

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ A (H3N2) ของกลุ่มคนพักพิงใน
สถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568
The Investigation of Influenza A (H3N2) Outbreak in a Social Welfare Center,
Sisaket, Thailand: June - July 2025.

ชัยนันต์ บุตรกาล^{1*}, จิราวรรณ คำศรี², สัตยา หิรัญประเสริฐกุล², เกียรติศักดิ์ พวงพลอย³, ศิรสา ครอบสุวรรณ²,
รัชรินทร์ คำมะรัตน์², ศุภนันท์ จันทะกรณ์⁴

Chainan Bootkan^{1*}, Chirawan Khamst², Sattaya Hirunprasertkul², Kaitsak Pongploy³, Sirasa Karobsuwan²,
Ratcharin Khammarat², Suphanan chantakorn⁴

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
โรงพยาบาลชุมชน

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมขอยกลาง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะเคียนบังอิง

¹The Office of Disease Prevention and Control 10th

²Khukhan Hospital

³Ban Nikom Soi Klang subdistrict health promoting hospital

⁴Takian Bang-ing subdistrict promoting hospital

*Correspondence to: chainanbutkan@gmail.com

Received: Mar 12, 2026 | Revised: Jul 3, 2026 | Accepted: Jul 8, 2026

บทคัดย่อ

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ A (H3N2) ของผู้พักพิงในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง
อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568 มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการ
วินิจฉัย การแพร่ระบาด ลักษณะการกระจาย และค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่นำไปสู่
การกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด ใช้รูปแบบการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา
และระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยใช้แบบสอบสวนโรค
เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสำรวจสิ่งแวดล้อม ผลการ
ศึกษา พบว่า มีผู้พักพิงและเจ้าหน้าที่ประจำ 317 ราย พบผู้ป่วยเข้ารับการสอบสวนโรค รวมทั้งสิ้น
205 ราย อัตราป่วย ร้อยละ 64.67 แบ่งเป็นผู้ป่วยยืนยัน 13 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 10 ราย และผู้ป่วยสงสัย
182 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 136 ราย และเพศหญิง 36 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1.97:1
ค่ามัธยฐานอายุ 49 ปี (20-78 ปี) อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ไอ ร้อยละ
60.49 รองลงมา ไข้ ร้อยละ 55.12 มีน้ำมูก ร้อยละ 43.41 ปวดศีรษะ ร้อยละ 37.07 เจ็บคอ ร้อยละ 28.78
ตามลำดับ เสียชีวิต 6 ราย อัตราตาย ร้อยละ 1.81 และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ได้แก่ การนอน
ใกล้ชิดติดกัน ($OR_{adj} = 1.92, 95\%CI: 1.01-3.63$) การใช้อ่างอาบน้ำรวมที่พื้นเปียก ($OR_{adj} = 17.55, 95\%CI:$

8.94–34.46) การดื่มจากแก้วใบเดียวกัน ($OR_{adj}=3.42$, 95%CI: 1.51–7.75) และการรับประทานอาหารเป็นกลุ่ม ($OR_{adj}=3.12$, 95%CI: 1.46–6.69) สาเหตุการระบาดครั้งนี้เกิดจากเชื้อ Influenza virus subtype A (H3N2) หลังจากดำเนินมาตรการ การแยกกักผู้ป่วย การทำความสะอาดและทำลายเชื้อพื้นผิวสัมผัส ความเข้มงวดในการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เติมคลอรีนในน้ำสำหรับอุปโภค การฉีดวัคซีน ทำให้การระบาดยุติลง

คำสำคัญ: การระบาด, ปัจจัยเสี่ยง, โรคไข้หวัดใหญ่, สถานสงเคราะห์

Abstract

An influenza A (H3N2) outbreak investigation was conducted among residents and staff at a social welfare center in Khukhan District, Sisaket Province, between June and July 2025. The objectives were to confirm the diagnosis and epidemiology, the distribution characteristics, and to identify potential causes and risk factors to guide effective prevention and control measures. Descriptive epidemiology and a retrospective cohort study were utilized. Data and active cases were actively sought and collected using case investigation forms. Nasopharyngeal swabs were obtained for laboratory confirmation, and environmental assessments were performed. Results: Out of 317 residents and staff, 205 met the case definition, resulting in an attack rate of 64.67%. These cases comprised 13 confirmed, 10 probable, and 182 suspected cases. The majority were male (136 cases) and female (36 cases), with a male-to-female ratio of 1.97:1. The median age was 49 years (range: 20–78 years). The five most common clinical manifestations were cough (60.49%), fever (55.12%), rhinorrhea (43.41%), headache (37.07%), and sore throat (28.78%). Six deaths were reported, representing a mortality rate of 1.81%. Multivariate analysis revealed that significant risk factors associated with the infection included sleeping in close proximity ($OR_{adj}=1.92$, 95% CI: 1.01-3.63), utilizing a communal bathtub on wet floors ($OR_{adj}=17.55$, 95% CI: 8.94-34.46), sharing drinking cups ($OR_{adj}=3.42$, 95% CI: 1.51-7.75), and dining in groups ($OR_{adj}=3.12$, 95% CI: 1.46-6.69). This outbreak was caused by Influenza A (H3N2) virus. The outbreak was successfully contained and terminated following the implementation of strict control measures, including patient isolation, surface cleaning and disinfection, strict enforcement of mask-wearing and hand hygiene, chlorination of water for shelter use, and vaccination.

