

โรคมือ เท้า และ ปาก ที่อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐

วชิระ บกพิบูลย์*

บทคัดย่อ

โรคมือ เท้าและปาก เป็นโรคติดเชื้อไวรัส พบมากในเด็กเล็กก่อนวัยเรียน. ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ในประเทศไทยพบผู้ป่วย ๓,๕๖๑ ราย เสียชีวิต ๗ ราย และในจังหวัดนครราชสีมาผู้ป่วย ๘๕ ราย เสียชีวิต ๓ ราย เชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เอนเทอโรไวรัส ๗๑. การศึกษาเชิงพรรณนาวิทยาการระบาดของโรคมือเท้าและปากในอำเภอชุมพวงในช่วงต้น พ.ศ. ๒๕๔๕ จนถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ จากข้อมูลการสอบสวนโรคเฉพาะราย, จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยในจากการวินิจฉัยของแพทย์ทุกราย และข้อมูลประชากรกลางปีจากทะเบียนราษฎร พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔๗ ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต, เป็นผู้ป่วยชาย ๓๑ ราย, หญิง ๑๖ ราย คิดเป็นอัตราส่วน ๑.๕:๑, เป็นผู้ป่วยนอก ๔๐ ราย และผู้ป่วยใน ๗ ราย. อาการส่วนใหญ่มีไข้, ผื่นที่ฝ่ามือฝ่าเท้า พบมากที่ตำบลชุมพวง ไม่พบผู้ป่วยที่ตำบลโนนตูม. ส่วนใหญ่พบหมู่บ้านละ ๑ ราย. ช่วงที่พบผู้ป่วยมากคือช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม. จากการตรวจอุจจาระและซีรัม ๒ ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ ๕๓.๖๒ ตรวจพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ จากอุจจาระใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ๒๕๕๐ ปีละ ๒ รายเท่ากัน. ระบบเฝ้าระวังควรมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยมาพบแพทย์. การที่โรงพยาบาลสามารถส่งสิ่งส่งตรวจได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจะส่งเสริมให้สามารถทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ดีขึ้น. การควบคุมโรคต้องให้ความรู้แก่ชุมชน, การป้องกันมิให้เด็กปอดรับเชื้อจากเด็กที่ป่วยโดยการคัดแยกเด็กปอดออกจากเด็กป่วยทั้งในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก.

คำสำคัญ: โรคมือ เท้าและปาก, เอนเทอโรไวรัส ๗๑

Abstract

Hand, Foot and Mouth Disease in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province, 2002 -2007

Vachira Bothpiboon*

**Chumphuang Hospital, Nakhon Ratchasima Province*

Hand, foot and mouth disease is a communicable disease caused by a virus that infects mostly preschool children. In 2006, there were 3,961 cases and seven deaths in Thailand; Nakhon Ratchasima Province had 85 cases and 3 deaths. Enterovirus 71 was the causative pathogen. This descriptive study conducted at Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province during the period from 2002 to September 30, 2007, used individual disease investigation forms, outpatient and inpatient records and the mid-year population data of the Ministry of Interior. There were 47 cases, no deaths, 31 males and 16 females among them; the sex ratio was 1.9:1. Most of them were found during June to October. Forty were treated as outpatients and only seven were admitted to the hospital. Fever, and palm and sole rash were the common symptoms; most patients were from Chumphuang Tambon, and no case was detected at Nontoom Tambon; only one patient was found in each village. Stool and paired serum samples were derived from 93.62 percent of the patients and Enterovirus 71 was isolated from two stool specimens in 2006 and 2007. According to the disease surveillance system, primary health-care staff should be trained to screen and refer the suspects to hospitals, viral isolation should be supported and promoted among the health-care services. The disease-control measures should emphasize community health education and the isolation of patients from other children either in school or in child-care centers.

