กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

DDC WATCH
จับตาโรคและภัยสุขภาพ
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนธันวาคม 2564

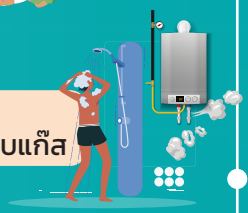
คาดการณ์โรค ปี 2565 ฤดูกาล

ฤดูหนาว

ตุลาคม
- โรคเลปโตสไปโรสิส (โรคฉี่หนู)

พฤศจิกายน
- โรคหัด

ธันวาคม
- การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องทำน้ำอุ่นระบบแก๊ส



มกราคม
- การบาดเจ็บจากแมงกะพรุนพิษ
- การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

กุมภาพันธ์
- โรคซิฟิลิส
- โรคหนองใน

ฤดูร้อน

มีนาคม
- จมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

เมษายน
- อาหารเป็นพิษ

พฤษภาคม
- โรคมาลาเรีย

พฤษภาคม
- โรคพิษสุนัขบ้า

ฤดูฝน

มิถุนายน
- โรคมือเท้าปาก

กรกฎาคม
- ไข้สมองอักเสบ (JAPANESE ENCEPHALITIS: JE)

สิงหาคม
- โรคสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส (โรคไข้หูดับ)

กันยายน
- โรคตาแดง

โรคเลปโตสไปโรสิส (โรคฉี่หนู)
(Leptospirosis)

สถานการณ์โรค

"โรคเลปโตสไปโรสิส" เป็นโรคที่มักมีรายงานในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม หากปีใดมีเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่หรืออุทกภัยจะทำให้มีน้ำท่วมขังติดต่อกันเป็นเวลานานในหลายพื้นที่ มักพบผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงขึ้นมากกว่าปกติ

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–6 ตุลาคม 2564 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค **พบรายงานผู้ป่วย 712 ราย** จาก **52 จังหวัด** คิดเป็น**อัตราป่วย 1.08 ต่อประชากรแสนคน** พบ**ผู้เสียชีวิต 5 ราย** จังหวัดละ **1 ราย** ได้แก่ **จันทบุรี ตรัง นครศรีธรรมราช ยะลา และสงขลา**

กลุ่มอายุ

โรคนี้พบในกลุ่มอายุ 35–44 ปี และ**กลุ่มอายุ 45–54 ปี** คิดเป็น**ร้อยละ 17.39** รองลงมาเป็น**กลุ่มอายุ 25–34 ปี (16.41)** ตามลำดับ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง **4 : 1**

กลุ่มพื้นที่แต่ละภาค

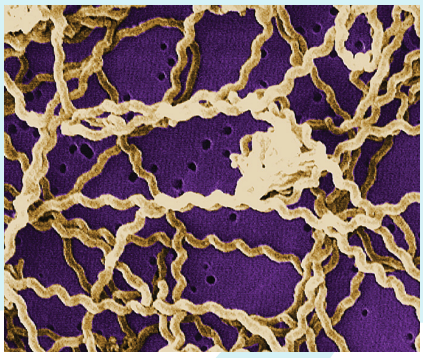
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน

ภาคใต้	4.81
ภาคเหนือ	0.82
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.62
ภาคกลาง	0.13

กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่

ระนอง	43.36
พังงา	11.18
พัทลุง	9.90
ยะลา	7.70
สงขลา	7.33



ปัจจัยเสี่ยง

ผู้ที่มีบาดแผลและมีการสัมผัสดิน/น้ำที่ปนเปื้อนปัสสาวะ เลือด หรือเนื้อเยื่อของสัตว์ที่มีเชื้อ เช่น สุนัข วัว ควาย หนู สุกร ม้า หรือแม้กระทั่งสัตว์ป่าต่าง ๆ การไม่สวมใส่รองเท้าบู๊ทหรือรองเท้าที่กันไม่ให้เชื้อโรคที่ปนเปื้อนในน้ำเข้าสู่ผิวหนัง

กลุ่มเสี่ยงที่สามารถติดเชื้อได้ ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ประสบอุทกภัยที่มีน้ำท่วมขัง ผู้ที่ต้องทำงานในภาคเกษตร (ชาวนา ชาวไร่ เลี้ยงสัตว์) คนงานขุดลอกท่อระบายน้ำ คนงานเหมืองแร่ โรงฆ่าสัตว์ รวมถึงผู้ที่ชอบเดินป่า

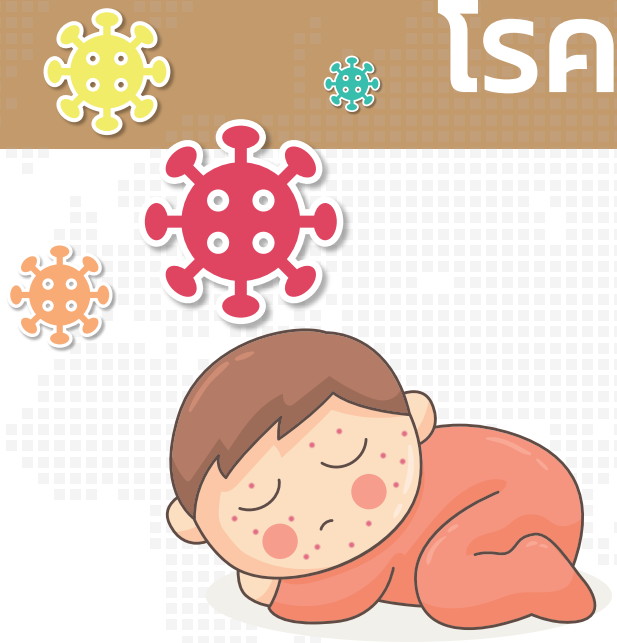
คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

1. หลีกเลี่ยงการทำงานในน้ำหรือต้องลุยน้ำลุยโคลนเป็นเวลานาน หากต้องลงนาหรือทำกิจกรรมอื่นที่ต้องสัมผัสกับดินและน้ำ ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมทุกครั้งเสมอ โดยสวมรองเท้าบู๊ทยาว และถุงมือยาว (ควรทาแป้งและสวมถุงเท้ายาวก่อนสวมบู๊ทจะช่วยทำให้ใส่บู๊ทได้นานขึ้นและไม่เสียดสี) ไม่เดินเท้าเปล่าในพื้นที่ชื้นแฉะ ทำความสะอาดร่างกายหลังสัมผัสน้ำหรือดินโคลนทุกครั้ง
2. กำจัดขยะภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของหนู
3. รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี เช่น ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก ในช่วงฤดูกาลระบาดของโรค
4. ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคร่วมกับมีประวัติลุยน้ำลุยโคลน ควรรีบไปพบแพทย์และแจ้งประวัติเสี่ยงแก่แพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมทันที

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคไข้ฉี่หนูในพื้นที่ เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต ลักษณะอาชีพ การเลี้ยงสัตว์ ความชุกชุมของหนูในพื้นที่ ปริมาณน้ำฝน ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ที่มีน้ำท่วมขัง แหล่งน้ำใช้รวมกันทั้งคน สัตว์ รวมทั้งแหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์หรือเชิงนิเวศน์ นำมาวิเคราะห์ความเสี่ยง และวางแผนกำหนดกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
2. ร่วมมือกับเครือข่าย เช่น สถานพยาบาล ครู ปศุสัตว์ แกนนำชุมชน อสม. ในการกำหนดพื้นที่เฉพาะสำหรับเลี้ยงสัตว์ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการปนเปื้อนของโรคจากฉี่สัตว์ลงสู่แหล่งน้ำ เฝ้าระวังโรคในสัตว์ โดยเฉพาะการแท้งในสัตว์ กำจัดสัตว์รังโรค โดยรณรงค์การกำจัดหนู ทั้งหนูบ้าน หนูนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะรอบบริเวณแหล่งน้ำที่ประชาชนใช้ประโยชน์เป็นประจำ

โรคหัด



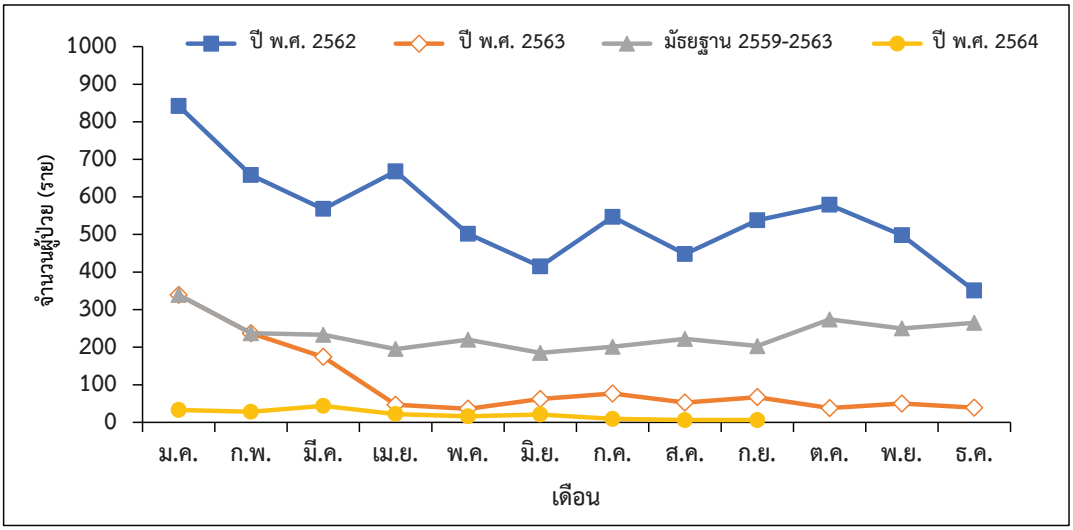
"โรคหัด" มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตสูงในเด็กเล็กจึงเป็นโรคที่มีการระบาดได้ง่าย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า แม้ทั่วโลกจะมีการดำเนินตามมาตรการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2561 ในหลายประเทศตามภูมิภาคต่าง ๆ ยังคงเกิดการระบาดของโรคหัดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อปลายปี **พ.ศ. 2561** พบว่า **มีเพียง 82 ประเทศ** จาก 194 ประเทศ (ร้อยละ 43) ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการกำจัดโรคหัดได้ องค์การอนามัยโลกจึงปรับเป้าหมายการกำจัดโรคหัดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ใหม่ โดยปรับจากเดิม ในปี พ.ศ. 2563 เป็นปี พ.ศ. 2566 และกำหนดให้มีการติดตามต่ออีก 1 ปี หลังบรรลุเป้าหมาย คือ ปี พ.ศ. 2567 ซึ่งมีวัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมและป้องกัน ภายใต้เป้าหมายหลัก 5 เป้าหมาย ได้แก่

1. ประชากรในทุกภูมิภาค (ในระดับอำเภอ) ของประเทศต้องได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไวรัสหัด และหัดเยอรมัน (MR VACCINE) 2 เข็ม โดยความครอบคลุมต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95
2. มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยโรคหัด หัดเยอรมัน และทารกที่ติดเชื้อหัดเยอรมันแต่กำเนิด (CONGENITAL RUBELLA SYNDROME; CRS) ที่มีความไวและทันเวลา รวมทั้งสามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดของภูมิภาค
3. พัฒนาและขยายเครือข่ายห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคหัด และหัดเยอรมันที่สามารถเข้าถึงได้จากทั่วประเทศ
4. มีมาตรการการเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อม เมื่อเกิดการระบาดของโรคหัดและหัดเยอรมัน
5. มีการวางแผนงาน การรณรงค์ทางสื่อสังคม การวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานและเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้ง 4 ข้อข้างต้น

สถานการณ์โรค

สถานการณ์โรคหัดในประเทศไทยข้อมูลในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า ปี **พ.ศ. 2559–2563** มีอัตราป่วยเท่ากับ **2.78, 4.90, 10.01, 9.95** และ **1.84 ต่อประชากรแสนคน** ตามลำดับ โรคหัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี **พ.ศ. 2560–2562** ในปี **พ.ศ. 2561** พบผู้เสียชีวิตสูงถึง **23 ราย** ต่างจากปี พ.ศ. 2559 ที่ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต ส่วนสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2564 (ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.–1 ต.ค. 2564) พบผู้ป่วย 186 ราย จาก 48 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.28 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 0–4 ปี (47.85%) 15–24 ปี (10.75%) และ 7–9 ปี (6.99%) ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 0.62 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ 0.29 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลาง 0.24 ต่อประชากรแสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 0.17 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัด จำแนกตามรายเดือน เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี (ปี พ.ศ. 2559–2563)



ปัจจัยเสี่ยง

- การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ นอนห้องเดียวกับผู้ป่วย ทำงานหรือทำกิจกรรมห้องเดียวกับผู้ป่วย รับประทานอาหารโต๊ะเดียวกับผู้ป่วย อาบน้ำที่โรงอาบน้ำเดียวกับผู้ป่วย
- การใช้สิ่งของร่วมกัน ได้แก่ แก้วน้ำ ผ้าห่ม ผ้าเช็ดตัว ไม่ใช้ช้อนกลาง เป็นต้น
- การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค

คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

- **เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยโรคหัด** ควรแยกผู้ป่วยออกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ไม่ให้คลุกคลีกับบุคคลอื่นอย่างน้อย 4 วัน หลังมีผื่น และต้องแจ้งแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ หรือส่วนกลางตามแนวทางการรายงานโรค เพื่อทำการสอบสวนโรค เนื่องจากโรคหัดจัดเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- ห้ามผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน ไม่เคยเป็นโรคหรือไม่มีภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องไปสัมผัสใกล้ชิด คลุกคลี และดูแลผู้ที่สงสัยเป็นโรคหัด
- ผู้ป่วยควรใส่หน้ากากอนามัยเสมอและเน้นการล้างมือให้สะอาด
- รักษาตามอาการ หากพบว่ามีไข้สูง ให้ยาลดไข้ร่วมกับเช็ดตัวเพื่อลดไข้หรือให้ยาแก้ไอที่เป็นยาขับเสมหะได้เป็นครั้งคราว
- ให้อาหารอ่อนที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ
- **หากมีอาการรุนแรง** เช่น มีไข้สูง ซึม ชัก หายใจเร็วหรือหายใจลำบากควรไปพบแพทย์ทันที
- สำหรับชาวมุสลิมได้มีคำวินิจฉัยของจุฬาราชมนตรีและองค์กรระดับนานาชาติยืนยันตรงกันว่า สามารถฉีดวัคซีนได้โดยไม่ขัดต่อหลักศาสนา

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- หน่วยงานสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์ในค่ายทหาร เรือนจำ สถานศึกษา โรงงาน เรื่องข้อมูลการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรค หากมีอาการไข้ร่วมกับมีผื่นหรือสงสัยโรคหัดให้ไปพบแพทย์ และหยุดงาน หรือแยกผู้ป่วยออกจากพื้นที่ประชากรหนาแน่นหลังจากผื่นขึ้นอย่างน้อย 4 วัน และให้แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค รวมถึงให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันการระบาดพร้อมแจกหน้ากากอนามัยให้กับผู้ป่วยที่มีอาการ
- กรณีที่มีผู้ป่วยโรคหัดมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ควรมีการแยกผู้ป่วยจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากหัดเป็นโรคที่มีโอกาสแพร่กระจายได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่มคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน หรือไม่เคยได้รับวัคซีน
- ผู้รับผิดชอบดำเนินการสอบสวนเมื่อพบผู้ป่วยมีไข้ ผื่น หรือสงสัยหัด หัดเยอรมัน และเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการภายใน 48 ชั่วโมง และรายงานผู้ป่วยโรคหัดผ่านระบบ MEASLES DATABASE ONLINE (HTTPS://APPS.BOE.MOPH.GO.TH/MEASLES)
- ทุกพื้นที่ควรมีการสำรวจความครอบคลุมวัคซีนหัดในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เช่น ปัตตานี นราธิวาส สงขลา ยะลา เชียงใหม่ และเร่งรัดการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 95 เพื่อป้องกันการระบาดในวงกว้าง

อ้างอิง : https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20201019131442.pdf
https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1245720200417075550.pdf
https://ddc.moph.go.th/uploads/files/ea36d5b064782ebbcc1ba2f8ca361101.pdf

การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องทำน้ำอุ่นระบบแก๊ส

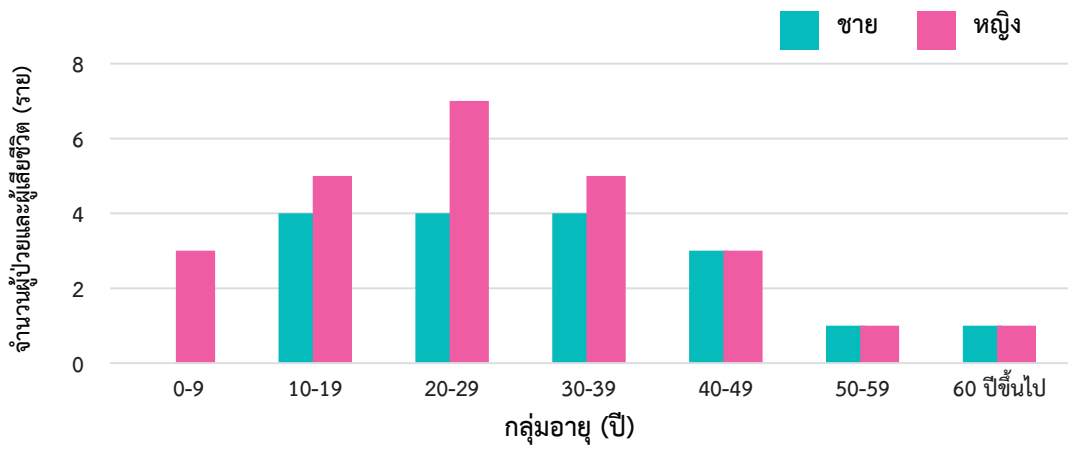
ย่างเข้าสู่ช่วงฤดูหนาวระหว่างเดือนตุลาคม–กุมภาพันธ์ของแต่ละปี ความหนาวเย็นเข้าปกคลุมเกือบทุกพื้นที่ของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางบางจังหวัด ซึ่งในพื้นที่ที่เป็นภูเขาสูง หรือป่าไม้จะมีอากาศหนาวเย็นมาก และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ที่อยู่อาศัยและนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปเที่ยวในพื้นที่ดังกล่าว จึงควรดูแลสุขภาพและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคและภัยต่อสุขภาพได้

การขาดอากาศหายใจและการสูดดมแก๊สพิษ จากอุปกรณ์ที่ใช้เพิ่มความอบอุ่นให้ร่างกาย จากเครื่องทำน้ำอุ่นแบบใช้ระบบแก๊ส

การเดินทางท่องเที่ยวและพักผ่อนในที่พัก เต็นท์ โรงแรม รีสอร์ทต่าง ๆ ช่วงอากาศหนาวเย็น อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยและเสียชีวิตจากการได้รับพิษจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) คาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) จากการใช้อุปกรณ์เพิ่มความอบอุ่นแก่ร่างกายของเครื่องทำน้ำอุ่นแบบใช้ระบบแก๊ส ซึ่งมีการเผาไหม้เชื้อเพลิงที่ไม่สมบูรณ์ และมีช่องระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการสะสมของแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) คาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ในปริมาณมากจนทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้

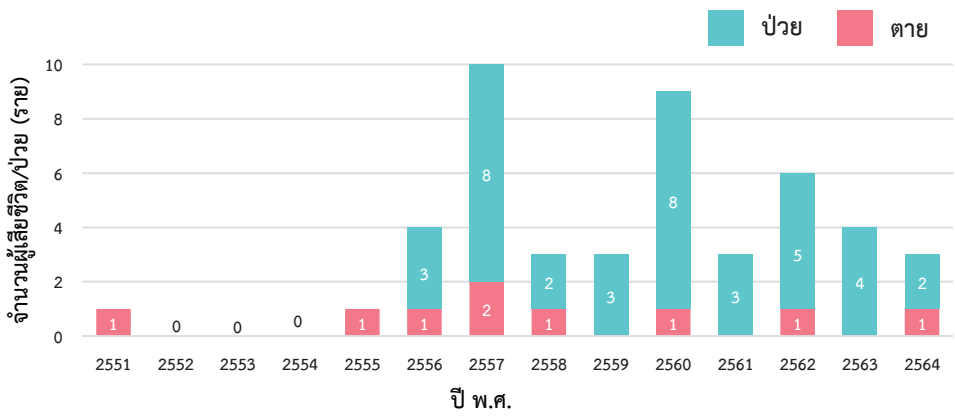
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้เฝ้าระวังเหตุการณ์การป่วยและเสียชีวิตขณะอาบน้ำในห้องน้ำที่ใช้เครื่อง-ทำน้ำอุ่นระบบแก๊ส **ระหว่าง พ.ศ. 2551–2564** พบว่า มีรายงานทั้งสิ้น **32 เหตุการณ์ เป็นผู้ป่วย 38 ราย เสียชีวิต 9 ราย อายุระหว่าง 4–67 ปี** สูงสุดใน**กลุ่มอายุ 20–29 ปี จำนวน 14 ราย ร้อยละ 26.72** รองลงมาคือ **กลุ่มอายุ 10–19 ปี จำนวน 10 ราย ร้อยละ 21.43** จำแนกเป็น **หญิง 28 ราย ชาย 19 ราย**

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2551–2564



ที่มา : กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต จำแนกตามปี ระหว่างปี พ.ศ. 2551–2564



ที่มา : กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

เกิดเหตุการณ์ในช่วงเดือนธันวาคม–กุมภาพันธ์ เกิดในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 32 ราย เชียงราย 4 ราย เพชรบูรณ์ 7 ราย น่านและชลบุรี จังหวัดละ 1 ราย เหตุเกิดตามสถานที่พักต่าง ๆ ได้แก่ โรงแรมและรีสอร์ท 31 ราย บ้านพักอาศัย 9 ราย วัด/สถานที่ปฏิบัติธรรม 4 ราย และที่พักราชการและอุทยานแห่งชาติ 3 ราย

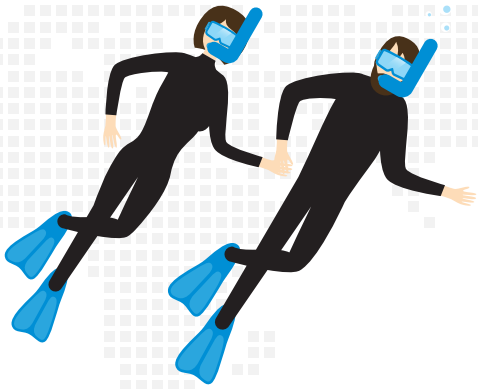
เหตุการณ์มักเกิดจากการอาบน้ำต่อเนื่องกันหลายคนโดยไม่ได้เปิดประตูให้มีการระบายอากาศก่อนที่คนต่อไปจะเข้าไป อาบน้ำหรือทำกิจกรรมในห้องน้ำเป็นเวลานาน จากการตรวจระดับแก๊สในห้องน้ำหลังจากที่มีเหตุการณ์บาดเจ็บหรือเสียชีวิตในบางเหตุการณ์ พบระดับแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) มีค่าระหว่าง 9,000–32,000 PPM. และแก๊สคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) มากกว่า 1,000 PPM. ที่เป็นระดับที่สามารถทำให้เสียชีวิตได้ทันที

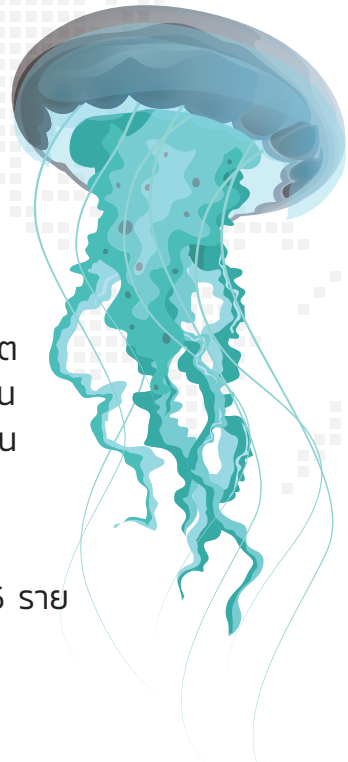
ดังนั้น จึงควรระมัดระวังในการใช้เครื่องทำน้ำอุ่นแบบใช้ระบบแก๊ส เปิดพัดลมระบายอากาศหรือช่องระบายอากาศทุกครั้งเมื่อมีการใช้งาน ไม่ควรอาบน้ำนานเกิน 10 นาที หลีกเลี่ยงการอาบน้ำต่อจากคนก่อนหน้า เปิดประตูทิ้งไว้อย่างน้อย 15–20 นาที และควรระมัดระวังเป็นพิเศษโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ อาเจียน หายใจลำบาก ให้รีบปรึกษาแพทย์ หรือ **โทร. 1669**

