

ระบอบบนล้อโลก

World-Shaking Outbreaks



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ ๑๘

ระบาดบัณฑิตโลก

เล่ม ๑๙

“โรคมือ เท้า ปาก”

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

ระบอบบันลือโลก

เล่ม ๑๙

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม ๒๕๕๕

หมายเลข ISBN :

ออกแบบรูปเล่ม : อรวรรณ เกตุพานิช

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์อักษรสมัย (๑๕๕๕)
๑๖๒/๑๓-๑๕ ซ.ศิริโสภาคย์ บำรุงเมือง
แขวงตำราญราษฎร์ เขตพระนคร
กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๒๒-๔๑๔๑
แฟกซ์ ๐๒-๒๒๒-๒๗๘๕

คำอุทิศ

หากหนังสือเล่มนี้จักก่อประโยชน์แก่ท่านผู้อ่าน ไม่ว่าจะในแง่ความรู้หรือความบันเทิงบ้างเล็กน้อย ๆ ก็ตาม ผู้นิพนธ์ขอมอบกุศลนั้นให้แก่คุณแก้ว และคุณมลิวัดย์ ทองเจริญ ที่เพียรพยายามสั่งสอนให้ ผู้นิพนธ์รู้จักเริ่มอ่าน รู้จักเริ่มเขียน รู้จักบันทึกมาตั้งแต่เยาว์วัย และภรรยา และลูกๆ ทั้งสาม หลาน ๆ ทั้งสาม ที่ให้เวลาให้กำลังใจและแรงบันดาลใจ ให้เขียนหนังสือเล่มนี้ออกเผยแพร่สู่สาธารณชน ได้สำเร็จ

บทขอบคุณ

หนังสือเล่มนี้เป็นผลงานของการทำงานเป็นทีมเป็นคณะ หนังสือคงจะเรียบเรียงไม่สำเร็จ หากไม่ได้รับคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ทั้งวิชาการและด้านข้อมูล การตรวจทานชำระ ข้อมูลความถูกต้องและคำผิดต่าง ๆ ผู้ที่ผู้นิพนธ์ ขอขอบคุณ ได้แก่

ศาสตราจารย์ ดร.พิไลพันธ์ พุทธิวัฒนะ

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์

แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ

นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์

นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

รตอ.นายแพทย์รุ่งเรือง กิจผาติ

แพทย์หญิงรดา เหลืองอ่อน

แพทย์หญิงรจนา วัฒนรังสรรค์

คุณพรชัย สอนสถาพรกุล

คุณอรรณณ เกตุพานิช

คุณสุนิสา ตั้งจิตนimitกุล

คุณรัชดากร อุ้นเรือน

คุณสุชาดา สุวรรณนิคม

คำนำ

อาชีพของผู้นิพนธ์คือ อาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศไทย ได้ศึกษาเล่าเรียนวิชาแพทย์พื้นฐานจากประเทศไทย ไปศึกษาด้านโรคติดเชื้อไวรัสจากต่างประเทศ ครั้นกลับมาประเทศไทยก็มาเริ่มอาชีพอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์เดิม ได้เป็นผู้ริเริ่มตั้งห้องปฏิบัติการด้านไวรัสวิทยาและสอนวิชานี้ให้แก่นักศึกษาแพทย์ ได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านไวรัสวิทยา และด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อ

ผู้นิพนธ์มีงานอดิเรกสองอย่างคือ นักเขียนสมัครเล่น และพ่อครัวสมัครเล่น งานอดิเรกทั้งสองได้ทำติดต่อกันมานานกว่า ๓๐ ปี แต่รู้ตัวเองว่าเอาดีไม่ได้สักเรื่อง ยิ่งนานยิ่งกลายเป็นเล่น ๆ มากกว่า ชอบอ่านหนังสือมาตั้งแต่เด็ก หนังสือที่ประทับใจในวัยรุ่นของผู้นิพนธ์มากที่สุด คือ **ปลัดเปลงที่यरอบโลก** และนิยายสารรายเดือนหรือรายสัปดาห์เช่น **ชาวกรุงสยามรัฐ สัปดาห์วิจารณ์**

ทำงานทางด้านการแพทย์มา ๕๐ ปีเต็ม มีประสบการณ์
ด้านงานการสอน การวิจัย ด้านป้องกันและควบคุมโรค
โดยเฉพาะในช่วงที่มีโรคระบาด จึงได้มีโอกาสสั่งสมความรู้
และประสบการณ์จึ้นล้นสมอง เคยทำงานเป็นบรรณาธิการ
วารสารการแพทย์หลายฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
จึงมีความพยายามที่จะถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์
ที่คั่งอยู่เต็มสมอง นำมาเรียบเรียงเพื่อให้ความเพลิดเพลิน
กับท่าน

หนังสือเล่มนี้ตั้งใจเขียนให้อ่านได้ทั้งประชาชน
ทั่วไปหรือนักวิชาการก็อ่านได้เพื่อได้มีความรู้ทั้งเรื่องโรคต่างๆ
ที่ระบาดอุบัติใหม่ เคยระบาดมาแล้ว และอาจจะระบาดซ้ำอีก
เป็นเรื่องที่แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างกว้างขวาง รวมทั้ง
บางเรื่องแม้ว่าจะไม่ใช่โรคติดต่อ แต่ก็ระบาดแพร่กระจายได้
ทั้งนี้ เพื่อที่จะให้ท่านผู้อ่านได้ทันกับเหตุการณ์ ในทำนองที่ว่า
รู้เขา รู้เรา รู้โรค รู้โลก รู้ลึก รู้กว้าง รู้ไกล

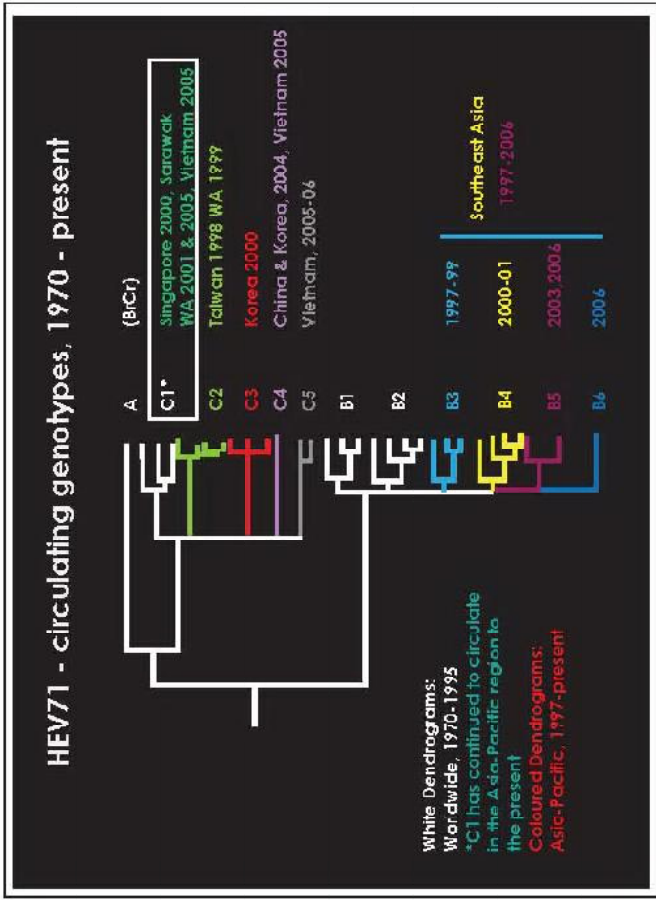
นี่คือเป็นจุดตั้งต้น ที่จุดประกายให้ผู้นิพนธ์เขียน
หนังสือชุดนี้

สารบัญ

	หน้า
โรคมือ เท้า ปาก	๗
- โรคมือ เท้า ปาก คือโรคอะไร	๔๔
- วิทยาการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก	๕๒
- ลักษณะของโรคมือ เท้า ปาก	๖๕
- ภาวะแทรกซ้อน	๗๔
- การวินิจฉัยโรค	๗๖
- การรักษาโรค	๘๑
- การพยากรณ์โรค	๘๒
- สาเหตุของโรค มือ เท้า ปาก เปื่อย	๘๕
- ประวัติการพบเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ (HEV71)	๘๘
- การจำแนกจีโนมกรู๊ปและสับจีโนมกรู๊ป	๕๑
ภาคผนวก	
- คำนิยามโรค	๕๗
- แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ประเทศไทย)	๑๐๐
- โรคประหลาดปริศนาลึกลับอุบัติขึ้นในกัมพูชา	๑๓๐
- ปฏิทินลำดับเหตุการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปากในประเทศไทย	๑๓๔
- สรุปรายงานการประชุมหารือสรุปผลการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ที่มีอาการรุนแรง	๑๔๘
- แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปากสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์	๑๖๖
- ข้อผิดพลาด ๗ ประการ ในการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก	๑๘๖



คุณแม่ท่านหนึ่งซึ่งบุตรอายุ ๔ ขวบ ป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก
เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
เธอได้บันทึกภาพเอาไว้ระหว่างวันที่ ๔-๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕
และเอื้อเฟื้อมอบให้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา จึงขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย



เดินโครงการ แสดงจินตนาการของไวรัสเอ็นเทอร์ ๓๑ ที่อุบัติขึ้นระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๕๕ (๑๕๓๐-๒๐๑๑)

โรคมือ เท้า ปาก

บทเกริ่นนำ

ผู้นิพนธ์ได้ลองท่องเข้าไปในโลกโซเชียลภายหลังมีข่าวดังไปทั่วเกี่ยวกับโรคลึกลับคร่าชีวิตกุมารกัมพูชาเมื่อต้นเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๕ ก็ไปพบกับข่าวชิ้นแสดงในกระทู้ข่าวหนึ่งจากคุณแม่ท่านหนึ่งใน www.pantip.com (น้องต๊อด) เธอชื่อคุณแม่แอน ลองอ่านดูสิครับ

enterovirus 71 ที่พรวดลูกไปจาก...

น้องศตคุณ จิระประเสริฐพันธ์ (น้องต๊อด) อายุ ๒ ปี ๑๐ เดือน น้องจากไปด้วยโรคมือเท้าปากเปื่อยคะ อยากให้เป็นวิทยาทานกับคุณแม่ เพื่อน้องจะได้กุศลตรงนี้ และขอให้น้องกลับมาเกิดเป็นลูกของแม่ของป้าอีก

เช้าวัน ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๒ เกือบจะ ๘ โมงแล้วเห็นลูกหลับอยู่เลยปลุกลูกขึ้นมาเพื่อจะให้แกไปอาบน้ำ แต่น้องต๊อดตัวร้อน วัดไข่น้องได้ ๓๗.๘°ซ ให้ยาน้องทาน และคอยเช็ดตัวให้น้อง จนเกือบ ๑๐ โมง สังเกตเห็นทำไมลูกตัวสั่นและมีอาการผวาเป็นบางครั้ง คอยถามลูกว่าหนาวรึเปล่า ปวดหัวรึเปล่า ลูกบอกไม่หนาว ในใจก็คิดว่าทำไมลูกถึงตัวสั่นทั้งที่บางทีไข้ก็ไม่ได้สูง ๓๗.๕°ซ หลังจากทานข้าวกลางวันเสร็จน้องก็ยังไม่



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

สั้นอีกเลยพาน้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (มีชื่อโรงพยาบาลแต่ตัดออก) ตอนนั้นน้องไข้ขึ้นสูง ๓๘.๖°C พยาบาลเช็ดตัวให้และทานยาลดไข้ รอจนตรวจ คุณหมอเจอน้องมีแผลอยู่ในปากอยู่หลายที่ ท่านบอกว่าลูกเป็นโรคมือเท้าปากเปื่อยอีกแล้ว เรบอกคุณหมอล่าแล้วทำไมน้องตัวสั้น ยืนก็สั้น คุณหมอให้น้องนอนแล้วจับหัวน้องให้ชิดกับอก ไปมาแล้วก็บอกเราไม่ใช่อาการของโรคมือเท้าปากเปื่อย ให้กลับมาพบใหม่ในวันพุธเพื่อมาดูอาการ เราพาลูกกลับบ้านน้องได้ทานยา ไข้ก็มีขึ้นๆ ลงๆ แต่วันนั้นทั้งวันแจะซึม ผิดกับเมื่อวานที่แจะร่าเริง แต่คืนนั้นทั้งคืนเริ่มเห็นว่าอาการของน้องมันแปลกๆ ทำไมตัวยังสั้น แต่ถือแก้วน้ำก็สั้น เพราะลูกไม่เคยเป็นแบบนี้แต่ไข้ก็ยังมี

วันที่ ๒๑ มิถุนายน วันนี้ตัดสินใจพาน้องเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาล แห่งใหม่ (รพ.....) ไปถึงที่นั่นประมาณ ๑๐ โมงกว่า ๆ เรบอกคุณหมอล่าทางโรงพยาบาลที่ไปรักษาเมื่อวานบอกลูกเป็นปากเปื่อย เรากับแฟนซักไม่แน่ใจอาการของลูก เพราะน้องตัวสั้นมาก ๆ ยืนก็สั้น ไข้ก็มีแต่ไม่สูง คุณหมอเอาเลือดน้องไปตรวจ กว่าจะได้เข้าเครื่อง CT SCAN ก็ปาเข้าไปเกือบบ่าย ตรวจแล้วก็ไม่พบอะไรผิดปกติเกี่ยวกับสมอง คุณหมอล่าที่ตรวจท่านได้ปรึกษากับคุณหมอโรคสมองที่โรงพยาบาลเด็กเกี่ยวกับอาการของน้อง ตอนแรกเราได้ยินว่าคุณหมอล่าจะมาบ่าย ๒ แต่มาเจอคุณหมอล่าทางโรคสมองเอาตอน



๔-๕ โมง ก่อนคุณหมอมจะมาตอนนั้นลูกเรายังไม่ได้รักษาอะไรเลยนอกจากได้รับยาแก้ไข้และได้รับการเจาะที่ไขสันหลัง หลังจากที่คุณหมอมองมาเห็นอาการของน้อง เรากับแฟนเริ่มเห็นว่ามันคงไม่ใช่เรื่องเล็กๆ แล้วเพราะคุณหมอเห็นน้องสะดุ้งและตัวสั่น คุณหมอม่าประเมินอาการ ว่ากลัวเชื้อจะขึ้นไปที่สมอง ถ้าหากไปที่สมองน้อยก็ยังไม่เป็นไร แต่กลัวว่าจะไปขึ้นที่ก้านสมองจะเป็นเรื่องใหญ่ เช่นวันนั้น น้องเลยได้อยู่ที่ห้อง ICU เด็กเพื่อรอดอาการ คุณหมोजับความดันและการเต้นหัวใจ

วันที่ ๒๔ มิถุนายน เรามาดูลูกแต่เช้า ถามพยาบาลว่าน้องเป็นยังไง พยาบาลบอกว่าแกนอ่อนไม่ค่อยหลับ หลับๆตื่นๆ ถามหาแต่ว่าแม่ไปไหน ป๊าไปไหน เราเห็นลูกเราก็ดังสาร เข้าเราเข้าไปเฝ้าลูก ถามลูกตลอดว่าปวดหัวรึเปล่า น้องส่ายหัว น้องร้องอยากจะกินแต่ซ็อกโกแลต เราก็ต้องปลอบลูกว่ายังกินไม่ได้ลูกเดี๋ยวแม่ถามคุณหมอก่อนนะ ถ้ากินได้แม่จะซื้อมาให้ ข้าว น้องก็ทานได้แค่ ๒-๓ คำ ตลอดเวลาที่เฝ้าน้องตอนช่วงเช้า เราเริ่มเห็นอาการลูก คือน้องอยากหลับแต่หลับไม่ได้ หลับไปไม่ถึง ๕ นาทีตัวก็สะดุ้ง จะเป็นอย่างนี้ตลอด จนเราบอกพยาบาลทำไมน้องเป็นแบบนี้ น้องเขาอยากนอนนะ แต่เขานอนไม่ได้ พยาบาลกลับบอกเราว่าอยู่ในช่วงหลับลึกคะคุณแม่ น้องอาจจะแปลกที่ด้วย เราบอกว่ามันไม่ใช่ นะ แต่ทางพยาบาลก็ยังยืนยันกรานอยู่ อาการน้องเริ่มสะดุ้งบ่อยทุกที เราจับมือลูกคอยถาม



เป็นยังไง น้องเอาแต่นอนหมอบ พอลุกก็นั่งไม่ไหวแล้วก็หมอบอีก พอจะหลับก็สะดุ้งอีก เรียกว่าแทบไม่ได้นอน เราเอามือไปจับชีพจรของลูกที่ต้นคอ ชีพจรมันเต้นเร็วมากเหมือนคนตกใจกลัว มันเต้นถี่ แต่ไม่ตลอดเวลา เราเจอคุณหมอช่วงบ่ายคุณหมอบอกว่า น้องเริ่มคลุ้มคลั่งขึ้นนะ แต่เราแย้งว่าไม่นะ เพราะน้องนั่งไม่ได้ นอนไม่ได้เพราะมีอาการสะดุ้งตลอด แล้วชีพจรน้องก็เต้นเร็วมาก เราเริ่มไม่สบายใจแล้ว แต่คุณหมอกับพยาบาลก็เอาแต่เครื่องวัดความดันกับหัวใจเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยความเป็นแม่เราเริ่มกังวลแล้วว่ามันไม่ใช่ จนเกือบบ่าย ๓ เริ่มร้องให้เราอุ้ม คือน้องนอนไม่ได้เลยเอาแต่สะดุ้ง พุดกับเราว่า ต๊อดเป็นอะไรไม่รู้เจ็บตรงบริเวณหน้าอก น้องเริ่มกระวนกระวาย คุณหมอเข้ามาดูอาการเริ่มเห็นความผิดปกติ หัวใจน้องเริ่มเต้นเร็ว ค่าออกซิเจนเริ่มเปลี่ยน คุณหมอเริ่มพูดว่าต้องขอให้ย้าน้องตัว VIG ยาตัวนี้คุณหมอบอกเราไว้เมื่อวานถ้าจำเป็นต้องใช้ซึ่งราคาค่อนข้างสูง ประมาณแสนต้นๆ เราไม่สนใจเลยขอให้ลูกเราหาย คุณหมอเริ่มฉีดยานอนหลับให้น้อง และเริ่มให้ยา และนั่นก็เป็นครั้งสุดท้ายค่ะที่เราได้ยินเสียงลูกที่ลูกร้องเรียกเราให้อุ้ม หลังจากนั้นไม่เกิน ๑ ชั่วโมง มีคุณหมอหลายท่านเริ่มเข้ามาที่ห้องลูก พยาบาลเริ่มให้เราไปรอข้างนอก ลืมบอกค่ะเรายังมีลูกชายคนเล็ก ๑.๖ ปี อีกคน แฟนเราไม่แน่ใจว่าลูกคนเล็กจะติดเชื้อปากเปื่อยจากพีรีเปล่าเลยพาลูกไปหาหมอที่รพ.....

ปรากฏว่าน้องก็เริ่มมีแผลในปากบ้างแล้ว เรายึดโทรตามแฟนว่า



น้องต๊อดเริ่มไม่ดีแล้วให้มาเร็ว ๆ เรารออยู่ที่หน้าห้องจนประมาณ
ทุ่มครึ่ง เราถามพยาบาลว่าน้องเป็นอะไร เขาบอกว่าหัวใจน้อง
หยุดเดินไป ๑ นาทีแต่ก็กลับมาได้แล้ว เรากับแฟนร้องไห้จน
ต้องไปนั่งกองอยู่กับพื้น ทำไมโรคมันรุนแรงขนาดนี้เลยหรือ

วันที่ ๒๕ มิถุนายน เรากับแฟนเดินมามองที่หน้าห้อง
ลูกเกือบทั้งคืน ตัวน้องมีสายเต็มไปหมด ทั้งท่อช่วยหายใจ
ยาทางสายอีกหลายสาย เราร้องไห้ตลอด มันไม่รู้จะอธิบาย
ยังไงเข้าไปลูบหัวลูก หัวน้องบวมมากเราถามหมอทำไมน้องเป็น
แบบนี้ หมอบอกว่าเชื้อลงไปที่หัวใจ และปอด เราพูดว่าทำไม
เมื่อวานบอกคุณหมอๆ ไม่เชื่อว่าน้องหัวใจเดินเร็ว คุณหมอก็ก้อา
แต่อธิบายเรื่องอาการ เรามองลูกเรารู้เลยว่าโอกาสมันเริ่มน้อยแล้ว
น้องต๊อดได้รับการรักษาจากคุณหมอหลายๆ คุณหมอทาง
โรคสมองจากโรงพยาบาล..... คุณหมอทางด้านโรคติดเชื้อ
เฉพาะทางจากโรงพยาบาล..... โรคหัวใจจากโรงพยาบาล.....
เราเห็นหน้าคุณหมอแต่ละท่าน เราเริ่มรู้ แต่ก็หวังว่าลูกเรา
ต้องหาย มันต้องใช้เวลา เรามองตัววัดค่าความดันน้อง ๒๑๕
หายใจด้วยเครื่อง

วันที่ ๒๖ มิถุนายน - ๔ กรกฎาคม จากหลายๆ วันที่ผ่าน
มาน้องอาการขึ้นๆ ลงๆ ไม่มีการตอบรับจากน้อง ความดันลงมาที่
๑๘๐-๒๐๐ ตัวร้อนเป็นบางวัน บางวันก็ตัวเย็น พยาบาลเช็ด
ปัสสาวะน้องทุกวัน น้องต้องให้เกลือเลือดเลือด และยาทางสาย



เต็มไปหมด เรากับแฟนก็ยังหวังว่าน้องต้องฟื้น ถึงน้องฟื้นมา และสมองพิการเราก็รับได้ หลังจากการรักษาคุณหมอบอกอาการน้องเป็นระยะ อาการที่ปอด ยังมีฝ้าที่ปอด และมีลิ้มเลือดออกมาจากปอด กล้ามเนื้อหัวใจยังไม่ค่อยดี คุณหมอที่รักษาน้องทางสมอง ท่านช่วยให้เราสามารถย้ายลูกไปที่ โรงพยาบาล.....

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ หลังจากย้าย โรงพยาบาลลูกมาตอนเช้า คุณหมอที่ โรงพยาบาล.....ที่เฝ้าเวรใน ICU เรียกเราเข้าไปคุย พูดกับเราตรงๆ ว่า เศษของลูกเราขึ้นโคมา คือไม่ยอมกินให้เราหวังว่าลูกเราจะรอดเพราะเชื่อมันลามไปที่สมองที่หัวใจ และที่ปอด และคิดว่าน้องคงอยู่ได้ไม่นาน เราบอกว่าให้คุณหมอรักษาถึงที่สุด อาการน้องไม่ดีขึ้นเลยเริ่มแยลง วันที่ ๖-๘ กรกฎาคม วันนี้คุณหมอเข้ามาตรวจคลื่นสมองน้อง ผลออกมาไม่มีค่าที่สมองขึ้นเลย สมองไม่มีการตอบรับอะไรเลย ที่น้องอยู่ได้เพราะเครื่องช่วยหายใจ และยาปรับความดัน เราเข้าไปเยี่ยมลูกได้วันละ ๓ เวลาเราเห็นลูกคือทำไมต้องเป็นลูกเราด้วย พอคุณหมอบอกเราเรื่องสมอง เรากับแฟนมองหน้ากันและตัดสินใจบอกคุณหมอว่า ไม่ต้องรักษาแล้ว ให้หยุดยาเลยเพราะมันไม่ช่วยอะไรเลย น้องต้องมานอนทรมาณ คุณหมอให้โอกาสเราเฝ้าลูกได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพราะคุณหมอบอกว่าน้องอาจจะไปคืนนี้ ช่วงบ่ายคุณหมอหยุดยามีเพียงแค่น้ำเกลือเท่านั้น



วันที่ ๑๑ กรกฎาคม น้องมาเสี่ยช่วง ๒ ทุ่ม ๕๘ นาที หลังจากที่น้องนอนทรمانมาหลายวัน น้องรอทุกคนในครอบครัว หลังจากที่บ้านมาเยี่ยมน้องตอน ๖ โมงเย็น เชื้อมัยคะ ค่าความดันน้องกับขึ้นไปที่ ๘๐ หัวใจเต้นที่ ๕๘ เหมือนกับเค้าจิตใจที่ทุกคนมาเยี่ยมเขาเป็นครั้งสุดท้าย น้องต้อดมีน้องตฤณ เป็นน้องชาย ๑ คนคะ เขาคงรอน้อง เราเฝ้าลูกถึงตอน ๒ ทุ่มก่อนหมดเวลาเยี่ยม เราบอกลูกว่า หนูไม่ต้องห่วงใครแล้วนะ ทุกคนมาเยี่ยมหนูกันหมดแล้ว ทุกคนรักต้อด น้องตฤณก็รักพี่ต้อด ถ้าหนูไปคืนนี้แม่ขอให้หนูมาเกิดมาเป็นลูกของแม่ ของป้าอีกนะ หนูไปได้เลยนะลูก ไปอยู่ในภพภูมิที่ดี เราเคยไปลงกระทู้เรื่อง ของน้อง มีคุณแม่ท่านหนึ่งท่านได้ช่วยเอาเรื่องของน้องไปลงที่ www.pantip.com(น้องต้อด)อยากบอกแม่ๆ คะ ถ้าลูกมีอาการแปลกให้เชื่อสัมผัสของตัวเองดีกว่าคะ เพื่อจะได้ไม่เกิดการสูญเสีย

ผู้ตั้งกระทู้ แม่แอน (purita_j-at-hotmail-dot-com) ::
วันที่ลงประกาศ 2009-08-31 11:33:16 IP : 222.123.119.109

ผู้นิพนธ์ได้อ่านบันทึกของคุณแม่ด้วยความตั้งใจ และสนใจ ขอแสดงความเห็นใจและเสียใจอย่างสุดซึ้ง ผมจะได้นำบันทึกฉบับนี้เผยแพร่ต่อไป ให้คุณพ่อคุณแม่ชาวไทยได้เข้าใจกันมากขึ้น อันจะเป็นกุศลของน้องต้อดด้วย



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ยังมีบันทึกอีก ๑ ฉบับ จาก DEK-D.com ผู้พิมพ์เห็นว่าน่าสนใจไม่น้อย จึงนำมาเสนอซ้ำอีกครั้งนี้ครับ

**เหตุการณ์การเสียชีวิตของเด็กกรุงเทพมหานครคริสเตียน ชั้น ป.๑ จาก
คุณพ่อ**

น้องเพย ลูกป้า และ มาม่า นักเรียนชั้น ป.๑ โรงเรียน
กรุงเทพมหานคร ผู้จากไปด้วยโรคไวรัสสายพันธุ์เดียวกับโรคมือ
เท้า ปาก แน่นนอนเพียงแต่ยังไม่ทราบว่าเป็นสายพันธุ์ Coxsackie
หรือ Enterovirus 71 ไหนเท่านั้นเองและเป็นโรคที่มีความรุนแรง
มากที่สุดซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียารักษาได้ อาการของโรค
ลูกชายผมจะ ไม่มีแผลที่มือ ปาก หรือ เท้า แต่ลักษณะการโจมตี
ของไวรัสเหมือนกับโรคมือ เท้า ปากทุกประการ เป็นคำยืนยัน
จากอาจารย์หมอหลายท่านที่ผมปรึกษามาทั้งที่ ร.พ.เอกชนแห่ง
หนึ่ง และ ร.พ.รัฐบาลแห่งหนึ่ง

ข้อความต่อไปนี้เป็นอาการป่วยของน้องเพยตั้งแต่
เริ่มต้นจนเสียชีวิตในเวลา ๑๐ วันเท่านั้นเอง

วันอังคารที่ ๕/๕/๕๕

ตอนเย็นหลังจากกลับจากโรงเรียน ป้าจำได้ น้องเพย
เดินมาบอกป้าว่าปวดหัวแต่เราก็คิดว่าคงนอนไม่พอเลยปวดหัว
จึงพาเพยขึ้นนอนแต่หัวค่ำ พอช่วงดึกน้องเพยตัวร้อนมาก
จึงให้ยาแก้ไข้ไทลินอลแบบน้ำและนอนต่อ จนเช้า ไข้ก็ยังไม่ลด
เลยให้หยุดเรียนพักอยู่บ้าน และทานยาลดไข้เป็นระยะ ๆ



วันพุธที่ ๖/๕/๔๕

น้องเพยนั่งเล่นอยู่บ้านดูทีวีทั้งวัน คุณน้องเพยช่างมีความสุขจัง แต่ไข้ก็ยังไม่ลด ต้องกินยาลดไข้ไปทุก ๔ ชั่วโมง หลังทานยาน้องเพยแข็งแรงมาก วิ่งเล่นไปมา ส่งเสียงดังลั่น บ้านจนนึกว่านี่ต้องเป็นป่วยการเมือง แหงๆ แต่แล้ว

วันพฤหัสบดีที่ ๗/๕/๔๕

น้องเพยยังมีอาการไข้อยู่ ๓๘.๕° ซ คุณแม่พาน้องเพยไปโรงพยาบาล...(โรงพยาบาลดงย่านสีลม) หากคุณหมอประจำชื่อ คุณหมอ... คุณหมอก็ตรวจไข้ตามปกติและให้ยาแก้ไข้แก้แอสบ แก้ไอ แล้วก็กลับบ้านมาพักผ่อน

วันศุกร์ที่ ๘/๕/๔๕

น้องเพยเริ่มแข็งแรงเป็นปกติ จึงเอาเขาไปทานที่ โรงเรียน และเรียนหนังสือตามปกติ

วันเสาร์ที่ ๙/๕/๔๕

โรงเรียนหยุด อยู่บ้าน ทานยาตามปกติ แต่ไข้ก็ยังไม่ลด เท่าไรนัก ต้องทานยาลดไข้เป็นระยะ พอทานยาเสร็จ ก็วิ่งเล่น ส่งเสียงดังลั่นบ้านตามปกติ ดูทีวีคุยกับอาม่า ทานอาหารได้

วันอาทิตย์ที่ ๑๐/๕/๔๕

ตอนบ่าย ๒.๓๐ มามีไม่สบาย ป้าเลยพาน้องเพยกับ พี่ชายแก็ไปที่ TK Park อุทยานการเรียนรู้ที่ เซ็นทรัลเวิลด์



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไร่มือ เท้า ปาก

พลาซ่า พอไปถึงน้องเพยก็วิ่งเล่นนำหน้าไปก่อน กคคิฟตัวเอง
ไม่ยอมให้พี่เขากคคิฟพี่ เพราะปกติคนพี่มักจะแย่งกับน้อง
กคคิฟพี่เป็นประจำ พอไปถึงก็เข้าไปเล่นเกมสอินเตอร์เนท
จนกระทั่งเวลา ๕.๐๐ เย็น เราก้อออกมา

น้องเพยบอกว่าหิวข้าว จึงพาไปกินอาหารญี่ปุ่น Zen
แต่น้องเพยบอกหนาวหนาวมาก ๆ ป้าจับตัวคู่ว่าไขขึ้นจึงรีบ
วิ่งไปซื้อยาลดไข้ คาลปอล มาป้อนน้องเพยก่อน จนแก็เริ่มดีขึ้น
ก็ทานข้าวกับกึ่งต้มประะ ได้จนหมดจาน นับเป็นครั้งแรกที่น้อง
เพยทานจนหมด เพราะปกติแก็จะเป็นคนที่เลือกทานอาหาร
มาก ๆ ไม่ชอบกินผัก จากนั้นก็รีบกลับบ้านทันที

วันจันทร์ที่ ๑๑/๕/๔๕

คุณแม่พาน้องเพยไปหาหมอรอบที่ ๒ กับหมอกคนเดิมที่
รพ...(รพ.ด่งย่านสีลม)

วัดไข้ได้ ๓๘.๕° ซ แต่ก็ยังร่าเริง วิ่งเล่นอยู่หน้าห้องรอ
ตรวจ คุณอาการดีกว่าเด็กคนอื่น ๆ ที่มาตรวจด้วยซ้ำไป คุณหมอจึง
ได้จัดยา ยา Zithromax เป็นยาแก้อักเสบ และยาลดไข้ ๒ อย่าง
พอกลับบ้านก็ทานยาตามปกติตามเวลา น้องเพยก็ร่าเริงตามเดิม
คุยเสียงดังลั่นบ้านตามเคย

วันอังคารที่ ๑๒/๕/๔๕

น้องเพยไปโรงเรียนตามปกติ ตอนเย็นกลับบ้านทานยา
Zithromax วันละ ๑ ครั้ง เป็นยาแก้อักเสบ



วันพุธ ที่ ๑๓/๕/๔๕

น้องเพย ไปโรงเรียนตามปกติ

วันพฤหัสบดีที่ ๑๔/๕/๔๕

น้องเพยเริ่มมีอาการผิดปกติ ไม่มีไข้แต่เหนื่อย ตัวไม่ร้อน แต่น้องเพยบ่นว่าเมื่อยทั้งตัว ไม่มีแรง เราก็นึกว่าเด็กตื่นเช้า ๖.๒๐ น อาจะยังง่วงนอนอยู่ก็เลยเมื่อยๆ

พอไปถึงโรงอาหาร แยกกินข้าวไม่ลง ทานได้ ๒-๓ คำ ก็ไม่กินแล้ว มาม้าเลยอุ้มน้องเพยมากอดให้แกงจับสั๊กพัก พออืดเข้าห้องคัง ป้าและม๊าที่พาแกไปเข้าห้อง แต่พอเดินมาถึงกลางสนามบาสแกก็บอกว่าเดินไม่ไหว ณ เวลานั้น ถ้าผมทราบ ว่าตอนนี้มีโรคระบาดในเด็กละก็ ผมคงไม่ชะล่าใจ นึกว่าแก แกล้งไม่ยอมเข้าห้องเรียน จนถึงเวลานี้ก็ยังเสียใจว่าทำไมวันนั้น เราไม่นึกอะใจเลยนะว่าลูกเราผิดปกติ แต่เราก็ก้าวแกเรียน ไม่ทันเพื่อน เพราะหยุดเรียนไปหลายวันแล้ว อีกอย่างอาทิตย์ หน้าก็จะสอบแล้วด้วย เลยพาแกเข้าห้องเรียนด้วยมือของเราเอง (น้องเพย ป้าขอโทษ ป้าผิดเองที่วันนั้นพาน้องเพยเข้าห้อง ทั้งๆ ที่น้องเพยบอกเรียนไม่ไหว ป้าเสียใจมากๆ มากจนไม่อาจให้อภัยตัวเอง ถ้าหากมีข่าวเรื่อง โรค มือ เท้า ปาก มาก่อน ป้าจะไม่ยอมให้น้องเพยไปโรงเรียนเลย ทุกวันนี้มันก็ยังหลอนอยู่ในหัว ป้าตลอดเวลา)



ทำไมทางสาธารณสุขถึงปิดข่าวกัน ไม่เคยมีใครรู้จักโรคนี้นักก่อนเลยทั้งที่มันรุนแรงกับเด็กมาก ๆ และกำลังระบาดอยู่ ซึ่งความจริงมีเด็กเสียชีวิต ตั้งแต่ต้นปีแล้ว ๕-๖ คนด้วยกัน (เพิ่งจะเป็นข่าวก็ในกรณีลูกของหมนี้แหละ)

เย็นวันนั้นหลังจากรับกลับบ้าน ปรากฏว่ามีรอยบวมใต้ตาทั้ง ๒ ข้าง พอมีใครไปทักแกก็จะบอกว่าอย่ายุ่ง รู้สึกว่าวันนั้นแคะจะนั่งคู่วิวอย่างเดียว ไม่พูด ไม่คุย ไม่ส่งเสียงดังตามปกติ

เวลา ๒ หูม หมออุ้มแกเข้าห้องให้แกนอนที่เตียงประจำของแก แต่ปรากฏว่า ที่เขน และขาจับแล้วเย็นมาก แต่ที่ตัวยังอุ่น หัวเริ่มมีเหงื่อออกมาก หมอรู้แล้วว่าอาการ โรคที่แท้จริงตอนนี้เริ่มปรากฏตัวแน่ ๆ แล้ว ทั้งที่ตอนหัวค่ำยังไม่มีอาการมือเย็นเท้าเย็นเลยแม้แต่หน่อย

ผมปรึกษากับคุณแม่เห็นว่ามันคึกแล้วถ้าไปโรงพยาบาลเวลานี้คงเจอแต่หมอเวร อีกอย่างแกก็ไม่มีไข้ นอนอย่างเดียวไม่ร้องเจ็บ หรือปวดตรงหัวเหมือนตอนก่อนเป็นไข้ครั้งแรกก็เลยตั้งใจว่าเช้าวันศุกร์จะพาไปหาหมออีกที่ คราวนี้น่าจะรักษาได้แน่เพราะอาการออกชัดมาก ๆ

วันศุกร์ที่ ๑๕/๕/๕๕

คุณแม่พาน้องเฟยไปโรงพยาบาลเวลา ๑๐.๐๐ น ช่วงเช้า ๑๑.๐๐ น คุณพ่อได้นวดแขนนวดขาให้น้องเฟย เพราะมือและขาแกเย็นมาก ๆ ตลอดเวลา แต่ไม่มีแผลที่มือ หรือ เท้าเลย



แม่แต่น้อย สะอาดมาก พอไปถึงโรงพยาบาลคุณหมอได้พยายาม
เจาะหาเส้นเลือดเพื่อใส่น้ำเกลือค่วน เพราะว่าเด็กเกิดอาการ
ซีด แต่ก็ไม่สามารถเจาะได้ เพราะเส้นเลือดหาไม่เจอเลย
ต้องเจาะอยู่ถึงกว่า ๑๐ ครั้ง น้องเพ็ญร้องไห้ตลอดเลยเพราะว่า
เจ็บมาก จนคุณแม่ที่นั่งรออยู่ข้างนอกยังทนไม่ไหวถึงกับ
ร้องไห้สงสารลูก แต่ก็ทำอะไรไม่ได้เพราะการเจาะเลือดเป็น
ทางเดียวที่จะให้อาหารแก่ด้วยน้ำเกลือ เพื่อพุงอาการให้เข้าที่

เวลา ๒๑.๐๐ น ผมมาถึงโรงพยาบาล ที่ห้อง ไอ ซี ยู
เห็นน้องเพ็ญนอนตาลอยอยู่ คุณน้าแล้วโทรมกว่าตอนเข้ามาๆ
จากนั้นแกก็อาเจียน มีเลือดในคอต้องคอยดูดออกเป็นระยะ ๆ
แต่ไม่มีหมด

ในห้อง ICU เลย ผมถามแฟนว่าหมอไปไหนกับหมด
แฟนก็บอกว่าหม้อออกเวรไปแล้ว สักพักก็มีหม้อเวรเด็ก
เข้ามาและตรวจอาการแก่ตามปกติ แต่รู้สึกว้าอาการลูกผมจะ
แย่งเรื่อย ๆ เห็น คุณหม้อวิ่งเข้า วิ่งออกอยู่หลายรอบ เรียก
พยาบาลเข้าไปช่วยด้วย แกบอกว้าลูกผมอาการค่อนข้างหนัก
มาก ๆ แต่ยังหาสาเหตุของโรคไม่เจอ จากนั้นได้นำน้องเพ็ญไป
เอ็กซเรย์ปอด หัวใจ และทำ CT Scan สมอง เพื่อดูว้ามีอะไร
ผิดปกติบ้าง ผลก็คือ ปอดปกติ ไม่มีอาการปอดบวม (อาการ
ปอดบวมมาพบทีหลังในเช้าวันเสาร์ที่เสียชีวิต) แต่หัวใจทำงาน
ผิดปกติ แรงดันชีพจรเต้นเดี่ยวแรงเดี่ยวเบา อาการน่าเป็นห่วง
ส่วนที่สมองก็มองไม่เห็นความผิดปกติ แต่คุณหม้อในคืนนั้น



ก็แจ้งว่าเครื่อง CT Scan สามารถมองเห็นได้แค่ช่วง ๑ CM. แล้วก็เว้น ๑ CM คือมองเห็นช่วงและไม่เห็นช่วงสลับกันไป จากภาพถ่าย ก้านสมองเด็กมองแล้วก็ยังไม่เห็นเลือดคั่ง หรืออะไรที่ผิดปกติ

คุณหมอเวรช่วงดึก แกก็ได้โทร. ไปปรึกษาหมอประจำของน้องเพย คือ คุณ หมอ...(ปิดชื่อ) ตลอด แล้วก็วิ่งเข้าไปเจาะเลือดลูกเราอีกแล้ว ทุก ๆ ชั่วโมง แต่ลูกเราตอนนี้โดนยานอนหลับอยู่จึงยังไม่มีการร้อง หรือตอบสนอง

คุณหมอได้ตะโกนเรียกน้องเพย เอาที่เกาะกระดูกมาเกาะที่เท้า แต่เท้าก็ไม่มีการตอบสนอง เอาไฟฉายมาส่องตาดาก็ไม่ตอบสนอง แล้วคุณหมอก็พยายามตะโกนเรียกน้องเพยอยู่นาน ผมก็เริ่มรู้สึกใจไม่ดีแล้ว เอทำไมบรรยากาศเริ่มแย่ง ๆ ลูกเราเป็นอะไรกันแน่ ตามคุณหมอ แกก็บอกว่าอาจจะช็อกอย่างแรงจากโรคเบาหวานเฉียบพลัน แต่หลังจากวิเคราะห์อีกทีก็ไม่น่าจะใช่

