



แนวทางการป้องกันควบคุม โรคติดเชื่อไวรัสฮันตาในประเทศไทย

: กรณีพบผู้ป่วยบนเรือสำราญต่างประเทศ ปี 2569

HANTAVIRUS

อัปเดต ณ วันที่ 27 พฤษภาคม 2569

กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข



แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในประเทศไทย :
กรณีพบผู้ป่วยบนเรือสำราญต่างประเทศ ปี 2569



(อัปเดต ณ วันที่ 27 พฤษภาคม 2569)

คณะผู้จัดทำ

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค

จัดพิมพ์และเผยแพร่

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
เผยแพร่ในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic File)
เดือนพฤษภาคม 2569

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
บทที่ 2 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา	8
2.1 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในคน	
2.2 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในสัตว์	
บทที่ 3 ไวรัสฮันตา	17
3.1 ลักษณะทั่วไป	
3.2 การติดต่อ	
3.3 อาการ	
3.4 การวินิจฉัยและรักษา	
3.5 การป้องกัน	
บทที่ 4 แนวทางการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา	21
4.1 นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance)	
4.2 ประเภทผู้ป่วย (Case classification)	
4.3 การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวัง (Reporting criteria)	
4.4 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verification)	
4.5 การรายงานโรค	
4.6 หมายเหตุ (Remarks)	
4.7 การสอบสวนโรค (Epidemiological investigation)	
4.8 เกณฑ์การสอบสวนโรค	
4.9 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
4.10 การประสานส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
4.11 การป้องกันตนเองของผู้สอบสวนโรคและบุคลากรทางการแพทย์ ในการสอบสวนโรค	
4.12 แนวทางการสอบสวนโรค	
4.13 การค้นหาและการจัดการผู้สัมผัส	
4.14 การทำความสะอาดและทำลายเชื้อ	
4.15 การจัดการศพสงสัยหรือยืนยันการติดเชื้อ ANDV	

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทที่ 5 แนวทางการคัดกรอง ฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ	32
5.1 การพิจารณาและวางแผนมาตรการฝ้าระวัง	
5.2 แนวทางการคัดกรองผู้เดินทางทั่วไป	
5.3 การฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากพื้นที่อื่น	
5.4 มาตรการจัดการสัตว์พาหะนำโรค	
5.5 แนวทางการดำเนินงานฝ้าระวังและคัดกรองโรคฮันตาไวรัส กรณีพบการระบาดของ Andes virus บนเรือ MV Hondius (พฤษภาคม 2569)	
บทที่ 6 คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา	36
บทที่ 7 แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา	39
7.1 แนวทางการสื่อสารความเสี่ยง กรณีโรคฮันตาไวรัส	
7.2 แผนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง	
7.3 การสื่อสารในแต่ละระยะการระบาดของโรคฮันตาไวรัส	
บทที่ 8 มาตรการทางกฎหมายในการฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา	46

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญ

กลุ่มโรคติดต่อในผู้เดินทาง
กองโรคติดต่อทั่วไป

โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Hantaviridae โดยมีสัตว์ฟันแทะเป็นรังโรคสำคัญ ติดต่อผ่านการคัดหลั่ง ปัสสาวะ อุจจาระ หรือการสูดดมละอองฝอยที่ปนเปื้อนเชื้อจากสัตว์ฟันแทะ รวมถึงการสัมผัสพื้นผิวหรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ ซึ่งโรคดังกล่าวมีความสำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสฮันตาสายพันธุ์แอนดิส (Andes virus; ANDV) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่มีรายงานการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ถึงแม้การแพร่เชื้อลักษณะนี้พบได้น้อย และมักเกี่ยวข้องกับการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน เนื่องจากการติดเชื้อในคนอาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตได้¹⁻³

ในปี พ.ศ. 2569 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2569 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรายงานเหตุการณ์พบผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจรุนแรงบนเรือสำราญสัญชาติเนเธอร์แลนด์ ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์สำคัญด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ มีลักษณะการเกิดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ในพื้นที่ปิด และเกี่ยวข้องกับผู้โดยสารและลูกเรือจากหลายประเทศ ซึ่งมีผู้โดยสารและลูกเรือระหว่างการเดินทางนับตั้งแต่ออกจากฝั่งเมืองอุซัวยา ประเทศอาร์เจนตินา รวมประมาณ 181 คน (ผู้โดยสาร 120 ลูกเรือ 61 คน) จาก 29 สัญชาติ ซึ่งในระหว่างการเดินทางมีผู้โดยสาร จำนวน 34 คนได้ลงจากเรือเพื่อขึ้นฝั่งไปก่อน จึงมีผู้โดยสารและลูกเรืออยู่บนเรือสำราญในช่วงการระบาดทั้งหมดรวมประมาณ 147 คน จาก 23 สัญชาติ นับตั้งแต่ได้รับการยืนยันเหตุการณ์และองค์การอนามัยโลกแถลงข่าวการแพร่ระบาดของโรคอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2569 มีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 8 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยได้รับการยืนยัน 6 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 2 ราย และเสียชีวิต 3 ราย (อัตราการเสียชีวิต 38 %) (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2569) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทั้ง 6 รายได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการว่าติดเชื้อไวรัสฮันตา และทั้งหมดถูกระบุว่าเป็นไวรัสสายพันธุ์แอนดิส (Andes virus : ANDV) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์บนเรือสำราญ ปี 2569 ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2569⁴

ลำดับ	วันที่เริ่มป่วย	เพศ/อายุ	อาการ	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รักษา/ส่งตรวจ	สถานะ
1	6 เม.ย. 69	ชาย (70 ปี) เนเธอร์แลนด์	- ไข้ - ระบบทางเดินหายใจ - ระบบทางเดินอาหาร	ผู้ป่วยเข้าข่าย	- ให้ยาปฏิชีวนะ	เสียชีวิต (11 เม.ย.69)
2	24 เม.ย. 69	หญิง (69 ปี) เนเธอร์แลนด์ สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยรายแรก	- ระบบทางเดินอาหาร - ปอดอักเสบ - ARDS	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus (4 พ.ค.69)	- ลงจากเรือ ที่ ST.Helena (24 เม.ย.69) - รักษาที่คลินิก ในโจฮันเนสเบิร์ก แอฟริกาใต้	เสียชีวิต (26 เม.ย.69)

ลำดับ	วันที่เริ่มป่วย	เพศ/อายุ	อาการ	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รักษา/ส่งตรวจ	สถานะ
3	24 เม.ย. 69	ชาย (69 ปี) อังกฤษ มีโรคประจำตัว เบาหวาน และ ไขมันในเลือดสูง	- ไข้ - ปอดอักเสบ - ARDS	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus (2 พ.ค.69)	- ลงจากเรือ ที่ Ascension Island (27 เม.ย.69) - รักษาที่ โรงพยาบาลใน โจฮันเนสเบิร์ก แอฟริกาใต้	อยู่ระหว่าง รักษา
4	28 เม.ย. 69	หญิง (80 ปี) เยอรมัน	- ไข้ - ปอดอักเสบ	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus	เคลื่อนย้ายไป เนเธอร์แลนด์ พร้อมผู้พยาบาล (11 พ.ค.69)	เสียชีวิต (2 พ.ค.69)
5	30 เม.ย. 69	ชาย เนเธอร์แลนด์ แพทย์ประจำเรือ	- ไข้ - อ่อนเพลีย - ปวดกล้ามเนื้อ - ระบบทางเดินหายใจ	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus (6 พ.ค.69)	รักษาที่ เนเธอร์แลนด์ (6 พ.ค.69)	อยู่ระหว่าง รักษา
6	27 เม.ย. 69	ชาย อังกฤษ มัคคุเทศก์	- ระบบทางเดินอาหาร - ระบบทางเดินหายใจ	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus (6 พ.ค.69)	รักษาที่ เนเธอร์แลนด์ (7 พ.ค.69)	อยู่ระหว่าง รักษา
7	1 พ.ค. 69	ชาย สวีตเซอร์แลนด์	ไม่ระบุ	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus (5 พ.ค.69)	- ลงจากเรือที่ ST.Helena (22 เม.ย.69) - เดินทางกลับ ประเทศ สวีตเซอร์แลนด์ (27-28 เม.ย.69) - รักษาที่ โรงพยาบาลซูริก ในสวีตเซอร์แลนด์	อยู่ระหว่าง รักษา
8	28 เม.ย. 69	ชาย	- ไข้ - ระบบทางเดินอาหาร	ผู้ป่วยเข้าข่าย	- ลงจากเรือ ที่ Tristan da Cunha (14 เม.ย.69)	อยู่ระหว่าง รักษา

เรือสำราญลำดังกล่าวเริ่มออกเดินทางจากเมืองอูซัวยา ประเทศอาร์เจนตินา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2569 และเดินทางผ่านหลายพื้นที่ในมหาสมุทรแอตแลนติกใต้ โดยระหว่างการเดินทางเริ่มพบผู้โดยสาร รายแรก เพศชาย ชาวเนเธอร์แลนด์ มีอาการ ในวันที่ 6 เมษายน 2569 ต่อมาผู้ป่วยรายดังกล่าวเสียชีวิตบนเรือ เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2569 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงจัดเป็นผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ

ในช่วงวันที่ 13-16 เมษายน 2569 เรือได้แวะที่ Tristan da Cunha ซึ่งมีผู้โดยสารและลูกเรือบางส่วน ขึ้นฝั่ง รวมถึงมีผู้โดยสารขึ้นเรือเพิ่ม และต่อมาพบว่า มีผู้ทีลงจากเรือในช่วงเวลาดังกล่าวเริ่มมีอาการป่วย ภายหลัง จำนวน 1 ราย

ต่อมาในช่วงวันที่ 21-24 เมษายน 2569 เรือได้แวะที่ Saint Helena โดยมีผู้โดยสารจำนวน 32 คน ลงจากเรือเพื่อขึ้นฝั่ง เป็นผู้โดยสารจาก 12 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมนี เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร เซนต์คิตส์และเนวิส เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ สวีเดน ตุรกี สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีรายงานผู้โดยสารชาวสวิตเซอร์แลนด์รายหนึ่งลงจากเรือเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2569 และเดินทางกลับ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ในช่วงวันที่ 27-28 เมษายน 2569 ก่อนเริ่มมีอาการป่วย เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาล และได้รับการยืนยันการติดเชื้อในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยอีก 1 ราย เพศหญิง ซึ่งเป็น ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายแรกที่เสียชีวิต ลงจากเรือเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2569 และมีอาการป่วยระหว่าง เดินทางโดยเครื่องบินที่โจฮันเนสเบิร์ก ประเทศแอฟริกาใต้ ก่อนเข้ารับการรักษาต่อและเสียชีวิตในเวลาต่อมา โดยได้รับการยืนยันการติดเชื้อภายหลัง⁵

ขณะเดียวกันระหว่างการเดินทางบนเรือสำราญยังคงพบผู้ป่วยเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างวันที่ 27-30 เมษายน 2569 มีผู้โดยสารเพศหญิงชาวเยอรมัน 1 ราย เริ่มมีอาการป่วยขณะอยู่บนเรือ และเสียชีวิต บนเรือเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2569 ก่อนจะได้รับการยืนยันการติดเชื้อในภายหลัง ซึ่งในเวลาเดียวกัน ยังพบลูกเรืออีก 2 ราย ได้แก่ แพทย์และมัคคุเทศก์ประจำเรือ เริ่มมีอาการป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งได้รับการยืนยันการติดเชื้อ โดยถูกเคลื่อนย้ายเพื่อเข้ารับการรักษาและแยกกักในประเทศเนเธอร์แลนด์ ในช่วงวันที่ 6-7 พฤษภาคม 2569 ภายหลังเรือเดินทางแวะจอดนอกชายฝั่ง Cape Verde ในช่วงวันที่ 3-6 พฤษภาคม 2569

นอกจากนี้ เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2569 ยังมีการลำเลียงผู้ป่วยทางการแพทย์ จำนวน 1 ราย ผ่านเกาะ Ascension Island เพื่อเข้ารับการรักษาในประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งต่อมาได้รับการยืนยันการติดเชื้อ ส่งผลให้ เหตุการณ์การระบาดดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับหลายประเทศและจำเป็นต้องมีการติดตามผู้สัมผัสระหว่าง ประเทศอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2 และรูปที่ 1

ตารางที่ 2 เส้นทางหยุดแวะของเรือในสถานที่ต่างๆ ระหว่างการระบาดของเรือสำราญ ปี 2569⁶

สถานที่ที่เรือจอดพัก	วันที่	จำนวน ผู้ลงจากเรือ	จำนวน ผู้ขึ้นเรือ (คน)	ผู้โดยสาร (คน)	ลูกเรือ (คน)	รวม (คน)
Ushuaia, Argentina	1 เม.ย.69	-	-	114	61	175
South Georgia	4-7 เม.ย.69	-	-	114	61	175
Tristan da Cunha inc. Inaccessible Island & Nightingale Island	13 -16 เม.ย.69	1 (ลูกเรือ)	6 (ผู้โดยสาร)	120	60	180
Gough Island	17 เม.ย.69	-	-	120	60	180
Saint Helena	21-24 เม.ย.69	32 (*) (ผู้โดยสาร)	1 (ลูกเรือ)	88	61	149

Medevac (ผ่าน Ascension Island)	27 เม.ย. 69	2 (**) (ผู้โดยสาร)	-	86	61	147
ผู้โดยสารเสียชีวิต	2 พ.ค.69			85 (***)	61	146
Cape Verde	6 พ.ค.69 (****)	2 (ผู้โดยสาร), 1 (ลูกเรือ)	4 (ผู้โดยสาร)	87	60	147

หมายเหตุ :

(*) การขึ้นฝั่งในวันที่ 24 เมษายน 2569 ผู้โดยสาร จำนวน 32 คน (รวมผู้โดยสารเสียชีวิต 2 คน ได้แก่ ผู้โดยสารรายแรกที่เสียชีวิต เมื่อวันที่ 11 เม.ย.2569 และผู้โดยสารที่เดินทางกลับพร้อมร่างผู้เสียชีวิตรายแรก (สามี-ภรรยา) และเสียชีวิตระหว่างเปลี่ยนเครื่องกลับประเทศเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2569)

(**) ผู้โดยสารที่ป่วย 1 คน และผู้โดยสาร 1 คน ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมห้องพัก

(***) วันที่ 2 พฤษภาคม 2569 ผู้โดยสารที่เสียชีวิตบนเรือ ไม่ถูกนับอยู่ในจำนวนคนบนเรือในปัจจุบัน (6 พ.ค.69)

(****) วันที่ 6 พฤษภาคม 2569 ผู้โดยสารและลูกเรือ จำนวน 3 คน ถูกเคลื่อนย้ายไปยังเนเธอร์แลนด์ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ลงเรือเพิ่ม จำนวน 4 คน



รูปที่ 2 เส้นทางการหยุดแวะของเรือในสถานที่ต่างๆ ระหว่างการระบาดของเรือสำราญ ปี 2569

วันที่ 6 พฤษภาคม 2569 เรือสำราญแล่นไปยัง Tenerife, Canary Islands ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของการอพยพผู้โดยสารและลูกเรือที่ยังอยู่บนเรือขึ้นฝั่งและเดินทางกลับประเทศ ด้วยการเตรียมความพร้อมในช่วงอพยพ โดยองค์กรจากหลายประเทศ รวมถึงองค์การอนามัยโลก สถาบันแห่งชาติเพื่อสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (National Institute for Public Health and the Environment: RIVM) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศเนเธอร์แลนด์ ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับรัฐบาลสเปน โดยเรือเดินทางถึง Tenerife, Canary Islands ประเทศสเปน ในช่วงเช้าวันที่ 10 พฤษภาคม 2569

ต่อมาช่วงวันที่ 10 - 11 พฤษภาคม 2569 ผู้โดยสารและลูกเรือทั้งหมดถูกทยอยอพยพ และถูกขนส่งทางอากาศไปยังประเทศปลายทางของทุกคนที่อยู่บนเรือ จำนวน 122 คน (ลูกเรือ 35 คน ผู้โดยสาร 87 คน) ซึ่งจะเข้าสู่ขั้นตอนการกักตัว และเฝ้าระวัง ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด⁷

เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2569 ภายหลังจากการอพยพแล้วเสร็จ องค์การอนามัยโลกแถลงรายงาน พบผู้ป่วยได้รับการยืนยันติดเชื้อเพิ่มเติมจำนวน 2 ราย และผู้ป่วยรอตรวจยืนยันซ้ำ (inconclusive case) จำนวน 1 ราย รวมจำนวน 3 ราย โดยได้รับการยืนยันผู้ติดเชื้อจากสเปน และฝรั่งเศส ที่ได้รับการตรวจ หลังจากเดินทางถึงประเทศ ปัจจุบันยังไม่มีอาการ และผู้ป่วยรอตรวจยืนยันซ้ำ 1 ราย จากสหรัฐอเมริกา ยังไม่มีอาการ ซึ่งพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการสองแห่งให้ผลแตกต่างกัน จึงอยู่ระหว่างการตรวจยืนยันทาง ห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมผู้ป่วยทั้งหมด 11 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยยืนยันพบเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus) สายพันธุ์แอนดิส (Andes virus, ANDV) 8 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 2 ราย ผู้ป่วยรอตรวจยืนยันซ้ำ 1 ราย และมีผู้เสียชีวิต 3 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 13 พฤษภาคม 2569) โดยลูกเรือจำนวน 25 คน ยังคงอยู่บนเรือสำราญ เพื่อเดินทางไปยังเมืองรอตเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ 2 คน ร่วมดำเนินการ ติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่างการเดินทาง รวม 27 คน นอกจากนี้ ร่างผู้เสียชีวิตบนเรือเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2569 ยังคงอยู่บนเรือ เพื่อรอการเคลื่อนย้ายพร้อมกันเมื่อเดินทางถึงประเทศเนเธอร์แลนด์⁷⁻⁸

ต่อมาเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2569 องค์การอนามัยโลก รายงานผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยได้รับการยืนยัน 8 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 2 ราย และเสียชีวิต 3 ราย⁹ และภายหลังจากการติดตาม สถานการณ์ของผู้โดยสารและลูกเรือจากประเทศต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์บนเรือสำราญ พบว่า ณ วันที่ 21 พฤษภาคม 2569 ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งยุโรป (European Centre for Disease Prevention and Control : ECDC) รายงานผู้ป่วยทั้งหมด 11 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยได้รับการยืนยัน 9 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 2 ราย และเสียชีวิต 3 ราย¹⁰ วันที่ 26 พฤษภาคม 2569 (European Centre for Disease Prevention and Control : ECDC) รายงานผู้ป่วยทั้งหมด 13 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยได้รับการยืนยัน 11 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 2 ราย และเสียชีวิต 3 ราย¹¹

ตารางที่ 3 ตารางสรุปสถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์บนเรือสำราญ ภายหลังจากการอพยพผู้โดยสารและลูกเรือ^{4,8,9-11}

วัน/เดือน/ปีรายงาน	จำนวนผู้ป่วย (คน)				
	ยืนยันติดเชื้อ Andes virus	รอตรวจ ยืนยันซ้ำ	เข้าข่าย	เสียชีวิต	รวม
8 พฤษภาคม 2569	6	-	2	3	8
13 พฤษภาคม 2569	8	1	2	3	11
15 พฤษภาคม 2569	8	-	2	3	10
21 พฤษภาคม 2569	9	-	2	3	11
24 พฤษภาคม 2569	10	-	2	3	12
26 พฤษภาคม 2569	11	-	2	3	13

ภายหลังจากได้รับการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยพบเชื้อไวรัสแอนดิสครั้งแรก ผู้ป่วยต้องสงสัย และยืนยันผลทั้งหมดได้ถูกแยกและจัดการภายใต้การดูแลทางการแพทย์ที่เข้มงวด เพื่อลดความเสี่ยง ในการแพร่เชื้อเพิ่มเติม องค์การอนามัยโลกร่วมกับหน่วยงานรัฐภาคีที่เกี่ยวข้องตอบสนองมาตรการด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และประสานแจ้งเตือนไปยังประเทศที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ประเทศ หลังจาก มีผู้โดยสารลงจากเรือที่ St.Helena เพื่อติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการติดตามผู้ที่อยู่บนเที่ยวบิน จาก St.Helena ไปยังโจฮันเนสเบิร์กกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างเดินทางบนเครื่องบิน รวมถึงภายหลังจากการอพยพ ผู้โดยสารและลูกเรือเดินทางกลับไปยังแต่ละประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศต่างๆ ต้องดำเนินการคัดกรองผู้โดยสารและลูกเรือและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงติดตามอย่างใกล้ชิดในสถานกักกันที่กำหนด หรือที่บ้าน เป็นเวลา 42 วันนับจากการสัมผัสครั้งสุดท้าย คือ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569 ซึ่งทำให้ระยะเฝ้าระวังไปจนถึงวันที่ 21 มิถุนายน 2569 หากพบผู้เริ่มมีอาการ ควรถูกแยกกักและรักษาทันที ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกยังดำเนินการจัดการเหตุการณ์อย่างต่อเนื่องร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทุกประเทศที่ได้รับผลกระทบ และแจ้งให้ประเทศต่าง ๆ รายงานต่อ WHO อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับสุขภาพของผู้โดยสารและลูกเรือ ภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ

การสอบสวนหาสาเหตุยังอยู่ในระหว่างดำเนินการการสืบสวนประวัติการเดินทางและการสัมผัสที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยรายแรก ซึ่งอาจสัมผัสกับสัตว์ฟันแทะในระหว่างกิจกรรมคูนกในประเทศอาร์เจนตินา ซิลี และอูรุกวัย ก่อนขึ้นเรือเดินทาง

ปัจจุบัน WHO ประเมินความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเรือสำราญอยู่ในระดับปานกลาง และในระดับโลกอยู่ในระดับต่ำ^๑

สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีหลักฐานว่ากำลังเผชิญกับการระบาดของ Hantavirus โดยเฉพาะ Andes virus ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การระบาดบนเรือสำราญในครั้ง นี้ แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงก่อนตรวจพบการระบาด มีผู้โดยสารชาวสิงคโปร์เดินทางกลับประเทศโดยลงจากเรือสำราญที่ St. Helena เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2569 ทั้งนี้ ยังไม่พบรายงานผู้ติดเชื้อหรือผู้มีอาการป่วยในประเทศดังกล่าว ดังนั้น ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่วันที่มียารายงานการพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตบนเรือสำราญ รวมถึงเตรียมความพร้อมด้านห้องปฏิบัติการสำหรับรองรับการตรวจวินิจฉัยและเฝ้าระวังโรคที่อาจเกิดขึ้น และจัดทำมาตรการและแนวทางที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรครายในประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Hantavirus [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hantavirus>.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Andes virus [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2026 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/hantavirus/about/andesvirus.html>.
3. Tian H, Stenseth NC. The ecological dynamics of hantavirus diseases: From environmental variability to disease prevention largely based on data from China. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(2):e0006901.
4. World Health Organization (WHO). Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country 8 May 2026 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON600>.
5. Oceanwide Expeditions. Press update m/v Hondius: 7 May 2026 [Internet]. Vlissingen: Oceanwide Expeditions; 2026 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://oceanwide-expeditions.com/press/press-update-m-v-hondius-7-may-2026-11-30-hrs-cet>.

