

อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, ธนัชชา ไทยธนสาร, จันจิรา ชินศรี, กมลชนก ช่วยจันทร์, รัชทิพร ชนะมาร, เจษฎา ธนกิจเจริญกุล

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างวันที่ 20–26 กุมภาพันธ์ 2565 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. วัณโรคที่อวัยวะหลายขนานชนิดรุนแรงมาก จังหวัด

สมุทรสาคร พบผู้ป่วย 1 ราย เพศชาย สัญชาติไทย อายุ 30 ปี อาชีพพนักงานบริษัท โรคประจำตัว หอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ร่วมกับเคยเป็นวัณโรคปอด เมื่ออายุ 18 ปี และรักษาครบ 6 เดือน (ผู้ป่วยมีประวัติเคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรครวมบ้าน) อยู่ขณะป่วย ห้างเช่าแห่งหนึ่งในตำบลท่าจีน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ประมาณเดือนกรกฎาคม 2563 เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพก่อนเข้าทำงาน ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ต่อมาวันที่ 11 พฤศจิกายน 2563 ผู้ป่วยมีอาการไอ เจ็บคอด้านซ้าย เสียเวลานอกเวลาไอ เข้ารับการตรวจร่างกาย ฟังเสียงปอด ไม่มีเสียงวี๊ด (Lung Clear) และ Cervical LN Negative เก็บเสมหะส่ง Acid Fast Bacill (AFB) ให้ผลลบ ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก แสดง Diffuse fibro calcification both upper and middle lung zone วางแผนการรักษาจากการป่วยด้วยวัณโรคเดิมและเชื่อมโยงกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และนัดติดตามอาการ หลังจากมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยไม่ได้มาตามการนัดหมายของแพทย์ เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2564 เข้ารับการรักษารักษาโรคติดเชื้อโควิด 19 (COVID-19) ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบภาวะปอดอักเสบ แพทย์ทำการรักษาแบบ COVID pneumonia ไม่ได้มีการเก็บ AFB และได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เริ่มป่วยวันที่ 29 ตุลาคม 2564 ด้วยอาการไข้ ไอ เหนื่อย ประมาณ 3 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกซ้ำ แพทย์วินิจฉัยสงสัยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ และวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นวัณโรคที่อวัยวะหลายขนาน (MDR-TB) ผลการตรวจ AFB ผลบวกทั้ง 3 วัน วันที่ 31 ตุลาคม 2564 เริ่มสูตรยา HRZE และส่งตรวจ Line probe assay (LPA) เพิ่มเติม และยังได้ให้ยา HRZE ต่อ วันที่ 29 ธันวาคม 2564 ภายหลังรักษาด้วยสูตรยา HRZE ส่งตรวจ AFB ผลลบ 2 ครั้ง ติดตามด้วย ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกซ้ำ ผลมีการเพิ่มขึ้น

ของรอยฝ้าในปอดทั้ง 2 ข้าง จึงขอส่งตรวจด้วย วิธี LPA ซ้ำ เพื่อตรวจสอบสงสัยวัณโรคที่อวัยวะหลายขนาน (MDR-TB) และยังรักษาด้วยสูตรยา HRZE ต่อ วันที่ 26 มกราคม 2565 สิ้นสุดการรักษาที่ 3 เดือน ส่งตรวจ AFB ซ้ำให้ผลบวก วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ผล LPA ที่ส่งตรวจเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2565 พบว่าคือต่อยา Isoniazid และ Rifampicin และเข้าได้กับต่อยาหลายขนาน (MDR-TB) รอทำการทดสอบความไวต่อยากลุ่ม Aminoglycoside และ Fluoroquinolone วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี First line-Line probe assay (FL-LPA) ผลตรวจพบเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ที่คือต่อยา Isoniazid และ Rifampicin ผลตรวจด้วยวิธี Second line-Line probe assay (SL-LPA) ผลตรวจพบเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC)* ที่คือต่อยากลุ่ม Fluoroquinolones และ Aminoglycosides/Cyclic peptides

