI	2	6	0	139	0	27.29	0.00	3	1	0	0	4	0	0.79	0.00	509,395
UDON THANI	8	6	2	148	0	9.58	0.00	4	0	2	0	6	0	0.39	0.00	1,544,786
ZONE 11	18	3	5	417	2	19.25	0.48	3	6	3	0	12	0	0.55	0.00	2,165,872
MUKDAHAN	2	0	0	112	1	32.98	0.89	2	3	0	0	5	0	1.47	0.00	339,575
NAKHON PHANOM	10	3	5	219	0	31.13	0.00	0	1	1	0	2	0	0.28	0.00	703,392
SAKON NAKHON	6	0	0	86	1	7.66	1.16	1	2	2	0	5	0	0.45	0.00	1,122,905
ZONE 12	200	124	61	3724	9	74.47	0.24	50	51	56	0	157	0	3.14	0.00	5,000,798
KALASIN	10	3	7	240	2	24.43	0.83	0	3	8	0	11	0	1.12	0.00	982,578
KHON KAEN	83	46	38	1167	4	66.02	0.34	28	23	32	0	83	0	4.70	0.00	1,767,601
MAHA SARAKHAM	41	30	5	591	0	62.81	0.00	12	14	10	0	36	0	3.83	0.00	940,911
ROI ET	66	45	11	1726	3	131.79	0.17	10	11	6	0	27	0	2.06	0.00	1,309,708
ZONE 13	149	74	35	3769	0	90.23	0.00	19	23	14	0	56	0	1.34	0.00	4,176,953
AMNAT CHAROEN	3	7	3	311	0	83.57	0.00	1	2	0	0	3	0	0.81	0.00	372,137
SI SA KET	89	41	30	2157	0	148.51	0.00	14	18	3	0	35	0	2.41	0.00	1,452,471
UBON RATCHATHANI	47	24	2	1128	0	62.21	0.00	3	3	11	0	17	0	0.94	0.00	1,813,088
YASOTHON	10	2		173	0	32.08	0.00	1	0	0	0	1	0	0.19	0.00	539,257
ZONE 14	274	241	110	6300	2	94.81	0.03	112	120	62	0	294	1	4.42	0.34	6,645,038
BURI RAM	1	13	16	1023	1	65.84	0.10	15	7	14	0	36	0	2.32	0.00	1,553,765
CHAIYAPHUM	54	45	13	843	0	74.77	0.00	18	25	9	0	52	0	4.61	0.00	1,127,423
NAKHON RATCHASIMA	155	150	68	2485	0	96.24	0.00	73	62	30	0	165	1	6.39	0.61	2,582,089
SURIN	64	33	13	1949	1	141.05	0.05	6	26	9	0	41	0	2.97	0.00	1,381,761
NORTHERN REGION	429	364	144	12149	17	103.06	0.14	167	203	144	0	514	0	4.36	0.00	11,788,411
ZONE 15	35	54	10	1057	2	34.66	0.19	19	32	6	0	57	0	1.87	0.00	3,049,730
CHIANG MAI	21	41	7	594	2	36.21	0.34	16	24	3	0	43	0	2.62	0.00	1,640,479
LAMPANG	7	5	3	199	0	26.12	0.00	2	6	3	0	11	0	1.44	0.00	761,949
LAMPHUN	4	5	0	99	0	24.47	0.00	1	2	0	0	3	0	0.74	0.00	404,560
MAE HONG SON	3	3	0	165	0	67.97	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	242,742
ZONE 16	24	23	17	809	1	30.86	0.12	8	10	4	0	22	0	0.84	0.00	2,621,641
CHIANG RAI	21	20	12	516	1	43.06	0.19	5	8	3	0	16	0	1.34	0.00	1,198,218
NAN	1	0	0	45	0	9.45	0.00	0	1	1	0	2	0	0.42	0.00	476,363
PHAYAO	1	1	2	154	0	31.67	0.00	0	1	0	0	1	0	0.21	0.00	486,304
PHRAE	1	2	3	94	0	20.40	0.00	3	0	0	0	3	0	0.65	0.00	460,756
ZONE 17	156	120	48	4315	6	125.59	0.14	70	68	50	0	188	0	5.47	0.00	3,435,803
PHETCHABUN	42	23	7	1229	3	123.39	0.24	9	21	19	0	49	0	4.92	0.00	996,031
PHITSANULOK	45	38	21	1249	0	146.99	0.00	17	13	15	0	45	0	5.30	0.00	849,692
SUKHOTHAI	28	14	4	829	0	137.76	0.00	16	11	2	0	29	0	4.82	0.00	601,778
TAK	31	26	14	662	2	125.93	0.30	20	16	8	0	44	0	8.37	0.00	525,684
UTTARADIT	10	19	2	346	1	74.79	0.29	8	7	6	0	21	0	4.54	0.00	462,618
ZONE 18	214	167	69	5968	8	222.58	0.13	70	93	84	0	247	0	9.21	0.00	2,681,237
KAMPHAENG PHET	61	52	30	1177	2	161.88	0.17	20	27	30	0	77	0	10.59	0.00	727,093
NAKHON SAWAN	93	65	16	2629	3	244.90	0.11	24	25	18	0	67	0	6.24	0.00	1,073,495
PHICHIT	48	34	13	1966	3	355.71	0.15	13	27	24	0	64	0	11.58	0.00	552,690
UTHAI THANI	12	16	10	196	0	59.76	0.00	13	14	12	0	39	0	11.89	0.00	327,959

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัชย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักงานระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้จากรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

** แบ่งจังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

C = Cases D = Deaths



ประกาศ WESR



เนื่องด้วยในปีงบประมาณ 2555 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีนโยบายที่จะลดจำนวนการผลิตสิ่งพิมพ์ของรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ (WESR) และฉบับผนวก (Supplement) เพื่อตอบสนองนโยบายประหยัดพลังงาน ลดภาวะโลกร้อนจากจำนวน 2,200 ฉบับ เหลือเพียง 1,000 ฉบับ

จึงขอเชิญชวนบุคคลทั่วไป หรือหน่วยงานอื่น ๆ หากมีความประสงค์สมัครสมาชิก รายงาน WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email) สามารถสมัครได้ที่เว็บไซต์ สำนักระบาดวิทยา <http://boe-wesr.net> กรอกชื่อ ที่อยู่ หน่วยงานสังกัด และ อีเมลล์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

สำหรับสมาชิกเก่า WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Email)

กรุณากรอกรายละเอียดข้อมูลสมาชิก(ให้ครบถ้วน) เพื่อยืนยันการรับรายงาน WESR ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้ ที่ http://boe-wesr.net/index.php?page=submit_form_g หากสมาชิกท่านใดไม่ยืนยันการรับรายงาน WESR (Email) มิฉะนั้นทางสำนักระบาดวิทยาจะระงับการเป็นสมาชิกของท่าน

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 43 ฉบับที่ 12 : 30 มีนาคม 2555 Volume 43 Number 12 : March 30, 2012

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 1,000 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง ฝ่ายเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักระบาดวิทยา
E-mail : 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