เพราะผลเลือดสรุปแล้วมีแต่น้ำตาลในเลือดที่สูงถึง ๓๐๐ แต่ตัวอื่นปกติจึงไม่น่าจะใช่เบาหวานเฉียบพลัน ตอนนั้นผมเริ่มถามตัวเองแล้วว่า หมอใหญ่ของที่นี่ไปไหนกันหมด ปล่อยให้หมอเวรหนุ่ม ๆ ทำอยู่คนเดียว โรงพยาบาล... ไม่มีหมอดี ๆ เหลือเลยหรือ

แต่ผมก็เห็นความตั้งใจของหมอเวรคนนี้นี่มาก แกพยายามทำทุกวิถีทาง ใช้ทุกเครื่องมือของโรงพยาบาลที่มี รวมทั้งเครื่อง



ตรวจหัวใจด้วยไฟฟ้า เครื่อง CT Scan ตรวจสมอง ผลก็คือ ไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร คุณหมอเวรคีนนั้นเดินมาบอกเราว่า ทางโรงพยาบาล... ไม่มีเครื่องมือที่ละเอียดเพียงพอที่จะหาเชื้อโรคตัวนี้หรือไวรัสตัวนี้ได้ จำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาล..... หรือ ไม่มีก็รพ..... ในเวลานั้นผมเริ่มใจสั่นและคิดหนัก ว่าอาการลูกเราตอนนี้เป็นตายเท่ากัน จะไปไหนดี นี่ก็ตี ๒.๓๐ แล้ว ใครจะมีอาจารย์หมอละ คีนวันศุกร์ ติดต่อกันที่รพ.....ก็ไม่มีเตียงเหลือ

สุดท้ายผมเลือก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งทางหมอเวรได้ติดต่อประสานงานให้กับ ร.พ.....เรียบร้อยเป็นอาจารย์หมอเด็กเกี่ยวกับ โรคทางเดินหายใจ เพราะลูกผมตอนนี้หายใจถี่มาก ๆ เหมือนคนวิ่งมาเหนื่อย จะหายใจถี่ ๆ ตลอดเวลา ต้อง ใช้อุณหภูมิของ...ส่งไปพร้อมกับใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดทาง

ระหว่างทางผมเห็นหยดน้ำตาบนหน้าน้องเพย จิตใจเราก็เริ่มแยลง หยิบผ้าเช็ดหน้ามาซับน้ำตาแก ภาวนาว่าอย่าเพิ่งเป็นอะไรนะ ป๊าป้ากำลังพาน้องเพยไปหาหมอที่เก่งที่สุดแล้ว ออกทนหน่อยนะ น้องเพยชอบพูดว่าน้องเพยออกทนเก่งนี้ คราวนี้ถ้าน้องเพยหาย ป๊าป้าจะพาไปดู MASK RIDER SHOW ที่กำลังจะแสดงเร็ว ๆ นี้ น้องเพยชอบพูดว่าอยากดูไม่ใช่หรือ จะดูก็รอบก็ได้ล่ะ

พอไปถึง คุณหมอที่ ร.พ.....ได้เตรียมห้อง ICU รอไว้เรียบร้อยแล้ว และทำการรักษาต่อทันที



มีการใส่เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ เครื่องให้น้ำเกลือ เครื่องตรวจชีพจร เครื่องตรวจการเต้นของหัวใจ เครื่องตรวจอะไรอีกไม่รู้รวมๆ แล้วเกือบ ๘ เครื่องด้วยกัน

คุณหมอบอกว่าลูกเรามีอาการติดเชื้อเข้าชั้นรุนแรง เพราะหัวใจทำงานผิดปกติในการส่งเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองสั่งการให้หายใจผิดปกติด้วย แต่ก็ยังไม่ทราบว่าเป็นไวรัสตัวไหน จึงขออนุญาตคุณดูแลไปตรวจ ผมก็ตกลง แต่คุณหมอบอกว่า อาการน่าเป็นห่วง ต้องดูตลอดเวลา ชั่วโมงต่อชั่วโมง ชั่วโมงนี้แย่ แต่ก็ไม่แน่ว่าชั่วโมงต่อไปอาจดีก็ได้ ในสิ่งที่แย่ก็ยังมีหวังเสมอ

ผมฟังไปน้ำตาก็เริ่มไหล ทำได้เพียงแต่สวดภาวนา ขอให้ลูกเราปลอดภัยด้วยเถิด จะให้เราทำอะไรก็ยอมทั้งนี้้น ยาแพงแค่ไหนก็ได้ขอให้เขาหาย

ผลเลือดยังไม่รู้ ต้องรอเพาะเชื้อ ๓ วัน แต่คุณหมอที่รพ.....บอกว่าเขาได้ฉีดยามาเชื้อแบคทีเรีย และไวรัสเท่าที่เขามีให้แล้วโดยไม่รอผลเชื้อของห้องแล็บ ถ้าโชคดียาที่ส่งไปอาจใช้กับไวรัสในตัวลูกเราก็ได้ ต้องรอดูอาการอีกที แต่คุณหมอบอกว่า ไวรัส ๘๘% ไม่มียามาเชื้อ ต้องใช้ภูมิคุ้มกันของร่างกายตัวเองเป็นตัวฆ่า ถ้าลูกเราแข็งแรง ก็จะผ่านช่วงเลวร้ายนี้ได้ ถ้าแข็งแรงไม่พอก็จบ

คืนนั้นผมไม่นอนเลย นั่งเฝ้าหน้าห้องกระจก ICU ตลอดเวลา จนเวลา ตี ๕ คุณหมอจึงขออนุญาตกลับไปก่อน



เพื่อให้หมอด้านหัวใจและสมองมาตรวจในตอนเช้าอีกที
นั่งไปร้องไห้ไปเหมือนคนบ้า แฟนผมก็นั่งหลับอยู่หน้าห้อง
เหมือนกัน

เช้าวันเสาร์ที่ ๑๖/๕/๔๕

อาการน้องเพยนิ่ง ๆ ซึ่พจรเต้นไม่สม่ำเสมอ เดี่ยวแรง
เดี่ยวเบา คุณหมอดี๋ด้านหัวใจอ่านรายงานของ รพ.....
บอกว่ายังพอมีหวัง ถ้าไวรัสไม่เข้าไปที่หัวใจ แต่หลังจากใช้
เครื่องสแกนหัวใจมาตรวจ ก็พบว่าไวรัสในหัวใจจริง ๆ และเป็น
ตัวที่ร้ายที่สุด ซึ่งไม่มียาม่าเชื้อโรคตัวนี้ โอกาสรอดมีน้อยมาก

แฟนผมพอได้ยินว่าเป็นไวรัสที่ร้ายแรงที่สุด ถึงกับ
ร้องไห้ทำอะไรไม่ถูก

จากนั้นคุณหมอด้านสมองเด็ก ก็ได้มาตรวจดูด้วย
เครื่องอะไรก็ไม่รู้ เพราะตอนนั้นสมองผมเองก็เริ่มไม่รับรู้
แล้วเหมือนกัน คุณหมอสมองเด็กออกมารายงานว่า ที่สมอง
ตรวจพบเชื้อไวรัสเช่นกันที่ก้านสมอง ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญ
ที่สุดของสมอง และเริ่มตรวจพบเชื้อในปอด ทั้ง ๆ ที่เมื่อวานยัง
ตรวจไม่พบเลย ทำไมวันนี้จึงเจอละ

คุณหมอบอกว่าความหวังสุดท้ายของเรายังมี คือใช้
เซรุ่มของคนอื่นที่มีภูมิคุ้มกันแข็งแรงมาฉีดให้น้องเพย

เป็นความหวังสุดท้าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายของ
น้องเพยไม่ไหว ต้องส่งกองทัพของคนอื่นมาช่วย ถ้าช่วยได้ก็



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

คงจะน่าไวรัสได้บ้าง ทางผมจึงตกลงให้ใช้เซรุ่มตัวนี้ ถึงแม้จะ
ยังไม่มีการรับรองเซรุ่มตัวนี้เป็นเอกสาร แต่ในเมืองนอก
มีการใช้กันและได้ผลบ้างในบางเคสเท่านั้น

คุณหมอ ได้แจ้งอีกว่าราคาเข็มละ ๖๐,๐๐๐ บาท ซึ่งทาง
เราก็คินดี

ทางคุณหมอได้ขอเจาะไขกระดูกสันหลังเพื่อขอส่ง
ไปตรวจหาเชื้อด้วย ซึ่งทางเราก็คิดหนักในตอนแรก กลัวแ
จะทนไม่ไหวแต่ในที่สุดทางเราก็ได้อนุญาต เพราะเราไม่มีที่พึ่ง
แล้วนอกจากหมอ

หลังจากได้รับการฉีดเซรุ่ม เข้าไป ๒ ชั่วโมง หัวใจ
ของน้องเพ็ญก็หยุดเต้นขึ้นมา คุณหมोजึงรีบเข้ามาปั๊มหัวใจ
ซึ่งก็ใช้เวลาในการปั๊ม ๑.๒๐ ชั่วโมง คุณหมอทั้ง ๓ คนออกมา
แจ้งว่าน้องเพ็ญ ไม่ไหวแล้ว ผมกับแฟน อากง อาม่า มีแต่น้ำตา
พุดอะไรไม่ออกแม้แต่คำเดียว พอคุณหมอเห็นสภาพผมใน
ตอนนั้น ท่านก็เดินกลับเข้าห้อง ICU อีกครั้งช่วยกันปั๊มหัวใจ
อีกร่วม ๓๐ นาที ด้วยกัน แต่ผลสุดท้าย น้องเพ็ญก็จากพวกเรา
ไปแล้ว

ผมเสียใจมาก โทษตัวเองว่าเราประมาทอะไรไปรีเปลา
ทำไมเราไม่ส่งเขาไปโรงพยาบาล.....แต่แรก

เราเห็นว่าประวัติการรักษาทั้งหมดอยู่ที่ รพ.... เขาเกิด
ที่นี่ ประวัติการรักษาก็อยู่ที่นี่ แต่ที่นี้กลับไม่สนใจลูกผมเลย



คุณหมอ...(เปิดชื่อ) ก็ได้แต่ส่งเสียงตามสายเท่านั้น ทั้งที่เรา
ก็หาเขาตลอด ทำไมเขาถึงปล่อยให้ลูกเรานอนรออยู่เฉย ๆ ตั้ง
๓-๔ ชั่วโมง จนกระทั่งหมอเวรมาตรวจในตอน ๔ ทุ่ม พบว่าเป็น
เคสอาการหนัก คุณหมอ...ก็ไม่ได้เวะมาช่วยดูแลแม่แต่น้อย
ไม่ได้พูดคุยกับเราเลย แม่สักคำ มีแต่หมอเวรหนุ่มที่มีความตั้งใจ
มากแต่ยังขาดประสบการณ์ มาดูแลน้องเพียงคนเดียว

นับจากนี้ผมจะไม่ยอมให้ลูกผมนอนรอโดยหาคำตอบ
ไม่ได้อีกต่อไปแล้ว เปลี่ยนหมอ หรือ เปลี่ยน โรงพยาบาลเถอะครับ
ไม่ต้องเกรงใจหมอ หรือกลัวไม่ได้ประวัติการรักษา เพราะเขา
อาจไม่รอครอให้เรารักษาเหมือนผม

เฟย ป้ากับมี๊ รักเฟยมาก และเสียใจมาก ๆ ขอให้เฟย
เกิดมาเป็นลูกป้าอีกนะ คราวนี้ป้ากับมี๊ จะดูแลเฟยใหม่ จะ
ไม่ให้ไปโรงเรียนถ้ามีไข้ และ จะไม่ฝืนถ้าลูกร้องไม่ไหวอีกต่อไป

สิ่งที่ผมเขียนมานี้เป็นความจริงทั้งหมด และขอให้
ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ทุกคนในการดูแลลูก
หลานของท่าน โรค Enterovirus 71 นี้ไม่จำเป็นต้องมีอาการ
แผลที่มือ เท้า ปาก แต่ถ้ามันเข้าไปถึงหัวใจ หรือก้านสมอง
โอกาสรอดชีวิตน้อยมาก ๆ ถ้ารอด สมองก็จะไม่เหมือนเดิม

สาธารณสุข หรือ แม้แต่โรงเรียนก็ตาม แจ้งแต่ผล
การตรวจในห้องแล็บ แต่ไม่เคยเล่าอาการล่วงหน้ามาให้ทราบ
ทั้ง ๆ ที่ทางผมได้เล่าละเอียด



ดังนั้น ผมจึงขอถือโอกาสนี้เล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ทุกคนทราบ เพื่อเอาไว้เป็นอุทาหรณ์สำหรับทุกคน ชีวิตน้องเฟย ๑ คน ในโรงเรียนกรุงเทพคริสเตียน จะมีค่าหากทุกคนช่วยกันเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

เนื่องจากโรคนี้นับว่าเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ปัจจุบันนี้โรคแพร่ระบาดกระจายอยู่ทั่วโลก และโดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก กำลังเป็นภูมิภาคที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคอย่างรุนแรงที่สุด ผู้นิพนธ์เห็นว่าน่าจะทบทวนการระบาดของโรคมือ เท้า ปากในภูมิภาคนี้ในทศวรรษปัจจุบัน จะได้มองเห็นภาพของความโหดร้ายให้ชัดเจนขึ้น

เพื่อให้เรียกง่ายขึ้น สั้นเข้า จึงจะใช้คำย่อ HFMD แทนชื่อเต็ม ๆ ของโรคซึ่งมีชื่อยาว คือ “โรคมือ เท้า ปาก หรือ Hand, Foot and Mouth Disease” และจะใช้คำย่อว่า HA แทนชื่อโรค herpangina ในบทความนี้สลับไปมาหลายแห่ง สำหรับคำจำกัดความ หรือคำนิยาม ของโรคทั้งสอง จะดูได้จากภาคผนวก

การระบาดของโรค HFMD ในประเทศมาเลเซีย พ.ศ. ๒๕๔๐

ผู้นิพนธ์เคยติดตามสนใจโรคนี้นานกว่าสิบปีแล้ว เคยติดตามเรื่องราวการระบาดของโรคนี้อย่าง



ในประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ จึงเรียบเรียงรายงาน เป็นบทความวิชาการ ชื่อบทความ **“มรณกรรมหมู่ของกุมารมาเลย์”** ลงตีพิมพ์ไว้ในวารสารทางการแพทย์ที่ลงพิมพ์คือ “สารศิริราช” พ.ศ. ๒๕๔๐ ปีที่ ๔๕ (ฉบับที่ ๕) หน้า ๕๓๒-๕๓๖ ผู้นิพนธ์จะตัดตอนเอาบทความส่วนหนึ่งดังกล่าวมา นำเสนอซ้ำอีกดังนี้ครับ

มรณกรรมหมู่ของกุมารมาเลย์

เมื่อวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๔๐ มีรายงานผู้ป่วยเด็กชาย อายุ ๑๕ เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิบู (Sibu) ในแคว้น ซาราวัก โดยมีประวัติว่ามีไข้สูงมา ๓ วัน และมีแผลในช่องปาก จากการตรวจร่างกายพบว่าระบบไหลเวียนส่วนปลายทางไม่ดี และมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วมาก และดำเนินต่อไปเป็น

.....
.....
หลังจากนั้นมีเด็กในซาราวักถึงแก่กรรมด้วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวในระยะเวลาใกล้เคียงกันถึง ๒๖ คน และยังมีอีก ๒ ราย ที่สงสัยว่าจะถึงแก่กรรมด้วยโรคเดียวกัน เนื่องจากถึงแก่กรรม ก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล รวมเป็น ๒๘ คน, ๑๘ คน หรือร้อยละ ๖๒ ของเด็กจำนวนนี้เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ ๗ เดือน ถึง ๖ ปี หรืออายุเฉลี่ยเท่ากับ ๑.๖ ปี, ๒๓ คน หรือร้อยละ ๗๕ เป็นเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า ๒ ขวบ



เด็กที่ป่วย ๒๗ คน ที่รับไว้ในโรงพยาบาลจะมาด้วยอาการซ้อก หรือรับไว้ในโรงพยาบาลไม่นานก็ซ้อก รวมทั้งมีอาการผิวหนังซ้ด, ปลายมือปลายเท้าเย็นซ้ด, ซ้พจรเต้นเบา เด็กที่ป่วยจำนวนหลายคนจะมีอาการแสดงของปอดบวม น้ำ รายใดที่ได้รับสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำก็ยั้งจะทำให้มีอาการบวม น้ำเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเกือบทุกรายจะมีหัวใจเต้นเร็วในลักษณะ Sinus tachycardia เมื่อตรวจดูลายคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แต่ไม่มีรายใดที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrythmia) การฉีดเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถึงแก่กรรมภายใน ๗ วัน หลังจาก ที่เริ่มป่วยและส่วนมากจะตายในโรงพยาบาลหลังรับไว้ใน ๒๔ ชั่วโมง ได้ทำการตรวจศพเด็ก ๓ ราย ยังไม่ทราบผลการตรวจ (โปรดทราบว่า ชาวมุสลิมมักจะไม่นิยมให้มีการตรวจศพ) ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาหายสุดท้ายเมื่อวันที่ ๒๑ มิถุนายน ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน

อาการที่ตรวจพบในเด็กที่ป่วยได้แก่ มีผื่นขึ้นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เป็นผื่นชนิดผื่นแดงและนูนจากผิวหนัง (maculopapule) หรือผื่นชนิดตุ่มน้ำ (vesicle) หรือมีแผลในช่องปาก ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของโรคมือ เท้า ปาก (Hand, Foot, and Mouth Disease) เด็กหลายคนที่ป่วยจะมีอาการของระบบประสาท กลางด้วย กล่าวคือ ๓ ใน ๒๐ ราย หรือร้อยละ ๑๕ จะมีอาการ อัมพาตปัจจุบันแบบอ่อนปากเปื่อย (acute flaccid paralysis)



และ ๕ ใน ๒๐ รายนี้จะให้ประวัติของการชักด้วย ผลการตรวจ
น้ำไขสันหลังจะพบมีเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ที่ในปริมาณ
ที่สูงเข้าได้กับเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากไวรัส มีหลายกรณี
ที่รายงานว่าเด็กที่ตายได้สัมผัสกับผู้ป่วยด้วยโรคนี้นี้มาก่อน เป็น
เวลาประมาณ ๒ ถึง ๕ วัน ก่อนที่จะล้มป่วยลง แสดงว่าระยะ
ฟักตัวของโรคนี้นั้นสั้นกว่าหนึ่งสัปดาห์

เมื่อทำการสำรวจสอบถามจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
ที่ทำคลินิกส่วนตัวในซาราวัค ก็ปรากฏว่าแพทย์ได้ตรวจพบผู้ป่วย
โรคมือ เท้า ปากในซาราวัคเป็นจำนวนมากมาตั้งแต่เดือนเมษายน
จนถึงวันที่ ๖ มิถุนายน มีตัวเลขรายงานอุบัติการณ์พบโรค
ดังกล่าวในซาราวัคถึง ๒,๑๑๓ ราย ซึ่งเกิดขึ้นกับเด็กอายุน้อย
(ซาราวัคมีประชากร ๑.๕ ล้านคน)

เมื่อสำรวจกว้างออกไปพบว่าระหว่างเดือนมิถุนายนที่
ผ่านมา มีเด็กป่วยเป็นโรคนี้นี้ จำนวน ๒,๑๕๐ คน ที่รับไว้รักษา
ในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐบนพื้นแผ่นดิน
ใหญ่ของมาเลเซีย (ประชากร ๒๑ ล้านคน) ยังไม่มีรายงานการ
มรณะของเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ สามารถแยกเชื้อไวรัส
ชนิดหนึ่งได้จากผู้ป่วย ๒ ราย เชื้อไวรัสดังกล่าวนั้นมีชื่อว่า
เอ็นเทอโรไวรัส ๗๑ (Enterovirus 71) ขณะนี้กำลังทำการชันสูตร
เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยรายอื่น ๆ อีกต่อไป



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

มีรายงานว่า มีผู้ป่วยรายงานจากซาราวัครายสุดท้ายเมื่อ ๒๑ มิถุนายน และถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน นั้นจริงๆ แล้วถ้าติดตามถึงวันที่ ๘ กรกฎาคม จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในซาราวัคอีกหนึ่งรายเป็นเด็กอายุ ๒ ขวบ ตายเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายนด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากไวรัส

อันที่จริง Hand, Foot and Mouth Disease หรือ syndrome นี้มีรายงานเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๐ และสาเหตุของโรคในขณะนั้น คือ Coxsackievirus A 16^{๒,๓} ซึ่งต่อมาพบว่าเกิดจาก Coxsackievirus A10, A5 และ A9 ด้วย

หลังจากนั้นก็มียุทธศาสตร์การระบาดของโรคดังกล่าวอีกจากไต้หวัน ผู้นิพนธ์ก็มีโอกาสได้บันทึกไว้อีกดังนี้

จากกุมารมาเลย์ คราวนี้เป็นกุมารจีน

ภายหลังการระบาดในประเทศมาเลเซียแล้ว มีการระบาดที่รุนแรงระบือบนโลกมากกว่า ก็คือการระบาดของโรค “มือ เท้า ปาก” ในหมู่กุมารจีน ในไต้หวัน โดยจะนำเสนอข่าวการระบาดที่รายงานไว้ใน MMWR พ.ศ. ๒๕๔๑ และรายงานทางวิชาการตีพิมพ์ใน The New England Journal of Medicine ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งจะได้แปลบทความใน MMWR และแปลบทคัดย่อใน The New England Journal of Medicine มาเสนอเพื่อประกอบในเรื่องนี้ด้วย



**Deaths among Children during an
Outbreak of Hand, Foot, and Mouth Disease —
Taiwan, Republic of China,
April-July 1998**

**มรณกรรมของเด็กระหว่างการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก-
ไต้หวัน สาธารณรัฐประชาชนจีน เมษายน-กรกฎาคม ๒๕๔๑**

ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม ๒๕๔๑ กระทรวงสาธารณสุขไต้หวันได้รับรายงานผู้ป่วยเด็กป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปากประมาณ ๕๐,๐๐๐ รายจากการเฝ้าระวังของกลุ่มแพทย์ที่จัดตั้งให้เฝ้าระวัง ตามตำแหน่งที่ถูกเลือกกำหนดให้เป็นจุดเฝ้าระวังกระจายให้ครอบคลุม ที่เรียกว่าเป็น Sentinel site มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลประมาณ ๓๒๐ คน ด้วยโรคมือ เท้า ปาก ที่มีอาการสงสัยว่าเป็นเชื้อหุ่มสมองอักเสบ, สมองอักเสบหรือเป็นอัมพาตชนิดอ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน และมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตไป ๕๕ ราย รายงานนี้ ได้บรรยายถึงลักษณะทางเวชกรรมของรายที่ตายสองรายและบทสรุปอาการและอาการแสดง จากลักษณะทางคลินิกที่กำลังดำเนินไป ลักษณะของการระบาดและการตรวจทดสอบทางห้องชันสูตรของรายที่เสียชีวิตจำนวน ๕๕ รายด้วย (รูปที่ ๑)

ผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีอาการระบบไหลเวียนล้มเหลว ซ็อกที่ไม่สนองต่อการรักษา (refractory shock) ที่เกิดตามหลัง



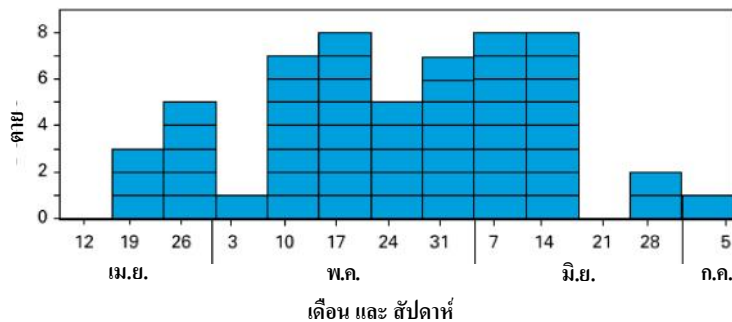
ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

อาการนำที่มีไข้และมีผื่นทำให้เสียชีวิตในเด็กที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงมาก่อน มีรายงานผู้ป่วยจากทุกภาคของประเทศรวมทั้งกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่รายงานผู้ป่วยมาจากภาคกลางและภาคเหนือของประเทศ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่หนึ่ง เด็กหญิง อายุ ๗ ปี ชาวกรุงเทพฯป่วยเมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน โดยมีอาการไข้และปวดศีรษะ วันที่ ๖ มิถุนายน มีอาการอาเจียน และบ่นว่ามีเสียงหึ่ง ๆ ในหู แต่ยังมีสติสัมปชัญญะดี ได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ด้วยแพทย์สงสัยว่าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ วัดไข้ได้ ๑๐๒° ฟ (๓๘.๒°ซ) คอแข็ง ทอนซิลบวม และมีผื่นเป็นตุ่มพองหนึ่งตุ่มที่ฝ่าเท้า

รูปที่ ๑. จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ตายระหว่างการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก รายเดือน และรายสัปดาห์ที่รับไว้ในโรงพยาบาล - ได้เห็น เมษายน-กรกฎาคม ๒๕๔๑



ผลการทดสอบทางห้องเวชศาสตร์ชั้นสูง พบว่า ปริมาณเม็ดเลือดขาว $14,300$ เซลล์/มม^๓ (ค่าปกติเกณฑ์ $3,500$ - $10,600$ มม^๓) ระดับฮีโมโกลบิน 12.3 กรัม/ดล (ค่าปกติ 16 กรัม/ดล) ปริมาณเกร็ดเลือด $344,000$ /มล (ค่าปกติ เกณฑ์ $150,000$ - $400,000$ มม^๓) การตรวจภาพรังสีสมองด้วยซีที สแกน ไม่พบว่าสมองบวม เจาะน้ำไขสันหลังตรวจเซลล์ใน น้ำไขสันหลัง พบเม็ดเลือดขาวมีปริมาณ 153 /มม^๓ (ปกติ 0 - 5 มม^๓) นับแยกประเภท ร้อยละ 70 เป็นนิวโทรฟิล) ปริมาณ โปรตีน 43 มก/ดล (ปกติ 15 - 32 มก/ดล), และปริมาณกลูโคส 76 มก/ดล (ปกติ 50 - 80 มก/ดล) ประมาณ 10 ชั่วโมงหลังรับไว้ใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยไอมีเสมหะปนเลือด รอบปากเขียวแสดงว่ามีไซอะโนสิส หายใจหอบ ฟังปอดมีเสียงรอกไคหยาบ ๆ ภาพ รังสีทรวงอกพบว่ามีอิฟิลเตรท ที่ปอดทั้งสองข้าง แพทย์ได้ ใส่ท่อต่อเข้าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีแรงดันเลือดต่ำลง หัวใจ เต็มซ้ำ ผู้ป่วยสิ้นใจเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน ภายหลังที่พยายามปฏิบัติ การกู้ชีพหลายครั้ง การตรวจศพพบว่าการอักเสบของสมอง แบบเฉียบพลัน (acute encephalomyelitis) ปอดอักเสบอินเตอร์ สติเชียลเล็กน้อยและตกเลือดในปอด การตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) เซลล์สมอง มีอาการอักเสบในบางบริเวณและมีเซลล์เน่าตายด้วย และให้ผลบวกต่อ ไวรัสเอ็นเทอโร 71 (enterovirus 71 -EV71) ย้อมสีด้วยวิธี อิมมูโนฮิสโตเคมีคัล ใช้โมโนโคลนัลแอนติบอดี แอนติ-อีวี 71



ผู้ป่วยรายที่ ๒

เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ทารกหญิงที่สมบูรณ์ แข็งแรง ดีมาก่อน อายุ ๗ เดือน อยู่ในกลางกรุงไทเปป่วยเป็นไข้ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม มีอาการอาเจียน หายใจขัดและชัก แพทย์โรงพยาบาล ในท้องถิ่น ตรวจพบว่า หัวใจเต้นเร็ว (อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า ๒๐๐ คู่ต่อนาที) และเขียว หายใจต้องการออกซิเจนมาก ฟังปอดได้เสียงรอกไคเสียงหยาบ (coarse rhonchi) วัดไข้ได้ ๓๘.๖ °C (๑๐๑.๖ °F) ภาพรังสีทรวงอกมีอินฟิลเทรทรอบหัวใจปอด ทั้งสองข้าง การทดสอบทางห้องชันสูตรพบเลือดขาวมีปริมาณ ๕,๑๐๐/มม^๓ (ร้อยละ ๘๔ เป็นนิวโทรฟิล ร้อยละ ๑๕ เป็น ลิมโฟไซต์) ซีโมโกลบิน ๘.๓ กรัม/มล เกร็ดเลือด ๘๔,๐๐๐/มล^๓ โพรทอมบิน ไทม์เท่ากับ ๒๕.๕ วินาที (คอนโทรล ๑๐.๘ วินาที) และ แอ็คทิเวทเท็ด พาร์เซิล ทรอมบิน ไทม์เท่ากับ ๔๕.๕ วินาที (ปกติ ๒๐-๓๔ วินาที) เจาะหลังตรวจน้ำไขสันหลังมีเม็ดเลือดขาว ๒๐๕ เซลล์/มล^๓ (ร้อยละ ๕๔ เป็นลิมโฟไซต์) โปรตีน ๔๓ มก/คล ปริมาณกลูโคส ๕๐ มก/คล ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและ ปฏิบัติการกู้ชีพด้วย dobutamine และ dopamine ปริมาณ ๕ ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล หัวใจเต้นช้าลง แรงดันเลือด ลดต่ำลง ผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ภายหลังที่มี แรงดันเลือดลดลงช้า ๆ หลายครั้ง ขณะแรกได้รับได้เจาะเลือด สองครั้ง ส่งเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา เพาะเชื้อ ไวรัสยังไม่ได้ผล รายนี้ไม่ได้รับการตรวจศพ



สรุป

เด็กทั้ง ๕๕ คน เป็นเด็กที่มีร่างกายสมบูรณ์ดี แข็งแรง ดีมาก่อนทุกคน มีอาการเจ็บพ่นโดยมี ไข้ หรือมีผื่นผิวหนัง หรือมีแผลในปาก (ตารางที่ ๑) ประมาณ ๒-๗ วัน (เฉลี่ย ๓ วัน) หลังเริ่มป่วย ผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยระบบหัวใจ-หายใจล้มเหลว ผู้ป่วย ๔๑ รายเสียชีวิตภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีการดูแลช่วยเหลือบริบาลทั้งด้านระบบหายใจและระบบการไหลเวียนเลือด ในจำนวน ๕๕ รายนี้ ๔๓ รายหรือร้อยละ ๗๘ เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ขวบ (อายุเฉลี่ย ๑๗ เดือน พิกัด ๓-๑๕๑ เดือน) ๓๒ รายหรือร้อยละ ๕๘ เป็นชาย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภาคกลางของไต้หวัน (๒๗ ราย หรือร้อยละ ๕๘) อยู่ทางภาคเหนือ ๒๑ รายหรือร้อยละ ๓๘ เหตุที่ไปพบแพทย์เนื่องจากมีอาการหายใจติดขัด (๑๗ ราย หรือร้อยละ ๓๑) มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ๑๔ รายหรือร้อยละ ๒๕ ผู้ป่วยเด็ก ๑๓ ราย หรือร้อยละ ๒๔ หมดสติขณะแรกรับ ร้อยละ ๘๐ หรือ ๒๔ รายเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในห้องฉุกเฉิน หรือขณะรับไว้ในไอซียูโดยตรง ทุกรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อแก้ไขภาวะหายใจขัด รายสุดท้ายที่ตายได้รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๘ กรกฎาคม



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

ตารางที่ ๑. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่คัดเลือกแล้วถึงแก่กรรมในระหว่างการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในไต้หวัน เมษายน กรกฎาคม ๒๕๕๑

ลักษณะโรค	จำนวน	ร้อยละ
อาการ		
ไข้	๕๓	๙๖
จาม	๑๕	๖๔
กินอาหารน้อย	๒๗	๔๙
หอบ	๒๓	๔๒
ง่วงนอนบ่อย	๑๗	๓๑
ไอ	๑๔	๒๖
หลุกลึก	๑๑	๒๐
อ่อนเพลีย	๑๔	๒๖
ท้องเดิน	๗	๑๓
น้ำมูกไหล	๖	๑๑
อาการแสดง		
มีตุ่มที่มือ เท้า	๓๒	๕๘
มีแผลในปาก	๒๘	๕๑
มีแผลเปื่อยเซอร์ปีแองจินา	๘	๑๕
ระบบหายใจ		
เสียงร่าล	๒๖	๔๘
เสียงหวีดในปอด	๒๑	๓๙
หายใจกลั่นเนื้อทรวงอกนูน	๑๗	๓๑
หัวใจ		
เขียวทั่วไป	๒๘	๕๒
เขียวส่วนปลาย	๒๒	๔๑
ระบบประสาท		
ซึม	๒๔	๔๔
หมดสติ	๑๓	๒๔
คืนคืน	๕	๑๑
คอแข็ง	๗	๑๓
ชัก	๗	๑๓
เป็นอัมพาตเฉพาะที่หรืออ่อนแรง	๑	๒

* จำนวนรวม = ๕๕



ผลสรุปการทดสอบ

ตรวจพบไวรัสอีวี๗๑ ในเนื้อเยื่อในระบบประสาทกลาง จากผู้ป่วย ๑ ราย (ผู้ป่วยรายที่หนึ่ง) ในรายงานเบื้องต้นพบในตัวอย่างตรวจ ๑๔ ตัวอย่างที่ได้จากผู้ป่วย ๕๕ ราย นอกเหนือจากนั้น มีตัวอย่างตรวจอยู่หนึ่งตัวอย่างที่ให้ผลบวกว่าเป็นไวรัสอีวี๗๑ โดยวิธีการขยายห่วงลูกโซ่โพลีเมอเรสหรือพีซีอาร์ (polymerase chain reaction – PCR)

เอกสารอ้างอิง

1. Melnick JL. Enterovirus type 71 infection: a varied clinical pattern sometimes mimicking paralytic poliomyelitis. *Rev Infect Dis* 1984;6(suppl2):S387-S390.
2. Alexander JP Jr., Baden L, Pallansch MA, Anderson LJ. Enterovirus 71 infection and neurologic disease — United States, 1977-1991. *J Infect Dis* 1994;169:905-8.
3. Shindarov LM, Chumakov MP, Voroshilova MK, et al. Epidemiological clinical, and pathomorphological characteristics of epidemic poliomyelitis-like disease caused by enterovirus 71. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1979;23:284-95.
4. Chang LY, Huang YC, Lin TY. Fulminant neurogenic pulmonary oedema with hand, foot, and mouth disease. *Lancet* 1998;352:367.



หลังการระบาดในซาราวัค ปีพ.ศ. ๒๕๔๐ อีกประมาณหนึ่งปีแล้ว ก็มีรายงานการระบาดที่ได้หวั่นซึ่งได้รายงานโดยละเอียด ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ดังกึกก้องโลก “เดอะ นิวอิงแลนด์ เจอร์นัล ออฟ เมดิซีน” ฉบับประจำวันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๒ ด้วย ขอดอกความมาเสนอ ดังนี้

คำแปลบทคัดย่อ

ข้อมูลพื้นฐาน ไวรัสเอนเทอโร อาจก่อให้เกิดการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก โดยมีลักษณะ มีผื่นเป็นตุ่มมีน้ำ ที่มือ เท้า และที่เยื่อช่องปาก หรือ เฮอร์ปีงองใจนา โดยไม่มีอาการแสดงที่รุนแรงถึงกับเสียชีวิต ในปีพ.ศ. ๒๕๔๑ มีการระบาดของโรคจากไวรัสเอนเทอโร ๑๑ ที่ก่อโรคมือ เท้า ปาก และเฮอร์ปีงองใจนาในไต้หวัน ทำให้ประชาชนในไต้หวันเจ็บป่วยหลายพันคน ส่วนหนึ่งเสียชีวิต

วิธีการ คณะผู้รายงานได้วิเคราะห์ลักษณะทางวิทยาการระบาดของโรคครั้งนี้ในผู้ป่วยรายที่ตรวจไปกลับโรงพยาบาลได้ ให้รายงานโรคไปยังทางการสาธารณสุข โดยแพทย์ผู้เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังรายงานโรคจำนวน ๘๑๘ คน ในรายที่หนักต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้รับความร่วมมือรายงานจากศูนย์การแพทย์ และ โรงพยาบาลประจำเขตต่าง ๆ ๔๐ แห่ง ได้ทำการเพาะเชื้อไวรัส ในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ๑๐ แห่งและห้องปฏิบัติการของทางการสาธารณสุข





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

FREE JME TOC

HOME | SUBSCRIBE | CURRENT ISSUE | PAST ISSUES | CONTACTS |

KEYWORD SEARCH OF AUTHOR

SEARCH

ADVERTISEMENT

NEW! Full Text Available | Get Alerts | Email This Article to a Friend | FREE | Sign Up for Alerts

ORIGINAL ARTICLE

Volume 341:923-935 September 20, 1999 Number 10

Next

An Epidemic of Enterovirus 71 Infection in Taiwan

MAYOR HSI, M.D., *Engelung Chen, D.Med.Sci., Kao-Huei Lee, M.S., Shung-Her Yang, M.D., Ph.D., Kow-Jong Chen, M.D., Ph.D., Su-Jen Tsay, M.P.H., Jen-Her Wang, M.D., Sheng-Shyh Fung, Ph.D., for The Taiwan Enterovirus Epidemic Working Group*

ABSTRACT

Background: Enterovirus 71 can cause outbreaks of hand-foot-and-mouth disease (characterized by vesicular lesions on the hands, feet, and oral mucosa) or hemorrhagic conjunctivitis, usually without life-threatening manifestations. In 1995 an epidemic of enterovirus 71 infection caused hand-foot-and-mouth disease and hemorrhagic conjunctivitis in thousands of people in Taiwan, some of whom died.

Methods: We assessed the epidemiologic aspects of this outbreak. Cases of hand-foot-and-mouth disease or hemorrhagic conjunctivitis reported by 11 medical centers and 13 hospitals, virologic studies in hospital outpatients and the department of health.

