



ประกาศกรมควบคุมโรค

เรื่อง การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูฝนของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๙

ด้วยขณะนี้ เป็นช่วงเวลาที่เข้าสู่ฤดูฝนของประเทศไทย โดยเริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม ไปจนถึงประมาณกลางเดือนตุลาคม ทำให้สภาพอากาศมีการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งมีโอกาสสูงที่อิทธิพลของพายุฝนฟ้าคะนองจะส่งผลให้เกิดสภาวะอากาศแปรปรวนและมีฝนตกชุกหนาแน่นในหลายพื้นที่

การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศนี้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคติดต่อและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ในฐานะหน่วยงานที่มีบทบาทภารกิจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย ที่คุกคามทางสุขภาพ มีความห่วงใยในสุขภาพของประชาชน หากดูแลสุขภาพอนามัยไม่ถูกต้อง หรือไม่หมั่นดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อต่าง ๆ และภัยสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในช่วงฤดูฝนนี้ได้ ดังนี้

๑. โรคติดต่อทางเดินหายใจ ได้แก่
 - ๑.๑ โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)
 - ๑.๒ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)
 - ๑.๓ โรคติดต่อเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus, RSV)
 - ๑.๔ โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID – 19)
๒. โรคติดต่อจากการสัมผัส ได้แก่
 - ๒.๑ โรคเลปโตสไปโรสิส หรือโรคฉี่หนู (Leptospirosis)
 - ๒.๒ โรคmelioidosis (Melioiodosis)
 - ๒.๓ โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease)
๓. โรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ได้แก่
 - ๓.๑ โรคไข้เลือดออก (Dengue)
 - ๓.๒ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือโรคชิคุนกุนยา (Chikungunya)
 - ๓.๓ โรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease)
๔. ภัยสุขภาพ ได้แก่
 - ๔.๑ อันตรายจากการถูกงูพิษกัด
 - ๔.๒ การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการถูกฟ้าผ่า
 - ๔.๓ อันตรายจากการกินเห็ดพิษ

รายละเอียดของโรคติดต่อและภัยสุขภาพปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายมนต์ธีร คณาสวัสดิ์)
อธิบดีกรมควบคุมโรค

รายละเอียดโรคติดต่อและภัยสุขภาพ
แนบท้ายประกาศกรมควบคุมโรค
เรื่อง การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูฝนของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

๑. โรคติดต่อทางเดินหายใจ

๑.๑ โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากการติดเชื้ออินฟลูเอนซาไวรัส (Influenza virus) หรือไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ก่อโรคในคนมี ๓ ชนิด คือ Influenza A B และ C สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนได้ ผ่านทางละอองฝอยจากทางเดินหายใจ สามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบมากในเด็ก และอัตราป่วยตายมักพบสูงในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance, DDS) กองระบาดวิทยา ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘) พบว่า หลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID – 19) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด จำนวนสะสมทั้งปี ๑,๑๙๙,๑๕๖ ราย และมีผู้เสียชีวิต ๑๓๒ ราย สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๑๗๑,๖๐๔ ราย อัตราป่วย ๒๖๔.๓๖ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๑๓ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๐๘ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๑.๑๘ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ๕ – ๙ ปี (๙๐๖.๕๐ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ ๐ – ๔ ปี (๗๖๕.๗๐) และ ๑๐ – ๑๔ ปี (๖๒๒.๕๐) ตามลำดับ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคกลาง (๓๐๙.๓๕ ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (๓๐๙.๒๗) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๒๔๓.๙๑) และภาคใต้ (๑๔๘.๖๗) โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ พะเยา (อัตราป่วย ๕๔๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน) อุบลราชธานี (๔๗๙.๔๐) ลำปาง (๔๕๙.๔๒) เชียงใหม่ (๔๕๕.๒๘) และกรุงเทพมหานคร (๔๔๒.๗๙) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาข้อมูลโรคไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ พบว่า ในช่วงต้นปีรายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่จะมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงฤดูฝน โดยฤดูฝนเป็นฤดูกาลที่มีการรายงานการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สูงสุดเป็นประจำทุกปี

การติดต่อ ติดต่อผ่านการหายใจเอาละอองฝอยจากน้ำมูก น้ำลายที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ลอยอยู่ในอากาศจากการไอ จาม ของผู้ป่วย หรือมือสัมผัสกับละอองฝอยดังกล่าวแล้วนำมาสัมผัสที่ตา จมูก ปาก

ระยะฟักตัว ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการประมาณ ๑ – ๔ วัน (โดยทั่วไป ๒ วัน) หลังจากรับเชื้อ

อาการ ผู้ป่วยมักมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล ตาแดง ตาแฉะ ในเด็กเล็กอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว กินได้น้อย โดยทั่วไปอาการของโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กและในผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะดีขึ้นภายใน ๑ สัปดาห์ แต่อาจพบอาการไอเรื้อรังและอ่อนเพลียได้มากกว่า ๒ สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรง หรือพบภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะปอดอักเสบ อาการหอบหืดกำเริบ หรือการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน โดยผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ เด็กเล็กอายุน้อยกว่า ๒ ปี ผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดเรื้อรัง หอบหืด โรคหัวใจ เป็นต้น

๑.๒ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

โรคปอดอักเสบ เกิดจากการติดเชื้อที่ถุงลมฝอย (Alveoli) ภายในเนื้อเยื่อปอด ซึ่งเชื้อก่อโรคเป็นได้ทั้ง เชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส เช่น เชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* เชื้อไวรัส เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus, RSV) รวมถึงโรคโควิด 19 หรือเชื้อไวรัสอื่น ๆ อีกหลายชนิด ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อดังกล่าวมีอาการของโรคปอดอักเสบ หรืออาจทำให้เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ นอกจากนี้โรคปอดอักเสบ ยังเกิดจากการติดเชื้อราได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง สามารถพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เด็กเล็กไปจนถึงผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องและผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ มักมีอาการรุนแรง

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ (DSS) กองระบาดวิทยา ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๔ – ๒๕๖๘) พบว่า ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 การรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากนั้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ผู้ป่วยปอดอักเสบมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งปี ๔๕๖,๒๒๕ ราย และมีผู้เสียชีวิต ๘๙๐ ราย สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน ๑๒๔,๑๑๔ ราย อัตราป่วย ๑๙๑.๒๐ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๒๐๕ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๑๖๕ อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ๑ : ๑.๑๕ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ อายุ ๐ – ๔ ปี เท่ากับ ๗๑๖.๐๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (๔๘๒.๐๐) และ ๕ – ๙ ปี (๒๐๑.๔๐) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคเหนือ เท่ากับ ๒๐๘.๔๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๒๐๒.๔๒) ภาคใต้ (๑๘๔.๔๑) และภาคกลาง (๑๗๘.๘๐) โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ แม่ฮ่องสอน (อัตราป่วย ๓๖๐.๑๐ ต่อประชากรแสนคน) ยโสธร (๓๕๘.๑๐) ภูเก็ต (๓๔๕.๗๐) อุบลราชธานี (๓๓๓.๘๐) และแพร่ (๒๘๔.๓๐) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาข้อมูลโรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ พบว่า ในช่วงต้นปีรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมักพบผู้ป่วยสูงในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี และผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ส่วนผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๗๐.๗๐) ในช่วงฤดูฝนจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบอาจเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก สภาพอากาศที่มีความชื้นสูงและการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายและอาจพัฒนาไปสู่ภาวะปอดอักเสบได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

การติดต่อ สามารถติดต่อผ่านการหายใจนำเชื้อโรคที่ปนเปื้อนในอากาศเข้าไปในทางเดินหายใจ ผ่านการไอหรือจามของผู้ป่วย นอกจากนี้สามารถแพร่กระจายทางเลือดโดยมักเกิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่อวัยวะอื่น มาก่อน

ระยะฟักตัว ขึ้นกับชนิดของเชื้อก่อโรค อาจสั้นถึง ๑ – ๓ วัน หรือนาน ๑ – ๔ สัปดาห์

อาการ ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ ไอ และหายใจหอบเหนื่อย อาการดังกล่าวมักเป็นเฉียบพลันซึ่งการวินิจฉัยใช้อาการทางคลินิกร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

๑.๓ โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus, RSV)

เชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) เป็นสาเหตุของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง สามารถเกิดการติดเชื้อได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่อาการจะรุนแรงในเด็กเล็ก เด็กที่คลอดก่อนกำหนด และผู้สูงอายุ มากกว่า ๖๕ ปี รวมถึงผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคปอด โรคหัวใจ หรือมีปัญหเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันร่างกายผิดปกติ เป็นต้น

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ (DDS) กองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี จำนวน ๔๙,๔๑๔ ราย อัตราป่วย ๗๖.๑๒ ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิต ๑๒ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๒๔ สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ๑,๗๘๑ ราย อัตราป่วย ๒.๗๔ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ๑ : ๑.๑๕ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี เท่ากับ ๔๓.๖๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ๕ - ๙ ปี (๔.๒๐) และอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (๑.๓๐) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคใต้ เท่ากับ ๔.๔๓ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (๓.๖๑) ภาคกลาง (๓.๐๙) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๑.๑๗) โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต (อัตราป่วย ๔๑.๔๙ ต่อประชากรแสนคน) ตาก (๑๐.๖๕) พิษณุโลก (๗.๐๑) กรุงเทพมหานคร (๕.๘๘) และสุราษฎร์ธานี (๕.๕๖)