6. Oceanwide Expeditions. Press update m/v Hondius: 8 May 2026 [Internet]. Vlissingen: Oceanwide Expeditions; 2026 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://oceanwide-expeditions.com/press/press-update-m-v-hondius-8-may-2026-19-00-hrs-cet>.
7. Oceanwide Expeditions. Press update | m/v Hondius: 11 May 2026 [Internet]. Vlissingen: Oceanwide Expeditions; 2026 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://oceanwide-expeditions.com/blog/press-update-m-v-hondius-11-may-2026-21-00-hrs-cet>.
8. World Health Organization (WHO). Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country 13 May 2026 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON601>.
9. World Health Organization (WHO). WHO rapid risk assessment – hantavirus outbreak caused by Andes virus, global v.2 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment--hantavirus-outbreak-caused-by-andes-virus--global-v.2>.
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Andes hantavirus outbreak [Internet]. Stockholm: ECDC; 2026 [cited 2026 May 22]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hantavirus-infection/surveillance-and-updates/andes-hantavirus-outbreak>.
11. Andes hantavirus outbreak in cruise ship [Internet]. 2026 [cited 2026 May 27]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hantavirus-infection/surveillance-and-updates/andes-hantavirus-outbreak>

บทที่ 2 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

กลุ่มโรคติดต่อในผู้เดินทาง
กองโรคติดต่อทั่วไป

2.1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในคน

สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสฮันตาในต่างประเทศ พบได้ทั้งทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย โดยมีการระบาดแตกต่างกันตามภูมิภาค สายพันธุ์ของเชื้อ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 10,000 – 100,000 รายต่อปี แม้ว่าการติดเชื้อจะไม่ได้แพร่ระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลกแต่ก็มีความสำคัญ เพราะมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยในเอเชียและยุโรปประมาณ 1–15% แต่ในทวีปอเมริกาอัตราการเสียชีวิตอาจสูงถึง 50%¹ โดยไวรัสฮันตาสามารถทำให้เกิดกลุ่มอาการรุนแรงได้ 2 แบบคือ 1) กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ (Hantavirus Cardiopulmonary Syndrome (HCPS)/ Hantavirus Pulmonary Syndrome (HPS)) และ 2) กลุ่มอาการไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตวาย (Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome (HFRS))

สำหรับกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจที่มีรายงานในปี ค.ศ. 1993 มีรายงานระบุว่าเป็นวันที่ 14 พฤษภาคม ค.ศ.1993 ในรัฐนิวเม็กซิโก ประเทศสหรัฐอเมริกาพบการเสียชีวิตอย่างผิดธรรมชาติของชายหญิงในที่พักอาศัยเดี่ยวจำนวน 2 ราย หลังจากนั้นในวันที่ 17 พฤษภาคม ค.ศ.1993 แพทย์รายงานผู้เสียชีวิต 5 ราย โดยก่อนหน้ามีสุขภาพแข็งแรง ผลวินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยตอนแรกอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ จากนั้นอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วเข้ามาสู่ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ในวันที่ 22 พฤษภาคม ค.ศ.1993 พี่ชายของผู้ป่วยรายแรกเริ่มมีอาการผิดปกติเฉียบพลันที่คล้ายคลึงกัน จากนั้นภรรยาของชายคนดังกล่าวก็มีอาการผิดปกติอีก 5 วันถัดมา เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน พบผู้ป่วยทั้งหมด 24 ราย เสียชีวิต 12 ราย (หลังจากการสอบสวนโรค พบว่าบางรายเริ่มมีอาการตั้งแต่เดือนมีนาคม ค.ศ. 1993) พบว่าผู้มีอาการทั้งหมดอาศัยอยู่ในบริเวณรัฐนิวเม็กซิโก รัฐแอริโซนา รัฐโคโลราโด และรัฐยูทาห์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบสารพิษ ผลการชันสูตรศพไม่พบลักษณะที่คล้ายคลึงการติดเชื้อแบคทีเรียหรือปรสิต ผลจากการตรวจเซรัมและชิ้นเนื้อของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งพบการติดเชื้อแบบเฉียบพลันของไวรัสฮันตาชนิดใหม่²

ในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน ค.ศ. 1995 พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนในพื้นที่ทางตะวันตกเฉียงเหนือตอนกลาง และตะวันตกเฉียงใต้ ในเขตชนบทใกล้เมือง El Bolsón ประเทศอาร์เจนตินา³ เป็นการระบาดในครอบครัว โดยในผู้ป่วย 3 รายที่มีอาการกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันรุนแรง (acute respiratory distress syndrome; ARDS) ที่ไม่ทราบสาเหตุ มีผู้เสียชีวิต 2 ราย ตัวอย่างซีรัมจากสมาชิกทั้ง 3 คนในครอบครัวตรวจพบแอนติบอดีชนิด IgG และ IgM ต่อ Sin Nombre (SN) virus ด้วยวิธี ELISA แต่เมื่อนำชิ้นเนื้อจากการชันสูตรศพของผู้ป่วยรายหนึ่งมาตรวจด้วยวิธี indirect immunofluorescence โดยใช้ซีรัมต่อ PUU virus พบสัญญาณผลบวกอย่างชัดเจน เมื่อไม่แน่ใจเรื่องเชื้อก่อโรค จึงนำชิ้นเนื้อปอดและตับที่แช่แข็งจากการชันสูตร มาตรวจหา RNA ด้วยวิธีการ PCR เพื่อหาลำดับพันธุกรรม พบว่าลำดับที่ได้จากเนื้อเยื่อทั้งสองชนิดเหมือนกัน เป็นการค้นพบไวรัสชนิดใหม่ เรียกว่า แอนดิสไวรัส (Andes virus) จากการวิเคราะห์ทางสายวิวัฒนาการ (phylogenetic analysis) โดยใช้วิธี maximum parsimony และ maximum likelihood แสดงให้เห็นว่า Andes virus อยู่ในกลุ่มวิวัฒนาการ (clade) เดียวกับไวรัสที่เกี่ยวข้องกับ Hantavirus pulmonary syndrome (HPS) ในทวีปอเมริกาเหนือ

ข้อมูลการระบาดของไวรัสฮันตา สายพันธุ์แอนดิส ในพฤศจิกายน ค.ศ. 2018 ถึง กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2019⁴ พบว่ามีการติดต่อจากคนสู่คนในจังหวัด Chubut ประเทศอาร์เจนตินา พบผู้ติดเชื้อยืนยันจำนวน 34 ราย

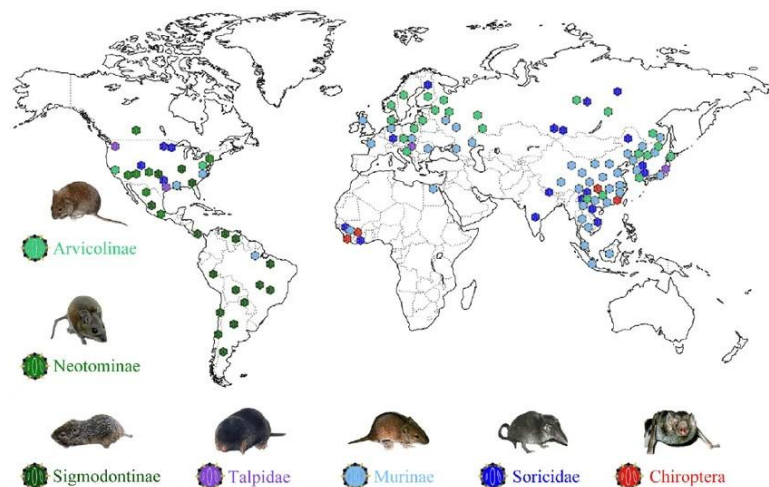
และผู้เสียชีวิตจำนวน 11 ราย ได้ใช้ next-generation sequencing ตรวจ 27 สิ่งส่งตรวจ สายพันธุ์ที่พบคือ Epuyn/18–19 คล้ายคลึงกับสายพันธุ์แอนดิสที่ระบาดจากคนสู่คนเป็นครั้งแรกคือสายพันธุ์ Epilink/96 ผลการวิเคราะห์ phylogenetic ยืนยันว่าการระบาดครั้งนี้เกิดจาก single spillover event เพียงครั้งเดียว โดยพบว่าผู้ป่วย 3 รายเป็นผู้แพร่กระจายหลักของเชื้อ ในเมือง Epuyn โดยเป็นแหล่งแพร่เชื้อของผู้ป่วย ทุติยภูมิ 64% (21 จาก 33 ราย) การสร้างแผนผังเหตุการณ์การสัมผัสและการแพร่เชื้อสำหรับผู้ป่วยทุติยภูมิ 33 ราย รวมถึงการระบาด 4 ระลอก อาศัยความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา พบว่า การแพร่ครั้งแรกเกิดขึ้นในงานเลี้ยงวันเกิดที่มีผู้ร่วมงานประมาณ 100 คน โดยผู้ป่วยดัชนี (ผู้ป่วย 1) เข้าร่วมงานประมาณ 90 นาที และมีอาการ ไข้และอ่อนเพลีย มีผู้ร่วมงาน 5 ราย (ผู้ป่วย 2–6) ซึ่งนั่งใกล้กับผู้ป่วย 1 เริ่มมีอาการเข้าได้ ใน 17–24 วันหลังงานเลี้ยง จากนั้นผู้ป่วย 2 น่าจะแพร่เชื้อให้ผู้ติดเชื้ออีก 6 ราย ในช่วง prodromal phase ระยะแรก เนื่องจากมีปฏิสัมพันธ์อย่างมาก ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิต 16 วันหลังมีอาการ คู่สมรสของเขา (ผู้ป่วย 9) มีไข้ ขณะร่วมงานศพ ต่อมาผู้ป่วยเพิ่มอีก 10 ราย ซึ่งเข้าร่วมงานศพและสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย 9 เริ่มป่วย 14–40 วัน หลังงานศพ ผู้ป่วยอีก 12 รายที่เหลือล้วนมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการก่อนหน้าอย่างน้อย 1 ราย ระยะเวลาจากวันเริ่มอาการของผู้ป่วยต้นทางถึงวันเริ่มอาการของผู้ป่วยทุติยภูมิที่เชื่อมโยงทางระบาดวิทยา มีค่าเฉลี่ยประมาณ 23 ± 7 วัน ระยะพักตัวอยู่ระหว่าง 9–40 วัน สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่า การแพร่เชื้อ เกิดขึ้นใน “วันแรกของผู้ป่วยต้นทางเริ่มมีไข้” และเป็นวันเดียวที่ผู้ป่วยทั้งสองสัมผัสกัน แต่ไม่พบการติดเชื้อ ในบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้ว่าจะมีการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงหลายอย่าง ในผู้ป่วย ANDV HPS เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการสัมผัสสารคัดหลั่ง โดยมีเจ้าหน้าที่เพียงส่วนน้อยที่ใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างไรก็ตาม พบ nosocomial transmission ทั้งหมด 3 เหตุการณ์ ซึ่งไม่มี ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ PPE มาตรฐาน ค่า posterior median R value ตลอดการระบาดเท่ากับ 1.19 (95% credible interval 0.82–1.56) ซึ่งบ่งชี้ว่า ANDV Epuyn/18–19 มีศักยภาพในการแพร่เชื้อเพียงพอ ที่จะทำให้เกิดการแพร่ต่อเนื่องได้เอง ($R > 1$) เมื่อเปรียบเทียบกับ สายพันธุ์ Epilink/96 มีค่า R เฉลี่ยประมาณ 0.7 หลังยืนยันผู้ป่วยรายที่ 18 หน่วยงานสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการ แยกผู้ป่วยที่มีอาการ และ ให้ผู้สัมผัส เสี่ยงสูงกักตัวเอง หลังมาตรการควบคุมโรค ค่า median R ของการแพร่เชื้อจากคนสู่คนลดลงจาก 2.12 เหลือ 0.96 มีการคำนวณค่า Z สำหรับผู้ป่วยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อทุติยภูมิ โดยใช้สูตรที่เคย รายงานมาก่อน พบว่า ค่า Z ต่ำสุดสำหรับนิยาม super-spreader คือ 4 (99th percentile) และ ผู้ป่วย 1, 2 และ 9 ถูกจัดเป็น super-spreaders ในการวิเคราะห์ปัจจัยของการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผู้ป่วยถูกแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. super-spreaders ($Z > 4$) 2. spreaders ($Z \neq 0$) 3. non-super-spreaders ($Z < 4$) 4. non-spreaders ($Z = 0$)

จากข้อมูลของ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติดสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)⁵ รายงาน 24 เมษายน 2569 ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสฮันตานิับตั้งแต่ ค.ศ. 1993 ถึง 2023 พบ 890 ราย จำแนกเป็น HPS 859 ราย และ ไข้ HPS 31 ราย อายุเฉลี่ย 39 ปี (อายุน้อยสุด 5 ปี สูงสุด 88 ปี) มีอัตราเสียชีวิต 35% สำหรับกลุ่มอาการ Hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) พบครั้งแรกในประเทศจีนในปี ค.ศ. 1931⁶ โดยมีรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสฮันตานิับตั้งแต่ HFRS ในประเทศจีนตั้งแต่ มกราคม ค.ศ. 2014 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 2023 จำนวน 91,388 ราย⁷ มีอัตราการเกิดโรคประมาณ 0.37 ถึง 0.86 ต่อแสนประชากร

สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสฮันตาในประเทศไทย ยังไม่เคยพบการติดเชื้อหรือการระบาด แต่มีการศึกษาที่พบภูมิคุ้มกันในสัตว์ฟันแทะของ Hanta-like virus ในปี 2528 ที่จังหวัดกาญจนบุรีและกรุงเทพฯ โดย Edwell, R.M., et al.⁸ รายงานว่า 20% ของเข้หนูพุกใหญ่ (*Bandicota indica*) แถวเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร เมื่อส่งตรวจ IFA มีผลบวกของ antibody titers (32-512) ผลตรวจของ 3 ตัวอย่างจากหนูในจังหวัดกาญจนบุรีเป็นบวกคือ 512, 512 และมากกว่า 2048 สำหรับหนูในจังหวัดนครราชสีมา และนครปฐมผลเป็นลบ สำหรับข้อมูลของ ยูพิน สุทธิมงคล⁹ ในปี 2542-2543 ซึ่งศึกษาผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ (fever of unknown origin, FUO) จำนวน 115 ราย ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้ป่วยที่วินิจฉัยจะได้ตรวจ ELISA for IgG Hantavirus พบว่าผู้ป่วย 5 รายมีผลบวกของ IgG Hantavirus-reacting antibodies ผู้ป่วย 8 รายมีผลเป็นบวกของ IgM Hantavirus-reacting antibodies และ 1 รายมีผลบวกทั้ง IgG และ IgM การศึกษาของศิริมา ปัทมาดีล¹⁰ ในปี 2549 โดยสำรวจทางเซรัมวิทยาทั้งในสัตว์ฟันแทะและในผู้ป่วย Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome (HFRS) 260 ราย ในจังหวัดสุรินทร์ ที่ผล Leptospiriosis antigen เป็นลบ แต่มีผลบวกต่อ Hantavirus antigen โดยการตรวจแอนติเจนของเชื้อไวรัสฮันตา สายพันธุ์ *Puumala virus* เป็นลบ ส่วนในการตรวจ ELISA พบทั้งผู้ที่มีผลบวกต่อ Hantavirus IgM IgG และผู้ที่มีเฉพาะ Hantavirus IgG บวก

2.2 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในสัตว์

การกระจายทางภูมิศาสตร์ของไวรัสฮันตาขึ้นอยู่กับธรรมชาติของแหล่งรังโรค¹¹ ซึ่งแหล่งรังโรคก็คือสัตว์ฟันแทะ และพบได้บางส่วนในกลุ่มตัวกินมดและค่างควา โดยสัตว์พาหะในทวีปเอเชียและยุโรปจะเป็นกลุ่ม “หนูโลกเก่า” ซึ่งก่อให้เกิด HFRS ส่วนในทวีปอเมริกาจะเป็นกลุ่ม “หนูโลกใหม่”¹² ก่อให้เกิด HCPS, HPS (ดังรูปที่ 1) และสัตว์รังโรคแต่ละชนิดก็มีความจำเพาะกับสายพันธุ์ของไวรัสที่ต่างกันดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับประเทศไทยสัตว์ฟันแทะที่พบว่าเป็นแหล่งรังโรคก็คือ *Rattus rattus* (หนูท้องขาว) *Rattus exulans* (หนูจิ้ง) *Rattus norvegicus* (หนูนอร์เวย์ หรือ หนูท่อ) *Bandicota indica* (หนูพุกใหญ่) และ *Bandicota savilei* (หนูพุกเล็ก)¹³ การติดเชื้อไวรัสฮันตาในสัตว์ฟันแทะเป็นการติดเชื้อแบบเรื้อรัง และส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ แต่จะมีภูมิคุ้มกันเป็นบวกเพราะหนูมีเม็ดเลือดขาวชนิดพิเศษชื่อ regulatory T-cell ที่ทำหน้าที่ควบคุมไม่ให้เกิดการอักเสบ ไม่เกิดการตอบสนองต่อไวรัสฮันตา ทำให้ไวรัสสามารถอาศัยและเพิ่มจำนวนอยู่ในหลอดเลือดของหนูได้ตลอดชีวิตโดยไม่ทำลายเซลล์ของหนู หนูจึงไม่มีอาการผิดปกติ¹⁴



รูปที่ 1 แสดงสายพันธุ์สัตว์ฟันแทะที่เป็นแหล่งรังโรคของไวรัสฮันตากระจายตามภูมิภาค¹⁵