การดำเนินการ

- 1) แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเชื้อวัณโรคที่อวัยวะหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ให้ความรู้การควบคุมป้องกันวัณโรค และการดูแลด้านจิตใจ
- 2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ลงสอบสวนโรคเพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุ และร่วมวางแผนกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เกี่ยวกับมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคติดตามสถานการณ์โรควัณโรคในพื้นที่
- 3) ค้นหาและติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสในชุมชนเพื่อติดตามเข้ารับการคัดกรองและสื่อสารความเสี่ยง โดยผู้สัมผัสร่วมบ้าน 1 ราย ได้รับเก็บตัวอย่างส่งตรวจ AFB ให้ผลลบ และมีการนัดหมายเพื่อทำ CXR และ IGRA วันที่ 1 มีนาคม 2565
- 4) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ระดับเขตเรื่องพิจารณาสูตรยา XDR-TB และขอสนับสนุนยาจากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค

5) ให้คำแนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อสร้างความตระหนักในเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด โดยให้ศึกษาในการกำจัดเสมหะ และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องพักให้กับผู้ป่วย และกำชับให้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับมาบ้าน รวมทั้งให้ความรู้และสร้างความเข้าใจการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย

6) ให้คำแนะนำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามการได้รับยาของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา

2. โรคอาหารเป็นพิษจากสารเคมี จังหวัดพิษณุโลก พบผู้ป่วย 1 ราย หญิงไทย อายุ 5 ปี 4 เดือน ขณะป่วยอยู่ที่ตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ไม่มีโรคประจำตัว จากการสอบสวนเบื้องต้น วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 21.50 น. ผู้ป่วยรับประทานไส้กรอก ซ้อจากรถเร่ที่มาจากหมู่บ้านโดยรับประทานแบบปรุงสุก หลังรับประทาน 10 นาที ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ หายใจลำบาก ชีพจรเร็ว ชักเกร็ง ผิวน้ำปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำตาแดง แขนขา กระตุก เป็นลมหมดสติ อาการไม่ดีขึ้น เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 00.06 น. ตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/45 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 90 เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบระดับเมธฮีโมโกลบินในเลือด 11.8% แพทย์วินิจฉัยให้การวินิจฉัยภาวะเมธฮีโมโกลบินนีเมีย (Methemoglobinemia) วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 ทึ่มสอบสวนควบคุมโรคจังหวัดและอำเภอ ลงสอบสวนควบคุมโรคเพิ่มเติม และวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

การดำเนินการ

1) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ได้ตรวจสอบบริเวณตลาดนัดแห่งหนึ่งในตำบลบึงพระ อำเภอเมืองพิษณุโลก ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงพระ และองค์การบริหารส่วนตำบลบึงพระ ผลไม่พบผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะต้องสงสัยในตลาด

2) แจกเอกสารให้ความรู้กับผู้ขายในการเลือกผลิตภัณฑ์ประเภทไส้กรอกและลูกชิ้นที่มีเลขสารบบอาหาร (เลขอย.) พร้อมระบุชื่อที่อยู่ผู้ผลิต วันเดือนปีที่ผลิต หมดอายุที่ต้องแสดงบนฉลากให้ชัดเจนมาวางจำหน่ายให้กับประชาชนต่อไป

3) เก็บตัวอย่างไส้กรอกที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (อยู่ระหว่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคอาหารเป็นพิษจากสารเคมี (พิษจากไนไตรต์และไนเตรต)