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว เจ้าหน้าที่กรมป่าไม้ อุทยานแห่งชาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้คำแนะนำแก่นักท่องเที่ยว และประชาชนทั่วไป ในการใช้เครื่องทำน้ำอุ่นระบบแก๊ส พร้อมทั้งแนะนำวิธีการช่วยเหลือหรือปฐมพยาบาลเบื้องต้น กรณีเจ็บป่วยจากการใช้งานเครื่องทำน้ำอุ่นระบบแก๊ส
2) เจ้าของโรงแรม รีสอร์ท ที่พัก ที่มีการใช้เครื่องทำน้ำอุ่นแบบใช้ระบบแก๊ส ควรมีการตรวจสอบและปฏิบัติ ดังนี้
   - ตรวจสอบคุณภาพ มาตรฐาน และการบำรุงรักษาเครื่องทำน้ำอุ่นที่ใช้ระบบแก๊ส ตรวจสอบการรั่วและปริมาณการสะสมของแก๊สในสถานที่พักอยู่เสมอ
   - ห้องน้ำหรือห้องพักควรมีพื้นที่กว้างเพียงพอและมีช่องหรือพัดลมระบายอากาศที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน
   - ระบบการไหลเวียนของการระบายต้องดี สามารถทำให้น้ำไหลผ่านได้
   - ติดป้ายเตือนอันตรายและข้อควรปฏิบัติในการใช้งานของเครื่องทำน้ำอุ่นไว้อย่างชัดเจน
3) ผู้ที่เข้าพักอาศัยในที่พักดังกล่าวควรสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับแก๊สระหว่างใช้ห้องน้ำ เช่น วิงเวียน หน้ามืด หายใจลำบาก ควรรีบออกจากห้องน้ำหรือให้การช่วยเหลือทันที
4) คนที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ ควรให้ความระมัดระวังมากขึ้นในการใช้ห้องน้ำที่มีเครื่องทำน้ำอุ่นแบบใช้ระบบแก๊ส เพราะหากได้รับแก๊สดังกล่าวจะทำให้เสียชีวิตได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น ๆ
5) ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในการเข้าพักอาศัยในโรงแรม หรือที่พักที่มีการใช้เครื่องทำน้ำอุ่นแบบใช้ระบบแก๊สอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพื้นที่ที่ไม่มีไฟฟ้าใช้เพียงพอและจำเป็นต้องใช้แก๊สเป็นเชื้อเพลิง เช่น บริเวณป่า ภูเขาสูง

การบาดเจ็บและเสียชีวิต จากแมงกะพรุนพิษ





สถานการณ์โรค

การเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์การบาดเจ็บรุนแรง หมดสติ และเสียชีวิต จาก**พิษแมงกะพรุนกล่อง** ระหว่างปี พ.ศ. 2542–2563 มีจำนวน 47 ราย โดยในเดือน **สิงหาคม 2564** มีรายงานพบ**ผู้เสียชีวิตจากการถูกแมงกะพรุนพิษ จำนวน 1 ราย** เป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติลงเล่นน้ำทะเลนอกตาข่ายกั้นขณะฝนตกที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สถานการณ์การบาดเจ็บจากการสัมผัสแมงกะพรุนพิษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556–2564 ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 พบผู้บาดเจ็บทั้งหมด 454 ราย ในจำนวนนี้พบผู้เสียชีวิต 5 ราย

กลุ่มจังหวัด

มีการรายงานเหตุการณ์จาก 14 จังหวัด ซึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบการรายงานมากที่สุด จำนวน 14 เหตุการณ์ **กระบี่** 7 เหตุการณ์ **สงขลา** 6 เหตุการณ์ **ระยอง** 4 เหตุการณ์ **ชลบุรี** 3 เหตุการณ์ **ตราด ปัตตานี ภูเก็ต** จังหวัดละ 2 เหตุการณ์ **ชุมพร ตรัง ประจวบคีรีขันธ์ พังงา เพชรบุรี** และ**สตูล** จังหวัดละ 1 เหตุการณ์

ปัจจัยเสี่ยง

พื้นที่ที่มักพบการบาดเจ็บรุนแรงจากแมงกะพรุนกล่อง คือ **บริเวณน้ำตื้นใกล้ชายหาดทั้งฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน โดยเฉพาะบริเวณอ่าวโค้งเว้าช่วงที่คลื่นลมสงบ** เนื่องจากแมงกะพรุนกล่องมักจะว่ายเข้ามาหาเหยื่อพวกลูกกุ้ง ลูกปลาในพื้นที่ลักษณะนี้ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรืออาการรุนแรงหลายรายเกิดเหตุการณ์ขณะที่เล่นน้ำหลังฝนหยุดตกใหม่ ๆ หรือเล่นน้ำตอนกลางคืน มักพบในฤดูฝน หรือช่วงปลายปี ซึ่งฤดูกาลที่พบบ่อยแตกต่างกันในแต่ละฝั่งทะเล

ข้อปฏิบัติที่ควรทำและไม่ควรทำ เมื่อพบผู้ที่สงสัยบาดเจ็บจากแมงกะพรุนพิษ

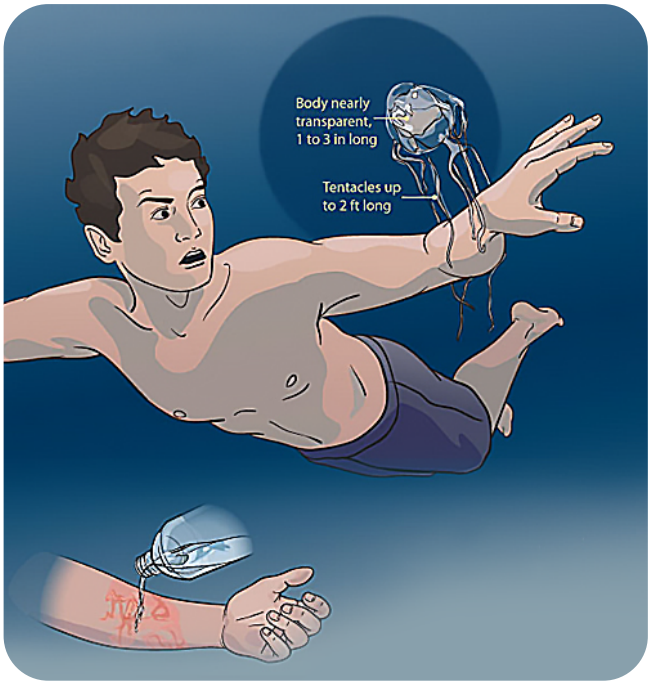
ข้อปฏิบัติ

- เรียกให้คนช่วยหรือเรียกรถพยาบาล (โทร. 1669) แต่ห้ามทิ้งให้ผู้บาดเจ็บอยู่ตามลำพัง เนื่องจากผู้ที่ได้รับพิษรุนแรงอาจหมดสติและหยุดหายใจภายในเวลาไม่กี่นาที
- ให้ผู้บาดเจ็บอยู่นิ่ง ๆ เพื่อลดการยิงพิษจากแมงกะพรุน
- ถ้าผู้ป่วยหมดสติและไม่มีชีพจร ให้ปั๊มหัวใจก่อนโดยไม่ต้องรอราดน้ำส้มสายชู
- ราดน้ำส้มสายชูบริเวณที่มีร่องรอยจากการสัมผัสแมงกะพรุนให้ทั่วนานอย่างน้อย 30 วินาที (น้ำส้มสายชูมีฤทธิ์ในการระงับการยิงพิษจากถุงพิษที่ยังไม่ออกฤทธิ์ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับพิษเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ลดอาการปวด)

ข้อห้าม

การช่วยเหลือที่ห้ามทำโดยที่ยังไม่ได้ราดน้ำส้มสายชู เพราะจะทำให้กระตุ้นการยิงพิษ

- การเอาทรายไปขัดถูบริเวณที่โดนแมงกะพรุน
- การพยายามดึงสายหนวดออก
- การราดด้วย น้ำทะเล น้ำจืด หรือประคบน้ำแข็ง



คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

- สวมเสื้อผ้าชนิดที่สามารถป้องกันพิษจากแมงกะพรุน มีการใช้ LYCRA SUIT (ไลคร้า ซูท) ซึ่งเป็นเสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าค่อนข้างแน่นและเป็นชุดที่แนบตัว ปกปิดทั้งส่วนลำตัว แขน และขา (ลดการบาดเจ็บจากการสัมผัสแมงกะพรุนพิษได้ถึง 75%) หากไม่มีเสื้อผ้าชนิดนี้สามารถสวมเสื้อผ้าชนิดอื่น ๆ ที่เป็นเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และเป็นผ้าที่มีเนื้อแน่นแนบลำตัว
- เล่นน้ำในบริเวณที่มีตาข่ายกั้น (STINGER NET) ในทะเลบริเวณชายหาดที่พบแมงกะพรุนพิษ

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเทศบาล/ผู้ประกอบการโรงแรม

- ติดตั้งตาข่ายในทะเลเพื่อกันแมงกะพรุน โดยให้ด้านล่างของตาข่ายติดกับพื้นทรายและมีอุปกรณ์ถ่วงเพื่อไม่ให้ตาข่ายเปิดออกและแมงกะพรุนรอดเข้ามาได้ซึ่งจะทำบริเวณน้ำตื้นริมหาดและให้นักท่องเที่ยวเล่นน้ำในบริเวณที่กั้นตาข่าย
- จัดให้มีจุดวางน้ำส้มสายชู และติดป้ายให้ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นบริเวณชายหาดที่พบแมงกะพรุนบ่อย เฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยถูกพิษแมงกะพรุนในพื้นที่ชายทะเล และจัดทำฐานข้อมูลของชายหาดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงของชุมชนตนเอง
- แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การบาดเจ็บจากแมงกะพรุนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสนับสนุนในการป้องกันรักษา เช่น สมาคมโรงแรม ชมรม หรือสมาคมท่องเที่ยว ชมรมเรือหางยาว องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและเทศบาล เป็นต้น

การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน: สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในช่วงปกติและช่วงเทศกาลปีใหม่

ประเทศไทย เป็น**อันดับที่ 9** จากทุกประเทศทั่วโลกที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

10 ปีที่ผ่านมา* (ปี พ.ศ. 2554–2563) พบผู้เสียชีวิตรวม **205,588** คน เฉลี่ยปีละ **20,558** คน (**56 คนต่อวัน** หรือประมาณเกือบ **2 คนต่อชั่วโมง**)

ปี พ.ศ. 2563 เสียชีวิต 17,831 คน อัตรา 27.2 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2564 ช่วงเดือนมกราคม–กันยายน พบว่า เสียชีวิต 12,376 ราย **ลดลงจากปีที่ผ่านมา** 302 ราย

ปี พ.ศ. 2558–2563 มีผู้บาดเจ็บรวม 6,256,004 คน (รวมบาดเจ็บ ADMIT และไม่ ADMIT) **เฉลี่ยปีละ 1,271,201 คน** มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีมาตรการเรื่องจำกัดการเดินทาง มาตรการ LOCKDOWN CURFEW ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง

สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนช่วงปกติและเทศกาลปีใหม่

- **มีผู้พิการเฉลี่ยปีละ 10,363 ราย** โดยคิดจากร้อยละ 4.6 ของผู้บาดเจ็บ ADMIT
- **มูลค่าความสูญเสีย**ทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2563 คิดเป็น **699,672 ล้านบาท** หรือร้อยละ 4.46 ของ GDP
- **รถจักรยานยนต์** เป็นพาหนะที่เกิดการเสียชีวิตสูงสุด ร้อยละ 74.0 และบาดเจ็บสูงสุดถึงร้อยละ 79.6
- กลุ่มอายุที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตสูงสุด คือ **กลุ่มอายุ 15–19 ปี**

สถานการณ์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2564

- พบเกิดอุบัติเหตุ 3,333 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 392 ราย ผู้บาดเจ็บ ADMIT 3,326 คน และมีผู้บาดเจ็บทั้งหมด **25,690 คน** (รวมผู้บาดเจ็บ ADMIT และไม่ ADMIT)
- กลุ่มอายุ 15–19 ปี บาดเจ็บหรือเสียชีวิตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 17.2 ของทั้งหมด
- บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สูงสุด ร้อยละ 81.7

ประเด็นการสวมหมวกนิรภัย

- **อัตราการบาดเจ็บที่ศีรษะ** 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้ม**ลดลง**จากร้อยละ 50.0 ในปี พ.ศ. 2554 เหลือร้อยละ 34.6 ในปี พ.ศ. 2563 และอัตราการสวมหมวกนิรภัย 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 13.8 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 16.9 ในปี พ.ศ. 2563
- **อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร**** ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ร้อยละ 45
- **สถานการณ์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2564**
  - พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้บาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุด คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 59.3
  - ผู้เสียชีวิตมีพฤติกรรมเสี่ยงไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 45.9
  - ผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต สวมหมวกเพียง ร้อยละ 16.4

แหล่งข้อมูล :
*ข้อมูลบูรณาการการตาย 3 ฐาน **มูลนิธิไทยโรดส์
ข้อมูลศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน
ข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ประเด็นดื่มแล้วขับ

- ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่พบการ**ดื่มแล้วขับ** มีแนวโน้ม**ลดลง**อย่างชัดเจน ในภาพรวม จากร้อยละ 34 ในปี พ.ศ. 2554 ลดลงเหลือร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2563
- **กลุ่มอายุ**ที่ดื่มแล้วขับสูงสุด คือ กลุ่มอายุ **20–24 ปี** ร้อยละ 15.8
- **ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์**ที่บาดเจ็บ **ดื่มแล้วขับสูงสุด** ร้อยละ 30.1

จากข้อมูลโครงการ ขับขี่ปลอดภัย มั่นใจ ไร้แอลกอฮอล์ โดยการเจาะเลือดผู้ขับขี่ พบว่า ในกลุ่มผู้ขับขี่ที่ตรวจพบปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกฎหมาย ร้อยละ 51–53

