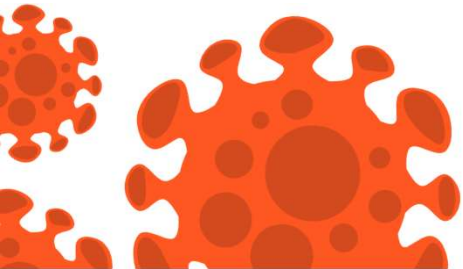


Epidemiology and Situation of Influenza and Other Respiratory Infections in Thailand:- 2025-2026

ดร.พญ. ภาวินี ดั่งเงิน
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข



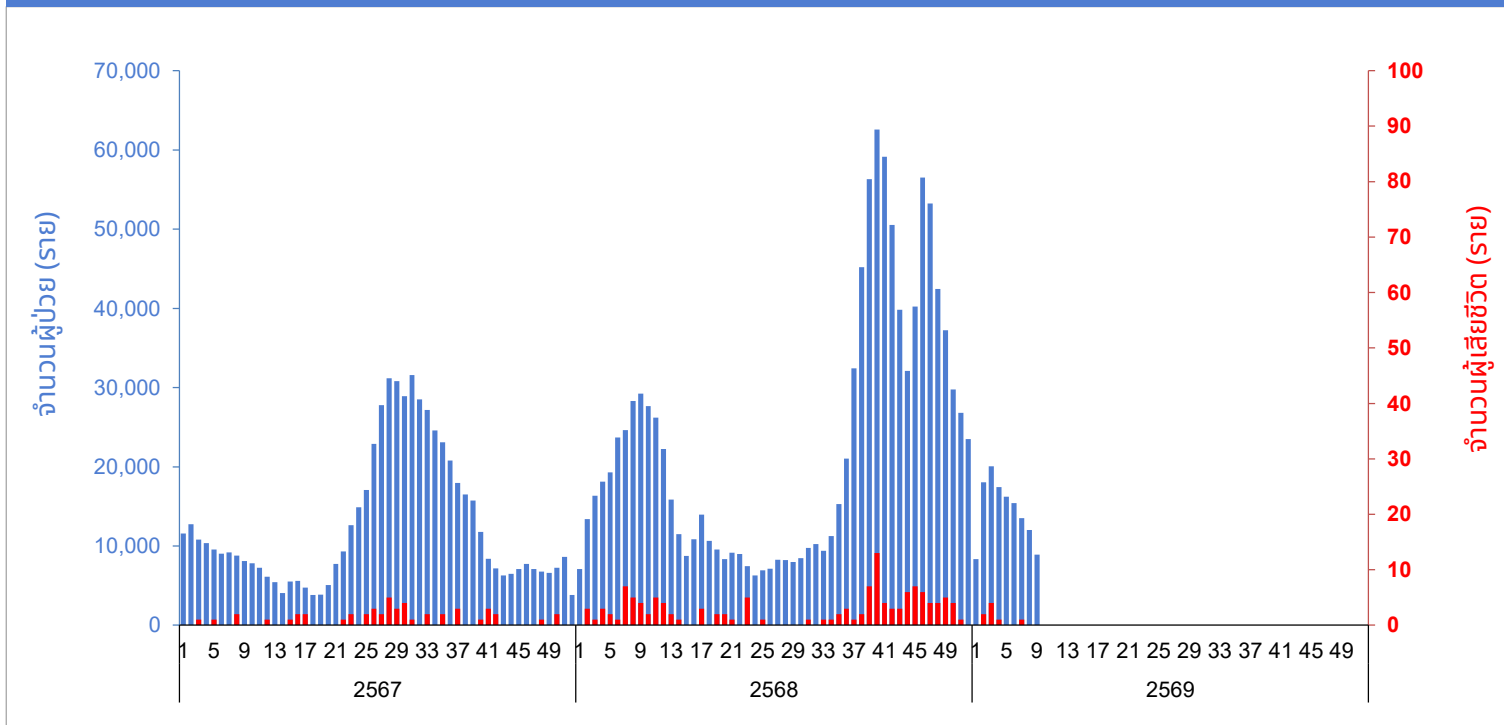
การเฝ้าระวังโรคติดต่อในประเทศไทย



สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569

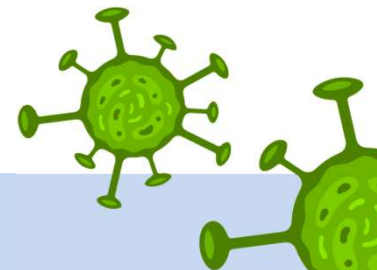
(ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 4 มีนาคม 2569)

