



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 45 ฉบับที่ 45 : 21 พฤศจิกายน 2557

Volume 45 Number 45 : November 21, 2014

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

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2556
Surveillance Evaluation of Amoebic Dysentery in Padangbasar Hospital, Sadao District, Songkhla Province, Thailand, 2013



✉ doctorwised@hotmail.com

วิเศษ สิรินทรโสภณ, ออมร มะบุญยา
โรงพยาบาลป่าดงเบซาร์, สำนักงานสาธารณสุขสงขลา

บทคัดย่อ

โรคบิด (Dysentery) เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคบิดชิเกลลลา (Shigellosis) หรือโรคบิดไม่มีตัว และโรคบิดอมีบา (Amoebiasis) หรือโรคบิดมีตัว จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 ของโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ที่มารักษาด้วยโรคบิดอมีบาในปี 2552 - 2556 มีอุบัติการณ์ของโรคนิวโนโมซิสสูงชัน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนจากโปรแกรม Hosxp ที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคบิดอมีบา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกัน นอกจากนั้น ในช่วง 5 ปีนี้มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์เองป่วยด้วยโรคนี้อีก 2 ราย ดังนั้น ทีมเฝ้าระวังโรคจึงมีความสนใจในการประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคบิดอมีบา ในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคบิดอมีบา ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา ผลการศึกษาพบเวชระเบียนที่ได้จากการคัดกรองด้วย ICD-10 รวมทั้งหมด 493 ราย แต่เข้านิยามโรคบิดอมีบาเพียง 67 ราย เป็นผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 จำนวน 52 ราย มีความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 76.12 ส่วนค่าพยากรณ์บวกของระบบการเฝ้าระวังร้อยละ 98.02 ข้อมูลจากการรายงานสามารถเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังได้ดี

ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 100 และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังร้อยละ 92.43 พบว่าในด้านการยอมรับในระบบเฝ้าระวัง การใช้ประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังคงต้องปรับในด้านการยอมรับในระบบเฝ้าระวังในเรื่องการวินิจฉัยโรคเมื่อผลตรวจอุจจาระพบเชื้อบิดอมีบาควรรายงานก่อนได้ ถึงแม้ว่าแพทย์จะยังไม่ให้การวินิจฉัย และเพิ่มความมั่นคงในระบบเฝ้าระวังโดยมีการรายงานสถานการณ์โรคให้กับผู้ปฏิบัติได้ทราบ

คำสำคัญ : การประเมิน, ระบบเฝ้าระวัง, โรคบิดอมีบา, ป่าดงเบซาร์, สงขลา

ความเป็นมา

โรคบิด (Dysentery) เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคบิดชิเกลลลา (Shigellosis) หรือโรคบิดไม่มีตัว และโรคบิดอมีบา (Amoebiasis) หรือโรคบิดมีตัว สถานการณ์โรคบิดในจังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคบิดรวมทุกรหัส (04, 05 และ 06) ทั้งหมด 130 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 9.51 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วย



◆ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาในโรงพยาบาลป่าดงเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2556	705
◆ สรุปรายการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 9 - 15 พฤศจิกายน 2557	712
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 9 - 15 พฤศจิกายน 2557	715

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

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

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร กุมาตล
นายแพทย์รัชช ายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำนวน อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ พลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์โรม บัวทอง

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูจินันท์ ศติธันว์ มาแอดเย็น พชรี ศรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักศิรีสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012

- แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012
- แนวทางการเก็บและนำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012
- แบบส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า สายพันธุ์ใหม่ 2012
- แบบแจ้งผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (AI-1)
- แบบรายงาน/สอบสวนโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง สงสัยไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (SARI_AI 1,2)

สามารถดาวน์โหลดแนวทางการได้ทางเว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา www.boe.moph.go.th ในกรณีพบผู้ป่วยสงสัย แจ้งภายใน 24 ชั่วโมง ที่โทรศัพท์: 02-5901793 หรือ 02-5901795 โทรสาร 02-5918579 หรือ Email: outbreak@health.moph.go.th หรือ บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง SARI ทางเว็บไซต์

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายังกลุ่มจัดการความรู้และเผยแพร่วิชาการ สำนักระบาดวิทยา
E-mail: panda_tid@hotmail.com หรือ weekly.wesr@gmail.com

เสียชีวิตพบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 68 ราย เพศหญิง 62 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.1 : 1

อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอสะเดา อัตราป่วยเท่ากับ 46.30 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอเมืองสงขลาอัตราป่วยเท่ากับ 20.95 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอนาทวีอัตราป่วยเท่ากับ 13.83 ต่อแสนประชากร ส่วนอำเภอที่มีอัตราป่วยน้อยที่สุด คือ อำเภอเทพา 1.38 ต่อแสนประชากร

จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 โรงพยาบาล ปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ที่มารักษาด้วยโรคบิตอมีบา ในปี 2552 - 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 8, 31, 22, 22 และ 52 ราย ตามลำดับ และมีอัตราป่วยเท่ากับ 6.48, 25.11, 17.83, 17.83 และ 42.21 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนจากโปรแกรม Hosxp ที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคบิตอมีบา พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันและมีอุบัติการณ์ของโรคนี้น่าสนใจสูงขึ้น นอกจากนี้ในช่วง 5 ปีนี้มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ป่วยด้วยโรคนี้นี้ 2 ราย ดังนั้น ทีมเฝ้าระวังโรคจึงมีความสนใจในการประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคบิตอมีบา ในโรงพยาบาลปาดังเบซาร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคบิตอมีบา
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคบิตอมีบา
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคบิตอมีบา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวางทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พื้นที่ศึกษา โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลาทำการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ประชากรที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคที่มีรหัส ICD10 TM ที่กำหนดได้แก่ A030 - A039, A06, A060, A061, A062, A063, A069, A040 - A049, A050 - A059, A080 - A088 และ A090 - A099 โดยมีนิยามผู้ป่วยในการเฝ้าระวังโรค (Case Definition for Surveillance) มีดังต่อไปนี้

นิยามผู้ป่วย คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ซึ่งอาการเข้าได้กับนิยามโรคบิตอมีบา ตามนิยามของโรคติดเชื้อ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 ของสำนักระบาดวิทยา¹

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล^{2,3}

คุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative Attribute) คือ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่มีรหัส ICD 10 TM ตามที่กำหนด และข้อมูลที่ได้จากรายงาน 506 ตามแบบ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคบิดอมีบา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ โดย ศึกษาในประเด็นความไวของการรายงาน (Sensitivity) ค่าพยากรณ์ บวก (Positive Value Predictive) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) ความทันเวลา (Timeliness) และคุณภาพข้อมูล (Data quality)

คุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute) สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา เป็นรายบุคคล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งหมด พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวัง โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ตามแบบ สัมภาษณ์ระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ โดย ศึกษาในประเด็นการยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง (Acceptability) การ นำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) ความง่าย (Simplicity) ความ ยืดหยุ่น (Flexibility) ความมั่นคงของระบบ (Stability)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอสะเตา

อำเภอสะเตามีอาณาเขตติดต่อกับด้านชายแดนมาเลเซีย เขต ป่าดงเบขาร์และสะเตามีประชาชนผ่านเข้าออกประมาณ 3,500 คน ต่อวัน โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์รับผิดชอบพื้นที่ 3 ตำบล มี 16,114 หลังคาเรือน ประชากร 44,752 คน เป็น ชาย 21,693 คน หญิง 23,059 คน แยกเป็นรายตำบล ดังนี้ ตำบลทุ่งหมอ 1,876 หลังคา เรือน ชาย 3,746 คน หญิง 3,712 คน ตำบลป่าดงเบขาร์ 7,761 หลังคาเรือน ชาย 12,197 คน หญิง 12,533 คน ตำบลสำนักขาม 6,477 หลังคาเรือน ชาย 5,750 คน หญิง 6,814 คน (จากการสำรวจ ข้อมูลประชากรกลางปี ณ กรกฎาคม 2556)

2. ผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง

มีผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนก ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 – 31 ธันวาคม 2556 และแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคที่มีรหัส ICD10 TM ที่กำหนด ได้แก่ ไม่พบ A030-A039, A040-A049 พบ 5 ราย, A060-A069 พบ 67 ราย, A050-A059 A080-A088 และ A090 – A099 พบ 421 ราย รวมทั้งหมด 493 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้าตาม นิยามโรคบิดอมีบา 67 ราย ไม่เข้าตามนิยามโรคบิดอมีบา 426 ราย เป็นผู้ป่วยที่ถูกรายงานในระบบ รง 506 จำนวน 52 ราย และเป็น ผู้ป่วยที่ไม่ถูกรายงานในระบบ รง 506 จำนวน 441 ราย (ตารางที่ 1)

2.1. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative attributes result)

การประเมินความไวของการเฝ้าระวัง (Sensitivity) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556 พบจำนวนรายงาน ผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามโรคบิดอมีบาในระบบรายงาน 506 จำนวน 51 ราย จากจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามโรค บิดอมีบาทั้งหมด 67 ราย คิดเป็นความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 76.12

การประเมินค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวัง (Positive Value Predictive, PVP) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556 พบจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคบิดอมีบาที่เข้าได้ตามนิยาม 51 ราย จากจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคบิดอมีบาในระบบรายงาน 506 ทั้งหมด 52 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 98.08

การประเมินความเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวัง (Representativeness) ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบข้อมูล ตัวแปร เพศ อายุ และพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ในรายงาน 506 จำนวน 52 ราย กับ ผู้ป่วยจากเวชระเบียนจำนวน 67 ราย

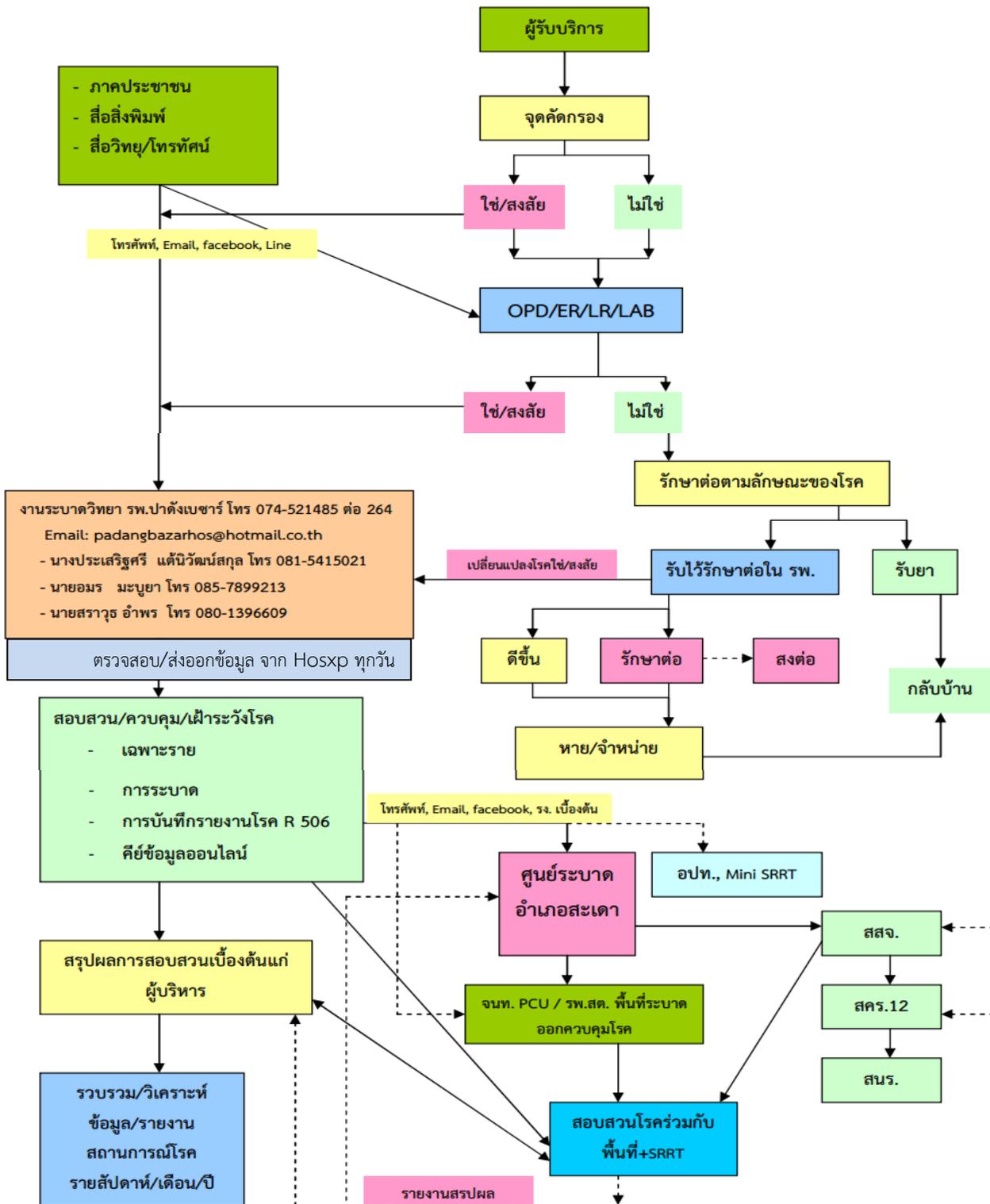
ตารางที่ 1 ความไวและค่าพยากรณ์บวกของการรายงานผู้ป่วยโรค บิดอมีบา ในระบบเฝ้าระวังโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556

	เข้าตามนิยาม	ไม่เข้าตามนิยาม	รวม
รายงาน	51	1	52
ไม่รายงาน	16	425	441
รวม	67	426	493

ข้อมูลจากรายงาน 506 กับข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนใน ด้านอัตราส่วนระหว่างเพศ ด้านอายุ ด้านสัดส่วนของกลุ่มอายุ และ ด้านอัตราส่วนพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ซึ่ง ทั้งหมดใช้เป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังได้ดี

การประเมินความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง (Timeliness of report) พบผู้ป่วยทั้ง 51 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัย ได้มีการ รายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทันเวลาภายใน 2 วัน จำนวน 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

การประเมินความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล จากกร ทบทวนเอกสารพบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยที่รายงานเข้ามาในรายงาน 506 จำนวน 51 ราย พบว่า มีความถูกต้องของประเภทผู้ป่วย นอก/ใน จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.20 สัณฐานิต จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.24 และวันเริ่มป่วย จำนวน 35 ราย คิด เป็นร้อยละ 68.63 ส่วนข้อมูลของอายุ เพศ ที่อยู่ และวันที่วินิจฉัย มีความถูกต้องร้อยละ 100