<p>NEJM's E-Mail Table of Contents</p> <p>SIGN UP NOW FREE</p> <p>Sign up for free e-mail</p>	<p>THIS ARTICLE</p> <p>Full Text</p> <p>PDF</p> <p>COMMENTARY</p>
---	---



ผล แพทย์ในโครงการได้รายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก หรือ เฮอร์ปีงแองไจนา ในการระบาดสองระลอก จำนวนรวม ๑๒๕,๑๐๖ ราย คาดว่าจะเป็นจำนวนประมาณร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ๔๐๕ ราย ส่วนมากอายุ ๕ ปีหรืออ่อนกว่านั้น พบโรคทุกภาคของประเทศ อาการเกิดได้กว้างขวาง ได้แก่ สมองอักเสบ (encephalitis), สมองอักเสบชนิดไร้เชื้อ (aseptic meningitis), ปอดบวมน้ำหรือตกเลือด (pulmonary edema or hemorrhage), อัมพาตอ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (acute flaccid paralysis) และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis)

ผู้ป่วย ๗๘ รายเสียชีวิต ๗๑ รายหรือร้อยละ ๘๑ เป็นเด็กอายุ ๕ ปีหรือต่ำกว่า ในผู้ที่ถึงแก่กรรม ๖๕ รายหรือร้อยละ ๘๓ มีปอดบวมน้ำหรือตกเลือดในปอด ในรายที่เพาะแยกเชื้อไวรัสได้ พบว่าเป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ในร้อยละ ๔๘.๗ ของผู้ป่วยนอกที่ไม่มีการเพาะเชื้อ พบร้อยละ ๗๕ ของผู้ป่วยใน รอดหายจากโรค และพบร้อยละ ๘๒ ในรายที่เสียชีวิต

สรุป

ในบรรดาไวรัสเอนเทอโรที่แพร่กระจายอยู่ในได้หวั่นระหว่างการระบาดในปีพ.ศ.๒๕๔๑ เกี่ยวเนื่องกับไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ที่ทำให้มีอาการรุนแรง ทำให้เกือบทุกรายต้องเสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนมากที่ตายเป็นเด็กเล็ก และเหตุที่ตายส่วนใหญ่



ตารางที่ ๓. ไวรัสเอ็นเตโรที่เพาะแยกได้จากผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ที่ศูนย์หน่วยแพทย์ ๒ แห่งใน ๓ เดือนพฤษภาคม - ธันวาคม ๒๕๕๑

ไวรัสเอ็นเตโรที่แยกได้	ผู้ป่วยรวม		ประเภทของผู้ป่วย		Relative Risk (๕๕% CI)	P-value
	ทั้งหมด (๑๖๕ ราย)	ผู้ป่วยใน (๖๖ ราย)	ผู้ป่วยนอก (๑๑๓ ราย)	จำนวน (%)		
ไวรัสเอ็นเตโร ๑๑	๔๖๕	๖๑.๕	๔๕๕	๔๕.๗	๑.๒๗๑.๐๔-๑.๕๕	๐.๐๑
คือกแซ็กกี เอ ๑๖	๒๒๖	๒๗.๕	๔๕	๓๗.๒	๐.๗๓๐.๕๖-๐.๕๕	๐.๐๔
อื่นๆ	๕๖	๑๐.๖	๑๖	๑๔.๒	๐.๗๕๐.๔๕-๑.๒๔	๐.๕๐

ตารางที่ ๔. ภาพแทรกซ้อนในผู้ป่วย ๕๖ รายที่ติดเชื้อไวรัสเอ็นเตโร

ภาวะ	จำนวนราย		ไวรัสเอ็นเตโร ๑๑		ไวรัสเอ็นเตโร อื่นๆ (๕ ราย)	
	ผู้ป่วย (%)	จำนวน (%)	จำนวน (๑๕ ราย)	จำนวน (%)	จำนวน (๕ ราย)	จำนวน (%)
สมองอักเสบ	๓๕	๔.๑	๓๐	๕	๕	๕
สมองอักเสบและปอดบวมน้ำหรือตกเลือด	๒๕	๒.๖	๒๕	๐	๐	๐
เยื่อหุ้มสมองอักเสบไวรัส	๑๑	๑.๑	๕	๑	๑	๕
ปอดบวมน้ำหรือตกเลือด	๑๐	๑.๐	๕	๑	๑	๐
กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและสมองอักเสบ	๒	๒	๒	๐	๐	๐
กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ	๑	๑	๑	๐	๐	๐
อัมพาตอ่อนปวกเปียก และสมองอักเสบ	๑	๑	๑	๐	๐	๐
อัมพาตอ่อนปวกเปียก	๑	๑	๑	๐	๐	๐
อื่นๆ	๖	๖	๕	๒	๑	๐



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

จากปอดบวมน้ำและตกเลือดในปอด หลังการระบาดในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ นี้แล้ว ในไต้หวันก็ยังคงมีการระบาดติดตามมาอีกดังนี้
ผู้นิพนธ์ได้ ติดตามข่าวการระบาดในมาเลเซียตั้งแต่
ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ รายงานเอาไว้แล้วนั้น จนกระทั่งต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ก็ยังคงมี การระบาดอยู่อย่างประปรายดังนี้

การเฝ้าระวังโรคในซาราวัก

การระบาดที่เริ่มขึ้นเมื่อต้นเดือนเมษายน ๒๕๔๐ จาก วันที่ ๑ มิถุนายน ถึงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๔๐ ในซาราวักมีผู้ป่วย โรค HFMD ทั้งหมดรวม ๒,๖๒๘ ราย สาเหตุเบื้องต้นของการ ระบาดคือ ไวรัสเอนเทอโร ๗๑ มีผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ๘๘๘ ราย ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบอะเซ็ปติก (aseptic meningitis) และอัมพาต อ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (acute flaccid paralysis) รวมอยู่ด้วย ๓๕ ราย มีผู้ป่วยเด็ก ๒๕ ราย เป็นเด็กที่แข็งแรงสมบูรณ์ดีมาก่อน อายุต่ำกว่า ๕ ขวบ ๒๕ ราย อัตราชายต่อหญิงเท่ากับ ๑.๕:๑ ใน ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาการหนัก จะมีการดำเนินโรคอย่าง รวดเร็วไปเป็นภาวะหัวใจ-หายใจล้มเหลว แยกเชื้อเอนเทอโร ไวรัส ๗๑ จากรายที่เสียชีวิตได้ ๖ ราย ในการระบาด พ.ศ. ๒๕๔๐ นี้ ในคาบสมุทรมมาเลเซีย มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น ๔,๖๒๕ ราย เสียชีวิต ๑๑ ราย



ในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงมีการกำหนดโครงการ
การเฝ้าระวังโรคขึ้น ผลปรากฏว่า ระหว่างเดือนมีนาคม ๒๕๕๑
และเดือนมิถุนายน ๒๕๕๘ ได้เก็บตัวอย่างตรวจจากเด็ก ๒,๕๕๐
ราย รวมตัวอย่างตรวจเป็นจำนวน ๔,๒๕๐ ตัวอย่าง อัตรา
ชายต่อหญิงเท่ากับ ๑.๔:๑ ในช่วงเวลาดังกล่าวคือ ในปีพ.ศ.
๒๕๕๑ และปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ในซาราวัคมีการระบาดใหญ่ของ
โรค HFMD หลายครั้งหลายคราว สาเหตุของการระบาดทั้งใน
๒ ปีนั้นเป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ โครงการเฝ้าระวังโรคใน
ซาราวัค ยังคงดำเนินการต่อมาอย่างต่อเนื่อง จึงมีรายงาน
การระบาดอุบัติซ้ำอีก ครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และครั้งที่
สองเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑/๒๕๕๒

ก่อนจะดำเนินเรื่องต่อไป ขอนำเรื่องความรู้เบื้องต้นของ
“โรคมือ เท้า ปาก” หรือโรคที่จะเรียกต่อไปนี้ว่า HFMD มาเสนอ
ปูพื้นให้เข้าใจพอสังเขปก่อนดังนี้



โรค มือ เท้า ปาก คือโรคอะไร

“โรค มือ เท้า ปาก” แปลตรงตัวมาจากภาษาอังกฤษ ที่เรียกว่า “**Hand, Foot and Mouth Disease**” เรียกชื่อย่อๆ สั้นๆ ว่า **HFMD** ตามคำนิยามที่เสนอไว้ในเอกสารวิชาการขององค์การอนามัยโลก “A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD)” พ.ศ. ๒๕๕๓ ให้คำนิยามเอาไว้ว่า

“โรค มือ เท้า ปาก เป็น โรคที่มีลักษณะทางเวชกรรม คือ มีไข้ มีตุ่มพองชนิด *papulovesicular rash* โดยเฉพาะปรากฏ บ่อยที่ฝ่ามือฝ่าเท้า อาจมีหรือไม่มีตุ่ม หรือมีแผลเปื่อยในปาก ผื่นผิวหนัง อาจจะเป็นชนิดผื่นนูนจากผิวหนัง อาจเป็นตุ่มพองใส และไม่เป็นตุ่มพอง (*maculopapular rash*) และ โดยเฉพาะในเด็ก เล็กและทารก ผื่นอาจ ปรากฏเฉพาะที่สะโพก เข่า ข้อศอก”

(HFMD: Febrile illness with papulovesicular rash on palms and soles with or without vesicles/ulcer in the mouth. Rash may occasional be maculopapular without vesicular lesion and may also involve buttock, knee or elbow, particularly in small children and infants.)

คำนิยามโรคสำหรับประเทศไทย

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ได้ให้คำนิยามโรค “มือเท้าปาก” เพื่อเป็นประโยชน์



ในการรายงาน โรคหรือเฝ้าระวังโรคให้ได้มาตรฐานเดียวกัน
ทั้งประเทศ ได้นำมาเสนอไว้ตามเอกสารในภาคผนวก

โรคไวรัสระบาดคร่าชีวิตกุมารจีน

จีน เป็นประเทศใหญ่ เคยมีการระบาดของโรคมือ เท้า
ปากมาแล้วหลายครั้ง บางปีมีรายงานผู้ป่วยกว่า ๑,๕๐๐,๐๐๐ คน
เสียชีวิตไปก็มาก ที่ไม่ได้รายงานก็น่าจะมีอีกไม่น้อย จึงจะนำ
การระบาดในประเทศจีนมาทบทวนก่อน

โรค มือ เท้า ปากในประเทศจีน มีมาตั้งแต่เมื่อใด

อันที่จริงโรค HFMD ได้เริ่มมีรายงานการระบาดใน
ประเทศจีน ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๐
มาแล้ว โดยรายงานกล่าวว่า โรคอุบัติขึ้นครั้งแรก ที่เมืองลินยี
(Linyi City) จังหวัดซานตง (Shandong Province) ประเทศจีน
เมื่อถึงวันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับรายงาน
ทั่วประเทศบนพื้นแผ่นดินใหญ่จีน จำนวน ๑,๑๔๕ ราย ผู้ป่วย
ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๔.๔) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ มีผู้ป่วย ๑๐
ราย หรือร้อยละ ๐.๘ ได้รับการจำแนกไว้ว่าเป็นรายที่รุนแรง โดยมี
อาการทางระบบประสาท ผู้ป่วย ๓ ราย หรือร้อยละ ๐.๓ มีอายุ
ต่ำกว่า ๑ ขวบ หรือมีอายุน้อยกว่านั้น เสียชีวิตระหว่างการระบาด
ได้รับตัวอย่างตรวจ ๒๓๓ ตัวอย่าง จากผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่
โรงพยาบาล ๑๐๕ ราย รวมทั้งรายที่เป็นโรคมือ เท้า ปาก ที่มี



ระบาดบนสื่อโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

อาการหนัก ในจำนวนนั้น ๕๕ ราย หรือร้อยละ ๕๒.๔ ได้รับการยืนยันว่าเป็นการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑

ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม – ๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๑ มีผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ๖๑,๔๕๕ ราย เสียชีวิตไป ๒๖ ราย อย่างไรก็ตาม ก่อนวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๑ โรคมือเท้าปาก ยังไม่ได้ถือว่าเป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ รายที่ได้รับรายงานคือรายที่มีแพทย์แจ้งให้ทราบโดยอาสาสมัครเท่านั้น จำนวนผู้ป่วยได้รับรายงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และได้รับการจำแนกไว้ในกลุ่มโรคติดต่อที่ต้องรายงานในกลุ่ม C ผู้ป่วยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่รายงานจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ มีอยู่ ๕ จังหวัดที่รายงานจำนวนผู้ป่วยสูง ได้แก่ กว่างตุ้ง (๑๑,๓๗๔ ราย) อันฮุย (๕,๒๓๕ ราย) ซีเจียง (๖,๑๓๔ ราย) ซานตง (๔,๕๖๖ ราย) และเสอานาน (๓,๒๓๐ ราย) ร้อยละ ๕๒ ของผู้ป่วยที่ได้รับรายงานว่าเป็นโรคมือเท้าปาก เป็นเด็กที่มีอายุน้อยกว่า ๕ ขวบ ได้รับตัวอย่างตรวจ ๕๘๒ ตัวอย่าง ปรากฏว่าเป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ร้อยละ ๕๔.๕

มีการศึกษาถึงรายละเอียดในการระบาด พ.ศ. ๒๕๕๑ จากเมืองฟู่ยาง จังหวัดอันฮุย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่รายงานระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ จำนวน ๖,๒๔๕ ราย ในจำนวนนี้ ๓๕๓ ราย หรือร้อยละ ๕.๘ มีอาการหนักและเสียชีวิตไป ๒๒ ราย (อัตราป่วยตาย เท่ากับร้อยละ ๐.๔) อัตราป่วยเพศชายต่อ



เพศหญิง เท่ากับ ๑.๕:๑ อายุของผู้ป่วยมีตั้งแต่ ๒๘ วัน จนถึง ๑๘ ปี และร้อยละ ๗๘ ของผู้ป่วยอายุ ๓ ขวบ หรือต่ำกว่า การศึกษาทางวิทยาการระบาดพบว่าไม่มีการสัมผัสโรคระหว่าง ๒๒ ราย ที่เสียชีวิต แต่การสอบสวนทางสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยที่ตายพบว่า มีสุขอนามัยที่ไม่ดี ในตอนต้นของการระบาด อัตราตายจะสูงคือ ๑๘ รายใน ๖๑๐ ราย (ร้อยละ ๒.๙) ในช่วงวันที่ ๑ มีนาคม – ๒๓ เมษายน ๒๕๕๑ เป็นรายที่มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว มีอาการแสดงซ้ำ ได้รับการรักษาจากสถานบริการการแพทย์ในท้องถิ่นที่ไม่เหมาะสม อัตราป่วยตายได้ลดลงเหลือร้อยละ ๐.๗ คือ ๔ รายใน ๕,๔๓๘ ราย ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๒๔ เมษายน – ๙ พฤษภาคม ๒๕๕๑ เมื่อทราบสาเหตุของโรค และในรายที่มีอาการรุนแรงได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ เรื่องนี้ เนื่องจากว่าได้รับการเฝ้าระวังและตอบสนองมาตรการด้านป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด มีข้อสังเกตว่าตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม ซึ่งอยู่ระหว่างการระบาดโรคมือ เท้า ปาก ได้จำแนกไว้ในกลุ่ม C

ในปี ๒๕๕๒ จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก บนพื้นแผ่นดินใหญ่ ประเทศจีน มีจำนวนถึง ๑,๑๕๕,๕๒๕ ราย โดยมีผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ๑๓,๘๑๐ (ร้อยละ ๑.๒) เสียชีวิต ๓๕๓ ราย (ร้อยละ ๐.๐๓) อัตราระหว่างชายต่อหญิงเท่ากับ ๑.๘ : ๑ ในรายเหล่านั้นร้อยละ ๙๓ อายุ ๕ ขวบหรือต่ำกว่า และร้อยละ ๗๕ อายุ



๓ ขวบหรือต่ำกว่า การกระจายของผู้ป่วยมีอยู่ทั่วประเทศ มีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิก และรายที่ได้รับการชันสูตรยืนยันทางห้องปฏิบัติการด้วย สำหรับรายที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการร้อยละ ๔๑ ของผู้ป่วยจะเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ระหว่างเดือนมกราคม และเดือนตุลาคม

พ.ศ. ๒๕๕๓

กระทรวงสาธารณสุขจีนรายงานว่ เมื่อเพียงถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๓ มีรายงานผู้ป่วยโรค HFMD แล้วมีจำนวนรวม ๔๕๗,๔๔๗ ราย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ๖,๘๖๑ ราย ระหว่างเดือนมีนาคมและเดือนเมษายน ๒๕๕๓ ได้รับรายงานผู้ป่วยจำนวน ๓๒๖,๓๖๕ ราย เสียชีวิต ๒๑๕ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งมีจำนวนรวม ๒๖๗,๑๔๘ ราย (เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ ๒๒) เสียชีวิต ๕๖ ราย (เพิ่มมากกว่าเท่าตัว) ในนครเซี่ยงไฮ้ มีรายงานผู้ป่วย ๑๓,๓๗๑ ราย (เพิ่มสูงขึ้นกว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ร้อยละ ๔๐) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ๖๗ ราย ตาย ๒ ราย ผู้ป่วยมักเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในขอบทในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีรายงานผู้ป่วย ๑,๖๕๔,๘๖๖ ราย

พ.ศ. ๒๕๕๔

องค์การอนามัยโลกรายงานว่ มีผู้ป่วยโรค HFMD ในประเทศจีนจำนวนรวม ๑,๓๔๐,๒๕๕ ราย เสียชีวิตรวม ๔๓๗



ราย โรคระบาดสูงสุดในเดือนมิถุนายน ตัวเลขที่รายงานนี้ต่ำกว่าที่รายงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ประมาณร้อยละ ๑๕

พ.ศ. ๒๕๕๕

มีรายงานข่าวทางอินเทอร์เน็ต ProMed mail เมื่อวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๕๕ อ้างแหล่งข่าวจากหนังสือพิมพ์ China Daily Europe ประจำวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ฉบับออนไลน์ <http://europe.chinadaily.com.cn/china/2012-07/05/content_15549951.htm> ซึ่งพิมพ์เผยแพร่ พาดหัวข่าวว่า

“โรคมือ เท้า ปาก คร่าชีวิตไปแล้ว ๒๔๐ ราย”
ในเนื้อหาข่าวรายงานต่อไปว่า

ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุขประกาศว่า ประเทศกำลังเผชิญภัยการระบาดของโรค HFMD มีประชาชนอย่างน้อย ๒๔๐ คน ส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ ตายด้วยโรคดังกล่าว โรคจะระบาดมากไปจนกว่าจะถึงเดือนตุลาคม แต่ก็พบว่าเด็กเล็กจะเป็นผู้ป่วยซึ่งจะป้องกันโรคไม่ยาก และจะรักษาให้หายได้หากวินิจฉัยได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ในช่วง ๕ เดือนของปีนี้มีผู้เสียชีวิตจากโรคแล้ว ๒๔๐ รายด้วยกัน นายเสี่ยว ดงลู (Xiao Donglou) จากกรมควบคุมโรคกล่าวว่า การระบาดในปีนี้จะรุนแรงกว่าปีก่อน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายนปีก่อน



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

มีผู้เสียชีวิตเพียง ๑๓๒ ราย ทางราชการเปิดเผยว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีรายงานผู้ป่วยทั้งปีจำนวน ๑.๖๒ ล้านราย ตาย ๕๐๕ ราย

ทางการคะเนว่า ในปีนี้โรคคงจะยังชุกต่อไป เด็กเล็กตามสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาลและประถมต้น จะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อ เพื่อช่วยให้มีการให้การวินิจฉัยได้โดยถูกต้องแต่นั้น ทางการจึงจัดทำเอกสารคำแนะนำในการวินิจฉัยและการดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ให้สถานบริการทางการแพทย์ในระดับรากหญ้าได้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงและทันทั่วทั้งโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนชั้นประถม จะต้องเฝ้าระวังและจัดให้มีมาตรการป้องกันโรคโดยให้ทำการตรวจสอบเด็กนักเรียนทุกคนในตอนที่มาเข้าเรียนตอนเช้าทุกวัน และให้มีการทำความสะอาดเพื่อทำลายเชื้อให้ถูกต้องตามมาตรฐาน โรงเรียนอนุบาลจะต้องรายงานผู้ป่วยโรค HFMD ทุกรายต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่นเพื่อช่วยลดอันตรายในการแพร่เชื้อต่อไป โรงเรียนอนุบาลแห่งใดที่มีโรคไประบาด ให้ปิดโรงเรียนเป็นการชั่วคราวทันที

การวิเคราะห์ทางไวรัสวิทยาของไวรัสที่แยกได้ในประเทศจีน

Yong Zhang และคณะได้รายงานผลการวิจัยในการวิเคราะห์เชื้อไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ที่แยกได้ในประเทศจีน รายงานไว้ในวารสารวิชาการชื่อบทความเรื่อง An outbreak of hand, foot,



and mouth disease associated with subgenotype C4 of human enterovirus 71 in Shandong, China

ชื่อวารสารที่พิมพ์รายงาน Journal of Clinical Virology
ค.ศ. ๒๐๐๕ เล่มที่ ๔๔ ฉบับที่ ๔ หน้า ๒๖๒-๒๖๗ ปรากฏ
บทความย่อ ดังนี้

◆ ในการระบาดของโรค HFMD ที่เมืองลินยี จังหวัด
ซานตง เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ จากผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
๑๐๕ ราย ซึ่งมีผู้ป่วยมีอาการหนักรุนแรงอยู่ด้วย ๑๑ ราย ได้ส่ง
ตัวอย่างตรวจ ๒๓๓ ตัวอย่างทดสอบโดยวิธี ไคเร็กซ์ พีซีอาร์
เพาะแยกเชื้อไวรัส และวิเคราะห์ทางด้านอนุวิทยาและวิเคราะห์
พันธุกรรมไฟโลเจเนติก ไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ที่แยกได้มีอยู่ ๓
สายกลุ่มพันธุกรรมสังกัด หมู่อ้อย (subgroup) C4 ซึ่งสามารถ
แยกต่อไปได้อีกเป็น ๒ กลุ่มย่อยลงไปอีกเรียกว่า C4a และ C4b
สำหรับกลุ่มย่อย C4a เป็นกลุ่มเด่นที่พบบ่อยกว่ากลุ่มอื่นที่ก่อ
การระบาดในประเทศจีนในช่วงเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา คือเป็น
ไวรัสที่อยู่ในประเทศจีนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ สรุปได้ว่า
ไวรัสสายพันธุ์ซานตงนี้เป็นไวรัสที่ไปก่อการระบาดในจังหวัด
อื่นของประเทศจีน และประเทศเพื่อนบ้าน



วิทยาการระบาดของโรคมือเท้าปากในภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก ออสเตรเลีย

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๔๒ โรค HFMD อุบัติขึ้นในลักษณะการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ มีผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ จำนวน ๑๔ รายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในนครเพิร์ธ รัฐออสเตรเลียตะวันตก ๑๒ ราย หรือร้อยละ ๘๖ เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๔ ขวบ

ต่อมาเมื่อถึงฤดูร้อน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๔ ก็มีการระบาดของไวรัสเอนเทอโร ๗๑ มีเด็กไปขอรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประมาณ ๒๐๐ ราย ในจำนวนนั้น มีเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทกลาง ๘ ราย และ ๕ รายมีอาการปอดบวมน้ำในรายที่ปอดบวมน้ำพบว่าเป็นรายที่ติดเชื้อเอนเทอโร ๗๑ ทุกราย

ประเทศบรูไน ดารุสซารัม

มีการระบาดในประเทศบรูไน ดารุสซารัมเป็นครั้งแรกระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๔๕ มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่า ๑,๖๘๑ คน เสียชีวิต ๓ รายจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ในการตรวจแยกเชื้อผู้ป่วยอย่างน้อย ๑๐๐ ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือ เท้า ปาก หรือ โรคเฮอร์ปแองไจนา พบเอนเทอโรไวรัส ๗๑ ใน ๓๔ ราย และมี



ผู้ป่วยอีก ๒ รายที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท
อย่างรุนแรงก็แยกเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ได้เช่นกัน

มาเลเซีย

การระบาดเริ่มขึ้นเมื่อต้นเดือนเมษายน ๒๕๔๐ จาก
วันที่ ๑ มิถุนายนถึงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๔๐ ในซาราวัก ทั้งหมด
รวม ๒,๖๒๘ ราย สาเหตุเบื้องต้นของการระบาดคือ ไวรัส
เอนเทอโร ๗๑ มีผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
๘๘๕ ราย ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเชื้อหุ้มสมอง
อักเสบอะเซ็ปติก และอัมพาตอ่อนปวกเปียกเฉียบพลันรวม
อยู่ด้วย ๓๕ ราย มีผู้ป่วยเด็ก ๒๕ ราย เป็นเด็กที่แข็งแรงสมบูรณ์
ดีก่อน อายุต่ำกว่า ๕ ขวบ ๒๕ ราย อัตราชายต่อหญิงเท่ากับ ๑.๕:๑
ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาการหนัก จะมีการดำเนินโรคอย่าง
รวดเร็วไปเป็นภาวะหัวใจ-หายใจล้มเหลว แยกเชื้อเอนเทอโร
ไวรัส ๗๑ จากรายที่เสียชีวิตได้ ๖ ราย ในการระบาด พ.ศ. ๒๕๔๐
นี้ ในคาบสมุทรมลายู มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น ๔,๖๒๕ ราย เสียชีวิต ๑๑ ราย

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๑ จึงมีการกำหนด
โปรแกรมการเฝ้าระวังขึ้น ผลปรากฏว่า ระหว่างเดือนมีนาคม
๒๕๔๑ และเดือนมิถุนายน ๒๕๔๘ ได้เก็บตัวอย่างตรวจจากเด็ก
๒,๕๕๐ ราย รวมตัวอย่างตรวจเป็นจำนวน ๔,๒๕๐ ตัวอย่าง



อัตราชายต่อหญิงเท่ากับ ๑.๔:๑ ในช่วงเวลาดังกล่าวคือ ในปีพ.ศ. ๒๕๔๓ และปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ในซาราวักมีการระบาดใหญ่ของโรค HFMD หลายครั้งหลายคราว สาเหตุของการระบาดทั้งใน ๒ ปีนั้นเป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ โครงการเฝ้าระวังโรคในซาราวักยังคงดำเนินการต่อเนื่องต่อมา จึงมีรายงานการระบาดอุบัติซ้ำอีกครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ และครั้งที่สองเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑/๒๕๕๒

ประเทศที่ใกล้ชิดติดต่อกับสิงคโปร์คือประเทศมาเลเซีย ก็มีรายงานเมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ว่า ที่รัฐเซลังงอร์ มีรายงานผู้ป่วยสูงที่สุดในประเทศ คือที่ เมืองปีตาลิงจาซา มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่โรคมือ เท้า ปาก ระหว่างวันที่ ๖-๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จำนวน ๑,๔๖๘ ราย และในสัปดาห์ก่อนหน้านั้นมีเพียง ๑,๑๔๗ ราย รัฐที่มีจำนวนผู้ป่วยลดหลั่นลงไปได้แก่ซาราวัก (๓๔๓ ราย) โยโฮร์ (๑๕๕ ราย) ปีนัง (๑๒๘ ราย) กัวลาลัมเปอร์ (๑๐๐ ราย) และ ซาบาห์ (๕๑ ราย) รัฐอื่น ๆ นอกนั้นมีจำนวนต่ำกว่า ๖๐ ราย

ข่าววันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๕ รายงานว่า มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในเมืองสาริกะ มุคาห์ บินตูลูและลิมบัง เมื่อถึงวันพฤหัสบดี (๓๑ พ.ค.) ที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนสะสมแล้วสูงถึง ๘,๖๑๑ ราย มีการระบาดกระจุกตัวอยู่ถึง ๓๑ กระจุก มีครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ ๒๕ ครอบครัว โรงเรียน ๓ แห่ง สถานรับเลี้ยงเด็กอีกหนึ่งแห่ง



ประเทศมองโกเลีย

มีรายงานเป็นทางการของการระบาดของโรค HFMD ในประเทศมองโกเลียเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๑ การระบาดในปีนั้น มีรายงานผู้ป่วยรวมจำนวน ๓,๒๑๐ ราย มีผู้ป่วยทั้งในนครหลวง และในจังหวัดต่าง ๆ หลายจังหวัด จากตัวอย่างจำนวน ๒๔๕ ตัวอย่างที่ได้ศึกษา ๑๐๒ ตัวอย่าง หรือร้อยละ ๔๑.๖ ให้ผลบวกว่าเป็นไวรัสเอนเทอโร ๙๑

ประเทศเกาหลี

อุบัติการณ์ของโรค HFMD/HA ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลีเพิ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยมีการระบาดที่จังหวัดเซจู (Cheju province) ไม่มีรายงานถึงตัวเลขจำนวนผู้ป่วย และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต

มีการดำเนินการระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๙๑ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ระหว่างเดือนมกราคม ๒๕๔๘ และวันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยเข้าข่ายน่าสงสัย (suspect) ว่าจะเป็็นโรค HFMD/HA จำนวน ๒๐๐ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ และ ๕๑๕ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ รวม ๒ ปีมีจำนวน ๗๑๕ ราย มีผู้เสียชีวิต ๑ รายจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและอีก ๒ ราย มีอาการโคม่าหรือหมดสติ ร้อยละ ๖๒.๒ หรือ ๔๔๗ ราย มีสาเหตุจากไวรัสเอนเทอโร ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์หาจีโนไทป์ของไวรัสเอนเทอโร ๕๓ รายในปีพ.ศ. ๒๕๑๑ และ ๑๖๕ รายใน



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ปรากฏว่าการระบาดในปี พ.ศ. ๒๕๑๑ ร้อยละ ๓๔ แยกได้ไวรัส ค็อกแซคคิ เอ ๑๐ (CA10) และในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เชื้อแยกได้คือไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ (EV71) จำนวน ๘๑ ราย หรือร้อยละ ๕๕

ประเทศสิงคโปร์

การระบาดใหญ่อย่างกว้างขวางอุบัติขึ้นในประเทศสิงคโปร์ระหว่างเดือนกันยายน และ ตุลาคม ๒๕๔๓ มีรายงานผู้ป่วย ๓,๗๕๐ ราย เสียชีวิต ๓ ราย จากผู้ป่วยจำนวน ๑๐๔ รายที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นทางคลินิกว่าเป็นโรค HFMD ไวรัสที่แยกได้ส่วนใหญ่เป็นไวรัสเอ็นเทอโร (ร้อยละ ๗๓)

ในเวลาต่อมาคือในเดือนตุลาคม ๒๕๔๓ ทางกรมประกาศว่าโรค HFMD เป็นโรคติดต่ออันตรายที่จะต้องรายงานในช่วงระยะเวลา ๗ ปี คือ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๐ มีการระบาดของโรค HFMD ทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีรายงานผู้ป่วยจำนวน ๑๖,๒๒๘ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีรายงานผู้ป่วย ๑๕,๒๕๖ ราย ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีรายงานผู้ป่วย ๑๕,๒๘๒ ราย และในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีรายงานผู้ป่วย ๒๐,๐๐๓ ราย อายุที่เป็นโรคมามากที่สุด คือเด็กเล็กกลุ่มอายุ ๐-๔ ขวบ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค HFMD จากไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ที่ระบาดอยู่ระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๙ นั้น ร้อยละ ๑.๘ ของผู้ป่วย



ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเมื่อครั้งที่มีการระบาดของไวรัสค็อกแซคคี เอ ๑๖ ที่ระบาดในช่วงเดือนมีนาคม และเมษายน ๒๕๔๘ (ต้องรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ ๐.๘) และช่วงเดือนเมษายนและเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๐ (ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ ๐.๓)

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการระบาดย่อย ๆ ระหว่างเดือนมกราคมและ กุมภาพันธ์ มีรายงานผู้ป่วยโรค HFMD ๕,๑๘๓ รายและเสียชีวิต ๓ ราย เป็นผู้ป่วยอายุ ๔ ปี อีก ๒ รายอายุ ๑๑ เดือนทั้งคู่

ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีการระบาดของโรค HFMD จากไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ระหว่างเดือนมีนาคมและเดือนพฤษภาคม ใน ๒๔ สัปดาห์แรกของปีนั้นมีรายงานผู้ป่วยจำนวน ๑๕,๐๓๐ ราย ซึ่งสูงกว่าช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. ๒๕๔๕ สองเท่าตัวทีเดียว สำหรับการระบาดในสัปดาห์ที่ ๘ และสัปดาห์ที่ ๒๔ ของปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ร้อยละ ๓๓.๒ เป็นไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ การแยกเชื้อไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ได้บ่อยและมากขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มากกว่าปี พ.ศ. ๒๕๔๕ อย่างมีนัยสำคัญ

วันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ มีข่าวใน Singapore News channelnewsasia.com <<http://www.channelnewsasia.com/stories/singaporelocalnews/view/1199310/1/.html>> รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้า ปาก ในสิงคโปร์ พุ่งสูงขึ้นอีกถึงร้อยละ



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

๑๔ แม้ว่าทางการได้มีมาตรการควบคุมแล้วก็ตาม ตามสถิติผู้ป่วยในสัปดาห์สุดท้ายของเดือนเมษายน มีจำนวน ๑,๕๕๐ ราย สูงกว่าสัปดาห์ก่อนหน้าซึ่งมีรายงานว่า มีจำนวน ๑,๓๕๔ ราย อาการของโรคค่อนข้างอ่อน จึงเชื่อว่าจะเกิดจากไวรัส ค็อกแซคกี เอ ๑๖ (Coxsackievirus A16) มากกว่าที่จะเป็นไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ (Enterovirus 71-EV71)

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕

มีรายงานข่าวใน The Jakarta Post, ex Asia News Network/The Straits Times. <<http://www.thejakartapost.com/news/2012/05/19/hfmd-cases-record-high-spore.html>> ว่า โรคมือ เท้า ปาก ในสิงคโปร์ สถิติในสัปดาห์ที่สิ้นสุดวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้นไปอีกเป็น ๑,๖๑๐ ราย

ประเทศเวียดนาม

ในภาคใต้ของประเทศเวียดนาม มีรายงานการระบาดของโรค HFMD ที่มีอาการใช้สมองอักเสบเฉียบพลันในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จากนครโฮจิมิน

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีเด็กป่วยในนครโฮจิมินที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HFMD จำนวน ๗๖๔ ราย โดยได้รับรายงานจากการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลเด็ก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ หรือร้อยละ ๘๖.๒ เป็นเด็กอายุ ๕ ขวบ หรือต่ำกว่านั้น จากตัวอย่างตรวจที่



ได้จากผู้ป่วยจำนวน ๔๑๑ ตัวอย่างแยกได้เป็น ไรรัสเอ็นเทอโร
เท่านั้นโดยจำแนกชนิดได้เป็น เอ็นเทอโร ๗๑ จำนวน ๑๗๓ ราย
(ร้อยละ ๔๒.๑) เป็น ไรรัสค็อกแซคคิ ๑๖ จำนวน ๒๑๔ ราย
(ร้อยละ ๕๒.๑)

ในรายที่แยกได้ ไรรัสเอ็นเทอโร ๗๑ นั้น ร้อยละ ๒๕.๓
หรือ ๕๑ รายเป็นรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท
และเสียชีวิตไป ๓ ราย (ร้อยละ ๑.๗)

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ จากผลการเฝ้าระวังของ
โรงพยาบาลเดิม มีรายงานผู้ป่วยโรคระบบประสาท ๓๐๕ ราย
ปรากฏผลชันสูตรวิเคราะห์พบว่า ๓๖ ราย (ร้อยละ ๑๑) สัมพันธ์
กับภาวะติดเชื้อ ไรรัสเอ็นเทอโร ๗๑ และเสียชีวิตไป ๓ ราย

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พ.ศ. ๒๕๕๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ มี
รายงานผู้ป่วยดังนี้คือ ๒๕๕๐ ป่วย ๕,๗๑๕ ราย, ตาย ๒๓ ราย

พ.ศ. ๒๕๕๑ ป่วย ๑๐,๕๕๘ ราย, ตาย ๒๕ ราย

พ.ศ. ๒๕๕๒ ป่วย ๑๐,๖๓๒ ราย, ตาย ๒๓ ราย

ในทางภาคเหนือของประเทศเวียดนาม ตั้งแต่ปี พ.ศ.
๒๕๔๖ มีรายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่เป็นสมองอักเสบเฉียบพลัน
ได้รับการชันสูตรยืนยันว่าเป็นจากเชื้อ ไรรัส เอ็นเทอโร ๗๑
สายพันธุ์ย่อยหรือ subgenotype C4 (EV71/C4) พอมาถึงปี พ.ศ.
๒๕๔๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตรวจพบ ไรรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ชนิดย่อย



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

subgenogroup C5 (EV71/C5) จากผู้ป่วย ๗ รายที่เป็นอัมพาตอ่อน
ปากเปื่อยเกือบพลัน ทุกรายเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ

พ.ศ. ๒๕๕๑ มีรายงานผู้ป่วยโรค HFMD จำนวน ๘๘
รายจาก ๑๓ จังหวัด ผลแยกเชื้อจากผู้ป่วยทั้ง ๘๘ รายนั้น
พบว่าเป็น ไวรัสเอนเทอโร ๓๓ ราย (ร้อยละ ๓๗.๕) และจำแนก
ได้ดังนี้

เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗ จำนวน ๙ ราย (ร้อยละ ๒๗.๓)
เป็นไวรัสค็อกแซคกี เอ๑๖ (CA16) จำนวน ๒๓ ราย (ร้อยละ
๖๕.๓) และมีอยู่ ๑ รายเป็นไวรัสค็อกแซคกี เอ ๑๐ (CA10)
ไม่มีรายงานผู้ป่วยหนักหรือรุนแรงถึงตาย ผู้ป่วยส่วนมากอายุ
ต่ำกว่า ๕ ขวบ

พ.ศ. ๒๕๕๕

มีข่าวจากศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐ อ้างแหล่งข่าวยืนยัน
จากกระทรวงสาธารณสุขเวียดนามว่า เมื่อวันที่ ๑๕ เมษายน
๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุขเวียดนามประกาศว่า โรคมือเท้า
ปาก ได้เริ่มปรากฏแพร่กระจายมาตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แล้ว
มีผู้ป่วยรายงานแล้วจาก ๖๓ จังหวัด และมีผู้เสียชีวิตแล้ว ๒๐ ราย
ทั้งหมดเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ

เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ องค์การอนามัย
โลกได้รายงานสถิติผู้ป่วยในเวียดนามเมื่อถึงวันที่ ๖ พฤษภาคม
มีจำนวนผู้ป่วยรวม ๔๓,๑๕๖ ราย ตาย ๒๒ ราย



ตั้งแต่ต้นปีพ.ศ. ๒๕๕๕ จนถึงวันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในประเทศนั้นแล้ว ๕๙,๘๐๐ รายใน ๖๑ จังหวัด มีผู้เสียชีวิต ๒๕ รายจาก ๑๔ จังหวัด มีจำนวนผู้ป่วยในทางภาคเหนือของประเทศ สูงกว่าทางภาคใต้ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ทางภาคใต้ของประเทศทางการเวียดนามกำลังดำเนินมาตรการควบคุมโรคโดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกด้วย

สิบจังหวัดที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงได้แก่จังหวัด ฮายฟอง, บัก คาน, เย็นบาย, เลาคาย, หัวบิन्ह, ดานัง, วินฟุก, กวางตรี, ดงทัพ และบิन्ह ดินห์ (Hai Phong, Bac Can, Yen Bai, Lao Cai, Hoa Binh, Da Nang, Vinh Phuc, Quang Tri, Dong Thap, and Binh Dinh Provinces)

ประเทศกัมพูชา

ตามข่าวที่มีการระบาดของโรคสึกลับในกัมพูชานั้น (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) ต่อมาจึงมีการเปิดเผยตามรายงานข่าวดังต่อไปนี้

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุข กัมพูชารายงานว่า ผลของการสอบสวนโรคที่คร่าชีวิตเด็กเล็กในประเทศนั้นไปเป็นจำนวนมากนั้น สรุปแล้วก็คือ โรคมือ เท้า ปาก ในลักษณะที่รุนแรงนั่นเอง



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ได้ทำการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการตัวอย่างตรวจจากผู้ป่วยจำนวน ๓๑ รายที่สถาบันปาสเตอร์แห่งชาติ (Institut Pasteur du Cambodge) ส่วนใหญ่ให้ผลบวกว่าเป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ (สับจีโนกรุ๊ป C4) ซึ่งก็เป็นสาเหตุของโรคมือเท้าปาก ข่าวก่อนที่ร่วออกมาในเบื้องต้นว่าเป็นสับจีโนกรุ๊ป D4 นั้น อันที่จริงแม้ว่า **สับจีโนกรุ๊ป C4 ที่พบอาจจะแตกต่างจากสับจีโนกรุ๊ป C4 ที่เคยพบมาแต่เดิม แต่ก็ยังคงวนเวียนไปที่จะแยกออกไปเป็น สับจีโนกรุ๊ปใหม่คือสับจีโนกรุ๊ป D**

ตัวอย่างส่วนน้อยพบว่าให้ผลบวกต่อจุลชีพชนิดอื่นๆ รวมทั้ง แบคทีเรีย *Haemophilus Influenzae* type B และ *Streptococcus suis* ด้วย

ผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่โรงพยาบาลเด็ก คันทา โบพา (Kantha Bopha Hospital) ๗๘ คน รวมทั้งที่เคยรายงานไว้ก่อนแล้ว ๖๒ ราย จากโรงพยาบาลอื่นด้วยนั้น เสียชีวิตไปแล้ว ๕๔ ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ขวบ มาจาก ๑๔ จังหวัด มีหลายรายได้รับยาสตีรอยด์ในระหว่างการรักษาขณะใดขณะหนึ่ง แสดงชัดเจนว่าสตีรอยด์ทำให้อาการของโรคจากไวรัสเอนเทอโร ๗๑ มีอาการเลวลง



วิทยาการระบาดในประเทต่าง ๆ ทั่วโลกตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๑๒-๒๕๕๒

สถานที่/พ.ศ.	อีวี๑	ป่วย/ตาย	โรค/กลุ่มอาการที่เกิด
แคลิฟอร์เนีย ๒๕๑๒	๒๐/๑		สมองอักเสบ, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, coxsackie-like illness
นิวเจอร์ซีย์ ๒๕๑๒	๑๑/๐		aseptic meningitis, HFMD (๑ ราย)
สวีเดน ๒๕๑๖	๑๕๕/๐		aseptic meningitis, HFMD (อาการรุนแรง)
ญี่ปุ่น ๒๕๑๖, ๒๕๒๐-๒๑	๑,๐๓๑/ไม่ระบุ		HFMD, สมองอักเสบ
บัลแกเรีย ๒๕๑๘	๗๐๕/๔๔		aseptic meningitis, อัมพาต
นิวเจอร์ซีย์ ๒๕๒๐	๑๒/๐		HFMD, โรคระบบประสาท, โรคระบบหายใจ, ภาวะพาอาหารอักเสบ
ฮังการี ๒๕๒๑	๓๒๓/๔๗		สมองอักเสบ, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, อัมพาคัลลายโปดิโอ
ออสเตรเลีย ๒๕๒๕	๑๑๔/๐		HFMD, สมองอักเสบ, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, Encephalomyelitis
ฟิลิปปินส์ ๒๕๓๐	๕/๐		อัมพาตอ่อนปึก
สหรัฐ ๒๕๒๐-๒๕๓๔	๑๕๓		อัมพาต, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, สมองอักเสบ, คั่น, กิแลง บาร์
ซาราวัก ๒๕๒๐	๒,๖๒๘/๓๒		HFMD, aseptic meningitis, อัมพาตอ่อนปึก, ระบบไหลเวียนลึมหเวลา
ญี่ปุ่น	๑๒/๐		HFMD, heparngina, Meningoencephalitis, สมองอักเสบ, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ
ไต้หวัน ๒๕๓๑	๑๒๕,๑๐๖/๗๘		สมองอักเสบ, aseptic meningitis, ปอดบวมน้ำ/ตกเลือด, อัมพาต อ่อนปึก
เคนยา ๒๕๓๒	๘/๐		คั่นคิ้วหน้าอักเสบ, คั่นเนื้อหัวใจอักเสบ
ญี่ปุ่น ๒๕๓๓	๖๐/๑		HFMD, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, เดินเปะปะ, อัมพาตอ่อนปึก, ก้านสมองอักเสบ



วิทยาการระบาดในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๑๒-๒๕๕๒ (ต่อ)

สถานที่/พ.ศ.	อีวี๗๑ ป่วย/ตาย	โรค/กลุ่มอาการที่เกิด
ซารากัว ๒๕๔๓	๑๑/๒	HFMD, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, อัมพาตอ่อนเป็นัย, ก้านสมองอักเสบ
สิงคโปร์ ๒๕๔๓	๓,๗๕๐/๕	HFMD, โรคของระบบประสาท
เกาหลี ๒๕๕๓	ไม่ระบุ/๐	เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, HFMD, herpangina, อัมพาตอ่อนเป็นัย
ซารากัว ๒๕๕๒	๑๐๗/๑	HFMD, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, อัมพาตอ่อนเป็นัย, ก้านสมองอักเสบ
ญี่ปุ่น ฟุกุชิมะ ๒๕๒๖-๒๕๔๖	ไม่มีข้อมูล	
เดนมาร์ก ๒๕๔๖	๘/๑	เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, อัมพาตอ่อนเป็นัย, ไข้, ระบบไหลเวียนทำงานผิดปกติ
เวียดนามใต้ ๒๕๔๘	๑๗๓/๓	อัมพาตอ่อนเป็นัย, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, ก้านสมองอักเสบ
เดนมาร์ก ๒๕๔๘	๘/๐	เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, อัมพาตอ่อนปากเป็นัย, ไข้, สมองอักเสบ
ซารากัว ๒๕๔๕	๒๕๑/๖	อัมพาตอ่อนเป็นัย, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ, ก้านสมองอักเสบ
บรูไน ๒๕๔๕	๕๖๘๑/๓	HFMD, โรคระบบประสาท
อินสู ๒๕๕๑	๔๘๘๕๓๕/๑๒๘	HFMD, ปลอดภัยจากระบบ, ประชากรอักเสบ
ซานตง ๒๕๕๒	๑๑๔๕/๓	HFMD, ก้านสมองอักเสบ, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ



คัดแปลจาก Mary How Ooi et al. Clinical features, diagnosis and management of human enterovirus 71 infection. Lancet Neurology 2010, 9:1097-1105.