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 - 2569

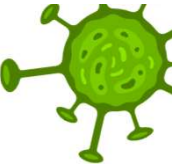


เปรียบเทียบสถานการณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 - 2569

ปี	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	จำนวนผู้เสียชีวิต (ราย)	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
2567	667,829	51	0.008
2568	1,200,425	132	0.011
2569	131,722	8	0.006

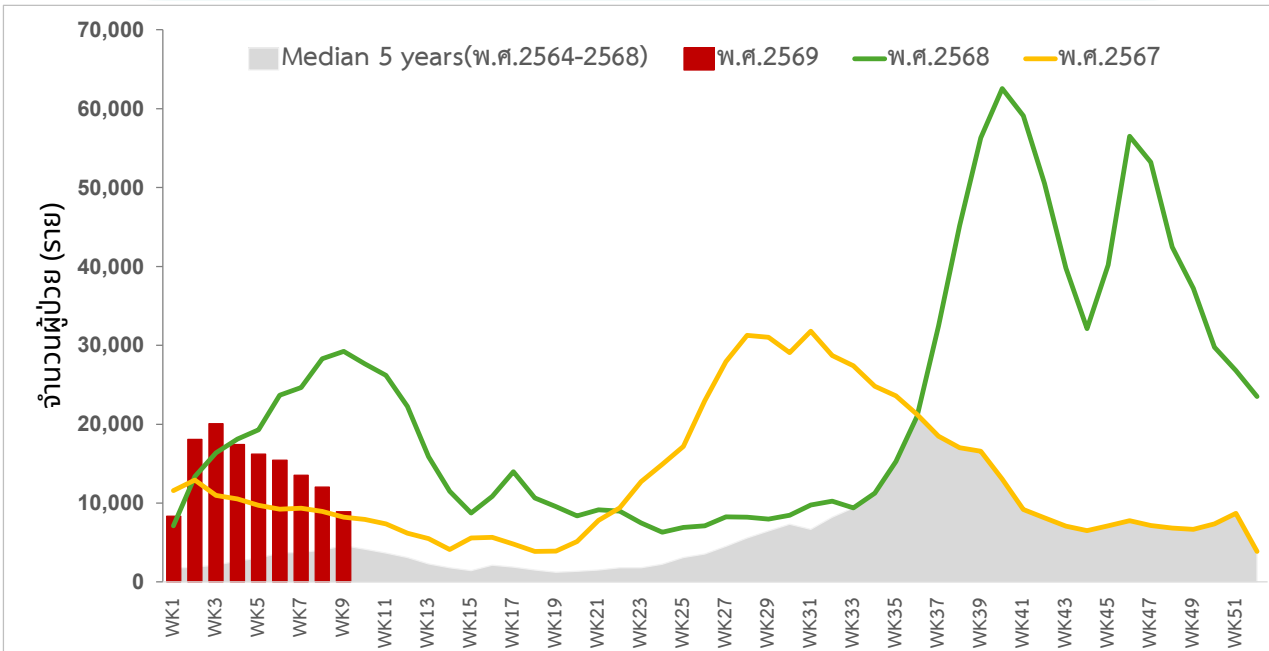


สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569

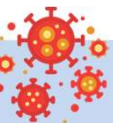
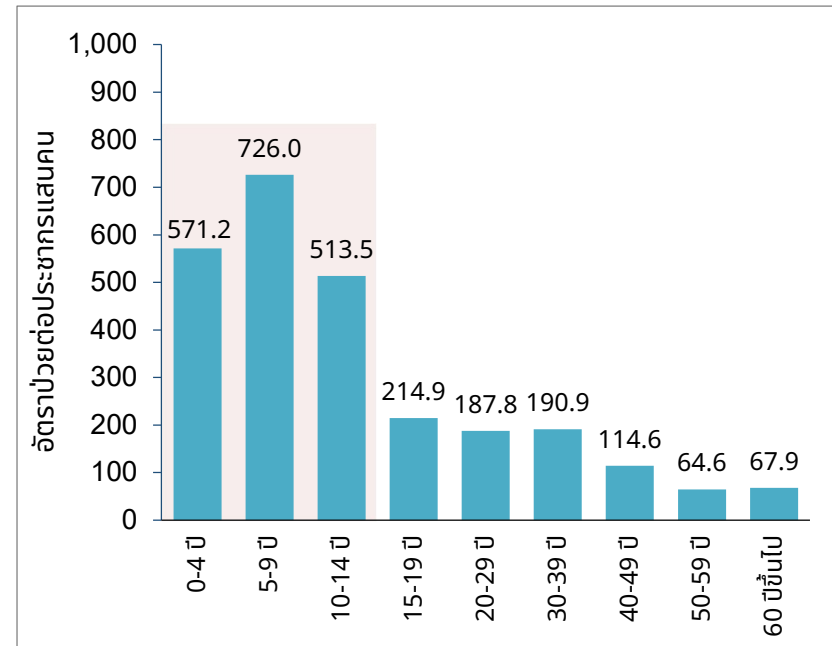


ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 4 มีนาคม 2569 พบ **ผู้ป่วยสะสม 131,722 ราย (อัตราป่วย 202.92 ต่อประชากรแสนคน)** **ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล 14,392 ราย (10.93%)** **เสียชีวิต 8 ราย (อัตราป่วยตาย 0.006)** ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ **5-9 ปี** รองลงมาอายุ 0-4 ปี และอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ

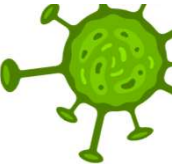
สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 - 2569



อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จำแนกตามกลุ่มอายุ (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 4 มีนาคม 2569)



สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569



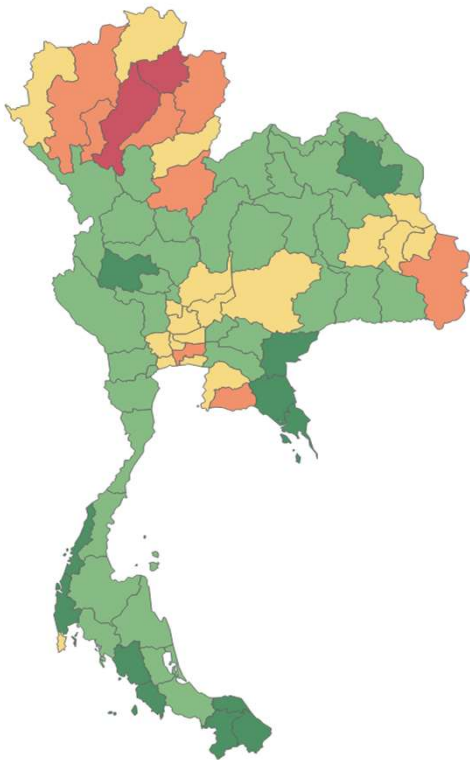
(ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 4 มีนาคม 2569)

“ 10 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ”

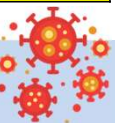
จังหวัด	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
พะเยา	486.31
ลำปาง	405.49
พิษณุโลก	375.80
เชียงใหม่	364.68
แพร่	356.38
น่าน	352.83
ระยอง	335.54
อุบลราชธานี	334.73
ลำพูน	318.25
กรุงเทพมหานคร	316.00