- **สถานการณ์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2564**
  - การดื่มแล้วขับเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 33.1 ซึ่งสูงกว่าปี พ.ศ. 2563 และคาดว่าปีใหม่ พ.ศ. 2565 จะเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการผ่อนคลายมาตรการ COVID-19 มากขึ้น ประกอบกับประชาชนปฏิเสธการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ทางลมหายใจเนื่องจากกลัวการติดเชื้อ COVID-19 และเจ้าหน้าที่ตำรวจก็ตั้งด่านตรวจน้อยลง อีกทั้งไม่มีงบประมาณสนับสนุนค่าตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด
  - พบเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกฎหมาย (20 MG%) ร้อยละ 21.9 ส่วนกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกฎหมาย (50 MG%) ร้อยละ 53.4
  - **ในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ตรวจพบแอลกอออล์ ร้อยละ 80.0** เกิดอุบัติเหตุสูงที่สุด ในช่วงเวลา 16.00–20.00 น. และ 22.00-00.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง โดยเฉพาะในวัน COUNT DOWN

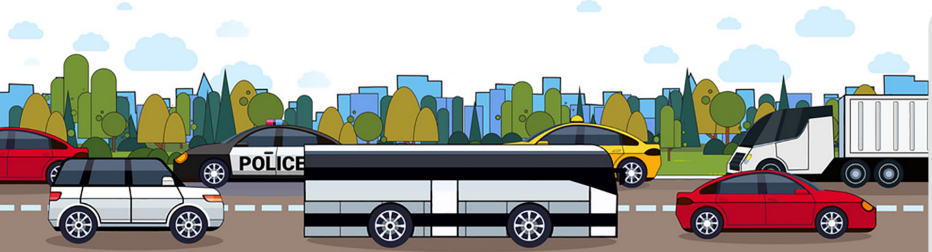
มาตรการป้องกันเพื่อรับมือโดยเฉพาะช่วงเทศกาลปีใหม่

สำหรับมาตรการด้านการป้องกันในแคมเปญ "สวมหมวก ใส่แมส ไม่เมา"

1. **มาตรการที่ 1 ไม่เมา** "ขับไม่ดื่ม ดื่มไม่ขับ"
2. **มาตรการที่ 2 สวมหมวก** ทุกครั้งที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ ลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะหากเกิดอุบัติเหตุ
3. **มาตรการที่ 3 ใส่แมส** ป้องกันและช่วยลดการแพร่เชื้อโควิด 19

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่

1. วิเคราะห์ข้อมูลจุดเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ รวมถึง GAP ของการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อระบุจุดเสี่ยงที่ต้องแก้ไข หรือเฝ้าระวังในพื้นที่เป็นพิเศษ
2. เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่อาจจะเกิดอุบัติเหตุ กลุ่มวัยรุ่น พื้นที่รวมกลุ่มสังสรรค์ มีการเตือนและประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าก่อนเทศกาล
3. ขอความร่วมมือให้คนในครอบครัวดูแลซึ่งกันและกัน ป้องกันผู้ที่ไม่พร้อมขับขี่ยานพาหนะไปภายนอก มีทีมสนับสนุนในชุมชน หรือมีเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เข้าพูดคุยกรณีผู้ขับขี่ไม่เชื่อฟัง
4. เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณผู้บาดเจ็บ วางแผนรองรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่ให้เหมาะสมเพียงพอ และทันสถานการณ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น FR ของ อปท. หรือมูลนิธิ อาสาสมัครในพื้นที่ โดยเฉพาะบริเวณจุดเสี่ยงจุดอันตราย
5. ประชาสัมพันธ์เรื่อง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก่ร้านค้า หรือร้านอาหารที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ให้ทำผิดกฎหมาย โดยเฉพาะการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่ห้ามจำหน่าย คือ เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือผู้ที่มีอาการมึนเมา
6. กรณีพบเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้รวบรวมข้อมูลและเสนอต่อศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด เพื่อหาแนวทางการแก้ไขต่อไป



กองป้องกันการบาดเจ็บ
กรมควบคุมโรค
https://ddc.moph.go.th/dip
โทร. 02 590 3889

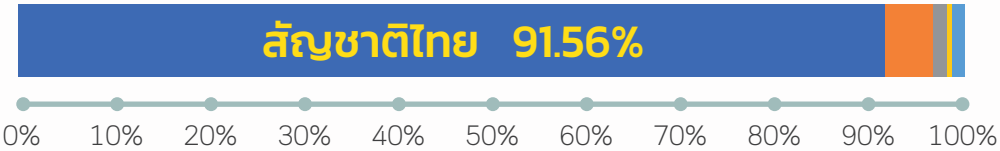
โรคซิฟิลิส (Syphilis)

สถานการณ์โรค

ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบการรายงานผู้ป่วยโรคซิฟิลิสใน**ปี พ.ศ. 2564** จำนวน **7,609 ราย** (ข้อมูล ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2564) อัตราป่วย **11.46 ต่อประชากรแสนคน** ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต

3,163 ราย : **4,446** ราย

อัตราส่วน **1 : 1.41**



กลุ่มอายุ

พบการรายงานผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ แต่พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี

15-24 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	5-9 ปี
41.60%	18.22%	12.06%	0.16%

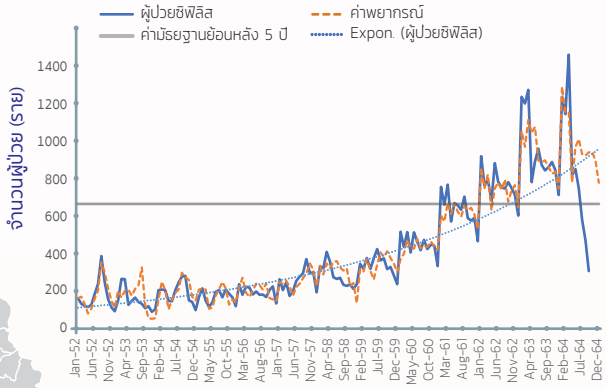
พยากรณ์โรค

จากการพยากรณ์โรคจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิส โดยอาศัยวิธี EXPONENTIAL SMOOTHING ใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคซิฟิลิส **ปี พ.ศ. 2552–2563** มีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ (MAPE) เท่ากับ **17.70** คาดว่าในปี **พ.ศ. 2564** ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคซิฟิลิสประมาณ **9,514–13,984 ราย** จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังตลอดทั้งปี เมื่อดูแนวโน้ม 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1, 2)

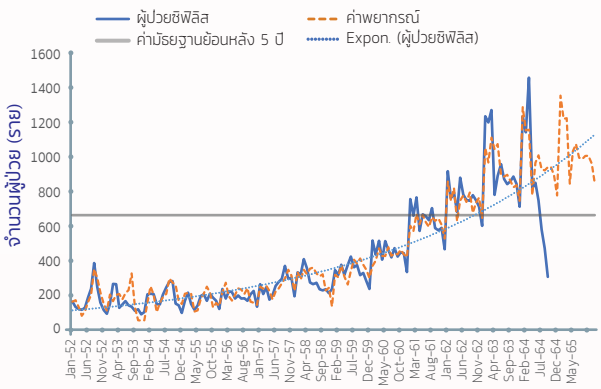
กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก

จันทบุรี	42.87
ระยอง	40.78
พิษณุโลก	31.03
เชียงใหม่	26.31
กรุงเทพมหานคร	25.61



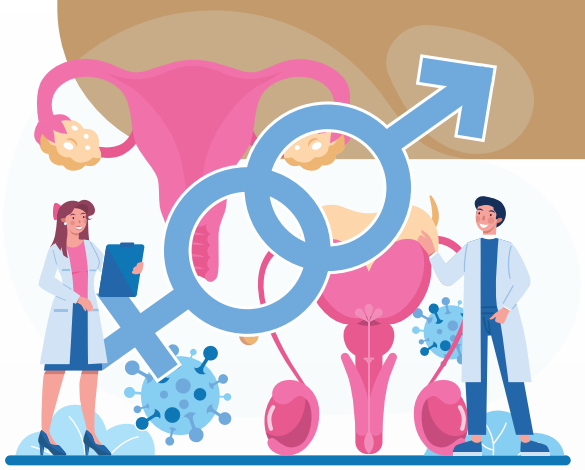
รูปที่ 1
กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิส (ราย) กับค่าพยากรณ์และเส้น EXPONENTIAL ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิส ปี พ.ศ. 2552–2564 (โดยวิธี EXPONENTIAL SMOOTHING) จำแนกรายเดือน ประเทศไทย



รูปที่ 2
กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิส (ราย) กับค่าพยากรณ์และเส้น EXPONENTIAL ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิส ปี พ.ศ. 2552–2565 (โดยวิธี EXPONENTIAL SMOOTHING) จำแนกรายเดือน ประเทศไทย

คำแนะนำสำหรับประชาชน

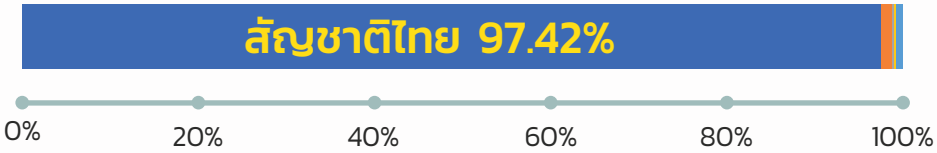
1. สำหรับประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงควรรับการตรวจคัดกรองหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน ไวรัสตับอักเสบบี และการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ควรตรวจเลือด เพื่อคัดกรองโรคทุก 3-6 เดือน
2. มีการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง หากพบว่าตนเองหรือคู่นอนมีอาการผิดปกติ หรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรรีบพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาทั้งตนเองและคู่นอนให้หายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไป
3. ประชาชนไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง อาจจะทำให้ไม่หายขาดจากโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ๆ ได้



โรคหนองใน (Gonorrhea)

สถานการณ์โรค

ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค **ปี พ.ศ. 2564** มีการรายงานผู้ป่วยโรคหนองใน **4,077 ราย** (ข้อมูล ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2564) **อัตราป่วย 6.14 ต่อประชากรแสนคน** ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต



541 ราย : **3,536** ราย

อัตราส่วน **1 : 6.54**

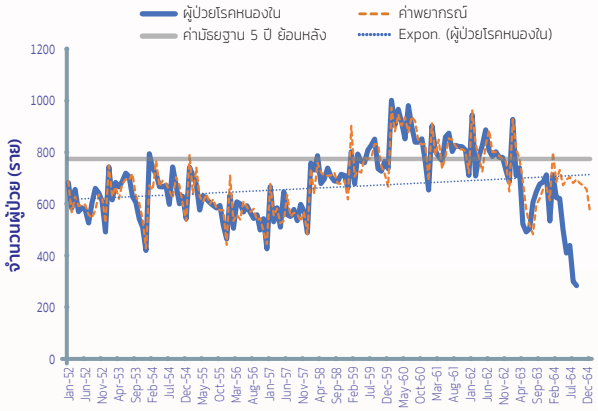
พยากรณ์โรค

จากการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหนองใน โดยอาศัยวิธี EXPONENTIAL SMOOTHING ใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหนองใน **ปี พ.ศ. 2552–2563** มีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ (MAPE) เท่ากับ **15.73** มีการคาดการณ์ว่าในปี **พ.ศ. 2564** ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคหนองในประมาณ **5,174–10,053 ราย** พบจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง โดยในปี พ.ศ. 2564 คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะต่ำกว่าปี พ.ศ. 2563 แต่เมื่อดูแนวโน้ม 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหนองในยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1, 2)

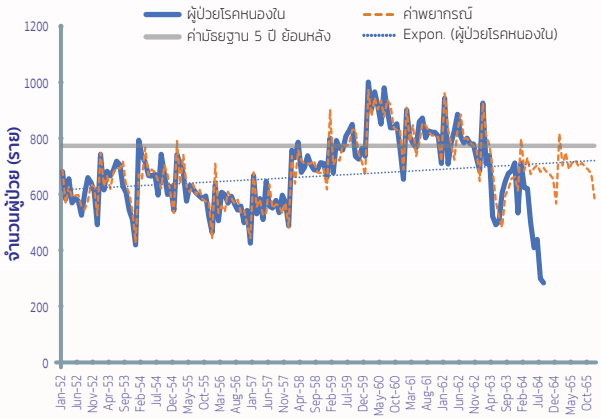
กลุ่มอายุ

พบการรายงานผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ แต่พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 15–24 ปี

15–24 ปี	25–34 ปี	35–44 ปี	5–9 ปี
64.19%	18.22%	7.51%	0.22%



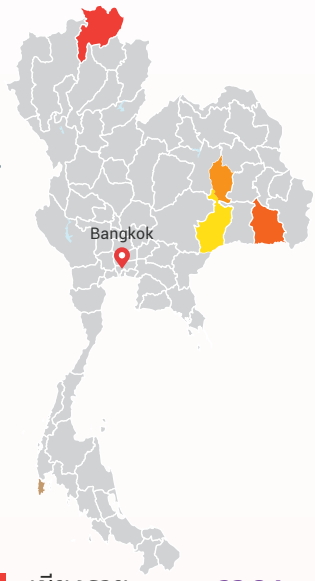
รูปที่ 1
กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยหนองใน (ราย) กับค่าพยากรณ์และเส้น EXPONENTIAL ของผู้ป่วยโรคซิฟิลิส ปี พ.ศ. 2552–2564 (โดยวิธี EXPONENTIAL SMOOTHING) จำแนกรายเดือน ประเทศไทย