Key words: hand, foot and mouth disease, enterovirus 71, Nakhon Ratchasima Province

*โรงพยาบาลชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา



ภูมิหลังและเหตุผล

โรคมือ เท้าและปาก พบได้ทั่วโลก ส่วนมากมักจะมีอาการที่ไม่รุนแรง (mild illness) โดยมากมักพบในเด็ก แต่หากเกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ ก็อาจจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงจนเสียชีวิตจากภาวะปอดบวมน้ำเหลืองปื้นได้ แม้ว่าสถิติอัตราการตายของทารกในประเทศไทยได้มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราตายของเด็ก อายุ ต่ำกว่า ๕ ปียังเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก^(๑). โดยที่มีรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแสดงว่าจากการเริ่มเฝ้าระวังตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้พบผู้ป่วยโรคมือ เท้าและปากใน พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๓,๙๖๑ ราย เป็นอัตราป่วย ๖.๓๓ ต่อประชากรแสนคน, เสียชีวิต ๗ รายเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๗ ลดจากสถิติที่พบผู้ป่วยสูงสุดใน พ.ศ. ๒๕๔๘ อัตรา ๗.๔๗ ต่อประชากรแสนคน, แต่ไม่มีผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยหญิง ๑,๕๓๘ ราย และผู้ป่วยชาย ๒,๔๒๓ ราย อัตราส่วนชายต่อหญิง ๑.๖ ต่อ ๑ จำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี^(๒).

ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมาได้มีการระบาดของโรคมือ เท้าและปากชนิดที่รุนแรงในเด็กเล็กที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว จากการระบาดในประเทศแถบทวีปเอเชีย เช่น มาเลเซีย^(๓), ใต้หวัน^(๔) และสิงคโปร์^(๕). จากข้อมูลในประเทศเพื่อนบ้าน กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้โรคมือ เท้าและ ปาก เป็นโรคที่อาจเกิดการระบาดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑^(๖).

เชื้อก่อโรคเอนเทอโรไวรัส ๗๑ แยกได้ครั้งแรกในแคลิฟอร์เนีย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๒^(๗) จัดอยู่ในสกุล *Enterovirus* วงศ์ *Picornaviridae*. เอนเทอโรไวรัสเป็นไวรัสที่พบในทางเดินอาหาร มีสมาชิก ๖๙ ชนิด เช่น *Poliovirus* type ๑-๓, *Coxsackie A* และ *B*, *Echovirus* type ๑-๓๔, *Enterovirus* ๗๐, ๗๑ และ ๗๒. *Coxsackie A virus* type ๑-๒๔ (ยกเว้น type ๒๓) และ *Enterovirus* ๗๑ เป็นเชื้อก่อโรคสำคัญของโรคมือ เท้าและปาก^(๘). มีการคาดการณ์กันว่าภายหลังการกวาดล้างโรคโปลิโอจากโปลิโอไวรัสหมดไป เอนเทอโรไวรัสจะเป็นเชื้อไวรัสที่เข้ามาคุกคามเด็ก ๆ ทั่วโลกแทน ในขณะที่

วัคซีนยังอยู่ในช่วงพัฒนา^(๙).

สถานการณ์โรคมือ เท้าและปาก ของจังหวัดนครราชสีมา ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ๓ ราย ทุกรายอายุน้อยกว่า ๑๒ ปี มีลักษณะเวชกรรมรุนแรงคล้ายกันคือ มีไข้สูง เหงื่อเย็บ หวใจเต้นเร็ว ภาวะปอดคั่งน้ำ และช็อกเสียชีวิต และแยกได้เชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑. ในปีเดียวกันนี้จังหวัดนครราชสีมามีรายงานโรคมือ เท้า และปาก ๘๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๓.๓๓ ต่อ แสนประชากร อัตราตาย ๐.๐๔ ต่อแสนประชากร^(๑๐). ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจากการตรวจวิเคราะห์แยกเชื้อและการตรวจทางวิทยาน้ำเหลืองทั้งหมด ๖๒๔ ตัวอย่างใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ให้ผลบวกเอนเทอโรไวรัสก่อโรคมือ เท้าและปาก ๑๘๒ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๒๙.๒) ในขณะที่มีผลบวกเอนเทอโรไวรัสก่อโรคอื่นเพียง ๗ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๘.๘)^(๑๑).