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพระหว่างวันที่ 21-27 กุมภาพันธ์ 2565 พบรายงานเหตุการณ์อาหารเป็นพิษจากสารเคมี 1 เหตุการณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยพบผู้ป่วยอาการหนัก 1 ราย เป็นเพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 5 ปี โดยมีอาการเวียนศีรษะ หายใจลำบาก ชีพจรเร็ว ชักเกร็ง ผิวน้ำปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำตาแดง แขนขา กระตุก เป็นลมหมดสติ ซึ่งแพทย์ตรวจพบระดับเมธฮีโมโกลบินในเลือด โดยอาการเกิดขึ้นหลังจากรับประทานอาหารที่สงสัย คือ ไส้กรอก ซึ่งคาดว่าจะมีการเจือปนของไนไตรต์และไนเตรตในปริมาณที่เกินกำหนด ซึ่งตัวอย่างอาหารได้ถูกเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม อยู่ระหว่างการตรวจ สำหรับผู้ที่รับประทานอาหารสงสัยร่วมกัน คือ บิดาของผู้ป่วยซึ่งมีอาการถ่ายเหลวเพียงเล็กน้อย

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ผ่านมาตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม 2565 ถึงปัจจุบัน พบเหตุการณ์ผู้ป่วยเด็กที่คาดว่าได้รับพิษจากไนไตรต์และไนเตรตจากการรับประทานไส้กรอกรวม 15 ราย จาก 9 จังหวัด ได้แก่ เพชรบุรี 4 ราย ตรัง 3 ราย เชียงใหม่ 2 ราย พะเยา กาญจนบุรี สระบุรี สงขลา นครศรีธรรมราช และพิษณุโลก จังหวัดละ 1 ราย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 4-5 ของปี 2565 และได้มีการกำจัดอาหารที่คาดว่าจะเป็สาเหตุสำหรับผู้ป่วยบางรายไปแล้วก็ตาม แต่ในสัปดาห์ที่ 8 นี้ยังสามารถพบผู้ป่วยรายใหม่จากจังหวัดพิษณุโลก และมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยเพิ่มเติมได้อีก

ไนไตรต์ (NO₂) และไนเตรต (NO₃) เป็นวัตถุเจือปนอาหาร (food additive) นิยมใช้เพื่อทำให้เกิดสีแดงอมชมพูในผลิตภัณฑ์แปรรูปเนื้อสัตว์ เช่น เบคอน แฮม กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น สีเกิดจากการรวมตัวของไนไตรต์กับเม็ทฮีโมโกลบิน (myoglobin) เมื่อถูกความร้อนจะเปลี่ยนเป็นเป็นสีชมพู ไนไตรต์และไนเตรต ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค โดยเฉพาะผู้ที่มีปฏิกิริยาตอบสนองไวต่อสารนี้เป็นพิเศษ จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องร่วง อุจจาระเป็นเลือด และปวดศีรษะ ไนไตรต์สามารถทำปฏิกิริยากับเอมีน (amine) ในอาหารกลายเป็นสารก่อมะเร็งที่ร้ายแรง คือ ไนโตรซามีน (nitrosamine) ซึ่งทำให้เกิดมะเร็งตับ กระเพาะอาหาร และหลอดอาหาร เด็กทารกที่มีเมธฮีโมโกลบินมากจะทำให้ขาดออกซิเจนเพราะเกิดการขนส่ง

ออกซิเจนไม่ได้ และอาจจะเสียชีวิตได้

ดังนั้นในเด็กจึงยังคงมีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ในการที่จะมีโอกาสได้รับประทานและเกิดอาการรุนแรง เนื่องจากยังพบแหล่งอาหารที่สงสัยอยู่และยังไม่ได้มีการกำจัด และมีอาการเกิดขึ้นได้อย่างรุนแรงและเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันโอกาสการเสียชีวิตหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละจังหวัดควรเร่งดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนเพื่อให้เกิดการบริโภคผลิตภัณฑ์แปรรูปในเนื้อสัตว์เหล่านั้นได้อย่างปลอดภัย และควรบังคับใช้กฎหมายอย่างสูงสุดเพื่อกำจัดแหล่งรังโรคของอาหารสงสัยที่อาจยังคงมีอยู่

สถานการณ์ต่างประเทศ

โรคไข้ลาสซา สหราชอาณาจักร

ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในสหราชอาณาจักรว่าพบผู้ป่วยโรคไข้ลาสซา ผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย และผู้ป่วยสงสัย 1 ราย ในครั้งนี้เป็นการระบาดครั้งที่ 2 ในยุโรป ซึ่งมีการระบาดครั้งแรกในสหราชอาณาจักร เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2552 โดยพบผู้ป่วยโรคไข้ลาสซา ผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย และเสียชีวิต 1 ราย