เมื่อพิจารณาข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ พบว่า ในช่วงต้นปีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ อย่างไรก็ตามในช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นฤดูกาลระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี จึงคาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการระบาดของฤดูกาลของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

การติดต่อ ผ่านการหายใจเอาละอองเสมหะของผู้ที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีเข้าสู่ทางเดินหายใจ ผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ที่ติดเชื้อหรือวัตถุที่มีการปนเปื้อนเชื้อแล้วไปสัมผัสเยื่อตา จมูก ปาก

ระยะฟักตัว ประมาณ ๒ - ๘ วัน หลังได้รับเชื้อ โดยส่วนใหญ่มักแสดงอาการภายใน ๔ - ๖ วัน

อาการแสดงและการวินิจฉัย ผู้ติดเชื้ออาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จนถึงอาการรุนแรง เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อยเนื่องจากมีปอดอักเสบ รับประทานอาหารได้น้อย ซึมลง การวินิจฉัยทำได้โดยตรวจหาเชื้อไวรัสจากสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ

๑.๔ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID - 19)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คนได้ ผ่านทางละอองฝอยจากทางเดินหายใจ

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ (DDS) กองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีรายงานผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำนวน ๖๑๔,๖๐๑ ราย อัตราป่วย ๙๔๖.๐๗ ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิต ๒๗๕ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๔ ข้อมูลผู้เสียชีวิตที่ระบุโรคประจำตัวในระบบเฝ้าระวังโรค เป็นกลุ่ม ๖๐๘ ร้อยละ ๙๓ ส่วนใหญ่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ตามลำดับ สำหรับผู้เสียชีวิตที่ไม่ใช่กลุ่ม ๖๐๘ อีกร้อยละ ๗ พบว่ามีภาวะทางสุขภาพอื่น ๆ เช่น พิษสุราเรื้อรัง ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยติดเตียง และเป็นเด็กทารกแรกคลอดอายุต่ำกว่า ๑ เดือน เป็นต้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙) พบรายงานผู้ป่วยสะสม ๒,๙๗๐ ราย อัตราป่วย ๔.๕๘ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๑ ราย เป็นผู้สูงอายุ ๗๖ ปี ไม่ทราบประวัติโรคประจำตัว อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง ๑ : ๑.๕๙ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ ๐ - ๔ ปี อัตราป่วย ๗.๕๓ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ๓๐ - ๓๙ ปี (๗.๒๑) และ ๒๐ - ๒๙ ปี (๖.๑๔) โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต อัตราป่วย ๒๐.๗๔

ต่อประชากรแสนคน กรุงเทพมหานคร (๒๐.๓๙) ชลบุรี (๑๔.๒๘) นนทบุรี (๑๒.๓๑) และ สมุทรปราการ (๗.๕๘) ตามลำดับ ทั้งนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ยังไม่พบรายงานการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคโควิด 19

สำหรับแนวโน้มของโรคในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ พบผู้ป่วยมีแนวโน้มคงที่และต่ำกว่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลังและปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ พบว่าจำนวนผู้ป่วยและการระบาดเป็นกลุ่มก้อนเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนเมษายน - มิถุนายน ดังนั้น ในช่วงเข้าสู่ฤดูฝนที่จะถึงนี้อาจพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มสูงขึ้นได้

การติดต่อ ติดต่อกันจากคนสู่คนผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยการสูดเอาละอองฝอยน้ำมูก น้ำลาย (Droplet) ที่ปนเปื้อนเชื้อในอากาศจากการจาม ไอ ของผู้ป่วย

ระยะฟักตัว ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มแสดงอาการ มีการเปลี่ยนแปลงตามชนิดสายพันธุ์ของโรค อยู่ระหว่าง ๑ - ๑๔ วัน (เฉลี่ย ๓ - ๕ วัน) หลังจากได้รับเชื้อ ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อบางรายไม่แสดงอาการ

อาการ ผู้ป่วยโรคโควิด ๑๙ มักมาด้วยอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ คัดจมูก มีน้ำมูก หายใจลำบาก ร่วมกับ มีไข้ ส่วนอาการอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ การดมกลิ่น และการรับรสผิดปกติ แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงได้ เช่น มีภาวะปอดอักเสบและมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันที ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สายพันธุ์ของเชื้อก่อโรค อายุ โรคประจำตัว และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย โดยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำถือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยรุนแรง การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตได้

การป้องกันควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ

๑. สำหรับประชาชน

กรณีที่ไม่มีอาการป่วย :

- สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งและล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เมื่อต้องทำกิจกรรมรวมกลุ่ม ต้องสัมผัสคนจำนวนมาก หรือต้องอยู่ในพื้นที่แออัด
- ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ
- ดูแลร่างกายให้อบอุ่นในช่วงอากาศหนาวหรืออากาศเปลี่ยนแปลง
- ดูแลสุขภาพขณะอนามัยเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ดังนี้
 - ไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ หรือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ
 - ไม่ใช้แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดมือ ของเล่นร่วมกับผู้ป่วย
 - หมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล หลังสัมผัสสิ่งของที่มีคนสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ที่จับประตู ลูกบิด โต๊ะ และเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวดังกล่าวสม่ำเสมอ

สำหรับโรคไข้หวัดใหญ่

- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี, หญิงตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ที่แนะนำ ๑๒-๒๐ สัปดาห์), ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย เบาหวาน และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด), ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีขึ้นไป, ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้, โรคธาลัสซีเมีย และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) และโรคอ้วน น้ำหนักตัวมากกว่า ๑๐๐ กิโลกรัม หรือ BMI >๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ประจำปี

กรณีที่มีอาการป่วย :

- หากสงสัยว่าตนเองป่วย หรือ มีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ให้แยกตัวจากผู้อื่น ควรหยุดเรียน หยุดงาน แม้จะมีอาการไม่มากก็ควรหยุดพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย ๓ - ๗ วัน ขึ้นกับความรุนแรงของอาการป่วย
- สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อต้องพูดคุยหรือคลุกคลีกับผู้อื่น
- เมื่อไอ จาม ใช้กระดาษทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก ปิดจมูกทุกครั้ง และหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล
- หากมีอาการรุนแรง เช่น หายใจหอบเหนื่อย ให้รีบเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

๒. สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : ขอความร่วมมือให้หน่วยงานระดับพื้นที่มีการเฝ้าระวังโรค และติดตามสถานการณ์โรคอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในสถานศึกษาหากพบมีอาการระบบทางเดินหายใจ ให้สวมหน้ากากอนามัยและแจ้งผู้ปกครองพาไปรับการรักษา หรือหากพบเป็นกลุ่มก้อนให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทันที และเน้นย้ำการสื่อสารความเสี่ยงและการป้องกันตนเองให้ประชาชนทราบ โดยเฉพาะกลุ่ม ๖๐๘ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตได้หากมีการติดเชื้อ

๒. โรคติดต่อจากการสัมผัส

๒.๑ โรคเลปโตสไปโรสิส หรือโรคน้ำหนู (Leptospirosis)

โรคเลปโตสไปโรสิสหรือโรคน้ำหนู เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย “เลปโตสไปรา (Leptospira)” โดยมีสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น หนู โค กระบือ แพะ แกะ สุกร และสุนัข เป็นแหล่งรังโรคสำคัญ เชื้อจะถูกขับออกมาทั้งปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ตามดินโคลน แหล่งน้ำธรรมชาติ เช่น แอ่งน้ำ ลำห้วย หนองน้ำ น้ำตก ได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปี มักพบผู้ป่วยจำนวนมากในช่วงฤดูฝน กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ เกษตรกร (ชาวนา ชาวสวน) คนเลี้ยงสัตว์ คนหาปลา หรือจับสัตว์น้ำ นักท่องเที่ยวเดินป่าหรือเล่นน้ำตามธรรมชาติ และผู้ประสมภยน้ำท่วม

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DSD) กองระบาดวิทยา ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘) พบอัตราป่วยอยู่ระหว่าง ๑.๘๗ - ๘.๐๙ ต่อประชากรแสนคน (มัธยฐาน ๖.๙๕) โดยมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นมา สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ที่ผ่านมา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ประเทศไทยมีฝนตกหนักและน้ำท่วมรุนแรงในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยพบผู้ป่วย ๕,๒๕๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๘.๐๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๘๔ ราย คิดเป็นอัตราราย ๐.๑๓ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๑.๖๐ พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราป่วย ๑๒.๐๖ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ๕๐ - ๕๙ ปี (๙.๙๖) และ ๔๐ - ๔๙ ปี (๘.๐๓) ตามลำดับ โดยภาคใต้พบผู้ป่วยสูงสุด คิดเป็นอัตราป่วย ๒๕.๘๒ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (๑๐.๐๗) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๖.๗๑) และภาคกลาง (๐.๙๒) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ แม่ฮ่องสอน ๗๑.๓๕ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ น่าน (๕๓.๗๓) สงขลา (๕๑.๕๖) ระนอง (๔๕.๒๔) และตรัง (๓๖.๗๗) ตามลำดับ

สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส จำนวน ๑,๑๖๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑.๗๙ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๑๔ ราย คิดเป็นอัตราราย ๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๑.๒๑ พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราป่วย ๓.๐๕ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ๕๐ - ๕๙ ปี (๒.๑๔) และ ๔๐ - ๔๙ ปี (๑.๖๐) ตามลำดับภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ ๕.๗๕ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (๒.๑๕)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๑.๕๓) และภาคกลาง (๐.๑๗) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก คือ ระนอง ๑๖.๗๑ ต่อประชากรแสนคน น่าน (๑๓.๙๒) นครศรีธรรมราช (๙.๓๑) สงขลา (๙.๐๔) และแม่ฮ่องสอน (๘.๖๙) ตามลำดับ