ลักษณะของโรคมือ เท้า ปาก

ลักษณะทางวิทยาการระบาด

อายุ

ตามรายงานของการระบาดโดยทั่วไป กลุ่มอายุที่ป่วยเป็นเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑๐ ปี และส่วนมาก กลุ่มอายุ ๕ ปีหรือต่ำกว่า เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อแล้วป่วยเป็นโรคมามากที่สุดและมีอาการรุนแรงกว่ากลุ่มที่อายุสูงกว่าด้วย เด็กโต วัยหนุ่มสาวผู้ใหญ่อาจติดเชื้อได้แต่มักไม่มีอาการของโรค ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับเด็กที่มีภูมิคุ้มกันอ่อน ภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องว่าจะมีความไวในการรับเชื้อ การติดเชื้อมากกว่าเด็กปกติหรือไม่

ในครอบครัวที่มีเด็ก พี่น้องอยู่รวมกัน หากมีเด็กคนใดป่วยในครอบครัว มักทำให้โรคระบาดย่อย ๆ ภายในครอบครัวนั้นได้

เพศ

ในรายงานจากการระบาดหลายครั้ง ในหลายประเทศ ยังไม่แสดงชัดเจนว่า โรคจะเกิดแก่บุคคลเพศใดมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตาม เพศชายจะป่วยสูงกว่าเพศหญิงบ้างเล็กน้อย เช่น ชายต่อหญิง ประมาณ ๑.๒ ถึง ๑.๓ ต่อ ๑

การกระจายทางภูมิศาสตร์

โรค มือ เท้า ปาก มีรายงานจากทั่วโลก ทั้งเขตหนาว เขตอบอุ่น และเขตร้อน ดังมีประวัติตัวอย่างการระบาดในช่วง ๓-๔ ทศวรรษที่ผ่านมาดังนี้



เชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ นี้ เพิ่งเพาะเชื้อได้จากผู้ป่วย เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กป่วยเป็นโรค เชื้อหุ้มสมอง และสมองอักเสบ เป็นรายงานจากรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นก็ไม่มีรายงานจากรัฐอื่นนอก รัฐแคลิฟอร์เนียเลย จนกระทั่งอีก ๓ ปี ใให้หลังจึงมีรายงานการพบ เชื้อนี้จากผู้ป่วยในนครนิวยอร์ก และนครเมลเบิร์น ออสเตรเลีย จากผู้ป่วยที่รายงานในนครนิวยอร์ก และนครเมลเบิร์น ต่างก็มี ศีรษะที่ผิวหนังคล้าย ๆ กัน อันเป็นลักษณะที่เด่นชัดของ โรคต่อมา ก็พบ โรคนี้จากภูมิภาคอื่น โดยเกิดขึ้นเป็นหย่อม ๆ และป่วยกัน เป็นหมู่เป็นกลุ่ม เช่น รายงานจากญี่ปุ่น ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นจำนวน มากและประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันออก มีรายงานการระบาด ที่รุนแรงกว้างขวางจากประเทศตุลกาเรียเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ซึ่ง รายงานว่ามีผู้ป่วยเป็นอัมพาตคล้ายโปลิโอ ซึ่งถึงแก่กรรม เป็น จำนวนมาก มีเอนเทอโรไวรัส ๗๑ นี้เป็นต้นเหตุของโรค การแพร่ กระจายของโรคมักจะเป็น ไปในทำนองเดียวกันกับโรคโปลิโอ หรือเอนเทอโรไวรัสชนิดอื่น คือ โดยการกิน (fecal-oral) อาหาร น้ำที่มีเชื้อปนเปื้อน ผู้ที่ติดเชื้อและมีอาการของโรค มักจะเป็น เด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี ยิ่งอายุน้อยยิ่งมีอุบัติการณ์สมองอักเสบและ มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อสูงมาก การระบาดที่มีรายงาน ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๒-๒๕๒๑ ปรากฏอยู่ในตารางที่ ๑



การติดต่อ การแพร่เชื้อไวรัส แหล่งที่มีเชื้อไวรัส

การติดต่อ การแพร่เชื้อไวรัสโดยการกินเชื้อไวรัสเข้าไปโดยตรง ที่เรียกกันว่า โดยทางการสัมผัสที่เรียกว่า อูจจาระ-ปาก (fecal-oral route) หรือ โดยการสัมผัสกับพื้นผิวที่ผิวหนัง หรือ สิ่งคัดหลั่งจากปากผู้ป่วย หลังจากเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนัง และเยื่อหุ้ม (ที่ปาก จมูก) เป็นการแพร่โรคจาก มนุษย์-สู่-มนุษย์ โดยตรง หรือ โดยผ่านทาง การสัมผัสสิ่งของ ของเด็กเล่น เสื้อผ้า พื้นผิวบริเวณบ้านที่มีผู้ป่วยเคยอยู่ ของใช้ อุปกรณ์การกินอาหาร น้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ สิ่งแวดล้อม เชื้อทนทานได้นานหลายวัน ในสภาพแวดล้อมที่เย็นและชื้น

หลังจากรับเชื้อแล้ว เชื้อไวรัสจะบุกรุกเข้าสู่กระแสโลหิตทำให้เกิดภาวะ “ไวรัสเมีย- viremia” ไวรัสแพร่ไปตามกระแสโลหิต ไปสู่อวัยวะอื่นๆ จึงพบเชื้อได้จากคอผิวหนัง ถ้าได้ อูจจาระ ไวรัสจะไปก่อให้เกิดการแตกสลายของเซลล์ที่เรียกว่า “อะพ็อพโตสิส – apoptosis” พื้นผิวที่ผิวหนังจึง กลายเป็นตุ่มพอง เล็กๆ และตุ่มแตกเป็นแผลในที่สุด ที่ตุ่มเล็ก ๆ ที่ผิวหนังหรือที่แผลก็มีเชื้อ ไวรัสอยู่ด้วย

ระยะฟักตัว

มีประวัติ ประมาณหนึ่งสัปดาห์ที่ไปสัมผัสกับแหล่งแพร่โรครมา มีการติดเชื้อจึงจะเริ่มมีอาการของโรค ผลของการติดเชื้อ อาจไม่ปรากฏอาการของโรคก็ได้ ขึ้นอยู่สภาพของผู้ที่



ตารางที่ ๑ การระบาดของโรคติดต่อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๒-๒๕๓๒^๑

พ.ศ.	ระบาด	จำนวน	ลักษณะทางคลินิก
๒๕๑๒-๒๕๒๖	เคลีฟอร์เนีย/สวอ.	๒๐	Aseptic meningitis, Encephalitis
๒๕๑๕	นิวออร์ค/สวอ.	๑๑	Aseptic meningitis, Encephalitis, Hand, foot and mouth disease
๒๕๑๕	ออสเตรเลีย	๑๕	Aseptic meningitis, Rash, Polyn neuritis, Acute respiratory infection
๒๕๑๖	คีเคเน	๑๕๕	Aseptic meningitis, Hand, foot and mouth disease
๒๕๑๖	ญี่ปุ่น	>๓,๒๐๐	Hand, foot and mouth disease, Aseptic meningitis
๒๕๑๗	บุคกาเรีย	๗๐๕	Aseptic meningitis, Encephalitis, acute myocarditis, Polio-like paralysis
๒๕๒๑	ฮังการี	๑๕๕๐*	Aseptic meningitis, Encephalitis, Polio-like paralysis
๒๕๒๗	ฮ่องกง	?	Monoplegia
๒๕๒๗	ออสเตรเลีย	?	CNS involvement
๒๕๓๐	สวอ.	๔๕	Polio-like paralysis, Meningitis, Encephalitis
๒๕๓๒	จีน	?	Hand, foot and mouth disease

* มีการระบาดของโรค Tick-borne encephalitis (มักเป็นในผู้ใหญ่) พร้อมกับโรคติดต่อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ (ส่วนมากเป็นผู้ป่วยเด็ก)



ได้รับเชื้อ เช่น อายุ ภาวะที่มีภูมิคุ้มกัน โรคอยู่แล้ว เพราะเคยผ่านการติดเชื้อมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อที่มีอาการของโรค หรือไม่มีอาการของโรคมารแล้วก็ตาม ระยะฟักตัวอาจสั้นได้เพียง ๓ วันก็มี

อาการเริ่มแรก

เนื่องจากเป็นโรคติดเชื้อมีอาการของอวัยวะหลายระบบด้วยกัน ในบางตำราจึงนิยมใช้คำว่า “กลุ่มอาการของโรค หรือ syndrome” “Hand, Foot and Mouth Syndrome” มากกว่าที่จะใช้คำว่า “โรค” – “Hand, Foot and Mouth Disease” ในบางแห่งจะสะกดคำนี้โดยมีขีดสั้นๆ คั่นระหว่างคำ (ยัติภังค์) แทนที่จะใช้เครื่องหมายจุลภาค เช่น “Hand-Foot-and Mouth Disease” ในบทความทางวิชาการหรือในตำรา จะปรากฏการสะกดคำต่างๆ กันแต่ก็คงไม่มีความสำคัญอันใดนัก

◆ กลุ่มอาการทั่วไปของโรคมือเท้า ปาก ตามปกติโรคจะไม่มีอาการรุนแรง ลักษณะอาการและการดำเนินโรคจะดำเนินไปดังนี้

ไข้ (มีไข้ก็ได้ หรือไม่มี หรือมีไข้ต่ำๆ ก็ได้)

ไข้ มักจะเป็นอาการแรกที่ปรากฏ เด็กอาจจะตัวร้อนๆ หากไข้ปรอทวัดไข้ วัดทางปาก อุณหภูมิ ถ้าสูงกว่า ๓๗.๕° ซ ถ้าวัดทางทวารหนัก อุณหภูมิ ๓๘° ซ จึงจะถือว่า มีไข้ ไข้มักจะต่ำๆ



ร:บาดับลือโลก ๑๙ > ไร่มือ เท้า ปาก

ถึงปานกลาง ๓๗.๕-๓๘/๓๙° ซ แต่ไม่ถึง ๔๐° ซ) ไม่สูงเหมือน
โรคไข้หวัดใหญ่ แล้วตามติดมาด้วยอาการเจ็บคอ อาจมีอาการ
อื่นร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหารหรือรู้สึกไม่ใคร่สบาย (ทารกหรือ
เด็กเล็กๆจะบอกไม่ได้ อาจแสดงอาการผิดปกติ เช่น ปฏิเสธนม
หรืออาหาร ร้องกวน งอแง)

ผื่น ตุ่มพอง แผลในปาก (มีก็ได้หรือไม่มีก็ได้)

หลังมีไข้ ๒-๓ วันจะมีตุ่มพองเล็กๆ หรือเป็นแผล
เจ็บในปาก ขึ้นที่กระพุ้งแก้ม ช่องคอหอย ที่เหงือก เพดาน ลิ้น
ในคอ (หลายแผล หรือน้อยแผล บางรายไม่มีแผลเลยก็ได้)
แผลปรากฏที่ใดที่หนึ่งหรือหลายตำแหน่งเป็นแผล คล้าย
แผลร้อนใน กว้าง ๔-๖ มม. สีแดง และต่อมาอีก ๒-๓ วัน อาจมี
ผื่นผิวหนังขึ้นแรก ๆ เป็นผื่นแดงนูนเล็กน้อย ต่อมาเป็นตุ่มพอง
๔-๕ มม. ตามมือตามเท้า ในบางรายที่แสบคัน แต่ที่คันมักจะไม่ใช่
เป็นตุ่มพอง ข้อเท้า ข้อศอก ก็มีตุ่มร่วมด้วย ก็ได้ ที่ตุ่มจะเจ็บเล็กน้อย
ไม่คัน ผื่นผิวหนังจะปรากฏอยู่ประมาณ ๕-๗ วันก็จะหายไปเอง
แผลในปากก็จะหายเองได้เช่นกัน

อาการทางระบบหายใจ (ได้แก่ อาการหวัด ไอ หายใจ
เหนื่อยหอบ)

มักไม่มีอาการทางระบบหายใจ เช่น เป็นหวัด น้ำมูก
ไอจามร่วมกัน แต่อาจมีเฉพาะอาการไอเล็กๆ น้อยๆ บ้างใน
บางราย ไม่ถือว่าเป็นอาการที่สำคัญแต่อย่างใด



ระบาดบนสื่อโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก



ฝัน ตุ่มพองและแผลที่ปาก (ขอขอบคุณ ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ ที่เอื้อเฟื้อภาพ)



รบาดบับลือโลก ๓๙ > โรคมือ เท้า ปาก



อาการระบบทางเดินอาหาร (ได้แก่อาเจียน ท้องเดิน)

สำหรับอาการระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียน ท้องเดิน มักจะไม่พบ ยกเว้นในบางรายที่ติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ อาจจะมีอาเจียนบ้าง และมักไม่พบในรายที่ติดเชื้อไวรัส ค็อกแซคคิ แพทย์บางท่านจึงเอาใจใส่ว่า ถ้ามีอาการอาเจียน หลายครั้งมักจะชี้บ่งเตือนว่า ผู้ป่วยอาจมีการดำเนินโรคต่อไป ในทางรุนแรงก็ได้

โรค มือ เท้า ปาก ที่มีอาการรุนแรง จะแสดงลักษณะอาการและการดำเนินโรคจะดำเนินไปดังนี้

ไข้สูง โดยเฉพาะในรายที่ไข้สูง (๓๘° ซ) สูงลอยอยู่หลายวัน ชีพ แขนขาอ่อนแรง ตรวจเลือดพบว่า มีปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเชิงแนะว่าผู้ป่วยกำลังจะมีการดำเนินโรคต่อไปเป็นสมองอักเสบ

อาการขั้นรุนแรงต่อไปนี้ ในเอกสารทางวิชาการ บางเล่มจะจัดเอาไว้ในภาวะแทรกซ้อน แต่ผู้นิพนธ์และนักวิชาการไทยที่ได้ปรึกษากันดูแล้ว น่าจะจัดเข้าข่ายของ *spectrum of disease* ซึ่งผู้นิพนธ์มีความเห็นโน้มไปในทางเดียวกับกลุ่มนี้ ส่วนท่านผู้ใดจะเข้าใจว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนเราก็ไม่ไปโต้แย้งท่าน

◆ อาการทางระบบประสาทอาการต่อไปนี้แสดงว่ามีอาการทางระบบประสาท เชื้อหุ้มสมอง/สมองอักเสบ



มีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน กลัวแสงสว่าง (ตาหรี ตาหยีเวลามีแสงสว่างจ้า) คอแข็ง (กั้มศีรษะ กั้มคอ ขยับคอลำบาก) สับสน การรับความรู้สึกผิดปกติไป พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ซึม อาจมีอาการชักกระตุก กล้ามเนื้อแขนขา อ่อนแรง ไม่มีแรง

◆ **กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ** อาการดังต่อไปนี้แสดงว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

ไข้ หายใจหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ซีดในตอนต้น หรือตัวเขียวในตอนหลัง มีซัยอาโนสิส (ขาด้ออกซิเจน) หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือ arhythmia ปลายมือปลายเท้าเย็น ตรวจพบหัวใจโต/ดับโต ระดับเอ็นซัยม์ที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ (คาร์ดิโอไลปิน)

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration)

ภาวะขาดสารน้ำ เป็นภาวะที่พบมากที่สุด จากการปฏิเสธไม่ดื่มน้ำและนม ปฏิเสธอาหาร จากการเจ็บแผลในปาก และเบื่ออาหาร

ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ระบบประสาท เยื่อหุ้มสมอง สมองอักเสบ

ในรายที่มีสมองอักเสบ บริเวณก้านสมองจะเป็น บริเวณที่มีการอักเสบมาก จึงมีผลกระทบทำให้มี ANS dysregulation

ANS dysregulation

ระบบประสาทอัตโนมัติ หรือ autonomic nervous system ซึ่งนิยมเรียกกันสั้นๆว่า ANS เป็นระบบที่ควบคุมร่างกายของเรา ให้ปรับการทำงานของอวัยวะให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างได้ โดยรวดเร็ว เช่น บางคนนั่งอยู่แล้วลุกขึ้นยืนโดยเร็ว เลือดจะต้องสูบฉีดไปเลี้ยงสมองให้ทันโดยอัตโนมัติ จึงจะไม่มีอาการหน้ามืด ระบบประสาทจะสั่งการเองโดยอัตโนมัติ (ANS regulation) ให้หัวใจทำงานมากขึ้นทันที เป็นต้น หากระบบประสาทอัตโนมัติไม่สั่งการตามปกติ ผิดปกติ เรียกกันว่า ANS dysregulation ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะหลายอย่างทั้งระบบประสาทอัตโนมัตินี้คือควบคุมสั่งการอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนผลจากระบบไหลเวียนโลหิต เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

ภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจ ปอดบวม น้ำ ตกเลือดในปอด

ภาวะแทรกซ้อนที่กำลังอยู่ในระหว่างการเฝ้าระวังศึกษาค้นคว้าวิจัย ได้แก่ในกรณีที่มีครรภ์มีครรภ์ติดเชื้อ (เป็นโรคหรือไม่เป็นโรครก็ตาม) มีอุบัติการณ์ทำให้แท้งบุตร ก่อความพิการแต่กำเนิด หรือการติดเชื้อของทารกในครรภ์ยังเป็นประเด็นที่เปิดไว้ให้มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไปเพิ่มขึ้น



การวินิจฉัยโรค

ให้อาศัยหลักการดังต่อไปนี้

๑. ประวัติที่มีภูมิลาเนาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการระบาดของโรคในท้องถิ่น หรือการเดินทางเข้าไปในถิ่นการระบาดของประวัติสัมผัสกับผู้เป็นโรคหรือผู้ที่มีภาวะกำลังติดเชื้อ หรือในครอบครัว ในโรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็กมีผู้ป่วยให้ซักประวัติให้ละเอียด

๒. อาการและอาการแสดง

๓. การตรวจทางห้องเวชศาสตร์ชั้นสูตรคลินิก

๔. การชั้นสูตรทางไวรัสวิทยาและการวิเคราะห์ทางอณูชีววิทยาเพื่อประโยชน์ในการสอบสวนการระบาดและมาตรการควบคุมโรค

เพาะแยกเชื้อ

เพาะแยกเชื้อจากตัวอย่างตรวจได้แก่ น้ำล้างคอ สิ่งคัดหลั่งคูดจากเนโซฟาริงก์ (nasopharyngeal aspirates) ไม้พันสำลีป้ายคอ อูจจาละ น้ำไขสันหลังและน้ำจากตุ่มพอง

สำลีป้ายคอหรือน้ำล้างคอจะให้ผลในการแยกเชื้อสูง ถ้ามีตุ่มพอง น้ำจากตุ่มพองก็เหมาะในการแยกเชื้อ

◆ ไม้พันสำลีป้ายคอและที่ป้ายเอาน้ำจากตุ่มผิวหนังเป็นตัวอย่างตรวจที่เหมาะสมในการส่งตรวจ เมื่อเก็บตัวอย่างตรวจได้แล้ว ให้เก็บรักษาไว้ในน้ำยา VTM (virus transport medium)



◆ น้ำล้างจากคอ น้ำกลั้วคอ (gargle) หรือ สั้กคั้ดหลัง จากเน โซฟาริงก์ (nasopharyngeal wash) เป็นตัวอย่างตรวจที่เก็บ ยากกว่า แต่ก็เป็้นตัวอย่างที่ส่งตรวจได้ อูจจาละหรือสำลึ ปายทวารหนักก็ใช้ได้แต่ในระยยะแรกๆ จะสั้แยกเชื้จากคอไม่ได้

◆ น้ำไขสันหลัง ในกรณีที่มีการเจาะตรวจน้ำ ไขสันหลัง ก็ให้ส่งตรวจเพาะเชื้ด้วย (ถ้ากรณีที่ไม่ได้เจาะตรวจ ก็ไม่จำเป็น)

◆ อูจจาละ เชื้ไวรัสจะถูกขับออกทางอูจจาละ อยู่เนาน เป็นเวลาหลายสัปดาห์ก็นำไปตรวจเพาะแยกเชื้ไวรัสได้แต่ควร พิจารณาถึงเรื่อง ไวรัสอื่น ๆ ที่พบในอูจจาละให้ถึ้ถึ้นว่าเป็นไวรัส ก่อเหตุจริง ๆ หรือเป็นเพียงไวรัสที่ตรวจพบร่วมกันเท่านั้น

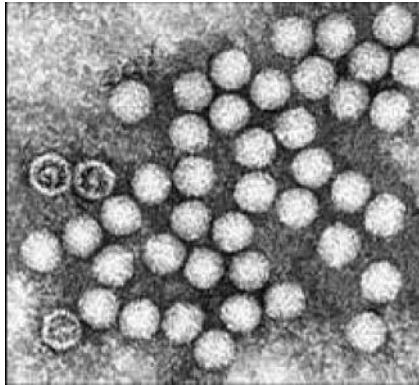
ถ้าจะให้เหมาะสมควรเก็บตัวอย่างตรวจทั้งอูจจาละและ จากคอด้วยกัน หรือจากคอและจากคั้มด้วยกัน เพาะเชื้โดยวิธี มาตรฐานหรือวิธีพีซีอาร์ การแยกเชื้จะทำให้พยากรณ์ความ รุนแรงของโรคได้ถึ้ถึ้น (เอ็นเทอโร๗๑-รุนแรง; คีอกแซ็คคี-อ่อน) และตรวจทดสอบปฏิกิริยาทางน้ำเหลือง โดยเจาะเลือดสองครั้ง ระยยะปัจจุบันและระยยะฟื้นฟูโรค เพื่อตรวจหาความแตกต่างของ ระดับแอนติบอดี

วิธีการทดสอบ

วิธีการทดสอบมาตรฐานได้แก่ การเพาะแยกเชื้บน เซลล์เพาะ ซึ่งมีเซลล์เพาะที่เหมาะสมอยู่หลายชนิดได้แก่ MRC5, HEL, HeLa, L20B



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก



เชื้อไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑

ลูกหนูขาวแรกเกิดอายุไม่เกิน ๔๘ ชั่วโมง อาจเหมาะ สำหรับการแยกเชื้อไวรัสเอ็นเทอโรบางชนิดโดยเฉพาะ แต่การใช้ลูกหนูมักจะกินเวลานานในการแยกเชื้อ และยุ่งยากในการแยกชนิดไวรัสด้วย

เมื่อเพาะแยกเชื้อได้แล้วจะพิสูจน์เชื้อต่อไปโดยวิธีการทดสอบคือ Neutralization test, Reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) และวิธี Sequencing, EV71-specific RT-PCR และ Indirect immunofluorescent assay (IFA)

การชันสูตรโดยวิธีการที่รวดเร็วจากตัวอย่างตรวจ

ได้แก่วิธีการ Nested RT-PCR, Real-time PCR, Reverse transcription loop-mediated isothermal amplification (RT-LAMP), Immuno-chromatography for viral antigen detection kit



การวิเคราะห์ทางวิทยาการระบาดเชิงอณูวิทยาหรือการหาจีโนกรุป
โดยการทำให้ VP1 sequencing

การทดสอบปฏิกิริยาน้ำเหลือง

ให้เจาะเลือดผู้ป่วย ๒ ครั้ง ครั้งแรกในระยะเฉียบพลันของโรค และครั้งที่ ๒ ในระยะฟื้นโรค โดยห่างกันประมาณ ๒ สัปดาห์แล้วนำไปทดสอบพร้อมกัน

วิธี Neutralization test ไม่เหมาะในการใช้ตรวจเป็นงานประจำ เพราะยุ่งยากในการแปลผล แต่ก็จะเป็นประโยชน์ในการสำรวจหาภาวะภูมิคุ้มกันของชุมชนต่อไวรัสเอนเทอโร และประเมินภาวะแอนติบอดีข้ามพวกของจีโนกรุปต่างๆ กัน

การตรวจหาอิมมูโนโกลบูลิน เอ็ม – IgM ต่อไวรัสเอนเทอโร ๑๑ อาจช่วยในการชันสูตรได้เหมือนกัน

๕. การตรวจพิเศษอื่น ๆ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ทำเอ็ค โคคาร์ดิโอแกรม ถ่ายภาพคลื่นแม่เหล็กเอ็มอาร์ไอ

การวินิจฉัยแยกโรค

เนื่องจากมีหลายโรค ที่มีผื่นที่ผิวหนัง และบางโรคมีแผลในปากด้วย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องวินิจฉัยแยกโรคต่อไปนี้ ออกจากกันให้ได้โดยอาศัยแนวทางดังต่อไปนี้

Herpetic gingivostomatitis หรือ โรคแผลริมในปาก



ระดับชั้นประถมศึกษา > โรคมือ เท้า ปาก

Aphthous stomatitis หรือ โรคแผลปากเปื่อย

Scabies infestation หรือ โรคหิด

Chickenpox (varicella) หรือ โรคสุกใส

Measles หรือ โรคหัด

Herpetic gingivostomatitis หรือ โรคแผลริมในปาก ผู้ป่วยจะมีไข้ และมีอาการที่ไม่สบายมาก เหงือกมักจะอักเสบ บวม แดง และมีเลือดออกด้วย และมีเม็ดต่อมน้ำเหลืองที่คอโต อาจตรวจพบกลุ่มพองของโรคริมบริเวณรอบปากด้วยแต่ไม่พบ กลุ่มที่มือและเท้า

Aphthous stomatitis โรคปากเป็นแผลเปื่อย จะมีแผล เปื่อยขนาดใหญ่กว่าปรากฏที่ริมฝีปาก ลิ้น และเยื่อช่องปาก มีอาการเจ็บปวดมาก มักพบบ่อยกว่าในเด็กโต และผู้ใหญ่ อาจ เกิดเป็นซ้ำได้อีกหลายครั้ง และมักไม่มีอาการอื่นๆ ทั่วไปทางกาย

Scabies infestation หรือ โรคหิด ซึ่งอาจจะทำให้สับสน กับโรคมือ เท้า ปากได้ ซึ่งมักจะพบตุ่มหนอง ตุ่มพอง หรือเป็น ปุ่ม ที่มือ และเท้าได้ อาการและอาการแสดงที่จะช่วยในการ วินิจฉัย ได้แก่ อาการคันมาก และมีตุ่ม มีผื่นที่งามมือ งามเท้าได้

Chickenpox (varicella) หรือ โรคสุกใส ซึ่งจะมีผื่น ผิวน้ำ มีลักษณะ ผื่นนูนแดงบริเวณกว้างทั่วไปรวมทั้งที่หนัง ศีรษะก็พบได้ แต่กลับไม่พบที่ฝ่ามือฝ่าเท้า การกระจายของผื่น



จะแสดงว่ามีแอนติบอดีอยู่ในส่วนกลางของร่างกาย นอกจากนั้น จะตรวจพบว่า เม็ดต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลังหูและท้ายทอย จะโตด้วย รอยโรคของสูกไสที่หาย จะมีการตกสะเก็ด แต่ใน รายของโรค HFMD ผื่นจะยุบ น้ำในตุ่มพองก็จะค่อย ๆ แห้งยุบ หายไปเอง

Measles หรือโรคหัด ผื่นจะขึ้นตามตัวทั่วไป ผู้ป่วย จะมีอาการที่จำเพาะ ได้แก่ ไอ น้ำมูกไหล ตาแดง และตรวจ ภายในช่องปากมักจะพบ “จุด คอพปลิค” ด้วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูตรคลินิก

การตรวจนับเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว ตรวจนับ ปริมาณเกร็ดเลือด ตรวจนับเซลล์ในน้ำไขสันหลัง ตรวจวัด ระดับน้ำตาลในเลือด กระทำเป็นระยะๆ เป็นการตรวจที่จำเป็น ในการช่วยการวินิจฉัยและติดตามผลการดำเนินโรค

การรักษาโรค

การรักษา ยังไม่มีการรักษาโดยเฉพาะ ยังไม่มีปฏิชีวนะ หรือยาต้านไวรัสรักษาโดยเฉพาะ เป็นการรักษาตามอาการ เช่น ให้อาบน้ำอุ่นๆ รับประทานยาแก้ปวด ห้ามให้แอสไพริน การใช้สเตียรอยด์ อาจมีผลเสียทำให้มีอาการเลวลงได้ (ยังมีความ เห็นโต้แย้งกันในประเด็นนี้อยู่บ้าง)



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

การใช้ภูมิโน โกลบูลินฉีดเข้าหลอดเลือด (IVIG) ใน รายที่เริ่มป่วย มีรายงานว่า อาจให้ผลดีในการรักษาในการกู้ชีพ แต่ยังคงประเมินผลเพิ่มเติมอยู่ จึงยังไม่ถือว่าเป็นวิธีมาตรฐาน ที่แนะนำ และ

การรักษาประคับประคอง เป็นเรื่องที่สำคัญ คือให้ สารน้ำให้พอเพียงหรือแก้ปัญหาการขาดสารน้ำ ในรายที่เจ็บปวด แผลในปาก อาจใช้วาสลินป้ายแผล ให้ยาชาทาแผล (ไซโลเคน หรือโลโดเคน) ให้รับประทานของเย็น ๆ เช่น นมเย็น ไอศกรีม ไม่ให้รับประทานของร้อน และพวกน้ำผลไม้ซึ่งเป็นกรด เช่น น้ำส้ม น้ำผลไม้คั้น จะทำให้เจ็บแผลมากขึ้น ให้อมน้ำธรรมดา กลั้วคอหรือน้ำเกลืออมกลั้วคอ ทำให้ช่องปากสะอาด เป็นต้น

ตามปกติ อาการของผู้ป่วยจะทุเลาในเวลา ๓-๕ วัน

การพยากรณ์โรค

ตามปกตินับว่าการพยากรณ์ของโรคดี เพราะส่วนมาก จะหายฟื้นโรคได้ภายในหนึ่งสัปดาห์ และหายขาด ไม่มีภาวะใด หลงเหลืออยู่ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิเคราะห์หลังการระบาดใหญ่ในไต้หวันและสิงคโปร์

จากการวิเคราะห์รายงานที่มีการระบาดในไต้หวันเมื่อ ปีพ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่า



ในรายที่ติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑

ร้อยละ ๖๘ ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จะไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประมาณร้อยละ ๓๒ ที่มีภาวะแทรกซ้อนนั้น

ร้อยละ ๗.๓ เป็นเชื้อหุ้มสมองอักเสบ

ร้อยละ ๑๐ มีสมองอักเสบ

ร้อยละ ๒.๓ มีอาการอัมพาตคล้ายโรคโปลิโอ

ร้อยละ ๔.๕ มีภาวะอักเสบของสมอง-ไขสันหลัง

ร้อยละ ๖.๘ มีปอดบวมน้ำและเสียชีวิต รายที่รอด

จะมีปัญหาาระบบหายใจตกค้างอยู่ต่อไปอีก

ในรายที่ติดเชื้อไวรัสค็อกแซคคิ เอ ๑๖

ร้อยละ ๙๔ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเลย

ร้อยละ ๖.๓ มีเชื้อหุ้มสมองอักเสบหรือเสียชีวิต

ในการระบาดที่ประเทศสิงคโปร์เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๔๓ แพทย์วิเคราะห์รายงานพบว่า

ถ้าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง และตรวจไม่พบแผลในปาก รายนั้มน่าจะเป็นการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ถือเป็นปัจจัยช่วยพยากรณ์ว่า รายนั้มน่าจะมีอาการหนักอาจเสียชีวิต ถือว่าเป็นสัญญาณอันตรายก็ได้



คำแนะนำให้แก่ผู้ปกครอง

๑. ผู้ป่วยรายทั่วไปรักษาไปกลับได้ไม่จำเป็นต้องรับรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกราย

๒. ผู้ป่วยที่หายแล้วมักจะหายขาด ในบางรายอาจมีอาการกลับมามีอาการใหม่ได้อีกภายหลัง ๕-๗ วัน แต่ก็ไม่มีอาการรุนแรง เด็กที่มีอาการทางสมองอาจมีภาวะทางสมองหลงเหลืออยู่ ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลต่อไป

๓. เมื่อหายแล้ว เด็กยังสามารถขบถ่ายเชื้อออกทางอุจจาระได้หลายวัน บางรายได้นานเป็น ๒-๓ สัปดาห์ก็มี ดังนั้นควรให้เด็กหยุดเรียนไปก่อนเป็นเวลา ๗-๑๐ วัน รักษาสุขอนามัยล้างมือฟอกสบู่ ของเล่นของใช้ให้ทำความสะอาดให้ถูกต้อง ควรกีดกันเด็กเล็กไม่ให้มาเล่นคลุกคลีเพื่อป้องกันการติดโรค



สาเหตุของโรคมือ เท้า ปาก เปื่อย

สาเหตุของโรคมือ เท้า ปาก เปื่อย เป็นไวรัส คือ ฮิวแมน เอ็นเทอโรไวรัส สปีชีส์ เอ (human enterovirus species A – HEV-A) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง coxsackievirus A16 (CA16) และ enterovirus 71 (EV71) ไวรัสทั้งสองนี้เป็นสมาชิกของจีโนม Enterovirus ภายใต้แฟมิลีหรือวงศ์ Family Picornaviridae ไวรัส HEV-A ชนิดอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับโรคมือ เท้า ปากเปื่อย และ “โรคปากเจ็บเป็นแผลเปื่อย” หรือ ชาวบ้านเรียกว่า “แผลร้อนในในปาก” ตรงกับคำที่สำนักกระบาดวิทยาเรียกว่า “โรคแผลในคอหอย” (herpangina) ได้ คือ coxsackie A6 และ coxsackie A 10 ไวรัสเหล่านี้อาจทำให้เกิดโรคไม่รุนแรงในเด็ก มีเฉพาะ enterovirus 71 เป็นไวรัสที่สัมพันธ์กับโรคของระบบประสาท/สมองที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต ทำให้มีการระบาดมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก อย่างกว้างขวาง ในภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิกในทศวรรษที่ผ่านมา

ก่อนที่จะนำเข้าสู่เรื่องไวรัสก่อโรคที่กล่าวถึงมาแล้วนั้น ขอให้ทำความเข้าใจในเรื่องไวรัสวิทยาในเรื่องนี้พอสังเขปดังนี้

วงศ์หรือ Family *Picornaviridae* เป็นไวรัสที่ถูกจัดไว้เป็นสมาชิกของลำดับ (Order) ของการจำแนกไวรัสคือ Order *Picornavirales* ในวงศ์ Family *Picornaviridae* มีการจำแนกย่อยต่อไปอีกเป็นสกุล (จีโนม) มีอยู่ ๑๒ สกุล ดังนี้



ระบบพันธุโลก ๓๙ > โรคมือ เท้า ปาก

Order *Picornavirales*

Family *Picornaviridae*

12 genera:

- *Aphthovirus*,
- *Avihepatovirus*,
- *Cardiovirus*,
- *Enterovirus*,
- *Erbovirus*,
- *Hepatovirus*,
- *Kobuvirus*,
- *Parechovirus*,
- *Sapelovirus*,
- *Senecavirus*,
- *Teschovirus* และ
- *Tremovirus*

(จาก Knowles *et al.*, 2012)

Knowles, N.J., Hovi, T., Hyypiö, T., King, A.M.Q., Lindberg, A.M., Pallansch, M.A., Palmenberg, A.C., Simmonds, P., Skern, T., Stanway, G., Yamashita, T. and Zell, R. (2012). *Picornaviridae*. In: Virus Taxonomy: Classification and Nomenclature of Viruses: Ninth Report of the International Committee on Taxonomy of Viruses. Ed: King, A.M.Q., Adams, M.J., Carstens, E.B. and Lefkowitz, E.J. San Diego: Elsevier, pp 855-880.



