



สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา

1. การได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์ และตรวจสอบข่าว

โรคและ ภัยสุขภาพ	จำนวนเหตุการณ์ที่ ได้รับแจ้ง	เหตุการณ์	จำนวนป่วย รวม	จำนวน เสียชีวิตรวม	เข้าเกณฑ์ DCIR และ เกณฑ์สอบสวนโรค
โรคฝีดาษวานร	1 ราย	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 28 ปี สัญชาติไทย ปฏิเสธโรคประจำตัว มีผื่น ตุ่มหนอง คัน กลิ้นลำบาก ปวดเมื่อยตามตัว ท้องเสีย ปฏิเสธประวัติ HIV ปฏิเสธความเสี่ยงอื่นๆ รักษาที่รพ.ราชพิพัฒน์ ส่งตัวอย่างตรวจที่สถาบันบำราศนราดูร เนื่องจากกระบวนการเก็บตัวอย่างไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน ห้องตรวจฯ ปฏิเสธการตรวจตัวอย่าง	Pending 1 ราย	-	ไม่เข้าเกณฑ์ DCIR ไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค
โรคอุจจาระร่วง	6 ราย	กลุ่มนักศึกษาดุริยางค์ มหิดล มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 6 ราย รักษาที่รพ.ธนบุรี ทวีวัฒนา รับยาและกลับบ้าน ประสานจนท.พื้นที่ ดำเนินการสอบสวนโรค	Positive 2 ราย	-	ไม่เข้าเกณฑ์ DCIR ไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค
โรคอุจจาระร่วง	96 ราย	รายงานพบผู้ป่วย 96 ราย มีอาการอุจจาระร่วง ปวดท้อง จากการรับประทานอาหารร่วมกัน ในงานเลี้ยงสมาคมกอล์ฟผู้อาวุโสแห่งประเทศไทย เขตบางเขน ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 55 – 90 ปี (อายุเฉลี่ยอายุ 70 ปี) ผู้ป่วยทุกรายรักษาแบบผู้ป่วยนอก ไม่มีอาการรุนแรงที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล	Pending	-	เข้าเกณฑ์ DCIR เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

โรคและ ภัยสุขภาพ	จำนวนเหตุการณ์ที่ ได้รับแจ้ง	เหตุการณ์	จำนวนป่วย รวม	จำนวน เสียชีวิตรวม	เข้าเกณฑ์ DCIR และ เกณฑ์สอบสวนโรค
โรคอุจจาระร่วง	1 ราย	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 46 ปี มีอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ Vibrio cholerae Non 01 และ Non 0139	Positive 1 ราย	-	ไม่เข้าเกณฑ์ DCIR ไม่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค
สงสัยโรคไข้เหลือง	1 ราย	ผู้ป่วยชาวแอฟริกา เพศชาย อายุ 58 ปี อาศัยอยู่ที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร อาชีพนักธุรกิจ เดินทางไปประเทศแคเมอรูน (สาธารณรัฐในแอฟริกากลาง) กลับมาถึงประเทศไทย ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 โดย 4 วันต่อมา เริ่มมีอาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีตัวเหลือง ตาเหลือง รักษาที่รพ.เอกชนแห่งหนึ่ง (24 กุมภาพันธ์ 2568) ผลการตรวจ Lab แพทย์วินิจฉัย เป็นโรคมาลาเรีย : Plasmodium Falciparum ได้รับการส่งต่อมารพ.เวชศาสตร์เขตร้อน (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568) แพทย์สงสัยโรคไข้เหลือง จึงประสานเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง	Negative 1 ราย	-	เข้าเกณฑ์ DCIR เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังระบาดวิทยา พื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ – 1 มีนาคม 2568 พบโรคและภัยสุขภาพที่น่าสนใจ ดังนี้ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 28 ปี สัญชาติไทย ปฏิเสธโรคประจำตัว มีผื่น ตุ่มหนอง คัน กลืนลำบาก ปวดเมื่อยตามตัว ท้องเสีย ปฏิเสธประวัติ HIV ปฏิเสธความเสี่ยงอื่นๆ รักษาที่รพ.ราชพิพัฒน์ ผื่นตุ่มหนองจำนวนมากแพทย์สงสัยโรคฝีดาษวานร จึงส่งตัวอย่างตรวจที่สถาบันบำราศนราดูร เนื่องจากกระบวนการเก็บตัวอย่างไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน เจ้าหน้าที่ปฏิเสธการตรวจตัวอย่าง ทำให้ไม่สามารถยืนยันการติดเชื้อได้ รักษาตามอาการและอาการแสดง, พบเหตุการณ์โรคอุจจาระร่วง 3 เหตุการณ์ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ไม่ได้มาตรฐาน ได้แก่ กลุ่มนักศึกษาตุรกีวัยมัธยม มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว จำนวน 6 ราย กลุ่มผู้สูงอายุ ณ งานเลี้ยงสมาคมกอล์ฟผู้อาวุโสแห่งประเทศไทย เขตบางเขน มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 96 ราย ทั้ง 2 เหตุการณ์ ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และพบผู้ป่วยเพศชาย อายุ 46 ปี มีอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อ Vibrio cholerae Non 01 และ Non 0139 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ก่อให้เกิดอาการกระเพาะและลำไส้อักเสบ แต่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเชื้อ เพื่อให้การรักษาและวางมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสม เนื่องจากบาง Serotypes อาจผลิต Cholera toxin ก่อให้เกิดอาการคล้ายโรคอุจจาระร่วงอย่างแรงได้ และพบการรายงานผู้ป่วยชาวแอฟริกา เพศชาย

