

ควบคุมโรค/สิ่งแวดล้อม

ประชุมกกบ.

วันที่ 29 มกราคม 2568

ระดับความสำเร็จโครงการกำจัดโรคหัด และกวาดล้าง โรคโปลิโอ ตามพันธสัญญานานาชาติ (Measles and Acute Flaccid Paralysis : AFP)



กิจกรรมการดำเนินงาน ปี 2568	เป้าหมาย อำเภอ	ผลงานไตร มาสแรก	ข้อเสนอแนะของผู้ นิเทศ
<p>1) กลุ่มอาการ AFP</p> <p>- โรงพยาบาลชุมชน ไม่บังคับให้ ค้นหาและรายงาน แต่หากพบ ผู้ป่วยเข้าได้กับ AFP สามารถส่ง ตรวจได้ทุกกรณี ไม่มีค่าใช้จ่ายทุก สิทธิ/ทุกสัญชาติ</p>			<p>ผู้ป่วยที่ถูก Dx. ด้วย ICD- 10 ที่เข้าได้กับผู้ป่วย AFP หรือไข้ออกผื่น ขอให้มีการ รายงาน และส่งตรวจแลบ ตามเกณฑ์</p>
<p>2) กลุ่มอาการไข้ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด</p> <p>- โรงพยาบาลชุมชน รายงาน ผู้ป่วย อย่างน้อย 4 ราย ต่อปี</p>	<p>เป้าหมาย ไข้ออกผื่น 4 คน</p>	<p>เป้าหมาย 4 คน ผลการดำเนินงาน ไข้ออกผื่น 0 ราย ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย</p>	<p>โดยเป้าหมายมุ่งเน้นให้ ค้นหา และรายงาน เพื่อส่ง ตรวจยืนยันผลแล็บ เพื่อให้ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของ WHO ไม่มุ่งเน้น ประกอบการ Dx.</p>



แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคหัด หัดเยอรมัน (Measles and Rubella)

นิยามที่ต้องรายงาน

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีไข้ และมีผื่นแดงชนิด Maculopapular rash หรือผื่นชนิดอื่น และอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ไอ มีน้ำมูก ตาแดง หรือตรวจร่างกายพบ Koplik's spot หรือแพทย์สงสัยโรคหัด หัดเยอรมัน

*****ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)**



แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังหัดเยอรมันแต่กำเนิด (Congenital rubella syndrome; CRS)

ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

นิยามที่ต้องรายงาน

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก หมายถึง เด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีมีอาการอย่างน้อย 2 อาการในข้อ ก. หรืออย่างน้อย 1 อาการในข้อ ก. ร่วมกัน 1 อาการในข้อ ข. และไม่ได้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าเป็นจากสาเหตุอื่น

ก. ต้อกระจก/ต้อหินแต่กำเนิด/โรคหัวใจแต่กำเนิด/การสูญเสียการได้ยิน/Pigmentary retinopathy

ข. มีจ้ำเลือด/มีน้ำมด/ศีรษะเล็กผิดปกติ/พัฒนาการล่าช้า/สมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/ความผิดปกติของกระดูก (Radiolucent bone disease)/ตัวเหลืองที่เกิดภายใน 24 ชม. หรือหลังคลอด

2. ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีประวัติว่าเป็นหัดเยอรมันในขณะตั้งครรภ์