หมายเหตุ - งานระบาดวิทยาทำงานทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ สามารถแจ้งผู้ป่วยโรคระบาดได้ตลอดเวลา

2.2. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative attributes results)

ทำการสัมภาษณ์ สอบถามและสังเกตขั้นตอนการทำงานของผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา เป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ได้ผลดังนี้

การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ระบบเฝ้าระวังโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ทุกคนทราบว่าโรคบิดอมีบาเป็นโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา และเห็นว่าเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง เพราะเป็นกลุ่มโรคเชื้อในทางเดินอาหารที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้ออมีบา การ

รายงานโรคและสอบสวนโรคได้ทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน จะสามารถควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยังคิดว่า “จำนวนรายงานโรคบิดอมีบา ยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง (underreport)” เนื่องจากว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะไม่ได้ตรวจอุจจาระ นอกจากนั้น แพทย์และพยาบาล ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัยโรคบิดอมีบา โดยใช้ ICD10 และตามนิยามโรคบิดอมีบาซึ่งประกอบไปด้วยเกณฑ์ทางคลินิกและเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการที่ใช้การตรวจอุจจาระพบเชื้อบิดอมีบา ซึ่งที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลปาดังเบซาร์สามารถตรวจอุจจาระดูเชื้อบิดอมีบาได้ แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวัง “การรายงานจะยึดการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก”

การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการปัญหาโรคและภัยสุขภาพ มีการนำข้อมูลไปใช้ในการรายงานสถานการณ์โรคและคาดการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค ในการประชุมทีม SRRT และประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขสู่สะเดา ทุกเดือน ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวตลอดเวลา ช่วยในการค้นหาแหล่งกำเนิดโรคและประเมินความรุนแรงของการระบาด เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายโรคให้อยู่ในวงจำกัดและควบคุมได้อย่างรวดเร็ว แต่อยากให้มีการสรุปสถานการณ์โรคไปยังผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ บุคลากรอื่น ๆ สามารถช่วยปฏิบัติงานได้ และใช้เวลาไม่นาน การรายงานโรคมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสงสัย/วินิจฉัยโรคบิดอมีบา ลงในทะเบียนแจ้งข่าว มีช่องทางการรายงานหลายช่องทาง ทั้งทางทะเบียนเอกสาร ทางอิเล็กทรอนิกส์ (โทรศัพท์/ E-mail/ Facebook/ Line) โดยเฉพาะทางอิเล็กทรอนิกส์ จะเป็นช่องทางที่ง่ายและรวดเร็ว เมื่อมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการ หรือผู้ปฏิบัติงานใหม่ สามารถชี้แจงแนวทาง

และอบรมเพื่อให้เกิดทักษะได้ ในส่วนเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการ มีคู่มือ/ แนวทางต่างๆ ที่ใช้ในการรายงาน เฝ้าระวัง และควบคุมโรค เพื่อให้การปฏิบัติงาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ง่าย ใช้เวลาน้อย ไม่ซับซ้อนเพราะเปรียบเทียบกับคำนิยามและผลการตรวจอุจจาระ และเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรม HosXP มาใช้ในการส่งรายงาน 506 ได้ ในส่วนของโปรแกรม R506 มีการบันทึกข้อมูลไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการใช้ สามารถเรียนรู้การลงข้อมูล และการนำเอาข้อมูลออกมาใช้ได้ง่าย และการวิเคราะห์ข้อมูลมีความซับซ้อน ทำให้ยากต่อการนำข้อมูลไปใช้สำหรับผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

ความยืดหยุ่น (Flexibility) มีการปรับเปลี่ยนตามโปรแกรมรายงาน 506 เนื่องจากการลงข้อมูลรหัส ICD 10 ข้อมูลไม่ครอบคลุมการรายงานจึงได้ปรับปรุงให้รายงานได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น และต้องมีการวินิจฉัยโรคบิดอมีบาจากแพทย์ก่อน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังถึงจะรับรายงานโรค ถึงแม้ว่าพยาบาลจะเห็นผลการตรวจอุจจาระว่าพบเชื้อบิดอมีบา

ความมั่นคงของระบบ (Stability) มีคำสั่ง SRRT อำเภอสะเดา และมีหนังสือมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงาน SRRT หลักการควบคุมโรคเบื้องต้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานทุกคน ถือว่าระบบเฝ้าระวังมีความสำคัญอย่างยิ่ง มีการส่งเสริมสนับสนุนในการส่งผู้ปฏิบัติงานไปอบรมพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังโรค มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ มีการให้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารผ่านการประชุมทุกเดือน นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ มีประสบการณ์และได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน แต่มีความพร้อมในการทำงานไม่มากนัก เพราะต้องรับผิดชอบงานอื่นร่วมด้วย

ตารางที่ 2 ความเป็นตัวแทนของข้อมูล 506 การรายงานผู้ป่วยโรคบิดอมีบา ในระบบเฝ้าระวังโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2556

ตัวแปร	ข้อมูลจากรายงาน 506	ข้อมูลจากเวชระเบียน
อัตราส่วน ชาย : หญิง	1.4 : 1.1	1.7 : 1.6
อายุ Mean	21.8	22.5
Median	20.5	22
อัตราส่วน เด็ก : ผู้ใหญ่ *	1 : 1.5	0.9 : 1.3
อัตราส่วน พื้นที่ (ตำบล)		
ปาดังเบซาร์ : ทุ่งหมอ : สำนักขาม	33 : 10 : 2	42 : 11 : 5
สะเดา : สำนักแต้ว : ปริก : ท่าโพธิ์	4 : 1 : 1 : 0	4 : 3 : 1 : 1

*อายุมากกว่า 15 ปี

อภิปรายผล

ความไวของระบบการเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาร้อยละ 76.12 เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รายงานทั้งหมดเป็นแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งช่วงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังเก็บอุจจาระส่งตรวจไม่ได้ แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคอื่น แต่เมื่อผลตรวจอุจจาระรายงานกลับมา แพทย์ไม่ได้มีการเปลี่ยนรหัสการวินิจฉัยโรค ดังนั้น ข้อมูลรหัส ICD 10 TM ใน Hosxp จึงไม่ถูกเปลี่ยนและไม่ได้ถูกดึงเข้าไปในระบบรายงาน 506 ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดได้ผลการตรวจอุจจาระก่อนเข้าพบแพทย์ จึงได้รับการลงรหัสวินิจฉัยโรคบิดอมีบา ข้อมูลจึงเข้าระบบรายงาน 506 ทั้งหมด

ค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 98.08 เพราะมีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่เข้าตามนิยามและมีการรายงาน แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นโรคบิดอมีบา ทั้งที่ผลการตรวจอุจจาระไม่พบเชื้อบิดอมีบา แต่สามผู้ป่วยเป็นโรคบิดอมีบาในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน

คุณภาพข้อมูลร้อยละ 92.43 มีความคลาดเคลื่อนในเรื่องประเภทของผู้ป่วย สัญชาติ เนื่องจากเป็นค่าที่กำหนดไว้ ส่วนวันที่เริ่มป่วย เกิดความคลาดเคลื่อนจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบา โรงพยาบาล ปาดังเบซาร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2556 ซึ่งสรุปผลการประเมินคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังไว้ ดังต่อไปนี้

คุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative Attribute)

โรงพยาบาลปาดังเบซาร์มีความไวของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 76.12 ส่วนค่าพยากรณ์บวกของระบบการเฝ้าระวังร้อยละ 98.02 ข้อมูลจากการรายงานสามารถเป็นตัวแทนของระบบเฝ้าระวังได้ดี ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวังร้อยละ 100 และความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังร้อยละ 92.43

คุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative Attribute)

พบว่าในด้านกรยอมรับในระบบเฝ้าระวัง การใช้ประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังคงต้องปรับในด้านกรยอมรับในระบบเฝ้าระวังในเรื่องการวินิจฉัยโรค เมื่อผลตรวจอุจจาระพบเชื้อบิดอมีบา ควรมีการรายงานก่อนได้ ถึงแม้ว่าแพทย์จะยังไม่ให้การวินิจฉัย และความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง โดยการรายงานสถานการณ์โรคให้กับผู้ปฏิบัติทราบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอบรมแพทย์ พยาบาล กลุ่มงานปฏิบัติการครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการรายงานในระบบ (โปรแกรม Hosxp) เพื่อใช้ในการลงรหัส ICD 10 TM ได้ถูกต้อง จะทำให้ข้อมูลถูกดึงมาเข้าสู่รายงาน 506 ได้ถูกต้อง

2. กรณีเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคบิดอมีบา ให้พยาบาลสามารถรายงานให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังได้ โดยไม่ต้องรอแพทย์เปลี่ยนรหัสการวินิจฉัยโรคก่อน เพื่อให้การรายงานโรคและสอบสวนโรคทันเวลา ครบถ้วน และถูกต้อง

3. ควรมีการประเมินระบบการเฝ้าระวังเป็นระยะ เพื่อจะได้ทราบประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง และแจ้งผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทุกระดับ เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น

4. ควรประชุมทีม SRRT อำเภอร่วมกับทีม SRRT ตำบล เพื่อชี้แจงและแลกเปลี่ยนแนวทางการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรค ตลอดจนการแจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดของโรค ให้ทีม SRRT และผู้เกี่ยวข้องทราบ

5. ควรจัดอบรมการใช้โปรแกรมรายงาน R506 ให้กับผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ เพื่อให้วิเคราะห์ข้อมูลการเกิดโรคในพื้นที่ได้อย่างทัน่วงที

ข้อจำกัด ผู้ป่วยบางรายไม่มีการส่งตรวจอุจจาระ ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สุริยะ คูหะรัตน์, บรรณาธิการ. นิยามโรคติดต่อเชื้อประเทศไทย 2546. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546
2. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2551.
3. คำนวน อึ้งชูศักดิ์. หลักวิชาการและการประยุกต์ระบบระบาดวิทยา สำหรับผู้บริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน; 2549.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิเศษ สิรินทรโสภณ, อมร มะบูยา. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคบิดอมีบาในโรงพยาบาลปางดงเบซาร์ อำเภอสงขลา จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2557; 45: 05-11.

Suggested Citation for this Article

Sirinthornsopon W, Mabooya A. Surveillance Evaluation of Amoebic Dysentery in Padangbasar Hospital, Sadao District, Songkhla Province, Thailand, 2013. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2014; 45: 705-11.

Surveillance Evaluation of Amoebic Dysentery in Padangbasar Hospital, Sadao District, Songkhla Province, Thailand, 2013

Authors: Wised Sirinthornsopon, Amorn Mabooya

Padangbezar Hospital, Songkhla Provincial Health Office, Ministry of Public Health

Abstract

Dysentery is an infection of small and large bowels. There are two major causative pathogens which is *Shigella* spp. (invasive bacteria) and *Amoeba histolytica* (protozoa). The notifiable disease report of amoebic dysentery at Padangbezar hospital was increasing during 2009 – 2013. But the reporting number of notifiable disease surveillance and diagnosis program (Hosxp) was markedly different. Furthermore, two cases of amoebic dysentery were health care workers of Padangbezar hospital. Thus the hospital surveillance team conducted the surveillance evaluation of amoebic dysentery during 1 January – 31 December 2013. The objectives were aimed to describe the surveillance system, to study the qualitative and quantitative attributes and to provide the recommendation to improve the amoebic dysentery surveillance. Total 493 medical records were recruited from the ICD-10 but only 67 records met the case definition of amoebic dysentery. Of these 67 cases, only 52 cases were reported to the system. The sensitivity and predictive positive value was 76.12% and 98.92% respectively. The representative was good and timeliness was 100%. The accuracy of data was 92.43%. The acceptability, usefulness, flexibility and stability were good. But there should improve the acceptability by allow other personnel to report amoebic dysentery when the laboratory was positive. In case of the attending clinician was not yet diagnosed. And the stability was strengthening by providing the summary of surveillance report to all staffs routinely.

Keywords: Surveillance, Evaluation, Amoebic dysentery, Padangbezar, Songkhla

พัชรिता วรศาสตร์, ฉันทชนก อินทร์ศรี, วิมวิการ์ สักขยานานนท์, จุฑามาศ คุณธรรม, นริศ บุญธนภัทร, อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักระบาดวิทยา Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology
✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคประจำสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 9 – 15 พฤศจิกายน 2557 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบ
ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. ผู้ป่วยความรับรู้สติเปลี่ยนแปลง 3 ราย ที่อาศัยใน
หมู่บ้านเดียวกัน ตำบลปาง อำเภอสาร์ภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ มี
รายละเอียด ดังต่อไปนี้

รายที่ 1 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 7 ปี มีประวัติเป็นโรคธาลัส-
ซีเมีย เริ่มมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดดำ ไม่อาเจียน ไม่ปวดท้อง
เมื่อเวลา 20.00 น. ของวันที่ 5 พฤศจิกายน 2557 หลังจากนั้น
ตอนเช้าวันที่ 6 พฤศจิกายน 2557 มารดาปลุกไม่ตื่น ซีด ตัวเย็น
จึงนำส่งโรงพยาบาลสารภี แรกได้รับผลการตรวจร่างกาย อุณหภูมิ
36.2 องศาเซลเซียส ความดัน 132/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการ
หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที เจาะหาระดับ
น้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว 69 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ค่าการอิ่มตัว
ของก๊าซออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ E2V2M5 รูปร่างตา 3.5
มิลลิเมตร RTLBE with drowsiness แพทย์วินิจฉัย Alteration
of consciousness R/O substance poisoning และต่อมาถูก
ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลนครพิงค์ ในวันเดียวกัน เวลา 11.30 น.
ผลการตรวจจ็อิเล็กทรอนิกส์ โซเดียม 136.5 มิลลิโมลต่อลิตร
โพแทสเซียม 4.4 มิลลิโมลต่อลิตร คลอไรด์ 103 มิลลิโมลต่อลิตร
และคาร์บอนไดออกไซด์ 240 มิลลิโมลต่อลิตร การรักษา ให้สารน้ำ
ทดแทนทางหลอดเลือดดำ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2557 ผู้ป่วยอาการ
ดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน ผลการวินิจฉัยครั้งสุดท้าย
Alteration of conscious