รูปที่ 2
กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยหนองใน (ราย) กับค่าพยากรณ์และเส้น EXPONENTIAL ของผู้ป่วยโรคหนองใน ปี พ.ศ. 2552–2565 (โดยวิธี EXPONENTIAL SMOOTHING) จำแนกรายเดือน ประเทศไทย

กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก



เชียงราย	23.84
ศรีสะเกษ	19.69
มหาสารคาม	15.89
ภูเก็ต	14.63
บุรีรัมย์	13.73

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรค ช่องทางการติดต่อของโรค การถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ และในหญิงตั้งครรภ์สามารถถ่ายทอดไปสู่ทารกได้ รวมทั้งมีโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น
2. ให้คำปรึกษาเรื่องการรักษาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทั้งของตัวผู้ป่วยและคู่เพศสัมพันธ์
3. งดการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการรักษา หากงดไม่ได้ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เนื่องจากทำให้ระดับยาในเลือดลดลง)
4. ให้ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ในทุกช่องทางที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์

จมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

สถานการณ์โรค

- 10 ปีที่ผ่านมา **(พ.ศ. 2554–2563)** พบว่า **เด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ 7,794 คน** เฉลี่ยปีละ **779 คน** หรือวันละ **2 คน อัตราการเสียชีวิต** อยู่ในช่วง **4.8–8.7 ต่อประชากรแสนคน**

กลุ่มอายุ

- กลุ่มเด็ก**อายุ 5–9 ปี** เสียชีวิตสูงสุด รองลงมา คือ กลุ่มเด็ก**อายุต่ำกว่า 5 ปี** และกลุ่ม**อายุ 10–14 ปี**
- เดือน**เมษายน**มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมา คือ **มีนาคม** และ**พฤษภาคม**
- แหล่งน้ำตามธรรมชาติ บ่อขุดเพื่อการเกษตรเป็นแหล่งน้ำที่พบการจมน้ำสูงสุด

ปัจจัยเสี่ยงการจมน้ำ

อายุ	ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล	ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
น้อยกว่า 5 ปี	◆ สรีระร่างกาย โดยเด็กเล็กสามารถจมน้ำได้ ในน้ำที่มีความสูงเพียง 1–2 นิ้ว เช่น ถัง กะละมัง โอ่ง ◆ ความอยากรู้อยากเห็น ทำให้เด็กเดินตามสัตว์ และพลัดตกลงไปในน้ำ ◆ ผู้ดูแลเด็กมีความรับรู้ในความเสี่ยงต่ำ ไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก ปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพัง แม้เวลาสั้น ๆ	◆ ผู้ดูแลเด็กไม่มีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงที่อยู่ในบ้านหรือรอบ ๆ บ้าน เพราะคิดว่าภาชนะใส่น้ำขนาดเล็กภายในบ้านไม่น่าจะเป็นแหล่งน้ำเสี่ยง
5 ปีขึ้นไป	◆ พฤติกรรมเสี่ยง/คึกคะนอง จึงมักชวนกันไปเล่นน้ำกันเอง ◆ ไม่มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ เช่น เดินใกล้ขอบบ่อจึงพลัดตกลงไปน้ำ ไม่ปฏิบัติตามป้ายเตือน ไม่ใส่ชูชีพขณะลงเรือหรือทำกิจกรรมทางน้ำ ◆ ขาดทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด เมื่อตกน้ำจึงพยายามว่ายเข้าฝั่ง แต่หมดแรงและจมน้ำ และไม่รู้วิธีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตัวเองในการลอยน้ำอย่างง่าย เช่น ถังแกลลอนพลาสติก ขวดน้ำพลาสติก ◆ ขาดทักษะการช่วยเหลือ เมื่อเห็นคนตกน้ำ จึงกระโดดลงไปช่วยทำให้ถูกกอดรัดและจมน้ำไปด้วยกัน	◆ ชุมชนขาดการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงที่มีอยู่ในชุมชน เช่น การติดป้ายคำเตือน การสร้างรั้ว หรืออุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ (ถังแกลลอนเปล่าผูกเชือกขวดน้ำพลาสติกเปล่า ไม้)

คำแนะนำสำหรับประชาชน/ผู้ปกครอง

- ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยเด็กไว้ตามลำพังหรือฝากไว้กับบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- ทุกครัวเรือนที่มีเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ควรใช้คอกกั้นเด็กหรือกำหนดพื้นที่เล่นปลอดภัย (PLAYPEN)
- สำรวจแหล่งน้ำเสี่ยงในบ้านและรอบ ๆ บ้าน และจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น เทน้ำทิ้ง หาฝาปิด ฝังกลบแอ่งน้ำ สร้างรั้ว ติดป้ายคำเตือน จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำไว้บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง
- สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยงและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งกฎความปลอดภัยทางน้ำ เช่น ไม่เล่นใกล้แหล่งน้ำ รู้จักประเมินสภาพแหล่งน้ำ (ความลึก ความตื้น ความชัน ความเย็น กระแสน้ำ)
- สอนให้เด็กมีทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดและวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง
- สอนให้เด็กใส่ชูชีพหรืออุปกรณ์ลอยน้ำได้ทุกครั้งเมื่อโดยสารเรือหรือทำกิจกรรมทางน้ำ

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการจมน้ำแก่ประชาชน
- สอนให้คนในชุมชนรู้จักวิธีการช่วยเหลือคนตกน้ำหรือจมน้ำเบื้องต้น และวิธีการปฐมพยาบาลคนจมน้ำที่ถูกวิธี
- ผลักดัน/สนับสนุนให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ป้องกันการจมน้ำ ให้ครอบคลุมในพื้นที่
- สอบสวนการจมน้ำ และกำหนดมาตรการป้องกันร่วมกับชุมชน

กองป้องกันการบาดเจ็บ (กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป) กรมควบคุมโรค
HTTPS://DDC.MOPH.GO.TH/DIP, WWW.FACEBOOK.COM/THAIINJURY, 15 ตุลาคม 2564

โรคอาหารเป็นพิษ

สถานการณ์โรค

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีรายงานผู้ป่วยตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่มีการระบาดเป็นวงกว้างทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมาก และอาการของโรคอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะโรคอาหารเป็นพิษยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จัดอยู่ใน **10 อันดับแรกที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด** สำหรับสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) **ปี พ.ศ. 2564** ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–9 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วย **จำนวน 45,556 ราย** คิดเป็นอัตราป่วย **68.59 ต่อแสนประชากรคน** เสียชีวิต **1 ราย** ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย **ร้อยละ 98.6** อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง **1 : 1.65**

กลุ่มอายุ

พบมากในกลุ่มอายุ 15–24 ปี

15–24 ปี	มากกว่า 65 ปี	25–34 ปี
14.07%	**13.62%**	**13.32%**

กลุ่มอาชีพ

ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง	นักเรียน	เกษตรกร
24.0%	**23.5%**	**21.9%**

กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุด 5 อันดับแรก

อุบลราชธานี	**222.45**
มุกดาหาร	**217.72**
ร้อยเอ็ด	**216.87**
ศรีสะเกษ	**171.82**
เชียงราย	**169.10**

ปัจจัยเสี่ยง

โรคอาหารเป็นพิษ ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรค มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขาภิบาลอาหาร เช่น วัตถุดิบ การปรุง การประกอบ และการเก็บอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น การบริโภคอาหารแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ไม่ใช้ช้อนกลาง เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาจมีถ่ายเหลว อาการมักเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหลังรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว หรือสารพิษ (ENTEROTOXINS) ที่สร้างจากเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับปริมาณและชนิดของเชื้อที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยการระบาดมักเกิดในเหตุการณ์ที่มีคนรวมตัวทำกิจกรรมจำนวนมาก และรับประทานอาหารร่วมกันหรือชนิดเดียวกัน

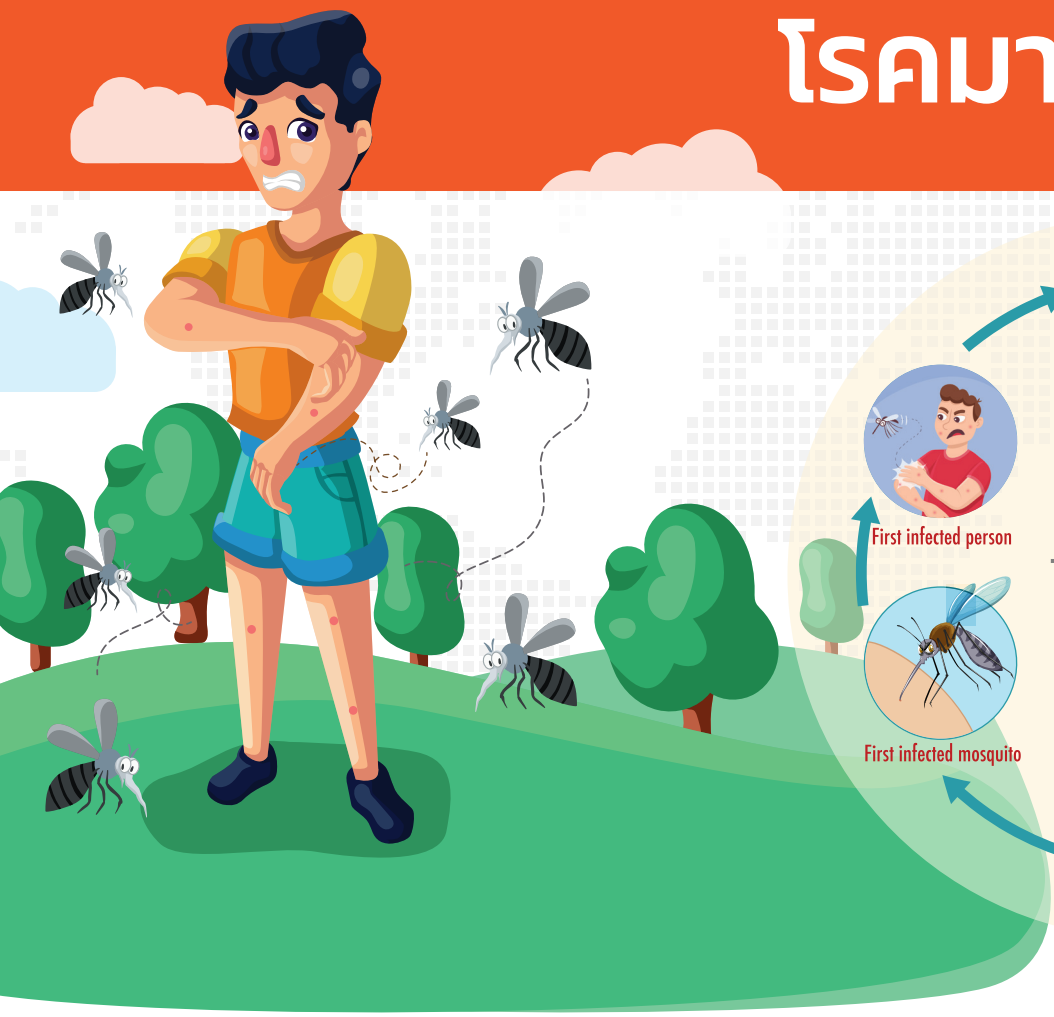
คำแนะนำสำหรับประชาชน

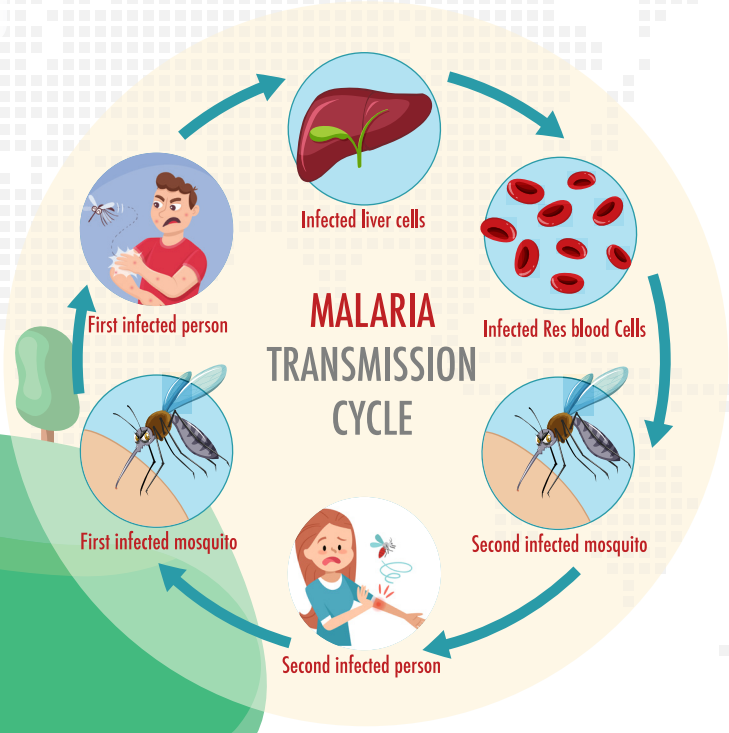
1. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังการประกอบอาหาร รับประทานอาหาร และภายหลังจากการเข้าห้องน้ำหรือห้องส้วมทุกครั้ง
2. รับประทานอาหารที่สะอาด และปรุงสุกใหม่ ๆ หากต้องการรับประทานอาหารค้างคืน ควรอุ่นอาหารให้ร้อนก่อนรับประทานทุกครั้ง ไม่ควรรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่มีแมลงวันตอม และดื่มน้ำที่สะอาด หรือน้ำต้มสุก หรือน้ำบรรจุขวดที่มีฝาปิดสนิท
3. ควรแยกภาชนะที่ใช้สำหรับการเก็บรักษาที่ปรุงสุกแล้ว จากวัตถุดิบที่ยังไม่ปรุง เพื่อไม่ให้เกิดการปนเปื้อน
4. กำจัดขยะมูลฝอย เศษอาหาร และสิ่งปฏิกูลรอบ ๆ บริเวณบ้านทุกวัน เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เน้นการประเมิน หรือการตรวจสอบคุณภาพของสถานประกอบการด้านอาหาร และการเก็บตัวอย่างอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ ผู้สัมผัสอาหารเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหา พิจารณาจุดเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคในพื้นที่ได้ เพื่อที่จะสามารถกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างตรงจุดต่อไป