Keywords: Outbreak, Risk factors, Influenza, Welfare Center

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกมาอย่างยาวนาน เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A และ B ที่ก่อโรครุนแรงในมนุษย์ โดยเฉพาะสายพันธุ์ A (H3N2) ซึ่งเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ที่สามารถกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของมนุษย์ไม่สามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงและมีอัตราการป่วยตาย (CFR) สูงกว่าสายพันธุ์อื่น⁽¹⁾ เชื้อแพร่กระจายผ่านละอองฝอย จากการไอจามสัมผัสเยื่อบุทางเดินหายใจ หรือเยื่อบุตาโดยตรง รวมถึงการสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนสารคัดหลั่ง โดยเฉพาะในสถานที่ปิดที่มีความแออัด และระบบระบายอากาศไม่ดี เช่น สถานสงเคราะห์ ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว⁽²⁾ นอกจากนี้ การระบาดของสายพันธุ์ A (H3N2) ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มประชากรเปราะบาง อาทิเช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป⁽³⁾

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกพบการระบาดต่อเนื่องตลอดปี โดยในปี พ.ศ.2568 แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นชัดเจน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม จากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของไวรัสสายพันธุ์ A (H3N2) Subclade K (J.2.4.1) ที่กลายพันธุ์ในหลายประเทศ ส่วนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถานการณ์เริ่มรุนแรงขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายน และสูงสุดในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2568 โดยมีสายพันธุ์ A (H3N2) เป็นสายพันธุ์หลัก ร้อยละ 43.00 รองลงมา ได้แก่ A (H1N1pdm2009) ร้อยละ

20.00 ซึ่งการเพิ่มขึ้นของ Subclade K ดังกล่าวปรากฏชัดเจนในหลายประเทศรวมถึง เนปาล อินเดีย และประเทศไทย⁽⁴⁾

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2564-2568 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากผู้ป่วย 11,386, 81,203, 481,307, 676,286 และ 1,200,459 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 17.46, 124.64, 739.52, 1,040.32 และ 1,847.12 ประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราป่วยเมื่อเทียบกับโรคอื่นขยับจากอันดับ 7 ขึ้นมาเป็นอันดับ 1 ในปีพ.ศ.2568 ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต ระหว่างปี พ.ศ.2566-2568 เพิ่มขึ้นจาก 13, 57 และ 120 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.003, 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ โดยปีพ.ศ.2568 มีอัตราป่วยและ CFR สูงสุด เนื่องจากการระบาดตลอดทั้งปี ซึ่งผู้ป่วยพุ่งสูงสุดในเดือนตุลาคม (244,129 ราย) ก่อนจะเริ่มลดลงในเดือนธันวาคม สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 พบผู้ป่วย 69,432 ราย มีอัตราป่วย 1,521.70 ต่อประชากรแสนคน (สูงเป็นอันดับ 8 เมื่อเทียบกับเขตอื่น แต่ต่ำกว่าภาพรวมระดับประเทศ) และมี CFR ร้อยละ 0.01 เท่ากับระดับประเทศ เมื่อวิเคราะห์จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วย 16,719 ราย อัตราป่วย 1,151.07 ต่อประชากรแสนคน (สูงเป็นอันดับ 4 ของเขต) แต่มี CFR สูงกว่าระดับเขตและประเทศที่ร้อยละ 0.06 ส่วนในระดับพื้นที่อำเภอขุขันธ์ พบผู้ป่วย 1,755 ราย อัตราป่วย 1,176.08 ต่อประชากรแสนคน (สูงเป็นอันดับ 10 ของจังหวัด) แม้จะไม่พบผู้เสียชีวิต แต่มีการระบาดต่อเนื่องตลอดปี โดยพบผู้ป่วยสูงผิดปกติในสัปดาห์ที่ 27 (100 ราย) และสูงสุดสัปดาห์ที่ 41 (188 ราย)⁽⁵⁾ ทั้งนี้ ข้อมูลการสอบสวนโรคในจังหวัดศรีสะเกษ เคยพบ

การระบาดเป็นกลุ่มก้อนสำคัญ 2 เหตุการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ในโรงเรียน เมื่อปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วย 95 ราย จากเชื้อ Influenza A (H3)⁽⁶⁾ และเหตุการณ์ในเรือนจำ เมื่อปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วย 397 ราย จากเชื้อ Influenza A (H1N1pdm2009)⁽⁷⁾

วันที่ 24 มิถุนายน 2568 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยมีอาการระบบทางเดินหายใจ ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งในอำเภออุษาคเนย์ถึง 30 ราย โดยมี 12 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุษาคเนย์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข (สสจ.) ศรีสะเกษ และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) อำเภออุษาคเนย์ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ศรีสะเกษ ลงพื้นที่สอบสวนโรคร่วมกันเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2568 และติดตามควบคุมและเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง จนถึงเดือนกรกฎาคม 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการแพร่ระบาดของโรค
2. เพื่ออธิบายลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล สถานที่ เวลา
3. เพื่อค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
4. เพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรค และเสนอมาตรการที่จำเป็นต่อการป้องกันการเกิดโรค

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ได้แก่ การตรวจยืนยันการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ของ

โรงพยาบาลอุษาคเนย์ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามโรคไข้หวัดใหญ่ของกองระบาดวิทยา⁽⁸⁾ รวมถึง การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยกำหนดนิยามสำหรับการสอบสวนโรค ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย คือ ผู้พักพิงและเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภออุษาคเนย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอาการตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ดังนี้ ไข้หรือมีประวัติไข้หนาวสั่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ มีเสมหะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ ถ่ายเหลว หรือแพทย์วินิจฉัยสงสัยและวินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่ ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน - 24 กรกฎาคม 2568⁽⁸⁾ การกำหนดช่วงเวลาค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมให้ครอบคลุมที่สุด พิจารณาจาก 2 เท่าของระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค (14 วัน) โดยวันเริ่มต้นนับย้อนหลังจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยที่รับแจ้ง (24 มิถุนายน 2568) ซึ่งตรงกับวันที่ 10 มิถุนายน 2568 ส่วนวันสิ้นสุดนับไปข้างหน้า 14 วัน จากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายสุดท้าย (10 กรกฎาคม 2568) ซึ่งตรงกับวันที่ 24 กรกฎาคม 2568⁽⁹⁾