การติดต่อ เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผล รอยขีดข่วน ผิวหนังอ่อนนุ่มจากการแช่น้ำนาน เยื่อบุตา จมูก หรือปาก คนส่วนใหญ่มักติดเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ ได้แก่ การลงแช่น้ำ หรือย่ำดินโคลน โดยไม่สวมรองเท้าบูต นอกจากนี้ อาจติดเชื้อสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะ เลือด และเนื้อเยื่อของสัตว์ที่ติดเชื้อ หรือการรับประทานน้ำ/อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ แต่พบได้น้อยกว่าการสัมผัสกับน้ำหรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ

ระยะฟักตัว เฉลี่ย ๕ - ๑๔ วัน (อาจเร็วสุด ๒ วัน หรือนานถึง ๓๐ วัน) หลังจากได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย

อาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรง ทनावสัน กดเจ็บและปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณน่องและหลังส่วนล่าง ตาแดงหรือเลือดออกใต้เยื่อบุตา ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงกลุ่มอาการวาล์ซินโดรม (Weil's Syndrome) ซึ่งจะมีอาการไข้สูงร่วมกับตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะออกน้อยจากไตวายเฉียบพลัน เลือดออกผิดปกติ เช่น ไอเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ เกิดการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และเสียชีวิตได้

การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนู

๑. หลีกเลี่ยงการแช่น้ำเป็นเวลานาน หรือเดินลุยน้ำโคลนด้วยเท้าเปล่า หากจำเป็นต้องสัมผัสน้ำหรือ ดินชื้นแฉะ ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมทุกครั้ง เพื่อไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่ผิวหนัง เช่น สวมรองเท้าบูตยาว หรือสวมถุงพลาสติกยาวหุ้มรองเท้าแล้วใช้เชือกผูกอีกชั้น รวมถึงสวมถุงมือยาง หากมีบาดแผลควรปิดด้วยพลาสติกกันน้ำ และควรรีบทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำสบู่ทันทีหลังจากลุยหรือแช่น้ำ เพื่อลดระยะเวลาการสัมผัสเชื้อ

๒. รักษาความสะอาดของที่อยู่อาศัย หรือสถานที่ทำงาน จัดเก็บขยะให้มิดชิดเพื่อไม่ให้ปนแหล่งอาหารหรือที่อยู่อาศัยของหนู

๓. ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก และรับประทานอาหารที่สะอาด ปิ้งสุกใหม่และร้อนเสมอ เก็บอาหารและน้ำดื่มในภาชนะที่ปิดมิดชิด และอุ่นอาหารค้ำมือให้ร้อนจัดก่อนรับประทานทุกครั้ง

๔. การทำความสะอาดบ้านหลังน้ำลด ควรสวมถุงมือยาง และรองเท้าบูตทุกครั้ง

๕. หากมีไข้สูงร่วมกับปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะที่ น่องและโคนขา ภายใน ๑ - ๒ สัปดาห์ หลังจากสัมผัสพื้นที่น้ำขัง/พื้นดินชื้นแฉะ ที่มีโอกาสปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์รังโรค ห้ามซื้อยามารับประทานเอง แต่ควรรีบไปพบแพทย์ทันที และแจ้งประวัติเสี่ยงให้ทราบ เพื่อพิจารณาการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง

๒.๒ โรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis) หรือโรคไข้ดิน

โรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคติดเชื้อที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อจากการสัมผัส สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Burkholderia pseudomallei* ซึ่งพบได้ในดินและแหล่งน้ำตามธรรมชาติในทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยมีความชุกสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ กลุ่มเสี่ยงสำคัญ คือ เกษตรกรหรือผู้ที่ต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นเวลานาน ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้นและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมถึงเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ (DDS) กองระบาดวิทยา สถานการณ์โรคในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๗) พบว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีรายงานผู้ป่วยโรคmelioidosis อยู่ระหว่าง ๒,๔๕๓ - ๔,๔๖๘ รายต่อปี (ค่ามัธยฐาน ๓,๒๔๒ ราย) ขณะเดียวกันแนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ระหว่าง ๑๔ - ๒๓๓ รายต่อปี โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบรายงานผู้เสียชีวิตโรคmelioidosis ลดลงอย่างมาก (๑๔ ราย) โรคนี้สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะมีความชุกสูงในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม และพบผู้ป่วยมากสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ พบผู้ป่วยโรคmelioidosis สะสมจำนวน ๘๙๑ ราย อัตราป่วย ๑.๓๗ ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต ๓๑ ราย ใน ๒๑ จังหวัด อัตราตาย ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ ๓.๔๘ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รองลงมา คือ ๕๐ - ๕๙ ปี และ ๔๐ - ๔๙ ปี ตามลำดับ สัญชาติไทย ร้อยละ ๙๗.๗๖ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๓๗.๓๘ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ มุกดาหาร บึงกาฬ และอุบลราชธานี

การติดต่อ เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ได้แก่ จากการสัมผัสโดยตรงกับดินหรือน้ำแล้วเชื้อผ่านทางผิวหนังหรือบาดแผล การรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ รวมถึงการสูดดมละอองฝุ่นที่มีเชื้อปนเปื้อนเข้าไป ทั้งนี้โรคดังกล่าวไม่ติดต่อจากคนสู่คนโดยตรง อย่างไรก็ตาม มีรายงานการติดต่อจากสัตว์สู่คนได้ในบางกรณีผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือการบริโภคผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ปนเปื้อนเชื้อ

ระยะฟักตัว ประมาณ ๑ - ๒๑ วัน โดยเฉลี่ย ๔ - ๙ วัน ในบางรายอาจยาวนานเป็นเดือนหรือเป็นปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับ ช่องทางการเข้าสู่ร่างกาย และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย

อาการ ลักษณะทางคลินิกของโรคมักมีความหลากหลายและไม่จำเพาะ โดยขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับ ช่องทางการติดเชื้อ และระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย หากมีภาวะปอดติดเชื้อมักมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยบางรายอาจพบฝีในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ผิวหนัง ปอด ตับ ม้ามหรือต่อมลูกหมาก ขณะที่ในเด็กอาจพบฝีที่ต่อมน้ำลายได้ ในกรณีรุนแรง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะช็อก และสามารถนำไปสู่การเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โดยการศึกษาพบว่าอัตราป่วยตายในผู้ป่วยยืนยันที่มีผลเพาะเชื้อเป็นบวกสูงถึงประมาณร้อยละ ๔๐ และมักเสียชีวิตภายใน ๑ - ๒ วันหลังเข้ารับการรักษา

การป้องกันโรคmelioidosis (Meliodosis) หรือโรคใช้ดิน

๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เกษตรกร ผู้ที่ต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นประจำ รวมถึงผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำโดยตรง หากมีความจำเป็นควรใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น รองเท้าบูท ถุงมือยาง และชุดลุยน้ำ หากมีบาดแผล หลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำจนกว่าแผลจะแห้งสนิท และหลังจากเสร็จภารกิจให้อาบน้ำฟอกสบู่ทันที

๒. บริโภคน้ำดื่มสะอาดในบรรจุภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน หรือน้ำต้มสุก จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. หลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางสายฝน โดยเฉพาะช่วงที่มีลมแรง พายุ อาจทำให้สูดละอองฝุ่นดินที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้

๔. หากมีอาการไข้สูงต่อเนื่อง ๒ วัน หรือมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ร่วมกับภูมิประวัติสัมผัสดินและน้ำมาก่อน ควรรีบไปพบแพทย์ และหากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคmelioidosis จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดไม่น้อยกว่า ๖ เดือน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดอัตราการเสียชีวิต และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค

๒.๓ โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease)

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่จากการสัมผัส สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโรไวรัส (Enteroviruses) ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ พบการติดเชื้อได้บ่อยในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เนื่องจากเชื้อมีความหลากหลายทางสายพันธุ์ ผู้ที่เคยติดเชื้อแล้วจึงยังสามารถติดเชื้อซ้ำได้

สถานการณ์โรคในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘) จากข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) กองระบาดวิทยา พบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยแต่ละปีมีรายงานผู้ป่วย อยู่ระหว่าง ๑๙,๒๖๐ - ๑๑๕,๕๓๔ ราย ค่ามัธยฐาน ๗๐,๒๕๓ ราย สูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และลดลงอย่างชัดเจนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔) สำหรับผู้เสียชีวิต มีรายงานปีละ ๑ - ๓ ราย และบางปีไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ได้แก่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๘ โรคนี้สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี พบสูงสุดในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม และพบมากในพื้นที่ภาคเหนือ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ (ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙) พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสะสมจำนวน ๑๐,๔๑๗ ราย อัตราป่วย ๑๖.๐๕ ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ๐ - ๔ ปี รองลงมา คือ ๕ - ๙ ปี และ ๑๐ - ๑๔ ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย และยังอยู่ในความปกครองหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา คือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ เชียงราย ภูเก็ต และพะเยา

การติดต่อ เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ได้แก่ น้ำมูก น้ำลายของเหลวจากตุ่มพองหรือแผล รวมถึงอุจจาระ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจยังไม่แสดงอาการแต่สามารถแพร่เชื้อได้ นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อทางอ้อมผ่านการสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนเชื้อ เช่น ของเล่น ภาชนะ หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่ใช้ร่วมกัน

