



# สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Institute for Urban Disease Control and Prevention

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of Disease Control Ministry of Public Health

โทรศัพท์ 0-2521-0943 โทรสาร 0-2521-0936

สัปดาห์ที่ 18 (ระหว่างวันที่ 5 – 11 พฤษภาคม 2567)

## สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา

### 1. การได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์ และตรวจสอบข่าว

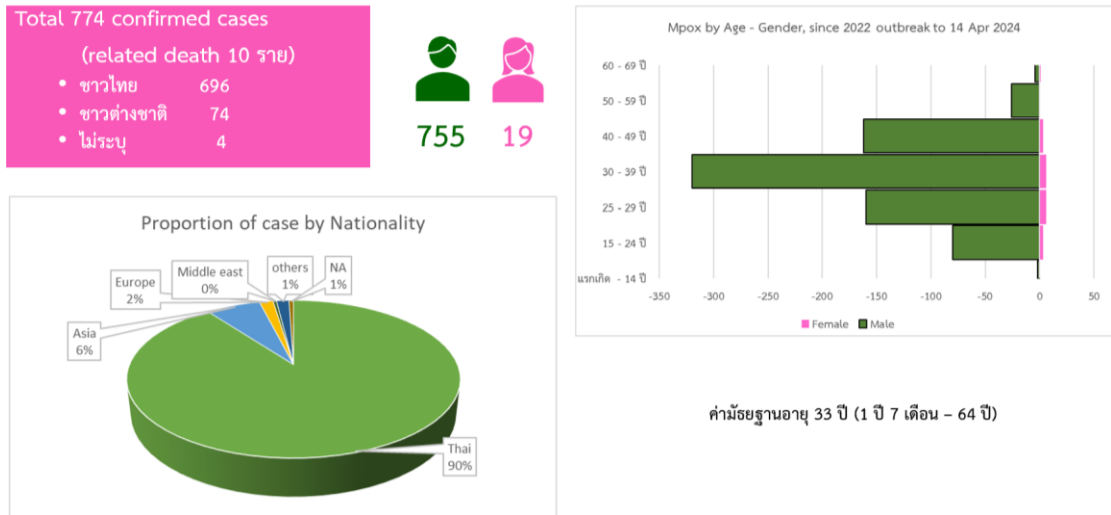
| โรคและภัยสุขภาพ | จำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับแจ้ง | เขตพื้นที่ที่พบโรคสูงสุด<br>พื้นที่กรุงเทพมหานคร   | จำนวนป่วยรวม  | จำนวนเสียชีวิตรวม | เข้าเกณฑ์ DCIR และ<br>เกณฑ์สอบสวนโรค |
|-----------------|-----------------------------|--|---|-------------------|--------------------------------------|
| โรคไข้ซิกา      | 2 ราย                       | โซนกรุงเทพใต้ 1 ราย<br>โซนกรุงเทพกลาง 1 ราย  | Positive 0 ราย<br>รอผล Lab 2 ราย<br>(เลขที่ Lab No 144, 146)  | ไม่มี             | ไม่เข้าเกณฑ์                         |
| โรคลิซมาเนีย    | 1 ราย                       | โซนกรุงธนเหนือ 1 ราย   | Positive 2 ราย  | ไม่มี             | ไม่เข้าเกณฑ์                         |
| โรคฝีดาษวานร    | 4 ราย                       | 1. โซนกรุงเทพเหนือ 0 ราย<br>2. โซนกรุงเทพกลาง 1 ราย<br>3. โซนกรุงธนเหนือ 0 ราย<br>4. โซนกรุงเทพใต้ 0 ราย<br>5. โซนกรุงธนใต้ 0 ราย<br>6. โซนกรุงเทพตะวันออก 0 ราย | Positive 3 ราย<br>* กทม. 1 ราย<br>* นอกเขต 2 ราย<br>ส่งต่อให้สคร .4<br>Negative 1 ราย<br>รอผล Lab 0 ราย | ไม่มี             | ไม่เข้าเกณฑ์                         |