ตารางที่ 1 สายพันธุ์ไวรัสฮันตาและชนิดของสัตว์ฟันแทะที่เป็นแหล่งรังโรค¹⁶

สายพันธุ์ไวรัส	กลุ่มอาการ	แหล่งรังโรคหลัก	การกระจายตัวของไวรัส	การกระจายตัวของแหล่งรังโรค
Hantaan (HTN)	HFRS	<i>Apodemus agrarius</i> (striped field mouse)	จีน รัสเซีย เกาหลี	ตอนใต้ยุโรปถึง เทรซ คอเคซัส เทือกเขาเทียนชาน แม่น้ำอามูร์ ถึง เกาหลี ผ่านประเทศเกาหลีไปยังทางตะวันออกของ ทิเบต (ซีจีจ่าง) และทางตะวันออกของมณฑลยูน- นาน เสฉวนตะวันตก ญี่ปุ่น และไต้หวัน
Dobrava- Belgrade (DOB)	HFRS	<i>Apodemus flavicollis</i> (yellow-neck mouse)	บอลข่าน	อังกฤษและเวลส์, จากตะวันตกเฉียงเหนือของ สเปน ฝรั่งเศส สแกนดิเนเวียทางใต้ถึงยุโรป รัสเซีย ถึงเทือกเขาคอเคซัส อิตาลีตอนใต้ บอลข่าน ซีเรีย เลบานอน และอิสราเอล
Seoul (SEO)	HFRS	<i>Rattus norvegicus</i> (Norway rat)	ทั่วโลก	ทั่วโลก
Puumala (PUU)	HFRS	<i>Clethrionomys glareolus</i> (bank vole)	ยุโรป รัสเซีย สแกนดิเนเวีย	พาลีอาร์กติกทางตะวันตกถึงฝรั่งเศส และ สแกนดิเนเวียถึงทะเลสาบไบคาล ได้ถึงเหนือ ของสเปน อิตาลีตอนเหนือ บอลข่าน ตุรกี ตะวันตก คาซัคสถานตอนเหนือ เทือกเขาอัลไต และเทือกเขายัน เกาะบริเตนใหญ่ และ ตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศไอร์แลนด์
Thailand (THAI)	nd	<i>Bandicota indica</i> (bandicoot rat)	ไทย	ศรีลังกา คาบสมุทรมินเดียถึงเนปาล พม่า ตะวันออกเฉียงเหนือของอินเดียน ตอนใต้ของจีน ลาว ไต้หวัน ไทย เวียดนาม
Prospect Hill (PH)	nd	<i>Microtus pennsylvanicus</i> (meadow vole)	อเมริกา แคนาดา	ตอนกลางของรัฐอลาสกา ถึง คาบสมุทรมลแลบราดอร์ รวมถึงนิวฟาวนด์แลนด์) และ เกาะพริ้นซ์เอ็ด เวิร์ด แคนาดา แนวเทือกเขาร็อกกี ตอนเหนือ ของรัฐนิวเม็กซิโก เขตทุ่งหญ้าอันกว้างใหญ่ (Great Plains) ทางตอนเหนือของรัฐแคนซัส และ เทือกเขาแอปพาเลเชียน ถึงตอนเหนือ จอร์เจีย อเมริกา
Khabarovsk (KHB)	nd	<i>Microtus fortis</i> (reed vole)	รัสเซีย	ทรานส์ไบคาลเลีย และ แคว้นอามูร์ จีนตะวันออกเฉียง
Thottapalayam (TPM)	nd	<i>Suncus murinus</i> (musk shrew)	อินเดีย	อัฟกานิสถาน ปากีสถาน อินเดีย ศรีลังกา เนปาล ภูฏาน พม่า จีน ไต้หวัน ญี่ปุ่น เขตอินโด- มาลายัน

สายพันธุ์ไวรัส	กลุ่มอาการ	แหล่งรังโรคหลัก	การกระจายตัวของไวรัส	การกระจายตัวของแหล่งรังโรค
Tula (TUL)	nd	<i>Microtus arvalis</i> (European common vole)	ยุโรป	จากยุโรปถึงทะเลดำ และตะวันออกเฉียงเหนือของซีรอฟ รัสเซีย
Sin Nombre (SN)	HPS	<i>Peromyscus maniculatus</i> (deer mouse)	อเมริกา แคนาดา	พื้นที่ทางตะวันออกเฉียงใต้ของรัฐอะแลสกา ข้ามไปตอนเหนือเม็กซิโก แคนาดา ถึงส่วนใหญ่ของทวีปอเมริกา รวมถึงตะวันออกเฉียงใต้และทิศใต้ของชายฝั่งทะเลปลายสุดทางใต้ของรัฐบาลกาลิฟอร์เนียซัวร์ ถึงโออาซากา เม็กซิโก
New York (NY)	HPS	<i>Peromyscus leucopus</i> (white-footed mouse)	อเมริกา	ตอนกลางและใต้ของอเมริกาถึง ตอนใต้ของรัฐอัลเบอร์ตา และตอนใต้ของรัฐออนแทรีโอ เกแบ็ก และ โนวาสโก แคนาดา ถึงตอนเหนือของรัฐคูริงโก เม็กซิโก และตลอดชายฝั่งแคริบเบียน ถึงคอคอดเตฮวนเตเปก และคาบสมุทรยูคาตัน เม็กซิโก
Black Creek Canal (BCC)	HPS	<i>Sigmodon hispidus</i> (cotton rat)	อเมริกา	ตะวันออกเฉียงใต้อเมริกา จาก เนแบรสกาตอนใต้ ถึงกลางเวอร์จิเนีย ใต้ต่อตะวันออกเฉียงใต้ แอริโซนา และ คาบสมุทรฟลอริดา ภายในและตะวันออกเฉียงเม็กซิโก ข้ามจากตอนกลางอเมริกาถึงกลางปานามา ใต้อเมริกาถึงเหนือโคลอมเบีย และเหนือเวเนซุเอลา
El Moro Canyon (ELMC)	nd	<i>Reithrodontomys megalotis</i> (Western harvest mouse)	อเมริกา เม็กซิโก	รัฐบริติชโคลัมเบีย และตะวันออกเฉียงใต้อัลเบอร์ตา แคนาดา ตะวันตกและเหนือถึงกลางอเมริกา ใต้ถึงเหนือบาฮากาลิฟอร์เนีย และภายในเม็กซิโก ถึงกลางโออาซากา
Bayou (BAY)	HPS	<i>Oryzomys palustris</i> (rice rat)	อเมริกา	ตะวันออกเฉียงใต้แคนซัส ถึง ตะวันออกเท็กซัส ทางตะวันออกถึงตอนใต้ของรัฐนิวเจอร์ซีย์ และคาบสมุทรฟลอริดา
Topografov (TOP)	nd	<i>Lemmus sibiricus</i> (Siberian lemming)	ไซบีเรีย	พาลีอาร์กติก จากทะเลขาวถึงรัสเซียตะวันตก ถึงคาบสมุทรชุกชี ตะวันออกเฉียงเหนือไซบีเรีย และคัมชัตกา เขตเนียร์อาร์กติก จากตะวันตก อะแลสกา ตะวันออกถึงเกาะแบฟฟิน และอ่าวฮัดสัน เทือกเขาร็อกกีตอนใต้ถึง กลางรัฐบริติชโคลัมเบีย แคนาดา
Andes (AND)	HPS	<i>Oligoryzomys longicaudatus</i>	อาร์เจนตินา	เหนือกลางถึงเทือกเขาแอนดีสตอนใต้ ประมาณละติจูด 50 องศาใต้ ในชิลีและอาร์เจนตินา

สายพันธุ์ไวรัส	กลุ่มอาการ	แหล่งรังโรคหลัก	การกระจายตัวของไวรัส	การกระจายตัวของแหล่งรังโรค
		(long-tailed pygmy rice rat)		
Isla Vista (ISLA)	nd	<i>Microtus californicus</i> (California vole)	อเมริกา	ชายฝั่งแปซิฟิก จากตะวันตกเฉียงใต้รัฐโอเรกอน ถึงรัฐแคลิฟอร์เนีย อเมริกา ถึงตอนเหนือบาฮา-แคลิฟอร์เนีย เม็กซิโก
Bloodland Lake (BLL)	nd	<i>Microtus ochrogaster</i> (prairie vole)	อเมริกา	เหนือและกลางที่ราบใหญ่ Great Plains ตะวันออกถึงกลางอัลเบอร์ตา ถึงใต้แมนิโทบา แคนาดา, ใต้ถึงเหนือรัฐโอคลาโฮมา และ รัฐอาร์คันซอ ตะวันออกถึงกลางเทนเนสซี และ ตะวันตกเวสต์ อเมริกา กลุ่มประชากรที่แพร่กระจายพันธุ์อย่างกว้างขวางในอเมริกาและเม็กซิโก
Muleshoe (MUL)	nd	<i>Sigmodon hipidus</i> (cotton rat)	อเมริกา	ดู Black Creek Canal
Rio Segundo (RIOS)	nd	<i>Reithrodontomys mexicanus</i> (Mexican harvest mouse)	คอซตาริกา	ใต้ตามาลีปัส และตะวันตก-กลาง มิโซอากัน เม็กซิโก ทางใต้ผ่านพื้นที่สูงอเมริกาตอนกลางถึงปานามาตะวันตก เพื่อเกาะแอนติลส์ฝั่งตะวันตกของโคลอมเบีย และเหนือสาธารณรัฐเอกวาดอร์
Rio Mamore (RIOM)	nd	<i>Oligoryzomys microtis</i> (small-eared pygmy rice rat)	ประเทศโบลิเวีย	กลางบราซิล ใต้ของแม่น้ำริโอโซลิโมเอส-อเมซอน และพื้นที่ราบลุ่มที่เชื่อมต่อกันอย่างต่อเนื่องในประเทศเปรู โบลิเวีย ปารากวัย และ อาร์เจนตินา
Oran virus	HPS	" <i>Oligoryzomys longicaudatus</i> " (Northern Argentina)	ทวีปอเมริกาใต้	ทวีปอเมริกาใต้
Hu39694	HPS	<i>Oligoryzomys flavescens</i>	ทวีปอเมริกาใต้ (อาร์เจนตินา)	ทวีปอเมริกาใต้ (อาร์เจนตินา)
Laguna Negra virus	HPS	<i>Calomys laucha</i>	ทวีปอเมริกาใต้	ทวีปอเมริกาใต้
Choclo virus	HPS	<i>Oligoryzomys fulvescens</i>	ทวีปอเมริกาใต้	ทวีปอเมริกาใต้
Juquitiba virus	HPS	<i>Oligoryzomys nigripes</i>	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)

สายพันธุ์ไวรัส	กลุ่มอาการ	แหล่งรังโรคหลัก	การกระจายตัวของไวรัส	การกระจายตัวของแหล่งรังโรค
Araraquara virus	HPS	<i>Bolomys lasiurus</i>	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)
Castelo Dos Sonhos virus	HPS	<i>Oligoryzomys ssp</i>	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)
Araucaria virus	HPS	<i>Bolomys lasiurus</i> or <i>Akodon ssp</i>	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)	ทวีปอเมริกาใต้ (บราซิล)

*nd: none documented

เอกสารอ้างอิง

1. Hantavirus [Internet]. [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hantavirus>.
2. Duchin JS, Koster FT, Peters CJ, Simpson GL, Tempest B, Zaki SR, et al. Hantavirus Pulmonary Syndrome: A Clinical Description of 17 Patients with a Newly Recognized Disease. *New England Journal of Medicine*. 1994 Apr 7;330(14):949–55. doi:10.1056/NEJM199404073301401.
3. López N, Padula P, Rossi C, Lázaro ME, Franze-Fernández MT. Genetic identification of a new hantavirus causing severe pulmonary syndrome in Argentina. *Virology*. 1996 Jun 1;220(1):223–6. doi:10.1006/viro.1996.0305 PubMed PMID: 8659118.
4. Martínez VP, Di Paola N, Alonso DO, Pérez-Sautu U, Bellomo CM, Iglesias AA, et al. “Super-Spreaders” and Person-to-Person Transmission of Andes Virus in Argentina. *N Engl J Med*. 2020 Dec 3;383(23):2230–41. doi:10.1056/NEJMoa2009040 PubMed PMID: 33264545.
5. CDC. Hantavirus [Internet]. 2026 [cited 2026 May 14]. Reported Cases of Hantavirus Disease. Available from: <https://www.cdc.gov/hantavirus/data-research/cases/index.html>.
6. Wu W, Guo JQ, Yin ZH, Wang P, Zhou BS. GIS-based spatial, temporal, and space-time analysis of haemorrhagic fever with renal syndrome. *Epidemiol Infect*. 2009 Dec;137(12):1766–75. doi:10.1017/S0950268809002659 PubMed PMID: 19393118.
7. Zheng Z, Li Z, Huang X, Wang Q, Du S, Li A, et al. Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome and Diversity and Distribution of Hantaviruses - China, 2014-2023. *China CDC Wkly*. 2025 Jun 20;7(25):858–62. doi:10.46234/ccdcw2025.141 PubMed PMID: 40620662; PubMed Central PMCID: PMC12228097.

8. Elwell MR, Ward GS, Tingpalapong M, LeDuc JW. Serologic evidence of Hantaan-like virus in rodents and man in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 1985 Sep;16(3):349–54. PubMed PMID: 3938073.
9. Suputthamongkol Y, Nitatpattana N, Chayakulkeeree M, Palabodeewat S, Yoksan S, Gonzalez JP. Hantavirus infection in Thailand: first clinical case report. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2005 Jan;36(1):217–20. PubMed PMID: 15906672.
10. Pattamadilok S, Lee BH, Kumperasart S, Yoshimatsu K, Okumura M, Nakamura I, et al. Geographical distribution of hantaviruses in Thailand and potential human health significance of Thailand virus. *Am J Trop Med Hyg*. 2006 Nov;75(5):994–1002. PubMed PMID: 17124002.
11. Milholland MT, Castro-Arellano I, Garcia-Peña GE, Mills JN. The Ecology and Phylogeny of Hosts Drive the enzootic infection cycles of hantaviruses. *Viruses*. 2019 Jul 23;11(7):671. doi:10.3390/v11070671 PubMed PMID: 31340455; PubMed Central PMCID: PMC6669546.
12. DOE_alert_HantaVirus_08.05.2569.pdf [Internet]. [cited 2026 May 12]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_alert_HantaVirus_08.05.2569.pdf.
13. f1.pdf [Internet]. [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.pidst.or.th/userfiles/f1.pdf>.
14. Irving AT, Schountz T, Jouvenet N, Ansari A, Baker M, Banerjee A. Lessons learned from bat and rodent reservoir hosts of zoonotic viruses. *Trends in Microbiology*. 2026 Mar 27;0(0). doi:10.1016/j.tim.2026.02.004 PubMed PMID: 41896038.
15. Guo WP, Lin XD, Wang W, Tian JH, Cong ML, Zhang HL, et al. Phylogeny and Origins of Hantaviruses Harbored by Bats, Insectivores, and Rodents. *PLOS Pathogens*. 2013 Feb 7;9(2):e1003159. doi:10.1371/journal.ppat.1003159
16. Mir M. Hantaviruses. *Clin Lab Med*. 2010 Mar;30(1):67–91. doi:10.1016/j.cll.2010.01.004 PubMed PMID: 20513542; PubMed Central PMCID: PMC2880890.

บทที่ 3 ไวรัสฮันตา

กลุ่มโรคติดต่อในผู้เดินทาง
กองโรคติดต่อทั่วไป

จากกรณีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนในเรือสำราญ MV Hondius ปรากฏผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจรุนแรงหลายราย หลากหลายเชื้อชาติ และมีผู้เสียชีวิตจำนวนหนึ่ง หลังการสอบสวนโรคพบว่าเป็นเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus) ซึ่งทั่วโลกกำลังให้ความสนใจอยู่ในขณะนี้

3.1 ลักษณะทั่วไปของไวรัสฮันตา

ไวรัสฮันตา หรือ Hantavirus เป็นไวรัสที่มีเปลือกหุ้ม (enveloped) และเป็นไวรัสชนิด RNA สายเดี่ยว (single-stranded RNA virus)¹ ที่จัดอยู่ในสกุล Orthohantavirus วงศ์ Hantaviridae อันดับ Bunyvirales^{2,3} มีหนูและสัตว์ฟันแทะเป็นแหล่งรังโรคหลัก (reservoir host) ชื่อ “Hanta” มาจากแม่น้ำฮันตัน (Hantan River) ในประเทศ South Korea เนื่องจากการค้นพบไวรัสนี้ตั้งแต่หลังสงครามเกาหลี³ โดยพบอยู่ในแทบทุกภูมิภาคของโลก ทั้งทวีปอเมริกา ยุโรปและเอเชีย ในสหรัฐอเมริกาไวรัสฮันตาก็ให้กลุ่มอาการทางระบบทางเดินหายใจ เรียกว่า Hantavirus pulmonary syndrome (HPS)¹ หรือ Hantavirus cardiopulmonary syndrome (HCPS) ในประเทศอาร์เจนตินาพบกลุ่มอาการทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อ Hantavirus ในปีค.ศ. 1995 โดยเกิดการระบาดในเขต Patagonia คือ ทั้งภูมิภาคทางใต้สุดของอเมริกาใต้ที่ครอบคลุมพื้นที่อาร์เจนตินาและชิลี ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Hantavirus สายพันธุ์ Andes virus (ANDV)¹

3.2 การติดต่อของไวรัสฮันตา

เนื่องจากไวรัสมีแหล่งรังโรคอยู่ในสัตว์ฟันแทะ การติดเชื้อไวรัสฮันตาของมนุษย์ส่วนใหญ่เป็นการติดจากสัตว์สู่คน โดยส่วนใหญ่เกิดจากการสูดดมฝุ่นละอองที่มีสารคัดหลั่งของสัตว์ฟันแทะที่มีเชื้อไวรัส⁴ รองลงมาคือ การนำมือที่สัมผัสเชื้อมาสัมผัสเยื่อบุร่างกายเช่น ตา จมูก และปาก วิธีสุดท้ายที่พบน้อยที่สุด คือ ถูกหนูกัด แต่หลังจากการระบาดของไวรัสฮันตาสายพันธุ์ Andes ในปี ค.ศ. 1996 ที่เมือง El Bolsón ประเทศอาร์เจนตินา จากการสอบสวนโรคพบว่า สายพันธุ์ Andes สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้⁴

3.3 อาการของโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

แบ่งระยะหลังการติดเชื้อได้ดังนี้

1. **Incubation period** คือ หลังจากสัมผัสเชื้อ จะมีเชื้อในร่างกายแต่ไม่แสดงอาการ โดยไวรัสฮันตาจะมีระยะฟักตัวประมาณ 1-8 สัปดาห์ ในช่วงนี้จะยังไม่แพร่เชื้อให้คนอื่น (ในกรณีสายพันธุ์แอนดิส)

2. **Non-specific Prodrome** จะเริ่มมีอาการเหมือนกับการติดเชื้อไวรัสทั่วไปคือ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย อาจจะมีอาการระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน ปวดท้องหรือถ่ายเหลวร่วมด้วยได้ จากนั้นอาการจะพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการที่รุนแรง และเสียชีวิตได้

3. **Abrupt development of severe illness** อาการรุนแรง โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่วนมากจะใช้เวลาประมาณ 24- 48 ชั่วโมง สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่มอาการขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสคือ

3.1 **กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ (Hantavirus Cardiopulmonary Syndrome: HCPS/ HPS)** ซึ่งพบในทวีปอเมริกา ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจเด่น ไอ หอบ มีความดันโลหิตต่ำได้ มีภาวะน้ำท่วมปอดที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ (non-cardiogenic pulmonary edema) ตามมาด้วย bilateral

pulmonary infiltrates คือภาพรังสีทรวงอกผิดปกติทั้งสองข้าง และเป็น acute respiratory distress syndrome (ARDS) ได้ โดยอาการในช่วงที่รุนแรงจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอัตราเสียชีวิตสูงกว่าอีกกลุ่ม คือ ประมาณ 35-50% เกิดได้จากการติดเชื้อ Hantavirus สายพันธุ์ Sin Nombre virus, Black Creek Canal virus⁵, Bayou virus และ New York virus⁶