*****ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ข้อดำเนินการ
1.	การรายงาน - ไม่น้อยกว่า 2 ราย ต่อ ปชก.แสมคน (ในระดับประเทศ และจังหวัด)	- รายงานผู้ป่วยสงสัย* ทุกราย ไม่จำกัดสัญชาติ (แพทย์ตรวจแพทย์สงสัยโรคหัด หัดเยอรมัน ไม่ว่าจะวินิจฉัยเป็นโรคใดก็ตาม) โดยต้องลงข้อมูลผู้ป่วย ในฐานข้อมูลโครงการกำจัดหัด (ฐาน ME) (http://apps-doe.moph.go.th/measles/) - กรณีเสียชีวิต และการระบาด ให้รายงานในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based Surveillance System)
2.	การสอบสวนโรค	สอบสวนเฉพาะราย - สอบสวนโรค ทุกราย ภายใน 48 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับรายงาน สอบสวนการระบาด (พบผู้ป่วย 2 รายขึ้นไป ภายใน 3 สัปดาห์ ในหมู่บ้าน/ชุมชน/สถานที่หนาแน่น) ให้ดำเนินการสอบสวนโรคทันที
3.	การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อหัด หัดเยอรมัน ด้วยวิธี ELISA - ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง (ไม่นับผู้ป่วยในการสอบสวนเหตุการณ์ระบาด)	สอบสวนเฉพาะราย - เก็บตัวอย่างเลือด ส่งตรวจ IgM ด้วยวิธี ELISA ทุกรายที่เข้าเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยกรณีการระบาด - เก็บตัวอย่างเลือด ส่งตรวจ IgM ด้วยวิธี ELISA เพื่อตรวจยืนยันเชื้อทุกเหตุการณ์ (สุ่มเก็บตัวอย่างเป็นตัวแทนเหตุการณ์ กรณีมีการระบาดในพื้นที่ใหม่) กรณีการระบาดใหญ่ (ผู้ป่วยสงสัย >20 ราย) ให้ตัวอย่างเลือดส่งตรวจ IgM ประมาณ 10 – 20 ตัวอย่าง ***ควรเก็บช่วง 4 - 30 วันหลังพบผื่น (3 - 5 มล.) **ควรเก็บตัวอย่างในช่วงเวลาที่เหมาะสม/จะเก็บตรวจรอบที่ 2 ในกรณีที่เก็บเลือดครั้งแรก ก่อน 4 วัน หลังออกผื่น และให้ผล Negative โดยครั้งที่ 2 เก็บห่างจากวันแรกอย่างน้อย 7 วัน แต่ไม่เกิน 30 วัน หลังพบผื่น เอกสารที่เกี่ยวข้อง 1. หนังสือนำส่งที่ออกจากโรงพยาบาล 2. ต้องบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโครงการกำจัดหัด (ฐาน ME) (http://apps-doe.moph.go.th/measles/) ก่อนทุกครั้ง
4.	การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ เพื่อยืนยันสายพันธุ์เชื้อก่อโรค ด้วยวิธี PCR - ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของเหตุการณ์ระบาด	กรณีพบผู้ป่วยรายแรกๆ ของพื้นที่ใหม่ - ควรเก็บตัวอย่าง Throat swab หรือ Nasal swab ส่งตรวจหาสายพันธุ์ กรณีการระบาดใหญ่ (ผู้ป่วยสงสัย >20 ราย) - เก็บตัวอย่าง Throat swab หรือ Nasal swab ส่งตรวจหาสายพันธุ์ ประมาณ 5 ตัวอย่าง เพื่อส่งตรวจ Genotype ***ควรเก็บช่วง 1 - 5 วันหลังพบผื่น (3 - 5 มล.)

หมายเหตุ เก็บตัวอย่างยืนยันเพื่อหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อเชื้อหัด หัดเยอรมัน ด้วยวิธี ELISA ที่ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (เขต 10 ส่งตรวจได้ที่ สวก.อบ. ได้) และการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ เพื่อยืนยันสายพันธุ์เชื้อก่อโรค ด้วยวิธี PCR ***โดยก่อนส่งตรวจจะต้องบันทึกข้อมูล **ในฐานข้อมูลโครงการกำจัดหัด (ฐาน ME)** (<http://apps-doe.moph.go.th/measles/>) **ก่อนทุกครั้ง ไม่เช่นนั้นทางหน่วยงานที่ส่งตรวจจำต้องชำระค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเอง**

เป้าหมายการงานผู้ป่วยไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด หัดเยอรมัน (Non - measles non - rubella) 37 ราย ต่อปีงบประมาณ