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังระบาดวิทยา พื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 5 – 11 พฤษภาคม 2567 พบโรคและภัยสุขภาพที่น่าสนใจ เฉพาะผู้ป่วยโรค COVID-19 เสียชีวิต 1 ราย พื้นที่เขตบางกอกน้อย ได้รับการวินิจฉัยเป็น covid from pneumonia และได้รับรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร จำนวน 3 ราย (อยู่ในโซนกรุงเทพกลาง 1 ราย และนอกเขตส่งต่อให้สคร. 4 จำนวน 2 ราย) เป็นคนไทยเพศชาย อายุระหว่าง 44 ปี โดยเริ่มป่วยระหว่างวันที่ 22 เมษายน 2567 ผู้ป่วยมีรสนิยมทางเพศแบบชายรักชาย (MSM) ปัจจัยเสี่ยง คือ การมีเพศสัมพันธ์กับชายแปลกหน้าและไม่ได้ป้องกัน และพบผู้ป่วยศีรษะเล็กสงสัยโรค Zika จำนวน 2 ราย และพบผู้ป่วยยืนยันโรคลิซมาเนีย จำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 70 ปี สัญชาติไทย เขตจอมทอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ เริ่มป่วย 22 เมษายน 2567 เข้ารับการรักษาที่สถาบันโรคผิวหนัง ตรวจพบเชื้อ Leishmania positive ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช วันที่ 11 พฤษภาคม 2567 และมีการเฝ้าระวังโรคลีเจียนเนร์ และดำเนินการควบคุมโรค ในสถานประกอบการประเภทโรงแรม ในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง

## 2. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

### 2.1 สถานการณ์โรคฝีดาษวานร (Mpox)

ประเทศไทย ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 30 เมษายน 2567 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 774 ราย เสียชีวิต 10 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.55 เพศหญิง ร้อยละ 2.45 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30 – 39 ปีอายุน้อยที่สุด คือ 1 ปี 7 เดือน และอายุมากที่สุด คือ 64 ปี ผู้ป่วยรายสัปดาห์ที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ระยอง อุดรธานี สมุทรปราการ ปทุมธานี และภูเก็ต (ดังรูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงสถานการณ์โรคฝีดาษวานร ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 30 เมษายน 2567  
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

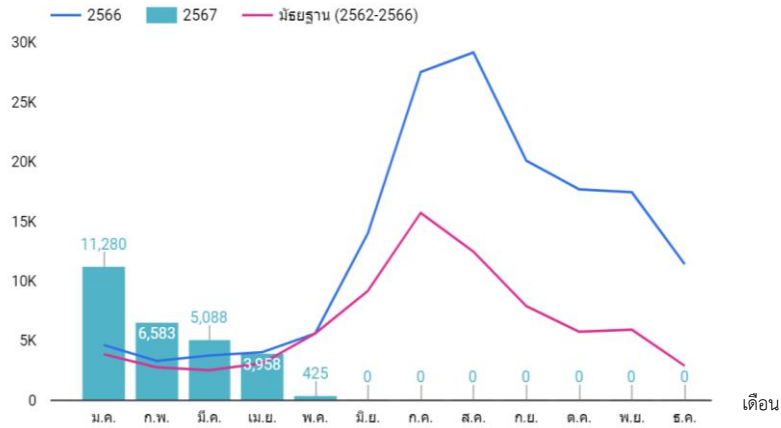
กรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ณ วันที่ 11 พฤษภาคม 2567 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 37 ราย สัญชาติไทย ร้อยละ 78.4 ต่างชาติ ร้อยละ 21.6 ทั้งหมดเป็นเพศชาย และเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน อายุระหว่าง 20 - 49 ปี ที่มีรสนิยมทางเพศแบบชายรักชาย (MSM) ร้อยละ 83.78 ปัจจัยเสี่ยง คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ป้องกัน (Unsafe sex) ร้อยละ 59.5 โดยเฉพาะกับคนแปลกหน้า และมีโรคประจำตัว คือ HIV ร้อยละ 45.95 พบผู้ป่วยรายสัปดาห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่พบมากบริเวณกรุงเทพมหานครเหนือกรุงเทพมหานคร ที่มีแหล่งท่องเที่ยวและมีชาวต่างชาติพักอาศัย

### 2.2 สถานการณ์โรคไข้เลือดออก

ประเทศไทย ข้อมูลจากรายงาน 506 กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 8 พฤษภาคม 2567 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 27,334 ราย (รายงานเพิ่มขึ้น 823 ราย) อัตราป่วย 41.22 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยเริ่มลดลงและมีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าปี พ.ศ. 2566 แต่ยังมีจำนวนผู้ป่วยสูงมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562–2566) 1.2 เท่า (ดังรูปที่ 2)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสะสม 5 อันดับแรก คือ จังหวัดภูเก็ต, จังหวัดสุราษฎร์ธานี, จังหวัดสงขลา, จังหวัดชลบุรี และจังหวัดพัทลุง ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยัน 31 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 โดยอัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 5 - 14 ปี อายุ 15 - 24 ปี และอายุ 0 - 4 ปี ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ ไปรักษาซ้ำ มีโรคประจำตัว และติดสุรา ตามลำดับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้เสียชีวิตพบไวรัสเดงกีทั้ง 4 สายพันธุ์ โดยพบ DENV-2 มากที่สุด รองลงมา คือ DENV-1 DENV-3 และ DENV-4 ตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ราย)