ผู้ป่วยเข้าข่าย คือ ผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับผล Rapid Test พบ Influenza Antigen A/B Positive⁽⁸⁾

ผู้ป่วยยืนยัน คือ ผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับผลตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่⁽⁸⁾

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด อัตราส่วน เป็นต้น

2. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ เป็นการศึกษาระบาดวิทยาแบบ Retrospective cohort study เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย ตามคำนิยามประชากร เป็นผู้พักพิงและเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ทั้งหมด 332 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้พักพิงและเจ้าหน้าที่ในสถาน
สงเคราะห์แห่งนี้ ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์
การคัดเข้า-คัดออก ทั้งสิ้น 317 ราย โดยมีเกณฑ์
การคัดเข้า เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้ และยินยอม
ให้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดการศึกษา และ
เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตรุนแรง ไม่
สามารถรับรู้เพื่อให้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ได้ (15 ราย)
โดยได้กำหนดนิยามการศึกษา ดังนี้

ผู้ป่วย คือ เป็นนิยามเดียวกันกับการค้นหาผู้
ป่วยเพิ่มเติมในการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา
ผู้ไม่ป่วย คือ ผู้พักพิงและเจ้าหน้าที่ในสถาน
สงเคราะห์ดังกล่าว ที่ไม่เคยป่วยมาก่อน และไม่มี
ประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เกิน 3
เดือนขึ้นไป

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทาง
สถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเดี่ยวด้วยสถิติไค
สแควร์ แพลผลค่า Risk Ratios และการวิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติแบบหลายตัวแปร ในการควบคุม
ปัจจัยกวน ทำการเลือกตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.2$
เข้าสมการ Logistic regression model หลาย
ตัวแปรพร้อมกัน แพลผลค่า Adjusted Odd Ratio
(OR_{adj}) พร้อมนำเสนอค่า 95%CI

3. การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม โดยการสังเกต
ขณะลงพื้นที่สอบสวนโรค ร่วมกับสัมภาษณ์เจ้า
หน้าที่และผู้พักพิง เพื่อสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อม
ของสถานสงเคราะห์ ตรวจประเมินคลอรีนอิสระ
คงเหลือในน้ำประปาด้วยชุดทดสอบ อ.31 ตลอด
จนประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้พักพิง ได้แก่ การ
นอนใกล้ชิดติดกัน การอาบน้ำรวม การดื่มจาก
แก้วเดียวกัน และการรับประทานอาหารเป็นกลุ่ม
และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
ประจำปี

4. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยการเก็บ
ตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ดังนี้

1) เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab
(NPS) ผู้ป่วย 39 ราย ด้วย Rapid Test ตรวจหา
เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ type A หรือ B เพื่อวินิจฉัย
โรคเบื้องต้น ณ ห้องชันสูตร โรงพยาบาลชุมชน

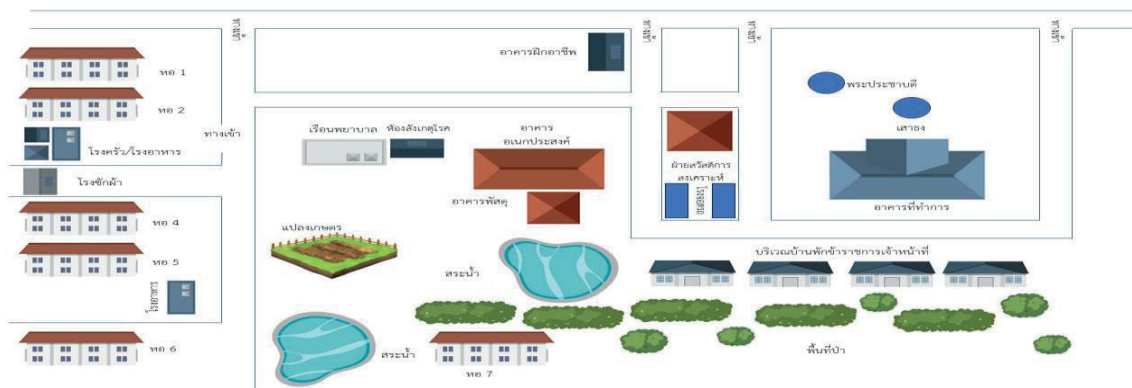
2) เก็บตัวอย่าง NPS ผู้ป่วย 7 ราย ตรวจ
หาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสและแบคทีเรียด้วยวิธี
Respiratory pathogens 23 Panel (RP23)
ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด
อุบลราชธานี

3) เก็บตัวอย่าง NPS ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่ม
เติม 9 ราย ตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสด้วยวิธี
PCR Flu Differentiation และคัดเลือกส่งตรวจ
ที่มีปริมาณความเข้มข้นของเชื้อสูง (cycle threshold;
ct) < 25 เพื่อวิเคราะห์ถอดรหัสพันธุกรรมไวรัสทั้ง
ตัว (Whole genome sequencing) ณ สถาบัน
บำราศนราดูร

ผลการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไป สถานสงเคราะห์แห่งนี้มี
ประชากร ประกอบด้วย ผู้พักพิง 295 ราย และ
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ 37 ราย รวมทั้งสิ้น
332 ราย สภาพทั่วไป มีพื้นที่ประมาณ 200 ไร่
อาคารเรือนนอนแบ่งออกเป็น 6 อาคาร (หอ 1, 2,
4, 5, 6, 7) โรงอาหาร อาคารอเนกประสงค์ เรือน
พยาบาล เป็นต้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนผังอาคารและเรือนนอนของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง พ.ศ.2568