จากข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคมือ เท้าและปากเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศเพื่อนบ้าน. การให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของทุกฝ่าย. โรงพยาบาลชุมพวงเริ่มมีระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้าและ ปาก ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ อันเนื่องมาจากมีผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา โดยอำเภอชุมพวงเริ่มมีการรายงานผู้ป่วยตามระบบของการเฝ้าระวังเป็นรายแรก และดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องจวบจนปัจจุบัน และในการวินิจฉัยโรคได้ใช้คำนิยามของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔^(๑๒)

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคมือ เท้า และปากในอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ โดยคาดหวังได้ ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงมาตรการป้องกันควบคุมให้ดีขึ้นในอนาคต.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาข้อมูลย้อนหลังวิทยาการระบาดเชิงพรรณนาจากระบบเฝ้าระวังโรคมือ เท้า และปาก ของโรงพยาบาลชุมพวง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ (๓๐ กันยายน) โดยวิเคราะห์แบบ

สอบสวนโรคเฉพาะรายทุกราย และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่แพทย์โรงพยาบาลชุมพวงวินิจฉัยโรคมือ เท้าและปากทุกราย และได้กำหนดว่าโรคมือ เท้า และปาก ได้แก่โรคตามรหัส B084 ของระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ ๑๐ ขององค์การอนามัยโลก, ข้อมูลประชากรกลางปีของอำเภอชุมพวงในแต่ละปีใช้ข้อมูลทะเบียนราษฎร. สถิติที่ใช้คือจำนวน, ร้อยละ, อัตราส่วน และค่ามัธยฐาน.

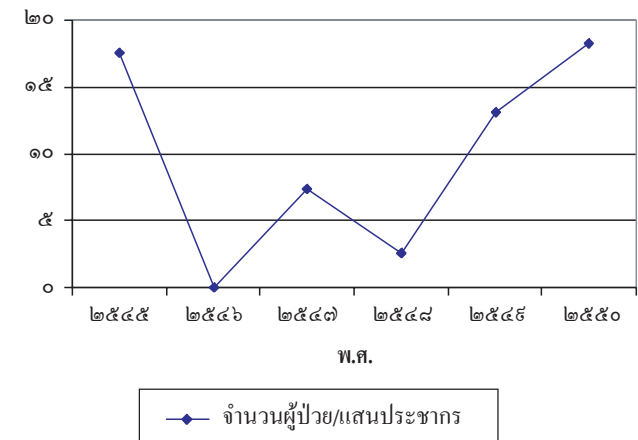
ผลการศึกษา

จากข้อมูลการเฝ้าระวังตั้งแต่ต้น พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ ดังที่ปรากฏพบผู้ป่วยด้วยโรคมือ เท้าและปากรวมทั้งสิ้น ๔๗ ราย. อัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก ๑.๓๓ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๑๘.๒๕ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ (๓๐ กันยายน ๒๕๕๐) ยกเว้น พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ไม่พบผู้ป่วย ดังตารางที่ ๑ และรูปที่ ๑. ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเด็กก่อนวัยเรียน, กลุ่มอายุที่พบมาก คือ ๐-๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๖๑ ค่ามัธยฐานอายุ คือ ๑ ปี ๗ เดือน อายุที่มากที่สุดคือ ๘ ปี อายุน้อยสุดที่พบคือ ๕ เดือน. จำนวนผู้ป่วยชาย ๓๑ คน (๖๕.๙๖%) ผู้ป่วยหญิง ๑๖ คน (๓๔.๐๔%) คิดเป็นอัตราส่วน ๑.๙ ต่อ ๑. ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคือจำนวน ๔๐ ราย (๘๕.๑๐%), ได้รับการรักษาแบบผู้

ตารางที่ ๑ อัตราป่วยด้วยโรคมือ เท้า และปาก ต่อประชากรแสนคน อำเภอชุมพวงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

พ.ศ.	ราย	อัตราป่วยต่อแสนประชากร
๒๕๔๕	๑๔	๑๗.๕๕
๒๕๔๖	-	-
๒๕๔๗	๖	๗.๓๓
๒๕๔๘	๒	๒.๕๖
๒๕๔๙	๑๐	๑๓.๖๕
๒๕๕๐	๑๕	๑๘.๒๕

อัตราป่วย/แสนประชากร



รูปที่ ๑ อัตราป่วยด้วยโรคมือ, เท้า ปาก ต่อประชากรแสนคน อำเภอชุมพวง พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

ป่วยในเพียง ๗ ราย (๑๔.๙%). ปีที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ พ.ศ. ๒๕๕๐ แม้ว่าจะเก็บข้อมูลถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ เท่านั้น ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือได้รับการส่งต่อ.

การกระจายตามพื้นที่พบว่าตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ตำบลชุมพวง ๑๑ ราย (๒๓.๔๐%) รองลงมาคือตำบลโนนยอ ๑๐ ราย (๒๑.๒๗%), ตำบลหนองหลักและตำบลประสุท ๗ รายเท่ากัน, ตำบลที่ไม่พบผู้ป่วยคือตำบลโนนตูม (ตารางที่ ๒ และรูปที่ ๒).

การรับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในทั้งหมด ๗ ราย เนื่องจากอายุต่ำกว่า ๑ ปี และมีอาการไข้ ร่วมกับกินอาหารไม่ได้ จำนวน ๕ ราย. อีก ๒ ราย ญาติต้องการให้แพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะเกรงว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน. จำนวนวันพักในโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑.๕ วัน. แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย. ในส่วนของลักษณะเวชกรรมของผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐ สามารถจำแนกได้เป็น ๓ กลุ่มดังตารางที่ ๓.

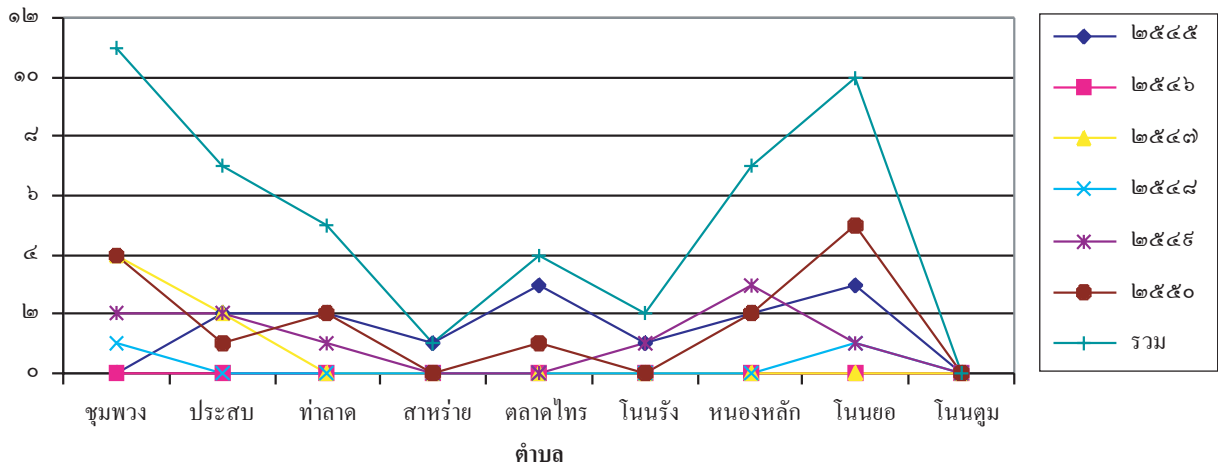
จากการวิเคราะห์แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย ในหมู่บ้านที่มีการระบาด ๓ ราย ในพื้นที่เดียวกัน คือ หมู่ที่ ๒ ตำบลชุมพวง และหมู่ที่ ๓ ตำบลโนนยอ พบว่า ทั้ง ๓ ราย ในหมู่ที่ ๓ บ้านประดู่ ตำบลโนนยอ พบว่ารายแรกเริ่มป่วยวันที่ ๒๓ ก.ค. ๕๐. รายที่ ๒ เริ่มป่วยวันที่ ๗ ส.ค. ๕๐ และรายที่ ๓



ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยกระจายตามพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ ก.ย. ๒๕๕๐

ตำบล	พ.ศ.						รวม
	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	
ชุมพวง	-	-	๔	๑	๒	๔	๑๑
ประสพ	๒	-	๒	-	๒	๑	๗
ท่าลาด	๒	-	-	-	๑	๒	๕
สำหรับ	๑	-	-	-	-	-	๑
ตลาดไทร	๓	-	-	-	-	๑	๔
โนนรัง	๑	-	-	-	๑	-	๒
หนองหลัก	๒	-	-	-	๓	๒	๗
โนนยอ	๓	-	-	๑	๑	๕	๑๐
โนนดุม	-	-	-	-	-	-	๐

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



รูปที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยกระจายตามพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

ตารางที่ ๓ โดยลักษณะอาการและอาการแสดงจำแนกผู้ป่วยได้เป็น ๓ กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่	ลักษณะเวชกรรม	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
๑	ไข้ มีผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า	๒๐	๔๒.๕๕
๒	ไข้ มีผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า, กระจุกแก้มและก้น	๑๖	๓๔.๐๔
๓	ไม่มีไข้ แต่ตรวจพบแผลที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและกระจุกแก้ม	๑๑	๒๓.๔๐