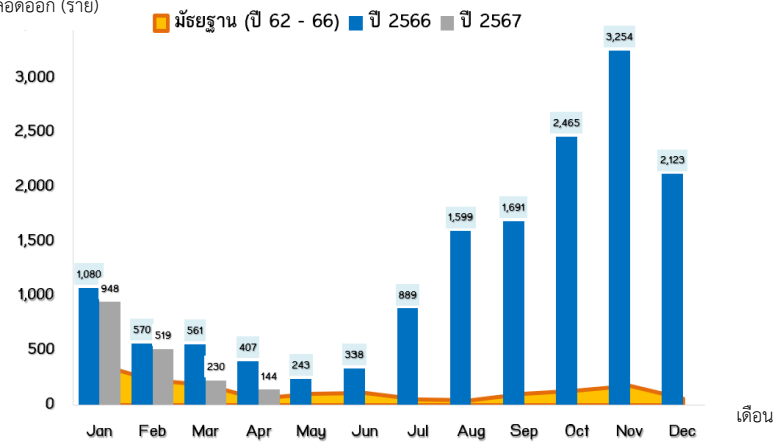


รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำแนกรายเดือน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบ พ.ศ. 2566 และ ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค

**กรุงเทพมหานคร** ข้อมูลจากรายงาน 506 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 11 พฤษภาคม 2567 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน 1,841 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 33.50 ต่อประชากรแสนคน พบว่าปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยปี พ.ศ. 2566 ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ยังคงสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562–2566) จำเป็นที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง (ดังรูปที่ 3)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พื้นที่กรุงเทพมหานคร พบเขตที่อัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เขตสวนหลวง อัตราป่วย 62.0 ต่อแสนประชากร เขตพระนคร อัตราป่วย 60.0 ต่อแสนประชากร เขตหนองแขม อัตราป่วย 56.7 ต่อแสนประชากร เขตดินแดง อัตราป่วย 47.7 ต่อแสนประชากร และเขตวังทองหลาง อัตราป่วย 46.9 ต่อแสนประชากร

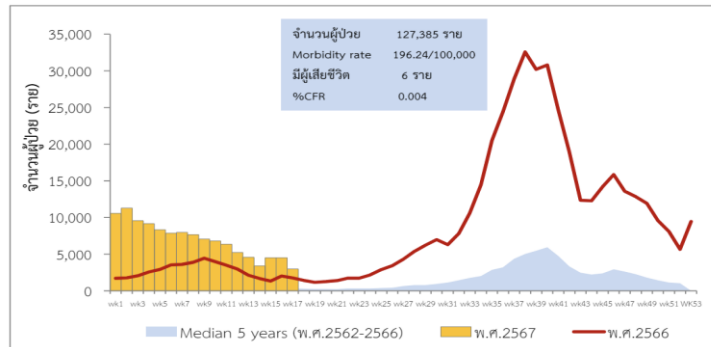
จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ราย)



รูปที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2566 - 2567 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

## 2.3 สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่

**ประเทศไทย** ข้อมูลจากรายงาน 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 4 พฤษภาคม 2567 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 127,385 ราย อัตราป่วย 196.24 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 6 ราย ในจังหวัดนครราชสีมา 3 ราย จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานีและกรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 1 คน อัตราป่วยตาย 0.004 โดยมีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (5 ราย) และชนิด B (1 ราย) โดยสถานการณ์ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ดังรูปที่ 4)



รูปที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคไข้หวัดใหญ่จำแนกรายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 - 2567 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