1.1 การตรวจยืนยันการระบาด ระหว่างวันที่ 23-24 มิถุนายน 2568 เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนฯ ตรวจสอบผู้พักพิงจากสถานสงเคราะห์โดยพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 12 ราย มาด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ มีน้ำมูก ไอ และวิงเวียนมานาน 2 วัน รับนอนโรงพยาบาล 10 ราย จำแนกเป็น รักษาในตึก ICU 4 ราย ตึกผู้ป่วยชาย 5 ราย และตึกผู้ป่วยหญิง 1 ราย และรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ ER 2 ราย ได้สังเกตอาการให้สารน้ำและจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผลตรวจ Rapid test พบ Influenza A Positive 3 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วยรายแรก เป็นชายพักพิงรับเข้าใหม่ในเรือนนอนหอที่ 5 มีอาการ ไข้ ปวดศีรษะ มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ จากนั้นผู้พักพิงในเรือนนอนเดียวกันอีก 11 ราย เริ่มมีอาการคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามการซักประวัติและจัดการผู้ป่วยในภาคสนามค่อนข้างทำได้ลำบาก มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยจิตเวช ทีมรักษาจึงต้องประเมินอาการจากการตรวจวัดสัญญาณชีพ และการสังเกตอาการเป็นหลัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว (อาการเล็กน้อย) เข้ารับการวินิจฉัยโรคเพื่อรับยาต้านไวรัส

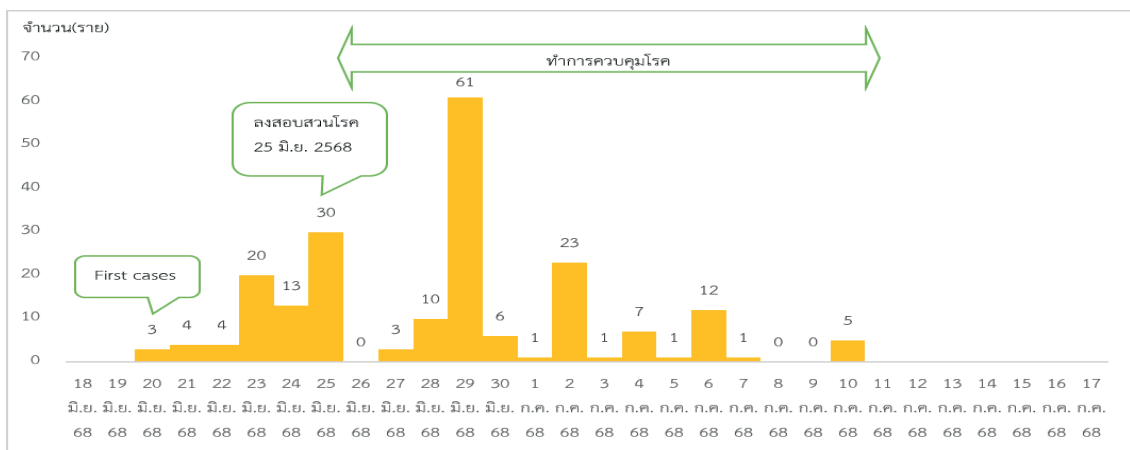
1.2 ผลการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบว่าระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน - 24 กรกฎาคม 2568

ทีมสอบสวนโรค ได้ทำการค้นหาพบผู้ป่วยตามนิยามที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 205 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยยืนยัน 13 ราย ซึ่งตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H3N2) ผู้ป่วยเข้าข่าย 10 ราย ที่มีผลตรวจ Rapid test พบ Influenza Antigen A Positive และผู้ป่วยสงสัย 182 ราย มีอาการเข้าได้ตามนิยาม ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยืนยันและผู้ป่วยเข้าข่ายที่ตรวจพบเชื้อ Influenza A ได้ร่วมเหตุการณ์ระบาดในสถานที่ปิดเดียวกัน โดยค้นพบผู้ป่วยรายแรก เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2568 กระทั่งพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในเหตุการณ์นี้ ได้เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2568

1.3 การพรรณาลักษณะการกระจายของโรคบุคคล สถานที่ เวลา พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 205 ราย อัตราป่วย ร้อยละ 64.67 เสียชีวิต จำนวน 6 ราย อัตราตาย ร้อยละ 1.89 อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 1.97:1 ค่ามัธยฐานอายุ 49 ปี (Min=20, Max=78) ผู้ป่วยส่วนมากอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 29.76 รองลงมา อายุ 40-49 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป อายุ 20-39 ปี และอายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.32, 20.00, 17.07 และ 5.85 ตามลำดับ โดยพบอาการไอบมากที่สุด ร้อยละ 60.49 รองลงมา ไข้ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ เจ็บคอ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ มีเสมหะ หนาวสั่น ถ่ายเหลว

คิดเป็นร้อยละ 55.12, 43.41, 37.07, 28.78, 17.07, 10.24, 9.76, 7.80, 2.44 และ 1.95 ตามลำดับ ซึ่งพบโรคไข้หวัดใหญ่กระจายใน 6 เรือนนอน ที่หอ 5 พบอัตราป่วยสูงสุดร้อยละ 82.22 รองลงมา หอ 6 หอ 2 หอ 4 หอ 7 หอ 1 คิดเป็นร้อยละ 80.95, 79.49, 75.47, 63.64 และ 63.64 ตามลำดับ ลักษณะการระบาดเป็นแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย เป็นการติดเชื้อจากคนสู่คน จากข้อมูลผู้ป่วย 205 ราย พบกลุ่มก้อนผู้ป่วย 3 รายแรกเริ่มป่วยเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2568 ด้วยอาการทางเดินหายใจส่วนบน พบอาการเด่น ไข้ ไอ มี