ผู้ป่วยรายแรก มีประวัติเดินทางไปที่สาธารณรัฐมาลี เมื่อปลายปี 2564 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้ลาสซา หลังจากที่ได้เดินทางกลับมาที่สหราชอาณาจักร ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้ อ่อนเพลียและถ่ายเหลว หลังจากนั้นได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในเวลาต่อมา ซึ่งผู้ป่วยรายแรกหายป่วยแล้ว ในผู้ป่วยรายที่ 2 และ 3 เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านของรายแรก ไม่มีประวัติเดินทางไปที่สาธารณรัฐมาลี ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยรายที่ 3 เสียชีวิต

ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 ได้รับรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธีการ PCR ของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคไข้ลาสซา และผู้ป่วยรายที่ 3 ได้รับการรักษาเริ่มแรกโดยเป็นผู้ป่วยสงสัย และได้รับการวินิจฉัยยืนยันติดเชื้อไวรัสลาสซา ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565

การตอบโต้ทางสาธารณสุข

การตอบสนองต่อเหตุการณ์ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักรในการประสานการรักษา และการจัดการทางสาธารณสุขต่อการติดเชื้อไวรัสลาสซา โดยค้นหาและติดตามผู้ที่ได้รับสัมผัสกับผู้ป่วย ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำและสูง จะได้รับการติดตามอาการ เป็นเวลา 21 วัน หลังจากการสัมผัสครั้งสุดท้าย ซึ่งการป้องกันโรครายหลังการสัมผัสจะดำเนินการในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้ที่มีอาการแสดงในช่วงระยะการติดตาม จะได้รับการประเมิน

และจัดการทางสาธารณสุข

การประเมินความเสี่ยงโดยองค์การอนามัยโลก

โรคไข้ลาสซา เป็นไข้เลือดออกเฉียบพลัน ซึ่งในเริ่มแรกมีการระบาดมาสู่คนผ่านการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด หรือการสัมผัสบนเบื่อนในครัวเรือน และการแพร่เชื้อจากปัสสาวะและอุจจาระของสัตว์ประเภทหนู โดยพบการติดต่อจากคนสู่คนน้อย ยกเว้นแต่การสัมผัสโดยตรงกับเลือด ปัสสาวะ อุจจาระหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานพยาบาล สาเหตุของการเกิดโรคที่รุนแรง ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วย อัตราการตายประมาณร้อยละ 1 ของทั้งหมด และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หากตรวจวินิจฉัยได้เร็วในระยะเริ่มแรกจะลดอัตราการตายและผลกระทบทางสาธารณสุข

การระบาดของโรคไข้ลาสซาในสาธารณรัฐมาลี และผู้ป่วยที่พบไม่บ่อย ที่ทำให้เกิดการระบาดในทวีปยุโรปนั้น มีการระบาดมาจากประเทศในแอฟริกาตะวันตกที่มีการระบาดของโรคในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เช่น สาธารณรัฐเซียร์ราลีโอน สาธารณรัฐโตโก สาธารณรัฐไลบีเรีย และสหพันธ์สาธารณรัฐไนจีเรีย อย่างไรก็ตามการระบาดจากคนสู่คนพบได้น้อยมาก หากมีการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม และมีการใช้มาตรการความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีแค่การระบาดของโรคไข้ลาสซาจากคนสู่คนที่มีรายงานในทวีปยุโรป เมื่อปี พ.ศ. 2559 เท่านั้น ที่มีการติดต่อจากการชันสูตรศพของผู้ป่วย