**กรุงเทพมหานคร** ข้อมูลจากรายงาน 506 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ณ วันที่ 11 พฤษภาคม 2567 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 20,215 ราย อัตราป่วย 367.88 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.02 เขตที่พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สูงสุด 5 อันดับแรก คือ เขตบางเขน จำนวน 881 ราย รองลงมา คือ เขตวัฒนา จำนวน 748 ราย เขตบางกะปิ จำนวน 740 ราย เขตประเวศ จำนวน 733 ราย และ เขตสายไหม จำนวน 723 ราย ตามลำดับ พบมากในกลุ่มเด็กเล็ก และกลุ่มวัยเรียน อายุ 0 - 9 ปี และ อายุ 10 - 19 ปี ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) และกลุ่มอาการปอดบวมจากโรงพยาบาลเครือข่ายของโครงการ Flu- Bangkok ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 13 พฤษภาคม 2567 มีตัวอย่าง ส่งตรวจจำนวน 3,335 ตัวอย่าง พบเชื้อไข้หวัดใหญ่ จำนวน 328 ตัวอย่าง สายพันธุ์ที่พบมากที่สุด คือ Flu A-H3 จำนวน 159 ตัวอย่าง ร้อยละ 48.48 รองลงมา คือ Flu A-H1 pdm09 จำนวน 104 ตัวอย่าง ร้อยละ 31.71 และ Flu B จำนวน 65 ตัวอย่าง ร้อยละ 19.82 ตามลำดับ นอกจากนี้พบเชื้อ RSV จำนวน 160 ตัวอย่าง และเชื้อ SARS Cov-2 จำนวน 100 ตัวอย่าง จะเห็นได้ว่า ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น โรคติดเชื้อ RSV และ โรคโควิด-19 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

## 2.4 สถานการณ์โรค Leishmaniasis

**ทั่วโลก** ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โรคไลมาเนียพบในประเทศ ทั้งแถบเขตร้อนและใกล้เขตร้อน ซึ่งพบโรคไลมาเนีย อย่างน้อย 88 ประเทศ ได้แก่ ทวีปยุโรป แอฟริกา ตะวันออกกลาง คาบสมุทรอินเดีย อเมริกากลางและอเมริกาใต้ ส่วนใหญ่พบในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีมากกว่า 350 ล้านคน ทั้งนี้พบผู้ป่วยประมาณ 14 ล้านคน อุบัติการณ์ 1.5 - 2 ล้านคน/ปี ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 700,000 คน/ปี แต่ทั้งนี้การรายงานโรค ยังต่ำกว่าสถานการณ์จริงประมาณ 3 เท่า โรคไลมาเนีย : เป็นโรคติดเชื้อโปรโตซัว Leishmania spp. โดยมี รินฝอยทราย (Sandfly) เป็นแมลงพาหะของโรคกัด ผู้ป่วยแต่ละรายจะแสดงอาการป่วยแตกต่างกันตามสายพันธุ์ ของเชื้อที่เข้าสู่ร่างกาย เช่น อาจเกิดแผลตรงผิวหนังบริเวณที่ถูกกัด เกิดแผลที่เยื่อบุจมูกหรือปาก ตับ ม้ามโต ผิวซีด หรือเป็นไข้เรื้อรัง เป็นต้น โรคนี้เกิดได้ 3 ลักษณะ คือ ไลมาเนียที่ผิวหนัง (cutaneous leishmaniasis: CL)

ลิชมาเนียที่มีผลต่ออวัยวะภายใน (visceral leishmaniasis: VL) หรือเรียกว่า kala-azar และลิชมาเนียที่เกิดบริเวณเยื่อบุบริเวณปากและจมูก (mucocutaneous leishmaniasis: MCL) ลิชมาเนียที่ผิวหนัง เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุด ลิชมาเนียที่เกิดแผลบริเวณเยื่อบุบริเวณปากและจมูก ทำให้รูปหน้าผิดไปจากเดิม ซึ่งทำให้พิการได้มากที่สุด ส่วนลิชมาเนียที่ปรากฏอาการและมีผลต่ออวัยวะภายใน เป็นรูปแบบที่รุนแรงที่สุด โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ ลิชมาเนีย ชนิด cutaneous leishmaniasis มากกว่า 1 ล้านคน/ ปี และลิชมาเนียที่มีผลต่ออวัยวะภายใน ประมาณ 50,000 – 90,000 ราย/ ปี มีเพียงร้อยละ 25 – 45 ที่รายงานข้อมูลต่อองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้โรคลิชมาเนียนี้ มีโอกาสเกิดการระบาดและเสียชีวิตได้ หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา

สถานการณ์ในประเทศไทย : มีทั้งผู้ป่วยชาวต่างชาติ และแรงงานไทยกลับจากแหล่งโรคในประเทศ ตะวันออกกลางนำเข้ามา (imported cases) ปี พ.ศ. 2539 - 2567 จำนวน 40 ราย (ผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 4 ราย) อุบัติการณ์โรคปี พ.ศ. 2567 = 0.04 – 0.23 ต่อ 10,000 ประชากรในหน่วยพื้นที่ระดับอำเภอ จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – 2567 จำนวน 6 ราย สัดส่วนผู้ป่วยโรคลิชมาเนีย พบมากในผู้ชาย อายุที่พบบ่อยที่สุด ระหว่าง 35 – 44 ปี พบผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา, จังหวัดพังงา, จังหวัดสุราษฎร์ธานี, จังหวัดจันทบุรี, จังหวัดนครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร

ระยะฟักตัวของโรคไม่แน่นอนอาจตั้งแต่ 2 - 3 วัน สัปดาห์ จนถึงหลายเดือน เป็นปี หรือหลายๆ ปี แต่ส่วนใหญ่ระยะฟักตัวค่อนข้างนาน การวินิจฉัยโรคประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ วินิจฉัยโรคจากอาการทางคลินิกมีความน่าจะเป็นในการวินิจฉัยโรคก่อนการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ เช่น หากผู้ป่วยมีไข้เรื้อรังหลายสัปดาห์เกิดขึ้นในป่าของประเทศเปรู อาจวินิจฉัยว่าเป็น CL หากพบผู้ป่วยที่มีไข้ น้ำหนักลด ซีด ตับโต ในพื้นที่ระบาด เช่น ไบฮาร์ ประเทศอินเดีย อาจวินิจฉัยว่าเป็น VL เป็นต้น การวินิจฉัยโรคจากพยาธิสภาพ ยืนยันโดยการเจาะดูไขกระดูกหรือตัดชิ้นเนื้อตับ ม้ามตรวจดู amastigote ภายใต้กล้องจุลทรรศน์ หรือการตรวจหา DNA หรือ RNA ของเชื้อ Leishmania ด้วยวิธี PCR และการวินิจฉัยโรคจากภูมิคุ้มกันวิทยา ด้วยการตรวจหาแอนติบอดี การวิเคราะห์ cell-mediated และทดสอบทางผิวหนัง ซึ่งการเลือกวิธีวินิจฉัยโรคขึ้นกับลักษณะของการเกิดโรค

การรักษา โดยใช้ยารักษาทั้งชนิดทาแผล รับประทาน และฉีด แต่การฉีดมีอาการข้างเคียงค่อนข้างรุนแรงต่อผู้ป่วย ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ในโรงพยาบาล ยาที่ใช้รักษา ได้แก่ Pentavalent Antimonial, Pentamidine, Paromomycin sulfate, Miltefosine และ Ketoconazole

มาตรการป้องกัน กำจัดเชื้อลิชมาเนียในผู้ป่วย โดยค้นหาให้พบผู้ป่วยทั้งระยะปรากฏอาการ และไม่ปรากฏอาการ พร้อมทั้งการรักษาอย่างรวดเร็วจนหายขาด ควบคุม กำจัดพาหะรื้อนฝอยทราย โดยปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้าน นอกบ้านให้สะอาดและเป็นระเบียบ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์รื้อนฝอยทราย ควบคุม กำจัดสัตว์รังโรค โดยสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมควรอยู่ห่างจากตัวบ้านอย่างน้อย 10 เมตร กรณีเลี้ยงในบ้านหรือใกล้บ้าน ควรให้สัตว์นอนในมุ้งชุบเคมี หรือคลุมด้วยผ้า/ กระจอบปาน/ ปลูกคอกชุบเคมีตอนกลางคืน สัตว์ที่มีเชื้อลิชมาเนียต้องกำจัด โดยปรึกษาสัตวแพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานปศุสัตว์ ป้องกันตนเองอย่าให้รื้อนฝอยทรายกัด เช่น ทายากันยุงสวมเสื้อผ้าปกปิดทั่วร่างกาย เมื่อเข้าป่า ไร่ ไร่ ทำสวน ทำไร่ นอนในมุ้งชุบเคมี ไม่อยู่นอกบ้านช่วงพลบค่ำที่รื้อนฝอยทรายออกหากินมาก คนที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) ควรป้องกันถูกรื้อนฝอยทรายกัด รวมทั้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV แรงงานไทยและชาวมุสลิมที่กลับจากประเทศแหล่งโรคในตะวันออกกลาง หากถูกรื้อนฝอยทรายกัดบ่อยๆ เมื่อปรากฏอาการสงสัยต้องรีบไปพบแพทย์