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วย จำแนกรายเขตสุขภาพ

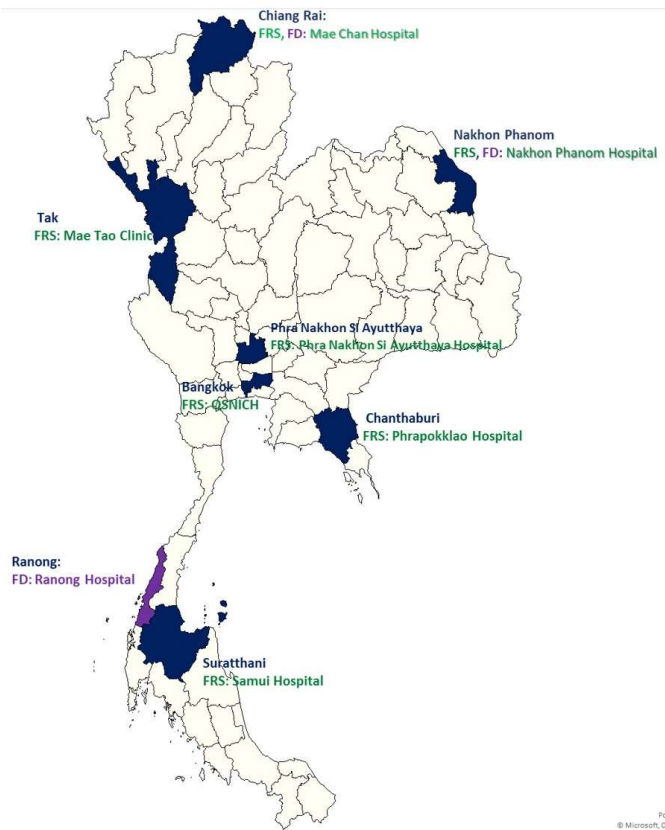
เขตสุขภาพ	ผู้ป่วย	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
เขตสุขภาพ 1	18,956	344.05
เขตสุขภาพ 2	7,524	222.58
เขตสุขภาพ 3	3,950	136.20
เขตสุขภาพ 4	12,735	237.57
เขตสุขภาพ 5	8,077	157.04
เขตสุขภาพ 6	12,553	204.14
เขตสุขภาพ 7	9,409	188.73
เขตสุขภาพ 8	6,917	126.20
เขตสุขภาพ 9	12,604	188.60
เขตสุขภาพ 10	11,230	246.12
เขตสุขภาพ 11	6,742	152.28
เขตสุขภาพ 12	3,997	80.45
เขตสุขภาพ 13	16,942	316.00



0 486.3
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน

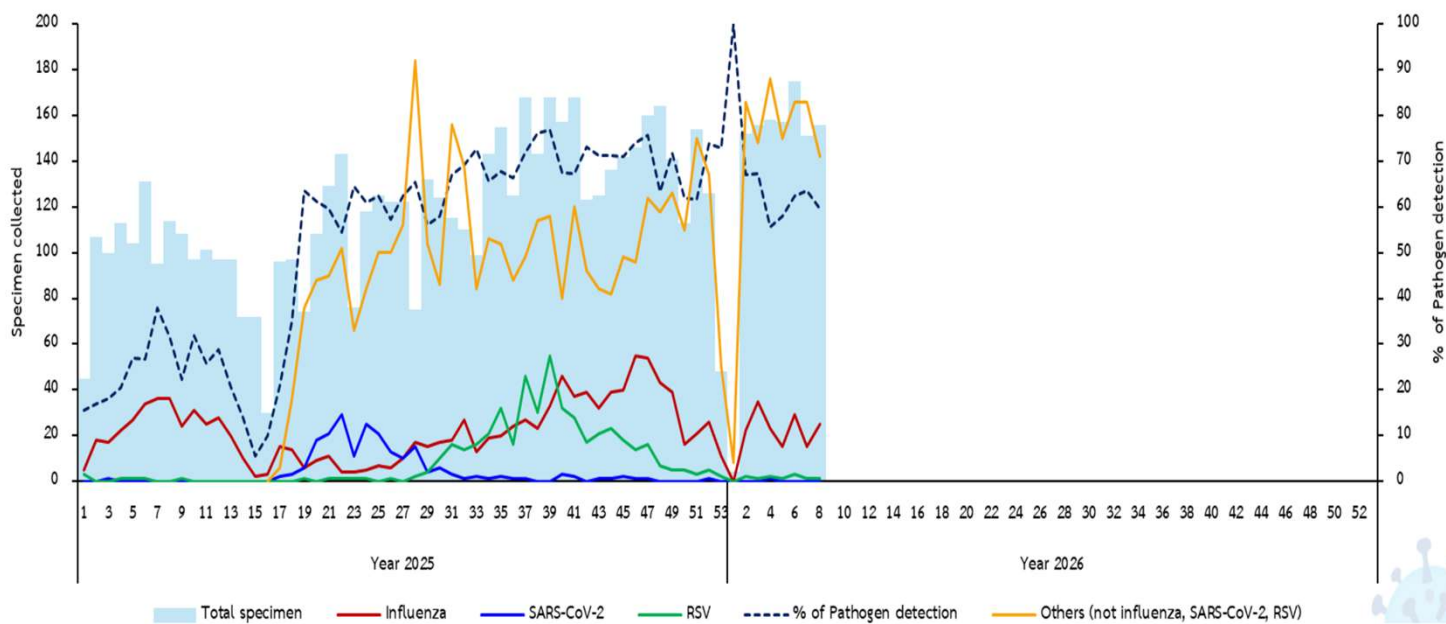


การเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่และเชื้อสาเหตุโรคติดต่อทางเดินหายใจ (Flu-RightSize project)