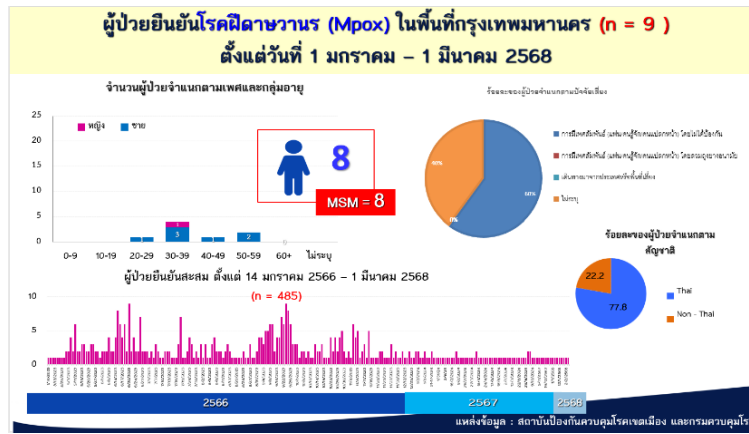
อายุ 58 ปี อาศัยอยู่ที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร อาชีพนักธุรกิจ เดินทางไปประเทศแอมะซอน (สาธารณรัฐในแอฟริกากลาง) กลับมาถึงประเทศไทย ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 และ 4 วันต่อมา เริ่มมีอาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไข้ ไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง รักษาที่รพ.เอกชนแห่งหนึ่ง (24 กุมภาพันธ์ 2568) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมาลาเรีย (Plasmodium Falciparum) จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน (ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568) แพทย์ตรวจรักษา ซักประวัติปัจจัยเสี่ยง สงสัยโรคไข้เหลือง จึงประสานเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องนอกจากนี้ได้รับการประสานจากพื้นที่ต่างจังหวัดส่งต่อเพื่อควบคุมโรค ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 1 ราย, สงสัยเสียชีวิตโรคคอตีบ จำนวน 1 ราย ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

2. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

2.1 สถานการณ์โรคฝีดาษวานร (Mpox)