3.2 กลุ่มอาการไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตวาย (Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome: HFRS) พบในทวีปยุโรปและเอเชีย โดยประเทศจีนเป็นประเทศที่พบการระบาดมากกว่า 90%^{7,8} การเกิดโรคขึ้นกับฤดูกาล โดยพบมากที่สุดในช่วงปลายฤดูใบไม้ผลิต่อกับต้นฤดูหนาว โดยส่วนใหญ่พบใน คนชนบทในคาบสมุทรบอลข่าน มีอัตราการเสียชีวิต 1-15% อาการหลังที่มีไข้ฉับพลันจะตามด้วย ปวดแหว มีเลือดออกผิดปกติ โดยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และหน้าแดง ตาแดง และมีจุดเลือดออกในชั้นผิวหนัง ความดันโลหิตต่ำร่วมด้วยได้⁵ และมีอาการทางไต โดยอาการของโรคจะแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

- 1) ระยะไข้
- 2) ระยะความดันโลหิตต่ำ
- 3) ระยะปัสสาวะน้อย
- 4) ระยะปัสสาวะมาก
- 5) ระยะฟื้นไข้

4. Resolution phase หากผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองอย่างเหมาะสมในช่วงที่มีอาการรุนแรง ก็จะเข้าสู่ระยะนี้ ความดันจะกลับมาปกติ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจะดีขึ้น อาการโดยรวมจะดีขึ้น

3.4 การวินิจฉัยและรักษา

3.4.1 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยใช้อาการทางคลินิกที่ไม่ได้จำเพาะ ร่วมกับมีประวัติเสี่ยง

การตรวจเลือด complete blood count (CBC) จะพบลักษณะ leukocytosis, hemoconcentration, thrombocytopenia

การตรวจปัสสาวะ (urine analysis, UA) จะพบลักษณะ proteinuria, increase BUN

การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบลักษณะ infiltration, bilateral pulmonary effusion หรือลักษณะของ ARDS

การตรวจวินิจฉัยที่จำเพาะ ที่ตรวจได้ในประเทศไทยตอนนี้คือ polymerase chain reaction (PCR) โดยทำในห้องปฏิบัติการชีวโมเลกุล (Biosafety Level - BSL) ระดับ 3 ซึ่งตรวจได้ 3 ที่ คือ

1. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
3. ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (TRC-EIDCC) ส่วนการตรวจ Serology เช่น ELISA, IFA for IgM ยังเป็นการตรวจสำหรับวิจัย

3.4.2 การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มี การรักษาจำเพาะ ให้รักษาตามอาการเช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำอย่างเหมาะสม ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต การใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (ECMO) การฟอกไต ส่วนการให้ยาต้านไวรัส Ribavirin ในกลุ่มอาการ Hemorrhagic fever with renal syndrome ยังไม่พบข้อมูลรองรับชัดเจน⁵

3.5 การป้องกัน

หลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์และสารคัดหลั่งของหนู รักษาความสะอาดของที่พักและที่ทำงาน เก็บอาหาร

ในภาชนะให้มิดชิด กำจัดขยะ ปิดช่องทางในที่พักอาศัยไม่ให้หนูเข้ามาได้ ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยให้สะอาด โดยพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรค เช่น น้ำยาฟอกขาวที่เจือจาง ก่อนทำความสะอาด ใช้ผ้าเปียก หรือผ้าชุบสารเคมีฆ่าเชื้อ เช็ด ห้ามใช้วิธีกวาดหรือดูดฝุ่นบริเวณที่หนูเคยเข้าไป เพราะจะทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจายและอาจติดโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1. Alonso DO, Pérez-Sautu U, Bellomo CM, Prieto K, Iglesias A, Coelho R, et al. Person-to-Person Transmission of Andes Virus in Hantavirus Pulmonary Syndrome, Argentina, 2014. *Emerg Infect Dis.* 2020 Apr;26(4):756–9. doi:10.3201/eid2604.190799 PubMed PMID: 32186494; PubMed Central PMCID: PMC7101103.
2. DOE_alert_HantaVirus_08.05.2569.pdf [Internet]. [cited 2026 May 12]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_alert_HantaVirus_08.05.2569.pdf.
3. tnews [Internet]. 2026 [cited 2026 May 12]. รู้จัก"ไวรัสฮันตา" ระบาดต่างประเทศ หมอยง ตอบชัด ไทยเสี่ยงแค่ไหน. Available from: <https://www.tnews.co.th/social/social-news/650113>.
4. Martínez VP, Di Paola N, Alonso DO, Pérez-Sautu U, Bellomo CM, Iglesias AA, et al. “Super-Spreaders” and Person-to-Person Transmission of Andes Virus in Argentina. *N Engl J Med.* 2020 Dec 3;383(23):2230–41. doi:10.1056/NEJMoa2009040 PubMed PMID: 33264545.
5. f1.pdf [Internet]. [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.pidst.or.th/userfiles/f1.pdf>.
6. Padula PJ, Edelstein A, Miguel SD, López NM, Rossi CM, Rabinovich RD. Hantavirus pulmonary syndrome outbreak in Argentina: molecular evidence for person-to-person transmission of Andes virus. *Virology.* 1998 Feb 15;241(2):323–30. doi:10.1006/viro.1997.8976 PubMed PMID: 9499807.
7. Li Y, Cazelles B, Yang G, Laine M, Huang ZXY, Cai J, et al. Intrinsic and extrinsic drivers of transmission dynamics of hemorrhagic fever with renal syndrome caused by Seoul hantavirus. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019 Sep;13(9):e0007757. doi:10.1371/journal.pntd.0007757 PubMed PMID: 31545808; PubMed Central PMCID: PMC6776365.
8. Zhang WY, Wang LY, Liu YX, Yin WW, Hu WB, Magalhaes RJS, et al. Spatiotemporal transmission dynamics of hemorrhagic fever with renal syndrome in China, 2005-2012. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014 Nov;8(11):e3344. doi:10.1371/journal.pntd.0003344 PubMed PMID: 25412324; PubMed Central PMCID: PMC4239011.

บทที่ 4

แนวทางการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

กองระบาดวิทยา

ไวรัสฮันตา (Hantavirus) จัดอยู่ในวงศ์ *Hantaviridae* ภายใต้อันดับ *Bunyavirales* โดยไวรัสฮันตาแต่ละชนิดมักมีความจำเพาะกับสายพันธุ์ของสัตว์รังโรคหลัก คือสัตว์ฟันแทะ ซึ่งสามารถติดเชื้อและเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้เป็นระยะเวลาโดยไม่แสดงอาการป่วย แม้ว่าจะมีการค้นพบไวรัสฮันตาหลายสายพันธุ์ทั่วโลก แต่มีเพียงบางสายพันธุ์เท่านั้นที่สามารถก่อโรคในมนุษย์ได้

การติดเชื้อในคนส่วนใหญ่เกิดจากการสูดดมละอองฝอยที่ปนเปื้อนไวรัส ซึ่งฟุ้งกระจายจากปัสสาวะ อุจจาระ หรือสารคัดหลั่งของสัตว์ฟันแทะเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ อาจติดเชื้อได้จากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อแล้วนำมือสัมผัสบริเวณตา จมูก หรือปาก โดยทั่วไปการแพร่เชื้อจากคนสู่คนพบได้น้อยมาก อย่างไรก็ตาม มีรายงานการแพร่เชื้อระหว่างคนในบางกรณีของสายพันธุ์ Andes virus ในทวีปอเมริกาใต้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีการสัมผัสใกล้ชิดเป็นเวลานาน

ลักษณะอาการของโรคในระยะแรกมักไม่จำเพาะ โดยเริ่มด้วยอาการคล้ายไข้หวัด เช่น ไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และอาจมีอาการทางระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย จากนั้นโรคสามารถดำเนินอย่างรวดเร็วไปสู่ระยะรุนแรง โดยเฉพาะกลุ่มอาการทางปอดจากฮันตาไวรัส (Hantavirus cardiopulmonary syndrome: HCPS หรือ HPS) ซึ่งทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวและความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ในภูมิภาคยุโรปและเอเชีย ยังพบการติดเชื้อในรูปแบบไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตวาย (Haemorrhagic Fever with Renal Syndrome: HFRS) ซึ่งมีอาการสำคัญ ได้แก่ ไข้สูง ภาวะเลือดออก และการทำงานของไตบกพร่อง

สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสฮันตาทั่วโลกพบผู้ป่วยจำนวนไม่มากนัก โดยมีการประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อปีละประมาณ 10,000 ถึงมากกว่า 100,000 ราย ส่วนใหญ่พบในภูมิภาคเอเชียและยุโรป ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยหลายพันรายต่อปี โดยเฉพาะในประเทศจีนและสาธารณรัฐเกาหลี ขณะที่ในทวีปอเมริกาพบผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่า แต่มีความรุนแรงของโรคสูง โดยเฉพาะรูปแบบ HCPS ที่มีอัตราการป่วยตายประมาณร้อยละ 20-40 และอาจสูงถึงร้อยละ 50 ในบางพื้นที่

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย มีการตรวจพบเชื้อฮันตาไวรัส โดยเฉพาะ Thailand virus (THAIV) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ในสัตว์ฟันแทะ ซึ่งพบหนู *Bandicota indica* เป็นแหล่งรังโรคสำคัญ โดยมีอัตราการตรวจพบเชื้อประมาณร้อยละ 1.7 ของตัวอย่างที่ศึกษา นอกจากนี้ ยังมีรายงานผู้ป่วยอย่างน้อย 1 รายที่มีอาการสอดคล้องกับโรคไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตวาย (HFRS) สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสการติดเชื้อจากสัตว์สู่คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาการของโรคมีลักษณะใกล้เคียงกับโรคติดเชื้ออื่น จึงจำเป็นต้องอาศัยการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการร่วมกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงที่มีการสัมผัสสัตว์ฟันแทะหรือแหล่งอาศัยของสัตว์ดังกล่าว

เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะ การป้องกันและควบคุมโรคจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ฟันแทะและสารคัดหลั่งของสัตว์ดังกล่าว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการควบคุมสัตว์พาหะในพื้นที่เสี่ยง ดังนั้น การจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาจึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถตรวจจับและตอบโต้การระบาดได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง

ทั้งนี้ วันที่ 15 พฤษภาคม 2569 ประเทศไทยมีอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2569 ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา(Hantavirus Disease)เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 143 ตอนพิเศษ 120 ง วันที่ 15 พฤษภาคม 2569 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม 2569 เป็นต้นไป ดังรูปที่ 1

หน้า ๑๗
เล่ม ๑๔๓ ตอนพิเศษ ๑๒๐ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๕)
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรให้มีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus Disease) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๖ (๑) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๑๔) ของข้อ ๑ แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย พ.ศ. ๒๕๕๙

“(๑๔) โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus Disease) มีอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และอาจมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือถ่ายเหลว ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการไอ หายใจลำบาก มีภาวะปอดอักเสบ มีของเหลวคั่งในปอด มีภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ มีอาการเลือดออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ไตวายเฉียบพลัน มีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

พัฒนา พร้อมพัฒน์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 1 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2569

ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus Disease) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14

4.1 นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance)

4.1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria)

ผู้ป่วยที่มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส และอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ร่วมกับตรวจพบความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้

กลุ่มอาการไข้เลือดออกร่วมกับกลุ่มอาการทางไต (HFRS) ได้แก่

- มีเลือดออกผิดปกติ เช่น มีจุดเลือดออก เลือดกำเดาไหล หรือมีเกล็ดเลือดต่ำ (<150,000/mL)

ที่มีการตรวจแล้วว่าไม่ได้เป็นสาเหตุมาจากไข้เลือดออก

- ความดันโลหิตต่ำ
- ภาวะไตวายเฉียบพลัน

หมายเหตุ: ไม่ได้เป็นสาเหตุมาจากไข้เลือดออก หมายถึง ตรวจ Dengue NS1 หรือ Dengue RT-PCR หรือ Dengue IgM ผลเป็นลบ (กรณีตรวจมากกว่า 1 วิธี ผลเป็นลบทุกวิธีที่ตรวจ)

กลุ่มอาการทางเดินหายใจจากไวรัสฮันตา (HPS) ได้แก่

- มีภาวะ Acute respiratory distress syndrome (ARDS)
- ภาพถ่ายรังสีพบ Bilateral diffuse infiltrates หรือ Bilateral diffuse interstitial edema
- มีภาวะน้ำท่วมปอดที่ไม่ได้เกิดจากโรคหัวใจ (noncardiogenic pulmonary edema)

4.1.2 เกณฑ์ประวัติเสี่ยง (Risk criteria)

ในช่วง 8 สัปดาห์ ก่อนเริ่มมีอาการ มีประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

1. สัมผัสโดยตรงกับสัตว์ฟันแทะหรือสิ่งขับถ่ายของสัตว์ฟันแทะ (เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ หรือน้ำลาย) หรือสัมผัสพื้นผิว/สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากสัตว์ฟันแทะ
2. อยู่หรือทำกิจกรรมในพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของสัตว์ฟันแทะชุกชุม โดยเฉพาะพื้นที่ปิดหรืออากาศไม่ถ่ายเท (เช่น โกดัง โรงนา โรงเก็บของ ห้องใต้หลังคา)
3. ทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสูดดมละอองจากสิ่งขับถ่ายของสัตว์ฟันแทะ (เช่น ทำความสะอาด กวาด รื้อถอน ทำเกษตรในพื้นที่นาข้าว พื้นที่เพาะปลูก)
4. สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่าย Andes virus (ANDV) เช่น สมาชิกในครัวเรือน คู่นอน
5. ผู้ที่โดยสารร่วมหรือเคยอยู่ในยานพาหนะเดียวกันกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่ายของ Andes virus
6. สัมผัสสัตว์ฟันแทะที่ติดเชื้อไวรัสฮันตาในห้องปฏิบัติการหรือสถานที่เลี้ยงสัตว์ทดลอง โดยไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม

หมายเหตุ: สัตว์ฟันแทะ เช่น หนูบ้าน หนูนา หนูพุกใหญ่ หนูโวล เป็นต้น

4.1.3 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

4.1.3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (Presumptive diagnosis)

- ไม่มี

4.1.3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (Specific diagnosis)

การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)

- วิธี Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสฮันตา จากตัวอย่างทางคลินิก เช่น เลือด น้ำลาย การป้ายโพรงจมูกและคอ (nasopharyngeal swab)
- ตรวจพบแอนติเจนของ hantavirus ด้วยวิธี immunohistochemistry ในเนื้อเยื่อที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อปอด (Lung biopsy) หรือจากเนื้อเยื่อในการชันสูตรศพ (Autopsy tissues)

การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)

- ตรวจพบแอนติบอดีชนิด IgM ที่จำเพาะต่อ hantavirus ในเลือด (Serum specimen)
- ตรวจพบการเพิ่มขึ้นของระดับแอนติบอดีชนิด IgG ที่จำเพาะต่อ hantavirus อย่างน้อย 4 เท่า หรือมีการเปลี่ยนแปลงเป็นบวก (seroconversion) ของ IgG จำเพาะต่อ hantavirus

4.2 ประเภทผู้ป่วย (Case classification)

4.2.1 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับ มีประวัติเสี่ยง

4.2.2 ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)

- ไม่มี

4.2.3 ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน

4.2.4 ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะจากห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 แห่ง โดยเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิง อย่างน้อย 1 แห่ง

4.3 การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวัง (Reporting criteria)

เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ให้รายงานแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด หรือกรมควบคุมโรค ภายใน 3 ชั่วโมง หากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดได้รับรายงานแล้วต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของกรมควบคุมโรค ภายใน 1 ชั่วโมง และรายงานในโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค (Modernized Event-based Surveillance: M-EBS) พร้อมแนบรายงานสอบสวนโรคเฉพาะราย และประสานกองระบาดวิทยา ผ่าน JIT manager ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค กรมควบคุมโรค เบอร์โทร 092-516-7939 เพื่อประสานการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ให้ระบุเลข Event ในใบนำส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีพบผู้ป่วยยืนยันให้ประเทศสมาชิกรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ผ่านจุดประสานกฎอนามัยระหว่างประเทศไทย (International Health Regulations Focal Point) ทันที

4.4 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verification)

ต้องตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย PUI ทุกราย ทั้งในส่วนของประวัติอาการ ประวัติเสี่ยง และประวัติการเดินทางจากพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค

4.5 การรายงานโรค

ให้รายงาน ตั้งแต่ผู้ป่วย PUI ทุกราย ผ่านโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค (Modernized Event-Based surveillance: M-EBS) พร้อมแนบบแบบสอบสวนเฉพาะราย

4.6 หมายเหตุ (Remarks)

- แหล่งรังโรคสำคัญของเชื้อไวรัสฮันตา คือ สัตว์ฟันแทะ โดยสัตว์แต่ละชนิดมักเป็นรังโรคของไวรัสได้เป็นเวลานานโดยไม่แสดงอาการป่วย

- สัตว์ฟันแทะที่พบเป็นพาหะนำโรคบ่อย เช่น หนูบ้าน หนูนา หนูป่า เป็นต้น

- ในประเทศไทยมีรายงานการตรวจพบเชื้อ Thailand virus (THAIV) ในสัตว์ฟันแทะ โดยเฉพาะหนู *Bandicota indica* หรือหนูพุก เป็นแหล่งรังโรคสำคัญ ซึ่งมักพบในนาข้าว พื้นที่เกษตร ท่อระบายน้ำ หรือบริเวณชุมชน

- ระยะฟักตัวของโรคแตกต่างกันตามชนิดของเชื้อ โดยกลุ่มอาการ HPS มีระยะฟักตัวประมาณ 1-8

สัปดาห์ และ HFRS ประมาณ 1-2 สัปดาห์ แต่สามารถยาวได้ถึง 8 สัปดาห์ ขณะที่การติดเชื้อ Andes virus มีระยะฟักตัวประมาณ 4-42 วัน (โดยทั่วไปประมาณ 18 วัน)

- การติดเชื้อในคนอาจไม่มีอาการ หรือมีอาการเริ่มต้นคล้ายไข้หวัด ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีอาการทางระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย ก่อนจะดำเนินไปสู่ภาวะรุนแรง

- การติดเชื้อในคนส่วนใหญ่เกิดจากการสูดดมละอองฝอยที่ปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งขับถ่ายของสัตว์ฟันแทะ โดยการแพร่เชื้อจากคนสู่คนพบได้น้อยมาก มีรายงานเฉพาะสายพันธุ์ Andes virus

4.7 การสอบสวนโรค (Epidemiological investigation)

การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (Case investigation) ให้ดำเนินการตามเงื่อนไขการออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (Joint Investigation Team: JIT) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ฉบับปัจจุบัน (8. เกณฑ์การสอบสวนโรค)

4.8 เกณฑ์การสอบสวนโรค

ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคของหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค ดำเนินการสอบสวนโรคร่วมกับทีมปฏิบัติการสอบสวนในพื้นที่ โดยใช้แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย และผู้สอบสวนปฏิบัติตามหลักการป้องกันตนเอง

ตารางที่ 1 เงื่อนไขการออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

โรค	อำเภอ/ ศบส.	จังหวัด	เขต/กทม.	ส่วนกลาง	กำหนดเวลาลงสอบสวน	วัตถุประสงค์
โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hanta virus disease)	ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ทุกราย	ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ทุกราย	ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ทุกราย	ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ทุกราย	ลงสอบสวนภายใน 12 ชั่วโมงหลังพบเหตุสงสัย (ทุกระดับ, L)	เพื่อตรวจจับและป้องกันการระบาดในประเทศ

4.9 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

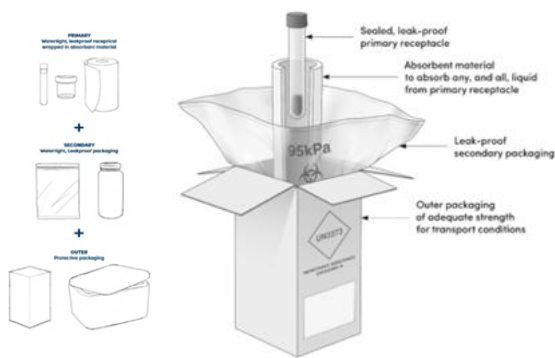
4.9.1 การเก็บตัวอย่าง

- การตรวจหาเชื้อทางโมเลกุล ด้วยวิธี RT-PCR โดยพิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจ
 - เลือด: เก็บใส่หลอดที่มีสารกันเลือดแข็งชนิด EDTA ปริมาณ 3 มิลลิลิตร จำนวน 2 หลอด
 - สิ่งส่งตรวจอื่นๆ: อาจพิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจทางเดินหายใจ หรือปัสสาวะ ตามอาการผู้ป่วย
 - ชิ้นเนื้อ (Tissue) อาจพิจารณาในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต โดย
 - ผู้ป่วยที่มีอาการกลุ่มอาการทางไต (HFRS) ให้เก็บชิ้นเนื้อไต
 - ผู้ป่วยที่มีอาการกลุ่มอาการทางเดินหายใจ (HPS) ให้เก็บชิ้นเนื้อปอด

4.9.2 การบรรจุและการขนส่งตัวอย่าง

การบรรจุและขนส่งตัวอย่างจากผู้ป่วย PUI โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา ควรดำเนินการภายใต้มาตรการ

ความปลอดภัยทางชีวภาพที่เหมาะสม และบรรจุตัวอย่างตามหลัก triple packaging system ก่อนส่งตรวจ



ที่มา : WHO.
Guidance on regulations for the transport of infectious substances, 2023–2024. Geneva: World Health Organization; 2024.