ระยะฟักตัว โดยเฉลี่ยประมาณ ๓ - ๕ วัน หลังได้รับเชื้อ ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย

อาการ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย เจ็บคอ มีตุ่มน้ำใส หรือแผลในช่องปาก รวมถึงมีผื่นหรือตุ่มน้ำใสบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า โดยอาการมักทุเลาและหายได้เองภายใน ๗ - ๑๐ วัน อย่างไรก็ตามในบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น สมออักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ปอดอักเสบ หรือภาวะล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

การป้องกันโรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease)

๑. ควรมุ่งเน้นที่การลดการแพร่กระจายของเชื้อโดยเฉพาะในสถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งมักพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนอยู่เป็นประจำ วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ เนื่องจากแอลกอฮอล์เจลไม่สามารถทำลายเชื้อไวรัสในกลุ่มนี้ได้ จึงควรส่งเสริมให้เด็กมีสุขนิสัยการล้างมือที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ

๒. ครูผู้ดูแลเด็กต้องตรวจคัดกรองอาการป่วย เช่น ไข้ ไอ และมีผื่น ก่อนเข้าเรียนทุกวัน หากพบเด็กป่วยต้องแยกออกจากกลุ่มทันที และให้หยุดเรียนจนกว่าจะหายเป็นปกติ พร้อมทั้งทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ของเล่น และพื้นผิวสัมผัสร่วมอย่างสม่ำเสมอ

๓. ผู้ปกครองควรเฝ้าระวังอาการของบุตรหลานอย่างใกล้ชิด และหลีกเลี่ยงการพาเด็กที่ป่วยไปยังสถานที่แออัด เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ

ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคมือเท้าปาก จากเชื้อเอนเทอโรไวรัสสายพันธุ์ 71 (Enterovirus 71 vaccine หรือ EV71 vaccine) ซึ่งเป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย โดยเมื่อได้รับครบตามกำหนด จะสามารถป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวได้ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม วัคซีนนี้ยังไม่ได้รับการบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ และยังไม่มีการนำมาใช้แพร่หลายในประเทศไทยในวงกว้าง

๓. โรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย

๓.๑ โรคไข้เลือดออก (Dengue)

โรคไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus) ซึ่งมีทั้งหมด ๔ สายพันธุ์ ได้แก่ DENV-1, DENV-2, DENV-3 และ DENV-4 ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรค โดยกองระบาดวิทยา พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ มีลักษณะการระบาดไม่แน่นอน โดยเว้นระยะทุก ๑ หรือ ๒ ปี แนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วย ๔๖,๖๗๙ ราย (อัตราป่วย ๗๐.๕๙ ต่อประชากรแสนคน) และพบการเกิดโรคสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย ๑๖๐,๘๔๑ ราย (๒๔๗.๗๘) ต่ำสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบผู้ป่วย ๑๐,๖๑๗ ราย (๑๖.๐๔) ด้านความรุนแรงของโรค จากข้อมูลรายงานในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ พบผู้เสียชีวิตจำนวน ๖, ๓๒, ๑๘๐, ๘๘ และ ๕๓ ราย ตามลำดับ ทั้งนี้ อัตราป่วยตายในแต่ละปีมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน อยู่ระหว่างร้อยละ ๐.๐๖ - ๐.๑๑ สูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยมีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ ๐.๑๑ ประเทศไทยพบผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ตลอดทั้งปี โดยพบสูงสุดในช่วงฤดูฝน เริ่มพบมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมและสูงสุดในเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม หลังจากนั้นจึงเริ่มลดลง

สถานการณ์โรค ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม ๖,๐๖๕ ราย อัตราป่วย ๙.๓๔ ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต ๑๐ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๑๖ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนคิดเป็น ๒๑.๒๙ รองลงมา คือ ๑๕ - ๑๙ ปี (๑๗.๐๐) และ ๕ - ๙ ปี (๑๓.๙๐) ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต ๑๐๖.๑๙ ต่อประชากรแสนคน สมุทรสาคร (๔๘.๙๒) พังงา (๓๗.๓๐) สมุทรปราการ (๓๑.๖๖) และสงขลา (๓๐.๓๔) ตามลำดับ แม้แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยจะลดลงจากช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา แต่ฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อนำโดยยุงลายมักจะพบในช่วงฤดูฝน เนื่องจากเป็นช่วงที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย จึงคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะสูงขึ้น

การติดต่อ ติดต่อกันจากคนสู่คน โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค

ระยะฟักตัว เมื่อคนถูกยุงที่มีเชื้อกัด จะใช้เวลาประมาณ ๓ - ๑๔ วัน (โดยทั่วไป ๔ - ๗ วัน) ถึงจะแสดงอาการของโรค ซึ่งบางรายอาจไม่แสดงอาการแต่สามารถแพร่เชื้อได้

อาการ มีไข้สูง ร่วมกับ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ปวดกระบอกตา มีจุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล บางรายอาจมีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด ตับโต อาจดื่มน้ำบริเวณชายโครงด้านขวา หากมีอาการรุนแรงอาจมีภาวะช็อก เลือดออกในอวัยวะภายใน และการไหลเวียนของเลือดล้มเหลวได้ ไวรัสไข้เลือดออกมี ๔ สายพันธุ์ ดังนั้นคนสามารถเป็นไข้เลือดออกได้มากกว่า ๑ ครั้ง การติดเชื้อครั้งที่ ๒ จะมีอาการรุนแรงกว่าการติดเชื้อครั้งแรก

การรักษา เนื่องจากยังไม่มียาต้านไวรัสไข้เลือดออกโดยตรง การรักษาจะเป็นแบบประคับประคอง ให้อาบน้ำเย็น และพักผ่อนให้เพียงพอ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกควรพบแพทย์โดยเร็วและในรายที่มีอาการรุนแรง ต้องได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ข้อควรระวัง คือ ห้ามใช้ยาแก้ปวด หรือ ยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAIDs เนื่องจากรบกวนการทำงานของเกล็ดเลือดและส่งผลให้มีเลือดออกผิดปกติได้

๓.๒ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือโรคชิคุนกุนยา (Chikungunya)

โรคชิคุนกุนยา หรือโรคไข้ปวดข้อยุงลาย เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya virus) ชื่อโรคชิคุนกุนยา มาจากภาษา Kimakonde ซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นในทางใต้ของประเทศแทนซาเนีย ที่เป็นต้นกำเนิดของโรคนี้ หมายถึง เจ็บจนบิดงอตัว ภาษาไทยเรียกโรคนี้ว่า ไข้ปวดข้อยุงลาย ซึ่งบอกลักษณะอาการของโรค รวมไปถึงพาหะนำโรค

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) กองระบาดวิทยา พบว่า สถานการณ์โรคไข้ปวดข้อยุงลาย ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีรายงานผู้ป่วย จำนวน ๖๗๑ ราย อัตราป่วย ๑.๐๑ ต่อประชากรแสนคน ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เริ่มมีรายงานสูงขึ้น จำนวนผู้ป่วย ๑,๓๑๑ ราย (๑.๙๘) และสูงต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย ๑,๔๘๖ ราย (๒.๒๕) ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ มีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้ป่วย ๗๒๔ ราย (๑.๑๒) และกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวนผู้ป่วย ๑,๔๐๘ ราย (๒.๑๘) ในส่วนของ ผู้เสียชีวิต (พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘) ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต

สถานการณ์โรค ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ป่วย โรคไข้ปวดข้อยุงลาย จำนวน ๔๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๐๗ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต โดยจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และต่ำกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา ๒.๑๗ เท่า อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ ๑ : ๑ พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๑๒ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ๔๐ - ๔๙ ปี (๐.๑๑) และ ๓๐ - ๓๙ ปี (๐.๐๘) ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ป่วย พบเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ ๖๔ และผู้ป่วยใน (IPD) ร้อยละ ๓๖ โดยพบผู้ป่วยกระจายใน ๑๗ จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ สมุทรสงคราม อัตราป่วย ๑.๐๖ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ เลย (๐.๖๓) ชุมพร (๐.๖๐) สมุทรสาคร (๐.๕๔) และลำพูน (๐.๕๐) ตามลำดับ

การติดต่อ ติดต่อกันจากคนสู่คน โดยมียุงลายบ้าน และยุงลายสวน เป็นพาหะนำโรค

ระยะฟักตัว เมื่อคนถูกยุงที่มีเชื้อกัด จะใช้เวลาประมาณ ๑ - ๑๒ วัน (โดยทั่วไป ๓ - ๗ วัน) ถึงจะแสดงอาการของโรค บางรายอาจไม่มีอาการ

อาการ มีไข้สูง ร่วมกับอาการปวดข้อ ข้อบวมแดง มักเริ่มจากบริเวณข้อมือ ข้อเท้า และข้อต่อแขนขา บางรายมีผื่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ตาแดง อาการส่วนใหญ่จะดีขึ้นใน ๗ - ๑๐ วัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดข้อเรื้อรังได้เป็นเวลาหลายเดือน โดยในผู้ใหญ่มักมีอาการปวดข้อที่รุนแรง และยาวนานกว่าในเด็ก บางรายมีอาการรุนแรงมากจนขยับข้อไม่ได้ และมักมีอาการอยู่นาน ๑ - ๒ สัปดาห์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการประกอบอาชีพของผู้ป่วย การเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาพบได้น้อย อย่างไรก็ตามพบรายงานผู้เสียชีวิตในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคร่วม