ใน ๑๒ สกุล หรือ ๑๒ จีนัสนี้ ที่ก่อโรคในมนุษย์มีอยู่เพียง ๔ สกุลเท่านั้น คือ

- Enteroviruses
- Rhinoviruses
- Hepatovirus
- Parechoviruses

ต่อไปนี้จะกล่าวสั้นๆ ถึงเฉพาะไวรัสสกุลเอ็นเทอโรเท่านั้น

- **Enteroviruses**

ไวรัสเอ็นเทอโรโรเป็นไวรัสอาร์เอ็นเอ ที่มีความทนทานต่อสิ่งแวดล้อมสูงมาก มีขนาดเล็กมากขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๓๐ นาโนเมตร มีไวรัสเป็นสมาชิกอยู่หลายชนิดดังนี้

- Poliovirus 1-3
- Coxsackie A1-24
- Coxsackie B1-5
- ECHOvirus 1-7, 9, 11-21, 24-27, 29-33
- Enterovirus 68-71
- Viluisk human encephalomyelitis virus

ในจีนัสเอ็นเทอโรไวรัสนั้นมีสมาชิกที่สำคัญคือไวรัสโพลิโอ ซึ่งมีอยู่ ๓ ทัยป์, ไวรัสค็อกแซ็คคิโอ ทัยป์ ๑-๒๔, ค็อกแซ็คคิ บี ทัยป์ ๑-๖, ไวรัสเอ็คโค ทัยป์ ๑-๓๔ และเอ็นเทอโรไวรัสที่แยกได้ใหม่ๆ ในระยะหลังจากนั้นถูกขนานนามตามลำดับ



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

หมายเลขคือ Enterovirus 68, 69, 70, 71 และ 72 (ซึ่งปัจจุบัน E72 นี้ได้รับการจัดให้เป็นสกุลใหม่คือ heparnavirus)

Enterovirus 68 แยกได้จากเด็กที่ป่วยเป็นโรคปอดบวม และหลอดลมฝอยอักเสบ

Enterovirus 69 แยกได้จากสัตว์

Enterovirus 70 แยกได้จากผู้ป่วยตาแดงชนิดเลือดออกในเยื่อตา ซึ่งระบาดไปทั่วโลก (acute hemorrhagic conjunctivitis) แยกได้เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ไวรัสเอ็นเทอโรที่แยกได้จากมนุษย์นิยมเรียกชื่อว่า Human Enterovirus หรือเรียกสั้น ๆ ว่า HEV

ประวัติการพบเชื้อไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ (HEV71)

ประวัติการพบเชื้อไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ (HEV71) นี้เพิ่งเพาะเชื้อได้จากผู้ป่วยเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมอง และสมองอักเสบ เป็นรายงานจากรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นก็ไม่มียารายงานจากรัฐอื่นนอกจากรัฐ แคลิฟอร์เนียเลย จนกระทั่งอีก ๓ ปีให้หลังจึงมีรายงานการพบเชื้อนี้จากผู้ป่วยในนครนิวยอร์ก อเมริกาและนครเมลเบิร์น ออสเตรเลีย จากผู้ป่วยที่รายงานในนครนิวยอร์ก และนครเมลเบิร์น ต่างก็มีต้นที่ผิวหนังคล้าย ๆ กัน อันเป็นลักษณะที่เด่นชัดของโรค ต่อมาก็พบโรคนี้จากภูมิภาคอื่น โดยเกิดขึ้นเป็นหย่อม ๆ และป่วยกันเป็นหมู่เป็นกลุ่ม เช่น



รายงานจากญี่ปุ่น ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นจำนวน มากและรายงานจาก ประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันออก รายงานการระบาด ที่รุนแรง กว้างขวางจากประเทศบัลแกเรีย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ซึ่งรายงานว่า มีผู้ป่วยเป็นอัมพาตคล้ายโปลิโอ ซึ่งถึงแก่กรรมเป็นจำนวนมาก มีไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ นี้เป็นต้นเหตุของโรค การแพร่กระจาย ของโรคมักจะเป็นไปในการทำนองเดียวกันกับโรคโปลิโอหรือไวรัส เอ็นเทอโรชนิดอื่น คือ โดยการกิน (fecal-oral) อาหาร/น้ำที่มีเชื้อปนเปื้อน ผู้ที่ติดเชื้อและมีอาการของโรค มักจะเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี ยิ่งอายุน้อยยิ่งมีอุบัติการณ์สมองอักเสบและมีอาการ อัมพาตของกล้ามเนื้อสูงมากเช่น การระบาดที่มีรายงานระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๒-๒๕๑๓

มีโปรตีนที่ประกอบโครงสร้าง (structural protein) อยู่ ๔ ชนิด เรียกชื่อว่า VP1, VP2, VP3 และ VP4. สำหรับ VP1 ถือว่าเป็นโปรตีนหลักเป็นโปรตีนส่วนใหญ่ของเปลือกหุ้ม (capsid protein) ที่ปรากฏอยู่บนพื้นผิวของอนุภาคไวรัส การจำแนกชนิดของไวรัส HEV ออกไปเป็นเซโรทัยป์ (serotyping) ซึ่งทำได้โดยการทดสอบนิวทรัลไลเซชัน (neutralization) กับแอนติซีรัมจำเพาะรวมกันที่เรียกว่า specific antiserum pool ที่มุ่งทำปฏิกิริยาต่อโปรตีน VP1 เนื่องจากแอนติซีรัมที่จะนำไปจำแนกชนิดโดยวิธีดังกล่าวมีอยู่จำกัด ทำให้หาได้ยากการทดสอบจำแนกชนิดในปัจจุบันจึงมุ่งไปในทิศทางของการใช้เทคโนโลยีทางอณูวิทยาศาสตร์ที่คุ้มระหัส VP1 เป็นสาร



พันธุกรรมที่เป็นเป้าหลักในการที่จะทำการจำแนกชนิดโดยวิธีอณูวิทยาที่ได้กล่าวถึงนั้น

เอ็นเทอโรไวรัส เป็นไวรัส อาร์เอ็นเอ จึงเป็นไวรัสที่มีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปได้รวดเร็วมาก จึงทำให้มีการนำเอาคำว่า “ จีโนกรุ๊ป (genogroup) ในบางแห่งเรียกว่าจีโนทัยป์ (genotype) และจำแนกย่อยต่อไปอีกเป็นสับจีโนกรุ๊ป (subgenogroup) หรือในบางแห่งเรียกว่า สับจีโนทัยป์ (subgenotype)” มาใช้เพื่อระบุถึงวิวัฒนาการดังกล่าวและสามารถนำไปประยุกต์ในทางวิทยาการระบาดที่โรคเกิดเป็นกลุ่มหรือคลัสเตอร์ได้อย่างเหมาะสมเหมาะสม อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า **ยังไม่มีหลักฐานใดๆ ที่ยืนยันว่า ทั้งจีโนกรุ๊ป (genogroup) และสับจีโนกรุ๊ป (subgenogroup) มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคที่ไวรัส EV71 ไปก่อการระบาด ดังนั้น จีโนกรุ๊ปหรือสับจีโนกรุ๊ปหนึ่งหรือกรุ๊ปใด จึงไม่ใช่ลักษณะที่จะระบุถึงความร้ายแรงของไวรัส EV71 โดยเฉพาะเลย**

ดังนั้นการกล่าวถึงเรื่องจีโนกรุ๊ป หรือสับจีโนกรุ๊ปเข้าไปโยงเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคหรือการเสียชีวิตจากโรค นับว่าไม่มีความจำเป็น กลับจะก่อให้เกิดความสับสนโดยใช่เหตุ

กาจำแนกไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ออกไปเป็นจีโนกรุ๊ปนั้นทำให้สามารถแยกจากกันได้ ๓ กลุ่ม คือ A, B และ C แต่ละกลุ่มหรือ จีโนกรุ๊ป (genogroup) จะจำแนกย่อยต่อไปอีก เป็นสับจีโนกรุ๊ป (subgenogroup) ต่อไปอีกคือ



genogroup A ยังไม่มีการจำแนกย่อย เนื่องจากมีอยู่สายพันธุ์ต้นแบบเพียงสายพันธุ์เดียวเท่านั้น ที่เพาะแยกได้ในรัฐแคลิฟอร์เนียตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๒ มีชื่อสายพันธุ์ต้นแบบนั้นว่า BrCr และพบเพียงครั้งนั้นครั้งเดียวเท่านั้น (ด้วยเหตุนี้จึงยัง ไม่มีความจำเป็นอันใดที่จะมีการจำแนกย่อยลงอีกต่อไป)

genogroup B มีการจำแนกย่อยต่อไปอีกเป็น subgenogroup B1-B5

genogroup C มีการจำแนกย่อยต่อไปอีกเป็น subgenogroup C1-C5

การจำแนกจีโนมกรู๊ปและ สับจีโนมกรู๊ป

อุบัติการณ์ปรากฏของไวรัสเอ็นเทอโรชนิดต่างๆ (จีโนมกรู๊ปและสับจีโนมกรู๊ปในภูมิภาคต่างๆ

ซีโรทัยป์และจีโนมกรู๊ป

ก่อนอื่น ขอทำความเข้าใจให้ง่ายๆ เสียก่อนว่า การจำแนกชนิดย่อยลง ไปอีกนั้น

◆ หากอาศัยวิธีการทดสอบด้วยปฏิกิริยาน้ำเหลือง หรือ ซีโรโลยี ผลการจำแนกจะเรียกเป็น “ซีโรทัยป์-serotype”

◆ หากอาศัยวิธีการทดสอบเชิงพันธุกรรมด้วยปฏิกิริยาทางอณูวิทยา หรือ *molecular analysis* ผลการจำแนกย่อยและย่อยต่อไปอีก จะเรียกเป็น “จีโนมกรู๊ปและ สับจีโนมกรู๊ป-genogroup & subgenogroup”



ระบาดบนลือโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๒ ถึง ๒๕๑๕ ที่สามารถเพาะแยกเชื้อไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ได้เป็นครั้งแรกในรัฐแคลิฟอร์เนีย โดย Schmidt และคณะ ซึ่งได้รายงานไว้เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๗ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว มีผู้ป่วย ๒๐ ราย ที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบประสาทกลาง และเสียชีวิตหนึ่งราย เชื้อที่เพาะแยกได้ตั้งชื่อว่าไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ชื่อสายพันธุ์ BrCr หลังจากนั้นอีกหลายปีจึงพบว่าไปก่อการระบาดของที่นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา และอีกหลายๆ ประเทศ

ภายหลังที่มีการศึกษาทางอนุวิทยา จึงทำให้จำแนกไวรัสออกต่อไปเป็น จีโนกรุ๊ป (genogroup) และสับจีโนกรุ๊ป (subgenogroup) และจึงมีการศึกษาติดตามวิวัฒนาการของไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ทำให้ทราบข้อมูลต่างๆทางวิทยาการระบาด ดังนี้

จีโนกรุ๊ป B ปัจจุบันจำแนกย่อยต่อไปได้อีก ๕ สับจีโนกรุ๊ป คือ

◆ **สับจีโนกรุ๊ป B1** พบว่ามีอาการก่อโรคอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป ญี่ปุ่น และออสเตรเลีย มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๑๓ แล้ว

◆ **สับจีโนกรุ๊ป B2** ส่วนใหญ่พบว่ามีอาการก่อโรคอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓



◆ **สับจีโนกรุ๊ป B3** ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีการระบาดของโรคในภาคพื้นเอเชีย แปซิฟิก คือ ซาราวัค มาเลเซีย ก็แยกได้เชื้อในกลุ่มจีโนกรุ๊ป B และไวรัสที่แยกได้ระหว่าง ๒๕๑๓ และ ๒๕๒๓ นั้น เป็นจีโนกรุ๊ป แต่ก็มีลักษณะที่แตกต่างออกไปจากที่เคยพบมา ดังนั้นจึงได้รับการจำแนกใหม่ให้เป็นสับจีโนกรุ๊ป B3 ไวรัสชนิดเดียวกันนี้ ก็ยังพบในการระบาดของโรคที่คาบสมุทรมาเลย์และประเทศสิงคโปร์ พ.ศ. ๒๕๔๒ ก็ยังมีไวรัสเอ็นเทอโร สับจีโนกรุ๊ป B3 ก็ยังระบาดอยู่ในไต้หวัน

◆ **สับจีโนกรุ๊ป B4 และ สับจีโนกรุ๊ป B5** ได้เริ่มพบที่ไต้หวัน และก็พบสับจีโนกรุ๊ป C2 นี้แพร่ระบาดอยู่ทั่วภูมิภาคด้วย จนปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ก็ยังแพร่อยู่ในประเทศญี่ปุ่น มาเลเซีย และสิงคโปร์

◆ **สับจีโนกรุ๊ป B5** ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ สับจีโนกรุ๊ป B4 ถูกแทนที่ด้วยไวรัสสับจีโนกรุ๊ป B5 จนกลายเป็นไวรัสสำคัญที่ปรากฏอยู่ในภูมิภาคนั้น ได้แก่ ญี่ปุ่น สิงคโปร์และไต้หวัน

◆ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ ผู้ป่วยรายแรกที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานีเมื่อวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ไวรัสที่แยกได้จากคือ **ไวรัสสับจีโนกรุ๊ป B5** และผู้ป่วยรายที่สองเป็นเด็กชายเขมร เสียชีวิตที่อำเภอแกลงจังหวัดระยองเมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ สายพันธุ์ C4



สับจีโนกรุ๊ป C ปัจจุบันจำแนกย่อยต่อไปได้อีก ๕ สับจีโนกรุ๊ปคือ

◆ **สับจีโนกรุ๊ป C1** ตัวอย่างตรวจจากผู้ป่วยในสหรัฐระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๓ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๓ นั้น แยกได้ไวรัสสับจีโนกรุ๊ป C1 และ สับจีโนกรุ๊ปนี้ยังคงเป็นไวรัสที่พบได้อย่างต่อเนื่องทั่วโลกในหลายประเทศจนถึงปัจจุบัน ซึ่งรวมถึงประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น มาเลเซีย นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ ไทย และสหราชอาณาจักร แม้ว่าในทศวรรษที่ผ่านมาจะพบว่ามีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังไม่พบว่าก่อให้เกิดการระบาดใหญ่ในประเทศเหล่านั้นแต่อย่างใด ในประเทศจีนยังจำแนกย่อยต่อไปอีกเป็น C1a กับ C1b

◆ **สับจีโนกรุ๊ป C2** ในการระบาดในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการระบาดที่ได้หวั่นในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ นั้น แยกได้ไวรัสเอ็นเทอโรที่มีลักษณะแตกต่างไปอีก จึงได้รับการขนานนามว่าเป็นไวรัสในสับจีโนกรุ๊ป C2 ไวรัสสับจีโนกรุ๊ปนี้พบว่ามีการระบาดต่อมาในประเทศญี่ปุ่น และ พ.ศ. ๒๕๔๒ แพร่ระบาดที่นครเพิร์ธ ออสเตรเลีย ขณะในเวลาใกล้เคียงกันนั้นคือ พ.ศ. ๒๕๔๒ ก็ยังมีไวรัสเอ็นเทอโร สับจีโนกรุ๊ป B3 ก็ยังระบาดปะปนอยู่ในไต้หวัน

◆ **สับจีโนกรุ๊ป C2** ซึ่งเข้ามาแทนที่ไวรัส สับจีโนกรุ๊ป B4 ในไต้หวัน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ แล้ว ไวรัสนี้ก็แพร่กระจายต่อไปในประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์ และประเทศไทยในระยะเวลา ๒-๓ ปีที่ผ่านมา



◆ สับจีโนกรุ๊ป C3 พ.ศ. ๒๕๔๓ พบว่ามีผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นกลุ่มก้อนในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี ไวรัสที่ก่อโรคคือ ไวรัส สับจีโนกรุ๊ป C3

◆ สับจีโนกรุ๊ป C4 พ.ศ. ๒๕๔๘ เมื่อประเทศเวียดนามเริ่มทำการวิจัยค้นคว้าด้านอนุวิทยาของไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ จึงพบว่า ไวรัสที่แพร่ระบาดส่วนใหญ่ในเวียดนามคือ สับจีโนกรุ๊ป C1 และ C4 และส่วนหนึ่งก็จะเป็นสับจีโนกรุ๊ป C5 แทรกปะปนอยู่ ซึ่งก็เป็นไวรัสที่ปรากฏขึ้นใหม่ที่ไต้หวันเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เหมือนกัน

ระหว่างการแพร่ระบาดในประเทศจีนช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ถึง ๒๕๕๒ ไวรัสส่วนใหญ่ที่แพร่กระจายคือไวรัส สับจีโนกรุ๊ป C4 นี้ พบในประเทศจีนและญี่ปุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๓ จนถึงต้นปี ๒๕๔๓ และเป็นไวรัสที่แพร่กระจายอยู่ในไต้หวันในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘

อันที่จริงแล้วจากการวิเคราะห์ทางอนุวิทยาของสารพันธุกรรม VP1 ของไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ ซึ่งเป็นสารพันธุกรรมของไวรัสหลายสายพันธุ์ที่พบในประเทศจีนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๓๐ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้เก็บรวบรวมไว้มีจำนวนมากถึง ๓๒๖ สารพันธุกรรม ผลปรากฏว่า การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ที่ระบาดใหม่ ๆ เมื่อไม่นานมานี้ เป็นการอุบัติขึ้นมาจากไวรัส สับจีโนกรุ๊ป C4



ไวรัส สับจิโนกรุ๊ป C4 นี้พบบนพื้นแผ่นดินใหญ่จีน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ แล้ว การระบาดในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นไวรัสที่เป็นบรรพบุรุษของไวรัสสับจิโนกรุ๊ป C4 ที่เรียกชื่อว่า เกลด C4a และไวรัสสับจิโนกรุ๊ปนี้ได้วนเวียนแพร่อยู่ในพื้นแผ่นดินใหญ่จีนตลอดเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ แล้ว ไวรัสสับจิโนกรุ๊ป C4 ที่มีการระบาดในประเทศจีนนั้น เป็นผลของวิวัฒนาการของไวรัสประจำถิ่นตามธรรมชาติที่มีอยู่มาก่อนในประเทศจีนนั่นเอง

มีการระบาดของโรคไข้มองอักเสบเฉียบพลันในเวียดนามเหนือ มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ ไวรัสเอ็นเทอโรที่แยกได้ก็คือไวรัส สับจิโนกรุ๊ป C4

การระบาดของโรคมือเท้าปากที่รายงานจากประเทศกัมพูชา เมื่อต้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ นี้และต่อมาเปิดเผยว่าเป็นโรคมือเท้าปาก ก็เกิดจากไวรัสเอ็นเทอโร ๗๑ สับจิโนกรุ๊ป C4 เช่นกัน โปรดดูรายงานข่าวการระบาดของโรคในประเทศกัมพูชาในภาคผนวก

◆ สับจิโนกรุ๊ป C5 ระหว่างปี ๒๕๔๘ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีรายงานโรคกล้ามเนื้ออ่อนแอต่ออัมพาตอ่อนปวกเปียกเฉียบพลันในเวียดนามในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ จำนวน ๗ ราย เชื่อที่แยกได้เป็นไวรัสเอ็นเทอโร สับจิโนกรุ๊ป C5 มีความพยายามที่จะเพิ่มสับจิโนกรุ๊ป D แต่ยังคงวนเวียนไปที่จะทำเช่นนั้น



ภาคผนวก

คำนิยามโรค

ต่อไปนี้เป็นข้อแนะนำที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ใช้โดยปรากฏอยู่ในเอกสารวิชาการของสำนักงานสาขาภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก ขององค์การฯ ที่พิมพ์เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ (A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease - HFMD)

โรค

คำนิยาม

Hand, Foot and Mouth Disease มีไข้ มีผื่นชนิด ผื่นนูนเป็นตุ่มพองบนผิวหนัง ที่ฝ่ามือฝ่าเท้า ร่วมกับมีตุ่มพอง/แผลเปื่อยในปาก ผื่นในบางครั้งอาจเป็นผื่นนูนราบบนผิวหนัง โดยไม่เป็นตุ่มพองหรือไม่ก็ได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กหรือทารก ผื่นอาจปรากฏที่แก้มก้น เข่า ข้อศอกก็ได้

Herpangina มีไข้ มีแผลเปื่อยที่ด้านในของช่องปาก

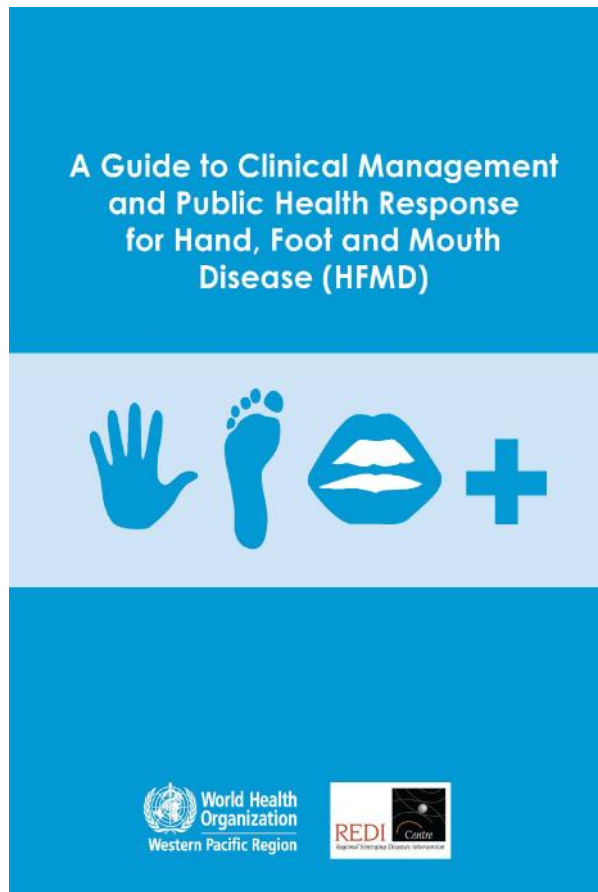
Apetic meningitis มีไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง ร่วมกับการตรวจพบเม็ดเลือดขาว ๕-๑๐ เซลล์ในน้ำไขสันหลัง ๑ มม^๓ และการเพาะเชื้อแบคทีเรียให้ผลลบ

Brainstem encephalitis กล้ามเนื้อเกร็งตัว เดินสะดะปะ สะปะ ลูกตากระตุก กล้ามเนื้อหน้า กล้ามเนื้อลูกตาเป็นอัมพาต เป็นอัมพาตจากสมองส่วนบัลบาร์หลายแบบร่วมกัน มีหรือไม่มีภาพรังสีคลื่นแม่เหล็กแสดงก็ได้



ระบาดบัณฑิตโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ในสถานบริการที่มีทรัพยากรจำกัด กำนันสมองอักษะบ
ในเด็ก อาจจะใช้ว่า เด็กมีก้ำมเนื้อแข็งเกร็งกระดูก และตรวจ
พบมีเซลล์เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลังคละกันหลายชนิด



Encephalitis ระดับความรู้สึ๓ตัวลดลง ชิม ่ง่วง หรือหมดสติ ชัก หรือ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง

Encephalomyelitis กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาตอย่างเฉียบพลัน ความไวของรีเฟล็กซ์ลดลง ร่วมกับกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เดินสะดะปะสะดะ ลูกตาคระตูก กล้ามเนื้อลูกตาเป็นอัมพาต เป็นอัมพาตจากสมองส่วนบัลบาร์หลายแบบร่วมกัน

Acute flaccid paralysis เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออัมพาต ปวกเปียกเฉียบพลัน ไม่มีการตอบสนองของปฏิกิริยารีเฟล็กซ์

Autonomous nervous system(ANS) dysregulation ตัวเย็นแต่มีเหงื่อไหล ผิวหนังกระด้ากระด้าง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและแรงดันเลือดสูง

Pulmonary edema/hemorrhage หายใจไม่คร้ออก หายใจติดขัด ร่วมกับหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว มีน้ำลายฟุ่ปาก เป็นสีชมพูซึ่งเกิดหลังภาวะผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ร่วมกับภาพรังสีทรวงอกมีอินฟิลเตรทที่ปอดทั้งสองข้างโดยภาพหัวใจไม่โต

Cardiorespiratory failure มีอาการแสดงหัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก ปอดบวมน้ำ การไหลเวียนส่วนปลายทางเลวลง ต้องการการใช้ยาไอโนโทรพกระตุ้น ภาพรังสีทรวงอกแสดงว่ามีน้ำคั่งในปอด การตรวจเอ็คโคคาร์ดิโอแกรมพบว่าหัวใจทำงานบีบตัวเลวลง



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือ
เท้า ปาก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ประเทศไทย)

ก. แนวทางเฝ้าระวัง สอบสวน และรายงานโรค กรณี
สงสัยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)

ที่มีอาการรุนแรง และการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก
โดยสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และกรม
วิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ปรับปรุง ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

การจำแนกผู้ป่วย แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลัน
และมีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้การติดเชื้อในระบบประสาท
ส่วนกลาง (CNS infection) อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- ◆ ชัก/เกร็ง (seizure/convulsion) หรือ
- ◆ ตรวจร่างกายพบ meningeal sign หรือ encephalitis

หรือ

- ◆ สั่น (tremor) หรือ
- ◆ แขน ขาอ่อนแรง (acute flaccid paralysis) หรือ
- ◆ ตรวจร่างกายพบ myoclonic jerk

ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีอาการของโรคมือ เท้า ปาก
(Hand-foot-mouth disease) หรืออาการของโรคแผลในคอหอย
(Herpangina) ซึ่งผู้ป่วยจะมีเฉพาะแผลในปากโดยไม่มีผื่นหรือ
ตุ่มน้ำที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า



ข้อปฏิบัติ

◆ รายงานผู้ป่วยทุกรายภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง โดยแจ้งข้อมูลเบื้องต้นเท่าที่มีรายละเอียดมาทางเมล outbreak@health.moph.go.th หรือ โทรแจ้งที่หมายเลข ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๘๑ หรือส่งรายละเอียดผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม - EV ไปที่สำนักระบาดวิทยา (โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๕๖๕)

หมายเหตุ ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือมีอาการแผลในปากเพียงอย่างเดียว (Herpangina) ร่วมด้วย ให้รายงานโรคตามระบบรายงาน ๕๐๖ ด้วย โดยรายงานผู้ป่วยจากระหัส ICD10 ทั้งรหัส B08.4 และ B08.5 โดยรายงานเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

◆ สอบสวนโรค สัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมจากสมาชิกครอบครัวในบ้าน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก และในชุมชนเดียวกัน

◆ เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางที่กำหนด (เฉพาะผู้ป่วย และครอบครัว)

◆ พิจารณาส่งต่อให้กุมารแพทย์เป็นผู้ดูแล

๒. ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ร่วมกับมีไข้สูง ≥ 38.5 องศาเซลเซียส และมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

๒.๑ อาเจียน

๒.๒ ท้องเสีย

๒.๓ ซึม

๒.๔ หอบเหนื่อย

๒.๕ อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง (ค้างข้างต้น)

ข้อปฏิบัติ

◆ ดำเนินการรายงาน สอบสวน และเก็บตัวอย่าง เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยแบบที่ ๑

◆ รายงานโรคตามระบบรายงาน ๕๐๖ ด้วย โดย รายงานผู้ป่วยจากรหัส ICD10 ทั้งรหัส B08.4 (Hand-foot-mouth disease) และ B08.5 (Herpangina) โดยรายงานเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

๓. ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือมีโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ที่ไม่มีอาการรุนแรง (ไม่ครบตามเกณฑ์ข้อ ๑ หรือข้อ ๒)

ข้อปฏิบัติ

◆ รายงานโรคตามระบบรายงาน ๕๐๖ ด้วย โดย รายงานผู้ป่วยจากรหัส ICD10 ทั้งรหัส B08.4 และ B08.5 และ ควบคุมโรคตามแนวทางของกรมควบคุมโรค



◆ ตรวจสอบว่ามีผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนในหมู่บ้าน
ศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนหรือไม่

◆ หากพบผู้ป่วยมีลักษณะเป็นกลุ่มก้อน ได้แก่

- ผู้ป่วยมากกว่า ๒ ราย ในศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยง
เด็ก หรือห้องเรียนเดียวกันภายใน ๑ สัปดาห์

- ผู้ป่วยมากกว่า ๕ ราย ในโรงเรียนเดียวกัน หรือ
หมู่บ้านเดียวกันภายใน ๑ สัปดาห์

ให้ดำเนินการดังนี้

- รายงานโรคตามระบบรายงาน ๕๐๖ ด้วย โดย
รายงานผู้ป่วยจากรหัส ICD10 ทั้งรหัส B08.4 (Hand-foot-mouth
disease) และ B08.5 (Herpangina) โดยรายงานเฉพาะผู้ป่วยที่
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

- สอบสวนโรคและรายงานผลการสอบสวนโรค
ตามแบบฟอร์ม สอบสวนโรคมือเท้าปาก ในคู่มือนิยามโรคติดเชื้อ
และสิ่งที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

- เก็บตัวอย่างส่งตรวจ (ตามแนวทางที่กำหนด)

- ควบคุมโรคตามแนวทางของกรมควบคุมโรค

หมายเหตุ ในการรายงานโรคตามระบบรายงาน ๕๐๖
แยกเป็น ๒ กรณี

๑. กรณีที่โรงพยาบาลสามารถดึงข้อมูลมาเข้าสู่
โปรแกรม R506 ได้โดยตรง



๑.๑ สำนักระบาดวิทยาได้สร้างเครื่องมือสำหรับ Update โปรแกรม ๕๐๖ เพื่อให้สามารถรายงาน โรค Hand-foot-mouth disease โดยแยกรหัส Organism Type เป็น ๓ รหัส คือ

๑. (Hand-foot-mouth) ,
๒. (Herpangina) และ
๓. (ไม่ทราบ)

โดยต้องเข้าไปที่หน้าเว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา (<http://www.boe.moph.go.th>) และเลือกที่แถบด้านบนตรง “คานัน โทลด์” เมื่อเข้าไปที่หน้าดังกล่าวให้ไปดูรายการของ โปรแกรมที่จะคานัน โทลด์ด้านขวามือ ภายใต้หัวข้อ “โปรแกรม เฝ้าระวัง” หัวข้อย่อย “ระบบเฝ้าระวัง โรค โรคติดต่อ” ซึ่งสามารถ เลือกได้ ๒ โปรแกรมคือ

◆ กรณีที่คอมพิวเตอร์ที่ใช้งานเป็นเวอร์ชัน ๒๐๐๓ ให้เลือก “โปรแกรม R506 (เพิ่ม OrganismType ของโรค Hand Food Mouth Disease)”

◆ กรณีที่คอมพิวเตอร์ที่ใช้งานเป็นเวอร์ชัน ๒๐๐๗ ให้เลือก “โปรแกรม R506 version access 2007”

๑.๒ ให้โรงพยาบาลกำหนดรหัส ICD10 ที่จะออกรายงาน ๕๐๖ เพิ่มเติมคือ B08.5

๒. กรณีของพื้นที่ซึ่งต้องมีการ key ข้อมูลเองเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่โปรแกรม R506 ให้แยกรหัสของ Hand-foot-mouth disease และ Herpangina โดยลงข้อมูลที่ตัวแปร “ชนิดของเชื้อก่อโรค” (Organism Type)



- ๒.๑ Hand-foot-mouth disease (ICD10: B08.4)
ให้ลงเป็น ๑
- ๒.๒ Herpangina (ICD10: B08.5) ให้ลงเป็น ๒
- ๒.๓ กรณีไม่ระบุให้ลงเป็น ๓

**ข. แนวทางการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
กรณีสงสัยการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ (Enterovirus 71)**

โดยสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และกรม
วิทยาศาสตร์การแพทย์

ปรับปรุง ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

◆ **สำหรับผู้ป่วย** ที่มีอาการทางระบบประสาทส่วน
กลางและหอบเหนื่อยเฉียบพลัน รวมทั้งผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก
และ Herpangina ที่มีอาการรุนแรง ให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ ที่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรม
วิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังต่อไปนี้

๑) เลือด (Clotted blood) ปริมาณ ๓ มิลลิลิตร ปั่นแยก
ซีรัม โดยเก็บ ๒ ครั้ง ห่างกัน ๒ สัปดาห์

๒) Throat swab หรือ Tracheal suction ใส่ใน viral trans-
port media (VTM) สำหรับเอนเทอโรไวรัส (สีชมพู) ภายในช่วง
สัปดาห์แรกหลังวันเริ่มมีไข้



๓) อุจจาระจำนวน ๘ กรัม ในตลับเก็บตัวอย่าง ภายใน ๒ สัปดาห์แรกหลังวันเริ่มมีไข้

กรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างข้างต้นได้ อาจพิจารณาเก็บส่งตัวอย่างดังต่อไปนี้

๔) Rectal swab (ในกรณีผู้ป่วยรุนแรง) ใส่ใน VTM สำหรับเอนเทอโรไวรัส (สีชมพู)

๕) น้ำไขสันหลัง (CSF) ปริมาณ ๒ มิลลิลิตร ใส่ภาชนะปลอดเชื้อ

◆ สำหรับผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยอาการรุนแรง ให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ดังต่อไปนี้

๑) ตัวอย่าง Throat swab ใน viral transport media (VTM) สำหรับเอนเทอโรไวรัส (สีชมพู) ภายในช่วงสัปดาห์แรก หลังวันเริ่มป่วย

๒) ตัวอย่างอุจจาระจำนวน ๘ กรัม ในตลับเก็บตัวอย่าง

◆ สำหรับผู้ป่วยมือเท้าปากที่พบเป็นกลุ่มก้อน เช่น พบผู้ป่วยในศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนชั้นอนุบาล หรือชั้นประถมศึกษา ที่มีอาการ Herpangina หรือ HFMD มากกว่า ๒ คนขึ้นไปในเวลา ๑ สัปดาห์ หรือพบผู้ป่วยมากกว่า ๕ ราย ในโรงเรียนเดียวกัน หรือหมู่บ้านเดียวกันภายใน ๑ สัปดาห์ ให้พิจารณาการเก็บตัวอย่างดังต่อไปนี้



๑. กรณีพบผู้ป่วยน้อยกว่า ๒๐ คน ให้เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยจำนวน ๕ คนที่มีประวัติไข้ หรือมีอาการ Herpangina/Hand-foot-mouth lesion ในกลุ่มก้อนเดียวกัน

๒. กรณีพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนตั้งแต่ ๒๐ คนขึ้นไป ให้เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย ๖ - ๑๐ คนที่มีประวัติไข้ หรือมีอาการ Herpangina/Hand-foot-mouth lesion ในกลุ่มก้อนเดียวกัน ทั้งนี้ให้เก็บตัวอย่างเฉพาะการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในครั้งแรกๆ ของอำเภอ

สถานที่ส่งตัวอย่าง

เก็บตัวอย่างส่งตรวจที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนี้

๑) ตัวอย่าง Throat swab ใน viral transport media (VTM) สำหรับเอนเทอโรไวรัส (สึชมพู่) ภายในช่วงสัปดาห์แรก หลังวันเริ่มป่วย

๒) ตัวอย่างอุจจาระจำนวน ๘ กรัม ในตลับเก็บตัวอย่าง ภายใน ๒ สัปดาห์แรกหลังวันเริ่มป่วย

ทั้งนี้ให้เลือกส่งตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เก็บตัวอย่างได้ครบถ้วนมากที่สุดเป็นหลัก



ชนิดตัวอย่างมาตรฐานส่งตรวจ วิธีการเก็บและวิธีการนำส่ง

เทคนิคการตรวจ	ชนิดตัวอย่าง	สิ่งส่งตรวจปริมาณและลักษณะ	การส่งสิ่งส่งตรวจและข้อควรระวัง
- Viral isolation	๑) Stool ๔ - ๘ กรัม	เก็บเร็วที่สุดภายใน ๑๔ วันของวันเริ่มป่วยในภาชนะสะอาดแล้ว ปิดฝาให้แน่น	- ปิดฉลากแจ้งชื่อผู้ป่วย วันที่เก็บและชนิดของตัวอย่างบนภาชนะให้ชัดเจน - ได้ภาชนะที่เก็บตัวอย่างในอุณหภูมิต่ำกว่า ๕ องศาเซลเซียสและแช่ตัวอย่างในน้ำแข็งที่มากเพียงพอจนถึงปลายทาง - ส่งตัวอย่างทันทีหลังเก็บตัวอย่างในกรณีที่ไม่สามารถส่งได้ทันทีให้เก็บในช่องแช่แข็ง *ติดต่อขอรับ VTM ได้ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขและศูนย์วิทยาศาสตร์ทั้ง ๑๔ แห่ง
	๒) Throat swab/ Nasopharyngeal swab	เก็บเร็วที่สุดภายใน ๑ วันของวันเริ่มป่วยในหลอดที่มี viral transport media (VTM) สำหรับโรคมือ เท้า ปาก* แล้วปิดฝาให้แน่น เก็บใส่ภาชนะสะอาดแล้วปิดฝาให้แน่น	
	๓) Nasopharyngeal suction	เก็บใส่ภาชนะสะอาดแล้วปิดฝาให้แน่น	
	๔) CSF	เก็บใส่ภาชนะสะอาดแล้วปิดฝาให้แน่น	
- Serology	Acute and convalescence serum (Paired serum)	- เก็บซีรัม ๒ ครั้ง ครั้งละประมาณ ๑ มิลลิลิตร - เก็บซีรัมครั้งแรกภายใน ๓ - ๕ วันของวันเริ่มป่วย และครั้งที่ ๒ ห่างจากรั้งแรกไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน	- มีฉลากแจ้งชื่อผู้ป่วย วันที่เก็บและชนิดของตัวอย่างบนภาชนะให้ชัดเจน - ได้ภาชนะที่เก็บตัวอย่างในอุณหภูมิต่ำกว่า ๕ องศาเซลเซียสและแช่ตัวอย่างในน้ำแข็งที่มากเพียงพอจนถึงปลายทาง

หมายเหตุ: ตัวอย่าง Rectal Swab และ Single serum ไม่ได้เป็นตัวอย่างมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการสากล ควรเก็บส่งในกรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างมาตรฐานจากผู้ป่วยได้



การวินิจฉัยการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ทางห้องปฏิบัติการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีเทคนิคการตรวจ ๓ ชนิด คือ

๑. การตรวจวินิจฉัยโดยการแยกเชื้อในเซลล์เพาะเลี้ยง (Viral isolation) เป็นวิธีการมาตรฐาน โดยสามารถแยกเชื้อได้จากสิ่งส่งตรวจแล้วนำมาพิสูจน์เชื้อ โดยวิธี micro-neutralization test (micro-NT) ระยะเวลาการตรวจ ๒๕ วันทำการ

๒. การตรวจวินิจฉัยทางน้ำเหลือง (Serology) เป็นการตรวจหาการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันชนิด IgG ในซีรัมคู่โดยวิธี micro-neutralization test ซึ่งต้องมีระดับของภูมิคุ้มกัน ในซีรัมเจาะครั้งที่สอง (Convalescent serum) สูงกว่าในซีรัมเจาะครั้งที่ ๑ (Acute serum) อย่างน้อย ๔ เท่า (4-fold rising) จึงจะแปลว่าให้ผลบวก ระยะเวลาการตรวจ ๑๔ วันทำการ

๓. การตรวจวินิจฉัยโดยวิธี Molecular diagnosis เช่น วิธี Reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) โดยใช้ specific primer ของเชื้อเอนเทอโรไวรัส Enterovirus 71 และ Coxsackie virus A16 หรือไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร แล้วนำมาศึกษาลำดับเบสเปรียบเทียบกับสายพันธุ์ที่พบในต่างประเทศ เพื่อทราบแหล่งที่มาของไวรัสที่พบในประเทศไทย วิธีนี้อาจใช้เป็น การคัดกรองเบื้องต้น โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อย่างไรก็ตามต้องตรวจยืนยันด้วยการแยกเชื้ออีกครั้ง ระยะเวลาในการตรวจ ๖-๒๔ ชั่วโมงขึ้นอยู่กับจำนวนตัวอย่าง



**ค. การแจ้งสถานการณ์แก่เครือข่ายและดำเนินการ
ควบคุมป้องกันโรค กรณีสงสัยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)
ที่มีอาการรุนแรง และการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก**

โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ปรับปรุง ณ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

๑. เครือข่ายแพทย์ในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน

การดำเนินงาน

- ประสานกับแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและคลินิก
เอกชนให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก
และการเสียชีวิตหรือป่วยรุนแรงจากเชื้อเอนเทอโรไวรัสใน
ประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งสถานการณ์ใน
จังหวัด หรืออำเภอนั้นๆ

- ให้แพทย์รับทราบแนวทางการเฝ้าระวังของโรคมือ
เท้า ปาก และการเสียชีวิตหรือการป่วยรุนแรงจากเชื้อเอนเทอโร
ไวรัส เพื่อขอให้ช่วยแจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในพื้นที่ในกรณีที่พบผู้ที่มีอาการรุนแรง เข้าได้กับนิยามเฝ้าระวัง
หรือพบการป่วยเป็นกลุ่มก้อน

**๒. เครือข่ายสถานศึกษา โดยเฉพาะศูนย์เด็กเล็ก และ
โรงเรียนที่มีชั้นอนุบาลและประถมศึกษาตอนต้น**

การดำเนินงาน

- แจ้งให้ทราบสถานการณ์การระบาดฯ และให้
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค



- ทำการตรวจคัดกรองเด็กทุกวัน เพื่อให้สามารถค้นหาเด็กที่ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

o หากยังไม่มีภาวะระบาดในอำเภอที่ตั้งของโรงเรียน เน้นการตรวจดูแผลในปากเป็นหลัก โดยอาจมีหรือไม่มีตุ่มน้ำที่มือหรือเท้าก็ได้ หากพบแผลในปากหลายแผลและมีอาการเจ็บทำให้เด็กกินไม่ได้ ให้แยกเด็กออกจากคนอื่นๆ ทั้งนี้ในกรณีที่พบเป็นรายแรกของโรงเรียนควรนำไปพบแพทย์เพื่อให้ช่วยวินิจฉัยว่าน่าจะเป็นโรคแผลในคอหอย หรือโรคมือ เท้า ปากหรือไม่

o ในกรณีที่เกิดการระบาดในอำเภอที่ตั้งของโรงเรียน หรือพบว่าเริ่มมีผู้ป่วยในโรงเรียน ให้เพิ่มความไวของการคัดกรองโดยแยกเด็กตั้งแต่เริ่มพบว่ามีไข้สูงให้ผู้ปกครองมารับกลับบ้านและนำไปพบแพทย์ และสังเกตอาการอีก ๑-๒ วัน ว่าเด็กเริ่มมีแผลในปาก หรือตุ่มน้ำตามมือและเท้าหรือไม่

o ในช่วงที่มีการระบาดในอำเภอ หรือเริ่มมีผู้ป่วยในโรงเรียนหากพบว่ามีเด็กหยุดเรียนโดยไม่ทราบสาเหตุ ครูประจำชั้นควรโทรติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียน ว่าอาจเป็นจากโรคมือ เท้า ปากได้หรือไม่

- ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นห้องและพื้นผิวอื่น ๆ ที่เด็กสัมผัสบ่อยๆ สนามเด็กเล่น ห้องสุขาและห้องน้ำ โดยล้างด้วยน้ำและสบู่แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอรีน เช่น ไฮเตอร์ ไฮยีนคลอรีน ๑๐๐ ทิ้งไว้ ๑๐ นาที ก่อนล้างออกด้วยน้ำให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้าง ส่วน



ของที่มีการนำเข้าปาก เช่น อุปกรณ์สำหรับการรับประทานอาหาร และแก้วน้ำ

ของเล่นทั้งในห้องเรียน อุปกรณ์การเรียนการสอน ต่างๆ ให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกแล้วนำไปตากแดด หรือเช็ดให้แห้ง

o ในกรณีที่ยังไม่พบผู้ป่วยในโรงเรียนควรทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง เนื่องจากขณะนี้พบผู้ป่วยแล้วในทุกจังหวัด

o หากพบผู้ป่วยในโรงเรียน ควรเพิ่มความถี่เป็นทุกวันที่มีเด็กมาเรียน จนกว่าการระบาดในอำเภอจะสงบและไม่พบผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อย ๑ เดือน

o สำหรับของที่ไม่สามารถล้างด้วยน้ำ เช่น หนังสือ นิทาน ให้นำมาตากแดดเป็นประจำเพื่อฆ่าเชื้อ หรืองดให้เด็กมีกิจกรรมที่ต้องสัมผัสของดังกล่าวในกรณีที่ไม่สามารถตากแดดได้

- จัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งการกำจัดอุจจาระให้ถูกต้องและล้างมือบ่อยๆทั้งเด็กและครูหรือผู้ดูแลเด็ก โดยล้างมือด้วยน้ำและสบู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังทำความสะอาดให้เด็กที่เข้าห้องน้ำ หลังเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็ก หรือสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย

- แยกของใช้เด็กแต่ละคนไม่ให้ปะปนกัน เช่น แปรงสีฟัน แก้วน้ำ ช้อนอาหาร ผ้าเช็ดมือเช็ดปาก



- เปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องได้ทั่วถึง
- ในกรณีที่โรงเรียนมีสระว่ายน้ำ ต้องดูแลให้มีความเข้มข้นของคลอรีนในน้ำอย่างน้อย ๑ มิลลิกรัมต่อลิตร
- ให้โรงเรียนทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน และขอให้ผู้ปกครองช่วยตรวจดูว่าเด็กมีอาการที่น่าสงสัยหรือไม่ หากพบว่ามีอาการเข้าได้เช่น มีแผลในปากหลายแผลและเจ็บมากจนทำให้ไม่ค่อยรับประทานอาหาร ให้ช่วยแจ้งแก่โรงเรียนเพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อไป
- ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองว่า หากพบบุตรหลานมีอาการเข้าได้กับโรคมือ เท้า ปากหรือแผลในคอหอย ขอให้เด็กหยุดเรียนจนกว่าจะครบ ๗ วันนับจากวันเริ่มมีอาการ ถึงแม้ว่าเด็กอาจมีอาการดีขึ้นก่อนครบ ๗ วัน เนื่องจากในช่วงสัปดาห์แรกเป็นระยะที่มีการแพร่เชื้อออกมามากที่สุด โดยที่ในระหว่างนั้นพยายามแยกเด็กที่มีอาการออกจากเด็กคนอื่นๆ ทั้งเพื่อนบ้าน และพี่น้องที่อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่พี่น้องเล็กๆ อายุ ๑-๒ ปีหรือน้อยกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดอาการรุนแรง และในกรณีที่เกิดการระบาดในโรงเรียน อาจต้องมีการปิดห้อง หรือปิดชั้นเรียน ปิดโรงเรียนแล้วแต่สถานการณ์



- ให้โรงเรียนกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลเด็กที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยจากโรคมือ เท้า ปากหรือแผลในคอหอย โดยให้ครูประจำชั้นหรือครูห้องพยาบาลรายงานรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยมายังผู้รับผิดชอบคนดังกล่าวโดยเร็วเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่โดยต้องมี ชื่อ-สกุล ห้องเรียน และที่อยู่ปัจจุบันของเด็ก เพื่อให้ผู้รับผิดชอบหลักฯ แจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกวันที่พบผู้ป่วยรายใหม่

- ถ้าพบผู้ป่วยในห้องเรียนเดียวกันมากกว่า ๒ คน ภายใน ๑ สัปดาห์อาจพิจารณาปิดห้องเรียน แต่ถ้ามีผู้ป่วยมากกว่า ๑ ห้องอาจปิดศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน/สถานศึกษาชั่วคราวเป็นเวลาอย่างน้อย ๕ วันทำการ เพื่อทำความสะอาดพื้นผิวต่างๆ ที่เด็กป่วยสัมผัส และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการควบคุมโรค

๓. เครือข่ายในชุมชน ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำท้องถิ่น

การดำเนินงาน

- แจ้งให้ทราบสถานการณ์การระบาดฯ ร่วมกับให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้ต่อให้แก่ชุมชน

- หากพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเป็นโรคมือ เท้า ปาก หรือแผลในคอหอย ให้ดำเนินการดังนี้



๐ แจ้งข่าวแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่โดยเร็ว และให้เด็กหยุดเรียนอย่างน้อย ๗ วัน

๐ ให้ผู้ปกครองนำเด็กไปพบแพทย์ในกรณีต่อไปนี้ ๑) เป็นผู้ป่วยรายแรกของหมู่บ้าน ๒) มีไข้สูงอย่างน้อย ๒ วัน ๓) มีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาเจียน หอบเหนื่อย ชีพ ชัก หรือ ดูแล้วเด็กมีอาการแย่ง

๐ พ่อแม่ผู้ปกครอง ควรแนะนำสุขอนามัยส่วนบุคคล แก่บุตรหลาน โดยเฉพาะการล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังการ ขับถ่าย หรือก่อนรับประทานอาหาร และให้เด็กที่ยังไม่ป่วยหลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับเด็กป่วย เช่น การกอดรัด การเล่นของเล่น ที่เปื้อนน้ำลายหรือน้ำมูกของผู้ป่วย ให้รักษาสุขอนามัยในการ รับประทานอาหาร เช่น การใช้ช้อนกลาง หลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำ ร่วมกัน ทั้งนี้ต้องดูแลให้เด็กที่ป่วยขับถ่ายอุจจาระลงในที่รองรับ แล้วนำไปกำจัดให้ถูกสุขลักษณะ ในส่วนผู้ดูแลเด็กควรล้างมือ บ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังทำความสะอาด แก่เด็กที่เข้าห้องน้ำ หลังเปลี่ยนผ้าอ้อมเด็ก หรือสัมผัสกับสิ่ง คัดหลัง เช่น น้ำมูก น้ำลาย

๐ ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น ของเล่นในบ้าน สนามเด็กเล่นในชุมชน หรือห้างสรรพสินค้า พื้นห้องและพื้นผิว อื่นๆ ที่เด็กสัมผัสบ่อยๆ ห้องสุขาและห้องน้ำ โดยล้างด้วยน้ำและ สบู่แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอรีน เช่น ไฮเตอร์ ไฮยีนคลอโรอกซ์ ทิ้งไว้ ๑๐ นาที ก่อนล้างออกด้วย



น้ำให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้าง ส่วนของที่มีการนำเข้าไปปาก เช่น อุปกรณ์สำหรับการรับประทานอาหารและแก้วน้ำของเล่น ให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกแล้วนำไปตากแดดหรือเช็ดให้แห้ง

๔. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การดำเนินงาน

- จัดการอบรมให้ความรู้แก่สถานศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ (ที่มีเด็กเล็ก) และเครือข่ายอสม. ผู้นำชุมชน ร่วมกับแจ้งชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกรณีที่ต้องมีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วย

- รับแจ้งข้อมูลจากโรงเรียนและชุมชน และนำรายชื่อผู้ป่วยมาทำทะเบียนผู้ป่วยสงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยโรคมือ เท้า ปาก หรือแผลในคอหอยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อติดตามสถานการณ์โรค

- o เมื่อรับแจ้งข้อมูลจากโรงเรียนว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ ดำเนินการประสานงานกับผู้นำชุมชนและอสม. ในชุมชนของผู้ป่วย เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการดำเนินการให้ความรู้แก่ชุมชน และครอบครัวหรือละแวกบ้านของผู้ป่วย หากเป็นผู้ป่วยรายแรกของตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรลงพื้นที่ด้วยตัวเอง เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้แก่อสม.

- o ในกรณีที่ได้รับแจ้งจากชุมชนว่ามีผู้ป่วยโรคมือ เท้าปาก หรือแผลในคอหอยและผู้ป่วยเป็นเด็กนักเรียนหรือ



เป็นเด็กที่ถูกส่งไปศูนย์เด็กเล็ก ให้ตรวจสอบว่าโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็กรับรู้ข้อมูลการป่วยแล้วหรือไม่ เพื่อการดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

- ในกรณีที่มีผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค Hand foot mouth หรือ Herpangina ให้รายงานเข้าสู่ระบบรายงาน ๕๐๖

- ตรวจสอบว่าสิ่งของสาธารณะที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อในวงกว้าง เช่น ของเด็กเล่นในห้างสรรพสินค้า สระว่ายน้ำสาธารณะ เป็นต้น มีการดูแลหรือทำความสะอาดอย่างเหมาะสมหรือไม่

- หากพบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนตามแนวทางเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคกรณีสงสัยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ที่มีอาการรุนแรง และการระบาดของโรคมือเท้าปาก ฉบับปรับปรุงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ให้ดำเนินการสอบสวนและแจ้งข้อมูลตามที่กำหนดไว้ในแนวทางดังกล่าว



**ง. แนวทางเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมการระบาดของ
โรคมือ เท้า ปาก สำหรับศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็กและ
สถานศึกษา**

กรมควบคุมโรค

วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

การเฝ้าระวังโรค

๑. ในจังหวัด/อำเภอที่ยังไม่มีการระบาด

◆ แจ้งให้ครูทราบสถานการณ์การระบาดฯ และให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค

◆ ให้ครูทำการตรวจคัดกรองเด็กทุกวัน เพื่อให้สามารถค้นหาเด็กที่ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

◆ ตรวจสอบแผลในปากเป็นหลัก โดยอาจมีหรือไม่มีตุ่มน้ำที่มือหรือเท้าก็ได้ หากพบแผลในปากหลายแผลและมีอาการเจ็บทำให้เด็กกินไม่ได้ ให้แยกเด็กออกจากคนอื่นๆ ทั้งนี้ในกรณีที่พบเป็นรายแรกของโรงเรียนควรนำไปพบแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยว่าน่าจะเป็น โรคแผลในคอหอย หรือโรคมือ เท้า ปากหรือไม่

๒. ในจังหวัด หรือ โดยเฉพาะอำเภอที่มีการระบาด

◆ ให้ครูทำการคัดกรองเด็กทุกเช้า



◆ เมื่อพบว่าเริ่มมีผู้ป่วยในโรงเรียน ให้เพิ่มความไวของการคัดกรองโดยแยกเด็กตั้งแต่เริ่มพบว่ามิใช่สูงให้ผู้ปกครองมารับกลับบ้านและนำไปพบแพทย์ และสังเกตอาการอีก ๑-๒ วันว่าเด็กเริ่มมีแผลในปาก หรือตุ่มน้ำตามมือและเท้าหรือไม่

◆ หากพบแผลในปาก (เด็กมักจะบ่นว่าเจ็บปาก กินไม่ได้) ควรขอความร่วมมือจากผู้ปกครองให้เด็กหยุดเรียน ๑ สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงอาการแผลในปากเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีตุ่มตามมือ หรือเท้าก็ได้ และสามารถแพร่เชื้อไปสู่เด็กคนอื่นๆ และในสิ่งแวดล้อมได้

◆ ควรประสานกับผู้ปกครองตั้งแต่เริ่มทราบข่าวว่ามี การระบาดในจังหวัดหรือพื้นที่ใกล้เคียงให้ผู้ปกครองช่วยทำการเฝ้าระวังการป่วยในเด็ก และแจ้งโรงเรียนเมื่อเด็กมีอาการแผลในปาก โดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูงต้องรีบนำไปพบแพทย์ (โดยอาจจะยังไม่มีแผลในปาก) เนื่องจากเด็กกลุ่มที่จะมีอาการรุนแรงมักมีอาการไข้สูงร่วมด้วย โดยที่เด็กอาจจะมิหรือไม่มีแผลในปากก็ได้

◆ หากพบว่ามิเด็กหยุดเรียนโดยไม่ทราบสาเหตุ ครูประจำชั้นควรโทรศัพท์ติดต่อผู้ปกครองเพื่อหาสาเหตุของการหยุดเรียนว่าอาจเป็นจากโรคมือเท้า ปาก ได้หรือไม่



การดำเนินงานควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคมือเท้า ปากใน โรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก

๑. ก่อนเปิดภาคเรียน

๑.๑ ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ในห้องเรียน ห้องครัว ภาชนะใส่อาหาร รวมทั้งห้องน้ำ ห้องส้วม อาคารสถานที่ต่างๆ

๑.๒ จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ของเด็ก แยกเป็นรายบุคคล ไม่ให้ใช้ปะปนกัน เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ช้อนอาหาร เป็นต้น รวมทั้งพยายามจัดหาอุปกรณ์ให้นักเรียนได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหารและหลังจากเข้าห้องส้วม

๑.๓ แนะนำครู เรื่อง โรคมือ เท้า ปาก และอนามัยส่วนบุคคล และเตรียมการกรณีเกิดการระบาดในโรงเรียน

๒. ช่วงเปิดภาคเรียน

๒.๑ เผยแพร่ ให้คำแนะนำ ความรู้เรื่อง โรคมือ เท้า ปากแก่ผู้ปกครอง และนักเรียน รวมทั้งให้ผู้ปกครองช่วยสังเกตอาการเด็กตั้งแต่เนิ่นๆ

๒.๒ ควรดูแลรักษาสุขลักษณะของสถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาด ดูแลสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

มีการทำลายเชื้อในอุจจาระ และการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้อง

๒.๓ จัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกรักษาสุขลักษณะ



๒.๔ ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นห้องและพื้นผิวอื่นๆที่เด็กสัมผัสบ่อยๆ สนามเด็กเล่น ห้องสุขาและห้องน้ำ โดยล้างด้วยน้ำและสบู่แล้วตามด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของคลอรีน เช่น ไฮเตอร์ ไฮยีนคลอโรอกซ์ ทิ้งไว้ ๑๐ นาที ก่อนล้างออกด้วยน้ำให้สะอาดเพื่อป้องกันสารเคมีตกค้าง ส่วนสิ่งของที่มีการนำเข้าปาก เช่น อุปกรณ์สำหรับการรับประทานอาหาร และแก้วน้ำของเล่นทั้งในห้องเรียน อุปกรณ์การเรียนการสอนต่างๆ ให้ล้างด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกแล้วนำไปตากแดดหรือเช็ดให้แห้ง

◆ ในกรณีที่ยังไม่พบผู้ป่วยในโรงเรียนควรทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง เนื่องจากขณะนี้พบผู้ป่วยแล้วในทุกจังหวัด

◆ หากพบผู้ป่วยในโรงเรียน ควรเพิ่มความถี่เป็นทุกวันที่มีเด็กมาเรียน จนกว่าการระบาดในอำเภอจะสงบและไม่พบผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อย ๑ เดือน

◆ สำหรับของที่ไม่สามารถล้างด้วยน้ำ เช่น หนังสือ นิทาน ให้นำมาตากแดดเป็นประจำเพื่อฆ่าเชื้อ หรืองดให้เด็กมีกิจกรรมที่ต้องสัมผัสสิ่งของดังกล่าวในกรณีที่ไม่สามารถตากแดดได้

๒.๕ ผู้ดูแลเด็กต้องรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี หมั่นล้างมือบ่อยๆ และคัดเล็บให้สั้น ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อน



การปรุงอาหาร ภายหลังการจับถ่าย หรือสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย หรือ อุจจาระเด็ก

๒.๖ เพื่าระวัง โดยตรวจเด็กก่อนเข้าห้องเรียน ถ้ามี อาการป่วย มีไข้ หรือมีผื่นตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า ให้แยกเด็กป่วยอยู่ ห้องพยาบาล ติดต่อให้ผู้ปกครองพาลูกกลับบ้านและไปพบแพทย์ โดยทั่วไปอาการ โรคมือ เท้า ปาก จะไม่รุนแรงและสามารถหาย เป็นปกติได้ภายใน ๗-๑๐ วัน แต่หากเด็กมีอาการแทรกซ้อน เช่น ไข้สูง ซึม อาเจียน หอบ ต้องรีบนำเด็กกลับไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลทันที ในกรณีที่เป็นพื้นที่ที่มีการระบาด หากพบ คู่่มในปาก โดยยังไม่มีอาการอื่น ให้เด็กหยุดเรียนอยู่บ้านได้เลย

๒.๗ กรณีมีเด็กป่วย

◆ ให้แจ้งรายงานโรคแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ขอรับคำแนะนำในการควบคุมโรค เพิ่มความถี่การทำ ความสะอาดสิ่งของที่เด็กจับต้องเป็นประจำ เช่น ของเล่น พื้นห้อง ต้องทำความสะอาดด้วยน้ำยาอย่างน้อยวันละครั้ง (ไม่ใช่แค่กวาด ด้วยไม้กวาดหรือใช้ผ้าเช็ด) สำหรับโรงเรียนที่มีของเล่นจำนวนมาก ไม่สามารถทำความสะอาดของเล่นอย่างทั่วถึงได้ทุกวัน ขอให้ลดจำนวนของเล่นสำหรับเด็กในแต่ละห้องให้เหลือเฉพาะ ชั้นที่ใช้บ่อยๆ และถ้าเป็นตุ๊กตาผ้า (ซึ่งไม่สามารถล้างได้โดยง่าย) อาจงดไม่ให้เด็กเล่นในช่วงที่มีการระบาด รวมทั้งเปิดประตู หน้าต่าง ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องถึง และดูแล



ให้ระว่ยน้ำมีระดับคลอรินที่ไม่ต่ำก่ามาตรฐานคือ ๑ มิลลิกรัม ต่อลิตร หรือ ๑ ppm (part per million)

◆ ให้เด็กและครูที่ดูแลมีการล้างมือมากขึ้น โดยเฉพาะ การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหาร ควรล้าง มือด้วยสบู่ทุกครั้ง และไม่ควรให้สบู่อยู่ในสภาพแฉะเพราะเป็น การทำให้เชื้อติดอยู่ในก้อนสบู่และแพร่กระจายไปสู่คนอื่นๆ ได้ มากขึ้น

◆ ลดการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างเด็กแต่ละห้อง เท้าที่จะเป็นไปได้

◆ แยกของใช้ส่วนตัวของเด็ก เช่น แก้วน้ำแปรงสีฟัน ซ้อนอาหาร และผ้าเช็ดมือ, ผ้าเช็ดปาก

◆ แจ้งรายชื่อ และที่อยู่เด็กที่เข้าข่ายเฝ้าระวัง โรคมือ เท้า ปาก ให้แก่ผู้บริหารของ โรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุข ทุกวันที่พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าข่ายการเฝ้าระวัง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขดำเนินการประสานงานเพื่อให้สุศึกษาแก่ชุมชน ในการลดการเล่นคลุกคลีในเด็ก (เน้นเนื้อหาให้เด็กที่ไม่ป่วยไม่ ไปเล่นคลุกคลีกับเด็กบ้านอื่น ๆ เพราะไม่รู้ว้าใครบ้างที่ป่วย) จนกว่าพ้นระยะการระบาดในชุมชนนั้น ๆ

๒.๘ หากมีเด็กป่วยจำนวนมาก ควรพิจารณาปิด ห้องเรียนที่มีเด็กป่วย หรือปิดโรงเรียนระดับชั้นเด็กเล็ก

๒.๙ ทำหนังสือแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เบื้องต้น เกี่ยวกับโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในครอบครัว



และชุมชน และขอให้ผู้ปกครองช่วยตรวจดูว่าเด็กมีอาการที่นำ
สงสัยหรือไม่ หากพบว่ามีอาการเข้าได้ เช่น มีแผลในปาก
หลายแผลและเจ็บมากจนทำให้ไม่ค่อยรับประทานอาหาร ให้ช่วย
แจ้งแก่โรงเรียนเพื่อให้มีการดำเนินการควบคุมโรคที่เหมาะสม
ต่อไป

๒.๑๐ ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองว่าหากพบบุตร
หลานมีอาการเข้าได้กับ โรคมือ เท้า ปากหรือแผลในคอหอยขอ
ให้เด็กหยุดเรียนจนกว่าจะครบ ๗ วันนับจากวันเริ่มมีอาการ
ถึงแม้ว่าเด็กอาจมีอาการดีขึ้นก่อนครบ ๗ วัน เนื่องจากในช่วง
สัปดาห์แรกเป็นระยะที่มีการแพร่เชื้อออกมามากที่สุด โดยที่ใน
ระหว่างนั้นพยายามแยกเด็กที่มีอาการออกจากเด็กคนอื่นๆ
ทั้งเพื่อนบ้าน และพี่น้องที่อยู่ในบ้านเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณี
ที่มีน้องเล็กๆ อายุ ๑-๒ ปีหรือน้อยกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่
อาจเกิดอาการรุนแรง และในกรณีที่เกิดการระบาดในโรงเรียน
อาจต้องมีการปิดห้อง หรือปิดชั้นเรียน ปิดโรงเรียนแล้วแต่
สถานการณ์

๒.๑๑ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูล
เด็กที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยจาก โรคมือ เท้า ปากหรือ
แผลในคอหอย โดยให้ครูประจำชั้นหรือครูห้องพยาบาลรายงาน
รายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยมายังผู้รับผิดชอบคนดังกล่าว โดยเร็วเมื่อ
พบผู้ป่วยรายใหม่โดยต้องมีชื่อ-สกุล ห้องเรียน และที่อยู่ปัจจุบัน

ของเด็ก เพื่อให้ผู้รับผิดชอบหลักฯแจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในพื้นที่ทุกวันทีพบผู้ป่วยรายใหม่

๒.๑๒ ถ้าพบผู้ป่วยในห้องเรียนเดียวกันมากกว่า ๒ คน
ภายใน ๑ สัปดาห์อาจพิจารณาปิดห้องเรียน แต่ถ้ามีผู้ป่วยมากกว่า
๑ ห้องอาจปิดศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน/สถานศึกษาชั่วคราวเป็นเวลา
อย่างน้อย ๕ วันทำการ เพื่อทำความสะอาดพื้นผิวต่างๆ ทีเด็กป่วย
สัมผัส และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการควบคุมโรค

๓. พฤติกรรมอนามัยทีดี ช่วยในการป้องกันโรคติดต่อ
รวมถึงโรคมือ เท้า ปาก ได้แก่

๓.๑ ไม่ควรนำเด็กเล็กไปในที่ชุมชนสาธารณะทีมี
คนอยู่เป็นจำนวนมากๆ เช่น สนามเด็กเล่น ห้างสรรพสินค้า
ตลาดนัด และสระว่ายน้ำ ควรอยู่ในที่ทีมีการระบายถ่ายเท
อากาศได้ดี

๓.๒ ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ ก่อนและหลัง
หยิบจับอาหาร หรือเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และ
ภายหลังการขับถ่าย ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่

๓.๓ ไม่ใช่ภาชนะหรือสิ่งของร่วมกัน เช่น จาน ชาม
ช้อน แก้วน้ำ หรือหลอดดูดร่วมกัน และใช้ช้อนกลางในการ
ตักอาหาร

๓.๔ ใช้ผ้าเช็ดหน้าปิดปากและจมูก เมื่อไอหรือจาม
และล้างมือให้สะอาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และ
ระมัดระวังการไอจามรดกัน



ระบาดบนสื่อโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

๔. การแจ้งการระบาด ขอเอกสาร และคำแนะนำได้ที่

๔.๑ กรุงเทพมหานคร ติดต่อที่

- ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตในพื้นที่

- กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

โทร. ๐ ๒๒๔๕ ๘๐๐๖ และ ๐ ๒๓๕๔ ๑๘๓๖

- สำนักโรคระบาดวิทยา โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๘๒,

๐ ๒๕๕๐ ๑๘๓๖

- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๕๘

๔.๒ ต่างจังหวัด ติดต่อได้ที่สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดทุกแห่ง

๔.๓ ข้อมูลเพิ่มเติม

- ศูนย์ปฏิบัติการกรมควบคุมโรค โทร. ๑๔๒๒

- เว็บไซต์กรมควบคุมโรค

<http://www.ddc.moph.go.th>

- เว็บไซต์สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่

<http://beid.ddc.moph.go.th>

- เว็บไซต์สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

<http://epid.moph.go.th>

- เว็บไซต์ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

<http://www.thaipediatrics.org>



การป้องกันโรค :

- ◆ ไม่ควรนำเด็กเล็กไปในที่ชุมชนสาธารณะที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมากๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด สระว่ายน้ำ ควรอยู่ในที่ที่มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี
- ◆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และระมัดระวังการไอจามรดกัน
- ◆ ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเตรียมอาหาร รับประทานอาหาร และภายหลังการขับถ่าย
- ◆ ใช้ช้อนกลางและหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน

โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาวัคซีน

การควบคุมโรค :

- ◆ การรายงานโรค ระบบเฝ้าระวังโรค สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข
- ◆ การแยกผู้ป่วย ระวังสิ่งขับถ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแม่และเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยที่ บ่งชี้ว่าจะเป็นการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส จะต้องระวังเรื่องสิ่งขับถ่ายอย่างเข้มงวด เพราะอาจทำให้ทารกติดเชื้อและเกิดอาการรุนแรงได้ ห้ามญาติหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส



เข้ามาในหอผู้ป่วยหรือหอเด็กแรกเกิด หรือห้ามเข้าใกล้ทารก หรือหญิงท้องแก่ใกล้คลอด

◆ การทำลายเชื้อ ต้องทำลายเชื้อในน้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ ของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วปลอดภัย ล้างทำความสะอาด หรือทำลายสิ่งของปนเปื้อน หลังสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนหรือ สิ่งขับถ่าย

◆ การสอบสวนผู้สัมผัสและค้นหาแหล่งโรค ค้นหา ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเด็กอนุบาลหรือ สถานเลี้ยงเด็ก

คำแนะนำประชาชน

๑. พ่อแม่ผู้ปกครอง ควรแนะนำสุขอนามัยส่วนบุคคล แก่บุตรหลาน และผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะการล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนการเตรียมอาหารหรือก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่าย การรักษาสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร เช่น การใช้ช้อนกลาง หลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำร่วมกัน นอกจากนั้น ควรให้เด็กอยู่ในที่ที่มีการระบายอากาศที่ดี ไม่พาเด็กเล็กไปในที่แออัด

๒. ผู้ประกอบการในสถานเลี้ยงเด็กควรดูแลให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานด้านสุขลักษณะของสถานที่อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเช็ดถูอุปกรณ์เครื่องเรือน เครื่องเล่น หรืออุปกรณ์การเรียนการสอนต่างๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคเป็นประจำ รวมทั้ง การกำจัดอุจจาระให้ถูกต้องและล้างมือบ่อยๆ



๓. ในโรงเรียนอนุบาล และโรงเรียนประถมศึกษา ควรเพิ่มเติมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันตนเอง เช่น ไม่คลุกคลี ใกล้ชิดกับเด็กป่วย การล้างมือและการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล (ตาม แนวทางป้องกันควบคุมการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็กและสถานศึกษา)

๔. ผู้ดูแลสระว่ายน้ำ ควรรักษาสุขลักษณะของสถานที่ ตามประกาศของกรมอนามัย เพื่อป้องกันการระบาดของโรค มือ เท้า ปาก

๕. ในกรณีที่เด็กมีอาการป่วยซึ่งสงสัยเป็น โรคมือ เท้า ปาก ควรรีบพาไปพบแพทย์ทันที และแยกเด็กอื่น ไม่ให้คลุกคลี ใกล้ชิดกับเด็กป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในพื้นที่ที่มีการระบาด หากเด็กมีตุ่มในปาก โดยที่ยังไม่มีอาการอื่น ให้หยุดเรียน อยู่บ้าน ไว้ก่อน ให้เด็กที่ป่วยขับถ่ายอุจจาระลงในที่รองรับ แล้วนำไป กำจัดให้ถูกสุขลักษณะในส้วม หากเด็กมีอาการป่วยรุนแรงขึ้น เช่น ไม่ยอมทานอาหาร ไม่ยอมดื่มน้ำ ต้องรีบพาไปรับการรักษา ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที



โรคประหลาดปริศนาใกล้กลับ อุบัติขึ้นในกัมพูชา

เพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับทราบข่าวคราวการระบาดของโรคประหลาดในกัมพูชา ผู้นิพนธ์ได้เสนอข่าวเรื่องนี้ไว้ในหนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ดังนี้
เมื่อเวลาประมาณ ๑๐.๐๐ น. วันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เวลาในประเทศไทยมีรายงานข่าวสั้น ๆ จากองค์การอนามัยโลก http://www.who.int/csr/don/๒๐๑๒_๐๗_๐๖a/en/index.html แจ้งว่า กระทรวงสาธารณสุขกัมพูชาได้รายงานให้องค์การอนามัยโลกได้ทราบว่ามียุติภัยโรคประหลาดที่ยังวินิจฉัยไม่ได้ว่าเป็นโรคอะไรจำนวน ๖๒ ราย ตั้งแต่เดือนเมษายนที่ผ่านมา มีโรคใหม่อุบัติขึ้น มีเด็กเสียชีวิตไปแล้ว ๖๑ ราย

ข่าวสั้น ๆ นี้ ทำให้ผู้นิพนธ์กังวลว่า โรคคงจะลามมาถึงไทยเราแน่ เพราะโรคสมัยนี้เป็นโรคไร้พรมแดน ผู้นิพนธ์จึงพยายามตามข่าวโรคนี้ทั้งย้อนหลังและที่เป็นปัจจุบัน จึงอยากจะขอนำประมวลมาแล้ว เพื่อให้คนไทยเราตระหนักเอาไว้จะได้ไม่ตระหนกตกตื่นกลัวกันมากเกินไปดังนี้ครับ

ข่าวแรกที่ตามได้คือข่าวจาก Cidrap เป็นศูนย์วิจัยติดตามเคลื่อนไหวของโรคติดเชื้อทั่วทุกมุมโลกของมหาวิทยาลัยมินนิโซตา สหรัฐอเมริกา ศูนย์นี้มีชื่อเต็มว่า Center for Infectious



Disease Research and Policy ท่านที่สนใจติดตามจะเข้าถึงได้ที่
www.cidrap.umn.edu ท่านจะได้รับข่าวทุกวัน

Cidrap รายงานข่าวนี้เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ โดย
อ้างข่าวจากหนังสือพิมพ์ The Wall Street Journal ประจำวัน
เดียวกันนั้น เนื้อความในข่าวมีดังนี้ครับ

โรคลึกลับที่คร่าชีวิตในกัมพูชา

องค์การอนามัยโลกกำลังช่วยประเทศกัมพูชาในการ
ค้นหาโรคลึกลับที่คร่าชีวิต

องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศเมื่อวันที่ ๔
กรกฎาคมว่ากำลังช่วยค้นหาสาเหตุของโรคติดเชื้อระบบหายใจ
ที่ยังให้การวินิจฉัยที่แน่นอนไม่ได้ ซึ่งทำให้เด็กล้มป่วยจำนวน
๖๒ รายและเสียชีวิตไปแล้ว ๖๑ ราย เด็กส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้
ของประเทศกัมพูชา กำลังได้รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเด็กใน
กรุงพนมเปญ อาการของโรค ได้แก่ มีไข้สูง ตามมาด้วยอาการทาง
ระบบหายใจหรือระบบประสาท ผู้ป่วยมีอาการทางระบบหายใจ
เลวลงอย่างรวดเร็ว ซึ่ง นิมา แอสการี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญของ
องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าไม่น่าจะเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ โรคยัง
ไม่แพร่ไปยังโรงพยาบาลอื่นและบุคลากรแพทย์ที่ทำการรักษา
ผู้ป่วย ขณะนี้กำลังค้นหาสาเหตุของโรคอยู่ทั้งทางชันสูตร
และการเก็บตัวอย่างตรวจจากภาคสนาม ข่าวได้ให้ข้อสังเกตเอา



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ไว้ว่า เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา ก็ยังมีแม่ลูกคู่หนึ่งเสียชีวิตจากโรคไข้หวัดนก H5N1 อยู่

เมื่อติดตามข่าวมาจนถึงวันนี้ (๗ กรกฎาคม) ก็พบรายงานข่าวในเอกสารข่าวของสมาคมโรคติดเชื้อระหว่างชาติคือ ProMed Mail ในเนื้อข่าวสรุปได้ดังนี้

“ข่าวจากกระทรวงสาธารณสุขกัมพูชาแจ้งว่า ตั้งแต่เดือนเมษายน จนถึงวันที่ ๕ กรกฎาคม มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น ๑๔ ราย ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า ๑ ขวบมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางและภาคใต้ของประเทศ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเด็ก คันทา โบพา (Kantha Bopha Children’s hospital) ในกรุงพนมเปญ แม้ว่าแพทย์จะพยายามช่วยชีวิตอย่างเต็มที่ แต่ก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาลนั่นเอง”

ได้เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยส่งตรวจที่สถาบันปาสเตอร์ในกัมพูชาแล้วก็ยังหาสาเหตุไม่พบ ตัวอย่างตรวจทั้งหมดให้ผลลบทั้งหมด กล่าวคือให้ผลลบต่อไวรัสไข้หวัดนก ไวรัสไข้หวัดใหญ่หลายๆชนิด ไวรัสโรคซาร์ส และไวรัสนิปาห์ (ไวรัสก่อโรคสมองอักเสบ) และยังพิสูจน์ไม่ได้แน่ชัดอีกว่า โรคแพร่ติดต่อกันโดยทางใด ทางการยังพยายามสืบค้นว่ามีความสัมพันธ์กับเชื้อจุลชีพก่อโรคอื่นๆอีกหรือไม่เช่น ไวรัสเด็งกี (ไวรัสก่อโรคไข้เลือดออก) โรคมือ เท้า ปาก (hand, foot and mouth disease) และโรคไขปวดข้อยุงลายสวน (chikungunya disease)



ระบาดบัณฑิตโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ทางการได้ประกาศแนะนำให้ประชาชนพาเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นโรคดังกล่าวให้นำเด็กไปพบแพทย์ตรวจที่โรงพยาบาล และแนะนำให้รักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลให้ถูกต้อง ให้ล้างมือให้สะอาดเสมอๆ

รายงานข่าวล่าสุดที่ผู้นิพนธ์ข่าวชี้เอ็นเอ็นเมื่อเย็นวันที่ ๘ กรกฎาคม รายงานว่าต้นเหตุของโรคคือ ไวรัสเอ็นเตโร 71 (Enterovirus 71 หรือเรียกสั้นๆว่า EV71) หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ที่ประจำวันที่ ๙ กรกฎาคมก็ยืนยันเช่นกัน



ปฏิทินลำดับเหตุการณ์การระบาดของ โรค มือ เท้า ปาก ในประเทศไทย

โรค มือ เท้า ปาก ในประเทศไทย

เกิดเหตุที่มาเลเซีย สิงคโปร์ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ อีกหนึ่งปีให้หลัง ก็ไปอาละวาดที่ไต้หวัน ผู้นิพนธ์พยายามสอบถามไปที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ที่โรงพยาบาลศิริราช และสอบถามไปที่โรงพยาบาลเด็กที่ราชวิถี ถามไปที่กองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งศูนย์สาธารณสุข กทม.ด้วย ปรากฏว่าในบ้านเรายังไม่มีข่าวรายงานการระบาด ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีการประชุมเรื่องโรคมือ เท้า ปากนี้ที่นครไต้หวัน ไต้หวัน ผู้นิพนธ์และคณะจากศิริราช มีอาจารย์หม่อจันทพงษ์ วะสีและอาจารย์ ดร. สันทนา ศิริตันติกกร มีคุณหมอวิชัย โชควิวัฒน์ จากกระทรวงสาธารณสุข ไปร่วมฟังการประชุมที่มหาวิทยาลัยเซ็งกง ได้รับความรู้มากมาย ได้พบกับนักวิจัย นักการสาธารณสุขชั้นนำของไต้หวัน มีนักวิทยาศาสตร์และแพทย์หลายท่านเป็นชาวไต้หวัน แต่ไปทำงานมีชื่อเสียงโด่งดังอยู่ในสหรัฐก็มาร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ต่อมาเมื่ออยู่วันหนึ่งประมาณกลางปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ผู้นิพนธ์ พบกับคุณสุภาพสตรีท่านหนึ่ง คุณพัชรา (ชื่อสมมุติ)



มาปรึกษาว่ามีบุตรสาวอยู่สองคน ผู้พี่คือน้องพลอย และคนน้องอายุน้อย ยังประมาณสองขวบ น้องพิมพ์ คุณพัชราเธอต้องออกไปประกอบอาชีพทำงานนอกบ้าน คุณยายก็อายุมากแล้ว คงช่วยดูไม่ทั่วถึง เธอจึงต้องพาไปฝากไว้ที่เนิร์สเซอร์ี่แถวห้วยขวาง เธอมาขอคำปรึกษาที่ว่า สถานรับเลี้ยงเด็กที่เธอเอาน้องพิมพ์ไปฝากไว้ปิดชั่วคราว เพราะเกิดมีเด็กเล็กอีกคนหนึ่งที่อยู่ใกล้เคียงกันนั้น เกิดไม่สบายเป็นโรคอะไรสักอย่างหนึ่ง คุณพ่อคุณแม่ของเด็กคนนั้น พาไปพบแพทย์ที่คลินิกแถวๆ โพร้สามต้น ฝั่งธนฯ ทางสถานที่รับบริบาลแห่งนั้น เจ้าของเป็นสุภาพสตรี มีความรู้จบปริญญาตรีจากคณะครุศาสตร์ จุฬาฯ รู้เรื่องนี้จึงแจ้งไปให้ทางสาธารณสุขของ กทม. ได้ทราบ และเธอเกรงว่าโรคจะระบาดจึงปิด หุุดชั่วคราว เพื่อทำความสะอาดผู้นิพนธ์ จึงได้อธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ให้คุณพัชราได้เข้าใจ จะได้หายวิตกกังวลเรื่องน้องพิมพ์และบอกเธอว่า เรื่องทุกอย่างทุกท่านทำถูกต้องแล้ว และยังได้ถ่ายเอกสารเรื่อง “มรณกรรมหมู่ของกุมารมาเลย์” ให้ไปอ่าน และขอร้องให้นำไปให้คุณสุภาพสตรีเจ้าของสถานรับเลี้ยงเด็กได้อ่านด้วย นี้ดูเหมือนจะเป็นข่าวแรกที่ผู้นิพนธ์ได้รับทราบถึงข่าวการระบาดเริ่มมาเยือนแล้ว

เมื่อมีรายงาน โรคอย่างชัดเจนแล้ว หลังจากนั้นประมาณปีพ.ศ. ๒๕๔๔ สำนักงานระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุขก็เลยเริ่มเฝ้าระวังรายงาน โรคนี้จนถึงปัจจุบันนี้



สถานการณ์ของโรค มือ เท้า ปากในประเทศไทย

สำนักโรคบาดวิทยาเริ่มมีการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ ในช่วงแรก - พ.ศ. ๒๕๔๕ มีอัตราป่วย ๑-๘ ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เริ่มมีรายงานการเสียชีวิตอย่างรวดเร็วจากปอดบวมน้ำเหลืองปนรุนแรง ดังมีรายงานของสำนักโรคบาดวิทยา

ข้อมูลบางส่วนต่อไปนี้ ได้มาจากบทความในเอกสาร รายงานการระบาดของสำนักโรคบาดวิทยา เรียบเรียงโดย คุณ อาทิตยา วงศ์คำมา สำนักโรคบาดวิทยา

ในช่วงแรก - พ.ศ. ๒๕๔๕ มีอัตราป่วย ๑-๘ ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เริ่มมีรายงานการเสียชีวิตอย่างรวดเร็วจากปอดบวมน้ำเหลืองปนรุนแรงโดยพบว่าเชื้อต้นเหตุหลักได้แก่เชื้อ Enterovirus 71 (EV71) ในประเทศเพื่อนบ้านเช่น มาเลเซีย ใต้หวัน สิงคโปร์ หลังจากนั้นประเทศไทยเริ่มมีรายงานเด็กเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วจากอาการปอดบวมน้ำเหลืองปนรุนแรงใน ๒-๓ จังหวัด สำนักโรคบาดวิทยาจึงได้มีการเฝ้าระวังในกลุ่มอาการไข้และ ปอดบวมน้ำเหลืองปนในเด็กเล็ก ร่วมกับการเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ (ค.ศ. ๒๐๐๙) สำนักโรคบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ๘,๘๐๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓.๘๘ ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต ๒ ราย อัตรา



ป่วยตายร้อยละ ๐.๐๒ อัตราป่วยลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. ๒๕๕๑ (ค.ศ. ๒๐๐๘) โรคมือ เท้า ปากเริ่มมีการเฝ้าระวังตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ (ค.ศ. ๒๐๐๑) ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ อัตราป่วยระหว่าง ๑.๒๓ - ๗.๔๗ ต่อประชากรแสนคน และมีการระบาดในหลายพื้นที่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ (ค.ศ. ๒๐๐๗) อัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ ๒๖.๗๗ ต่อประชากรแสนคน

ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๒ มีรายงานผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยมีผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายน ยกเว้นปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่มีการระบาด พบว่ามีผู้ป่วยสูงขึ้นตั้งแต่เดือนกันยายน สูงสุดในเดือนธันวาคม จากนั้นลดลงจนกลับมาเป็นปกติในเดือนมีนาคมของปีถัดไปเป็นการระบาดคลอัมปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑

ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด ๒๐.๗๔ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย ๒๐.๑๔, ๘.๕๖ และ ๖.๐๔ ตามลำดับ จากข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี พบว่า ภาคกลางและภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราป่วยสูงมาตลอด ส่วนภาคใต้มีแนวโน้มอัตราป่วยสูงขึ้น

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๑๐ อันดับแรก ได้แก่ น่าน ลำปาง กรุงเทพมหานคร พะเยา สุโขทัย สมุทรปราการ ระยอง สมุทรสาคร นนทบุรี และพังงา อัตราป่วย ๕๔.๐๑, ๕๐.๘๗, ๓๖.๖๖, ๓๑.๖, ๓๑.๑๖, ๒๕.๔๒, ๒๘.๕๑, ๒๘.๖๗, ๒๗.๕๕ และ ๒๗.๕๑ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (รูปที่ ๑)