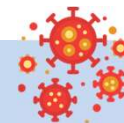
พื้นที่เฝ้าระวังในโรงพยาบาล 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย ตาก นครพนม จันทบุรี พระนครศรีอยุธยา กรุงเทพมหานคร ระนอง และสุราษฎร์ธานี

ร้อยละของไข้หวัดใหญ่ อาร์เอสวี โควิด-19 และเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 – 21 กุมภาพันธ์ 2569

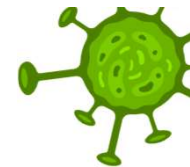


*Others ประกอบด้วย Coronavirus 4 strains, HMPV, Adenovirus, Parainfluenza virus 1,2,3,4, Bocavirus, Rhinovirus/Enterovirus และ Bacteria (*M. pneumoniae*, *L. pneumophila*, *B. pertussis*, and *C. pneumoniae*)

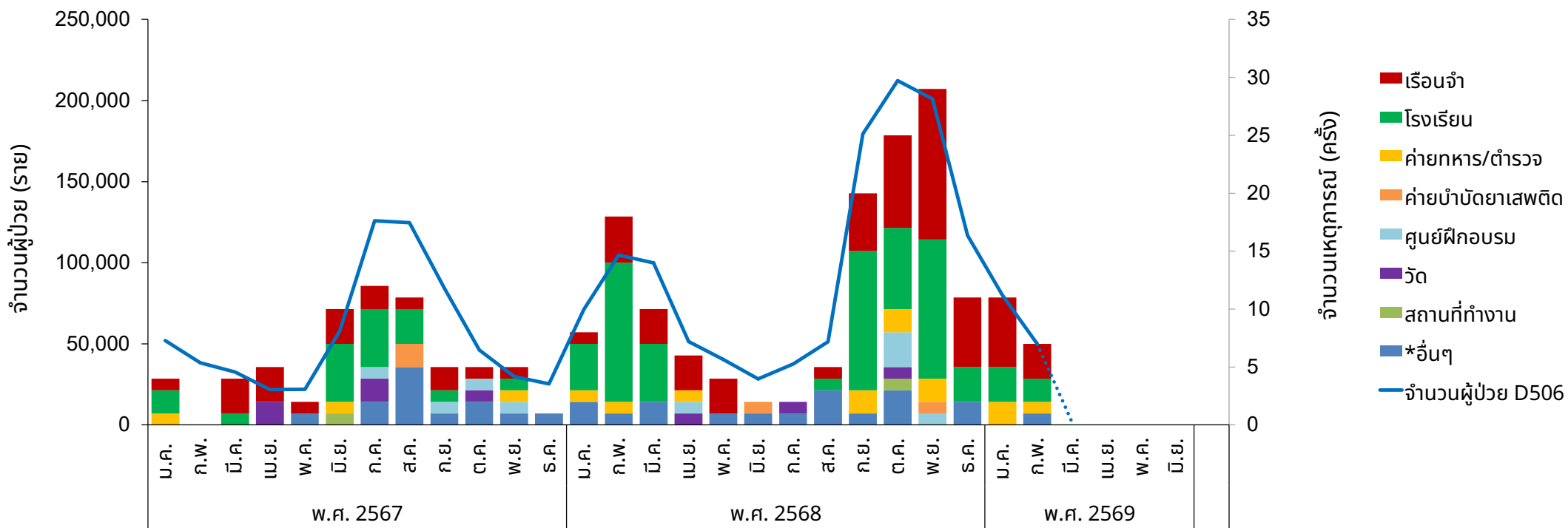
* ผู้ป่วย 1 ราย สามารถตรวจพบเชื้อได้มากกว่า 1 เชื้อ



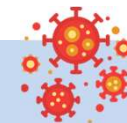
สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569



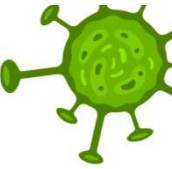
>> **กราฟแท่งแสดงเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน ในปี พ.ศ. 2567-2569**
 โดยในปี 2569 พบ 18 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่พบในเรือนจำ 8 เหตุการณ์ โรงเรียน (6) ค่ายทหาร (3) และสถานพยาบาล (1)