การรักษา โรคนี้ยังไม่มี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉพาะสำหรับโรคชิคุนกุนยา ใช้การรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาลดไข้ ยาแก้ปวด การพักผ่อนให้เพียงพอ

๓.๓ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease)

โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเกิดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus - ZIKV) อยู่ในตระกูลฟลาวิไวรัส (flavivirus) จำพวกเดียวกับไวรัสไข้เหลือง ไวรัสเด็งกี ไวรัสเวสต์ไนล์ และไวรัสไข้สมองอักเสบเจอี

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) กองระบาดวิทยา ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ มีรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาอยู่ระหว่าง ๖๓ - ๘๑๘ ราย อัตราป่วยอยู่ระหว่าง ๐.๑๐ - ๑.๒๔ ต่อประชากรแสนคน (มัธยฐาน ๐.๓๘) ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตในช่วงเวลาดังกล่าว แนวโน้มเริ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยได้รับรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา ๘๑๘ ราย อัตราป่วย ๑.๒๔ ต่อประชากรแสนคน

และในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ได้รับรายงานผู้ติดเชื้อ จำนวน ๔๔๓ ราย (๐.๖๗) ๒๔๙ ราย (๐.๓๘) ตามลำดับ ประเทศไทยพบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาตลอดทั้งปี และพบมากที่สุด ในช่วงฤดูฝน

สถานการณ์โรค ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ มีรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาสะสม ๕๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อกลุ่มอาการกิลแลง - บาร์เร (Guillain-Barré Syndrome) และผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทอักเสบอื่น ๆ และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๑ : ๑.๔ พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๓๐ - ๓๙ ปี คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๒๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ๐ - ๔ ปี ๑๕ - ๑๙ ปี ๒๐ - ๒๙ ปี และ ๔๐ - ๔๙ ปี อัตราป่วย ๐.๑๐ ต่อประชากรแสนคน เท่ากัน โดยพบผู้ป่วยกระจายใน ๑๕ จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ สงขลา อัตราป่วย ๐.๙๙ ต่อประชากรแสนคน สุพรรณบุรี (๐.๗๒) ตรวด (๐.๔๖) กรุงเทพมหานคร (๐.๓๐) และภูเก็ต (๐.๒๕) ตามลำดับ ข้อมูลจากโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค และข้อมูลการเฝ้าระวังทารกแรกเกิดที่มีภาวะศีรษะเล็ก กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา ๑ ราย ยังไม่พบทารกศีรษะเล็กยืนยันติดเชื้อไวรัสซิกา

เมื่อพิจารณาแนวโน้มจำนวนผู้ป่วย พบว่าเพิ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นปี และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย จึงมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เคยพบผู้ป่วยหรือเคยเกิดการระบาด

การติดต่อ สามารถติดต่อได้หลายทาง ได้แก่ จากการถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสซิกากัด (เช่นเดียวกับโรคไข้เลือดออก และโรคไข้ปวดข้อยุงลาย) จากการมีเพศสัมพันธ์ การถ่ายเลือด ในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกาอาจแพร่เชื้อสู่ทารกในครรภ์ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อในไตรมาสแรก

ระยะฟักตัว เมื่อคนถูกยุงที่มีเชื้อกัด จะใช้เวลาโดยทั่วไปประมาณ ๒ - ๑๔ วัน ถึงจะแสดงอาการของโรค ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ

อาการ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ต่ำ ๆ มีผื่นแดงตามตัวและแขนขา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และอุจจาระร่วง เป็นต้น โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นใน ๒ - ๗ วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง และมีอัตราป่วยตายต่ำ อย่างไรก็ตามมีการรายงานกลุ่มอาการกิลแลง - บาร์เร (Guillain-Barré syndrome, GBS) เพิ่มขึ้นในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และพบรายงานของโรคไข้มองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ม่านตาอักเสบ และภาวะเกล็ดเลือดต่ำรุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสซิกา

อีกทั้ง โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคติดต่อที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดการแท้งบุตร หรือ ทารกมีภาวะศีรษะเล็กในเด็กแรกเกิด (Congenital Microcephaly) เด็กมีพัฒนาการช้า ตัวเล็ก หรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์

การรักษา โรคนี้ยังไม่มี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฉพาะสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ใช้การรักษาตามอาการเป็นหลัก โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำมาก ๆ หากมีไข้ให้กินพาราเซตามอล (ไม่ควรกินยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAIDs) หากอาการไม่ดีขึ้นควรรีบไปพบแพทย์

การป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย

สำหรับประชาชน

๑. จัดการสิ่งแฉะลื้อมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณรอบ ๆ ตัวบ้าน และในชุมชน ตามมาตรการ “๓ เก็บ ป้องกัน ๓ โรค” (โรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา) เพื่อไม่ให้ยุงลายวางไข่ ดังนี้

“เก็บบ้าน/โรงเรียนให้สะอาด” ปลอดภัย ไม่มีบริเวณอับทึบให้ยุงลายเกาะพัก

“เก็บน้ำ” ปิดฝาภาชนะใส่น้ำกิน - น้ำใช้ให้มิดชิด เทน้ำทิ้งหรือล้างคร่ำภาชนะที่ไม่ใช้ และเปลี่ยนน้ำในภาชนะเล็ก ๆ ทุก ๗ วัน เช่น แจกัน ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำหรือปล่อยปลากินลูกน้ำในภาชนะที่ปิดฝาไม่ได้ เช่น อ่างเลี้ยงไม้น้ำ เพื่อป้องกันยุงลายวางไข่

“เก็บขยะ” เศษภาชนะทุกชนิดบริเวณรอบบ้าน ทิ้งในถุงดำ มัดปิดปากถุงแล้วนำไปทิ้งในถังขยะ เพื่อไม่ให้แหล่งขังน้ำให้ยุงวางไข่เพาะพันธุ์ได้

ทั้งนี้ ขอให้ทุกบ้านสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบริเวณบ้านทุกสัปดาห์ ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันโรคที่ได้ผลดีที่สุด

๒. กำจัดยุงตัวเต็มวัย ใช้สเปรย์กระพองฉีดตามมุมห้องที่มีมิด และมีความชื้นสูง เช่น ซอกตู้ หลังตู้ ใต้ชุดรับแขก ใต้โต๊ะ เก้าอี้ และรอบตะกร้าผ้า เมื่อฉีดเสร็จให้ออกจากห้องทันที และปิดอบห้องไว้ ๒๐ นาที

๓. ป้องกันไม่ให้ยุงกัด โดยการทายากันยุง สวมใส่เสื้อผ้าที่ปกปิดมิดชิด นอนในมุ้งหรือใช้อุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ เช่น ยาจุดกันยุง ไม้อ้อตยุง เป็นต้น

๔. สังเกตอาการป่วย หากมีอาการป่วย เช่น มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ เบื่ออาหารหรือปวดท้อง ซึ่งอาการอาจมีลักษณะคล้ายกันหลายโรค ทั้งไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคโควิด 19 ควรใส่หน้ากากอนามัย รับประทานยาลดไข้ โดยเลือกรับประทานยาพาราเซตามอล หลีกเลี่ยงการทานยาต้านการอักเสบกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) เช่น เซน โอบูโพรเฟน (Ibuprofen) แอสไพริน (Aspirin) นาพรอกเซน (Naproxen) หรือ ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) เพราะหากเป็นไข้จากโรคไข้เลือดออกยากกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้มีเลือดออกผิดปกติ ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา หากทานยาพาราเซตามอลแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้รีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อรับการวินิจฉัย หาสาเหตุที่ต้องและรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

๕. ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ หากมีอาการสงสัยไวรัสซิกา ได้แก่ มีไข้ ร่วมกับ มีผื่น หรือตาแดง ควรรีบมาพบแพทย์เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยต่อไป

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๑. เน้นมาตรการป้องกันโรคล่วงหน้า เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ โดยเร่งสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ควบคู่กับการดำเนินมาตรการป้องกันประชาชนจากการถูกยุงกัด และสื่อสารความเสี่ยงแก่ยังประชาชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อมาโดยยุงลาย รวมทั้งควบคุมโรคตามมาตรการ ๓-๓-๑ อย่างเข้มข้น เพื่อลดความรุนแรงของการระบาดในช่วงฤดูฝน

๒. ควรเฝ้าระวังการระบาดซ้ำในพื้นที่ที่เคยมีการระบาด เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการพบผู้ป่วยอาการรุนแรงและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัว

๓. สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ควรสื่อสารความเสี่ยงไปยังคลินิกฝากครรภ์ (ANC) เพื่อเฝ้าระวังและดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและผลกระทบต่อทารกในครรภ์

๔. ภัยสุขภาพ

๔.๑ อันตรายจากการถูกงูกัด

การบาดเจ็บจากการถูกงูกัด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพิษของงูทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ตั้งแต่ทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีผลต่อระบบประสาท ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลต่อการหายใจ เป็นผลให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่าง ๆ ตามมาทั้งบริเวณเฉพาะที่เกิดบาดแผลหรืออวัยวะอื่น เช่น ไตวาย นำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ในแถบเอเชียมีผู้ป่วยถูกงูกัดมากถึง ๒ ล้านคนต่อปี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร ชาวประมง พรานล่าสัตว์ ผู้ที่อาศัยในบ้านที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ผู้เสียชีวิตจากการถูกงูกัดส่วนหนึ่ง