น้ำมูก เจ็บคอ หลังจากนั้นเกิดการระบาดไปผู้ป่วยรายอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นการระบาดที่เรือนนอนตึก 5 แล้วกระจายวงกว้าง พบผู้ป่วยสูงสุดเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2568 จำนวน 61 ราย และพบผู้ป่วย 5 รายสุดท้าย เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2568 โดยช่วงเวลาดังกล่าว เกิดการระบาดถึง 3 ระลอก ดังภาพที่ 2 ซึ่งระหว่างดำเนินการควบคุมโรค มีการคัดกรองโรคในสถานสงเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ทีมสามารถตรวจพบโรคได้ที่มีรายงาน 1 วัน (Min=1, Max=7)



ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ตามวันเริ่มป่วย ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง พ.ศ.2568 (n = 205)

2. การศึกษาการระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่โดยใช้ Multiple logistic model พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ นอนใกล้ชิดติดกันกับผู้ป่วย ($RR=1.41$, $OR_{adj}=1.92$, 95%CI: 1.01–3.63) ใช้อ่างอาบน้ำ

รวมที่พื้นเปียก ($RR=2.39$, $OR_{adj}=17.55$, 95%CI: 8.94–34.46) ตื่นน้ำจากแก้วใบเดียวกัน ($RR=1.55$, $OR_{adj}=3.42$, 95%CI: 1.51–7.75) รับประทานอาหารเป็นกลุ่ม ($RR=1.51$, $OR_{adj}=3.12$, 95%CI: 1.46–6.69) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานสงเคราะห์ พ.ศ.2568 (n=317)

ปัจจัย	ป่วย (n=205)		ไม่ป่วย (n=112)		RR	OR _{adj}	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การนอนใกล้ชิดติดกันกับผู้ป่วย								
ได้สัมผัส	92	79.31	24	20.69	1.41	1.92	1.01-3.63	0.046*
ไม่ได้สัมผัส	113	56.22	88	43.78	1	1		
การใช้อ่างอาบน้ำรวมที่พื้นเปียก								
ได้สัมผัส	150	88.76	19	11.24	2.39	17.55	8.94-34.46	<0.001*
ไม่ได้สัมผัส	55	37.16	93	62.84	1	1		
การต้อนน้ำจากแก้วใบเดียวกัน								
ได้สัมผัส	182	68.68	83	31.32	1.55	3.42	1.51-7.75	0.03*
ไม่ได้สัมผัส	23	44.23	29	55.77	1	1		
การรับประทานอาหารเป็นกลุ่ม								
ได้สัมผัส	176	69.29	78	30.71	1.51	3.12	1.46-6.69	0.03*
ไม่ได้สัมผัส	29	46.03	34	53.97	1	1		

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมในสถานสงเคราะห์ จากการสังเกต พบว่า บริบทเรือนนอนทั้ง 7 อาคาร เรือนนอนเขตฝั่งหญิง 2 อาคาร (หอ 1, 2) เขตฝั่งชาย 5 อาคาร (หอ 4, 5, 6, 7) ซึ่งเรือนนอนเขตฝั่งชาย ภายในอาคารมีความแออัดที่นอนชิดติดกันใน 1 ห้อง ผู้พักพียงนอนรวมกัน ประมาณ 30-40 ราย ภายในห้องนอน ไม่มีการระบายอากาศไหลเวียนเพียงพอ มีการปิดหน้าต่าง ด้วยมีอาคารเรือนนอนอย่างจำกัด จึงไม่มีอาคารที่ใช้เฉพาะสำหรับแยกโรคที่ชัดเจน สถานที่อาบน้ำเป็นอ่างอาบน้ำรวม ใช้ขันตักอาบและใช้สายยางฉีดน้ำ พื้นห้องน้ำเปียกชื้นสำหรับน้ำใช้ในสถานสงเคราะห์ เป็นประปาบาดาลจากการประเมินคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาด้วย 0.31 พบว่า มีคลอรีนอิสระคงเหลือจากต้นท่ออยู่ 0.1 ppm และตรวจวัดปลายท่อ

รวมถึงตามอาคาร ไม่พบคลอรีนอิสระคงเหลือที่ทดสอบจนได้ทำการเติมคลอรีนในน้ำประปาหลังปรับปรุงตรวจวัดคลอรีนอิสระคงเหลือเพิ่มขึ้นเป็น 1.0 ppm (ค่ามาตรฐานคลอรีนอิสระ 0.2-0.5 ppm) และตรวจวัดปลายท่อที่จุดอาบน้ำอาคารหอ 4 และ 5 พบคลอรีนอิสระคงเหลือน้อยกว่า 0.2 ppm ส่วนอาคาร หอ 7 ตรวจไม่พบคลอรีนอิสระคงเหลือ จึงกำหนดเวลาเติมคลอรีนเป็น 2 ช่วงคือเวลา 08.00 น. และ 14.00 น.

ศูนย์พักพิง ไม่ได้จัดบริเวณสำหรับผู้มาเยี่ยมที่ชัดเจน เมื่อบุคคลจากภายนอก หรือญาติมาเยี่ยม และ มีการพบเยื่อมอย่างใกล้ชิดกับผู้พักพิงที่มารวมกันหลายราย ส่วนผู้ที่มาขอสิ่งของ จะจัดตัวแทนมารับสิ่งของ โดยไม่ได้ซักประวัติหรือคัดกรองอาการเจ็บป่วยของบุคคลภายนอกหรือญาติก่อนเข้าเยี่ยม

3.2 ลักษณะพฤติกรรมและประวัติวัคซีน
ใช้หวัดใหญ่ของผู้พักพิง จากการสังเกตและ
สอบถามตัวแทนผู้ป่วย พบว่า ไม่ได้ใช้เสื้อผ้าผู้อื่น
มีการใช้ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่นบ้างในบางครั้ง การ
รับประทานอาหารร่วมกันเป็นกลุ่มในแต่ละเรือนนอน มี
ใช้ช้อนส่วนตัวตักกับข้าวในถ้วยและจานเดียวกัน
หลังกินอาหารจะล้างมือด้วยน้ำเปล่า ส่วนใหญ่
พบว่า มีการใช้แก้วน้ำใบเดียวกัน และผู้พักพิงทุก
รายได้รับวัคซีนป้องกันโรคครั้งล่าสุด เมื่อปีพ.ศ.
2567 เนื่องจากพื้นที่จำเป็นต้องบริหารจัดการ
วัคซีนให้ครอบคลุมเป้าหมาย 7 กลุ่มเสี่ยงก่อนตาม
เกณฑ์สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ

4. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

การเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab
(NPS) ของผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 55 ตัวอย่าง ซึ่ง
ได้จากผู้ป่วย 2 กรณี ที่ไม่ได้รับยาและได้รับ
ยาต้านไวรัส ตรวจด้วย Rapid test 39 ราย ที่
โรงพยาบาลชุมชนพบ Influenza type A Positive
ร้อยละ 25.64 และส่งตรวจหาสารพันธุกรรมด้วย
วิธี PCR-RP23 ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดอุบลราชธานี 7 ราย พบ Detected
Influenza virus subtype AH3N2 ร้อยละ 85.71
นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มใหม่ได้ส่งตรวจด้วยวิธี PCR
Flu Differentiation ที่สถาบันบำราศนราดูร 9 ราย
พบ Detected Influenza virus subtype AH3N2
ร้อยละ 77.78 ทั้งนี้พบค่า $ct > 25$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลตรวจหาเชื้อจากสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ในสถานสงเคราะห์ พ.ศ.2568 (n=55)

ชนิดสิ่งส่งตรวจ	จำนวนตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	วิธีทดสอบ	ผลตรวจ	พบเชื้อ (ร้อยละ)
NPS ผู้ป่วย	39	รพ.ชุมชน	Influenza Ag A/B	Positive Influenza type A	10 (25.64)
NPS ผู้ป่วย	7	สคร.10 อบ.	PCR-RP 23	Detected Influenza virus subtype AH3N2	6 (85.71)
NPS ผู้ป่วย	9	สถาบัน บำราศนราดูร	PCR Flu Differentiation	Detected Influenza virus subtype AH3N2 ค่า $ct > 25$	7 (77.78)
รวม	55				23 (57.14)

5. มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ดำเนินการ

1) แยกผู้ป่วยในสถานที่เตรียมไว้เป็นเวลา 5 วัน
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามอาการทุกวัน
2) เจ้าหน้าที่ประจำสถานสงเคราะห์ เฝ้าระวัง
โรคเชิงรุก คัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่อง
ทุกวัน
3) สื่อสารความเสี่ยงให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัด
ใหญ่ แนะนำการป้องกันตนเองและป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อ เน้นย้ำล้างมือด้วยสบู่ให้บ่อยครั้ง

กำกับกำกับการสวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงใช้สิ่งของ
ร่วมกัน

4) สถานสงเคราะห์ได้เข้มงวด โดยงดเว้นการ
จัดกิจกรรมแบบรวมกลุ่ม งดการเยี่ยมจากบุคคล
ภายนอกหรือญาติแบบใกล้ชิด ในช่วงโรคไข้หวัด
ใหญ่ระบาด เป็นเวลา 14 วัน

5) ทีมสอบสวนโรค เจ้าหน้าที่ และผู้พักพิง
ร่วมมือกันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในสถานสงเคราะห์

โดยการทำความสะอาดอาคารเรือนนอน ที่นอน อุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้พักพิง รวมถึงห้องน้ำ โรงอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ และเติมคลอรีนในระบบน้ำประปา ในการกำจัดเชื้อโรคในอาคารต่างๆ

6) ผู้ป่วยเข้าระบบการรักษาของโรงพยาบาล ชุันทน์ทุกรายและได้รับยาต้านไวรัส (Oseltamivir) พร้อมทั้งได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย

7) ดำเนินการปิดพื้นที่ห้ามบุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้า-ออกในพื้นที่สถานสงเคราะห์ จนกว่าทีมสอบสวนโรคร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถควบคุมโรคได้สำเร็จ จนไม่พบผู้ป่วยรายใหม่

8) โรงพยาบาลชุันทน์ได้ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ผู้พักพิงในสถานสงเคราะห์ แห่งนี้ เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2568 จำนวน 295 ราย ครอบคลุมได้ ร้อยละ 88.86

อภิปรายผลการศึกษา

ลักษณะการระบาดเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรเปราะบางในพื้นที่จำกัด การระบาดในเหตุการณ์นี้มีอัตราป่วยสูงถึงร้อยละ 64.67 และมีอัตราการสูงถึงร้อยละ 1.89 เนื่องจากผู้พักพิงที่มาอยู่รวมกันส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปราะบาง อาทิเช่น มีโรคประจำตัว สูงอายุ จึงมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เมื่อผู้พักพิงบางรายติดเชื้อมีโอกาสอาการรุนแรง แตกต่างจากการระบาดในประชากรทั่วไปอย่างชัดเจน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ระบุถึงการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H3) ของนักเรียนและครูที่มาอยู่รวมกันในค่ายลูกเสือ พบอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ 5-9 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง สูงถึงร้อยละ 100⁽¹⁰⁾ ส่วนการเสียชีวิตจากโรคนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้ระบุถึงผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่ม

เปราะบาง ติดเชื้อจากการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (H3N2) ในโรงพยาบาล บางรายมีอาการปอดอักเสบรุนแรง พบอัตราป่วยตายสูงถึงร้อยละ 6.00⁽¹¹⁾