การระบาดจากคนสู่คน เกิดขึ้นทั้งในชุมชน และในสถานพยาบาล ที่ซึ่งอาจมีการแพร่กระจายของไวรัสจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ปนเปื้อน เช่น การใช้เข็มฉีดยา และการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลจะมีความเสี่ยงจากการรักษาผู้ป่วยโรคไข้ลาสซา จากการที่ขาดการฝึกปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระหว่างการให้การรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาล แม้ว่าข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในทวีปยุโรปเมื่อไม่นานมานี้ จะแสดงให้เห็นว่าการระบาดของโรคไข้ลาสซาจากคนสู่คนเกิดขึ้นน้อยมาก เมื่อมีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระหว่างการให้การรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาล ความเป็นไปได้ในการเพิ่มขึ้นของการระบาดจากคนสู่คน มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในสถานพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาในชุมชนก็มีความสัมพันธ์กันน้อย

คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

การป้องกันการระบาดของไข้ลาสซาในประเทศขึ้นอยู่กับความร่วมมือในชุมชน และการส่งเสริมสุขอนามัยในชุมชน โดยการกำจัดสัตว์จำพวกหนูไม่ให้เข้ามาในบ้าน นอกจากนี้สมาชิกใน

ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขควรร่วมมือในการ
สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ขณะให้การดูแล

ในสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่ควรมีการจัดการตามมาตรการ
ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระหว่างการให้การรักษาผู้ป่วยใน
สถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษาผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยันใช้
ลาซซา หรือจัดการสิ่งส่งตรวจทางการแพทย์ ควรปฏิบัติตาม
มาตรการและการป้องกันการสัมผัสอย่างเคร่งครัด ซึ่งประกอบด้วย
การล้างมืออย่างถูกวิธี การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การดูแลรักษาสุขภาพแวดล้อม การคัดแยกผู้ป่วย การฉีดยา
รวมถึงการจัดการศพอย่างถูกต้อง เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงทั้งการสัมผัส
โดยตรงกับเลือดและสารคัดหลั่งที่สัมผัสบริเวณใบหน้า (ดวงตา จมูก
และปาก) เมื่อให้การรักษาผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยันใช้ลาซซา
ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ถุง
มือ/เสื้อคลุมกันของเหลวที่ผ่านการฆ่าเชื้อ และอุปกรณ์ป้องกันการ

สัมผัสบริเวณใบหน้า เช่น หน้ากากอนามัย แวนตา หรือกระจังหน้า

ถ้าหากเกิดไข้เลือดออกที่ไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง ให้แยก
ผู้เดินทางที่ป่วยและปฏิบัติตามมาตรการและการป้องกันการสัมผัส
อย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นหลักในการป้องกันการติดต่อจากคนสู่คน
เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะสามารถป้องกันการติดเชื้อนี้ได้ ถึงแม้ว่า
จะไม่ทราบประวัติการเดินทาง ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ในทันที
หรือการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกมีความล่าช้า

ในปัจจุบันยังไม่มียาต้านในการรักษา ซึ่งในระยะแรกทำได้
เพียงให้น้ำเกลือ และการรักษาตามอาการ เพื่อให้มีชีวิตรอด

หากพิจารณาการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยตามฤดูกาล จะมีการ
เพิ่มขึ้นระหว่างเดือนธันวาคมถึงมีนาคม ซึ่งประเทศในทวีป
แอฟริกาตะวันตก ที่มีการระบาดของไข้ลาซซา ได้รับการสนับสนุน
ระบบเฝ้าระวังโรคในการป้องกันและรักษาผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการ
ตาย รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศอย่างเข้มแข็ง

ข่าวสารเตือนภัย อันตรายจากอาหารและน้ำ



สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย
เรียกคืนผลิตภัณฑ์ปนเปื้อน
เชื้อก่อโรคอาหารเป็นพิษและไข้ไทฟอยด์



(Escherichia coli, Listeria monocytogenes, Salmonella)

นมผงสำหรับการก ไอศกรีม ชีส
เห็ดเข็มทอง หมู-ไก่/น่องหน้าแช่แข็ง
แคปหมู กิมจิ งามา



DDC
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

กองระบาดวิทยา
Division of Epidemiology



สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

จัดทำ :
4 มี.ค. 2565