เป็นผู้ที่มีเศรษฐฐานะไม่ดี ด้อยโอกาสทางการศึกษา รวมทั้งปัจจัยการเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลทำให้ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือในระบบสาธารณสุขแต่รักษาตามความเชื่อพื้นบ้าน สำหรับประเทศไทย อยู่ในเขตร้อนชื้น มีลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลายทั้งพื้นที่ราบลุ่ม ป่า และภูเขาจึงทำให้มีงูหลากหลายชนิดอาศัยอยู่ชุกชุม ทั้งที่มีพิษรุนแรง พิษอ่อน และที่ไม่มีพิษเลย ชนิดของพิษงูที่พบในประเทศไทย ได้แก่ ๑. พิษต่อระบบประสาท ได้แก่ งูเห่าไทย งูเห่าพันพิษ งูจงอาง งูสามเหลี่ยม และงูทับสมิงคลา ๒. พิษต่อระบบเลือด ได้แก่ งูแมวเซา (พิษต่อระบบเลือดและไต) งูกะปะ และงูเขียวหางไหม้ ๓. พิษที่ออกฤทธิ์ต่อกลิ้ามเนื้อ ได้แก่ งูทะเล ๔. พิษที่ออกฤทธิ์ทำให้เกิดเนื้อตายบริเวณที่โดนกัด ได้แก่ งูเขียวหางไหม้ งูกะปะ งูเห่า และงูจงอาง ชนิดของงูที่พบในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ๑. ภาคเหนือ พบ งูเห่าพันพิษ งูเห่าไทย งูสามเหลี่ยม ๒. ภาคกลาง พบงูเห่าพันพิษ งูเห่าไทย งูเขียวหางไหม้ งูแมวเซา งูจงอางจะพบได้บางจังหวัด ๓. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบงูทับสมิงคลา ๔. ภาคใต้ พบ งูสามเหลี่ยม งูจงอาง งูแมวเซา งูกะปะ งูทับสมิงคลา และ ๕. ภาคตะวันออกพบงูแมวเซา งูทับสมิงคลา และงูกะปะ ส่วนงูพิษที่พบได้ทั่วประเทศ ได้แก่ งูกะปะ งูเห่าไทย และงูสามเหลี่ยม

สถานการณ์การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการถูกงูพิษกัด จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS: Injury Surveillance) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ พบผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการถูกงูพิษกัดสะสม จำนวน ๑๙,๗๐๗ ราย เฉลี่ยปีละ ๓,๙๔๑ รายต่อปี โดยผู้ที่ถูกงูพิษกัดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๑๒,๒๔๑ ราย ร้อยละ ๖๒.๑๒ ประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงานมากที่สุด จำนวน ๕,๘๘๓ ราย ร้อยละ ๓๓.๐๗ รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ๔,๑๑๗ ราย ร้อยละ ๒๓.๑๔ และอื่น ๆ ๖๕๓ ราย ร้อยละ ๓.๕๐ ตามลำดับ สถานที่ที่ถูกงูพิษกัด ส่วนใหญ่คือที่บ้าน จำนวน ๑๒,๙๖๔ ราย ร้อยละ ๖๕.๔๔ รองลงมาคือ นา ไร่ สวน ๓,๖๖๖ ราย ร้อยละ ๑๘.๖๔ ตามลำดับ โดยช่วงที่พบถูกงูพิษกัดสูงสุดในช่วงเดือนตุลาคม จำนวน ๒,๒๓๖ ราย ร้อยละ ๑๑.๓๕ รองลงมาคือ เดือนพฤษภาคม ๒,๐๖๐ ราย ร้อยละ ๑๐.๔๕ และเดือนมิถุนายน ๒,๐๔๐ ราย ร้อยละ ๑๐.๓๕ ตามลำดับ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุสูงสุดคือ ช่วงเวลา ๑๘.๐๐ - ๒๐.๕๙ น. จำนวน ๔,๕๑๙ ราย ร้อยละ ๒๒.๙๓ รองลงมาคือช่วงเวลา ๐๙.๐๐ - ๑๑.๕๙ น. ๓,๒๑๒ ราย ร้อยละ ๑๖.๓๐ และช่วงเวลา ๑๕.๐๐ - ๑๗.๕๙ น. ๒,๙๓๒ ราย ร้อยละ ๑๔.๘๘ ตามลำดับ จังหวัดที่มีการรายงานการเกิดเหตุสูงสุด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จำนวน ๑,๘๕๒ ราย ร้อยละ ๙.๔๐ รองลงมาคือ จังหวัดตรัง ๑,๒๕๐ ราย ร้อยละ ๖.๓๔ และจังหวัดนครราชสีมา ๙๓๘ ราย ร้อยละ ๔.๗๖ ตามลำดับ

การป้องกันอันตรายจากการถูกงูพิษกัด

บุคคล

๑. สสำรวจเสื้อผ้า รองเท้าก่อนสวมใส่ และสำรวจที่นอน หมอน ผ้าห่มก่อนนอนทุกครั้ง เพราะอาจมีงูหรือสัตว์พิษอื่นๆ เข้าไปอาศัยอยู่
๒. นอนบนที่นอนหรือเตียงที่สูงเหนือพื้นดินและใช้มุ้งกาง เก็บชายมุ้งให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันงูเข้ามาในที่นอน
๓. ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไปในที่รกเวลากลางคืน ถ้าจำเป็นควรมีไฟฉายส่องสว่าง และควรใช้ไม้แหว่งไปมาให้มีเสียงดัง เพราะเสียงดังจะทำให้งูตกใจหนีไปที่อื่น และหากจำเป็นต้องออกจากบ้านเวลากลางคืนหรือทำงานในที่เสียง เช่น เข้าไปในป่า ฟุ้งหญ้าหรือในที่รกร้าง ควรสวมกางเกงขายาว และรองเท้าหุ้มส้นหรือรองเท้าหุ้มข้อ
๔. หลีกเลี่ยงการเดินทางสัญจรในพื้นที่ที่อาจมีงูอาศัยอยู่ เช่น ช่องทางเดินแคบ ซอกปูนหรือซอกหิน
๕. ไม่ควรหยิบของหรือยื่นมือเข้าไปในโพรงไม้ในรู ในที่รก กอหญ้า หรือกองไม้ เพราะอาจมีงูหรือสัตว์พิษอื่นๆ อาศัยอยู่

ในบ้าน

๑. ควรจัดการบ้านเรือน และบริเวณรอบบ้านเรือนให้สะอาด เป็นระเบียบ ถางหญ้า และต้นไม้ให้โล่ง ไม่เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์เลื้อยคลาน และงูมีพิษ

๒. หลีกเลี่ยงการมีแหล่งอาหารของงูในบ้าน เช่น การเลี้ยงไก่หรือสัตว์อื่นในบ้าน รวมทั้งจัดเก็บอาหาร ทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร จัดการขยะให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันหนู เนื่องจากงูบางชนิดจะเข้ามาล่าหนู เป็นอาหาร

๓. ควรหมั่นตรวจสอบจุดเสียงและสังเกตตามมุมอับของบ้านเป็นประจำ เช่น ซอกหลังคาบ้านผนัง ที่มีรอยแตกเป็นโพรง ใต้หมอน โถส้วม ประตูบ้านที่มีช่องว่าง ในร่องเท้า ชั้นวางรองเท้า เป็นต้น

ในบริเวณสวน

๑. เก็บกวาดกองขยะ จัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ทำสวน ของเก่า ฯลฯ ในบริเวณใกล้บ้านให้สะอาดเรียบร้อย
๒. ตัดแต่งกิ่งไม้ ตัดหญ้ารอบบ้านให้สั้นและถางใต้พุ่มไม้เตี้ยๆ เพื่อไม่ให้งูหรือสัตว์พิษอื่นๆ เข้ามาซ่อนตัว
๓. หมั่นตรวจสอบแหล่งน้ำ สระน้ำ อ่างเก็บน้ำโดยรอบ
๔. ติดตั้งไฟส่องทางเดินตอนกลางคืน

การปฐมพยาบาลอันตรายจากการถูกงูกัด

๑. ถอดเครื่องประดับ หรือเสื้อผ้าที่กดรัดรอยแผลงูกัดออกทันที
๒. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บไปยังที่ปลอดภัย ล้างแผลด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ
๓. ใช้ผ้าสะอาดห้ามเลือดด้วยการกดแผลโดยตรง
๔. ลดการเคลื่อนไหวอวัยวะที่ถูกกัด วางอวัยวะส่วนนั้นให้ต่ำกว่าหรือระดับเดียวกับหัวใจ
๕. จดจำลักษณะของงูว่าเป็นชนิดใดเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที

ข้อห้ามเมื่อถูกงูกัด

๑. ห้ามใช้สมุนไพร เหล้า ยาสีฟัน หรือสิ่งอื่นๆ ทาแผล พอกแผล เนื่องจากอาจทำให้แผลติดเชื้อ
๒. ห้ามกรีดแผลเด็ดขาด เนื่องจากจะทำให้พิษงูกระจายเข้าสู่ร่างกายได้เร็วขึ้น
๓. ไม่บีบ ไม่ดูดด้วยปากในบริเวณที่ถูกกัด
๔. ห้ามใช้ปากดูดเลือดจากแผลงูกัด เพราะอาจเกิดอันตรายร้ายแรงต่อผู้ดูดได้
๕. ห้ามให้ผู้ถูกกัดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน
๖. ไม่ควรขันชะเนาะ เพราะอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดเป็นเนื้อตาย