เริ่มป่วยวันที่ ๑๙ ส.ค. ๕๐ เด็กอาศัยอยู่ในค้มนเดียวกันแต่ไม่ได้อาศัยในหลังคาเรือนเดียวกันหรือเป็นพี่น้องกัน และป่วยในระยะเวลาใกล้เคียงกันคือ ๓ สัปดาห์ ผู้ปกครองไปมาหาสู่กัน เด็กเล่นด้วยกัน แต่ไม่ได้บริโภคอาหารหรือดื่มน้ำร่วมกัน. ส่วนหมู่ที่ ๒ ตำบลชุมพวง ไม่มีความสัมพันธ์กันเนื่องจากระยะเวลาในการป่วยห่างกันมากคือ ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๔๗. รายที่ ๒ เริ่มป่วย วันที่ ๖ พ.ค. ๔๗ และ รายที่ ๓ เริ่มป่วยวันที่ ๒๕ ต.ค. ๔๗. ผู้ป่วยทั้ง ๔๗ ราย เลี้ยงดูโดยญาติที่ไม่ใช่บิดามารดา จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๘๙, และบิดา มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูผู้ป่วย ๔๐ ราย คิด

เป็นร้อยละ ๘๕.๑๐.

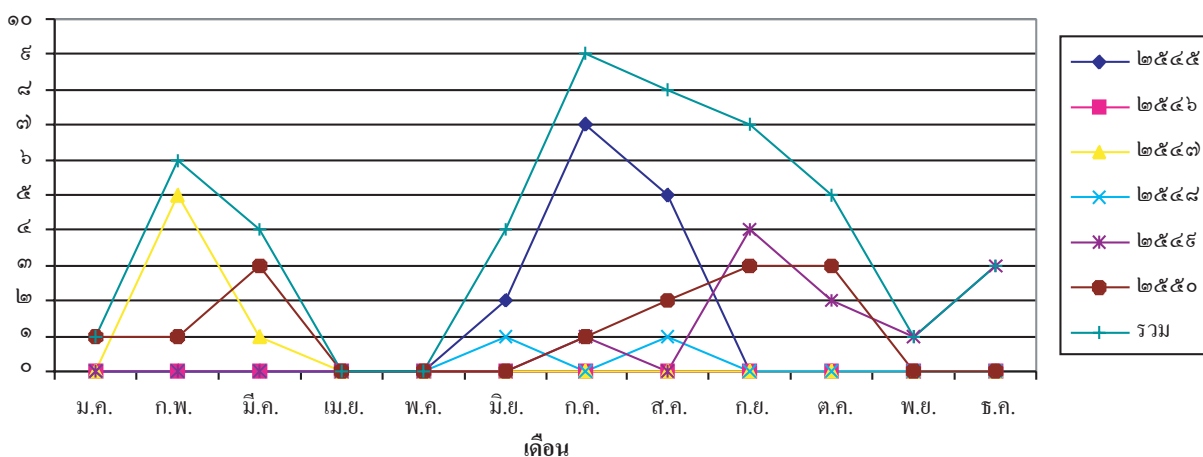
การกระจายในระดับหมู่บ้านพบเพียงหมู่บ้านละ ๑ ราย แต่พบว่าหมู่ที่ ๒ ตำบลชุมพวงพบผู้ป่วยจำนวน ๓ ราย, หมู่ที่ ๓ ตำบลโนนยอ ๓ ราย, และพบหมู่บ้านละ ๒ รายอีก ๔ หมู่บ้าน ของตำบลหนองหลัก, ชุมพวงและประจักษ์. ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม (ตารางที่ ๔ และรูปที่ ๓).

การส่งอุจจาระและซีรัมเพื่อตรวจแยกเชื้อไวรัสพบว่าสามารถสอบสวนโรค และเก็บตัวอย่างอุจจาระและซีรัมครั้งที่ ๑ ได้ครบทุกราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐. ส่วนการตรวจซีรัมครั้งที่

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกเป็นรายเดือน พ.ศ. ๒๕๔๕ -วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐

พ.ศ.	เดือน (ราย)												รวม
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
๒๕๔๕	-	-	-	-	-	๒	๖	๕	-	-	-	-	๑๔
๒๕๔๖	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๕๔๗	-	๕	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๖
๒๕๔๘	-	-	-	-	-	๑	-	๑	-	-	-	-	๒
๒๕๔๙	-	-	-	-	-	-	๑	-	๔	๒	๑	๒	๑๐
๒๕๕๐	๑	๑	๓	-	-	๑	๑	๒	๓	๓	-	-	๑๕