รายที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 8 ปี เป็นเพื่อนบ้านกัน เริ่มมี
อาการเวลา 12.00 น. วันที่ 8 พฤศจิกายน 2557 โดยมีอาการ
อาเจียน ซีด มารดาให้กินน้ำผสมน้ำตาล แล้วนอนพัก อาการหายดี
จึงไม่ส่งโรงพยาบาล

รายที่ 3 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 9 ปี เป็นเพื่อนบ้านกัน เริ่มมี
อาการเวลา 12.00 น. ของวันที่ 8 พฤศจิกายน 2557 โดยมีอาการ
ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงซึม หลับปลุกไม่ตื่น มารดาจึงนำส่ง
โรงพยาบาลสารภี แรกได้รับผลการตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.7
องศาเซลเซียส ความดัน 108/67 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ

22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การเจาะหาระดับน้ำตาล
ในเลือดที่ปลายนิ้ว 108 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ค่าการอิ่มตัวของก๊าซ
ออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ E4V5M3 รูปร่างตา 3 มิลลิเมตร
ต่อมาถูกส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลนครพิงค์ ในวันเดียวกัน เวลา
14.47 น. รับไว้เป็นผู้ป่วยใน แพทย์วินิจฉัย Alteration of
consciousness R/O substance injection การรักษา ให้สารน้ำ
ทดแทนทางหลอดเลือดดำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความ
สมบูรณ์ของเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาว 20,870 เซลล์ต่อลูกบาศก์
มิลลิเมตร นิวโทรฟิลร้อยละ 87.1 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 8.6 ผลการ
ตรวจปัสสาวะพบบิลิรูบินต่ำ 0.28 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อัลคาไลน์
ฟอสเฟสสูง 324 หน่วยต่อลิตร ฟอสฟอรัสสูง 5.5 มิลลิกรัมต่อ
เดซิลิตร โซเดียมต่ำเล็กน้อย 134 มิลลิโมลต่อลิตร วันที่ 9
พฤศจิกายน 2557 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน
และแพทย์ได้เก็บตัวอย่างซ็อกโกแลต ส่งตรวจสถาบันนิติเวช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บตัวอย่างเลือดและปัสสาวะ ส่งตรวจที่
โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจหา Barbiturate และ sedative
substance (รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

จากการลงพื้นที่สอบสวนโรคเบื้องต้น พบว่าอาหารที่สงสัย
คือ ซ็อกโกแลต ที่มีเพื่อนของบิดาผู้ป่วยรายหนึ่งนำมาให้เมื่อ 7 เดือน
ก่อน โดยซื้อมาจากอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นอาหาร
เพียงชนิดเดียวที่เด็กทั้ง 3 คน รับประทานร่วมกัน แต่ยังไม่สามารถ
ระบุชนิดของซ็อกโกแลตได้เนื่องจากมีหลายชนิด และบิดาแกะฉลาก
ทิ้ง แล้วเก็บรวบรวมใส่ถุงพลาสติกเก็บไว้ในตู้เย็น โดยปะปนกัน
หลายๆ แท่ง จากคำบอกเล่าของบิดา บอกว่าลักษณะซ็อกโกแลต
เป็นแท่งคล้ายขนมเวเฟอร์ ขนาดยาวประมาณ 4 นิ้ว กว้าง 2 นิ้ว

สิ่งที่ได้ดำเนินการ คือ ติดตามการผู้ป่วย และเก็บ
ตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ และซ็อกโกแลตส่งตรวจ และติดตามผู้ที่น่า
ซ็อกโกแลตมาให้ เพื่อสืบหาชนิดของซ็อกโกแลต และร้านค้าที่
จำหน่าย ให้สุขศึกษาผู้ปกครองเด็กเรื่องซ็อกโกแลต และให้ดูวัน
หมดอายุก่อนรับประทาน

2 ผู้ป่วยใช้สมออักเสบลีซวิต จำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 10 เดือน ขณะป่วยอาศัยอยู่ที่อำเภอหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ไม่มีโรคประจำตัว คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,460 กรัม หลังจากคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประวัติวัคซีนครบ เริ่มป่วยในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2557 ด้วยอาการไข้ต่ำๆ อาเจียน 2 - 3 ครั้ง ต่อวัน ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ทานอาหารได้ลดลง วันที่ 10 พฤศจิกายน 2557 ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำๆ อาเจียนประมาณ 4 - 5 ครั้งต่อวัน ทานอาหารได้น้อย สามารถเล่นได้ปกติ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2557 อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง ซึม ทานอาหารไม่ได้ มารดาพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือเสาะ แรกรับผลการตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 44 ครั้งต่อนาที ซีพจร 130 ครั้งต่อนาที แพทย์วินิจฉัย acute gastritis ได้รับยา paracetamol, ORS, Domperidone ต่อเวลา 21.00 น. ผู้ป่วยซึมลง มีอาการชักเกร็งทั้งตัวบ่อยครั้ง หายใจหอบเหนื่อย วันที่ 12 พฤศจิกายน 2557 เวลา 0.15 น. มารดาพาไปรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง แรกรับผลการตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที ซีพจร 132 ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi both lungs ให้การรักษา ventolin NB, progress dyspnea ต่อมาเวลา 0.30 น. ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเมื่อเวลา 0.45 น. จึงได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยเสียชีวิตเวลา 01.30 น. แพทย์วินิจฉัย severe encephalitis ผลตรวจความสมบูรณ์ของเลือด ปริมาตรเม็ดเลือดแดงในเลือดร้อยละ 20.5 ปริมาตรเม็ดเลือดขาว 14,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิลร้อยละ 30 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 13 กลีตเลือด 394,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับน้ำตาลในเลือด 64 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ได้ทำการเก็บตัวอย่างจากลำคอ อุจจาระ และ Clotted blood ของผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรค ผลพบเชื้อ Human respiratory syncytial virus A

สิ่งที่ได้ดำเนินการ คือ ค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชน ผู้ที่มีอาการไข้ ตุ่มผื่น และอาการของติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่าในละแวกบ้านมีบ้านทั้งสิ้น 3 หลังคาเรือน มีผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมบ้านทั้งหมด 4 คน เพื่อนบ้าน 7 คน ทุกคนไม่มีอาการป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคใช้สมออักเสบลีซวิตและปอดอักเสบลีซวิต และเฝ้าระวังโรคในชุมชน

3. ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้กาฬหลังแอ่นเสียชีวิต จำนวน 1 ราย เพศหญิง อายุ 29 ปี สัญชาติกัมพูชา ขณะป่วยอาศัยอยู่ที่แคมป์ก่อสร้างในซอยอินทามระ 12 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท

กรุงเทพมหานคร อาชีพก่อสร้างคอนกรีตนิยมน เริ่มป่วยในวันที่ 3 พฤศจิกายน 2557 ด้วยอาการปวดข้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่มีไข้ ไม่มีปวดศีรษะ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557 เวลา 10.00 น. เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง ด้วยอาการอ่อนเพลียปวดเมื่อยตามร่างกาย วันที่ 10 พฤศจิกายน 2557 เวลา 05.00 น. เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ด้วยอาการเกร็งทั้งตัว อาเจียนเป็นเลือด ทำตามสั่งไม่ได้ แต่ล้มตาได้เอง และเสียชีวิตในเวลาต่อมา เวลา 09.36 น. แพทย์วินิจฉัย สงสัยไข้กาฬหลังแอ่น ไม่ได้เก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการสอบสวนของทีม SRRT กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัยร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข 11 พบว่า ผู้ป่วยอาศัยกับสามี อายุ 29 ปี ซึ่งได้นำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและวัดเพื่อทำพิธีศพ สุขภาพปกติ แพทย์โรงพยาบาลราชวิถีได้ให้ยา Ciprofloxacin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในที่ทำงานโดยใช้เกณฑ์ ไข้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปวดเมื่อยเนื้อตัว พบคนงาน 1 ราย เพศชาย อายุ 27 ปี สัญชาติกัมพูชา มีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก ได้ติดตามอาการ ณ ปัจจุบันผู้ป่วยได้หายดีแล้ว