๔.๒ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการถูกฟ้าผ่า

เมื่อเข้าสู่ช่วงฤดูฝนหรือช่วงที่เกิดพายุฤดูร้อน อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้คือฟ้าผ่า ฟ้าผ่าแบ่งออกเป็น ๔ แบบ ได้แก่ ๑. ฟ้าผ่าภายในก้อนเมฆ พบบ่อยมากที่สุด ๒. ฟ้าผ่าระหว่างก้อนเมฆ ๓. ฟ้าผ่าลง มักผ่าลงจากใต้เงาเมฆฝนฟ้าคะนองลงสู่พื้น ทำให้เกิดอันตรายต่อ คน สัตว์ และสิ่งต่าง ๆ และ ๔. ฟ้าผ่าแบบบวกรสามารถผ่าได้ในระยะไกลออกไป มักเกิดขึ้นได้ในขณะที่ฟ้ายังโปร่ง หรือหลังจากที่ฝนซาแล้ว

ลักษณะของการบาดเจ็บจากการถูกฟ้าผ่าพบได้ตั้งแต่ การถูกฟ้าผ่าโดยตรง ผ่าลงมาที่วัตถุที่ผู้บาดเจ็บสัมผัสอยู่ผ่าลงพื้นดินแล้วกระแสไฟฟ้าแล่นผ่านบริเวณพื้นดินที่ผู้บาดเจ็บยืนอยู่ เป็นต้น การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งผิวหนังไหม้ อากาธา หรือมีความรุนแรง จนทำให้หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS: Injury Surveillance) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ พบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๘ มีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการถูกฟ้าผ่าสะสม ๓๒๔ ราย เฉลี่ยปีละ ๖๕ รายต่อปี โดยผู้ถูกฟ้าผ่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน ๒๓๑ ราย ร้อยละ ๗๑.๓๐ ประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงาน สูงสุด จำนวน ๑๐๗ ราย ร้อยละ ๓๕.๕๑ รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรกรรม ๙๓ ราย ร้อยละ ๓๑.๒๑

และนักเรียน/นักศึกษา ๓๗ ราย ร้อยละ ๑๒.๔๒ ตามลำดับ สถานที่ถูกฟ้าผ่า ส่วนใหญ่คือ นา ไร่ สวน จำนวน ๑๔๐ ราย ร้อยละ ๔๔.๘๗ รองลงมาคือ บ้าน ๑๐๗ ราย ร้อยละ ๓๔.๒๙ และอื่นๆ ๒๓ ราย ร้อยละ ๗.๓๗ ตามลำดับ โดยช่วงที่ถูกฟ้าผ่าสูงสุดในช่วงเดือนพฤษภาคม จำนวน ๘๕ ราย ร้อยละ ๒๖.๒๓ รองลงมาคือ เดือนเมษายน ๕๓ ราย ร้อยละ ๑๖.๓๖ และเดือนตุลาคม ๓๘ ราย ร้อยละ ๑๑.๗๓ ตามลำดับ ซึ่งเป็นช่วงที่มักเกิดพายุฤดูร้อน และเข้าสู่ฤดูฝน ช่วงเวลาที่เกิดเหตุสูงสุดคือ ช่วงเวลา ๑๕.๐๐ - ๑๗.๕๙ น. จำนวน ๑๑๒ ราย ร้อยละ ๓๔.๔๘ รองลงมาคือ ช่วงเวลา ๑๒.๐๐ - ๑๔.๕๙ น. ๙๑ ราย ร้อยละ ๒๗.๙๖ และช่วงเวลา ๑๘.๐๐ - ๒๐.๕๙ น. ๖๑ ราย ร้อยละ ๑๘.๙๕ ตามลำดับ จังหวัดที่มีการรายงานการเกิดเหตุสูงสุด ได้แก่ จังหวัดระยองจำนวน ๓๑ ราย ร้อยละ ๙.๕๖ รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา ๑๙ ราย ร้อยละ ๕.๘๖ และจังหวัดน่าน ๑๘ ราย ร้อยละ ๕.๕๖ ตามลำดับ

การป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการถูกฟ้าผ่า

๑. ติดตามสภาพภูมิอากาศจากประกาศกรมอุตุนิยมวิทยา หากมีเตือนพายุฝนฟ้าคะนองให้หลีกเลี่ยงการทำงานกลางแจ้ง พุงนา ไร่ สวน

๒. เมื่อสังเกตเห็นว่าฝนกำลังจะตกให้กลับเข้าที่พัก หากไม่ทันและอยู่ในที่โล่งให้หาที่หลบที่ปลอดภัยคือ ภายในบ้านหรือตัวอาคาร แต่ต้องไม่สัมผัสผนังอาคาร ประตู หน้าต่างที่มีส่วนประกอบเป็นโลหะ

๓. หากอยู่ในรถ ให้ปิดกระจกให้มิดชิด แต่อย่าสัมผัสกับตัวถังรถ

๔. ห้ามอยู่ใกล้ที่สูง สิ่งปลูกสร้างที่สูงโดดเด่นกลางแจ้ง บริเวณใกล้เคียงกับต้นไม้ เสาไฟฟ้า หรือป้ายโฆษณาขนาดใหญ่

๕. หากหาที่หลบไม่ได้ให้นั่งยอง ๆ ก้มศีรษะให้ตัวอยู่ต่ำที่สุด เท้าชิดกัน และเขย่งปลายเท้าเล็กน้อยเพื่อลดพื้นที่สัมผัสกับพื้นที่ให้น้อยที่สุด และใช้มือปิดหูเพื่อป้องกันเสียงดังจากฟ้าผ่า ทั้งนี้ ห้ามนอนราบลงกับพื้นเด็ดขาด เพราะกระแสไฟฟ้าอาจวิ่งมาตามพื้นดินได้

๖. ห้ามใช้โทรศัพท์มือถือในขณะที่เกิดพายุฝนฟ้าคะนอง เนื่องจากเมื่อฟ้าผ่าจะเกิดการเหนี่ยวนำกระแสไฟฟ้า อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกฟ้าผ่า

๗. หากไม่จำเป็นควรหลีกเลี่ยงการใช้งาน และถอดปลั๊กของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องใช้ไฟฟ้า เครื่องมือสื่อสาร ฯลฯ ในขณะที่เกิดพายุฝนฟ้าคะนอง เพราะอาจเสี่ยงต่อการเกิดฟ้าผ่า ทำให้อุปกรณ์ชำรุดเสียหายได้

๘. หลีกเลี่ยงการสวมใส่เครื่องประดับที่ทำด้วยโลหะ และไม่อยู่ใกล้สิ่งของหรืออุปกรณ์ที่เป็นโลหะทุกชนิด เช่น เครื่องมือการเกษตร ไม้ค้ำยันช่วยเดิน ไม้กอล์ฟ รวมถึงมีปลายแหลมที่ทำจากโลหะ เป็นต้น เนื่องจากโลหะเป็นตัวนำไฟฟ้า อาจทำให้ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสส่วนที่เป็นโลหะเกิดรอยไหม้ได้

๙. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้งโดยเฉพาะกิจกรรมที่สัมผัสสน้ำ เช่น การเล่นน้ำ ทั้งในทะเล บ่อน้ำ บึง คลอง ฯลฯ เพราะน้ำสามารถนำไฟฟ้าได้

๑๐. ถ้าพบผู้ได้รับบาดเจ็บหรือผลกระทบบจากการถูกฟ้าผ่า แจ้งเหตุหรือขอความช่วยเหลือได้ที่ โทร. ๑๖๖๙

การป้องกันการถูกฟ้าผ่าในบ้านเรือน

อุปกรณ์ไฟฟ้าในบ้านหรือเสาอากาศ ควรติดตั้งสายดิน สถานที่ที่เป็นตึกสูง ควรมีสายล่อฟ้าเมื่อเวลาฟ้าผ่า กระแสไฟฟ้าจะผ่าลงจุดที่กำหนดไว้ ลงดินอย่างปลอดภัย

ถ้ามีคนถูกฟ้าผ่า ต้องทำอย่างไร

ผู้ถูกฟ้าผ่า “จับตัวได้” ไม่มีกระแสไฟค้ำ ควรดำเนินการ ดังนี้

๑. โทรขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๒. ตรวจสอบการหายใจและชีพจร หากไม่หายใจ ให้ทำ CPR ทันที

๓. ย้ายออกจากจุดเสี่ยงถ้าปลอดภัย

อาจมีอาการ : หหมดสติ หัวใจหยุดเต้น แผลไหม้ ชัก หรือสับสน การช่วยเร็วมีโอกาสรอดสูง
อยู่ในบ้านก็ต้องระวัง ช่วงฟ้าคะนองควรดำเนินการ ดังนี้

๑. ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้า

๒. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำ

๓. ไม่จับท่อน้ำ ก๊อกน้ำ หรือสายไฟ

๔. ไม่ใช้โทรศัพท์บ้านแบบมีสาย

สำหรับอาคารสูง ต้องมี “ระบบป้องกันฟ้าผ่าครบวงจร” เพื่อป้องกันทั้งคน อาคาร และอุปกรณ์ไฟฟ้า
โดยหลักสำคัญ มีดังนี้

๑. สายล่อฟ้า (Lighting Rod/ Air Terminal)

๒. สายนำลงดิน (Down Conductor)

๓. ระบบสายดิน (Grounding System)

๔. ระบบป้องกันไฟกระชาก (Surge Protection Device : SPD)

๕. การตรวจสอบและบำรุงรักษา ควรตรวจอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

อาคารที่ควรมีระบบป้องกันฟ้าผ่าเต็มรูปแบบ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน โรงงาน Data Center
อาคารสูง บิมน้ำมัน คลังสารเคมี สถานีสื่อสาร