โรคมาลาเรีย





ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมาย กำจัดเชื้อมาลาเรียรุนแรง ภายในปี พ.ศ. 2566

สถานการณ์โรค

ความสำเร็จของการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560–2569 ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2559 และตั้งแต่เริ่มดำเนินการตามยุทธศาสตร์ฯ **ในปี พ.ศ. 2560** สามารถทำให้อำเภอลดการแพร่เชื้อมาลาเรียลงได้ **จาก 119 อำเภอ เหลือ 85 อำเภอ ในปี พ.ศ. 2563** สำหรับผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน**ลดลงจาก 150,000 ราย ในปี พ.ศ. 2543 เหลือ 3,942 ราย ในปี พ.ศ. 2563**

กลุ่มจังหวัด

ปี พ.ศ. 2564 (ตั้งแต่ 1 มกราคม–13 ตุลาคม 2564) พบผู้ป่วยเพียง **2,498 ราย** ลดลงกว่าช่วงเวลาเดียวกันของ**ปี พ.ศ. 2563 ถึงร้อยละ 36** จังหวัดที่พบเชื้อมาลาเรียรุนแรง (ชนิดฟาซิพารัม) มี 10 จังหวัด ได้แก่ ยะลา ตาก แม่ฮ่องสอน ประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี ระนอง สงขลา และนราธิวาส

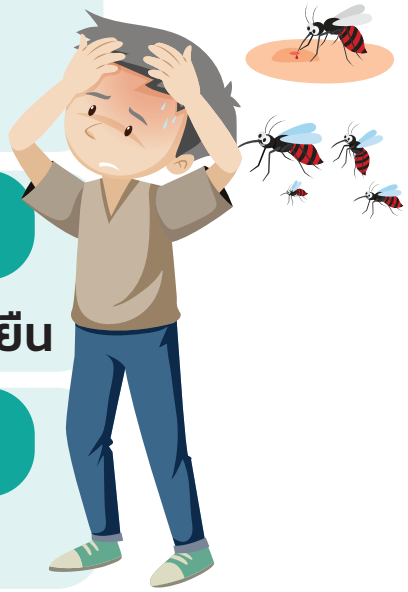
4 ยุทธศาสตร์ กำจัดโรคไข้มาลาเรีย

เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อในประเทศไทย

- ☑ ไม่ให้มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่
- ☑ เน้นระบบเฝ้าระวัง ค้นหารวดเร็ว รักษาเร็ว

ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรค

- ☑ โดยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย



สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย

- ☑ ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน

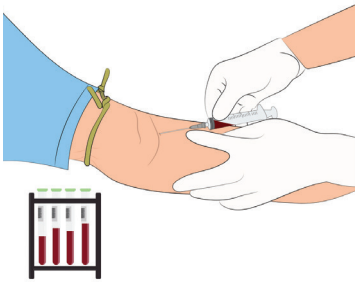
พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม และมาตรการ

- ☑ การกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่

คำแนะนำประชาชน

มีไข้หลังค้างแรมในสวน/ไร่/ป่า

ต้องรีบไปตรวจเลือดรักษา



กินยาให้ครบตามแพทย์สั่ง

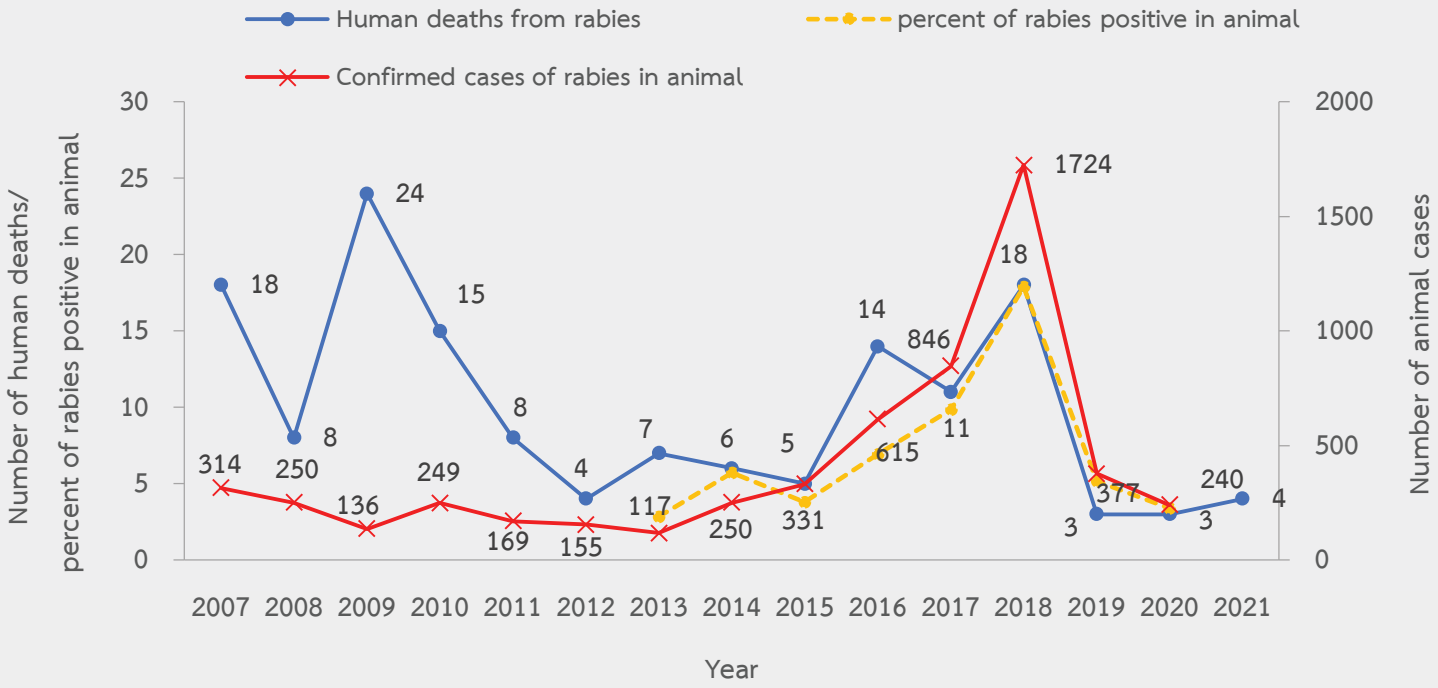
ป้องกันยุงกัดโดยนอนในมุ้งและทาโลชั่นกันยุง

โรคพิษสุนัขบ้า

สถานการณ์โรค

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ **1 มกราคม–3 พฤศจิกายน 2564** มีรายงาน**ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 4 ราย** ที่**จังหวัดสุรินทร์ 2 ราย บุรีรัมย์ 1 ราย** และ**ชลบุรี 1 ราย**

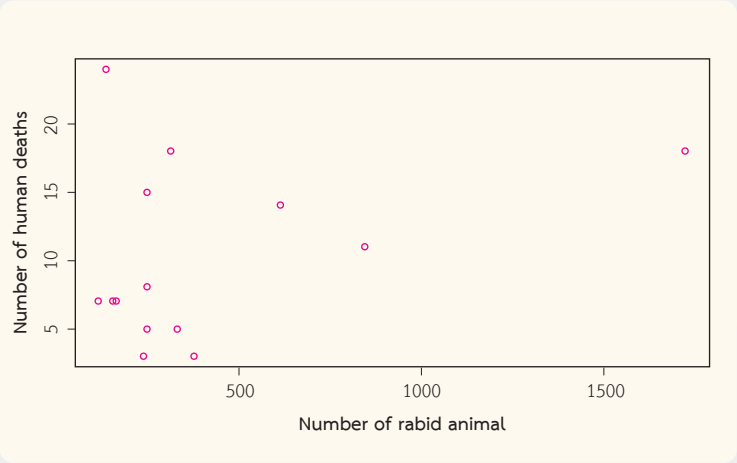
โดยผู้เสียชีวิตที่จังหวัดชลบุรีมีประวัติโดนสุนัขของตนเองที่ป่วยกัดที่จังหวัดเพชรบูรณ์ แต่คาดว่าสุนัขตัวดังกล่าวรับเชื้อมาจากสุนัขที่จังหวัดชลบุรี สำหรับสถานการณ์ในสัตว์ ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนสัตว์ให้ผลบวกด้วยโรคพิษสุนัขบ้า **240 ตัว** คิดเป็น **ร้อยละ 3.38** ของจำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจทั้งหมด แนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้าและจำนวนตัวอย่างสัตว์ให้ผลบวกมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2560–2561

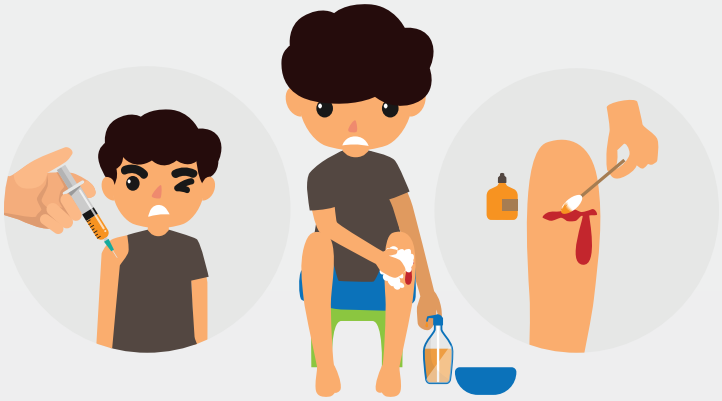


รูปที่ 1 จำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า จำนวนสัตว์ให้ผลบวกโรคพิษสุนัขบ้า และร้อยละตัวอย่างจากสัตว์ให้ผลบวกจากตัวอย่างที่ตรวจทั้งหมด ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2550–2564

พยากรณ์โรค

โรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถทำได้ด้วยวิธีการเช่นเดียวกับโรคอื่น ๆ เนื่องจากโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้มีการระบาดเป็นฤดูกาล และรูปแบบของการเกิดโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยรอบด้าน เช่น อุบัติการณ์ในสัตว์ ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในสัตว์ การเข้าถึงและการให้ PEP ในคน การปฏิบัติตัวหลังถูกกัด เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีรายงานว่ามีนัยสำคัญต่อการเสียชีวิตในคน จุดประสงค์หลักของการประเมินภาระจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้สามารถทราบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าที่อาจไม่ได้ถูกตรวจสอบและรายงานเข้ามาในระบบ





เมื่อใช้วิธี LINEAR REGRESSION ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า และจำนวนผู้เสียชีวิตจากข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2550–2563 สมการที่ได้ ดังนี้ Y = 8.33 + 0.004(X) โดย Y = จำนวนผู้เสียชีวิต และ X = จำนวนสัตว์ให้ผลบวก ทั้งนี้สมการดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.26) ดังนั้นแม้ว่าจะทำนายด้วยวิธี MULTIPLE REGRESSION ด้วยการใช้ข้อมูลตัวแปรอื่น ๆ เช่น BITE INCIDENCE ปริมาณการใช้ PEP ความครอบคลุมวัคซีนในสัตว์ อาจไม่ได้ผลที่ตรงตามความเป็นจริง

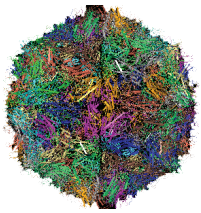
วิธีที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ การทำ MULTIPLE PROBABILITY DECISION TREE หรือการทำโมเดลลิ่งตามความเป็นไปได้ของการสัมผัสโรค โอกาสการได้รับ PEP และโอกาสการเกิดโรคจากการสัมผัสโรค (MONTE CARLO SIMULATION)