ประเทศไทย ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 2 มีนาคม 2568 พบผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 873 ราย เสียชีวิต จำนวน 13 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.25 เพศหญิง ร้อยละ 2.75 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 – 39 ปีอายุน้อยที่สุด คือ 1 ปี 7 เดือน และอายุมากที่สุด คือ 72 ปี ในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 7 ราย ยังไม่มีผู้เสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยยืนยันตรวจพบเชื้อ Mpox clade Ib จำนวน 4 ราย (เพศชายชาวยุโรป จำนวน 1 ราย และเพศหญิงชาวไทย จำนวน 3 ราย) ทั้ง 4 ราย มีประวัติเดินทางมาจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก และสหรัฐอเมริกาบริติชโคลัมเบีย ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ การสัมผัสเนื่องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ทั้งนี้ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่มีรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร กรมควบคุมโรคจึงแจ้งเตือนสถานพยาบาลติดตามสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คัดกรองผู้ป่วยมีอาการสงสัยโรคฝีดาษวานรอย่างใกล้ชิด และยังคงเฝ้าระวังเชื้อไวรัส Mpox clade Ib ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส Mpox clade Ib ให้รายงานในระบบ DDS เพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 3 มีนาคม 2568 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 484 ราย สัญชาติไทย ร้อยละ 87.60 ต่างชาติ ร้อยละ 12.40 เป็นเพศชาย ร้อยละ 98.55 เพศหญิง ร้อยละ 1.45 และเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มีรสนิยมทางเพศแบบชายรักชาย (MSM) ร้อยละ 54.96 กลุ่ม LGBT+ Bisexual ร้อยละ 38.64 เพศชาย ร้อยละ 5.16 เพศหญิง ร้อยละ 1.24 ปัจจัยเสี่ยง คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ป้องกัน (Unsafe sex) ร้อยละ 76.76 โดยเฉพาะกับคนแปลกหน้า และมีโรคประจำตัว คือ HIV ร้อยละ 52.49 พื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรมาก อยู่บริเวณพื้นที่โซนกรุงเทพกลาง และกรุงเทพใต้ ที่มีแหล่งท่องเที่ยวและมีชาวต่างชาติพักอาศัย ทั้งนี้ ในสัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ – 1 มีนาคม 2568 ไม่พบผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร โดยในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 8 ราย สัญชาติไทย ร้อยละ 75 ต่างชาติ ร้อยละ 25 เป็นเพศชายร้อยละ 87.50 เพศหญิง ร้อยละ 12.50 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี (อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุมากที่สุด 56 ปี) ที่มีรสนิยมทางเพศแบบชายรักชาย (MSM) ร้อยละ 87.50 ปัจจัยเสี่ยง คือ มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ป้องกัน (Unsafe sex) ร้อยละ 75



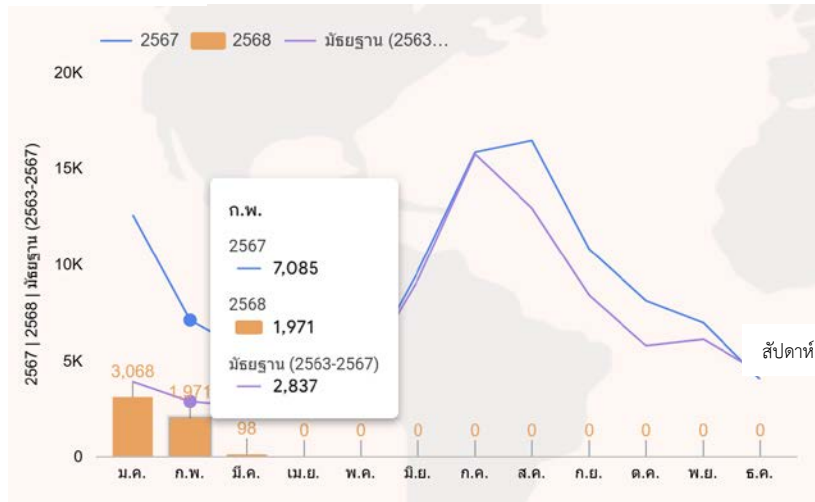
รูปที่ 1 แสดงสถานการณ์โรคฝีดาษวานร พื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 1 มีนาคม 2568 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

2.2 สถานการณ์โรคไข้เลือดออก

ประเทศไทย ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 5 มีนาคม 2568 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 5,137 ราย (รายงานเพิ่มขึ้น 575 ราย) อัตราป่วย 7.69 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 3.59 เท่า และน้อยกว่ามากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2566) 1.44 เท่า (ดังรูปที่ 2)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสะสม 5 อันดับแรก คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี, จังหวัดภูเก็ต, จังหวัดสงขลา, จังหวัดพัทลุง และจังหวัดนราธิวาส ตามลำดับ อัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 5 - 14 ปี, อายุ 15 - 24 ปี และอายุ 0 - 4 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยัน จำนวน 10 ราย (ไม่มีรายงานการตายเพิ่มในสัปดาห์ที่ผ่านมา) อัตราป่วยตาย 0.19 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (อายุน้อยที่สุด 7 ปี อายุมากที่สุด 65 ปี) ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีโรคประจำตัว, รับประทาน NSAIDs, เข้ารับการรักษาล่าช้า และมีภาวะอ้วน ทั้งนี้ พื้นที่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดยะลา จังหวัดสงขลา และจังหวัดสุราษฎร์ธานี

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ราย)



รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำแนกรายเดือน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 เปรียบเทียบ พ.ศ. 2567 และค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค

กรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 3 มีนาคม 2568 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 473 ราย อัตราป่วย 8.68 ต่อประชากรแสนคน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า ปี พ.ศ. 2567 และน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563–2567) อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ยังคงต้องเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง (ดังรูปที่ 3)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบเขตที่อัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เขตคลองสาน อัตราป่วย 22.58 ต่อแสนประชากร, เขตวัฒนา อัตราป่วย 22.52 ต่อแสนประชากร, เขตบางรัก อัตราป่วย 20.19 ต่อแสนประชากร, เขตราชวัตรบูรณะ อัตราป่วย 18.48 ต่อแสนประชากร และเขตสวนหลวง อัตราป่วย 17.50 ต่อแสนประชากร พื้นที่ที่มีการระบาดโรคไข้เลือดออกในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ เขตลาดกระบัง เขตสัมพันธวงศ์ เขตห้วยขวาง เขตตลิ่งชัน เขตบางซื่อ เขตวัฒนา และเขตทุ่งครุ



รูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2568 จากฐานข้อมูล DDS App สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

2.3 สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่

ประเทศไทย ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 22 กุมภาพันธ์ 2568 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 141,456 ราย อัตราป่วย 217.92 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต จำนวน 14 ราย ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4 ราย จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2 ราย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดลำปาง จังหวัดสงขลา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดชลบุรี และจังหวัดอุดรธานี จังหวัดละ 1 ราย อัตราป่วยตาย 0.021 ต่อประชากรแสนคน โดยมีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A จำนวน 13 ราย และไม่ระบุสายพันธุ์ จำนวน 1 ราย ทั้งนี้ สถานการณ์ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563–2567)

กรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 3 มีนาคม 2568 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 20,525 ราย อัตราป่วย 376.52 ต่อประชากรแสนคน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า ปี พ.ศ. 2567 และมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563–2567) (ดังรูปที่ 4) กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 5–9 ปี เท่ากับ 1,272 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 10 - 14 ปี (1,123) และอายุ 0 - 4 ปี (720)

เขตที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สูงสุด 5 อันดับแรก คือ เขตวัฒนา อัตราป่วย 1,198 ต่อแสนประชากร เขตบางรัก อัตราป่วย 857 ต่อแสนประชากร เขตพญาไท อัตราป่วย 637 ต่อแสนประชากร เขตห้วยขวาง อัตราป่วย 632 ต่อแสนประชากร และเขตราชเทวี อัตราป่วย 570 ต่อแสนประชากร พบมากในกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มเด็กเล็ก และกลุ่มวัยเรียน



รูปที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2568 จากฐานข้อมูล DDS App สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

3. การประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ

ในช่วงที่ 4 ปีที่ผ่านมา พื้นที่กรุงเทพมหานคร ไม่ได้รับรายงานผู้ป่วยรายใหม่ ยืนยันโรควัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในโรคติดต่ออันตราย ทั้งนี้ ในสัปดาห์ที่ 9 ปี พ.ศ. 2568 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้รับรายงานผู้ป่วยชาวไทย เพศหญิง อายุ 41 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในแขวงบางจาก เขตภาษีเจริญ (โซนกรุงธนใต้) ซึ่งเขตภาษีเจริญนี้มี 7 แขวง 51 ชุมชน มีจำนวนหลังคาเรือน 92,650 ครัวเรือน มีประชากรโดยรวม 121,635 คน จำแนกเป็นชาย 56,051 คน เป็นหญิง 65,548 คน ซึ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีลักษณะความเป็นพื้นที่เขตเมือง มีลักษณะเป็นชุมชนแออัด และมีความหลากหลายของประชากรที่มาอาศัยในพื้นที่ ซึ่งถือเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 41 ปี ทำงานในบริษัทแห่งหนึ่ง เขตภาษีเจริญ ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน ขาดการรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยหยุดทำงาน และกลับไปอยู่บ้านจังหวัดร้อยเอ็ด และในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยกลับมาทำงานบริษัทเดิม และได้รับการตรวจร่างกาย และตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray : CXR) พบความผิดปกติ แต่เมื่อตรวจ acid-fast bacilli (AFB) ด้วย กล้องจุลทรรศน์ (microscopic examination) ไม่พบเชื้อวัณโรค โดยในช่วง 1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอมีเสมหะ เหนื่อย ลื่นเป็นฝ้า ซ้ำยามารับประทานเอง อาการไม่ทุเลา จึงได้ไปเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอด และตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ สงสัยโรควัณโรค แนะนำให้ รักษาต่อตามสิทธิการรักษา ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลรัฐตามสิทธิการรักษา ในช่วงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2568 แพทย์ได้ส่งตรวจ Lab เพิ่ม ได้แก่ Xpert MTB/RIF พบว่า MTB detected คือ ตัวยา H และ R ตรวจ 10 color พบ MTBC คือ ตัวยา Fluoroquinolone และ AG/CP ซึ่งยืนยันโรควัณโรคคือ ยาหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในโรคติดต่ออันตราย