สิ่งที่ได้ดำเนินการ ให้ความรู้เรื่องโรคไข้กาฬหลังแอ่นและการป้องกันโรค (ผ่านทางเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานของบริษัทฯ) ค้นหาผู้สัมผัสโรคเพิ่มเติมให้ยาปฏิชีวนะแก่ผู้สัมผัสใกล้ชิด พบผู้สัมผัสใกล้ชิด 6 ราย และผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงทุกคนในแคมป์งานแพทย์โรงพยาบาลราชวิถีและศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการโรค ประสานงานกับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบถึงประวัติการรักษาเพิ่มเติม และประสานศูนย์บริการสาธารณสุข 2 เพื่อลงสอบสวนโรคค้นหาผู้สัมผัสเพิ่มเติม ณ วัดที่ประกอบพิธีเผาศพ ปรับปรุงด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย และทำลายเชื้อด้วยน้ำยาไลโซนและจัดให้มีการทำความสะอาดครั้งใหญ่ และเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่องในแคมป์ก่อสร้างต่อเนื่องเป็นเวลา 20 วัน จนถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2557

สถานการณ์ต่างประเทศ

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ข้อมูลองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคแอฟริกา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557 พบผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 14,383 ราย เสียชีวิต 5,165 ราย โดยมาจากประเทศที่มีการระบาดในวงกว้าง 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไบรีเรีย และเซียร์ราลีโอน พบผู้ป่วย (รวมทั้งสงสัย/น่าจะเป็น/ ยืนยัน) ประเทศกินี 1,919 ราย (เสียชีวิต 1,166 ราย)



ไลป์เรีย 6,878 ราย (เสียชีวิต 2,812 ราย) เซียร์ราลีโอน 5,586 ราย (เสียชีวิต 1,187 ราย) สำหรับ ประเทศที่มีผู้ป่วยรายแรกหรือมีการระบาดในพื้นที่จำกัด ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล สหรัฐอเมริกา สเปน และมาลีพบผู้ป่วยสะสม 30 ราย เสียชีวิต 12 ราย โดยเป็นผู้ป่วยประเทศไนจีเรีย 20 ราย (เสียชีวิต 8 ราย) เซเนกัล 1 ราย ไม่เสียชีวิต ซึ่งทั้งไนจีเรียและเซเนกัลได้รับการประกาศโดยองค์การอนามัยโลกว่าปลอดจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแล้ว ส่วนผู้ป่วยในประเทศที่ยังอยู่ในช่วงเฝ้าระวังโรค ได้แก่ สเปน 1 ราย ไม่เสียชีวิต สหรัฐอเมริกา 4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย) และมาลี 4 ราย (เสียชีวิต 3 ราย)

2. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2012 ในแถบตะวันออกกลาง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 ถึงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557 ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ประเทศซาอุดีอาระเบีย (ข้อมูลถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2557) พบผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2012 ยืนยัน 805 ราย เสียชีวิต 342 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 42.5) ตั้งแต่เดือนกันยายน 2557 พบผู้ป่วยยืนยันรวม 62 ราย สืบตราบนี้ผู้ป่วยยืนยันเพิ่ม 7 ราย จากประเทศซาอุดีอาระเบีย จากเมืองท๊าฟ (Taif) ริดาด (Riyadh) อ่าวจาฟ (Ai jawf) และอัลคาร์จ (Alkharj) ตามรายงานของกระทรวงสาธารณสุขซาอุดีอาระเบียผู้ป่วยรายใหม่จากสืบตราบนี้ทุกรายไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และไม่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยรายอื่นที่ชัดเจน

สามารถติดตาม

แนวทาง

การดำเนินงาน

เฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน

และควบคุม

โรคติดเชื้ออีโบล่า

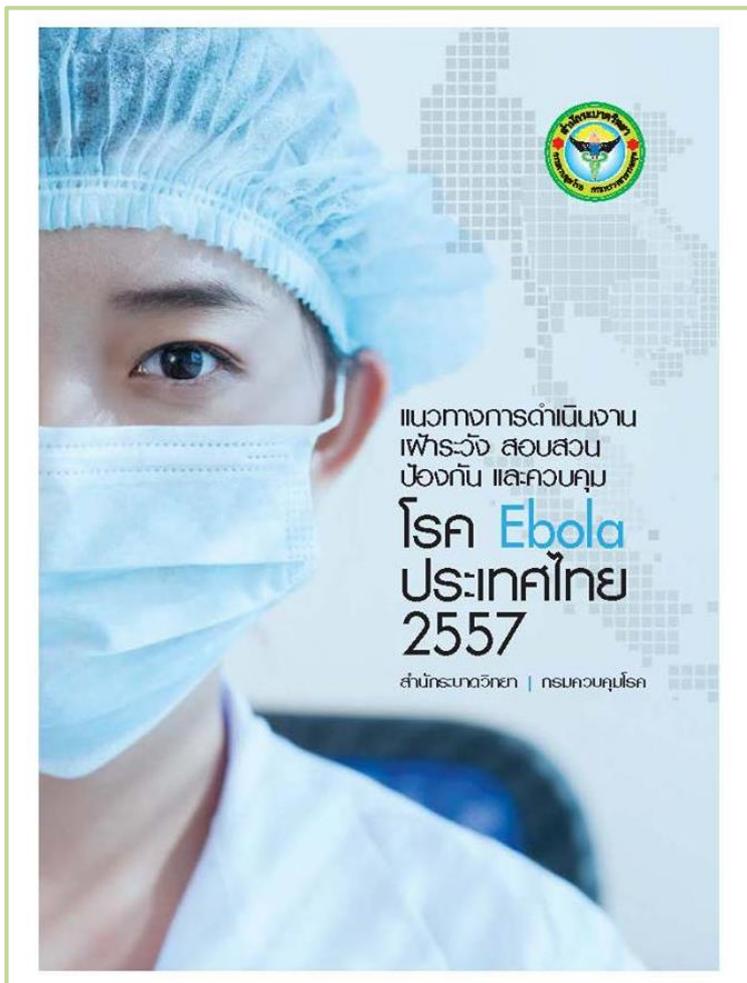
ประเทศไทย

ได้ที่เว็บไซต์

สำนักระบาดวิทยา

กรมควบคุมโรค

<http://www.boe.moph.go.th/ebola.php>





ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 45

Reported Cases of Diseases under Surveillance 506, 45th week

✉ get506@yahoo.com

ศูนย์สารสนเทศทางระบาดวิทยาและพยากรณ์โรค สำนักระบาดวิทยา
Center for Epidemiological Informatics, Bureau of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 สัปดาห์ที่ 45

Table 1 Reported Cases of Priority Diseases under Surveillance by Compared to Previous Year in Thailand, 45th Week 2014