ข้อมูลในประเทศไทยโดย HAMPSON และคณะ ในปี พ.ศ. 2557 ประเมินว่าจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยอยู่ระหว่าง **25–176 ราย** ที่ความเชื่อมั่น **95%** โดยเฉลี่ย **62 ราย** โดยคำนวณจาก HUMAN DEVELOPMENT INDEX ที่ **0.682** ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในสัตว์ร้อยละ **49.50** อุบัติการณ์การถูกกัด **587 ต่อประชากรแสนคน** จำนวนประชากร **68,139,000 คน** ปริมาณการใช้ PEP 398,377 (209,625–799,756) หน่วย โดยความเป็นไปได้ของการที่เมื่อโดนสุนัขกัด สุนัขตัวนั้นจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 20.21 โอกาสที่ผู้ถูกกัดจะได้รับ PEP ร้อยละ 99.6 และโอกาสที่จะตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าหากไม่ได้รับ PEP ร้อยละ 19 ดังนั้นหากคิดเทียบว่าในปี พ.ศ. 2565 ตัวแปรข้างต้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง จำนวนผู้เสียชีวิตน่าจะอยู่ในช่วงดังกล่าว

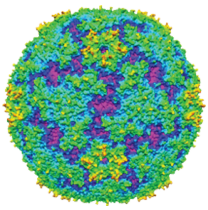
มาตรการเฝ้าระวังการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลการรับรู้ของประชาชน ดำเนินการติดตามผู้สัมผัสให้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างครบชุด และมีการบูรณาการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การประเมินโรคมีความแม่นยำมากที่สุด

โรคมือเท้าปาก

สถานการณ์โรค



COXSACKIE A 16



ENTEROVIRUS 71

ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2562 **พบอัตราป่วยสูงที่สุดในเด็กอายุ 0–4 ปี** เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่ม **ENTEROVIRUS** สายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุด คือ **COXSACKIE A16** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ มีตุ่มน้ำใสหรือผื่น บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ในปาก และก้น อาการจะทุเลาและหายเป็นปกติภายใน 7–10 วัน

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ENTEROVIRUS 71 บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจวาย น้ำท่วมปอด หรือการอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางร่วมด้วย นอกจากนี้เชื้อไวรัสกลุ่มดังกล่าวยังเป็นสาเหตุของโรคแผลในคอหอย (HERPANGINA) โดยผู้ป่วยจะมีแผลหรือตุ่มเล็ก ๆ ในปาก บริเวณเพดานอ่อน ลิ้นไก่ ต่อมทอนซิล หรือด้านหลังของคอหอย ร่วมกับมีไข้ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง

พบผู้ป่วยสูงที่สุดในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนมิถุนายน–สิงหาคม ซึ่ง**มักเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในโรงเรียนระดับชั้นอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก** เนื่องจากเป็นสถานที่ที่มีเด็กเล็กอาศัยอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก และมักมีปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การอยู่กันอย่างแออัด หรือการใช้สิ่งของร่วมกัน

ปัจจัยเสี่ยง

- การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรับสัมผัสโดยตรงจากการกินไวรัสเข้าสู่ร่างกายเข้าทางปากจากมือ
- การใช้สิ่งของร่วมกัน ได้แก่ ภาชนะที่ใช้ร่วมกัน หรือของเล่นที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลาย น้ำในตุ่มพองหรือแผล และอุจจาระของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (ซึ่งอาจจะยังไม่มีอาการ)

คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

- ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ควรสังเกตอาการของเด็กอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ **หากพบว่ามีอาการ** ได้แก่ มีไข้ มีตุ่มน้ำใส หรือผื่น บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า ในปากและก้น ให้พิจารณาหยุดเรียน แยกหรือไม่ให้เล่นคลุกคลีกับเด็กปกติ พร้อมพาไปพบแพทย์ และให้พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านจนกว่าจะหายเป็นปกติ รวมทั้งควรแจ้งให้ทางโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กทราบ เพื่อทำการค้นหาเด็กที่อาจป่วยเพิ่มเติม

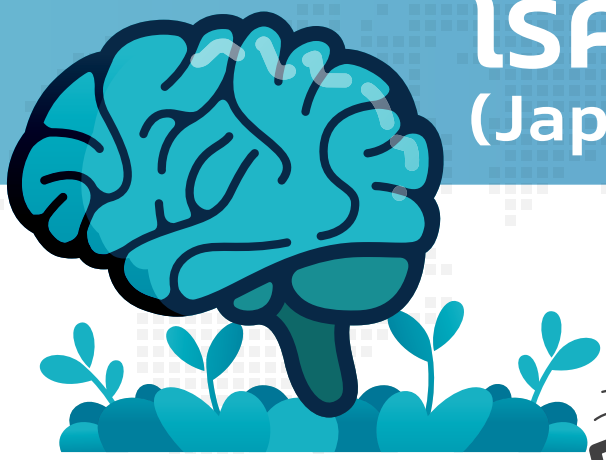
คำแนะนำสำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก

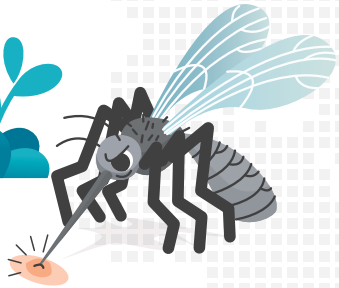
- มีมาตรการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนในฤดูกาลที่มีการระบาดของโรคอย่างเข้มข้น โดยการตรวจคัดกรองโรคในเด็กทุกคนทุกวัน หากพบเด็กป่วยให้รีบแยกหรือไม่ให้เล่นคลุกคลีกับเด็กปกติ พาไปพบแพทย์ และให้พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านจนกว่าจะหายเป็นปกติ
- จัดกิจกรรมส่งเสริมฝึกให้เด็กล้างมือบ่อย ๆ ครูและผู้ดูแลหมั่นทำความสะอาดอุปกรณ์ของเล่นและของใช้เป็นประจำทุกครั้งที่มีเด็กป่วยสัมผัส โดยทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือผงซักฟอกปกติก่อนแล้วตามด้วยน้ำยาฟอกผ้าขาว เช่น คลอร็อกซ์ไฮเตอร์ ทิ้งไว้ 10 นาที แล้วล้าง/เช็ด/แช่ ด้วยน้ำสะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้าง ส่วนของเล่นที่เด็กอาจนำเข้าปากได้ ให้ทำความสะอาดด้วยสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติและนำไปผึ่งแดด ลดโอกาสการแพร่กระจายของโรค
- จัดประชุมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และหากสงสัยว่าจะมีการระบาดในสถานศึกษาให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคทันที

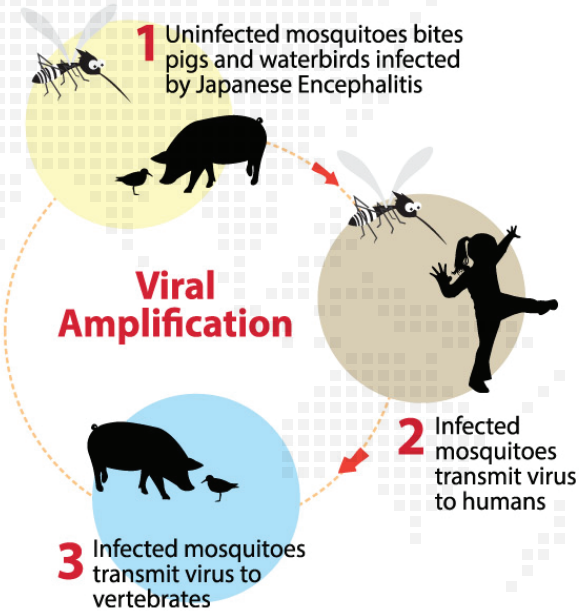
คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. หากพบผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปาก หรือโรคแผลในคอหอย ผู้รับผิดชอบดำเนินการสอบสวนโรค และเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ
2. **ให้รายงานผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปาก โรคแผลในคอหอย หรือไข้เอนเทอโรไวรัส (ENTEROVIRUS FEVER) ที่ส่วนใหญ่มีอาการนำทางระบบประสาทส่วนกลาง ในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ภายใน 7 วัน ในกรณีที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ให้รายงานในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (EVENT-BASED SURVEILLANCE)**

โรคไข้สมองอักเสบ
(Japanese B Encephalitis)



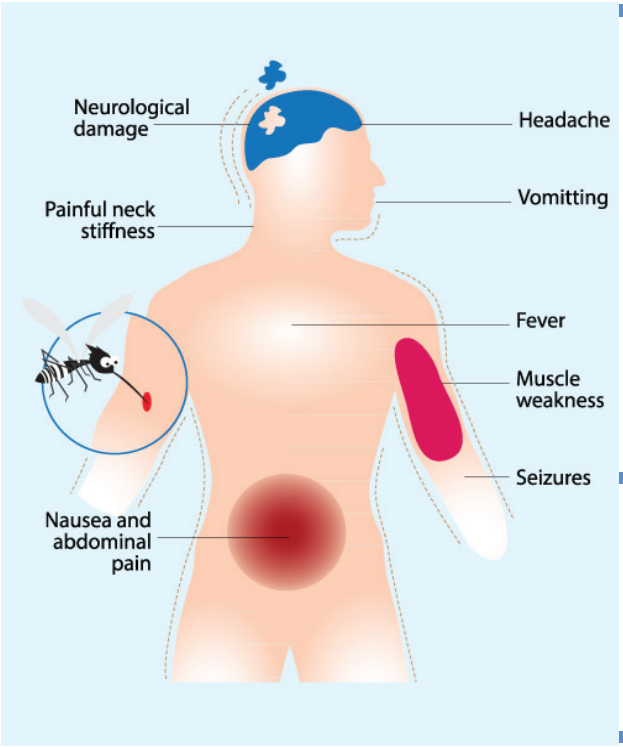




สถานการณ์โรค

"โรคไข้สมองอักเสบ" (JAPANESE B ENCEPHALITIS) ติดต่อสู่คน โดยมียุงรำคาญ ***(Culex tritaeniorhynchus)*** เป็นตัวพาหะของโรค ยุงชนิดนี้เพาะพันธุ์ในท้องนาที่มีน้ำขัง หมูเป็นรังโรคที่สำคัญ หมูที่ติดเชื้อ JE จะไม่มีอาการ แต่มีเชื้อ JE ในเลือด เมื่อยุงไปกัดหมูในระยะนี้เชื้อจะเข้าไปเพิ่มจำนวนในยุง เมื่อมากัดคนจะแพร่เชื้อเข้าสู่คน สัตว์อื่น ๆ ที่สามารถติดเชื้อ JE ได้ เช่น ม้า วัว ควาย นก แต่สัตว์เหล่านี้จะไม่มีอาการมีแต่ม้าและคนเท่านั้น

เมื่อได้รับเชื้อแล้วประมาณ 1 ใน 300–500 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการสมองอักเสบ หมูมีความสำคัญในวงจรการแพร่กระจายของโรค เพราะจะมีเชื้ออยู่ในกระแสเลือดได้นานกว่าสัตว์อื่น ๆ จึงจัดว่าเป็น AMPLIFIER ที่เป็นรังโรคที่สำคัญ



กลุ่มอายุ

โรคไข้สมองอักเสบ (JAPANESE B ENCEPHALITIS) สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปีเนื่องจากมียุงชุกชุมทั่วประเทศไทย จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–6 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วย 5 ราย จาก 2 จังหวัด **คิดอัตราป่วย 0.01 ต่อประชากรแสนคน** ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบใน**กลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี** คิดเป็น **ร้อยละ 40** รองลงมา คือ **กลุ่มอายุ 10–14 ปี** และ **15–24 ปี ร้อยละ 20** เท่านั้น

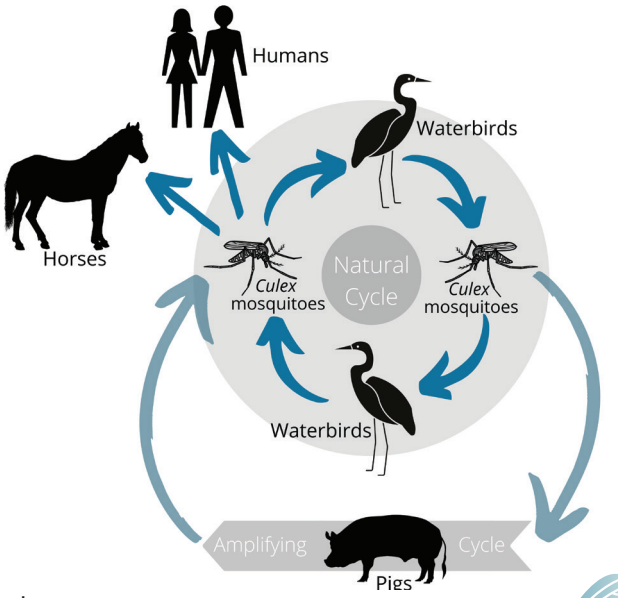
กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ
อุบลราชธานี เท่ากับ **0.21 ต่อประชากรแสนคน**
รองลงมา คือ **เชียงราย** เท่ากับ **0.08 ต่อประชากรแสนคน**

กลุ่มพื้นที่แต่ละภาค

ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ **0.02 ต่อประชากรแสนคน**
รองลงมา คือ ภาคเหนือ **0.01 ต่อประชากรแสนคน**