การประเมินความเสี่ยงโรค: วัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง และผลกระทบ

วัณโรคถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและของโลก ประเทศไทยมีความพยายามที่จะลดวัณโรคลง ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยตั้งเป้าและคาดหวังว่า 10 ปีต่อจากนี้จะต้องลดวัณโรคลงให้ได้ 80 – 90 % ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคนี้ ประมาณปีละ 1.13 แสนราย ผู้ป่วยรายใหม่ 80,209 ราย ทั้งนี้ ประเทศไทยมี แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 ปี 2566 – 2570 โดยมีเป้าประสงค์หลักเพื่อลดปัญหา การแพร่ระบาดของวัณโรค ซึ่งมีมาตรการที่ครอบคลุมทั้งการค้นหา การรักษา การวินิจฉัย และการป้องกัน

สถานการณ์โรควัณโรค กรุงเทพมหานคร ปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 8,837 ราย สัดส่วนเป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง โดยเป็นวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ขึ้นทะเบียนในระบบฐานข้อมูล National Tuberculosis Information Program (NTIP) กองวัณโรค ประเทศไทย ทั้งที่ได้รับการรักษาและไม่ได้ รับการรักษา ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2561 – 31 ธันวาคม 2567 จำนวน 6 ราย สัญชาติไทย จำนวน 5 ราย สัญชาติพม่า จำนวน 1 ราย สัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่าๆ กัน ทั้งนี้ ผู้ป่วยรายสุดท้ายที่รายงานโรควัณโรค คือยาหลายขนานชนิดรุนแรง ในฐานข้อมูล National Tuberculosis Information Program (NTIP) คือ ผู้ป่วยชาวพม่า เพศหญิง อายุ 22 ปี ถูกวินิจฉัยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 และหลบหนีไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ สำหรับโรควัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB) และวัณโรคคือยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

1. การใช้ยาผิดวิธี หรือได้รับยาไม่ครบถ้วน: การใช้ยาด้านวัณโรคไม่ครบ หรือไม่ได้รับตามที่แพทย์กำหนด เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญ ทำให้เกิดการดื้อยา
2. การติดเชื้อจากผู้ป่วยที่มีวัณโรคคือยา: หากมีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB) และวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) อาจมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคนี้
3. ภาวะสุขภาพอ่อนแอ: ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรค HIV/AIDS มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรควัณโรคคือยาได้
4. การตรวจวินิจฉัยที่ล่าช้า: หากไม่สามารถตรวจหาวัณโรคได้ในระยะแรก ๆ จะส่งผลให้โรคพัฒนา เป็น MDR-TB และ XDR-TB ได้
5. การขาดการติดตามรักษาอย่างเคร่งครัด: การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดดื้อยา

ผลกระทบจากโรคโควิดโรคดื้อยาหลายขนาน และโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง

- เพิ่มความยากในการรักษา: โรคโควิดโรคดื้อยาหลายขนาน ต้องการการรักษาที่ใช้ยา และวิธีการที่ซับซ้อนกว่า มีระยะเวลานาน และอาจมีผลข้างเคียงที่รุนแรง
- เพิ่มภาระทางเศรษฐกิจ: การรักษาโรคดื้อยาไม่เพียงแต่ใช้เวลานาน แต่ยังต้องใช้ยาที่มีราคาสูง ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา
- การแพร่ระบาดของเชื้อ: ผู้ป่วยโรคโควิดโรคดื้อยาหลายขนาน และโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง สามารถแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นได้ ทำให้การควบคุมโรคยากขึ้น
- ผลกระทบทางสังคม: โรคโควิดโรคดื้อยาหลายขนาน และโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำงาน และไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ปกติ นอกจากนี้ ยังอาจเกิดความกังวลในชุมชนเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อโรคดังกล่าว