ขั้นที่ 1: Primary Receptacle

- หลอดหรือภาชนะเก็บตัวอย่างต้องปิดสนิท (ฝาเกลียว) และพันพาราฟิล์ม (Parafilm) รอบฝาเพื่อป้องกันการรั่วซึม
- เช็ดทำความสะอาดภายนอกหลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม (เช่น 70% Alcohol)

ขั้นที่ 2: Secondary Packaging

- บรรจุหลอดตัวอย่างในถุงซิปล็อกหรือภาชนะที่กันน้ำและทนทานต่อแรงกระแทก
- ต้องมีวัสดุดูดซับ (absorbent material) ในปริมาณเพียงพอที่จะดูดซับของเหลวได้ทั้งหมดในกรณีเกิดการรั่วซึม

ขั้นที่ 3: Outer Packaging

- บรรจุภาชนะขั้นที่ 2 ลงในกล่องขนส่งหรือกระติกน้ำแข็งที่แข็งแรง พร้อม ice pack เพื่อรักษาอุณหภูมิที่ 2–8°C ระหว่างการขนส่ง และใส่แบบฟอร์มการส่งตรวจและเอกสารประกอบไว้นอกขั้นที่ 2 เพื่อป้องกันการปนเปื้อนในการขนส่งตัวอย่าง ควรรักษาอุณหภูมิของตัวอย่างตามมาตรฐานตลอดการขนส่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการโดยเร็ว เพื่อคงคุณภาพของตัวอย่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย

4.10 การประสานส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แจ้งกองระบาดวิทยาผ่าน JIT manager ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค กรมควบคุมโรค (โทร. 092-516-7939) เพื่อประสานส่งตรวจห้องปฏิบัติการที่กำหนด ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องเข้านิยาม PUI และระบุเลข Event ในใบนำส่งตัวอย่างด้วย

4.11 การป้องกันตนเองของผู้สอบสวนโรคและบุคลากรทางการแพทย์ในการสอบสวนโรค

เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการสอบสวนโรคผู้ป่วย PUI โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา ขอให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด ดังนี้

- ผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัย ตลอดระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์
- ผู้สอบสวนโรคและบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วย ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล

(Personal Protective Equipment: PPE) อย่างเหมาะสมตามลักษณะกิจกรรมและระดับความเสี่ยง โดยยึดหลักการป้องกันการสัมผัสเป็นสำคัญ และล้างมือทุกครั้งหลังปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและระดับการป้องกันตนเองในการสอบสวนโรคผู้ป่วย PUI โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

องค์ประกอบ	ระดับการป้องกันสูงสุด (Full PPE)	ระดับการป้องกันทั่วไป (Standard PPE)
กลุ่มบุคลากรที่ต้องใช้	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่สัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยที่มีอาการ - ผู้ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วย - ผู้ที่สัมผัสสัตว์หรือเลือด/สารคัดหลั่งของสัตว์ต้องสงสัยเป็นแหล่งโรค - ผู้เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยหรือสัตว์
ชุดปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ชุด Scrub - เสื้อกาวน์ชนิด coverall 	<ul style="list-style-type: none"> - ชุด Scrub - กาวน์คลุมทั้งตัว
อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ	หน้ากาก N95 หรือ PAPR	- หน้ากากอนามัย
อุปกรณ์ป้องกันศีรษะและดวงตา	<ul style="list-style-type: none"> - หมวกคลุมผม - แว่นครอบตา (Goggles) - Face shield 	<ul style="list-style-type: none"> - หมวกคลุมผม - Face shield (กรณีเสี่ยงกระเด็น)
ถุงมือ	<ul style="list-style-type: none"> - ถุงมือไนไตรชนิดใช้ครั้งเดียว - เสริมด้วยถุงมือยางอีกชั้น 	- ถุงมือยางชนิดใช้ครั้งเดียว
การป้องกันเท้าและขา	<ul style="list-style-type: none"> - ถุงหุ้มขา - รองเท้าบู๊ต 	- รองเท้าบู๊ตหรือรองเท้าปิดนิ้วเท้าที่ทำความสะอาดง่าย

4.12 แนวทางการสอบสวนโรค

เมื่อพบผู้ป่วย PUI โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา ควรดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะราย ตามแบบสอบสวนโรคเฉพาะราย (ภาคผนวก ก) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ระบุแหล่งและช่องทางการรับสัมผัสเชื้อที่เป็นไปได้และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือผู้ที่มีการสัมผัสสิ่งแวดล้อมร่วมกับการสอบสวน ควรประกอบด้วยการทบทวนข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับการซักประวัติการสัมผัสอย่างละเอียดในช่วง 1-8 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วย โดยให้ความสำคัญกับการสัมผัสสัตว์ฟันแทะ มูล ปัสสาวะ วัสดุทำรังของสัตว์ฟันแทะ หรือสถานที่ปนเปื้อน ทั้งในอาคารและสถานประกอบอาชีพ เช่น โกดัง โรงนา โรงเก็บของ ยุ้งฉาง หรือพื้นที่ป่า ประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ โดยควรระบุชื่อเมือง ระยะเวลาที่เดินทางไปและกิจกรรม รวมถึงประวัติเส้นทางการเดินทาง เช่น ยานพาหนะ เที่ยวบินการเดินทาง เส้นทางการเดินทาง วันเวลาที่เดินทางออกจากต้นทางและวันเวลาที่เดินทางถึงปลายทางควรเก็บและส่งตรวจสิ่งส่งตรวจที่เหมาะสมสำหรับการตรวจหาเชื้อ รวมทั้งจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยอาศัยข้อมูลทางคลินิก ระบาดวิทยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีอยู่ในขณะเดียวกัน ควรดำเนินการติดตามผู้สัมผัส เพื่อค้นหาและเฝ้าระวังอาการในสมาชิกครัวเรือน เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่มีประวัติสัมผัสร่วมกัน ในช่วงระยะฟักตัวที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกหากสงสัยการเกิดกลุ่มก้อนของโรค นอกจากนี้ ควรประเมินสิ่งแวดล้อมของสถานที่สัมผัสโรคเพื่อบันทึกหลักฐานการระบาดของสัตว์ฟันแทะหรือการปนเปื้อน สนับสนุนมาตรการควบคุมสัตว์ฟันแทะ และให้คำแนะนำด้านการทำความสะอาดและการป้องกันโรคอย่างปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้สัมผัส และชุมชน

4.13 การค้นหาและการจัดการผู้สัมผัส

4.13.1. นิยามผู้สัมผัส

ผู้สัมผัส (Contacts): ผู้ที่มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่ายติด

เชื้อไวรัสฮันตา ตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนหายป่วยหรือเสียชีวิต โดยอาจสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำลาย เลือด หรือสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ ตามลักษณะการสัมผัสดังต่อไปนี้

- การสัมผัสทางกายโดยตรง รวมถึงการสัมผัสน้ำลายหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ (เช่น การดูแลผู้ป่วย การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด การนอนเตียงเดียวกัน เป็นต้น)
- การอยู่ใกล้ชิดกันในระยะไม่เกิน 2 เมตร เป็นระยะเวลามากกว่า 15 นาที (เช่น การพูดคุยแบบเผชิญหน้า การรับประทานอาหารร่วมกัน หรือการรวมกลุ่มทางสังคม)
- การสัมผัสในพื้นที่ปิดหรือพื้นที่ใช้ร่วมกัน (เช่น อยู่บนเรือหรืออากาศยานลำเดียวกันหลายวันที่นั่งใกล้กันบนยานพาหนะ เป็นต้น)
- การสัมผัสโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันในสถานพยาบาล โดยเฉพาะระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการสัมผัสในห้องปฏิบัติการ

4.13.2 การค้นหาผู้สัมผัส

เมื่อพบผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่าย ควรเริ่มค้นหาผู้สัมผัสทันที โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อระบุสถานที่ กิจกรรม และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เช่น รายชื่อผู้โดยสาร ผู้ร่วมงาน เวิร์กบุ๊กติงงาน ประวัติการเดินทาง และข้อมูลทางการแพทย์ พร้อมบันทึกประเภท ระยะเวลา และสถานที่สัมผัสโรค และปรับปรุงรายชื่อผู้สัมผัสเมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

4.13.3 การจัดกลุ่มผู้สัมผัสและแนวทางการจัดการ

ตารางที่ 3 การจัดกลุ่มผู้สัมผัสตามระดับความเสี่ยงและการจัดการผู้สัมผัสผู้ป่วยยืนยันหรือเข้าข่ายติดเชื้อไวรัสฮันตา

การจำแนกความเสี่ยง	นิยาม	แนวทางการจัดการ
ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High-risk contacts)	<p>บุคคลที่มีการสัมผัสอย่างน้อยหนึ่งลักษณะต่อไปนี้กับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ที่พักในห้องเดียวกัน ● คู่ใกล้ชิดหรือผู้ที่มีการสัมผัสทางกายโดยตรง ● ผู้ที่ใช้ห้องน้ำหรือพื้นที่นอนร่วมกัน ● ผู้ที่อยู่ในระยะประมาณ 2 เมตร เป็นเวลานาน (รวมมากกว่า 15 นาที) ภายในอาคารหรือพื้นที่ปิด ● ผู้ที่รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมสังคมร่วมกัน เป็นเวลานาน หรือดูแลผู้ป่วย ● ผู้โดยสารเครื่องบินที่นั่งแถวเดียวกัน หรืออยู่ภายในระยะ 2 แถวรอบตัวผู้ป่วยทุกทิศทาง ในเที่ยวบินระยะยาว >6 ชั่วโมง ● ลูกเรือหรือเจ้าหน้าที่ขนส่งที่มีปฏิสัมพันธ์ซ้ำๆกับผู้ป่วย ● บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง ● บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ป่วยระหว่างหัตถการที่ก่อให้เกิดละอองฝอย (aerosol-generating procedures) โดยไม่มี PPE ที่เหมาะสม ● ผู้ที่จัดการผ้าปูที่นอน เสื้อผ้า ของใช้ส่วนตัว ขยะทางการแพทย์ หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย โดยไม่มี PPE ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ● กักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เป็นระยะเวลา 42 วัน นับจากวันสัมผัส ผู้ป่วยเข้าข่าย/ยืนยันครั้งสุดท้าย ● เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามอาการเชิงรุก (Active monitoring) ทุกวันจนครบ 42 วัน ● หากผู้สัมผัสมีอาการให้ทำเสมือนเป็นผู้ป่วยสงสัย (การแยกกักและตรวจ)

การจำแนกความเสี่ยง	นิยาม	แนวทางการจัดการ
ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ (Low-risk contacts)	<p>บุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมหรืออยู่ในยานพาหนะเดียวกับผู้ป่วยเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยัน ANDV แต่ไม่มีประวัติการสัมผัสใกล้ชิดโดยตรงหรือเป็นเวลานานกับผู้ป่วย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้โดยสารเครื่องบินที่อยู่นอกเขตที่นั่งเสี่ยงที่กำหนด (ระยะ 2 แถวรอบตัวผู้ป่วยทุกทิศทาง) ● ผู้ที่สัมผัสชั่วคราวระหว่างการเดินทาง ท่าเรือ หรือการสัมผัสทั่วไป ● ผู้ที่อยู่ในพื้นที่เปิดโล่งขนาดใหญ่ร่วมกันโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์เป็นเวลานาน ● บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นที่ใช้ PPE อย่างเหมาะสมตลอดการสัมผัส 	<ul style="list-style-type: none"> ● เฝ้าระวังอาการตนเองเป็นระยะเวลา 42 วันนับจากวันสัมผัสครั้งสุดท้าย ● หากผู้สัมผัสมีอาการให้รีบไปโรงพยาบาลและแจ้งประวัติเสี่ยงโดยจัดการเสมือนผู้ป่วยสงสัย

4.14 การทำความสะอาดและทำลายเชื้อ

การทำความสะอาดและทำลายเชื้อในพื้นที่เสี่ยงควรดำเนินการอย่างระมัดระวัง เนื่องจากการกวาดหรือทำความสะอาดแบบแห้ง (Dry sweeping) อาจทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อหรือสิ่งปนเปื้อน โดยเฉพาะในพื้นที่ปิดหรืออากาศถ่ายเทไม่ดี จึงควรใช้วิธีทำความสะอาดแบบเปียกและหลีกเลี่ยงการกวาดแห้ง ผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลตามมาตรการ Airborne Precautions ตลอดการปฏิบัติงาน หลังทำความสะอาดพื้นผิวทั่วไปควรใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพ เช่น Sodium hypochlorite ความเข้มข้น 0.1% โดยทิ้งระยะเวลาสัมผัสพื้นผิวอย่างน้อย 10 นาที ส่วนพื้นผิวที่อาจเสียหายจากคลอรีนสามารถใช้ Ethanol 70% หรือสารทำความสะอาดชนิด neutral detergent ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ควรจัดการวัสดุปนเปื้อน ผ้า เครื่องนอน และขยะติดเชื้ออย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม

4.15 การจัดการศพสงสัยหรือยืนยันการติดเชื้อ ANDV

การจัดการศพผู้เสียชีวิตจากผู้ป่วยสงสัยหรือติดเชื้อ ANDV ควรดำเนินการตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด แม้ยังไม่มีหลักฐานยืนยันการแพร่เชื้อจากศพโดยตรง แต่ควรปฏิบัติด้วยความระมัดระวัง ผู้ปฏิบัติงานต้องสวม Full PPE และล้างมือก่อน-หลังสัมผัสศพหรือวัสดุปนเปื้อน หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายศพและหัตถการที่ก่อให้เกิดละอองฝอย (Aerosol-generating procedures) โดยไม่จำเป็น ศพควรบรรจุในถุงเก็บศพชนิดป้องกันการรั่วซึม (Leak-proof body bag) และทำความสะอาดฆ่าเชื้อพื้นผิวหรืออุปกรณ์ที่ปนเปื้อนทุกครั้งหลังปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เนต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/115547.pdf>
2. World Health Organization. Hantavirus [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 May 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hantavirus>.

3. National Institute of Health, Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus) [Internet]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2026[cited 2026 May 7]. Available from: <https://nih.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/3593/nw/223>.
4. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus) [Facebook post]. [cited 2026 May 7]. Available from: <https://www.facebook.com/photo?fbid=1425135579415051&set=a.515577120370906>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet on orthohantavirus infections [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2026 [cited 2026 May 7]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hantavirus-infection/factsheet-orthohantavirus-infections>.

บทที่ 5

แนวทางการคัดกรอง เฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา ในด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

กองด้านควบคุมโรคติดต่อ
ระหว่างประเทศและกักกันโรค

โรคติดเชื้อไวรัสฮันตาจัดเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มีความสำคัญ โดยมีสัตว์ฟันแทะจำพวกหนูชนิดต่างๆ เป็นพาหะนำโรคตามธรรมชาติ ไวรัสชนิดนี้สามารถก่อให้เกิดกลุ่มอาการรุนแรงในมนุษย์ ได้แก่ กลุ่มอาการทางเดินหายใจ (Hantavirus Pulmonary Syndrome - HPS) ซึ่งมีอัตราการป่วยตายสูง และกลุ่มอาการไข้เลือดออกร่วมกับไตวาย (Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome - HFRS) ความท้าทายสำคัญที่ด้านควบคุมโรคต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษคือ สายพันธุ์ Andes virus (ANDV) ซึ่งพบระบาดในแถบอเมริกาใต้ เนื่องจากเป็นฮันตาไวรัสสายพันธุ์เดียวที่มีหลักฐานทางระบาดวิทยายืนยันว่าสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ผ่านการสัมผัสใกล้ชิดหรือละอองฝอยทางเดินหายใจ ส่งผลให้มาตรการคัดกรองผู้เดินทางต้องมีความละเอียดรอบคอบมากกว่าไวรัสฮันตาสายพันธุ์ทั่วไป¹

5.1 การพิจารณาและวางแผนมาตรการเฝ้าระวัง

การกำหนดมาตรการ ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศแต่ละแห่งต้องอาศัยการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เป็นสำคัญ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต้องพิจารณาจากโอกาสในการพบโรคและประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการระบาดของโรค เพื่อนำมาใช้ออกแบบและดำเนินมาตรการให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์มากที่สุด ทั้งนี้ มาตรการดังกล่าวต้องมีความยืดหยุ่นสูง โดยสามารถปรับเปลี่ยน เพิ่มเติม หรือลดระดับความเข้มข้นของการดำเนินงานได้ตามสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคที่เกิดขึ้นในประเทศต้นทางอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การบังคับใช้มาตรการยังต้องพิจารณาตามบริบทเฉพาะของแต่ละช่องทางเข้าออก เช่น ด้านทางอากาศ เน้นการตรวจสอบสถานการณ์โรคในพื้นที่ที่มีสายการบินเดินทางตรงมายังด่านฯ โดยเฉพาะจากเขตระบาดของโรค รวมถึงมีการวางระบบตรวจสอบผู้เดินทางที่อาจมาจากเขตการระบาดซึ่งอาจมีทั้งผู้ที่บินตรงและผู้ที่ไม่ได้บินตรงมาจากพื้นที่ดังกล่าว ส่วนด้านพรมแดนทางบกและทางเรือ อาจปรับจากการเน้นจำนวนบุคคล เป็นการพิจารณาจำนวนยานพาหนะหรือตู้คอนเทนเนอร์ซึ่งอาจเป็นแหล่งที่อยู่ของสัตว์ฟันแทะพาหะนำโรค ขณะที่ความสำเร็จของการเฝ้าระวังจะเกิดขึ้นได้จากการบูรณาการเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานข้างเคียง เช่น ตรวจคนเข้าเมือง ศุลกากร และด่านกักกันสัตว์ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทั้งส่วนบุคคล สินค้าและสัตว์พาหะนำโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 แนวทางการคัดกรองผู้เดินทางทั่วไป

การคัดกรองผู้เดินทาง ณ ด้านควบคุมโรคมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดโอกาสการนำเข้าของโรคระบาดจากต่างประเทศ และลดการแพร่กระจายของโรคที่อาจเป็นภัยคุกคามต่อผู้ร่วมเดินทางหรือชุมชนที่เป็นจุดหมายปลายทาง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการระบาดของโรคในต่างประเทศ การคัดกรองก่อนเข้าประเทศจะช่วยตรวจจับผู้เดินทางที่ป่วยหรือผู้ที่สัมผัสกับโรคเพื่อดำเนินการแยกกัก กักกัน หรือจัดการตามความเหมาะสมต่อไป การคัดกรองเบื้องต้นอาจทำได้โดยการประเมินอาการเจ็บป่วยด้วยสายตา การให้ผู้เดินทางตอบแบบคัดกรองอาการ หรือการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย หลังจากนั้นจึงแยกผู้เดินทางที่ต้องตรวจสอบเพิ่มเติมมาทำการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพิจารณาส่งตัวไปยังสถานพยาบาลหรือดำเนินการอื่นใดเพิ่มเติม โดยด่านฯ แต่ละแห่งควรจัดทำแผนการคัดกรองที่รวดเร็ว ปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน และหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการเดินทางหรือการค้าระหว่างประเทศ

5.3 การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากพื้นที่อื่น

การดำเนินงานในด้านๆ จะต้องมีการประสานงานกับหน่วยบริการทางการแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อรับส่งผู้ป่วยระหว่างประเทศ ทั้งในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน การเฝ้าระวังและคัดกรองโรคในผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากต่างประเทศควรพิจารณาถึงลักษณะของโรคและอาการของผู้ป่วย ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ โดยเฉพาะโรคที่มีความรุนแรงสูงอย่าง Andes virus ร่วมกับความเร่งด่วนในการรับบริการทางการแพทย์โดยด้านๆ แต่ละแห่งควรปรับแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ของตน โดยมีเป้าหมายสูงสุดให้ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัย รวมถึงใช้เวลาในการส่งต่อผู้ป่วยให้สั้นที่สุด เพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ

5.4 มาตรการจัดการสัตว์พาหะนำโรค

สำหรับการดำเนินงานในโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน การเฝ้าระวังนอกเหนือจากการมุ่งเน้นเพียงจำนวนบุคคลแล้ว ยังต้องมีการพิจารณาตรวจสอบจำนวนยานพาหนะหรือตู้คอนเทนเนอร์เพิ่มขึ้น เนื่องจากพื้นที่เหล่านี้อาจเป็นแหล่งที่อยู่หรือจุดหลบซ่อนของสัตว์พาหะ ซึ่งเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญของเชื้อไวรัสฮันตาไวรัส ในการดำเนินงานจริง เจ้าหน้าที่ต้องประสานงานและประชาสัมพันธ์มาตรการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด่านกักกันสัตว์ เพื่อร่วมกันเฝ้าระวังและตรวจสอบพาหนะหรือสินค้าที่อาจนำพาสัตว์พาหะที่มีเชื้อเข้าสู่ประเทศ มาตรการจัดการสัตว์พาหะนี้ต้องมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสามารถปรับเพิ่มความเข้มงวดได้ทันทีตามความรุนแรงของโรค เพื่อให้มั่นใจว่าการเฝ้าระวังพาหะนำโรคในช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศเป็นไปอย่างรัดกุม

สรุปมาตรการปฏิบัติการเฝ้าระวังไวรัสฮันตา ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ต้องยึดถือหลักการประเมินความเสี่ยงตามพื้นที่ (Risk-based Approach) โดยมุ่งเน้นการตรวจจับที่รวดเร็ว สามารถแยกผู้ป่วยออกมาจากผู้เดินทางปกติได้ การป้องกันเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ (โดยเฉพาะสายพันธุ์ที่ติดต่อกับคน) และการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในช่องทางอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการนำเข้าโรคอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

5.5 แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและคัดกรองโรคฮันตาไวรัส กรณีพบการระบาดของ Andes virus บนเรือ MV Hondius (พฤษภาคม 2569)

5.5.1 แนวทางการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคติดต่อไวรัสฮันตาในผู้เดินทางของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

- 1) ติดตามสถานการณ์การระบาดในต่างประเทศทุกวัน
- 2) ประชุมคณะทำงานช่องทางเข้าออกประเทศเพื่อรับทราบแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
- 3) เตรียมแผนรองรับการแยกกักและการส่งผู้ป่วย
- 4) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมสถานที่คัดกรอง สัมภาษณ์ ชักประวัติและตรวจประเมินอาการในผู้เดินทางที่สงสัยป่วย ประสานเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมืองเพื่ออำนวยความสะดวกเรื่องพิธีการเข้าเมืองในกรณีที่ผู้เดินทางต้องถูกส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และประสานศุลกากรเพื่อดำเนินการเรื่องการตรวจตราสัมภาระ
- 5) คัดกรองผู้โดยสารและลูกเรืออย่างเข้มข้นทุกลำ โดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยสงสัยตามรายงานแบบ ต.3 (เอกสารสำแดงสุขภาพของการเดินทางโดยพาหนะทางน้ำ) และกรณีเรือสำราญต้องดำเนินการตรวจอย่างละเอียดทุกลำ
- 6) การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้เดินทางจากอเมริกาใต้ 13 ประเทศ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์

ก่อนเข้าประเทศไทย โดยผู้เดินทางต้องรายงานตัวและซักประวัติอาการป่วยตามเอกสาร ต.8 ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศก่อนผ่านพิธีการตรวจคนเข้าเมือง

- 7) หากพบผู้เดินทางมีอาการเข้าได้กับโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา เช่น ไข้มากกว่า 38 °C ร่วมกับอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือหายใจเหนื่อยหอบ และมีประวัติเสี่ยง ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย ณ สถาบันบำราศนราดูรหรือโรงพยาบาลอื่นๆตามที่ช่องทางกำหนด พร้อมดำเนินการแยกกักหรือกักกันตามมาตรการ
- 8) สํารวจและเตรียม PPE ที่จำเป็นให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน้าด่านอย่างถูกต้องและเพียงพอ
- 9) จัดซ้อมแผนรับมือ ในรูปแบบ Drill หรือ Simulation Exercise สำหรับด่านควบคุมโรคฯ ท่าเรือ ภายในระยะเวลา 5 ปี

5.5.2 แนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพและการควบคุมพาหะนำโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

- 1) เข้มงวดด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมและมาตรการกำจัดพาหะนำโรคของยานพาหนะทุกครั้ง ที่เรือสำราญมาเทียบท่า
- 2) ตรวจสอบประเมินสุขภาพเรือและสิ่งแวดล้อมบนเรืออย่างเต็มรูปแบบ ในกรณีที่เรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง หรือมีผู้ถือสัญชาติจากประเทศในอเมริกาใต้ 13 ประเทศ เดินทางมาด้วย
- 3) ดำเนินการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดเหตุการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hantavirus [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hantavirus>

บทที่ 6

คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

กลุ่มสุขภาพหนึ่งเดียว และความร่วมมือระหว่างประเทศ
กองโรคติดต่อทั่วไป

ปัจจุบันยังไม่มียารักษาเฉพาะหรือวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา ดังนั้น การป้องกันโรคจึงเน้นการลดการสัมผัสระหว่างคนกับหนูเป็นหลัก โดยมีคำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮันตาสำหรับประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

คำแนะนำสำหรับประชาชน

1. การป้องกันตนเอง (Personal Protection)

- รักษาความสะอาดของบ้านและสถานที่ทำงาน
- ปิดช่องทางเข้าออกหรือช่องโหว่ที่ทำให้หนูเข้าไปในอาคารได้
- เก็บอาหารในภาชนะที่มีฝาปิดสนิท และอุ่นอาหารให้ร้อนจัดก่อนรับประทาน
- หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่อับชื้น มีฝุ่นเยอะ หรือบริเวณที่มีหนูชุกชุม
- หลีกเลี่ยงการกวาดแห้งหรือใช้เครื่องดูดฝุ่นทำความสะอาดบริเวณที่มีหนูอาศัยอยู่ (สังเกตจากการพบมูลหนู รอยกัดแทะ กลิ่นสาบ รอยเปื้อนตามขอบผนังหรือพื้น) ให้ยึดหลักทำความสะอาดอย่างปลอดภัย
- หมั่นล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะหลังทำความสะอาดหรือจับสิ่งของที่หนูอาจสัมผัส

2. การทำความสะอาดอย่างปลอดภัย (Safe Cleaning)

- หากพบมูลหนูหรือรังหนู ห้ามกวาดหรือดูดฝุ่นเด็ดขาด เพราะจะทำให้เชื้อฟุ้งกระจาย
- ก่อนทำความสะอาดบริเวณที่มีหนู ให้สวมถุงมือยางและหน้ากากอนามัยทุกครั้ง
- ใช้สเปรย์ฆ่าเชื้อฉีดพ่นมูลหนูด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น น้ำยาฟอกขาว (Bleach) ผสมน้ำในอัตราส่วน 1:10 หรือใช้น้ำยาทำความสะอาดทั่วไป ทิ้งไว้ 5-10 นาที
- หลังจากทิ้งเวลาให้น้ำยาฆ่าเชื้อทำงาน ให้ใช้ผ้าเปียกถูพื้นหรือเช็ดทำความสะอาดพื้นผิว
- ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดก่อนถอดถุงมือออก และล้างมืออีกครั้งหลังจากถอดถุงมือออก

3. การควบคุมหนู (Rodent Control)

- ปิดกั้นทางเข้าออกของอาคาร อุดรอยแตก รอยแยกตามผนัง บ้าน หรือห้องเก็บของ ไม่ให้หนูเข้ามาอาศัย
- เก็บอาหารทั้งของคนและของสัตว์เลี้ยงในภาชนะที่ปิดสนิท
- ทำความสะอาดบ้านและบริเวณรอบบ้านให้สะอาด โดยเฉพาะที่ทึบและอับชื้น
- กำจัดขยะ ทิ้งขยะในถังที่มีฝาปิดมิดชิด และจัดการเศษอาหารไม่ให้แหล่งอาหารของหนู

หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือหายใจหอบเหนื่อย หลังจากสัมผัสหนูหรือเข้าไปทำความสะอาดบริเวณที่มีหนู ให้รีบไปพบแพทย์ทันที

"เก็บอาหารให้มิดชิด จัดบ้านให้สะอาด ทำความสะอาดอย่างถูกวิธี" ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสฮันตา

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ก่อนเกิดการระบาด

1. ติดตามสถานการณ์การระบาดในต่างประเทศอย่างใกล้ชิด ทำการประเมินความเสี่ยง เพื่อพิจารณา มาตรการป้องกันควบคุมโรคตามความเหมาะสม เช่น คัดกรองผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง
2. ประสานหน่วยงานเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังโรคทั้งในคนและในสัตว์พื้นทะเล
3. สื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา
4. ประชุมเตรียมความพร้อมรับมือและตอบโต้สถานการณ์การระบาด ทบทวนองค์ความรู้และ มาตรการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย
5. ประสานหน่วยงานเครือข่ายเพื่อประเมิน กำกับติดตาม จัดการสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างเหมาะสม ทั้งในชุมชน ตลาด หรือบนเรือ

ขณะเกิดการระบาดหรือพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสฮันตา

1. ค้นหาและแยกกักผู้ป่วยโดยเร็ว รีบนำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดโอกาส การเสียชีวิตและจำกัดการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวงกว้าง
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ได้แก่ เสื้อกาวน์ ถุงมือ แว่นครอบตา และหน้ากาก N95 หรือ FFP3 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลควรอยู่ในห้องความดันลบ (Negative pressure room)
3. หลีกเลี่ยงการทำหัตถการกับผู้ป่วยที่ทำให้เกิดละอองฝอยโดยไม่จำเป็น และปฏิบัติตามมาตรการ ป้องกันควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการค้นหาและติดตามผู้สัมผัส โดยแบ่งออกเป็น
 - ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน (high-risk exposure) ให้ทำการกักตัว ในสถานกักกันที่กรมควบคุมโรคกำหนด เจ้าหน้าที่เฝ้าติดตามอาการและวัดไข้ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง
 - ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ (low-risk exposure) ให้ทำการกักตัวที่บ้าน (home quarantine) วัดไข้ และเฝ้าระวังอาการด้วยตนเองทุกวัน หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่น และปฏิบัติตาม หลักสุขอนามัยที่ดี

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำการเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้สัมผัสอย่างใกล้ชิด เป็นเวลา 42 วัน นับจากการสัมผัสกับผู้ป่วยครั้งสุดท้าย

5. เฝ้าระวังและคัดกรองผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงอย่างเข้มข้น

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ส่งเสริมให้แต่ละประเทศมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์รังโรคจำพวกหนู และสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ มีการทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการใหม่ ๆ เพื่อให้คำแนะนำและแนวทางการดำเนินงาน มีความทันสมัยอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Hantavirus [Internet]. 2026 [cited 2026 May 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hantavirus>.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidance for Public Health Assessment and Management of People with Potential Exposure to Andes Virus [Internet]. 2026 [cited 2026 May 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/hantavirus/php/emergency-guidance/index.html>.

บทที่ 7

แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

กลุ่มเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
และสื่อสารความเสี่ยง
กองโรคติดต่อทั่วไป

7.1 แนวทางการสื่อสารความเสี่ยง กรณีโรคฮันตาไวรัส

- รายละเอียดผู้ป่วยพอสังเขป ไม่นำเสนอข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย และผู้สัมผัส
- เสนอข้อมูลการเดินทาง การเข้ามาในประเทศไทย การตรวจพบอาการเจ็บป่วย อาการในปัจจุบันของผู้ป่วย และการดูแลรักษา

- มาตรการกระทรวงสาธารณสุข
- การสอบสวนโรค และการทำลายเชื้อ
- ชี้แจงทำความเข้าใจแก่บุคลากรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ
- ชี้แจงทำความเข้าใจแก่ประชาชน
- ขอความร่วมมือสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าวที่เป็นจริง

7.2 แผนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง

กลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่

1. ประชาชนทั่วไป
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สอบสวนโรค
3. อาสาสมัครสาธารณสุข
4. สื่อมวลชน
5. ผู้บริหารกรมควบคุมโรค ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการสื่อสารความเสี่ยง

1. ผลิตสื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
 - คู่มือการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคฮันตาไวรัส
 - โปสเตอร์คำแนะนำในการเฝ้าระวังโรคฮันตาไวรัส
 - แผ่นพับหรือ infographic ความรู้โรคฮันตาไวรัส
2. เผยแพร่ผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมถึงสถานที่ที่มีความเสี่ยง
 - เช่น สปอตทางสถานีวิทยุ โทรทัศน์ สัมภาษณ์สด หนังสือพิมพ์ ฯลฯ
3. อบรมเครือข่ายเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน เรื่อง การเฝ้าระวัง การป้องกันโรคฮันตาไวรัส

7.3 การสื่อสารในแต่ละระยะการระบาดของโรคฮันตาไวรัส

ระยะ 1 ระยะเตรียมการหรือยังไม่มีผู้ป่วยสงสัย

1. ประเมินความเสี่ยง ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
2. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อบริหารทรัพยากรที่มีอยู่
3. กำหนดโฆษกระดับกระทรวง/ กรม/ จังหวัด สำหรับให้ข่าว
4. จัดทำข่าวแจกเป็นระยะ และต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นประชาชน และลดความตระหนก
5. เผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ

6. ให้ข้อมูลข่าวสาร และรับแจ้งเหตุทาง 1422 และ 0 2590 3333
7. ให้บริการข่าวสารทางเว็บไซต์
8. จัดกิจกรรมพิเศษ และรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 2 มีผู้ป่วยสงสัยโรคอันตรายที่รักษาในโรงพยาบาลไทย

1. บริหารจัดการด้านการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยการประชุมชี้แจงทีมงาน
2. จัดเตรียมประเด็น ข้อมูลข่าวสาร สำหรับการแถลงข่าว
3. จัดทำข่าวแจกเป็นระยะ และต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นประชาชน และลดความตระหนก
4. แถลงข่าว โดยอธิบดีกรมที่เกี่ยวข้อง/ โฆษกกระทรวง/ กรมที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
5. ให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน โดยอธิบดีกรมที่เกี่ยวข้อง/ โฆษกกระทรวง/ กรมที่เกี่ยวข้อง
6. ผลิต และเผยแพร่สื่อ เผยแพร่ข้อมูลผ่านทางช่องทางต่าง ๆ
7. ให้ข้อมูลข่าวสาร และรับแจ้งเหตุทาง 1422 และ 0 2590 3333
8. ประสานทีมวิทยากร และที่ปรึกษาในกรณีนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการ
9. ประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ลงชุมชนในพื้นที่เสี่ยง
10. สร้าง และพัฒนาเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน
11. ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนสำคัญต่อการป้องกัน ควบคุม โรคที่เกิดกับประชาชน และชุมชน
12. จัดกิจกรรมพิเศษ และรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 3 มีผู้ป่วยสงสัยโรคอันตรายที่รักษาในโรงพยาบาลไทย รายที่ 1-3 และ/ หรือกรณีที่เป็น บุคลากรทางการแพทย์

1. บริหารจัดการด้านการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยการประชุมชี้แจงทีมงาน
2. จัดเตรียมประเด็น ข้อมูลข่าวสาร สำหรับการแถลงข่าว
3. จัดทำข่าวแจกเป็นระยะ และต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นประชาชน และลดความตระหนก
4. แถลงข่าวผู้ป่วยรายที่ 1 โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอธิบดีกรมที่เกี่ยวข้อง/ โฆษกกระทรวง/ กรมที่เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อมูล นอกจากนี้ ควรมินายแพทย์สสจ. และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมในงานแถลงข่าว
5. ให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน โดยรัฐมนตรีว่าการสธ. และ / หรือปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอธิบดีกรม ที่เกี่ยวข้อง/ โฆษกกระทรวง/ กรมที่เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อมูล
6. ผลิต และเผยแพร่สื่อ เผยแพร่ข้อมูลผ่านทางช่องทางต่าง ๆ
7. ให้ข้อมูลข่าวสาร และรับแจ้งเหตุทาง 1422 และ 0 2590 3333
8. ประสานทีมวิทยากร และที่ปรึกษาในกรณีนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการ
9. ประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ลงชุมชนในพื้นที่เสี่ยง
10. สร้าง และพัฒนาเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน
11. ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนสำคัญต่อการป้องกัน ควบคุม โรคที่เกิดกับประชาชน และชุมชน
12. จัดกิจกรรมพิเศษ และรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 4 มีผู้ป่วยสงสัยโรคอันตรายที่รักษาในโรงพยาบาลไทย รายที่ 4 ขึ้นไป และ/ ไม่ใช่ บุคลากรทางการแพทย์

1. บริหารจัดการด้านการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
2. จัดเตรียมประเด็น ข้อมูลข่าวสาร สำหรับการแถลงข่าว

3. จัดทำข่าวแจกเป็นระยะ และต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นประชาชน และลดความตระหนก
4. แดลงข่าว โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ / หรือรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย โดยมีอธิบดีกรมที่เกี่ยวข้อง/ โฆษกกระทรวง/ กรมที่เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อมูล นอกจากนี้ ควรมีนายแพทย์ สสจ. และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมในงานแถลงข่าว
5. ให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย อธิบดีกรมที่เกี่ยวข้อง/ โฆษกกระทรวง/ กรมที่เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อมูล/ นายแพทย์ สสจ. / แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย
6. ผลิต และเผยแพร่สื่อ เผยแพร่ข้อมูลผ่านทางช่องทางต่าง ๆ
7. ให้ข้อมูลข่าวสาร และรับแจ้งเหตุทาง 1422 และ 0 2590 3333
8. ประสานที่มหาวิทยาลัย และที่ปรึกษาในกรณีนำเสนอข้อมูลเชิงวิชาการ
9. ประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ลงชุมชนในพื้นที่เสี่ยง
10. สร้าง และพัฒนาเครือข่ายประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน
11. ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนสำคัญต่อการป้องกัน ควบคุม โรคที่เกิดกับประชาชน และชุมชน
12. จัดกิจกรรมพิเศษ และรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยง

ระยะที่ 5 หลังการระบาดของโรคฮันตาไวรัส

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมิน และวางแผนประชาสัมพันธ์หลังเกิดเหตุ
2. จัดเตรียมประเด็น ข้อมูลข่าวสาร สำหรับการแถลงข่าว
3. จัดแถลงข่าวสื่อมวลชน สรุปเหตุการณ์ และการดำเนินงาน
4. ให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน
5. ให้บริการข่าวสารทางเว็บไซต์

สื่อสารคำแนะนำสำหรับประชาชน

ไวรัสฮันตา

ยังไม่พบการระบาดในไทย

ติดตามหามู ป้องกันได้

1 ไวรัสฮันตา

- เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน
- มี หนู และ สัตว์ฟันแทะ
- เป็นแหล่งรังโรคตามธรรมชาติ
- คนมักติดเชื้อจากากรดูดนมหนูและจ้องหรือสัมผัสสิ่งของที่เป็นอันตรายต่อหนูของสัตว์พาหะ ได้แก่
 - ปัสสาวะ หนูจากรูหนู
 - สารคัดหลั่งของหนู

▼ หนูสามารถนำเชื้อไวรัสฮันตาเข้าสู่อาคาร เช่น

- คอกหมู
- โกดัง
- บ้านร้าง

2 โรคนี้ติดต่อจาก

- ส่วนใหญ่เป็นการติดต่อจากสัตว์สู่คน
- โดยส่วนใหญ่ **ไม่แพร่กระจายง่าย**

▼ การติดต่อระหว่างคนพบได้เฉพาะบางรายพันธุ์ในอเมริกาใต้ และชิปโด้ น้อยมาก

3 อาการสำคัญ

ระยะแรก

- คล้ายไข้หวัดใหญ่
- ไม่สูง
- ปวดศีรษะ
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน
- ปวดท้อง