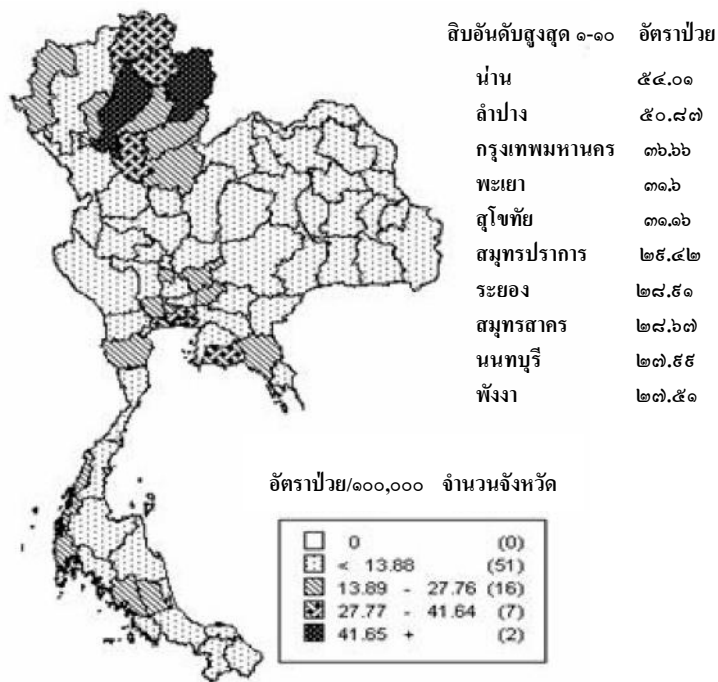


ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

พบผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล โดยจำนวนผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ ๘๑.๖๕ ส่วนผู้ป่วยในเขตเทศบาล ร้อยละ ๑๘.๓๑

พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑.๓๖ : ๑ กลุ่มอายุที่พบส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี อัตราป่วย ๑๕๖.๕๒ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา

รูปที่ ๑. รายงานผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก อัตราต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน
จำแนกตามรายจังหวัด ประเทศไทย ๒๕๕๒

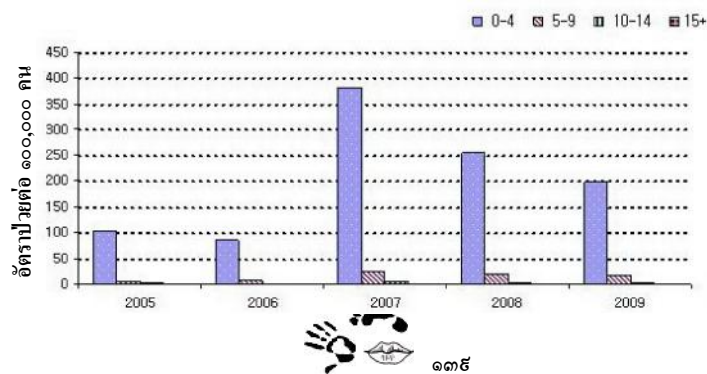


คือ กลุ่มอายุ ๕-๙ ปี (๑๖.๕๕) และ ๑๐-๑๔ ปี (๒.๕๓) (รูปที่ ๒) สัดส่วนการรายงานในผู้ป่วยกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ร้อยละ ๘.๕๑ เด็กอายุ ๑ ปี ร้อยละ ๓๓.๗๒ เด็กอายุ ๒ ปี ร้อยละ ๒๘.๕๕ เด็กอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๑๕.๗๓ เด็กอายุ ๔ ปี ร้อยละ ๕.๐๗

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๓๕.๖๖ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๒๔.๒๕ คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๒๑.๔๘ โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๕.๖๐ สถานีนอนมัย ร้อยละ ๖.๔๑ และคลินิกราชการ ร้อยละ ๒.๒๒

จำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือเด็กในปกครอง ร้อยละ ๘๖.๕๗ รองลงมาคือ นักเรียน ร้อยละ ๘.๑๑ และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๑.๒๐

รูปที่ ๒. รายงานผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก อัตราป่วยต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๒



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงาน การสอบสวนโรคมือเท้าปากและกลุ่มอาการไข้และปวดบวม น้ำ จำนวน ๑๒ รายงานมีรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ ๑-๑๕ ราย จาก กรุงเทพมหานคร ๕ รายงาน นครปฐม ๒ รายงาน เชียงใหม่ ลำปาง นนทบุรี ปทุมธานี จังหวัดละ ๑ รายงาน มีรายงานเด็ก เสียชีวิตกระทันหัน ๒ ราย จากอาการ ไข้และปวดบวม น้ำ ๑ ราย ตรวจไม่พบ Enterovirus 71 โดยมีรายงานการระบาดในศูนย์ เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล ๗ แห่ง หลังมีรายงานผู้ป่วยในศูนย์ เด็กเล็ก/โรงเรียนได้มีการทำความสะอาดของใช้ทุกแห่งและ มีการปิดศูนย์เด็กเล็ก ๒ แห่ง

สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถาบัน วิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับ ตัวอย่างจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ส่งมาตรวจแยกเชื้อ ๕๐๒ ตัวอย่าง (๑๘๔ ราย) ให้ผลบวกต่อ Enterovirus 71 ร้อยละ ๗ ตรวจหาระดับ Ig G ๔๘๔ ตัวอย่าง (๒๕๕ ราย) ให้ผลบวกต่อ Enterovirus 71 ร้อยละ ๑๗ Coxsackievirus A type 16 ร้อยละ ๗ Enterovirus 71 และ Coxsackievirus A type 16 ร้อยละ ๕ Enterovirus 71 และ Coxsackievirus A type 10 ร้อยละ ๓



เหตุการณ์การระบาดในปีต่อมา

ผู้นิพนธ์ได้เก็บข้อมูลของการเฝ้าระวังโรคที่ดำเนินการโดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พอให้เห็นภาพการระบาดของโรคในบ้านเราบ้าง

พ.ศ. ๒๕๔๔

มีผู้ป่วยจำนวนรวม ๑,๕๔๕ ราย ไม่มีผู้ตาย แยกเชื้อได้เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๒ ราย เป็นไวรัสค็อกแซคคิเอ ๑๖ อีก ๒ ราย

พ.ศ. ๒๕๔๕

มีผู้ป่วยจำนวนรวม ๓,๕๓๓ ราย ตาย ๒ ราย แยกเชื้อได้เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ ได้ ๓ ราย ไม่พบไวรัสค็อกแซคคิเอ ๑๖

พ.ศ. ๒๕๔๖

มีผู้ป่วยจำนวนรวม ๘๗๕ ราย ไม่มีผู้ตาย แยกเชื้อได้เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๑๐ ราย เป็นไวรัสค็อกแซคคิเอ ๑๖ อีก ๔ ราย

พ.ศ. ๒๕๔๗

มีผู้ป่วยจำนวนรวม ๕๗๔ ราย ไม่มีผู้ตาย แยกเชื้อได้เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๕๑ ราย ไม่พบไวรัสค็อกแซคคิเอ ๑๖



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

พ.ศ. ๒๕๔๘

มีผู้ป่วยจำนวนรวม ๒,๒๗๐ ราย ไม่มีผู้ตาย แยกเชื้อได้ เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๔๐ ราย ไม่พบไวรัสค็อกแซคคิ เอ ๑๖

พ.ศ. ๒๕๔๙

มีผู้ป่วยจำนวนรวม ๑,๔๘๘ ราย แยกเชื้อได้เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๒๒ ราย มีผู้ตาย ๑๕ ราย เป็น โรคมือ เท้า ปาก ๗ ราย พบไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๓ ราย อีก ๘ รายไม่มีอาการของโรคมือเท้าปากชัดเจน แต่พบเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๔ ราย ที่เสียชีวิตทั้ง ๑๕ ราย ไม่พบไวรัสค็อกแซคคิ เอ ๑๖ เลย

เฉพาะที่จังหวัดนครราชสีมาจังหวัดเดียว พบเด็ก ๔ ราย เป็นโรคมือเท้าปากที่มีอาการซึม หัวใจล้มเหลว เสียชีวิตหมดทั้ง ๔ ราย ตรวจพบว่าเป็นเชื้อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ จำนวน ๒ ราย อีก ๒ รายไม่ได้ตรวจ

พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒

การระบาดในประเทศไทย เท่าที่ผ่านมามากกว่าสิบปีแล้ว มักจะเกิดในช่วงต้นฤดูฝน การระบาดในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ส่วนใหญ่เกิดจากไวรัสเอนเทอโร ๗๑ สายพันธุ์ สับจิโนกรุ๊ป C4 ครั้นพอถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เริ่มมีรายงานการพบ ไวรัสค็อกแซคคิ เอ ๑๖ ร่วมกับไวรัสเอนเทอโร ๗๑



พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๔

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๔ ก็พบคล้ายกัน แต่ไวรัส
เอินเทอโร ๗๑ จะเป็นสายพันธุ์ สับจีโนกรุ๊ป B5

ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ จาก
การเฝ้าระวังใน ๗๗ จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร) พบผู้ป่วย
๘,๔๐๕ ราย มีผู้ป่วยสงสัยเสียชีวิตจากโรคมือ เท้า ปาก
หรือเชื้อจากไวรัสเอินเทอโร ๗๑ หรือ EV71 จำนวน ๔ ราย

พ.ศ. ๒๕๕๕

ข่าวหนังสือพิมพ์มติชนรายวันประจำวันที่ ๓ มิถุนายน
๒๕๕๕ รายงานว่าที่จังหวัดยะลา มีอยู่หลายอำเภอที่มีผู้ป่วยโรค
มือ เท้า ปาก ระบาดทางการจึงประกาศปิดโรงเรียน เป็นเวลาหนึ่ง
สัปดาห์เพื่อทำลายเชื้อ แต่ยังไม่เห็นข่าวที่อื่นของทางราชการ

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากสำนักกระบาดวิทยา กรม
ควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม
๒๕๕๕ พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก รวมทั้งสิ้น ๑๓,๕๑๘ ราย
จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๑๒.๕๑ ต่อแสนประชากร
ไม่มีผู้เสียชีวิต สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๑: ๐.๗๑ กลุ่มอายุ
ที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ ๑ ปี (ร้อยละ ๒๘.๓๖) ๒ ปี
(ร้อยละ ๒๕.๖๒) ๓ปี (ร้อยละ ๑๗.๔๔) สัญชาติเป็นไทย
(ร้อยละ ๘๘.๒), พม่า (ร้อยละ ๐.๕), กัมพูชา (ร้อยละ ๐.๑) อื่นๆ
(ร้อยละ ๐.๒)



จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด ๕ อันดับแรกคือ

พะเยา(๑๑๒.๕), เชียงราย(๗๔.๕๐), ภูเก็ต(๗๔.๔๒), สุราษฎร์ธานี(๖๓.๔๓) และ ระยอง(๕๘.๔๕) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ ๓๓.๐๐, ภาคใต้ ๓๐.๕๔, ภาคกลาง ๒๒.๖๓ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๑.๔๑ ต่อแสนประชากร

ในปีพ.ศ. ๒๕๕๕ ศาสตราจารย์ยัง กุ์วรวรรณรายงาน ว่า ส่วนใหญ่พบไวรัสค็อกแซคคิ เอ ๖ ประมาณร้อยละ ๘๐ ส่วนอีก ประมาณร้อยละ ๒๐ นั้น เป็นไวรัสเอนเทอโร ๗๑ สายพันธุ์ สับจีโนกรุ๊ป B5

สำหรับการศึกษาหาภูมิคุ้มกัน ในประชากรไทย ศาสตราจารย์ยัง กุ์วรวรรณรายงาน ว่า เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ร้อยละ ๖๐ ยังขาดภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ สายพันธุ์ สับจีโน กรุ๊ป B5 ส่วนเด็กโตที่มีอายุเกิน ๑๒ ปีแล้ว และผู้ใหญ่ประมาณ ร้อยละ ๕๐ จะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเอนเทอโร ๗๑ สายพันธุ์ สับจีโนกรุ๊ป B5 แล้ว ด้วยเหตุนี้ จึงพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ จะป่วยเป็นโรคนี้นี้มาก เด็กโตและผู้ใหญ่จึงพบน้อย หากมีการเปลี่ยนแปลงในสายพันธุ์ อุบัติการณ์โรคในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่พบบ่อยขึ้นก็ได้ จึงควรติดตาม เฝ้าระวังต่อไป



รายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตรายแรกจากโรคมือ เท้า ปาก ในประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๕

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตลงเมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เวลา ๑๖.๐๐ น. ที่โรงพยาบาลของรัฐ แต่แพทย์ลงความเห็นระบุการวินิจฉัยโรคไม่ได้ชัดเจน ขณะนั้นประชาชนกำลังมีความวิตกว่า “โรคปริศนาอีกกลับที่ยังให้การวินิจฉัยโรคไม่ได้ และคร่าชีวิตเด็กชาวกัมพูชาไปแล้ว กว่า ๖๐ คน จะลามเข้ามาระบาดในประเทศไทย” สื่อมวลชนสาขาต่างๆ ก็ให้ความสนใจติดตามข่าวอย่างใกล้ชิด ด้วยเหตุนี้เอง วันที่ ๒๓ กรกฎาคม อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ มาประชุมปรึกษาหารือเพื่อสรุปผลการวินิจฉัยผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน ๓ ราย ที่เสียชีวิต และแพทย์ผู้ทำการรักษายังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างชัดเจนทั้ง ๓ ราย การประชุมจัดขึ้นที่ห้องประชุม ชีระ รามสูตร ชั้น ๓ อาคารสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค ในวันที่ ๒๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เวลา ๑๒.๐๐ ถึง ๑๓.๐๐ น. หลังการประชุม คณะผู้เชี่ยวชาญได้มอบหมายให้ผู้นิพนธ์ในฐานะประธานที่ประชุมได้แถลงสรุปผลการประชุมให้สื่อมวลชนทั้งหลายได้ทราบโดยทั่วกันดังที่ได้นำมาเสนอไว้ในภาคผนวก



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

ประวัติผู้ป่วยรายแรกที่ได้จากการสอบสวนโรคของเจ้าหน้าที่สำนักกระบาดวิทยาที่นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี ผู้อำนวยการสำนักกระบาดวิทยา นำมาเสนอเพื่อพิจารณามีดังนี้

ผู้ป่วยสงสัยโรคมือเท้าปาก ชื่อ เด็กหญิง อีว (นามสมมุติ) อายุ ๒ ปี ๘ เดือน พักอาศัยบ้านเลขที่.... หมู่... ซอย... ถนน.... แขวง.. เขต... กรุงเทพฯ อาศัยอยู่ร่วมกับบิดา มารดา ตา ยาย จากแบบสอบสวนโรคพบว่า

วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เริ่มมีอาการไข้ ซ้ำๆ มารับประทานเอง ไม่ดีขึ้น

เวลา ๒๔.๐๐ น. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๕ จากการสอบถามยายของผู้ป่วย

เวลา ๐๔.๐๐ มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

เวลา ๐๗.๐๐ เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ๕๐ บึงกุ่ม ด้วยอาการไข้สูงเหนื่อยหอบมาก (แพทย์ลงความเห็นว่าเป็น Respiratory failure) แพทย์เห็นอาการวิกฤตจึงส่งต่อ (Refer) โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

เวลา ๐๘.๐๕ น. เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี แผนกฉุกเฉิน (ER) ด้วยอาการไข้ (๓๗° เซลเซียส) เหนื่อยหอบมาก ซึม ระดับความรู้สึกลดลง วัดความดันโลหิต



ร:บาดับลือโลก ๑๙ > ไรตมือ เท่า ปาก

๑๖๐/๕๐ มิลลิเมตรปรอท ซีพจร ๑๘๕ ครั้ง/นาที น้ำหนัก ๑๕ กิโลกรัม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Respiratory Distress และใส่เครื่องช่วยหายใจ

เวลา ๐๘.๔๕ น. รับย้ายเข้าแผนก ICU ตรวจร่างกายอีกครั้งวัดความดันโลหิต ๑๖๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ไข้ ๓๘.๗๐ °ซ อัตราการเต้นของหัวใจ ๒๐๑ ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ๘๘ % DTX ๑๔๕ mg/l พร้อมเก็บตัวอย่างอุจจาระ Blood clot และ CSF รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๕ เก็บตัวอย่าง nasopharyngeal swab รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เวลา ๑๖.๐๐ น. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การเสียชีวิตในรายนี้ แพทย์เจ้าของไข้ยังไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยโรคได้อย่างชัดเจน ดังนั้น กรมควบคุมโรคจึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ มาประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาคำตอบในเรื่องนี้ จึงจัดให้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ณ ห้องประชุมธีระ รามสูต สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



๑๔๗

ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

สรุปรายงานการประชุมหารือ
สรุปผลการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปากที่มีอาการรุนแรง
วันอังคารที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๕
ณ ห้องประชุมธีระ งามสุต (ห้องเล็ก) ชั้น ๓ อาคาร ๘
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้มาประชุม

๑. ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์ไพจิตร วราจิต
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ
รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๔. รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์
ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์
๕. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ
ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์
๖. ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง กุ์ววรรณ
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๗. ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระวัฒน์ เหมะจุธา
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๘. นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหะวัณ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค



๙. นายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
๑๐. นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา
๑๑. แพทย์หญิงจริยา แสงสัจจา
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
๑๒. นายรติกร กัมพะพงษ์
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๑๓. นายแพทย์รุ่งเรือง กิจผาติ
ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
๑๔. แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน
สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
๑๕. แพทย์หญิงรจนา วัฒนรังสรรค์
สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
๑๖. นางสาวคัคคนางค์ มีผล
สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่

เริ่มประชุมเวลา ๑๒.๒๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุม
ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
ที่ปรึกษาดูกรมควบคุมโรค ในฐานะประธาน กล่าวเปิดการประชุม
พร้อมแจ้งความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุม คือ
เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปากในประเทศ



ไทย ซึ่งกำลังอยู่ในความสนใจของผู้บริหารและสื่อมวลชน โดยในขณะนี้ มีผู้ป่วยสงสัยโรคมือ เท้า ปาก ที่มีอาการรุนแรงหลายราย และบางรายเสียชีวิต อยู่ระหว่างรอการวินิจฉัยโรคสุดท้าย จึงจะขอความเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากทั้งในและนอกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันพิจารณาสรุปผลการวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยเสียชีวิตจาก โรคมือ เท้า ปาก เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังและรายงานโรค รวมทั้ง เพื่อให้เกิดแนวทางในการสรุปรายงานผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

มติที่ประชุม รับประทาน

วาระที่ ๒ เรื่องเพื่อทราบ

๒.๑ สรุปสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในประเทศไทย

โดย นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา แจ้งสถานการณ์ ระบบรายงานและเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ให้ที่ประชุมทราบ สรุปได้ดังนี้ สำนักระบาดวิทยาใช้การเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก ในระบบรายงาน ๕๐๖ ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ๑๘,๑๘๖ ราย และพบมีผู้ป่วยอาการรุนแรงบ้าง จึงได้มีการปรับนิยามการเฝ้าระวังโรคให้มีความไวที่จะตรวจจับ โรคได้รวดเร็วขึ้น และได้ประชุมชี้แจงการปรับระบบการเฝ้าระวังโรคแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยยืนยัน กลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะเป็น และกลุ่มผู้ป่วย



สงสัยจะเป็นโรคมือ เท้า ปาก โดยใช้ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลทางระบาดวิทยา ซึ่งการรายงานโรค จะใช้นิยามผู้ป่วยสงสัยเพื่อจะได้ตรวจจับการระบาด แนวโน้ม และลักษณะทางระบาดวิทยาได้อย่างรวดเร็ว

มติที่ประชุม รับทราบ

วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

๓.๑ ผลการสอบสวนโรคมือ เท้า ปาก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายที่ ๑

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดย นายแพทย์ ภาสกร อัครเสวี ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา แจ้งข้อมูลผู้ป่วย โดยสรุปดังนี้ ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ ๒ ปี ๘ เดือน ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร มีโรคประจำตัวเป็นหอบหืด เริ่มป่วยเล็กน้อยวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ต่อมาวันที่ ๑๕ กรกฎาคมมีอาการไข้ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย โดยไม่มีตุ่ม หรือแผลในปาก หรือมือ หรือเท้า เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ด้วยอาการหอบเหนื่อยมาก ซึม สับสน ตรวจร่างกายแรกพบพบ ความดันโลหิตสูง (BP ๑๖๐/๕๐ mmHg) หายใจ ๖๐ ครั้ง/นาที ชีพจร ๑๘๕ ครั้ง/นาที ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory distress) และกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเสียชีวิตวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ



เมื่อดเลือดขาวมีปริมาณสูง เอนไซม์ของหัวใจมีระดับสูงผิดปกติ ผลการตรวจสารพันธุกรรมของโรคมือ เท้า ปาก โดยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) จากอุจจาระ ในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ให้ผลบวกระบุเชื้อ Enterovirus 71 (EV 71) ต่อมาวันที่ ๑๗ กรกฎาคม พบผลการตรวจสารพันธุกรรมของโรคมือ เท้า ปาก โดยวิธี PCR จากตัวอย่างจากคอกอหอย (Throat swab) ให้ผลบวกระบุเชื้อ EV 71 การสอบสวนทางระบาดวิทยา ไม่พบปัจจัยสัมผัสโรคที่ชัดเจน

ความเห็นผู้เข้าร่วมประชุม ผู้ป่วยรายนี้ มีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคมือ เท้า ปาก คือ อาการในระบบทางเดินหายใจ และระบบสมอง เช่น ซึม หายใจหอบเหนื่อย แม้จะไม่พบตุ่มหรือแผลที่ปาก มือ หรือเท้า ก็ตาม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการระบาดของโรคนี้ในประเทศจีน ก็พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ที่มีอาการรุนแรง ถึง ๑ ใน ๓ เช่นกัน ประกอบกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบสารพันธุกรรมของเชื้อ EV 71 - subgroup B5 ในตัวอย่างจากคอกอหอย แม้ผลการตรวจอุจจาระจะไม่พบสารพันธุกรรมของโรคมือ เท้า ปาก แต่เนื่องจากในเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ๓ วันแรกของการป่วย อาจพบเชื้อในอุจจาระได้ยาก ดังนั้น จากข้อมูลทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยรายนี้ จึงถือเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคมือ เท้า ปาก นอกจากนี้ รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ได้รับการโทรศัพท์ปรึกษาหารือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ จากแพทย์เจ้าของไข้ตั้งแต่แรกรับ และ



ได้มีการการรักษาด้วย Intravenous immunoglobulin (IVIG) ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ให้พิจารณาให้ได้ในรายที่มีอาการรุนแรง ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยรายนี้ ถือว่าเป็นไปอย่างเต็มที่ด้วยความรอบคอบ มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและเป็นไปตามแนวทางการรักษา

มติที่ประหม ผู้ป่วยเด็กอายุ ๒ ปี ๘ เดือน ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี นี้เป็นผู้ป่วยยืนยันโรค มือ เท้า ปาก และได้ให้การรักษาเต็มที่แล้วตามแนวทางการรักษา สำหรับการให้คำแนะนำผู้ปกครอง ถึงแม้โรคนี้ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงแต่ก็มีส่วนน้อยที่มีอาการรุนแรง และเสียชีวิตได้ ดังนั้น อาการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเสี่ยง คือ เด็กเล็กอายุน้อยกว่า ๓ ปี มีไข้สูงเกิน ๒ วัน มีอาการ หรือหอบเหนื่อย หรือชัก หรือกระตุก หรืออาเจียน เนื่องจากช่วงนี้เป็นช่วงของการระบาด หากมีคนเป็นในบ้านหรือในโรงเรียนป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ให้ระมัดระวังเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตาม ส่วนน้อยอาจพบโรคมือ เท้า ปากในผู้ใหญ่หรือเด็กโตได้

๓.๒ ผลการสอบสวน โรคมือ เท้า ปาก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายที่ ๒

จังหวัดสระแก้ว โดย นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา แจ้งข้อมูลผู้ป่วยโดยสรุปดังนี้ ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๑๖ ปี ภูมิลำเนา อำเภออรัญประเทศ จังหวัด



สระแก้ว ปฏิเสธโรคประจำตัว เริ่มป่วยวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ด้วยอาการ DI ปวดศีรษะมาก ปวดเมื่อยตามตัว เหนื่อยง่าย และอาเจียน ไม่มีตุ่มหรือผื่นในปาก หรือมือ หรือเท้า ไปรับการรักษาที่คลินิก ต่อมาวันที่ ๓ กรกฎาคม มีอาการอาเจียนมาก ไอ ขณะนำส่งโรงพยาบาลรัฐประเทศ มีน้ำลายเป็นฟองสีชมพู ระหว่างเดินทางหมดสติประมาณ ๓๐ นาที ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลรัฐประเทศ พบรูม่านตาขยาย (pupil ๕ mm, fixed) ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ผู้ป่วยเสียชีวิต ภาพถ่ายรังสีปอด พบน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) แพทย์วินิจฉัยระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ผลตรวจตัวอย่างจากคอกอหอยพบสารพันธุกรรมของเชื้อ EV 71 ด้วยวิธี PCR ไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อ ไข้หวัดใหญ่และไม่พบปัจจัยสัมผัสโรค

ความเห็นผู้เข้าร่วมประชุม อาการทางคลินิกของผู้ป่วยเข้าได้กับลักษณะของ โรคสมองอักเสบ (Encephalitis) เนื่องจากการติดเชื้อในระบบประสาทมักจะเกิดเฉพาะส่วน เช่น บริเวณก้านสมอง (Brain stem) และการติดเชื้อในบริเวณนี้จะก่อกองหายใจและทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ โดยในผู้ป่วยรายนี้ ไม่มีตุ่มหรือผื่นในปาก หรือมือ หรือเท้า และอาการอื่นๆ ที่เข้าเกณฑ์โรคมือ เท้า ปาก รวมทั้งไม่มีปัจจัยสัมผัสโรค แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างจากคอกอหอยด้วยวิธี PCR พบสารพันธุกรรมของเชื้อ EV 71 ดังนั้น

ผู้ป่วยรายนี้จึงถือว่าเป็นโรคไข้สมองอักเสบ (Encephalitis) ที่น่าจะมีสาเหตุจากเชื้อ EV 71 อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า เชื้อ EV 71 อาจพบได้ในคนทั่วไปแต่ไม่แสดงอาการของโรคได้ และในผู้ป่วยรายนี้ อาการอาจเข้าได้กับการติดเชื้อสมองอักเสบจากสาเหตุอื่น เช่น Nipah virus อีกด้วย นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่เช่นนี้ อาจต้องตรวจสอบหาสาเหตุจากการติดเชื้อในกลุ่ม Enterovirus ด้วย

มติที่ประชุม ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๑๖ ปี อำเภอ อรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว นี้ เป็นโรคไข้สมองอักเสบ น่าจะมีสาเหตุจากเชื้อ EV 71 และมีน้ำท่วมปอด แต่ไม่เข้าเกณฑ์โรคมือ เท้า ปาก

๓.๓ ผลการสอบสวนโรคมือ เท้า ปาก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายที่ ๓

จังหวัดลพบุรี โดย นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา แจ้งข้อมูลผู้ป่วยโดยสรุปดังนี้ ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ ๓ ปี ภูมิลำเนา อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจชนิด PDA และ VSD ศึกษาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่ไม่พบการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้แต่อย่างใด เริ่มป่วยวันที่ ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕ ด้วยอาการไข้สูง อาเจียน ถ่ายเหลวกะปริดกะปรอย วันที่ ๑๘ มิถุนายน ไปตรวจที่โรงพยาบาลโคกสำโรง ได้รับการวินิจฉัย



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

เป็นการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (AGE) ได้ยากกลับไป
รับประทานอาหารไม่ดีขึ้น มีอาการหอบเหนื่อย ซึมลง วันที่ ๑๕
มิถุนายน ๒๕๕๕ ไปโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง เกร็ง ตาลอย
ได้รับการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
เนื่องจากไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างทางมีอาการมือ เท้า
เขียว เกร็ง ตาลอย ถึงโรงพยาบาล เด็กเสียชีวิต ผลการตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างอุจจาระ ให้ผลลบต่อ EV 71
ผลการตรวจเลือด (ซีรัม) พบ IgG titer ๑ : ๑๕๒ แต่ไม่มีผลซีรัม
คู่เทียบเคียง ผลตรวจ anti- influenza A -IgM OD = ๐.๔๑๔ (ค่า
cut off = ๐.๓๕๐) คือ positive

ความเห็นผู้เข้าร่วมประชุม สำหรับการจัดแบ่งผู้ป่วย
รายนี้ทางระบาดวิทยา ถือเป็นเพียงผู้ป่วยสงสัยเท่านั้น และจาก
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในตัวอย่างอุจจาระให้ผลลบต่อ
EV 71 และผลการตรวจเลือดเพียงครั้งเดียว ไม่สามารถสรุปได้ว่า
มีการติดเชื้อ EV 71 หรือไม่ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ
๓๐ ของเด็กอายุ ๓ ปี อาจตรวจพบระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ EV 71
ได้ ประกอบกับไม่พบความสัมพันธ์ทางระบาดวิทยา แม้ใน
พื้นที่นี้จะมีรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคมือ เท้า ปาก ในปีที่ผ่านมา
ก็ตาม และในกรณีนี้ น่าจะมีการเก็บเนื้อเยื่อจากศพ เช่น เนื้อเยื่อ
สมองโดยเก็บผ่านทางลูกตาได้ แต่ต้องได้รับความยินยอมจาก
ผู้ปกครองก่อน



๑๕๖

มติที่ประชุม จากข้อมูลอาการทางคลินิก ทางห้องปฏิบัติการ และหลักฐานทางระบาดวิทยาของเด็กหญิง อายุ ๓ ปี อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี รายนี้ไม่ได้เสียชีวิตจากโรคมือ เท้า ปาก

วาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหะวัณให้ความเห็นว่าการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก เมื่อการระบาดดำเนินไประยะหนึ่ง จะเริ่มพบผู้ป่วยอาการรุนแรง ซึ่งจะต้องการความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในการพิจารณาสรุปผลการวินิจฉัย หรือปรับเปลี่ยนแนวทางเฝ้าระวัง การรักษา หรือควบคุมโรค จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ และควรจะมีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการต่อไปเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ และมีแนวทางในการทำงานที่ชัดเจนต่อไปในอนาคต

มติที่ประชุม เห็นชอบ และสามารถเชิญประชุมผู้เชี่ยวชาญได้ตามความเหมาะสม

ปิดประชุม เวลา ๑๔.๒๐ น.

ผู้จัดรายงานการประชุม :

๑. นางสาวคัคคนางค์ มีผล
๒. แพทย์หญิงรจนา วัฒนรังสรรค์
๓. แพทย์หญิงรยา เหลืองอ่อน

ผู้ตรวจรายงานการประชุม : นายแพทย์รุ่งเรือง กิจผาติ



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

วันนี้ (๒๔ ก.ค.) ที่อาคารราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ที่ปรึกษาด้านการควบคุมโรค ในฐานะประธานคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านไวรัสและระบาดวิทยา ได้ออกมาแถลงข่าว กรณีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญได้พยายามวิเคราะห์ประเด็นที่กำลังเป็นที่สนใจของ สื่อมวลชนและประชาชนทั่วไป คือ กรณีการเสียชีวิตของเด็ก ๒ ขวบ ๘ เดือน ที่ รพ.นพรัตนราชธานี ซึ่งเป็นที่สรุปแล้วว่า เสียชีวิตจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส หรือ อีวี ๗๑



ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ แถลงข่าว
กรณีเชื้อเอนเทอโรไวรัส หรือ อีวี ๗๑ คร่าชีวิตเด็กวัยสองขวบ



สื่อมวลชนสาขาต่างๆ จึงได้นำผลการประชุมเผยแพร่
ต่อสาธารณะดังตัวอย่างหนังสือพิมพ์ ๒ ฉบับ ดังนี้

**ผู้เชี่ยวชาญไวรัสวิทยา ยันเด็ก ๒ ขวบตาย เพราะมือเท้าปาก
ชนิดรุนแรง (ข่าวจากผู้จัดการออนไลน์ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๕)**

ผู้เชี่ยวชาญไวรัสวิทยา เผยผลตรวจเชื้อในคอเด็กหญิง
๒ ขวบ ตายเพราะมือเท้าปากชนิดรุนแรง ซึ่งเด็กมีโรคประจำตัว
ยันความรุนแรงของโรคไม่เกี่ยวกับชนิดของสายพันธุ์ ส่วนผู้
ต้องสงสัยอีก ๒ ราย วินิจฉัยแล้วไม่เข้าข่ายตายเพราะโรคมือ
เท้าปาก

วันนี้(๒๔ก.ค.)เมื่อเวลา๑๔.๐๐ น.ที่สำนักโรคอุบัติใหม่
กระทรวงสาธารณสุข(สธ.)ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ
ผู้เชี่ยวชาญด้านไวรัสวิทยาเป็นประธานการประชุมคณะทำงาน
ผู้เชี่ยวชาญด้านไวรัสวิทยา ระบาดวิทยา และโรคติดเชื้อในเด็ก
พร้อมด้วย รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ ที่ปรึกษา
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ.เด็ก) นพ.คำนวณ
อึ้งชูศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ
หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชา
กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย นพ.
ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการโรคทางสมอง
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย และผู้เชี่ยวชาญด้าน
ระบาดกรมควบคุมโรค



ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ กล่าวภายหลังการประชุมว่า คณะทำงานได้พิจารณาวิเคราะห์ประเด็นที่กำลังเป็นที่สนใจของประชาชนกรณีเด็กหญิงอายุ ๒ ปี ๘ เดือน ซึ่งเข้าข่ายต้องสงสัยว่าเสียชีวิตจากโรคมือเท้าปากที่ รพ.นพรัตน์ราชธานี เมื่อวันที่ ๑๖ ก.ค.ที่ผ่านมา มีข้อมูลหลายอย่าง ทั้งทางระบาดวิทยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยสรุปว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคหอบหืด โดยผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๑๒ ก.ค. มีอาการไอ หายใจลำบาก แต่ไม่มีตุ่มหรือแผลในปาก ต่อมามีความดันโลหิตสูง เหนื่อยหอบ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว เม็ดเลือดขาวมีปริมาณสูง หัวใจมีอัตราการเต้นสูงกว่าปกติ สอดคล้องกับอาการอักเสบ ที่การตรวจเอนไซม์พบว่ามีค่าผิดปกติ หัวใจอักเสบ ไม่พบประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก และไม่พบกลุ่มผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในบริเวณที่ผู้ป่วยอาศัย

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ กล่าวอีกว่า เบื้องต้นของการตรวจแม้ไม่พบประวัติต้องสงสัย แต่แพทย์มีความสงสัยจึงส่งอุจจาระ และน้ำไขสันหลัง ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบต่อเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๘๑ ต่อมาได้เก็บตัวอย่างเชื้อจากคอใหม่อีกครั้ง ด้วยการตรวจเทคนิคชีวโมเลกุล (PCR) ได้ผลบวกต่อเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๘๑ โดยคณะทำงานพบว่าอาการของโรคต่างๆ ไม่เข้าข่าย โดยบริเวณมือและเท้าไม่มีตุ่ม แต่อาการบาง



อย่างเข้าข่ายโรคมือเท้าปาก คือ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ฉะนั้น
เมื่อได้ผลจากคอ ทำให้เชื่อได้ว่า เด็กเสียชีวิตจากด้วยโรคมือ
เท้าปากชนิดรุนแรง โดยพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๗๑ สายพันธุ์
บี ๕

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ กล่าวต่อว่า สายพันธุ์ บี ๕
ไม่ใช่สายพันธุ์รุนแรง แต่พบว่าเป็นรายดังกล่าวมีอาการรุนแรง
ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ไม่อยากให้มีประเด็นไปแค่เรื่อง
ของสายพันธุ์ เพราะไม่มีหลักฐานว่าสายพันธุ์จะเกี่ยวกับความ
รุนแรงของโรค ทุกสายพันธุ์มีโอกาสทำให้เสียชีวิตได้ และ
เนื่องจากเด็กรายดังกล่าวมีโรคประจำตัว แต่ไม่ได้เข้าพบ
แพทย์ซ้ำเกิน ไปอีกทั้งการสอบสวน พบว่าแพทย์ได้ให้แนวทาง
การรักษาที่ถูกต้องทุกประการ ไม่มีตรงไหนบกพร่อง มีการ
ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตลอดเวลา

“ตลอดเวลาที่ระบาดในประเทศไทย ซึ่งมีการระบาด
ทุกปี โรคทุกโรคไม่ว่าอ่อนหรือรุนแรง มันมีปัจจัยเสี่ยงเรื่องอื่น
ที่เกี่ยวข้องมากมายที่จะทำให้เกิดการเสียชีวิต จะเน้นเฉพาะ
จุดใดจุดหนึ่งไม่ได้ ซึ่งมือเท้าปาก ก็ไม่ได้เสียชีวิตเยอะ เช่น
อุบัติการณ์ที่ผ่านมา พบว่า เมื่อปี ๒๕๕๐ ประเทศไทยได้วันป่วย
เป็นแสนราย ตาย ๕๐๐ ประเทศจีน ป่วยเป็นล้านตายก็ ๕๐๐ คน
เห็นได้ชัดว่า มีปัจจัยจำนวนมากที่จะทำให้เสียชีวิต ไม่ใช่แค่
สายพันธุ์” นพ.ประเสริฐ กล่าว



ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ กล่าวต่อไปว่า ในที่ประชุม คณะทำงานยังได้พิจารณาผู้ต้องสงสัยรายอื่นๆ พบว่ามีกรณีของ ชายไทยอายุ ๑๖ ปี อาศัย ที่ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว มีอาการ ใช้สมองอักเสบ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ ๓ ก.ค. เบื้องต้น มีไข้ อาเจียน ไม่มีตุ่มผื่น ไม่มีประวัติการสัมผัสเชื้อ แต่มีน้ำท่วม ปอดและใช้สมองอักเสบ ซึ่งตรวจสาเหตุพบว่ามาจากเชื้อ เอนเทอโรไวรัส ๓๑ ซึ่งเชื่อดังกล่าวไม่ได้ก่อให้เกิดโรคมือเท้าปาก เพียงอย่างเดียว สามารถทำให้เกิดโรคใช้สมองอักเสบได้ด้วย จึงสรุปว่ารายดังกล่าวไม่ได้ป่วยโรคมือเท้าปาก ส่วนกรณีเด็กหญิง อายุ ๓ ปี เสียชีวิต อยู่ อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี พบว่า มีโรคหัวใจ เข้าโรงพยาบาลฉุกเฉินจากอาการไข้สูง ตาลอย อาเจียน หนึ่งย หอบ โดยผลการตรวจ PCR ไม่พบเชื้อเอนเทอโรไวรัส ๓๑ ยังต้อง มีการศึกษาต่อว่าสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเกิดจากอะไร

ผู้สื่อข่าวรายงานว่า ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา คร. เปิดเผยตัวเลขผู้ป่วยมือ เท้า ปาก ล่าสุดตั้งแต่เดือน ม.ค.-ก.ค. ๒๕๕๕ พบผู้ป่วยรวมแล้ว ๑๖,๘๖๐ รายเฉพาะเดือน มิ.ย. พบ ๕,๒๕๘ ราย เดือน ก.ค.พบ ๔,๒๕๗ ราย



Doctors say girl's death was caused by HFMD

Bankok Post Published: 25/07/2012 at 02:01

AMNewspaper section: News

The Public Health Ministry has confirmed that a two-year-old girl did die of hand, foot and mouth disease (HFMD) last week.

The toddler's death became the first HFMD fatality in Thailand this year, said Disease Control Department adviser Prasert Thongcharoen.

Speaking after a ministry virologists' meeting yesterday, Dr Prasert said they had concluded that the enterovirus 71 (EV71) caused the toddler's death.

Lab tests showed the virus was from the B5 sub-genogroup which is a non-virulent type but the patient developed severe symptoms, he said.

The first round of laboratory tests on faeces and spinal fluid samples taken from the girl turned up negative for EV71. The tests were conducted despite the fact that the toddler did not have common HFMD symptoms such as ulcers in the mouth and blisters on her hands and feet.

A second lab test of samples taken from the throat of the girl showed she had the EV71-B5 strain, said Dr Prasert.



ระบาดมันลือโลก ๓๙ > โรคมือ เท้า ปาก

The girl had chronic asthma and fell ill with a fever and had difficulty in breathing on July 12, said Dr Prasert.

"Don't focus om the type of viral strain. All of the strains can cause death, depending on various factors," he said.

The girl had asthma which aggravated her condition, he added.

The girl was admitted to Nopparat Rajathanee Hospital where she was later diagnosed with respiratory failure and heart muscle inflammation, said the doctor.

The lesson from this deadly case of HFMD, Dr Prasert said, is that parents should take their children to a doctor promptly if the children have a high fever lasting longer than 48 hours.

Another fatal case involving EV71 has become a major talking point among virus experts.

A 16-year-old boy in Sa Kaeo's Aranyaprathet district was admitted to a local hospital on July 3 with a high fever, vomiting, chest pains, and saliva bubbling from his mouth.