การป้องกันและการควบคุมโรค

- การตรวจค้นหาโรคและการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จะช่วยในการรักษาได้อย่างทันเวลา
- การใช้ยาที่ถูกต้องและครบถ้วน ผู้ป่วยต้องได้รับยาตามที่แพทย์กำหนดอย่างเคร่งครัด จนกว่าจะรักษาหาย
- การติดตามการรักษา ต้องมีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าการรักษาได้ผล และไม่มีโรคดื้อยาเพิ่ม
- การป้องกันการแพร่ระบาด ผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนาน และโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง ควรได้รับการแยกจากบุคคลอื่นในระยะแพร่เชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในชุมชน

การประเมินความเสี่ยงและผลกระทบจากโรคโควิดโรคดื้อยาหลายขนานจึงเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคนี้จากการแพร่ระบาดในระดับสังคม ซึ่งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ร่วมกับสำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อยุติวัณโรคครอบคลุม 4 มิติสำคัญ ทั้งการเร่งรัดค้นหาโรคเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประชากรอยู่ในชุมชนแออัด แรงงานต่างด้าว กลุ่มคนไร้บ้าน คนเร่ร่อน รวมทั้งผู้ที่อยู่ในเรือนจำ และการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น และพัฒนาทักษะและเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและโรคดื้อยา ดูแลรักษาตามมาตรฐานสากล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งในชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข

4. มาตรการและข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

4.1 โรคฝีดาษวานร พื้นที่กรุงเทพมหานคร ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร แต่ยังคงติดตามสถานการณ์จากต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง คัดกรองผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศในแถบแอฟริกาตอนกลาง แอฟริกาตะวันออก และตะวันออกกลาง รวมทั้งสื่อสารข้อมูลให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลยังคงเฝ้าระวังและแจ้งงานป้องกันการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรืองานระบาดวิทยา เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อโรคฝีดาษวานร กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผย ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อซักประวัติเสี่ยง ประวัติสัมผัสโรคโดยละเอียด เพื่อการป้องกัน รักษา และเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัส Mpox clade Ib และรายงานผู้ป่วยในระบบ DDS

4.2 โรคไข้เลือดออก จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรค ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยปี พ.ศ. 2567 ในช่วงเวลาเดียวกัน และน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563–2567) ถึงอย่างไรก็ตาม สถานบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการไข้ออกผื่น โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนรับทราบในการป้องกันควบคุมโรค กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 เพื่อลดความรุนแรงของการระบาด และจำนวนผู้เสียชีวิต หากมีอาการสงสัยโรคไข้เลือดออกควรพบแพทย์ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

4.3 โรคไข้หวัดใหญ่ จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนหลายเหตุการณ์ ส่วนใหญ่เป็นสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันจำนวนมาก เช่น โรงเรียน, ทัดพลสถาน, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ, ค่ายทหาร เป็นต้น อีกทั้งพบมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง ทั้งนี้ ควรเฝ้าระวังโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ อาทิ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคติดเชื้อไวรัส RSV สถานบริการสาธารณสุข จึงควรเน้นย้ำให้ประชาชนในพื้นที่ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวให้ถูกสุขอนามัย รักษาความอบอุ่นร่างกาย และการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง กรณีที่มีการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงไปในที่มีการรวมกลุ่มอย่างหนาแน่น สวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

แหล่งที่มา

1. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2568 ประเทศไทย [เข้าถึงวันที่ 5 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้จาก <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting> และสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พื้นที่กรุงเทพมหานคร [เข้าถึงวันที่ 5 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้จาก <https://webportal.bangkok.go.th/bmadcd>
2. สถานการณ์โรคฝีดาษวานร พื้นที่กรุงเทพมหานคร [เข้าถึงวันที่ 5 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php>
3. ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ [เข้าถึงวันที่ 5 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้จาก <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting>
4. ข้อมูลสถานการณ์โรค Listeriosis [เข้าถึงวันที่ 5 มีนาคม 2568] เข้าถึงได้จาก <https://hd.co.th/listeria> และ <https://th.the-health-site.com/listeriosis-565>

สรุปและตรวจสอบข่าวการระบาด โดย			
นางสาวสมรภัช	ศิริเชตรกรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	หัวหน้าทีม
นายเสียงธรรมวิมล	โรจน์ฤทัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สมาชิกทีม
นางสาวกมลชนก	กองห้ำห้อง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สมาชิกทีม