เป้าหมายจำนวนผู้ป่วยสงสัยหัดที่รายงานเข้าระบบ ME (จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ใช่หัด หัดเยอรมัน 4 ราย/ปีงบประมาณ



แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ผู้ป่วยอาการอัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis: AFP)

ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

นิยามที่ต้องรายงาน

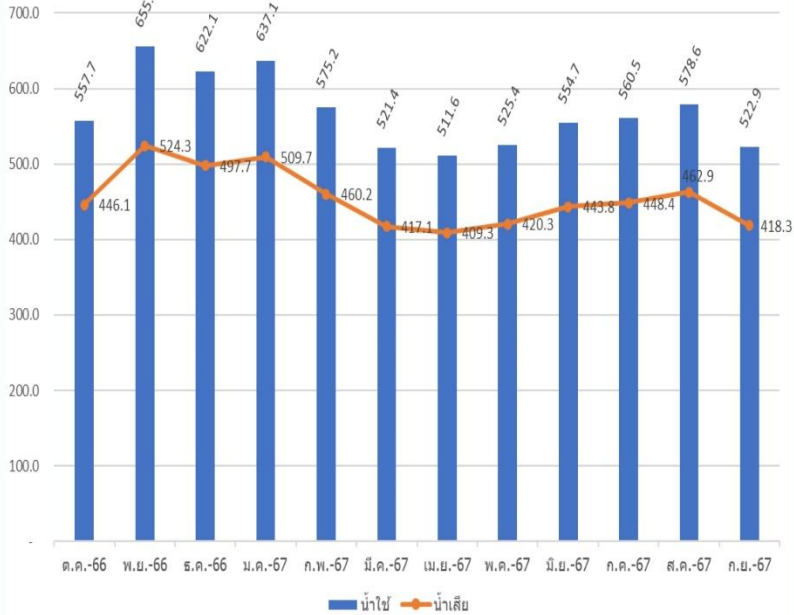
ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อ
ชนิดอ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (AFP) โดยอาการอ่อนแรงของแขน ขา อาจเกิดขึ้นข้างใดข้างหนึ่งหรือ 2 ข้าง
ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma)

*****ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)**

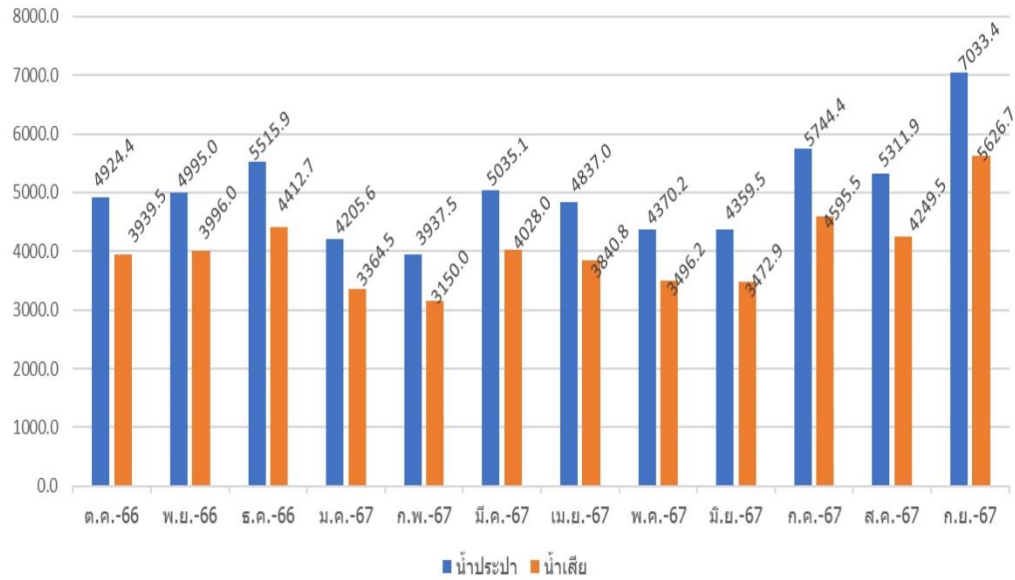
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ข้อดำเนินการ
1.	การรายงาน - ไม่น้อยกว่า 2 ราย ต่อ ปชก.แสนคน ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี (ในระดับจังหวัด)	- รายงานผู้ป่วยสงสัย* ทุกราย ไม่จำกัดสัญชาติ (แพทย์ตรวจยืนยันว่ามีกล้ามเนื้ออ่อนแรง/AFP <u>ไม่ว่าจะวินิจฉัยเป็นโรคใดก็ตาม</u>) - รพ.รายงานเข้าระบบ รง.506 และแจ้งไปยัง สสจ. ภายใน 24 ชั่วโมง - สสจ. รายงานไปยัง สคร.10 ทันที หลังได้รับรายงาน
2.	การสอบสวนโรค - ภายใน 48 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	สอบสวนเฉพาะราย - สอบสวนโรค ทุกราย ภายใน 48 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับรายงาน
3.	การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ - เก็บอุจจาระส่งตรวจ 2 ตัวอย่าง ถูกต้อง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	สอบสวนเฉพาะราย - เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP <u>จำนวน 2 ครั้ง</u> แต่แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย <u>24 ชั่วโมง</u> และเก็บภายใน 14 วัน หลังจากผู้ป่วยมีอาการอัมพาต
4.	การติดตามอาการผู้ป่วย - ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	ติดตามอาการเมื่อครบ 60 วัน ทุกราย - เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการอัมพาตหลงเหลืออยู่หรือไม่