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



รูปที่ ๓ จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกเป็นรายเดือน อำเภอชุมพวง พ.ศ. ๒๕๔๕ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐



๒ ไม่สามารถมาตรวจได้จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๓๘ สามารถส่งตรวจครบ ๒ ครั้งได้ร้อยละ ๙๓.๖๒. ผลการตรวจอุจจาระใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๘ ยังไม่สามารถระบุเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุได้ จนกระทั่งใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ตรวจพบเอนเทอโรไวรัส ๗๑ จากผู้ป่วย ๒ ราย และอีก ๒ รายใน พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต. ส่วนเชื้ออื่น ๆ ที่พบคือเอนเทอโรไวรัสชนิดอื่น ๆ ดังตารางที่ ๕.

มาตรการรองรับเมื่อพบผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก โรงพยาบาลชุมพวง ถึงแม้ลักษณะการพบผู้ป่วยของอำเภอชุมพวงส่วนใหญ่จะมีการกระจายเพียงหมู่บ้านละ ๑ ราย และมีเพียงบางหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยตั้งแต่ ๒ ราย แต่ผู้รับผิดชอบคืองานสุขภาพิบาลและควบคุมโรค. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วย คือ

๑. พบแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยตามคำนิยาม หรือหากเป็นนอกเวลาราชการที่มีผู้ปกครองนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่อยู่เวรซึ่งผ่านการให้ความรู้จะรายงานแพทย์และแจ้งเจ้าหน้าที่งานสุขภาพิบาลทันทีเพื่อดำเนินการสอบสวนโรค.

๒. พบกับผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้, ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัย, การดำเนินของโรค, การเก็บส่งส่งตรวจทั้งการเก็บอุจจาระ และเลือดส่งตรวจทางวิทยาน้ำเหลือง ๒ ครั้งห่างกัน ๒ สัปดาห์.

ตารางที่ ๕ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ พร้อมผลวิเคราะห์

พ.ศ.	ราย	เชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑	เชื้ออื่น
๒๕๔๕	๑๔	๐	๒
๒๕๔๖	-	-	-
๒๕๔๗	๖	-	-
๒๕๔๘	๒	-	-
๒๕๔๙	๑๐	๒ (ในอุจจาระ)	๔
*๒๕๕๐	๑๕	๒ (ในอุจจาระ)	-

*หมายเหตุ ปี ๒๕๕๐ รอผลการตรวจวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการ อีก ๔ ราย พบเชื้อเอนเทอโรไวรัส อื่นที่ไม่ใช่ เอนเทอโรไวรัส ๗๑ รวม ๖ ราย

๓. ประสานงานและลงพื้นที่ตามเขตหมู่บ้าน (ทั้งนอกและในเขตของโรงพยาบาล) และประสานงานกับสถานบริการปฐมภูมิเพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม, ให้ความรู้และทำความเข้าใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย, ชุมชนในละแวกใกล้เคียงในหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรค.

๔. รายงานข้อมูลผู้ป่วยไปยังงานระบาดวิทยา กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

๕. เผื่อระวังและติดตามสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง.

๖. การนำสิ่งส่งตรวจทั้งอุจจาระและน้ำเหลืองบรรจุในภาชนะที่ควบคุมอุณหภูมิส่งไปยังสถาบันวิจัยไวรัส กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยทางรถทัวร์ปรับอากาศและประสานงานการรับส่งทางโทรศัพท์.

๗. การตรวจสระว่ายน้ำซึ่งมีอยู่ ๑ แห่งในเขตอำเภอชุมพวง ทุก ๓ เดือนและรายงานผลเป็นเอกสารลับให้เจ้าของสระว่ายน้ำเพื่อปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานของกรมอนามัย^(๑๓).

๘. การให้ความรู้แก่ชุมชน, โรงเรียนอนุบาล, ศูนย์เด็กเล็ก โดยผ่านทางวิทยุชุมชน และหอกระจายข่าว.