### 3. มาตรการและข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

**3.1 โรคฝีดาษวานร** พื้นที่กรุงเทพมหานคร ในสัปดาห์ที่ผ่านมาพบรายงานผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่หลังช่วงวันหยุดเทศกาล การแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานรไม่ใช่เกิดเฉพาะในกลุ่มรักร่วมเพศเท่านั้น อาจเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกัน ประชาชนหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคนไม่รู้จัก ไม่สัมผัสแนบเนื้อกับผู้ที่ มีผื่น, ตุ่มหรือหนอง รวมทั้งควรล้างมือบ่อยๆ และไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น

สำหรับสถานพยาบาล หรือคลินิกเอกชน กรณีที่พบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อหรือมีอาการ พิจารณาเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันหาเชื้อ โดยซักประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเติม เช่น ประวัติสัมผัสหรือความเสี่ยงโดยให้ผู้ป่วยคิดว่าผู้ป่วยน่าจะสัมผัสโรคที่ไหน อย่างไร โดยไม่ต้องขึ้นไปในเรื่องพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว กรณีผู้ป่วยชาวต่างชาติ หรือมีประวัติเดินทางเข้ามาประเทศไทยไม่เกิน 21 วัน ให้ซักประวัติการเดินทางไปยังเมือง ประเทศต่างๆ ควรซักประวัติและขอข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดการติดเชื้อ หรือสัมผัสโรคขณะเดินทาง และในช่วงเทศกาล ที่ผ่านมา มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่ระบาดของโรค จากการสัมผัสแนบชิด และการนัดหมายต่อเนื่อง อาจจะมีเพิ่มพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ดังนั้น ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังและรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อฝีดาษวานรได้ ทั้งช่องทาง DDS และช่องทาง Event – base surveillance

**3.2 โรคไข้เลือดออก** จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรค และการประเมินความเสี่ยง ถึงแม้แนวโน้มผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร จะลดลงเล็กน้อย แต่ยังสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง จำเป็นที่ต้องเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพื้นที่ที่เคยเกิดการระบาดของโรค ในปี พ.ศ. 2566 นอกจากนี้สถานบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการไข้ออกผื่น โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโรคไข้ปวดข้อยุงลาย ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนรับทราบในการป้องกันควบคุมโรค กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 เพื่อลดความรุนแรงของการระบาด และจำนวนผู้เสียชีวิต หากมีอาการสงสัยโรคไข้เลือดออกควรพบแพทย์ ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

**3.3 โรคไข้หวัดใหญ่** จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนหลายเหตุการณ์ ส่วนใหญ่เป็นสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันจำนวนมาก เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ, การบวชสามเณรภาคฤดูร้อน, ค่ายทหาร เป็นต้น โรคไข้หวัดใหญ่ พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มากกว่าปี พ.ศ. 2566 ถึง 4.3 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกัน และพบผู้ป่วยโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นในช่วง 1 – 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จึงเน้นย้ำมาตรการส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวให้ถูกสุขอนามัย รักษาความอบอุ่นร่างกาย และควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง กรณีที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ ให้สวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงไปในที่มีการรวมกลุ่มอย่างหนาแน่นจำนวนมาก หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

## แหล่งที่มา

1. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2567 ประเทศไทย [เข้าถึงวันที่ 14 พฤษภาคม 2567] <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting> และสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พื้นที่กรุงเทพมหานคร [เข้าถึงวันที่ 14 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://webportal.bangkok.go.th/bmadcd>
2. สถานการณ์โรคฝีดาษวานร พื้นที่กรุงเทพมหานคร [เข้าถึงวันที่ 14 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php>
3. ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ - ไข้หวัดนก [เข้าถึงวันที่ 14 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/doi/pagecontent.php?page=607&dept=doi>
4. ข้อมูลสถานการณ์โรคไลชมาเนีย [เข้าถึงวันที่ 14 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงได้จาก [https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1)  
[https://ddc.moph.go.th/disease\\_detail.php?d](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d) และ <https://pidst.or.th/A245.html>

### สรุปและตรวจสอบข่าวการระบาด โดย

|                  |                |                                  |            |
|------------------|----------------|----------------------------------|------------|
| นางสาวสมรภัช     | ศิริเชตรกรณ์   | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | หัวหน้าทีม |
| นางสาวจันทร์เจรา | กิจโชคประเสริฐ | นักวิชาการสาธารณสุข              | สมาชิกทีม  |
| นางสาวยุวรัตน์   | กองสิงห์       | นักวิชาการสาธารณสุข              | สมาชิกทีม  |