งานสิ่งแวดล้อม

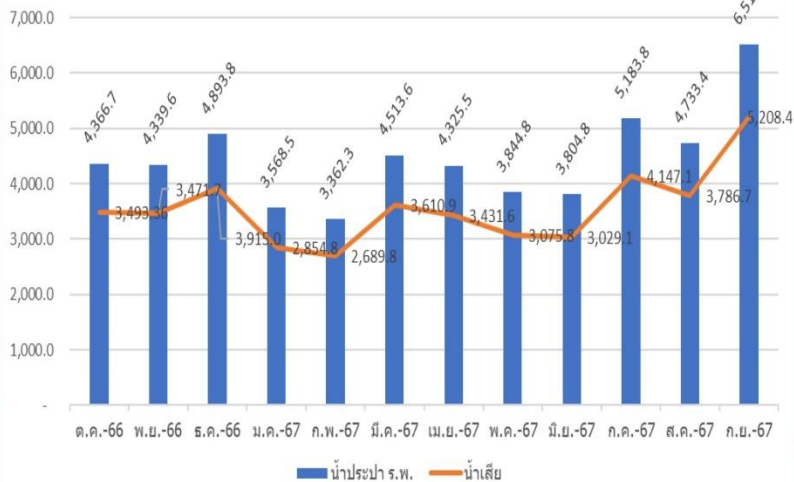
น้ำประปา-น้ำเสียได้เทียบ ปี 67 (ลบ.ม)



ปริมาณน้ำใช้-น้ำเสีย ปี 2567 (ลบ.ม.)



น้ำประปา - น้ำเสียโรงพยาบาล 2567 (ลบ.ม)



	น้ำใช้ (ลบ.ม.)	น้ำเสีย (ลบ.ม.)
น้ำประปา รพ.	53,447.18	42,714.28
ไต่เทียบ	6,822.61	5,458.09
รวม	60,269.79	48,172.37

ระบบสำรองน้ำ รพ.ม่วงสามสิบ

- ถึงน้ำใส 100ลบ.ม 1 ถัง
- ถึงสำรองตึกชีวารักษ์ 6 ลบ.ม. 1 ถัง
- หอถังสูง 30 ลบ.ม. 1 ถัง
- ถึงทรายกรอง 10 ลบ.ม. 1 ถัง

อัตราใช้ผลิตน้ำเฉลี่ยต่อวัน

- 165.12 ลบ.ม.