๔.๓ อันตรายจากการกินเห็ดพิษ

ในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม เป็นช่วงที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเห็ด
ที่ขึ้นตามธรรมชาติหลากหลายชนิดทั้งเห็ดกินได้ และเห็ดพิษ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกันมากจนไม่สามารถแยกได้
ด้วยตาเปล่าหากไม่มีความรู้ความชำนาญ โดยเฉพาะเห็ดในระยะดอกตูม เนื่องจากไม่ทราบส่วนประกอบ
ทั้งหมดของดอกเห็ด ทำให้หลายคนเข้าใจผิด และนำเห็ดพิษมากิน ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากการ
กินเห็ดพิษเป็นประจำทุกปี

เห็ดพิษที่พบบ่อย

เห็ดพิษที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และเสียชีวิตที่พบบ่อย คือ เห็ดระโงกพิษ บางแห่งเรียกเห็ดระโงกหิน
เห็ดระงาก หรือเห็ดไข่ตายซาก เห็ดพิษชนิดนี้มีลักษณะคล้ายกับเห็ดระโงกขาว หรือเห็ดไข่ห่าน ซึ่งเป็นเห็ดกินได้
แตกต่างกันที่เห็ดระโงกขาวกินได้จะมีรอยขีดสั้น ๆ เหมือนกับซี่หรีที่ฉีกรอบขอบหมวก เมื่อผ่าก้านจะเห็นว่า
ก้านกลวง อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญไม่แนะนำให้ใช้วิธีดูเห็ดด้วยตาเปล่าเพื่อแยกเห็ดพิษ เนื่องจากเห็ด
ในบางระยะ อาจพบก้านกลวงได้ มักพบเห็ดมากช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม มักพบในป่าเต็งรัง
ป่าเบญจพรรณ หรือป่าที่มีลักษณะค่อนข้างโปร่ง มีแสงแดดส่องถึงพื้นล่าง และที่สำคัญคือมีไม้วงศ์ยางนา
เช่น ยางนา ตะเคียน กระจับปี่ รัง พะยอม หลังกินเห็ดระโงกพิษ มักไม่เกิดอาการทันทีแต่จะมีอาการหลัง
รับประทาน ๔ - ๖ ชั่วโมง แม้อาการจะดีขึ้นในช่วงแรกก็ตาม เพราะหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ทั้งที่
พิษอาจทำลายตับ ทำลายไตและทำให้เสียชีวิตได้แม้กินเพียงดอกเดียว จึงควรรีบไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการ
คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวหลังกินเห็ดป่าพร้อมนำเห็ดที่เหลือจากการปรุงประกอบหรือรูปเห็ด (ถ้ามี)
ที่รับประทานไปสถานพยาบาลเพื่อประกอบการวินิจฉัยพิษจากเห็ดที่ได้รับ เห็ดถ่านเลือด ดอกจะมีขนาดใหญ่
และหนา หลังดอกมีสีดำเล็กน้อย เมื่อหักก้านหรือทำให้ดอกเห็ดมีรอยชำรุดเห็ดจะค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลแดง

หรือสีแดงเข้มจึงเรียกว่าเห็ดถ่านเลือด มีลักษณะคล้ายเห็ดถ่านใหญ่ และเห็ดถ่านเล็ก พบมากช่วงเดือนกรกฎาคม มักขึ้นได้ต้นเต็ง (ชาด) และต้นพะยอม หากรับประทานเข้าไปภายใน ๒ ชั่วโมงจะเกิดอาการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร หลังจาก ๔ - ๖ ชั่วโมง จะมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อเกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย จนกระทั่งดับและไตวายและเสียชีวิตได้ เห็ดพิษก้านเทา หมวกดอกเรียบมีสีน้ำตาลอ่อนถึงน้ำตาลอมเทา ก้านดอกไม่เรียบมีสีน้ำตาลอมเทา แกนกลางตัน มีลักษณะคล้ายเห็ดจั่น หรือเห็ดตีนแฮด แตกต่างกันว่าเห็ดจั่นหมวกดอกจะเรียบมีสีขาวครีมหรือน้ำตาลอ่อน ก้านดอกเรียบมีสีขาวครีมหรือสีน้ำตาลอ่อน หลังกินประมาณ ๑/๒ - ๒ ชั่วโมงจะมีอาการระคายเคืองกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และถ่ายเหลว มักขึ้นบนผืนป่าสนามหญ้า ในที่ชื้นทั่วไป เห็ดคล้ายเห็ดเผาะที่อาจไม่ได้เป็นพิษร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่มีพิษต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการอาเจียน ท้องเสีย ส่วนมากอาการมักเกิดเร็วภายในไม่เกิน ๔ ชั่วโมง หลังรับประทาน เรียกว่าเห็ดไข่หงส์หรือเห็ดเผาะมีราก เป็นเห็ดพิษมีลักษณะคล้ายกับเห็ดเผาะกินได้แต่ต่างกันตรงที่เห็ดเผาะกินได้ไม่มีราก พบมากช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน มักโผล่พื้นดินออกมาจากบริเวณทรงพุ่มของต้นไม้ในวงศ์ยาง

*** สิ่งสำคัญที่พึงระลึกไว้เสมอคือ ไม่มีลักษณะภายนอกใดที่แน่นอนตายตัว เช่น สี กลิ่น หรือรูปร่างที่สามารถใช้แยกเห็ดพิษออกจากเห็ดกินได้อย่างแม่นยำ

อาการหลังกินเห็ดพิษ

กลุ่มเห็ดพิษที่ก่อให้เกิดอาการเร็ว มักมีพิษไม่รุนแรง อาจมีอาการเล็กน้อย ตั้งแต่เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว เกิดภายในไม่กี่นาทีแต่ไม่เกิน ๔ ชั่วโมง มักอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษา ส่วนกลุ่มเห็ดพิษที่ก่อให้เกิดอาการช้า มักมีพิษรุนแรง อาจทำให้เกิดอาการดับวาย ไตวาย ชักรุนแรงต่อเนื่องหมดสติ และเสียชีวิตได้ เกิดอาการ ๔ ชั่วโมง หลังรับประทานเห็ด โดยเห็ดพิษบางชนิดที่มีพิษรุนแรง เช่น กลุ่มที่ทำลายตับและไต อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย มักเกิดหลังรับประทานประมาณ ๔ - ๒๔ ชั่วโมงหรือช้ากว่านั้น หลังจากนั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นช่วงสั้น ๆ แต่พิษยังคงทำลายตับและไตอย่างต่อเนื่อง จนอาจเกิดดับวาย ไตวาย ชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ แม้รับประทานเพียงปริมาณไม่มาก

การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังรับประทานเห็ดพิษ

หากมีผงถ่านกัมมันต์หรือผงคาร์บอนให้รับประทานเพื่อดูดซับพิษ และจิบน้ำเพื่อชดเชยของเหลวที่เสียไปและควรรีบไปสถานพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุด เนื่องจากเห็ดพิษชนิดร้ายแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในระยะแรก แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงตามมา คือ การทำงานของตับและไตล้มเหลว อาจทำให้เสียชีวิตได้ พร้อมแจ้งประวัติการกินเห็ด และนำตัวอย่างเห็ดที่เหลือ หรือภาพถ่ายเห็ดไปด้วย และควรแจ้งผู้ที่กินเห็ดร่วมกันให้สังเกตอาการ ที่สำคัญไม่ควรกระตุ้นให้อาเจียน เช่น การล้วงคอหรือกินไข่ขาวดิบ เพราะอาจทำให้สำลัก เกิดการติดเชื้อ เกิดแผลในคอและช่องปาก ความดันต่ำ หรือระดับเกลือแร่ผิดปกติจากการอาเจียนที่มากเกินไปเนื่องจากพิษจากเห็ดทำให้มีอาการอาเจียนมากอยู่แล้ว

วิธีการป้องกันการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษ ยึดหลัก “เห็ด ไม่รู้จัก ไม่แน่ใจ ไม่เก็บ ไม่รับประทาน”

๑. ไม่เก็บ หรือรับประทานเห็ดที่ไม่รู้จัก หรือไม่แน่ใจว่ารับประทานได้ หรือเกิดความสงสัยแม้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากเห็ดที่รับประทานได้และเห็ดพิษมีลักษณะคล้ายกันมาก
๒. ไม่ควรเก็บ หรือรับประทานเห็ดในระยะดอกตูม เนื่องจากไม่ทราบส่วนประกอบทั้งหมดของดอกเห็ด

๓. ไม่เก็บเห็ดในบริเวณที่มีการใช้สารเคมี เพราะเห็ดจะดูดซับสารพิษมาไว้ที่ดอกเห็ด
๔. ไม่เก็บเห็ดรวมในตะกร้าเดียวกันเพราะทำให้แยกชนิดของเห็ดได้ยาก หากมีเห็ดพิษสปอร์จะตกมาปนเปื้อนกับเห็ดที่รับประทานได้
๕. ไม่กินเห็ดดิบเพราะย่อยยาก
๖. ไม่รับประทานเห็ดร่วมกับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือกินเห็ดก่อนหรือหลังดื่มแอลกอฮอล์ภายใน ๓ วัน เช่น เห็ดหิงห้อย เห็ดน้ำหมึก หรือเห็ดถั่วที่ขึ้นตามธรรมชาติ จะทำให้เกิดอาการคล้ายกินยาเบื่อเห็ด
๗. ไม่รับประทานเห็ดที่มีรูป รส กลิ่น สี ผิดไปจากเดิม