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแพร่กระจายเชื้อ ประกอบด้วย การนอนใกล้ชิดติดกัน เนื่องจากความแออัดและการสัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อในสถานที่ปิด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การนอนรวมแบบหันหัวเดียวกันมีความเสี่ยงติดโรคไข้หวัดใหญ่สูงถึง 10.6 เท่าของการนอนเตียงห่างกัน⁽¹²⁾ ประกอบกับห้องพักต้องปิดหน้าต่างยามวิกาลเพื่อป้องกันสิ่งของสูญหายและหลบหนี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การนอนในอาคารที่ระบายอากาศไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ⁽¹³⁾ การใช้อ่างอาบน้ำรวมที่พื้นเปียกชื้น อธิบายได้ด้วยกลไกการสัมผัสเชื้อทางอ้อมผ่านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สามารถมีชีวิตบนพื้นผิวเรียบไม่มีรูพรุนที่มีความชื้นสูงได้นานกว่าพื้นผิวแห้ง ห้องน้ำที่พื้นเปียกชื้นจึงเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสสัมผัสเชื้อผ่านมือด้วยการใช้ขันตักน้ำและสายยางร่วมกับผู้ป่วย แล้วนำเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ทางปาก ตา หรือ จมูก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้ถังน้ำและขันตักน้ำร่วมกันหลายคน ทำให้ห้องน้ำเปียกชื้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ⁽¹⁰⁾ รวมถึง การดื่มน้ำจากแก้วเดียวกัน ทำให้สัมผัสเชื้อจากน้ำลายที่ปนเปื้อนบริเวณปากแก้วโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าพฤติกรรมนี้เสี่ยงต่อการติดโรคไข้หวัดใหญ่ถึง 3.32 เท่า⁽¹⁰⁾ ส่วนการรับประทานอาหารเป็นกลุ่ม เพิ่มโอกาสรับเชื้อผ่านละอองฝอยทางอากาศขณะพูดคุย และสัมผัสเชื้อปนเปื้อนน้ำลายจากข้อส่วนตัวที่ใช้ตักอาหารในสำหรับ

เดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีเพื่อนที่ป่วยร่วมวงอาหาร และการล้างมือด้วยน้ำเปล่าสัมพันธ์กับการระบาด⁽¹³⁾ นอกจากนี้ การไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ประจำปี ถือเป็นช่องว่างสำคัญที่ทำให้ประชากรในสถานสงเคราะห์ไม่มีภูมิคุ้มกันส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเป็นวงกว้าง สอดคล้องกับรายงานระบุถึงวัคซีนเป็นมาตรการหลักใช้ป้องกันโรค⁽⁴⁾

ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมแบบผสมผสาน จุดแข็งของการสอบสวนโรคครั้งนี้คือ ระบบคัดกรองที่ต่อเนื่อง ทำให้ตรวจพบผู้ป่วยสงสัยได้อย่างรวดเร็ว Median ที่ 1 วัน (Min=1, Max=7) นำไปสู่การแยกกักและให้ยาต้านไวรัสอย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ป่วยบางรายซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่ใช้เวลานานถึง 7 วันจึงตรวจพบโรค เนื่องจากมีอุปสรรคด้านการสื่อสารและไม่สามารถแจ้งอาการป่วยแก่เจ้าหน้าที่ได้ ทีมสอบสวนโรคจึงแก้ปัญหาสำหรับประชากรพิเศษนี้โดยปรับเปลี่ยนจากการซักประวัติด้วยวาจา มาเป็นการประเมิน Vital sign เป็นหลัก ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับข้อแนะนำในการเฝ้าระวังอาการแสดงทางคลินิกอย่างใกล้ชิดด้วยการวัด Vital sign ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะยาว⁽²⁾ นอกจากนี้ การใช้มาตรการควบคุมโรคแบบผสมผสาน ทั้งการจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยทุกราย การทำความสะอาดและทำลายเชื้อพื้นผิวสัมผัส และการเติมคลอรีนในระบบน้ำประปาบาดาล ซึ่งมักถูกมองข้ามในการศึกษาอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าการจัดการสุขาภิบาลน้ำและการทำความสะอาดจุดสัมผัสร่วมมีส่วนสำคัญในการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนประจำได้⁽¹⁴⁾

สรุปผลการศึกษา

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A (H3N2) ในสถานสงเคราะห์ครั้งนี้เกิดขึ้น 3 ระลอก โดย First case เป็นผู้พักพิงรับเข้าใหม่ที่ได้รับเชื้อจากภายนอกก่อนเริ่มป่วยในสถานสงเคราะห์ สำหรับปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการนอนใกล้ชิดติดกัน การใช้อ่างอาบน้ำรวมที่มีสภาพพื้นเปียกชื้น การใช้แก้วนํ้าร่วมกัน และการรับประทานอาหารเป็นกลุ่ม ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งความแออัดในเรือนนอน ระบบระบายอากาศที่ไม่ดี และระบบประปาขาดการเติมคลอรีน ทั้งนี้ได้ดำเนินการมาตรการควบคุมที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรองด้วยการตรวจสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง การแยกกักและให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ควบคู่กับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การทำลายเชื้อ การเติมคลอรีนในน้ำประปา และการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ ภายในเดือนกรกฎาคม 2568

ข้อจำกัดในการสอบสวนควบคุมโรค

1. ผู้มีภาวะทางจิตและจิตเวช ไม่สามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ เป็นอุปสรรคทำให้เก็บข้อมูลไม่ได้ครบประชากรทุกคนในสถานสงเคราะห์ นอกจากนี้บางคนเป็นผู้ป่วยติดเตียง ยากต่อการเคลื่อนย้ายไปแยกกักโรค
2. สิ่งส่งตรวจพบเชื้อก่อโรคมีปริมาณความเข้มข้นของเชื้อต่ำ (ct>25) จึงไม่เข้าเกณฑ์ที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์ถอดรหัสพันธุกรรมทั้งตัว (Whole genome sequencing) เพื่อตรวจหาสายพันธุ์ย่อยที่กลายพันธุ์ได้
3. ผู้เสียชีวิตทุกราย ไม่ได้ตรวจยืนยันหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส เนื่องจากได้รับยาต้านไวรัส