อาการรุนแรง

- บวมตัวก้น
- ผื่นแดง
- หายใจล้มเหลว
- ไตวายเฉียบพลัน
- ความดันโลหิตต่ำ

กลุ่มอาการ HPS (Hemorrhagic fever with renal syndrome) ราวร้อยละ 30-40%

4 สถานการณ์ในประเทศไทย

ปัจจุบัน ยังไม่พบการระบาดในประเทศไทย

▼ กรมควบคุมโรคดำเนินการ

- เพิ่มระดับเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง
- ประชาสัมพันธ์ กำจัดและหลุมฝังศพที่เสียชีวิต
- แจ้งสถานพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อกักตัวผู้ป่วย

5 วิธีป้องกันตนเอง

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสัตว์ฟันแทะ
- อย่ากินอาหารที่สัมผัสกับมูลสัตว์
- อย่าสัมผัสกับของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย
- อย่าสัมผัสกับของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย
- อย่าสัมผัสกับของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย
- อย่าสัมผัสกับของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย

▼ หากต้องทำความสะอาดแหล่งที่อยู่อันตราย เช่น หนู

- ปิดไฟกลางแจ้ง
- ใช้ถุงมือ
- สวมหน้ากาก
- หลีกเลี่ยงการสัมผัส
- ล้างมือด้วยสบู่
- ทำความสะอาด
- หลีกเลี่ยงการสัมผัส
- หลีกเลี่ยงการสัมผัส

6 เมื่อไหร่ควรรีบพบแพทย์

หากมีอาการ

- ไข้สูง
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- คลื่นไส้ อาเจียน
- ผื่นแดง

▼ หลังสัมผัสสัตว์ฟันแทะ หรือสิ่งของที่มีหนูสัมผัส

ควรรีบพบแพทย์ หรือแจ้งระดับเฝ้าระวังและเฝ้าระวังการระบาด เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว

07/05/69

กรมควบคุมโรค

แนะวิธีป้องกัน "ไวรัสฮันตา" ย้ำไทยเสี่ยงต่ำ

เน้นดูแลสุขอนามัยและทำความสะอาดบ้านเรือน

ดูทีวี เพื่อลดโอกาสสัมผัสสัตว์ฟันแทะ

กรมควบคุมโรคห่วงใย อยากเห็นคนไทยมีสุขภาพดี

Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, Line, Phone 1422

HANTAVIRUS

โรคติดต่อไวรัสฮันตา

คำแนะนำด้านสุขภาพ สำหรับผู้เดินทางที่มาจากต่างประเทศ

หากคุณมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ภายใน 8 สัปดาห์ หลังออกเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

ไข้สูง

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ไอ

เหนื่อยหอบ หรือ หายใจลำบาก

หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่น และแจ้งประวัติการเดินทางให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบอย่างละเอียด

การตรวจพบเชื้อและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงได้

หมั่นล้างมือและรักษาความสะอาด

สวมหน้ากากอนามัย เมื่อมีอาการป่วย

งดการเดินทาง หากรู้สึกไม่สบาย

รีบไปพบแพทย์ทันที เมื่อเริ่มมีอาการ

มาตรการป้องกันโรค

- ป้องกันหรือกำจัดสัตว์ฟันแทะ: อย่านำเข้าไปในบ้านเรือนหรืออาคาร
- เก็บอาหารไว้ในที่ที่สัตว์ฟันแทะเข้าไม่ถึง
- หลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณที่มีหนูชุกชุม และการสัมผัสสัตว์ฟันแทะทุกชนิด
- ฆ่าเชื้อบริเวณที่มีสัตว์ฟันแทะ โดยการพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรค (เช่น สารฟอกขาวที่เจือจาง) ก่อนทำความสะอาด **ห้ามใช้วิธีการกวาดหรือดูดฝุ่น** บริเวณที่หนูเคยเข้าไป ให้ใช้วิธีถูด้วยผ้าเปียกหรือใช้ผ้าชุบสารเคมีฆ่าเชื้อโรค
- ดักและกำจัดสัตว์ฟันแทะด้วยวิธีการที่เหมาะสม ไม่แนะนำวิธีการดักจับอื่น ๆ

▼ หากมีอาการป่วย ขณะเดินทางให้แจ้งเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคฯ

▼ เป็นประเทศไทยไม่แล้ว ให้รีบมาตรวจอาการ 8 สัปดาห์ หลังการเดินทางกลับ โดยตรวจหาเชื้อไวรัสฮันตาให้เร็วที่สุด

โทร 02-591-6514 ต่อ 214

HANTAVIRUS

SELF-MONITORING

PROTECT YOURSELF, PROTECT OTHERS

If you develop any of the following symptoms within 8 weeks after traveling to affected areas, seek medical attention immediately:

Fever

Muscle Aches

Cough

Shortness of Breath or difficulty breathing

Avoid close contact with others and inform healthcare personnel about your travel history.

Early detection and prompt treatment can reduce the risk of severe illness.

Practice good hygiene

Wear a mask if you are sick

Avoid travel

Early seek medical attention

DISEASE PREVENTION

- Prevent or eliminate rodents from entering homes or buildings.
- Store food in rodent-proof containers or areas where rodents cannot access.
- Avoid rodent-infested areas and refrain from touching or handling rodents.
- Disinfect areas inhabited by rodents by spraying a disinfectant (such as diluted bleach) before cleaning. Do not sweep or vacuum areas where rodents have been; instead, use a damp cloth or a cloth soaked in disinfectant to wipe the area.
- Trap and eliminate rodents using appropriate methods. Live-capture traps are not recommended.

▼ If symptoms develop while travelling, inform port health officer.

▼ After entering Thailand, self-monitor symptoms for 8 weeks. If you feel unwell particularly influenza-like illness, please contact the Department of Disease Control Hotline 1422 or report your symptoms via the QR code.

Prepared by: Digital surveillance systems Development, Division of International Communicable Disease Control Ports and Quarantine (DIPQ) Tel. 02-591-6514 ext. 214

สรุป 10 ประเด็นสำคัญ

จากการระบาดของ เชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus) บนเรือสำราญในมหาสมุทรแอตแลนติก

จากรายงานของ Emerging Infections Subcommittee (ESCMD)



- 1 สถานการณ์การระบาด**
 เป็นกลุ่มก้อนบนเรือสำราญ MV HONDUS
 พบผู้ป่วยยืนยันและสงสัยรวม 7 ราย บนเรือสำราญ โดยจำนวนดังกล่าว เสียชีวิตแล้ว 3 ราย และอีก 1 ราย เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ในประเทศ South Africa
- 2 เชื้อที่สงสัย คือ Andes virus**
 นักวิชาการคาดว่าอาจเป็นสายพันธุ์ Andes virus ซึ่งพบในอเมริกาใต้ และเป็นสายพันธุ์หายากที่ "อาจ แพร่จากคนสู่คนได้" ในบางกรณี
- 3 การติดต่อสู่คน**
 เกิดจากการสูดดมของอากาศที่ชื้นผ่าน ฝุ่นผงที่สะสมอยู่ จะกระจาย หรือ น้ำลายของสัตว์ฟันแทะที่ติดโรค รวมถึงการสัมผัสของมูลเป็นถิ่นในสัตว์ฟันแทะ
- 4 การติดต่อจากคนสู่คน**
 WHO ระบุว่ายังอยู่ระหว่าง สืบสวนโรคร่วมกับนักวิทยาศาสตร์ที่ สืบเสาะหาความสัมพันธ์ หรือมีการติดต่อ ระหว่างผู้โดยสารที่ใกล้ชิดกัน
- 5 ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus cardiopulmonary syndrome หรือ Hantavirus pulmonary syndrome)**
 ใช้ ปอดประมาณ 1/3 ของปอด และเสียชีวิตได้รวดเร็ว พบใน Hantavirus กลุ่ม New World
- 6 ระยะฟักตัว**
 ประมาณ 1 - 8 สัปดาห์ หลังสัมผัสเชื้อไวรัสฮันตา
- 7 ประวัติชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มแรก**
 ผู้มีการมาชาวชิลีที่เสียชีวิต 2 รายแรก มีประวัติเดินทางที่เรือสำราญในมหาสมุทรแอตแลนติก ซึ่งเดินทางที่มหาสมุทรแอตแลนติก Andes virus ได้เป็นประจํา
- 8 เชื้อนี้ผู้โดยสารหลายประเทศ**
 พบใน 147 คน จาก 23 สัญชาติ ซึ่งถือเป็นการระบาดข้ามทวีประหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005)
- 9 WHO ประเมินความเสี่ยงต่อประชาชนทั่วไป อยู่ในระดับ "ต่ำ"**
 แม้โรคนี้มีความรุนแรงสูง แต่การติดต่อใน สถานะที่สงสัยไม่ได้เกี่ยวข้องกับ COVID-19 และไม่แนะนำให้กักตัวผู้เดินทาง
- 10 ยังไม่มีวัคซีนหรือยารักษาจำเพาะ**
 รักษาแบบประคับประคอง ใน ICU และใช้ยาเพื่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ ติดเชื้อจากการติดเชื้อ


แหล่งข้อมูล : Emerging Infections Subcommittee (ESCMD)
Division of International Communicable Disease Control Ports and Quarantine (DIPQ)

News of International Concern

Week 19/2569 กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ

5 พฤษภาคม 2569

Outbreak Alert: การระบาดของ Hantavirus ในเรือสำราญ



รายละเอียดสถานการณ์

- เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2569 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แถลงการณ์ว่า มีผู้เสียชีวิต 3 ราย จากการติดเชื้อที่สงสัยว่าเกิดจาก hantavirus ซึ่งเป็นกลุ่มไวรัสที่พบในแมลงและสัตว์ฟันแทะเป็นหลัก โดยผู้เสียชีวิตทั้งหมดอยู่บนเรือสำราญที่แล่นอยู่ในมหาสมุทรแอตแลนติก
- ยืนยันการติดเชื้อในกองเรือระหว่าง 2 ราย และยังมีผู้บาดเจ็บสองรายเพิ่มเติมอีก 4 ราย
- ผู้ติดเชื้อทั้งหมด 6 ราย มีเชื้อสาย 3 ราย และอีก 1 ราย อยู่ในห้องผู้ป่วยวิกฤตในประเทศ South Africa

การตรวจคัดกรองโรคติดต่อจากไวรัส

ไวรัสฮันตา (Hantavirus) อยู่ในวงศ์ Bunyviridae เป็นเชื้อไวรัสที่พบในสัตว์ฟันแทะ โดยไม่ทำให้สัตว์ฟันแทะป่วยแต่สามารถแพร่สู่คนได้

- กลุ่มอาการที่พบบ่อยร่วมกับกลุ่มอาการไข้หวัด (Hemorrhagic fever with renal syndrome) พบใน Hantavirus กลุ่ม Old World และพบได้ประมาณ 2-4 สัปดาห์ (2 วัน - 2 เดือน)
- ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus cardiopulmonary syndrome หรือ Hantavirus pulmonary syndrome) (มีการเปลี่ยนแปลงของปอดอย่างเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้รวดเร็ว) พบใน Hantavirus กลุ่ม New World และพบได้ประมาณ 2 สัปดาห์ (2 วัน - 6 สัปดาห์) ซึ่งทราบแหล่งที่แพร่กระจายคือเป็นกลุ่มอาการนี้
- อาการของโรค : มี ปอดอักเสบเฉียบพลัน และภาวะช็อคของระบบทางเดินอาหาร ตามด้วยการหายใจลำบากเฉียบพลันและความดันโลหิตต่ำ อาการแรกสุดของช่วงเวลาร่วมกันคืออาการปอดอักเสบเฉียบพลันที่รุนแรง ความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน เป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงอาการที่รุนแรง และเสียชีวิตได้ อัตราตายสูงถึงร้อยละ 35 - 50

การติดต่อสู่คน

- เกิดจากการสูดดมของอากาศที่ชื้นผ่าน ฝุ่นผงที่สะสมอยู่ และน้ำลายของสัตว์ฟันแทะที่ติดโรคโดยไม่ได้ทราบ และการติดต่อจากคนสู่คนที่ยังไม่ทราบ

มาตรการป้องกันโรค

- ต้องทำความสะอาดที่พักบนเรือ ให้สะอาดและไม่ปนเปื้อนหรือสกปรก
- เก็บของมูลสัตว์ที่สัตว์ฟันแทะขับถ่ายทิ้งให้พ้นมือ
- อย่าให้อุปกรณ์ที่สัมผัสกับพื้น: โดยตรงผ่านสายไฟสายเคเบิล (เช่น สายพ่วงจากเรือ) สัมผัสกับพื้นดิน ถ้าเป็นไปได้ควรทำความสะอาดบริเวณที่สัมผัสพื้นดิน
- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับของหรือสัตว์ที่สงสัยว่าติดโรค
- อย่าสัมผัสกับสัตว์ฟันแทะหรือสัตว์ที่สงสัยว่าติดโรค

มาตรการควบคุมการระบาด

- ควบคุมสัตว์ฟันแทะ : มาตรการป้องกันเชื้อโรคไวรัสฮันตาในสัตว์ฟันแทะในป่า หากตรวจพบความผิดปกติระหว่างเรือในทะเลและในตู้เรือ ให้รีบทำลายสัตว์ฟันแทะที่ตาย ๆ รวมถึงการกำจัดสัตว์ฟันแทะที่เสียชีวิต

แหล่งข้อมูล : ESCM, ESCM, ESCM, ESCM, ESCM, ESCM, ESCM, ESCM, ESCM, ESCM
Division of International Communicable Disease Control Ports and Quarantine (DIPQ)

สื่อสารมาตรการการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรการเฝ้าระวังและการสุขาภิบาลเชิงรุก ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

เพื่อป้องกันและควบคุมโรคจากการระบาดของเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus)




ข้อปฏิบัติ

- 1** ติดตามสถานการณ์การระบาดในต่างประเทศทุกวัน
- 2** เข้มงวดด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและมาตรการกำจัดพาหะนำโรคของยานพาหนะในทุกครั้งที่เรือสำราญมาเทียบท่า
- 3** ประชุมคณะทำงานช่องทางเข้าออกประเทศ เพื่อรับทราบแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน
- 4** ตรวจสอบผู้โดยสารและลูกเรืออย่างเข้มงวดทุกลำ โดยเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคติดต่อเฉียบพลันแบบเฉียบพลัน 3 ซึ่งหากเป็นเรือสำราญ จะต้องดำเนินการตรวจอย่างละเอียดในทุกลำ
- 5** ตรวจสอบประเมินสุขาภิบาลเรือและสิ่งแวดล้อมบนเรืออย่างเต็มรูปแบบในกรณีที่มีเรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง หรือมีบุคคลที่ถือสัญชาติจากประเทศกลุ่มเสี่ยงเดินทางมาด้วย
- 6** เตรียมแผนรองรับการแยกกักตัวและการส่งผู้ป่วยยืนยัน
- 7** จัดซ้อมแผนรับมือ ในรูปแบบ Drill หรือ Simulation exercise สำหรับด้านควบคุมโรคฯ ทำเรือ ภายในระยะเวลา 5 ปี

คำแนะนำ

ให้ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ **ทั้ง 74 แห่ง**

คัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากทวีปอเมริกาใต้** ซึ่งเป็นเขตติดโรคใช้เหลือง



ต้องสวมหน้ากากอนามัย ตามเอกสาร ค. 8



ทำการวัดไข้ ผู้เดินทางทุกคน

สายด่วนกรมควบคุมโรค 1422

กรมควบคุมโรค

ddc.moph.go.th

แหล่งที่มา : กองควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2569



ข่าวเพื่อสื่อมวลชน



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร 02 590 3859 โทรสาร 02 590 3386



กรมควบคุมโรคแนะวิธีป้องกัน “ไวรัสฮันตา” ย้ำไทยเสี่ยงต่ำ เน้นดูแลสุขภาพอนามัยและทำความสะอาดบ้านเรือนถูกวิธี เพื่อลดโอกาสสัมผัสสัตว์ฟันแทะ

วันนี้ (7 พฤษภาคม 2569) นายแพทย์มณฑิเตอร์ คณาสวัสดิ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยถึงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus) ซึ่งเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยมีสัตว์ฟันแทะ เช่น หนูนา หนูบ้าน เป็นพาหะหลัก ปัจจุบันประเทศไทยพบการติดเชื้อในระดับต่ำ และไม่มีการระบาดเป็นวงกว้าง อย่างไรก็ตาม ประชาชนควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง

นายแพทย์มณฑิเตอร์ กล่าวว่า ไวรัสฮันตาสามารถแพร่สู่คนได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่งของหนู ได้แก่ ปัสสาวะ อุจจาระ และน้ำลาย โดยการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ การสูดดมฝุ่นละอองที่ปนเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ และน้ำลาย ของหนูที่มีเชื้อ รองลงมา คือ การสัมผัสเชื้อแล้วนำมือไปสัมผัสบริเวณจมูก ปาก หรือดวงตา และบางกรณีอาจติดเชื้อจากการถูกหนูกัดแต่โอกาสเกิดมีน้อย ขณะที่การติดต่อจากคนสู่คนพบได้น้อยมาก และจำกัดเฉพาะบางสายพันธุ์ เท่านั้น เมื่อเชื้อไวรัสฮันตาเข้าสู่ร่างกาย จะมีระยะฟักตัวประมาณ 1 – 8 สัปดาห์ โดยอาการเริ่มแรกจะคล้ายไข้หวัด มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ร่วมกับมีอาการของระบบทางเดินอาหาร (ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน) ต่อมาผู้ป่วยอาจพัฒนาเป็นอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ ซึ่งอาการของโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ (Hantavirus Cardiopulmonary Syndrome: HCPS) พบในแถบทวีปอเมริกา มีความรุนแรงสูง ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก มีภาวะน้ำท่วมปอด และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว 2. กลุ่มอาการ ไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตวาย (Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome: HFRS) พบในแถบทวีปยุโรป และเอเชีย ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้เลือดออกง่าย และมีภาวะไตวาย

นายแพทย์ดิเรก ขำแป้น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวเพิ่มเติมว่า ความรุนแรงของโรคขึ้นกับสายพันธุ์ ของไวรัส โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ อาจมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20 – 40 ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก น้ำท่วมปอด เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่ชั่วโมง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียาต้านไวรัสเฉพาะหรือวัคซีน ป้องกันโรคฮันตาไวรัส การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการ เช่น การให้ออกซิเจน การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการฟอกไตในรายที่มีภาวะไตวาย ดังนั้น การเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ สำหรับประเทศไทยมีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากเคยพบผู้ป่วยเพียงรายเดียว สายพันธุ์ที่พบมีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์ในทวีปอเมริกา และไม่พบการแพร่ระบาดในประเทศไทย

คำแนะนำสำหรับประชาชนในการป้องกันโรคฮันตาไวรัส เน้นการลดการสัมผัสระหว่างคนและหนู เป็นหลัก ได้แก่ 1. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่อับอากาศหรือสถานที่ที่อาจมีหนูอาศัยอยู่ เช่น ห้องเก็บของ หรืออาคารที่ปิดทิ้งไว้นาน 2. หากจำเป็นต้องทำความสะอาดพื้นที่ที่สงสัยว่ามีหนู ควรหลีกเลี่ยงการกวาดหรือดูดฝุ่น เพราะจะทำให้เชื้อฟุ้งกระจาย ควรใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โซเดียมไฮโปคลอไรต์ (น้ำยาซักผ้าขาว) ฉีดพ่นให้เปียก ก่อนเช็ดทำความสะอาด 3. รักษาความสะอาดบ้านเรือนและสถานที่ทำงานไม่ให้เป็นที่ลี้ภัยของหนู และเพาะพันธุ์ ของหนู อุดช่องโหว่ ปิดทางเข้าออกไม่ให้หนูเข้ามาในอาคาร และ 4. หมั่นล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดอยู่เสมอ

“แม้โรคฮันตาไวรัสในประเทศไทยจะยังมีความเสี่ยงต่ำ แต่การรู้เท่าทันและป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อ และสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากต้องการสอบถาม ข้อมูลเพิ่มเติม สามารถสอบถามได้ที่ สายด่วนกรมควบคุมโรค โทร. 1422”

ข้อมูลจาก : กองโรคติดต่อทั่วไป/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค
วันที่ 7 พฤษภาคม 2569



ข่าวเพื่อสื่อมวลชน



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร 02 590 3859 โทรสาร 02 590 3386