ปัจจัยเสี่ยง



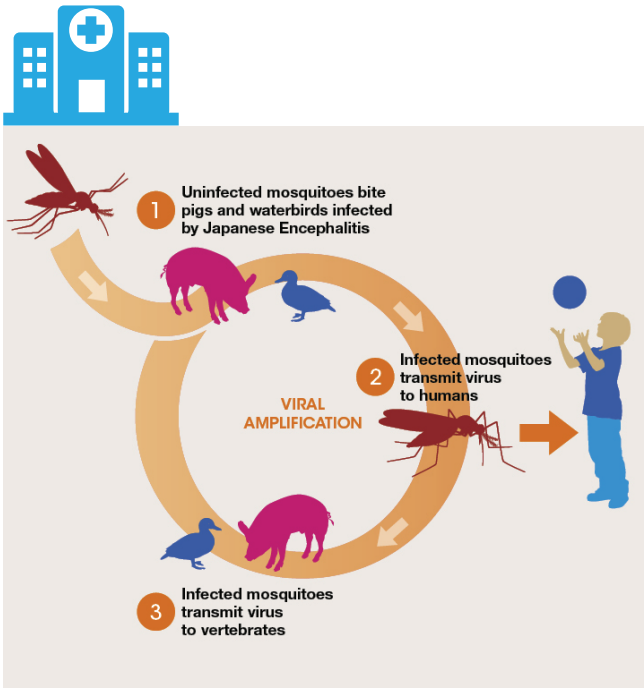
1. การถูกยุงรำคาญกัด
2. อาศัยอยู่ภายในบริเวณที่มีแหล่งน้ำขัง เช่น ทุ่งนา ไร่ สวน
3. ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร

คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

1. การป้องกันตัวไม่ให้ยุงกัด ไม่ควรออกนอกบ้านในช่วงหัวค่ำเพราะเป็นช่วงที่ยุงออกหากิน และควรสวมใส่เสื้อผ้าที่หนาพอจะป้องกันยุงกัด หรือใช้ยากันยุงเมื่อออกนอกบ้าน
2. ไม่ควรเลี้ยงหมูในบริเวณใกล้บ้านที่อยู่อาศัย
3. พาบุตรหลานไปรับวัคซีนป้องกันโรค โดยควรจะเริ่มให้วัคซีนนี้เมื่ออายุ 1 ปีครึ่ง พร้อมกับการให้ BOOSTER DOSE DTP และ OPV โดยเข็มแรกห่างจากเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 เดือน และฉีดเข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 ไป 1 ปี

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ร่วมรณรงค์ ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก ในการปฏิบัติตัวและไปตรวจคัดกรองเมื่อมีภาวะเสี่ยง
2. การเพิ่มความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในคน
3. เฝ้าระวังโรคที่มีช่องทางการติดต่อเหมือนกัน รวมถึงการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคในอนาคต



โรคสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส
(โรคไข้หูดับ)

สถานการณ์โรค

"โรคสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส" เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่มีเชื้อ เช่น ติดทางบาดแผลที่ผิวหนัง การกินเนื้อหรือเลือดสุกรที่ไม่สุก จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–6 ตุลาคม 2564 **มีรายงานผู้ป่วย 427 ราย** จาก 30 จังหวัด **คิดเป็นอัตราป่วย 0.64 ต่อประชากรแสนคน** พบ**ผู้เสียชีวิต 20 ราย** คิดเป็น**อัตราตาย 0.03 ต่อประชากรแสนคน** และ**อัตราป่วยตายร้อยละ 4.67**

กลุ่มเสี่ยง

กลุ่ม**อายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.64**
รองลงมาเป็นกลุ่ม**อายุ 55–64 ปี (27.40)** และกลุ่ม**อายุ 45–54 ปี (19.91)**
ตามลำดับ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง **2.7 : 1**

กลุ่มพื้นที่แต่ละภาค

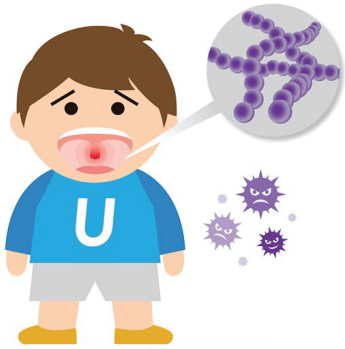
อัตราป่วย
ต่อประชากรแสนคนสูงสุด

ภาคเหนือ	**2.25**
ตะวันออกเฉียงเหนือ	**1.41**
ภาคกลาง	**0.11**
ภาคใต้	**0.03**

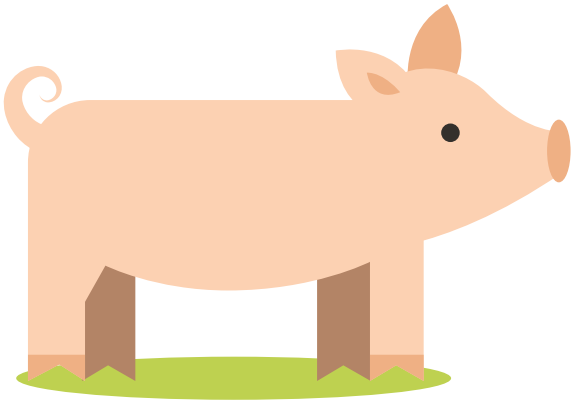
กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน
สูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่

ลำปาง	**8.08**
อุตรดิตถ์	**6.98**
พะเยา	**6.59**
น่าน	**5.85**
นครราชสีมา	**4.12**



ปัจจัยเสี่ยง



1. การสัมผัสสารคัดหลั่ง

สามารถติดต่อได้ 3 ทาง ได้แก่ การสัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่เป็นโรคเข้าทางผิวหนัง หรือเนื้อสุกรที่ติดเชื้อ โดยเชื้อจะเข้าสู่ทางร่างกายผ่านทางบาดแผล ทางการกินจากการบริโภคเนื้อสุกรดิบ ๆ หรือปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ทางเยื่อบุตา ผู้ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้จำหน่าย หรือผู้ที่รับประทานเนื้อหมูดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบหมูดิบ หรือหลู้ ที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ

2. ทางการกินจากการบริโภค

3. ทางเยื่อบุตา

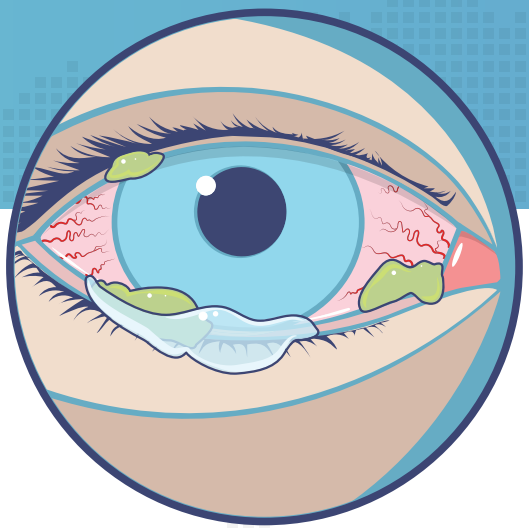
คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

1. หลีกเลี่ยงการบริโภคเนื้อหมูดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ
2. หากผู้ปรุงอาหารจากเนื้อหมูมีบาดแผลที่ผิวหนัง ต้องทำการปิดแผล และสวมถุงมือขณะปรุง
3. เลือกซื้อเนื้อหมูที่ไม่มีกลิ่นคาว สีคล้ำ เนื้อยุบ
4. ก่อนประกอบอาหาร ควรต้มด้วยอุณหภูมิตั้งแต่ 70 องศาเซลเซียส นานอย่างน้อย 10 นาที หรือต้มจนไม่มีสีแดง
5. ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับหมูที่คาดว่าจะเป็นพาหะ ซึ่งมักไม่แสดงอาการป่วย ควรสวมถุงมือ รองเท้าบู๊ท ในระหว่างการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับหมู ตลอดจนการรักษาความสะอาดหลังสัมผัสหมู

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. รณรงค์ให้ประชาชนรับประทานอาหารที่สุกและสะอาด โดยเฉพาะเนื้อ ถ้ามีบาดแผลไม่ควรสัมผัสเนื้อสุกร
2. จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส
3. โรงพยาบาลควรมีการประสานงานของการเฝ้าระวังโรคสเตร็ปโตคอคคัสซูอิสกับหน่วยงานชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มีรายงานโรคที่ครอบคลุมมากขึ้น

โรคตาแดง
(Conjunctivitis)



สถานการณ์โรค

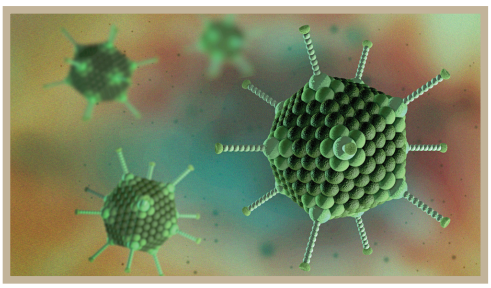
ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคตาแดง **60,972 ราย** อัตราป่วย **91.86 ราย** ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2562

กลุ่มอายุ

ส่วนใหญ่พบในเด็ก**กลุ่มอายุ 0–4 ปี** อัตราป่วย **150.64 ราย** ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ **กลุ่มอายุ 65–69 ปี (120.13)** และ**กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (114.24)** ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต

พื้นที่ภาค

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด อัตราป่วย **122.73 ราย** ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ **(110.45)** ภาคใต้ **(82.22)** และภาคกลาง **(56.48)** พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี

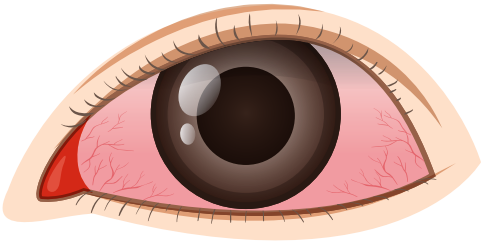


โรคตาแดงมักเกิดจากเชื้อไวรัส ส่วนใหญ่สาเหตุมาจากเชื้อ **ADENOVIRUS ENTEROVIRUS 70** และ **COXSACKIEVIRUS A24** มักพบว่ามีการระบาดเป็นครั้งคราวในฤดูฝนหรือช่วงที่มีน้ำท่วมเพราะทำให้เชื้อโรคกระจายได้ง่าย โดยติดต่อทางการสัมผัส มักพบการระบาดในสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกัน เช่น บ้าน สถานที่ทำงาน โรงเรียน หรือในชุมชน ระยะฟักตัว 24–72 ชั่วโมง หลังได้รับเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการหนังตาบวม เคืองตา น้ำตาไหล มีขี้ตา ลักษณะที่เด่นชัด คือ มีเลือดออกที่ตาขาว ทำให้มีอาการตาแดง มักเริ่มเป็นที่ดวงตาข้างใดข้างหนึ่งก่อน แล้วจึงติดต่อมาอีกข้างจากการสัมผัสข้างที่มีอาการ เช่น การขยี้ตา ผู้ป่วยจะมีอาการประมาณ 5–14 วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น กระจกตาอักเสบ ซึ่งอาจมีอาการนานเป็นเดือน แต่ในที่สุดมักจะหายได้เอง บางชนิดอาจทำให้เกิดไขสันหลังอักเสบได้ แต่พบได้น้อยมาก

ฤดูฝน

น้ำท่วม

ปัจจัยเสี่ยง



- การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย การสัมผัสโดยการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ จาน ชาม ผ้าเช็ดหน้า หรือโทรศัพท์มือถือ ที่เปื้อนเชื้อจากมือของผู้ป่วยแล้วมาขยี้ตา
- สถานที่ที่มีผู้คนอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก หรือสถานที่แออัด เช่น โรงเรียน เรือนจำ

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยโรคตาแดงไม่ควรขยี้ตา และระมัดระวังอย่าให้แมลงวันหรือแมลงหวี่ตอมตา
2. การเช็ดทำความสะอาดขี้ตา ให้ใช้กระดาษทิชชู่เช็ดและล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ
3. ควรหยุดเรียน หรือหยุดงาน เพื่อรักษาตัวอยู่ที่บ้านประมาณ 1–2 สัปดาห์ จนกว่าจะหาย เพื่อป้องกันไม่ให้โรคตาแดงลุกลาม หรือติดต่อสู่คนอื่น และห้ามใช้ยาหยอดตาร่วมกัน

คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกัน

1. ควรล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดอยู่เสมอ
2. ไม่คลุกคลีใกล้ชิดหรือใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วย
3. ถ้ามีฝุ่นละอองหรือน้ำสกปรกเข้าตา ควรล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที
4. อย่าปล่อยให้แมลงหวี่ หรือแมลงวันตอมตา
5. หมั่นดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดหน้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนให้สะอาดอยู่เสมอ

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- หากพบผู้ป่วยหรือสงสัยโรคตาแดง ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการสอบสวนโรคและรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 7 วัน

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

กองระบาดวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อาคาร 10 ชั้น 3 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2590 3805
เผยแพร่ทางเว็บไซต์กองระบาดวิทยา : www.ddc.moph.go.th/doe/ กองระบาดวิทยา