Again, he did not have blisters on his hands or the feet.

He was later found to have died of meningitis, not from HFMD despite the fact that his meningitis originated with the EV71 infection, said Dr Prasert.



The case is a warning that healthy older people could be at risk from EV71 especially those with brain and lung conditions, said Prof Theerawat Hemajutha of Chulalongkorn University's faculty of medicine.

The death of a three-year-old girl in Lop Buri's Khok Samrong district is also suspected to have been a result of HFMD but this case has yet to be confirmed, said Dr Prasert.

Meanwhile, it remained unclear where the two-year-old girl caught the virus that killed her, said Dr Pornthep Siriwanarangsana, the DDC's director-general.

The department's disease investigation team know only that before she fell ill, the girl had travelled in a school van with her grandfather who was the driver and 12 other students, said Dr Pornthep.

But none of the other 12 children had fallen sick, and neither did any of their family members, the doctor added.



เพื่อให้มีเอกภาพในการตรวจวินิจฉัยและปฏิบัติรักษา ผู้ป่วยและคำแนะนำต่าง ๆ ผู้นิพนธ์เห็นว่าแนวทางการวินิจฉัย และดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแนวทางที่ได้รับการพิจารณาจัดทำขึ้น โดย คณะทำงาน ที่กรมการแพทย์ได้จัดตั้งขึ้นนับว่าเป็นแนวทางการมาตรฐานที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยอยู่แล้ว ผู้นิพนธ์จึงได้ ขออนุญาตแพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ นำมาเผยแพร่ ในภาคผนวกไว้ บุคลากรทางการแพทย์จะได้นำไปใช้เป็น แนวทางมาตรฐานต่อไป จึงขอขอบคุณคณะทำงานและ แพทย์หญิงนฤมล ไว้ ณ ที่นี้ด้วย

(ฉบับ วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕)

แนวทางการวินิจฉัย และดูแลรักษา โรคมือ เท้า ปาก

สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

คำนำ

การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมาในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชีย อากเนย์ ได้ก่อปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบ ผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ และหัวใจหลอดเลือด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี ถึงแม้ว่าโรคนี้อาจไม่มีการรักษาจำเพาะใด ๆ แต่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและการรักษาแบบประคับประคองตามอาการในระยะแรกของโรค



มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตโรคมามากขึ้นและบรรเทาความพิการจากโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก ฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้พิจารณาใช้ประกอบดุลยพินิจของตนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ที่มีอาการไม่รุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนรุนแรงอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะแพทย์ พยาบาล หลายสาขาและผู้เชี่ยวชาญการดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก เล่มนี้เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และทรัพยากรทางด้านการศึกษาที่แตกต่างกันในสถานบริการระดับต่างๆ

การปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก นี้ อาจไม่ได้รับผลการรักษาตามที่คาดการณ์ไว้ในผู้ป่วยบางราย เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานบางอย่างของผู้ป่วย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงได้รับการรักษาที่ถูกต้องซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละราย ดังนั้น แพทย์ผู้ดูแลรักษาจึงควรนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามดุลยพินิจของตนเองที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก ฉบับนี้ มีไว้เพื่อให้แพทย์ใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษาตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์และตามศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามระดับของสถานบริการทางการแพทย์ และห้ามผู้ใดนำไปใช้อ้างอิงในกรณีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้

คณะทำงานจัดทำแนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคมือ เท้า ปาก

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ระบาดวิทยา

โรคมือเท้าปากเกิดจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร สายพันธุ์ของ T6N picomavirus เชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุดโดยทั่วไปคือ coxsackievirus A16 รองลงมาคือ enterovirus 71 มักก่อให้เกิดการระบาด ส่วนในบางรายที่พบประปราย มีสาเหตุจากเชื้อหลายชนิด ได้แก่ coxsackievirus A 4-10, B2 และ B5

โรคนี้พบการระบาดได้ทั่วโลก มีรายงานการระบาดรุนแรงที่ในหลายประเทศ ได้แก่ มาเลเซีย ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และได้หวั่น พ.ศ. ๒๕๔๑ พบว่าประเทศในเขตร้อนชื้น สามารถเกิดโรคนี้ได้ประปรายตลอดปี

สำหรับประเทศไทย ลักษณะการเกิดโรคกระจัดกระจายหรือระบาดเป็นครั้งคราว พบมากขึ้นในช่วงฤดูฝน อากาศเย็นและชื้น

กลุ่มเสี่ยงที่พบบ่อย คือ เด็กทารกและเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี พบน้อยลงในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๐ ปี การระบาดมักเกิดขึ้นในศูนย์เลี้ยงเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลและประถมตอนต้น

การแพร่กระจายเชื้อ มี ๒ ลักษณะ คือ

๑. การสัมผัสโดยตรง (direct contact) กับสารคัดหลั่งจากจมูก, ลำคอหรือน้ำจากในตุ่มใส ตามฝ่ามือ ฝ่าเท้าหรือตามตัว

๒. อุจจาระของผู้ป่วยซึ่งมีเชื้อไวรัส (fecal - oral route) ช่วงที่แพร่กระจายมากที่สุดคือ ในสัปดาห์แรกของผู้ป่วยมีอาการ และจะยังสามารถแพร่เชื้อจนรอยโรคหายไป อาจยังพบเชื้อในอุจจาระผู้ป่วยต่อได้อีกประมาณ ๒-๓ สัปดาห์



เชื้อเอนเทอโรไวรัสสามารถทนสภาวะกรดในทางเดินอาหารมนุษย์ได้และมีชีวิตอยู่ในอุณหภูมิตั้งแต่ ๒-๓ วัน

อาการทางคลินิก ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อน

โรคมือ เท้า ปาก (HFMD) มักมาด้วยอาการไข้โดยผู้ป่วยบางรายอาจมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๘ องศาเซลเซียสนาน ๓-๕ วัน บางครั้งอาจบ่นเจ็บในปากกลืนน้ำลายไม่ได้ ไม่กินอาหาร พบตุ่มแผลคื่น ๆ ในปาก ส่วนใหญ่พบที่เพดานอ่อนลิ้น กระพุ้งแก้ม มักพบมากกว่า ๑ แผล ขนาด ๔-๘ มิลลิเมตร ร่วมกับพบผิวหนังมีตุ่มพอง (vesicles) สีขาวขุ่นบนฐานรอบสีแดง ขนาด ๓-๖ มิลลิเมตร บริเวณด้านข้างของนิ้วมือ นิ้วเท้า บางครั้งพบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ส้นเท้า เข่า ก้น ส่วนมากมีจำนวน ๕-๖ ตุ่ม เวลากัดจะเจ็บเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยแตกเป็นแผล จะหายไปได้เองในเวลาประมาณ ๑ สัปดาห์

Herpangina มักมีไข้อย่างเฉียบพลัน บางครั้งไข้อาจสูงมากกว่า ๔๐ องศาเซลเซียส โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ในเด็กโตจะบ่นปวดศีรษะ ปวดหลัง อาจมีอาเจียน เจ็บคอ น้ำลายไหล จากนั้นจะพบตุ่มพองใสในปากมีขนาด ๑-๒ มิลลิเมตร ๒ ข้างของบริเวณเนื้อต่อมทอนซิลอาจแตกเป็นแผล หลังจากระยะ ๒-๓ วันแรกแผลจะใหญ่ขึ้นเป็น ๓-๔ มิลลิเมตร จะเห็นเป็นสีขาวเหลืองอยู่บนฐานสีแดงโดยรอบ ทำให้มีอาการเจ็บคอหรือกลืนลำบาก เวลาดูดนมหรือกินอาหาร เด็กจะมีอาการน้ำลายไหล ส่วนใหญ่จะหายได้เองภายใน ๓-๖ วัน



ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง

อาการทางระบบประสาทส่วนกลางในผู้ป่วย HFMD มีได้หลายแบบ และความรุนแรงแตกต่างกัน ขึ้นกับเชื้อไวรัสจะ ไปทำลายระบบประสาทส่วนใด เช่น aseptic meningitis, brain stem encephalitis, encephalitis, encephalomyelitis, acute flaccid paralysis, และ autonomic nervous system dysregulation เป็นต้น (ตารางที่ ๑) โดยภาวะ brain stem encephalitis นั้นมักมีความรุนแรง เนื่องจากสัมพันธ์กับการติดเชื้อ EV-71 และอาจพบร่วมกับภาวะ fulminant cardiopulmonary failure ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีอาการ รุนแรงและผู้ป่วยเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะ cardio-pulmonary failure มักมีอาการทางระบบประสาทส่วนกลางนำ มาก่อน

ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีภาวะ Fulminant cardiopulmonary failure แพทย์ควรตรวจหาความผิดปกติทางระบบประสาท ส่วนกลาง อย่างละเอียดเพื่อดูแลและป้องกัน ในผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เป็นพิเศษ อาการแสดงของผู้ป่วย brain stem encephalitis คือ กล้ามเนื้อกระตุก (Myoclonic jerks) ผู้ป่วยเหล่านี้มักตรวจพบ เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลังสูงผิดปกติร่วมด้วย นอกจากนี้ อาการอื่นๆ ที่ทำให้สงสัยว่าผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของระบบ ประสาทส่วนกลางได้แก่ ไข้สูงกว่า ๓๘.๕°C และนานกว่า ๓ วัน กระสับกระส่าย อาเจียนบ่อย แขนขาอ่อนแรง และกล้ามเนื้อ กระตุก

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางราย อาจมาพบแพทย์ด้วยภาวะ Fulminant cardiac dysfunction และ pulmonary edema ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการนำของ autonomic nervous system dysregulation (ANS) ได้แก่ เหงื่อออกตัวเย็น หัวใจเต้นเร็วหรือผิดจังหวะ หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการเหล่านี้เป็นอาการนำไปสู่ภาวะ cardiopulmonary failure ในเวลาต่อมา และอาจพบระดับ cardiac troponin I ในกระแสเลือดสูงร่วมด้วยได้

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต

ผู้ป่วยที่เป็น HFMD ที่มีโรคแทรกซ้อน มักไม่ใช่กลุ่มที่เป็น ไข้ดำๆ มีผื่นหรือตุ่มตามแขนขาและเจ็บปากมากแบบทั่วๆ ไป แต่โรคที่รุนแรงสูงมักเป็นกลุ่มทารกหรือเด็กเล็กที่มีไข้สูงนำมาก่อนในช่วงสั้นๆ โดยมีความผิดปกติทางระบบประสาทน้อยมาก ก่อนจะมีอาการการแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการทำงานของหัวใจและการหายใจ ทำให้ หัวใจเต้นเร็วมาก หายใจเหนื่อยหอบ ความดันโลหิตสูง และมีภาวะ shock เกิดขึ้นตามมาอย่างรวดเร็ว และบางรายจะมีภาวะ pulmonary edema ตามมาในเวลาเป็นชั่วโมง ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าการตรวจอาจพบ serum cardiac enzyme สูงขึ้นเช่น serum CPK, serum troponin สูง รวมถึงการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) พบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้แพทย์ผู้ดูแลคิดถึง โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis)



แต่ข้อมูลจากการตรวจชิ้นเนื้อหัวใจในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคนี้ก็ไม่พบว่ามียากล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) แต่อย่างใด และมีหลักฐานที่เชื่อได้ว่าความผิดปกติทางระบบไหลเวียนและระบบหายใจน่าจะเป็นผลต่อเนื่องมาจาก brainstem encephalitis และมี การหลั่ง mediators รวมทั้ง catecholamine ออกมามากขึ้น ในผู้ป่วยโรคนี้ที่มีภาวะความผิดปกติทางระบบไหลเวียนและระบบหายใจเป็นชนิด neurologic pulmonary edema โดยไม่พบว่าความดันของหลอดเลือด pulmonary vein และความดันในช่องหัวใจฝั่งซ้ายจะสูงไปด้วย (left atrial and left ventricular end diastolic pressure ไม่สูง) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าไม่ใช่ cardiogenic pulmonary edema

อาการของ ANS dysregulation เช่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ตัวลายหรือตัวขีด หัวใจเต้นเร็ว (เร็วเกินกว่าที่จะอธิบายได้จาก การมีไข้) หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง อัตราการเต้นหัวใจที่ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นๆลงๆ

อาการ cardiopulmonary failure ได้แก่เหนื่อยหอบมาก จนใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (retraction of subcostal, intercostal) หรือมีอาการของ respiratory distress/failure เช่นเขียว ขาดออกซิเจน (O2 saturation ต่ำลง) ผู้ป่วย shock มีลักษณะ poor tissue perfusion เช่น มีปัสสาวะออกน้อย, delay capillary refill, ไปจนถึงมีความดันโลหิตต่ำ การตรวจ Echocardiogram มักพบ กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง (low left ventricular ejection fraction)

สำหรับอาการของ pulmonary edema นั้น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเหนื่อยหอบ respiratory failure รุนแรงร่วมกับการตรวจพบ pulmonary congestion จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก บางรายจะมีเลือดปนฟองอากาศออกมาจากท่อช่วยหายใจขณะไอหรือขณะหายใจออก

การวินิจฉัย และ การวินิจฉัยแยกโรค

ใช้การวินิจฉัยตามอาการ ในกรณีของผู้ป่วย HFMD ที่มีตุ่มขึ้นตามตัวเป็นจำนวนมาก อาจต้องแยกจากโรคอีสุกอีใส โดย HFMD มักมีการกระจายที่แขนขามากกว่าลำตัว ในขณะที่โรคอีสุกอีใสมักพบตุ่มที่บริเวณส่วนกลางลำตัวมากกว่าเมื่อเทียบกับที่แขนขา หรือถ้าไม่แน่ใจอาจทำการตรวจ vesicular fluid ด้วยวิธี Tzanck's smear ซึ่งจะให้ผลเป็นลบต่อ multinucleated giant cell ในกรณีที่ไม่ใช่โรคอีสุกอีใส ส่วนการตรวจหาเชื้อสาเหตุของ HFMD หรือ herpangina นั้น โดยการเพาะแยกเชื้อไวรัสจากอุจจาระ หรือ throat swab หรือ nasal washing หรือ nasal aspiration ใช้เวลาประมาณ ๔ สัปดาห์ควบคู่กับการตรวจทางน้ำเหลือง (serology) ในตัวอย่างเลือด acute และ convalescent serum ห่างกัน ๒ สัปดาห์เพื่อดู antibody ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค มือ เท้า ปาก

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรค HFMD สามารถหายเองได้ โดยไม่มีการรักษาแบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นการรักษาที่สำคัญคือ



ระบาดฉบับลือโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

การรักษาตามอาการและเฝ้าระวังอาการที่รุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การรักษาตามอาการ ได้แก่ การให้ยาลดไข้ paracetamol, กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้หรือทานได้น้อย พิจารณาให้อาหารเหลวหรืออาหารที่มีอุณหภูมิต่ำเช่น ไอศกรีม เป็นต้น ในบางรายที่มีอาการเจ็บปากมากอาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม xylocaine viscus ทาบริเวณแผลในปาก เพื่อลดอาการเจ็บ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน ๕-๗ วัน

ควรให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ผู้ปกครองเกี่ยวกับวิธีการสังเกตอาการหรือความผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะโรคที่รุนแรง

การดูแลรักษาผู้ป่วย HFMD ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง

การรักษาภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาทส่วนกลางนั้น เน้นการซักประวัติและการตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด ร่วมกับการตรวจหาความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและพิการ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาเจียนบ่อย กระสับกระส่าย สับสน โดยเฉพาะการกระตุกของกล้ามเนื้อ อาการเซและการกลอกตาที่ผิดปกติ นั้น เป็นอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจมีการดำเนินโรคที่รุนแรงต่อไปได้ ซึ่งจะพบ



ความผิดปกติของ autonomic nervous system และภาวะ cardio-pulmonary failure ต่อมา

เมื่อพบความผิดปกติทางระบบประสาท ควรทำการตรวจน้ำไขสันหลังทุกราย ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการเจาะน้ำไขสันหลัง (contraindication for lumbar puncture) เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย นอกจากนี้ยังควรตรวจ CBC ซึ่งอาจจะพบภาวะ leukocytosis, thrombocytosis (platelet $> 4 \times 10^5 / \text{mm}^3$), ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและ chest x-ray

การทำ Computed tomography (CT) หรือ Magnetic Resonance Imaging (MRI) brain ในระยะแรกของโรคอาจจะไม่ได้ประโยชน์มากนักในการให้การรักษาเนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่รุนแรงมักอยู่บริเวณ brain stem ซึ่งไม่สามารถตรวจได้โดยวิธี CT แต่อาจพบความผิดปกติได้ใน MRI โดยบริเวณที่พบบ่อย เช่น dorsal pons และ medulla, midbrain และ dentate nuclei ของ cerebellum

ผู้ป่วย Aseptic meningitis มักมีการพยากรณ์โรคที่ดี โดยให้การรักษาตามอาการ อาจไม่มีการรักษาป้องกันเป็นพิเศษ แต่ในผู้ป่วยที่ตรวจพบ brain stem encephalitis หรือ encephalomyelitis จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด autonomic nervous system dysregulation ตามมา ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ เป็นต้น



ในหลายประเทศที่มีประสบการณ์การรักษาโรค HFMD ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้พิจารณาให้ intravenous immunoglobulin (IVIG) ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลางเพื่อลดอัตราการเกิดความผิดปกติของ automatic nervous system (ข้อมูลจากประเทศไต้หวัน ได้มีการทำการศึกษาแบบ retrospective ในขณะที่มีการระบาดของ HFMD ร่วมกับ EV-71) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีผลการศึกษาวิจัยที่มีประสิทธิภาพที่ชัดเจนในการให้ IVIG ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทส่วนกลาง รวมถึงการให้สารน้ำและเกลือแร่ โดยคำนึงถึง fluid balance ได้แก่ intake = output

ส่วนการรักษาภาวะชัก ที่พบได้ไม่บ่อยนัก อาจพิจารณาให้ยากันชักเช่น phenytoin สำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ มักพบความผิดปกติของการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตร่วมด้วย จึงควรพิจารณาให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิตต่อไป

การส่งต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วย HFMD ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การดูแลรักษา และเฝ้าระวังอาการรุนแรงที่ระดับ รพ สต รพช รพท รพศ

ผู้ป่วย HFMD ที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การดูแลรักษา ระดับ รพท, รพศ ที่มีบุคลากรและเครื่องมือพร้อม



การป้องกันและควบคุมโรค

การดำเนินการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ

๑. การคัดกรองและการแยกผู้ป่วย

๑.๑ ผู้ป่วยนอก - คัดกรองผู้ป่วย จากอาการมีไข้และพบจุดหรือผื่นแดง หรือตุ่มน้ำใสบริเวณปาก กระพุ้งแก้ม ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หากพบอาการสงสัยอาจให้ผู้ป่วยที่มีอาการใส่ MASK ตามความจำเป็นและเหมาะสม

๑.๒ ผู้ป่วยใน - ให้อยู่ในห้องแยกเดี่ยว หรือให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเดียวกัน แบบ Cohort ward ตามความจำเป็นและเหมาะสม

๑.๓ กรณีมีห้องรับเลี้ยงเด็ก Day Care พี่เลี้ยงต้องคัดกรองเด็กก่อนรับเข้าห้องทุกเช้า และหากพบอาการสงสัยต้องให้หยุดพักและส่งพบแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

๒. การป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคลากร และผู้ป่วยอื่น
ใช้มาตรการการป้องกันการแพร่เชื้อแบบ Contact Precaution และ Droplet Precaution ดังนี้

๒.๑ สวม Mask บุคลากรหรือผู้ที่ต้องการเข้าใกล้ผู้ป่วย น้อยกว่า ๓ ฟุต หรือ ๑ เมตร ต้องป้องกันตนเอง โดยสวม Surgical Mask

๒.๒ สวมถุงมือ เมื่อต้องสัมผัสเลือด อูจจาระ สารคัดหลั่งของผู้ป่วย ถอดถุงมือและล้างมือทันทีเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

๒.๓ สวมเสื้อกาวน์ เมื่อต้องทำหัตถการที่อาจมีการ
กระเด็นของสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือเพื่อป้องกันการเปราะ
เป็นอนุจาระของผู้ป่วย

๒.๔ ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย หรือ
สิ่งแวดล้อมโดยรอบของผู้ป่วย

๒.๕ กรณีทำ Throat Swab บุคลากรผู้เก็บตัวอย่างสวม
Surgical Mask และ goggles นั้งด้านข้างของผู้ป่วย

๒.๖ กรณีต้องการพ่นยา หรือให้การรักษาด้วย nebuliza-
tion หรือ respiratory therapy หรือ Suction ต้องสวม Surgical
Mask ทุกครั้ง

๓. การเก็บสิ่งส่งตรวจ ส่งที่ศูนย์วิทย์ฯ กรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์

๓.๑ การเก็บตัวอย่างอุจจาระ ประมาณ ๘ กรัม หรือ
ขนาดเท่าหัวแม่มือของผู้ใหญ่ บรรจุในกล่องพลาสติกมีฝาปิด
มิดชิด

๓.๒ การเก็บ Throat Swab เก็บใส่ Viral Transport
Media (VTM)

๓.๓ บรรจุสิ่งส่งตรวจในถุงพลาสติก หรือกล่อง
พลาสติกมีฝาปิดมิดชิด แข็งแรงในตู้เย็น หรือนำส่งห้องปฏิบัติการ
ให้เร็วที่สุด โดยใช้กล่องนำส่งที่เก็บความเย็น

๓.๔ บุคลากรผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ สวมเครื่องป้องกัน
ร่างกาย ถุงมือ Surgical Mask และ goggles



๔. การดูแลผู้ป่วย นอกจากการดูแลตามแผนการรักษา
ของแพทย์แล้ว ควรป้องกันการแพร่เชื้อดังนี้

๔.๑ แยกเด็กป่วยไม่ให้ร่วมกิจกรรมกับเด็กอื่น
ประมาณ ๒ สัปดาห์

๔.๒ มีมาตรการเรื่องสุขอนามัยของบุคลากรและ
ผู้ปกครองของเด็กป่วย มุ่งเน้นการรักษาความสะอาด และสุข
อนามัยส่วนบุคคล โดยการตัดเล็บสั้น ล้างมือ ฟอกสบู่ก่อนเตรียม
อาหารและหลังขับถ่าย

๔.๓ ทำความสะอาดของเล่น ด้วยสบู่หรือผงซักฟอก
ตามปกติ โดยทำความสะอาดทุกวัน แล้วผึ่งแดดให้แห้ง

๔.๔ เครื่องคิดในการล้างมือ หรือ ใช้แอลกอฮอล์เจล
ทุกครั้งสัมผัสผู้เด็ก

๔.๕ จัดสถานที่ให้มีอากาศถ่ายเท หรือมีแสงแดด

๕. การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์
เครื่องใช้ของผู้ป่วย

๕.๑ เช็ดถูพื้นและสิ่งแวดล้อม บริเวณ ใกล้ผู้ป่วย ด้วย
น้ำผสมผงซักฟอก อย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง

๕.๒ บริเวณที่มีการปนเปื้อนเสมหะ หรือสารคัดหลั่ง
น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ ต้องเช็ดทำความสะอาดหรือทำลาย
เชื้ออย่างรวดเร็ว ด้วยน้ำผสมผงซักฟอก หรือ Detergent

๕.๓ ผ้าเปื้อนทุกชนิด แยกทิ้งในถุงพลาสติกปิดมิดชิด
ก่อนส่งซักฟอก



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

๕.๔ อุปกรณ์เครื่องใช้ ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำ
ผงซักฟอก หรือ Detergent ผึ่งแดด หรือผึ่งให้แห้งกรณีล้างน้ำ
ไม่ได้ เช็ดด้วยแอลกอฮอล์

๕.๕ บุคลากรผู้ทำความสะอาด สวมเครื่องป้องกัน
ร่างกาย

คำแนะนำการดูแลเด็กป่วยโรคมือ เท้า ปาก

๑. แยกเด็กป่วยให้พักอยู่บ้าน / หยุดเรียน จนกว่าตุ่ม
หรือผื่นแห้งเป็นสะเก็ด ประมาณ ๗-๑๐ วัน

๒. รักษาความสะอาดบริเวณผิวหนังที่มีผื่นหรือตุ่ม
ห้ามผู้ป่วยเกา ตัดเล็บให้สั้น เสื้อผ้าต้องสะอาดและแห้งอยู่เสมอ

๓. เช็ดตัวและให้ยาลดไข้ตามที่แพทย์สั่ง

๔. ใช้ผ้าหรือกระดาษเช็ดหน้าปิดปาก-จมูกขณะไอจาม
และทิงในถังขยะที่มีฝาปิด

๕. ให้อาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด กินของเย็นได้

๖. แยกภาชนะในการดื่มน้ำและรับประทานอาหาร
ร่วมกับผู้อื่น

๗. อาบน้ำด้วยสบู่อ่อน เพื่อป้องกันการระคายเคือง ภูมิ
คัน ทากาลายตามที่แพทย์สั่ง

๘. ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ในห้องที่มีอากาศถ่ายเท
สะดวก และทำความสะอาดห้องด้วยน้ำผสมผงซักฟอก หรือ
Detergent



๕. รักษาความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทุกครั้งที
จับถ่าย โดยเฉพาะเชื้อสามารถอยู่ในอุจจาระได้นาน ๒-๓ สัปดาห์

๑๐. หลีกเลี้ยงการนำเด็กป่วยไปในสถานที่ชุมชน
แออัด เช่น ศูนย์การค้า ตลาด

๑๑. ส่วนของเล่นที่เด็กอาจเอาเข้าปากได้ ให้ทำ
ความสะอาดด้วยสบู่หรือผงซักฟอกตามปกติ แล้วนำไปฟึ่งแดด
ให้แห้ง

๑๒. มาตรวจตามนัด หรือ กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลง
เลวลง ให้รีบกลับมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการซึม แขนขา
อ่อนแรง เกร็ง กระตุก ตัวเย็น อาเจียน หอบ หน้าซีด

ข้อควรระวัง

๑. พี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลเด็กควรเคร่งครัดเรื่องการล้างมือ
ให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังสัมผัสเด็ก โดยเฉพาะการสัมผัสที่
อาจปนเปื้อน น้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระ ของเด็กป่วยและทำความสะอาด
สะอาดห้องและห้องน้ำด้วยน้ำผสมผงซักฟอก หรือ Detergent

โรคมือเท้าปาก (Hand-Foot-Mouth disease: HFMD)

อาการ ไข้ ผื่นที่ผิวหนัง และ ตุ่มน้ำใส

ที่ต้องเฝ้าระวังอาการ อย่างหนึ่งอย่างใด

ต่อไปนี้ ภายใน ๓-๕ วันหลังเริ่มอาการ

- ๐ ไข้ มากกว่า ๓๘ °ซ และ
นานกว่า ๔๘ ชั่วโมง
- ๐ อาการซึมลง เคนเซ
- ๐ กระสับ กระส่าย ร้องกวนตลอดเวลา
- ๐ การกรอกตาที่ผิดปกติ



ระบาดบนโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

- o ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
- o อาเจียนบ่อยๆ
- o กล้ามเนื้อกระดูก ชัก ไม่รู้สึกตัว
- o หอบเหนื่อย
- o ตัวเย็น ตัวลายซีด

การดูแลรักษา

- การรักษาดตามอาการ เช่น ยาลดไข้ (พาราเซตามอล) คีมน้ำเย็น หรือนมเย็นๆ หรือ ไอศกรีม
- การใช้ยาเฉพาะที่ในช่องปาก ให้พิจารณาตามความเหมาะสมของแพทย์
- การให้ยาปฏิชีวนะ ไม่จำเป็น หากไม่มีข้อบ่งชี้ ในทางการแพทย์
- ห้ามใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ โดยไม่มีข้อบ่งชี้

แนะนำให้เฝ้าสังเกตอาการดังกล่าวข้างต้น เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

โรคมือเท้าปาก ที่มีภาวะแทรกซ้อน (Complicated HFMD)

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่อาการดังต่อไปนี้

- o คอแข็ง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง และอาเจียนบ่อยๆ
- o อาการซึมลง เคนเซ
- o กระสับกระส่าย ร้องกวนตลอดเวลา
- o การกรอกลตาที่ผิดปกติ
- o กล้ามเนื้อกระดูก ชัก ไม่รู้สึกตัว
- o กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- o ความดันโลหิตสูง
- o อัตราการเต้นของหัวใจ เร็วมากกว่า ๑๕๐ ครั้งต่อนาที
- o จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- o Blood sugar



ระบาดบนโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

- o Chest X-ray
- o CSF examination หากไม่มีข้อห้าม
- o การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ พิจารณาตามความเหมาะสม

การรักษาเฉพาะ

- การรักษาประคับประคอง
- ปริมาณ สารน้ำและ เกลือแร่ ต้องให้สมดุล (keep balanced)
พิจารณาจาก intake & output
- Monitor : Oxygen saturation, respiratory rate, EKG, Blood pressure, Blood gas
- หากมีอาการชัก พิจารณาให้ยากันชัก
- อาจพิจารณาให้ IVIG ในกรณีที่มีสมองอักเสบ (Encephalitis), Encephalomyelitis
- กรณีมีโรคแทรกซ้อน Aseptic meningitis ไม่เป็นข้อบ่งชี้ในการให้ IVIG
- ให้ออกซิเจน ตามความเหมาะสม และอาจพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (intubation) ในระยะแรก เพื่อ ประคับประคองระบบประสาท ระบบหายใจและ ระบบไหลเวียนโลหิต
- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต ในกลุ่ม ยาขยายหลอดเลือด เช่น Nitroprusside, Milrinone, Nitrendipine etc.

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว
ได้แก่อาการดังต่อไปนี้

- o ความดันโลหิตต่ำ/ ภาวะช็อก
- o ภาวะ pulmonary edema
- o Pulmonary hemorrhage
- o ภาวะหัวใจล้มเหลว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- o Blood sugar
- o Chest X-ray
- o EKG, Echo cardigraphy
- o Serum Troponin-I
- o CK-MB
- o การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ พิจารณาตามความเหมาะสม



ระดับโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

การรักษาเฉพาะ

- การรักษาประคับประคอง
- ปริมาณ สารน้ำและเกลือแร่ ต้องให้สมดุล (keep balanced) พิจารณาจาก intake & output และ central venous pressure
- Monitor : Oxygen saturation, respiratory rate, EKG, Blood pressure, blood gas, central venous pressure
- อาจพิจารณาให้ IVIG ในกรณีที่มี autonomic nervous system involvement ทั้งนี้ให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ
- ใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ (intubation and mechanical ventilator) ในระยะแรก เพื่อประคับประคองระบบประสาท ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต
- ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มีความดันโลหิตไม่เสถียร (blood pressure instability) ให้พิจารณาให้ยาควบคุมความดันโลหิต ตามความเหมาะสม
- พิจารณาให้ยา Inotropes เช่น Dobutamine, Milrinone

รายชื่อคณะที่ปรึกษาโรคมือ เท้า ปาก

๑. รศ. (พิเศษ) นพ.ทวี โชดพิทยสุนนท์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๐๘-๑๘๑๕-๘๑๓๒
๒. นพ.ธนินทร์ เวชชาภินันท์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๐๘-๑๔๒๐-๕๕๕๘
๓. นพ.ธนรัตน์ ลยางกูร
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๐๘-๕๖๖๑-๘๒๖๔
๔. นพ.รัชชัย กิระวิทยา
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๐๘-๑๓๓๘-๓๑๖๐
๕. พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๐๘-๕๕๑๕-๘๒๕๕
๖. นพ.สมจิต ศรีอุดมจจร
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๐๘-๕๗๘๗-๑๐๔๔



๗. พญ.ฐิติรัตน์ ตั้งก่อสกุล
โรงพยาบาลเลิดสิน ๐๘-๑๐๑๖-๕๐๔๘
๘. นพ.สมชาย เรืองศิริคุณ
โรงพยาบาลพรตน์ราชธานี ๐๘-๑๔๕๖-๓๘๔๗
๙. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ
กรมการแพทย์ ๐๘-๑๘๔๒-๔๑๔๘
๑๐. ศ.พญ.ศกากรอง ลุมพิกานนท์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๐๘-๑๘๓๑-๑๘๔๗
๑๑. รศ.นพ.ภพ โกศลารักษ์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๐๘-๕๗๑๑-๒๒๓๖

**ข้อผิดพลาด ๗ ประการ ในการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา
ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก**

๑. ให้การวินิจฉัย HFMD/HA ไม่ถูกต้องตั้งแต่แรก
๒. ความบกพร่องในการเฝ้าตรวจอาการแสดงที่เป็น
สัญญาณอันตรายที่จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังดำเนินเข้าขั้นวิกฤติ
๓. ความบกพร่องในการเฝ้าระวังอาการแสดง ANS
dysregulation
๔. ความบกพร่องในการเฝ้าติดตามคู่อัตรการเต้น ของ
หัวใจและความดันโลหิตในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการแทรกซ้อนทางสมอง
๕. ให้ความเชื่อมั่นจากการตรวจทางห้องชันสูตรมาก
เกินไป
๖. ให้ของเหลวเข้าเส้นเลือดมากเกินไปหรือเร็ว
เกินไป
๗. ให้ IVIG ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้อง ในเด็กที่มี Aseptic
meningitis



**สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทย
ประจำสัปดาห์ที่ ๓๐ พ.ศ. ๒๕๕๕**

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

๑. สถานการณ์โรคในภาพรวมของประเทศ

ตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๑ – ๓๐ (๑ มกราคม – ๒๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕) สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วย จำนวน ๒๒,๘๕๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๓๕.๗๓ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๒ ราย จำนวนผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่ต้นปี จนถึงปัจจุบัน และสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔) ในทุกสัปดาห์

**ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำแนกรายสัปดาห์ พ.ศ. ๒๕๕๕
เปรียบเทียบกับ พ.ศ. ๒๕๕๔**



ระดับชั้นประถมศึกษา > วิชาภาษาไทย



ระบาดมันลือโลก ๓๙ > โรคมือ เท้า ปาก



ผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ ๑: ๑.๓๕ ร้อยละ ๘๘ พบในกลุ่มอายุต่ำกว่า ๕ ปี สูงสุด ซึ่งมีอัตราป่วย ๕๒๑.๘๗ ต่อประชากรแสนคน เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๘๖.๘๐ ผู้ป่วยใน ร้อยละ ๑๓.๐๖ ส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๔๓.๕๓ (๑๐,๑๔๗ราย) ตามคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๒๔.๘๗ (๕,๘๒๐ราย) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๒๔.๖๘ (๕,๗๕๒ราย)

ภาคที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ได้แก่ ภาคเหนือ ๔๘.๕๘ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง (๔๔.๖๘) ภาคใต้ (๓๘.๗๑) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๒๐.๘๘) จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ พะเยา ๑๓๐.๗๗ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ เชียงราย (๘๕.๗๔) ตราด (๘๘.๖๓) ระยอง (๘๖.๘๐) และภูเก็ต (๘๑.๘๗)

๒. จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก รายสัปดาห์ตามวันเริ่มป่วย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

เดือน	สัปดาห์ที่	วันที่	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยกาม.
มิถุนายน	๒๓	๓ มิ.ย. - ๘ มิ.ย.	๑,๐๓๗	๑๒๓
	๒๔	๑๐ มิ.ย. - ๑๖ มิ.ย.	๑,๒๘๖	๑๘๘
	๒๕	๑๗ มิ.ย. - ๒๓ มิ.ย.	๑,๔๖๓	๒๗๖
	๒๖	๒๔ มิ.ย. - ๓๐ มิ.ย.	๑,๓๘๑	๓๔๑
กรกฎาคม	๒๗	๑ ก.ค. - ๗ ก.ค.	๑,๔๗๗	๓๗๗



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

	๒๘	๘ ก.ค. - ๑๔ ก.ค.	๒,๖๐๐	๕๘๒
	๒๙	๑๕ ก.ค. - ๒๑ ก.ค.	๓,๔๑๑	๖๖๘
	๓๐	๒๒ ก.ค. - ๒๘ ก.ค.	๒,๗๐๑	๔๗๓
สิงหาคม	๓๑	๒๙ ก.ค. - ๔ ส.ค.	๔๑๗	๓๘

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยสัปดาห์สุดท้ายยังได้รับ รายงานไม่ครบถ้วน
อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

๓. สถานการณ์โรคสัปดาห์ปัจจุบัน

สัปดาห์ที่ ๓๐ (๒๒-๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๕) มีรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน ๒,๗๐๑ ราย จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด ๑๐ อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (๔๗๓) เชียงราย (๑๑๖) พิษณุโลก (๑๑๑) นครราชสีมา (๕๑) สุรินทร์ (๘๘) ขอนแก่น (๗๑) นครสวรรค์ (๖๕) ตราด (๖๓) สมุทรปราการ (๖๑) และสงขลา (๖๐)

๔. รายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปากที่ได้รับแจ้ง

ตั้งแต่วันที่ ๒๖ - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับแจ้งข่าวการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ๕ เหตุการณ์ รายละเอียดดังตาราง

จังหวัด	วันเริ่มป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยที่รายงานจาก	สถานที่เกิดเหตุ	มาตรการควบคุมโรค
---------	--------------	--------------	--------------------------	-----------------	------------------



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > โรคมือ เท้า ปาก

ทั้งหมด สถานพยาบาล

กรุงเทพฯ	๒๓ ก.ค. ๕๕	๑	๑	เครื่องเล่น (บ้านลม) ในตลาดนัด	ให้ความรู้ และทำความ สะอาดเครื่อง เล่นในตลาด นัดทุกแห่ง
เชียงใหม่	๒๗ ก.ค. ๕๕	๑๑	๖	โรงเรียน	ทำความ สะอาดและ ปิดโรงเรียน
กรุงเทพฯ	๑๒ ก.ค. ๕๕	๑๗	๑	โรงเรียน	ทำความ สะอาดและ ปิดโรงเรียน ผู้ป่วย ๕ วัน
กรุงเทพฯ	๑๘ ก.ค. ๕๕	๓	๑	สถานรับ เลี้ยงเด็ก ของชุมชน	ให้ความรู้แก่ คนในชุมชน
นนทบุรี	๒๖ ก.ค. ๕๕	๑	๑	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ขณะนี้ยังมีการระบาดของโรคมือเท้าปากในประเทศอย่างต่อเนื่องและคาดการณ์ว่าจะยังคงมีการระบาดต่อไป จึงขอให้ทุกพื้นที่ที่มีการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากเป็นพิเศษตามแนวทางการเฝ้าระวัง สอบสวนและรายงานโรคกรณีสงสัยติดเชื้อเอ็นเทอโรไวรัส (Enterovirus) ที่มีอาการรุนแรงและการระบาดของโรคมือเท้าปากของกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามหนังสือที่ สธ ๐๔๓๖.๒/ ว๔๕๐ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



ระบาดบันทึกโลก ๑๙ > ไรต์มือ เท้า ปาก

ทุกจังหวัด และสามารถค้นหารายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก
เว็บไซต์ <http://www.ddc.moph.go.th> และ <http://www.beid.ddc.moph.go.th>

ฝ่ายพัฒนามาตรฐานและวิจัยทางระบาดวิทยา โรคติดต่อ
และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา



ระดับชั้นประถมศึกษา > วิชาภาษาไทย



เกี่ยวกับผู้นิพนธ์



เกิดวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๑๖ จบการศึกษาแพทยศาสตร์
บัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์ เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๐

หลังการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทางอายุรศาสตร์ ได้รับ
การบรรจุเป็นอาจารย์ประจำในแผนกวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล ศึกษาเพิ่มเติมโดยทุนมูลนิธิอเล็กซานเดอร์ ฟอน
ฮุมโบล์ท ได้รับปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย
ฮัมบวร์ก พ.ศ. ๒๕๖๕ เข้าศึกษาในวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
รุ่นที่ ๒๖ รับปริญญาจากวิทยาลัยในปีพ.ศ. ๒๕๖๗ ได้รับปริญญา

วิทยาศาสตร์คุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์เทคนิคการแพทย์และแพทยศาสตร์
คุษฎีบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตร์คุษฎีบัณฑิต
ชีวการแพทย์จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เมื่อรับราชการได้เลื่อนขั้นเป็นรองศาสตราจารย์
ศาสตราจารย์ และได้เลื่อนเป็นศาสตราจารย์ระดับ ๑๑ เมื่ออายุได้
๔๕ ปี เป็นอาจารย์พิเศษ สอนในมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัดอีกหลาย
มหาวิทยาลัย

ด้านการบริหาร ได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าสาขาวิชาไวรัส
วิทยา และต่อมาเป็นหัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยา และเป็นคณบดี
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตำแหน่งสุดท้ายเป็น
รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จนเกษียณอายุราชการ

ได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสูงสุด
มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก

ได้รับรางวัลหลายรางวัล อาทิเช่น รางวัลนักวิจัยดีเด่น
แห่งชาติรางวัลมหิดล บิบบรานน์

ที่ภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อรับพระราชทานเหรียญคุษฎีมาลา
เข็มศิลปวิทยา และโปรดเกล้าให้เป็น**ราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์**
ประเภทวิทยาศาสตร์ประยุกต์ สาขาแพทยศาสตร์