วิจารณ์

โรงพยาบาลชุมพวงได้ริเริ่มและพัฒนาระบบเผื่อระวังโรคมือ, เท้าและปาก มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ นอกเหนือไปจากระบบเผื่อระวังโรคอื่น ๆ และต้องลงพื้นที่เพื่อควบคุมโรคด้วยทั้งในหมู่บ้านหรือ โรงเรียน แต่ยังมีบางประเด็นจากผลการศึกษาคั้งนี้ที่ควรกล่าวถึงคือ

๑) ระบบเผื่อระวังโรคเริ่มที่โรงพยาบาลโดยการวินิจฉัยโรคจากแพทย์หรือการพบผู้ป่วยนอกเวลาราชการโดยพยาบาลเป็นลักษณะตั้งรับที่จะพบผู้ป่วยที่ผู้ปกครองตื่นตัวหรือสงสัย และสามารถจะเดินทางพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เท่านั้น แต่หากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง, ผู้ปกครองไม่สงสัยหรืออยู่ห่างไกลมาก อาจจะไม่มีมาโรงพยาบาลทำให้พบผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ในขณะที่ไม่มีการวินิจฉัยหรือรับส่งต่อมาจากสถานบริการปฐมภูมิซึ่งมีจำนวนถึง ๑๓ แห่งกระจายอยู่ทั่วอำเภอ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นว่าไม่พบผู้ป่วยในบางตำบลที่อยู่ห่างไกลเช่น ตำบลโนนตูม หรือตำบลสาหร่าย ซึ่งพบผู้ป่วยเพียง ๑ รายเท่านั้น

ในขณะที่พบผู้ป่วยมากที่ตำบลชุมพวง หากต้องการค้นหาผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น โรงพยาบาลอาจจะต้องให้ความรู้และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ของสถานบริการปฐมภูมิ, ศูนย์เด็กเล็กหรือ อสม. ในการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

๒) โรงพยาบาลชุมพวงอยู่ห่างไกลจากอำเภอเมืองถึง ๙๙ กิโลเมตร และประสบกับปัญหาที่คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลชุมชนอื่นคือบุคลากรทางการแพทย์มีการหมุนเวียนทุก ๑-๒ ปี ทำให้ต้องทำความเข้าใจกับแพทย์เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังอยู่เสมอเกี่ยวกับการวินิจฉัย บางช่วงปีมีแพทย์เพิ่มพูนทักษะมาร่วมปฏิบัติงานหากไม่ชี้แจงความสำคัญของโรคนี้แพทย์ อาจจะไม่ได้อินิจฉัยโรคนี้ได้ ดังข้อมูลจากการเฝ้าระวังในปี ๒๕๕๖ ที่ไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์.

๓) การศึกษาครั้งนี้ของอำเภอชุมพวงสอดคล้องกับการศึกษาของอำเภอเมืองจังหวัดกระบี่^(๑๔) ซึ่งพบวาระหว่างปี ๒๕๔๘-๒๕๕๐ พบผู้ป่วยมากขึ้นทุกปี, ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนต่อฤดูหนาว, ในระหว่าง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๐ - ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๐ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๙ เดือน - ๕ ปี ไม่มีผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ เป็นตัวก่อโรคในพื้นที่.

๔) กลวิธีการให้ข้อมูลชี้แจงแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กทำให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทำให้สามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อหาเชื้อที่เป็นสาเหตุได้ค่อนข้างครบถ้วนเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังเป็นอย่างมาก ประกอบกับการบริหารจัดการที่มีระบบการสอบสวนโรคนอกเวลาจึงเป็นปัจจัยสนับสนุนให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างดีมากขึ้น รวมทั้งความมุ่งมั่นส่วนบุคคลและทีมงานทำให้มีการติดตามผู้ป่วยมาเจาะซีรัมในวันนัดจนมีผู้มาตรวจซีรัมครบ ๒ ครั้งถึงร้อยละ ๙๓.๖๒.

๕) การสนับสนุนค่าส่งตรวจแยกไวรัสเพื่อหาสาเหตุที่ศูนย์วิจัยไวรัส กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน ทางโรงพยาบาลจ่ายเฉพาะค่าขนส่งรถโดยสารที่นำส่งเท่านั้น เป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญทำให้จำนวนการส่งสิ่งส่งตรวจได้ค่อนข้างจะครบถ้วน ถึงแม้จะเป็นอำเภอที่อยู่

ค่อนข้างห่างไกล.