Disease	2014				Case* (Current 4 week)	Mean** (2009-2013)	Cumulative	
	Week 42	Week 43	Week 44	Week 45			2014	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	50	11	0
Influenza	835	848	745	358	2786	5873	63682	61
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	2	12	4
Measles	15	10	10	3	38	4793	1061	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	6	15	4
Pertussis	0	1	0	0	1	1	11	0
Pneumonia (Admitted)	2745	2554	2067	1058	8424	14208	174013	811
Leptospirosis	36	35	23	6	100	548	1889	15
Hand foot and mouth disease	477	511	431	227	1646	1125	60439	2
Dengue Total	824	769	518	124	2235	5864	34021	30

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 จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 (1 มกราคม - 18 พฤศจิกายน 2557)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic fever under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2014 (January 1 - November 18, 2014)

REPORTING AREAS	2014														CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC 31, 2013
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL			
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D				
Total	1728	1525	1675	1372	2482	4356	5879	5659	4717	3865	763	0	34021	30	52.65	0.09	64,621,302
Northern Region	111	128	164	171	430	1010	1387	1101	748	383	124	0	5757	5	48.73	0.09	11,814,261
ZONE 1	46	28	18	72	256	510	662	567	373	173	46	0	2751	3	48.33	0.11	5,692,131
Chiang Mai	16	11	3	5	25	101	192	227	197	93	14	0	884	1	53.21	0.11	1,661,264
Lamphun	0	2	1	3	0	4	11	5	2	0	4	0	32	0	7.90	0.00	404,971
Lampang	7	2	1	6	20	31	33	15	16	14	2	0	147	0	19.45	0.00	755,837
Phrae	4	5	2	7	22	58	106	72	31	8	2	0	317	1	69.39	0.32	456,841
Nan	1	0	1	27	103	164	80	57	26	4	0	0	463	0	96.90	0.00	477,793
Phayao	0	0	0	0	9	14	26	14	8	4	0	0	75	0	15.39	0.00	487,431
Chiang Rai	15	4	4	3	24	43	51	33	47	21	22	0	267	0	22.20	0.00	1,202,542
Mae Hong Son	3	4	6	21	53	95	163	144	46	29	2	0	566	1	230.59	0.18	245,452
ZONE 2	27	40	51	35	81	150	226	237	169	97	23	0	1136	1	33.00	0.09	3,442,424
Uttaradit	0	0	6	6	15	9	14	30	14	5	2	0	101	0	21.90	0.00	461,144
Tak	9	11	20	17	28	73	87	102	70	41	14	0	472	0	89.19	0.00	529,199
Sukhothai	10	13	14	4	21	35	51	39	44	25	1	0	257	0	42.64	0.00	602,657
Phitsanulok	3	11	8	1	6	7	28	29	21	21	3	0	138	0	16.13	0.00	855,374
Phetchabun	5	5	3	7	11	26	46	37	20	5	3	0	168	1	16.90	0.60	994,050
ZONE 3	40	62	99	64	97	356	511	301	212	115	58	0	1915	1	63.56	0.05	3,012,677
Chai Nat	2	2	4	0	4	6	12	4	6	2	3	0	45	0	13.51	0.00	332,971
Nakhon Sawan	12	22	39	22	35	100	118	97	78	48	24	0	595	0	55.44	0.00	1,073,245
Uthai Thani	3	9	7	8	9	10	35	14	20	21	21	0	157	0	47.69	0.00	329,242
Kamphaeng Phet	11	10	20	21	33	187	262	114	56	27	5	0	746	1	102.46	0.13	728,093
Phichit	12	19	29	13	16	53	84	72	52	17	5	0	372	0	67.74	0.00	549,126
Central Region*	894	830	886	621	820	1089	1546	1734	1745	1634	294	0	12093	11	55.03	0.09	21,974,787
Bangkok	406	313	250	169	170	212	349	408	534	594	51	0	3456	0	60.85	0.00	5,679,906
ZONE 4	143	113	165	113	173	188	275	338	305	267	85	0	2165	1	42.24	0.05	5,126,066
Nonthaburi	45	23	32	15	22	12	13	30	74	51	14	0	331	0	28.81	0.00	1,148,971
Pathum Thani	16	20	25	11	10	13	27	47	50	56	14	0	289	0	27.70	0.00	1,043,498
P.Nakhon S.Ayutthaya	25	17	27	15	20	23	34	32	42	30	7	0	272	1	34.18	0.37	795,740
Ang Thong	4	4	13	3	16	8	26	12	7	12	11	0	116	0	40.87	0.00	283,807
Lop Buri	20	29	28	41	67	79	47	103	41	74	34	0	563	0	74.27	0.00	758,015
Sing Buri	2	1	4	0	0	3	1	0	0	0	0	0	11	0	5.17	0.00	212,952
Saraburi	27	16	31	23	26	45	117	92	78	40	5	0	500	0	79.69	0.00	627,453
Nakhon Nayok	4	3	5	5	12	5	10	22	13	4	0	0	83	0	32.47	0.00	255,630
ZONE 5	156	206	217	150	187	251	356	456	486	366	88	0	2919	5	57.10	0.17	5,111,914
Ratchaburi	31	45	42	24	23	58	121	179	161	76	16	0	776	1	91.47	0.13	848,397
Kanchanaburi	12	20	15	28	46	38	37	19	32	16	0	0	263	0	31.29	0.00	840,576
Suphan Buri	10	14	21	8	24	39	33	34	18	25	6	0	232	0	27.37	0.00	847,687
Nakhon Pathom	44	67	53	22	20	24	40	68	101	109	25	0	573	3	65.23	0.52	878,399
Samut Sakhon	26	20	15	20	16	22	30	55	70	46	2	0	322	0	62.63	0.00	514,135
Samut Songkhram	3	3	5	11	18	10	12	17	18	28	14	0	139	1	71.62	0.72	194,079
Phetchaburi	26	31	47	24	25	36	48	50	61	52	10	0	410	0	87.24	0.00	469,980
Prachuap Khiri Khan	4	6	19	13	15	24	35	34	25	14	15	0	204	0	39.33	0.00	518,661
ZONE 6	187	196	250	189	286	432	554	528	414	405	67	0	3508	5	61.29	0.14	5,723,930
Samut Prakan	68	63	76	37	41	58	51	50	56	83	0	0	583	1	47.30	0.17	1,232,454
Chon Buri	44	44	62	57	28	47	42	41	38	33	5	0	441	2	32.02	0.45	1,377,177
Rayong	32	47	36	20	56	57	68	66	61	107	42	0	592	1	90.35	0.17	655,247
Chanthaburi	12	12	33	34	70	143	210	204	133	84	12	0	947	1	181.06	0.11	523,036
Trat	5	7	3	8	24	45	18	22	14	8	1	0	155	0	69.37	0.00	223,433
Chachoengsao	14	9	8	3	14	12	37	43	48	50	6	0	244	0	35.47	0.00	687,974
Prachin Buri	9	13	23	22	35	44	80	65	45	25	1	0	362	0	76.22	0.00	474,969
Sa Kaeo	3	1	9	8	18	26	48	37	19	15	0	0	184	0	33.48	0.00	549,640

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 (1 มกราคม - 18 พฤศจิกายน 2557)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic fever under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2014 (January 1 - November 18, 2014)