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเก็บข้อมูลค่า Ct จากตัวอย่างที่ผล PCR พบเชื้อ เพื่อเลือกตรวจวิเคราะห์ถอดรหัสพันธุกรรม
2. ควรจัดสรรและกระจายวัคซีนป้องกันโรคให้กลุ่มเปราะบางในสถานสงเคราะห์เป็นการเฉพาะ
3. ควรพัฒนามาตรฐานและจัดทำผังห้องแยกโรคในสถานสงเคราะห์ให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดแนวทางคัดกรองผู้พักพึงรับเข้าใหม่ โดยให้กักตัวสังเกตอาการเป็นเวลา 7 วัน และตรวจคัดกรองในวันสุดท้ายด้วย Rapid test แบบ Combo (Influenza A/B Covid-19 RSV) ก่อนอนุญาตเข้าสู่เรือนนอนปกติ
4. ควรขอร่วมมือจากการประสานงานภูมิภาคพื้นที่อำเภออุษาคเนย์ เพื่อตรวจสอบ เสร็จระบบและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้สามารถดูแลเติมคลอรีนน้ำประปาได้ตามมาตรฐาน 0.2-0.5 ppm ในสถานสงเคราะห์
5. ควรติดตั้งพัดลมในห้อง และเปิดหน้าต่างในตอนเช้าหลังตื่นนอน เพื่อให้อากาศถ่ายเท
6. ควรเข้มงวดเรื่องการสื่อสารขอความร่วมมือให้ผู้พักที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และเพื่อนช่วยเพื่อน
7. กรอกน้ำดื่มใส่ขวดสำหรับใช้ดื่มส่วนตัวที่เพียงพอ และไม่ควรรับประทานอาหารร่วมกัน
8. ควรจัดบริเวณเฉพาะไว้ให้กับบุคคลภายนอก และมีหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจลให้บริการช่วงแรกของการระบาด ควรวางแผนเตรียมพร้อมอาคารไว้รองรับการแยกกักผู้ป่วย
9. ควรต่อยอดผลการศึกษานี้ โดยพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้แจ้งรายงานเหตุการณ์ได้รวดเร็ว ถึงหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับพื้นที่เพื่อตอบโต้การแพร่ระบาดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ท่านผู้บริหารและคณะเจ้าหน้าที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งแห่งหนึ่ง ท่านผู้บริหารโรงพยาบาลอุษาคเนย์ ได้อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี รวมถึง ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล นำทีม และผู้ร่วมดำเนินงาน ได้แก่ นพ.กรกฎ ภูชงคบดีนทร์ คุณกนกศักดิ์ รักษาสัตย์ คุณวิชุดา โคสินธุ์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ร่วมปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วง รวมถึง คุณสำรวย ศรศรี ช่วยประสานนำส่งสิ่งส่งตรวจ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และสถาบันบำราศนราดูร ที่ได้อนุเคราะห์ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. Petrova VN, Russell CA. The evolution of seasonal influenza viruses. *Nat Rev Microbiol* 2018; 1(16):47-60. doi: 10.1038/nrmicro.2017.118
2. Uyeki TM, Bernstein HM, Bradley JS, Englund JA, File TM, Fry AM, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. *Clin Infect Dis* 2019; 6(68):895-902. doi: 10.1093/cid/ciy874
3. Krammer F, Smith GD, Fouchier RAM, Peiris M, Kedzierska K, et al. Influenza. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 1(4):3 doi:10.1038/s41572-018-0002-y.

4. World Health Organization. Seasonal influenza – Global situation 2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 9]. 13 P. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>
5. กองระบาดวิทยา. แดชบอร์ด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิ.ย. 2569]. 4 หน้า. เข้าถึงได้จาก: <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>
6. กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ.2565 ประจำสัปดาห์ที่ 47 (20-26 พฤศจิกายน 2565) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2569]. 5 หน้า. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE_flu_47.2565.pdf
7. กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ.2567 ประจำสัปดาห์ 16 (21-27 เมษายน 2567) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2569]. 5 หน้า. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE_flu_16.2567.pdf
8. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: หจก.แคนนา กราฟฟิค; 2563.
9. กองระบาดวิทยา. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563. กรุงเทพมหานคร: หจก.แคนนา กราฟฟิค; 2563.
10. อภิญา ดวงแก้ว, จินตวัฒน์ บุญกาพิมพ์, บุษบา บัวผัน, กาญจนา กงจักร, นัฐณรงค์ ไสยรส. การสอบสวนการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H3) ในค่ายลูกเสืออำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เดือนกุมภาพันธ์ 2566. วารสารควบคุมโรค 2567; 4(50):576-86.
11. Kashiwagi S, Ikematsu H, Hayashi J, Kajiya W, Kaji M. An outbreak of influenza A (H3N2) in a hospital the elderly with emphasis on pulmonary complications. Jpn J Med 1988; 27(2):177-82. doi: 10.2169/internal medicine1962.27.177.
12. กัญญาภักดิ์ ศิลาธิราช, ฌอนอม นามวงศ์, สุภาวรรณ เลิศทรัพย์พลทวี, แมน แสงภักดิ์, สุกุณา บัวเขียว, สุกัญญา คำพัฒน์ และคณะ. การสอบสวนการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 2009 ในทหารใหม่กองร้อยอารูธเบา ค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร เดือนพฤษภาคม 2560. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2561; 52 (48):817-24.
13. สาริก พรหมมาร์ตน์, สุประวีณ์ กันทะวงศ์, กิตติพันธ์ ฉลอม. การสอบสวนโรคไข้หวัดใหญ่ในค่ายโครงการ ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขสุลลันนา 2564; 1(17):1-11.
14. เครือวัลย์ อินทอง, วรรณสา สุโกโส, กิ่งแก้ว แก้วกัลป์. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น วันที่ 2-16 พฤศจิกายน 2565. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2566; 1(2):80-95.