๖) นโยบายของโรงพยาบาลชุมพวงที่พัฒนาตนเองตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยเน้นหลักการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (total quality management) ทำให้ทุกหน่วยงานเกิดความกระตือรือร้นในการประกันคุณภาพงานในหน้าที่รับผิดชอบของตนเองทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ จนเป็นผลที่น่าพอใจ ส่งผลให้ระบบการเฝ้าระวังโรคได้รับการควบคุม คุณภาพมากยิ่งขึ้น.

๗) ในช่วงฤดูฝน มีโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ และเป็นโรคประจำถิ่นที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น ไข้เลือดออก, ไข้สมองอักเสบ ในขณะที่โรคมือ เท้า และปาก ยังไม่ใช่โรคประจำถิ่น และอัตราป่วยตายค่อนข้างต่ำ จึงไม่เป็นที่รู้จักและใส่ใจมากนัก การค้นหาและการเฝ้าระวังโรคจึงยังไม่สมบูรณ์เมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่เป็นที่รู้จักกันดี.

๘) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความโน้มของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เห็นแนวโน้มของโรค เป็นสัญญาณเตือนที่ทำให้ผู้รับผิดชอบต้องตระหนักและรีบดำเนินการมาตรการการป้องกันและควบคุมการระบาดให้เข้มแข็งขึ้น ถึงแม้จะยังไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตก็ตาม.

๙) ผลการตรวจจุลจากระที่พบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ ที่พบครั้งแรกในปี ๒๕๔๙ ถึง ๒ ราย และพบมากขึ้นในปี ๒๕๕๐ เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงความเอาใจใส่ เนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการระบาดได้ในอนาคต การดำเนินงานของระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและมีแผนเตรียมความพร้อมรองรับจะทำให้เกิดความมั่นใจในการรับมือกับการระบาดในอนาคต.

กิตติกรรมประกาศ

คุณทรงศรัณย์ อาจหาญ งานศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลชุมพวงได้ช่วยเหลือในการจัดพิมพ์ต้นฉบับ. เจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลชุมพวงได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี.



เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๔ - ๒๕๔๖.
๒. สุวรรณ เทพสุนทร, เยาวภา พงษ์สุวรรณ. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี ๒๕๔๕. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
๓. World Health Organization. 1997- Fatal myocarditis in Malaysia- Update 4. Fact sheet ([http:// www. Int/ csr / don/1997_07_03/ en/ print. html](http://www.int/csr/don/1997_07_03/en/print.html) [12 Nov 2550])
๔. Lin TY, Twu, SJ, Ho MS, Chang LY, Lee CY. Enterovirus 71 Outbreaks, Taiwan: Occurrence and Recognition. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:291-3.
๕. Chan KP, Goh KT, Chong CY, Teo ES, Lau G, Ling AE. Epidemic Hand, Foot and Mouth Disease Caused by Human Enterovirus 71, Singapore. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:78-85.
๖. วินัย วุฒติวิโรจน์. โรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่: ๔ การดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินจากโรคระบาด, กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรจำกัดแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๑.
๗. Schmidt NJ, Lennette EH, Ho HH. An apparently new enterovirus isolated from patients with disease of the central nervous system. *J Infect Dis* 1974;129:304-9.
๘. พิไลพันธ์ พุชฉัตรนะ. ไวรัสวิทยาฉบับพื้นฐาน. มกราคม ๒๕๒๔ อักษรสยามการพิมพ์.
๙. Yien LT, Chang LY, Hsia SH, Huang YC, Chin CH, Hsueh C, et al. The 1998 Enterovirus 71 outbreak in Taiwan, pathogenesis and management, *Clinical Infect Dis* 2002; 34(Suppl 2): S 52-7.
๑๐. รายงานประจำปี ๒๕๔๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์โคราชพริ้นติ้ง; ๒๕๔๕. หน้า ๑๘-๕.
๑๑. รายงานประจำปี ๒๕๔๕ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๑๓๐.
๑๒. กองโรคระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อ ประเทศไทย ๒๕๔๔ พิมพ์ครั้งที่ ๑. ๒๕๔๔.
๑๓. ประกาศกรมอนามัย ๒๕๔๓. ข้อปฏิบัติในการดูแลสระว่ายน้ำ เพื่อป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก
๑๔. อัจฉิมา ชนะกุล, เบญจพร ว่องเกษญา, สุรีพร คำดี, สุปรามิ เจริญกัก, อรวรรณ ศรีหมุ่น. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๕๑ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๐ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.