REPORTING AREAS	2014														CASE RATE PER 100,000.00 POP.	CASE FATALITY RATE (%)	POP. DEC 31, 2013		
	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS)																		
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	C	D	POP.	RATE (%)	POP.
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D					
NORTH-EASTERN REGION	79	177	233	173	524	938	1145	1175	778	512	97	0	5831	1	26.83	0.02	21,736,447		
ZONE 7	23	67	67	34	95	140	256	296	228	129	8	0	1343	0	26.74	0.00	5,021,953		
Khon Kaen	6	20	16	7	18	30	77	70	60	33	2	0	339	0	19.06	0.00	1,778,236		
Maha Sarakham	11	29	20	5	17	35	55	55	55	33	0	0	315	0	33.14	0.00	950,397		
Roi Et	2	8	14	8	22	45	79	111	59	23	4	0	375	0	28.65	0.00	1,308,763		
Kalasin	4	10	17	14	38	30	45	60	54	40	2	0	314	0	31.89	0.00	984,557		
ZONE 8	10	28	44	33	72	202	190	157	81	37	14	0	868	0	15.88	0.00	5,467,199		
Buengkan	4	3	3	8	32	55	14	15	17	5	1	0	157	0	37.88	0.00	414,425		
Nong Bua Lam Phu	0	5	9	4	4	6	17	18	11	4	0	0	78	0	15.41	0.00	506,104		
Udon Thani	2	8	1	2	4	10	12	8	10	4	1	0	62	0	3.97	0.00	1,560,631		
Loei	2	4	5	8	7	13	12	28	7	6	9	0	101	0	16.01	0.00	630,996		
Nong Khai	1	8	11	4	12	81	83	42	6	2	1	0	251	0	48.86	0.00	513,690		
Sakon Nakhon	0	0	0	2	3	9	11	21	15	11	2	0	74	0	6.54	0.00	1,131,748		
Nakhon Phanom	1	0	15	5	10	28	41	25	15	5	0	0	145	0	20.43	0.00	709,605		
ZONE 9	31	64	69	58	224	367	418	446	293	256	67	0	2293	1	34.24	0.04	6,697,369		
Nakhon Ratchasima	20	23	21	14	63	110	129	140	95	109	40	0	764	1	29.32	0.13	2,605,665		
Buri Ram	0	24	16	14	52	99	78	81	72	29	5	0	470	0	29.93	0.00	1,570,089		
Surin	6	13	24	17	62	38	88	123	66	27	4	0	468	0	33.74	0.00	1,387,236		
Chaiyaphum	5	4	8	13	47	120	123	102	60	91	18	0	591	0	52.10	0.00	1,134,379		
ZONE 10	15	18	53	48	133	229	281	276	176	90	8	0	1327	0	29.17	0.00	4,549,926		
Si Sa Ket	5	15	29	19	39	93	109	85	72	40	2	0	508	0	34.79	0.00	1,460,198		
Ubon Ratchathani	7	2	15	18	66	85	70	108	53	28	4	0	456	0	24.89	0.00	1,831,722		
Yasothon	1	0	3	6	4	27	53	43	27	7	2	0	173	0	32.02	0.00	540,325		
Amnat Charoen	0	1	4	0	6	9	34	23	18	9	0	0	104	0	27.80	0.00	374,096		
Mukdahan	2	0	2	5	18	15	15	17	6	6	0	0	86	0	25.03	0.00	343,585		
Southern Region	644	390	392	407	708	1319	1801	1649	1446	1336	248	0	10340	13	113.68	0.13	9,095,807		
ZONE 11	287	177	229	193	410	737	978	844	727	629	70	0	5281	11	122.44	0.21	4,313,028		
Nakhon Si Thammarat	106	74	98	67	149	254	434	448	418	347	21	0	2416	6	157.05	0.25	1,538,365		
Krabi	25	19	36	40	115	205	163	104	85	78	11	0	881	0	196.68	0.00	447,928		
Phangnga	13	9	13	18	26	25	19	4	6	3	0	0	136	1	52.62	0.74	258,457		
Phuket	84	28	15	18	37	68	122	134	94	64	3	0	667	1	182.63	0.15	365,214		
Surat Thani	35	15	25	16	28	79	127	93	74	77	12	0	581	2	56.54	0.34	1,027,549		
Ranong	4	3	13	11	30	37	13	8	10	6	0	0	135	1	75.54	0.74	178,712		
Chumphon	20	29	29	23	25	69	100	53	40	54	23	0	465	0	93.60	0.00	496,803		
ZONE 12	357	213	163	214	298	582	823	805	719	707	178	0	5059	2	105.78	0.04	4,782,779		
Songkhla	87	37	34	58	99	145	232	187	177	131	55	0	1242	1	89.72	0.08	1,384,231		
Satun	14	10	16	21	13	24	31	12	7	4	0	0	152	0	49.38	0.00	307,836		
Trang	36	15	10	15	36	62	51	49	25	36	0	0	335	0	52.84	0.00	633,981		
Phatthalung	55	57	38	30	27	86	51	76	61	101	38	0	620	0	120.10	0.00	516,257		
Pattani	88	42	27	42	63	131	249	261	209	189	25	0	1326	1	196.38	0.08	675,227		
Yala	15	14	21	21	39	84	82	67	67	63	18	0	491	0	97.52	0.00	503,476		
Narathiwat	62	38	17	27	21	50	127	153	173	183	42	0	893	0	117.23	0.00	761,771		

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ
หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

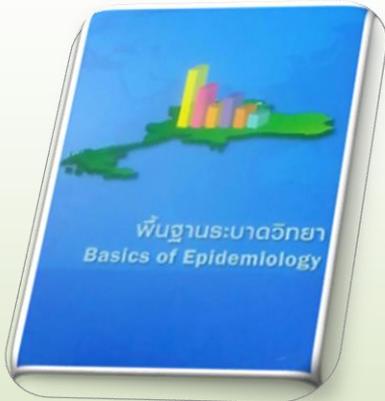
Central Region* เขตภาคกลางนับรวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases

D = Deaths



หนังสือพื้นฐานระบาดวิทยา (Basics of Epidemiology)



สมาคมนักระบาดวิทยาภาคสนาม ร่วมกับ
สมาคมระบาดวิทยา (ประเทศไทย) มูลนิธิสุขภาพใจ เจตนาแสน
และมูลนิธิกรมควบคุมโรค ได้จัดทำหนังสือ พื้นฐาน
ระบาดวิทยา (Basics of Epidemiology) มีวัตถุประสงค์
เพื่อจัดจำหน่ายให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
บุคลากรสาธารณสุข และผู้สนใจด้านระบาดวิทยา

ราคาเล่มละ 350 บาท

ประกอบด้วยเนื้อหา 14 บท ครอบคลุมแนวคิด วิธีการศึกษา และการประยุกต์ใช้ใน
เรื่องการเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค และการควบคุมโรคทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ
และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและสั่งซื้อได้ที่ คุณวลัยพร เจียรระโนรุงโรจน์,

อีเมล beau_wj@hotmail.com โทร. 089-510-7500 หรือ www.epithai.org

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 45 ฉบับที่ 45 : 21 พฤศจิกายน 2557 Volume 45 Number 45 : November 21, 2014

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 1,000 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มจัดการความรู้และเผยแพร่วิชาการ สำนักระบาดวิทยา
E-mail : weekly.wesr@gmail.com, panda_tid@hotmail.com

ที่ สธ. 0420.4.3/ 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