กรมควบคุมโรค เข้มด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หลัง WHO เตือนไวรัสฮันดาบนเรือสำราญ ย้ำยังไม่พบการระบาดในไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ยกระดับมาตรการเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ หลังองค์การอนามัยโลก (WHO) แจ้งเตือนกรณีพบผู้เสียชีวิตและผู้ติดเชื้อไวรัสฮันดา (Hantavirus) บนเรือสำราญต่างชาติ พร้อมกำชับทุกด่านควบคุมโรคเพิ่มความเข้มงวดในการคัดกรองผู้เดินทางและเฝ้าระวังยานพาหนะจากพื้นที่เสี่ยง เพื่อป้องกันการนำโรคเข้าสู่ประเทศไทย

วันนี้ (9 พฤษภาคม 2569) นายแพทย์มณฑิเรศ คลาสวัสดิ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่ แม้ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสฮันดา แต่กรมควบคุมโรคได้สั่งการให้ทุกด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เพิ่มความเข้มงวดในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตามผู้เดินทางจากต่างประเทศ โดยเฉพาะผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง รวมถึงยกระดับมาตรการเฝ้าระวังในกลุ่มเรือสำราญและยานพาหนะระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด

กรมควบคุมโรคได้เน้นย้ำมาตรการสำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงของช่องทางเข้าออกประเทศ การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้โดยสารและลูกเรืออย่างละเอียดก่อนอนุญาตเข้าเทียบท่า รวมถึงการติดตามรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่อบนเรืออย่างเข้มงวด โดยเฉพาะเรือสำราญทุกลำต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียด นอกจากนี้ ยังได้สั่งการให้ดำเนินมาตรการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและกำจัดพาหะนำโรคบนเรือทุกครั้งทีเข้าเทียบท่า โดยเฉพาะเรือที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง คัดกรองอาการป่วยและซักประวัติเสี่ยงในผู้เดินทางจากประเทศที่พบเชื้อสายพันธุ์นี้ เช่น ทวีปอเมริกาใต้ โดยละเอียด พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ให้เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

นายแพทย์มณฑิเรศ กล่าวเพิ่มเติมว่า โรคติดต่อไวรัสฮันดาเป็นโรคที่ติดต่อจากสัตว์ฟันแทะสู่คนผ่านการสัมผัสปัสสาวะ มูล หรือสารคัดหลั่งของสัตว์ฟันแทะที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปไวรัสฮันดาติดต่อได้ง่ายเหมือนโรคทางเดินหายใจทั่วไป ประชาชนจึงไม่จำเป็นต้องตื่นตระหนก แต่ขอให้ติดตามข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคยืนยันว่า ประเทศไทยมีระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่พร้อมดำเนินการทันที หากพบความเสี่ยงต่อประเทศไทย พร้อมขอความร่วมมือประชาชนที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ หากมีอาการไอสูง ปวดเมื่อย หรือหอบเหนื่อยผิดปกติ หลังสัมผัสสัตว์ฟันแทะ หรือมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ควรรีบไปพบแพทย์และแจ้งประวัติการเดินทางและประวัติสัมผัสสัตว์ เพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่สายด่วนกรมควบคุมโรค โทร. 1422

ข้อมูลจาก : กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค
วันที่ 9 พฤษภาคม 2569

บทที่ 8

มาตรการทางกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสฮันตา

สำนักงานคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ
กองโรคติดต่อทั่วไป

เมื่อมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา (Hantavirus Disease) เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558¹ ส่งผลให้การดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค อยู่ภายใต้กรอบอำนาจตามกฎหมายอย่างเข้มข้น เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยด้านสุขภาพของประชาชน และป้องกันการแพร่กระจายของโรคในวงกว้าง โดยกำหนดให้ทั้งประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ มีหน้าที่และบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อมีอำนาจดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรคให้เป็นไปอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ดังนี้

8.1 หน้าที่ในการแจ้งเหตุเมื่อพบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย (มาตรา 31)²

บุคคลที่มีหน้าที่แจ้งโรค	ข้อมูลที่ต้องแจ้ง
1) เจ้าบ้าน หรือ ผู้ควบคุมดูแล หรือ แพทย์ที่ทำการรักษาในบ้าน	<ul style="list-style-type: none">ชื่อและที่อยู่ ของผู้แจ้งความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบัน หรือ สถานที่ที่ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย พักรักษาตัวอยู่วันที่เริ่มเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายกรณีผู้แจ้งเป็นแพทย์ ให้แจ้งการวินิจฉัยโรคขั้นต้น ประเภทของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย และ ผลการรักษาเพิ่มเติมมาด้วย
2) ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล	<ul style="list-style-type: none">ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ทำงาน ของผู้แจ้งชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบัน หรือ สถานที่ที่ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย พักรักษาตัวอยู่วันที่เริ่มเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายวันแรกรับไว้รักษา การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ประเภทและอาการสำคัญของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย ผลการรักษา

บุคคลที่มีหน้าที่แจ้งโรค	ข้อมูลที่ต้องแจ้ง
3) ผู้ทำการชันสูตร หรือ ผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร	<ul style="list-style-type: none"> ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ทำงาน ของผู้แจ้ง ชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบัน หรือ สถานที่ที่ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ทำงานของผู้ส่งวัตถุตัวอย่าง การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น และผลการชันสูตร
4) เจ้าของ หรือ ผู้ควบคุมสถานประกอบการ หรือ สถานที่อื่นใด	<ul style="list-style-type: none"> ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ทำงาน ของผู้แจ้ง ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย ชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบัน และ อาการสำคัญของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย

- **ระยะเวลาการแจ้ง:**
 - บุคคลตาม 1) หรือ 4) ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นข้าราชการสังกัดกรมควบคุมโรคในราชการบริหารส่วนกลาง หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ ภายใน 3 ชั่วโมง นับแต่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย
 - บุคคลตาม 2) หรือ 3) ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นข้าราชการสังกัดกรมควบคุมโรคในราชการบริหารส่วนกลาง ภายใน 3 ชั่วโมง นับแต่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์หรือทางการสัตวแพทย์ ตรวจพบว่ามีหรืออาจมีเชื้ออันเป็นเหตุของโรคติดต่ออันตราย
- **วิธีการแจ้ง:** ให้ดำเนินการแจ้งโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ได้แก่ การแจ้งโดยตรงต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ การแจ้งทางโทรศัพท์ โทรสาร (FAX) หนังสือราชการ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) หรือวิธีการอื่นใดเพิ่มเติมตามที่อธิบดีกรมควบคุมโรคกำหนด
- เมื่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้รับแจ้งว่ามีเหตุสงสัย มีข้อมูลหรือหลักฐานว่ามีโรคติดต่ออันตราย ให้แจ้งต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร และรายงานข้อมูลให้กรมควบคุมโรคทราบโดยเร็ว

8.2 มาตรการควบคุมโรคโดยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ (มาตรา 34) ³

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ มีอำนาจดำเนินการหรือออกคำสั่งเป็นหนังสือ ดังนี้

- (1) **การจัดการตัวบุคคล:** สั่งให้ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย รวมถึงผู้สัมผัสโรคหรือพาหะ มารับการตรวจ รักษา ชันสูตร หรือแยกกัก (Isolation) กักกัน (Quarantine) หรือคุมไว้สังเกต (Control for observation) ณ สถานที่ที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด จนกว่าจะพ้นระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุอันควรสงสัย หากเป็นสัตว์ให้เจ้าของหรือผู้ครอบครอง สัตว์เป็นผู้นำสัตว์มารับการตรวจหรือรักษา หรือรับการชันสูตรทางการแพทย์

- (2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค: สั่งให้ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะติดโรคมารับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามวัน เวลา และสถานที่ที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด เพื่อไม่ให้โรคติดต่ออันตรายแพร่ออกไป หากเป็นสัตว์ให้เจ้าของหรือผู้ครอบครองสัตว์เป็นผู้นำสัตว์มารับการป้องกันโรค
- (3) การจัดการศพ/ซากสัตว์: สั่งให้นำศพหรือซากสัตว์ที่ตายหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าตายด้วยโรคติดต่ออันตราย ไปรับการตรวจ หรือจัดการทางการแพทย์ หรือจัดการอื่นใด เพื่อป้องกันการแพร่ของโรค
- (4) การจัดการสถานที่และสิ่งของ: สั่งให้เจ้าของ ผู้ครอบครอง หรือผู้พักอาศัยในบ้าน โรงเรือน สถานที่ หรือพาหนะที่มีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น ดำเนินการกำจัดความตืดโรค ทำลายสิ่งที่มีเชื้อโรคติดต่อหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่ามีเชื้อโรคติดต่อ หรือแก้ไขปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะเพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่ของโรค โดยต้องดำเนินการจนกว่าเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อจะมีคำสั่งยกเลิก
- (5) การจัดการพาหนะนำโรค: สั่งให้เจ้าของ ผู้ครอบครอง หรือผู้พักอาศัยในบ้าน โรงเรือน สถานที่ หรือพาหนะที่มีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น กำจัดสัตว์ แมลง หรือตัวอ่อนของแมลงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดต่ออันตราย
- (6) การห้ามดำเนินการอันอาจก่อให้เกิดการแพร่โรค: ห้ามดำเนินการใดๆ ที่อาจก่อให้เกิดสภาวะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดโรคติดต่ออันตรายแพร่ออกไป
- (7) การจำกัดพื้นที่: ห้ามผู้ใดเข้าไปหรือออกจากที่เอกเทศ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ
- (8) การเข้าไปตรวจสอบ: สามารถเข้าไปในบ้าน โรงเรือน สถานที่ หรือพาหนะที่มีหรือสงสัยว่ามีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมไม่ให้มีการแพร่ของโรค

8.3 หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) (มาตรา 36)³

8.3.1 การจัดตั้งและองค์ประกอบ

- การจัดตั้ง: ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร จัดตั้งหน่วย CDCU ขึ้นในทุกอำเภอหรือทุกเขตอย่างน้อย 1 หน่วย เพื่อทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย
- องค์ประกอบของหน่วย CDCU: อย่างน้อยต้องประกอบด้วยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ 1 คน และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข 2 คน โดยอาจแต่งตั้งเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือภาคเอกชน ตามจำนวนที่ผู้ว่าราชการจังหวัด/ กรุงเทพมหานครเห็นสมควรร่วมด้วย

8.3.2 แนวทางการสอบสวนโรค⁴

เมื่อเกิดโรคติดต่ออันตรายหรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดโรคติดต่ออันตรายขึ้นในเขตพื้นที่ใด ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่นั้นร่วมกับหน่วย CDCU ดำเนินการสอบสวนโรคทันที ภายใน 12 ชั่วโมง นับแต่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ก่อนเริ่มดำเนินการสอบสวนโรคติดต่ออันตราย

- เตรียมความพร้อมและมอบหมายหน้าที่ในการจัดเตรียมเอกสาร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ตลอดจนหลักเกณฑ์ วิธีการ หรือข้อมูลที่ต้องใช้ในการสอบสวนโรคติดต่ออันตราย

- สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) หรือสวมใส่ชุดหรืออุปกรณ์ป้องกันตามความจำเป็นหรือเหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือจากผู้สัมผัสโรค รวมถึงจากสิ่งแวดล้อม

ระหว่างดำเนินการสอบสวนโรคติดต่ออันตราย

- ทบทวนข้อมูลหรือสถานการณ์การเกิดโรคเบื้องต้น
- เมื่อพบผู้ป่วยรายแรก (Active case finding) ให้ค้นหาผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายเพิ่มเติม ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- ค้นหาผู้ที่เป็นผู้สัมผัสโรค โดยแบ่งผู้สัมผัสโรคตามระดับความเสี่ยงว่าเป็นผู้สัมผัสโรคที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีความเสี่ยงต่ำ
- ให้ผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือผู้ที่เป็นผู้สัมผัสโรคหรือเป็นพาหะแจ้งข้อมูลที่เป็นต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยอย่างน้อยต้องแจ้งข้อมูลของตนเอง รวมถึงข้อมูลของคนในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด โรคประจำตัว ประวัติการเดินทาง ประวัติการทำงาน ประวัติการสัมผัสผู้ป่วย ประวัติการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือการรับยา ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้ติดเชื้อโรคหรือแพร่เชื้อโรค หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการสอบสวนโรคหรือป้องกันหรือควบคุมโรค
- เก็บตัวอย่างที่จำเป็นเพื่อส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เช่น เก็บตัวอย่างจากผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย จากผู้สัมผัสโรคหรือเป็นพาหะ จากศพ เช่น การชันสูตรศพ (Autopsy) การเก็บชิ้นเนื้อบางส่วนจากสารคัดหลั่งหรืออวัยวะจากศพ (Necropsy) จากสิ่งแวดล้อมจากสัตว์หรือซากสัตว์ หรือจากสิ่งอื่นใดที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรคหรือป้องกันหรือควบคุมโรค โดย หลักเกณฑ์และวิธีการในการเก็บตัวอย่างให้เป็นไปตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- สำรวจสิ่งแวดล้อม (Environmental study) ที่เกี่ยวกับการติดต่อของโรค เช่น ระบบน้ำดี น้ำทิ้ง ระบบการระบายอากาศภายในอาคาร กระบวนการผลิตอาหาร การสำรวจพาหะนำโรค
- ศึกษาทางกีฏวิทยา (Entomological study) ในกรณีที่โรคนั้นเป็นโรคติดต่อมาโดยแมลง
- ทำลายสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อโรคติดต่อ เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) หรือวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสอบสวนโรค โดยให้ดำเนินการทำลายเชื้อโรคติดต่ออย่างเหมาะสม
- ในกรณีเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อสัมผัสกับผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด หรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อโรคติดต่อ โดยไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) หรือไม่ได้สวมชุดหรืออุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม หรือชุดหรืออุปกรณ์ที่สวมอยู่ชำรุดหรือฉีกขาด ให้หยุดปฏิบัติหน้าที่และแจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือกรมควบคุมโรค ทันที

เมื่อดำเนินการสอบสวนโรคแล้วเสร็จ ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

- ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ทบทวนและจัดทำสรุปผลการดำเนินการสอบสวนโรคของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (After Action Review) อย่างเป็นระบบ
- ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อและเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ เฝ้าระวังอาการของตนเองภายในหนึ่งระยะฟักตัวสูงสุดของโรคนั้น ๆ หากมีอาการป่วยหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าป่วย

ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อที่มีหน้าที่รับแจ้งกรณีมีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น หรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดขึ้น

8.4 มาตรการที่ช่องทางเข้าออกประเทศ (มาตรา 38, 39, 42) ³

เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- **อำนาจรอบช่องทางเข้าออก (มาตรา 38) :** เมื่อมีเหตุอันสมควร ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศมีอำนาจตรวจตรา ควบคุม กำกับดูแลในพื้นที่นอกช่องทางเข้าออก และแจ้งให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นดำเนินการกำจัดยุงและพาหะนำโรคในรัศมี 400 เมตรรอบช่องทางเข้าออก
- **อำนาจต่อพาหนะและผู้เดินทาง (มาตรา 39) :** เมื่อมีเหตุอันสมควรหรือมีเหตุสงสัยว่าพาหนะนั้นมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรที่มีโรคระบาด ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
 - (1) สั่งให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะ แจ้งกำหนดวัน เวลา และสถานที่ที่พาหนะนั้นๆ จะเข้ามาถึงด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
 - (2) สั่งให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะที่เข้ามาในราชอาณาจักร ยื่นเอกสารต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
 - (3) ห้ามบุคคลเข้าหรือออกจากพาหนะที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งยังไม่ได้รับการตรวจจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และห้ามผู้ใดนำพาหนะอื่นเข้าเทียบพาหนะนั้น เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานฯ
 - (4) เข้าไปในพาหนะและตรวจผู้เดินทาง สิ่งของ หรือสัตว์ที่มากับพาหนะ ตรวจตราและควบคุมให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะแก้ไขสุขาภิบาลของพาหนะให้ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งกำจัดสิ่งอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพในพาหนะ โดยให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะอำนวยความสะดวกแก่เจ้าพนักงานฯ
 - ห้ามเจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะนำผู้เดินทางที่ไม่ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติเข้ามาในราชอาณาจักร
- **เมื่อตรวจพบว่าผู้เดินทางเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือเป็นพาหะนำโรค (มาตรา 42) :** มีอำนาจสั่งให้บุคคลตั้งกล่าวถูกกัก (Isolation) กักกัน (Quarantine) คุมไว้สังเกต (Observation) หรือได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยกำหนดให้ผู้เดินทางเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการทั้งหมดของเจ้าพนักงานฯ

8.5 มาตรการในกรณีจำเป็นเร่งด่วน เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ของโรคติดต่ออันตราย (มาตรา 35) ³

ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร มีอำนาจสั่งการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ดังนี้

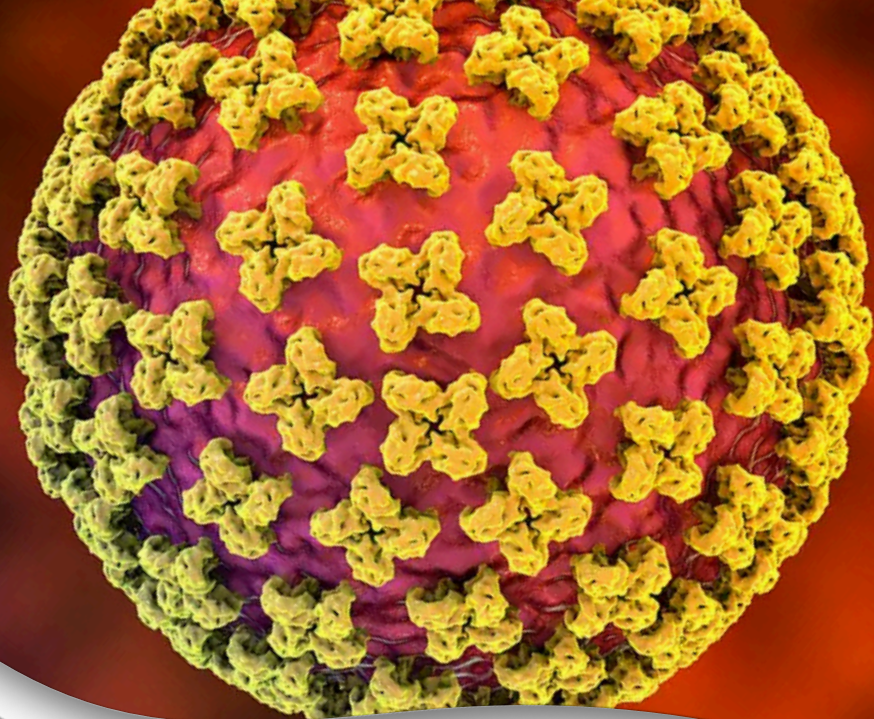
- **สั่งปิด** ตลาด สถานที่ประกอบหรือจำหน่ายอาหาร สถานที่ผลิตหรือจำหน่ายเครื่องดื่ม โรงงาน สถานที่ชุมนุมชน โรงมหรสพ สถานศึกษา หรือสถานที่อื่นใดไว้เป็นการชั่วคราว
- **สั่งให้** ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย หยุดการประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว
- **สั่งห้าม** ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย เข้าไปในสถานที่ชุมนุมชน โรงมหรสพ สถานศึกษา หรือสถานที่อื่นใด เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

8.6 บทกำหนดโทษ ³

ฐานความผิด	บทกำหนดโทษ
ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งตามมาตรา 31	ปรับไม่เกิน 20,000 บาท (มาตรา 50)
ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามมาตรา 34 (1) (2) (5) หรือ (6) มาตรา 39 (1) (2) (3) หรือ (5) มาตรา 40 (5) หรือไม่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามมาตรา 39 (4)	ปรับไม่เกิน 20,000 บาท (มาตรา 51)
ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามมาตรา 34 (3) (4) (3) หรือ (8) หรือมาตรา 40 (3) หรือ (4) หรือผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครตามมาตรา 35	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 52)
ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามมาตรา 38	ปรับไม่เกิน 20,000 บาท (มาตรา 53)
ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ	ปรับไม่เกิน 20,000 บาท (มาตรา 55)

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2569. ราชกิจจานุเบกษา. 2569;143 ตอนพิเศษ 120 ง:17.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา. 2560;134 ตอนพิเศษ 316 ง:3.
3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา. 2558;132 ตอนที่ 86 ก:26-39.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา. 2563;137 ตอนพิเศษ 93 ง:20.



แนวทางการป้องกันควบคุม
โรคติดเชื้อไวรัสฮันตาในประเทศไทย
: กรณีพบผู้ป่วยบนเรือสำราญต่างประเทศ ปี 2569

HANTAVIRUS