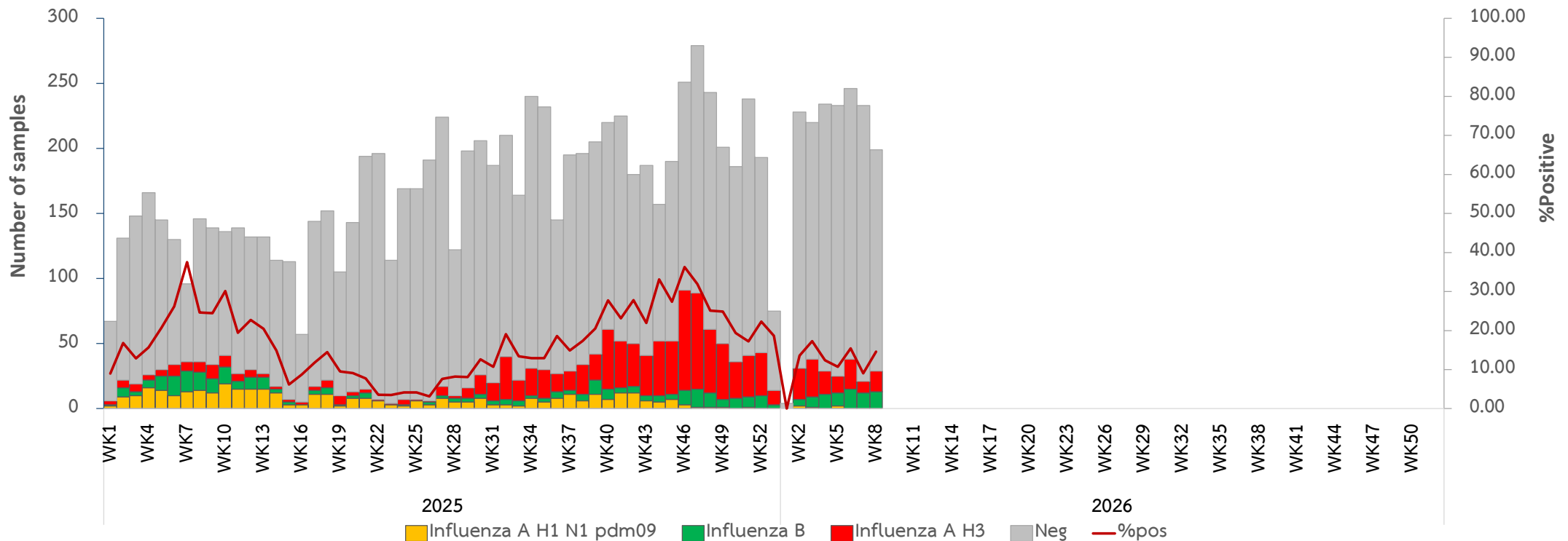
*อื่นๆ ได้แก่ การระบาดในหมู่บ้าน/ชุมชน โรงพยาบาล โรงงาน ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุหรือสถานสงเคราะห์ และศูนย์อพยพชั่วคราวชายแดนไทยกับพม่า



สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569

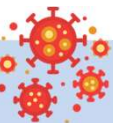


ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) และกลุ่มอาการปอดบวมจากโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวัง

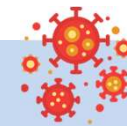
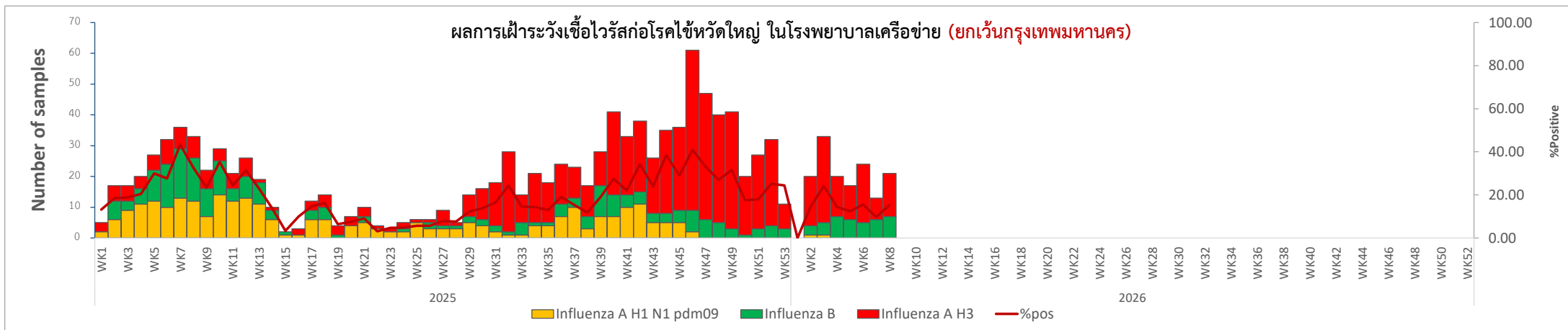
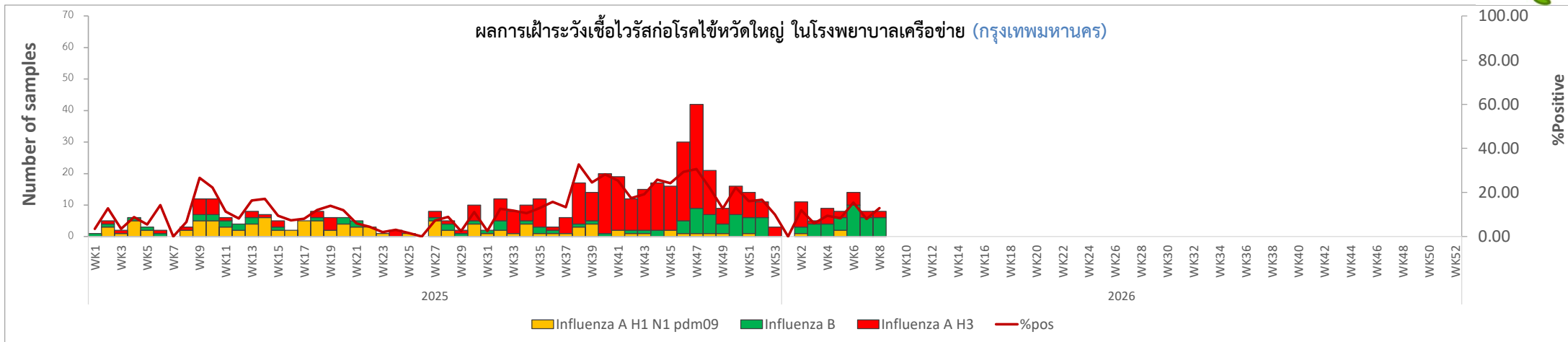
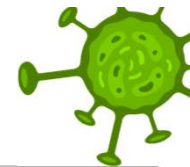


แหล่งข้อมูล : ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสก่อโรคไข้หวัดใหญ่ กองระบาดวิทยา และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 4 มีนาคม 2569 เวลา 16.30 น.



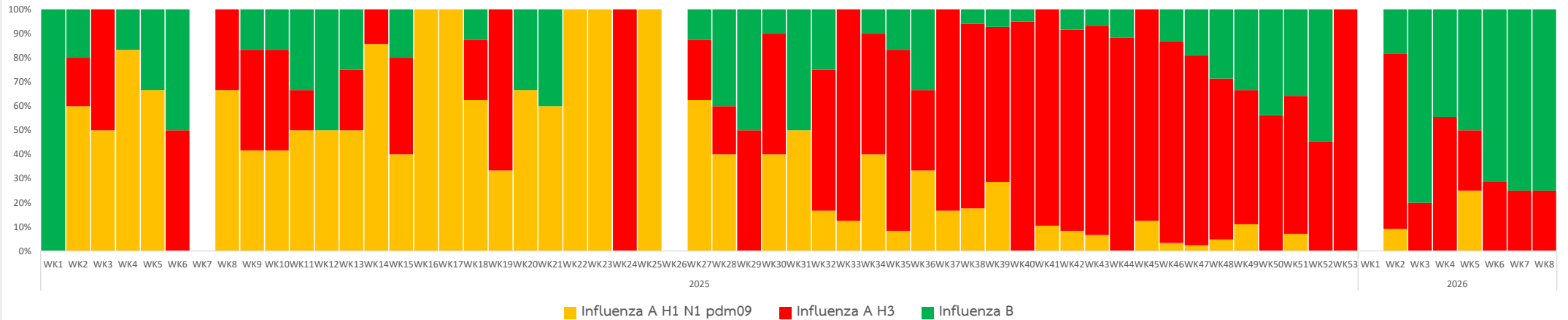
สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569



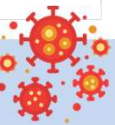
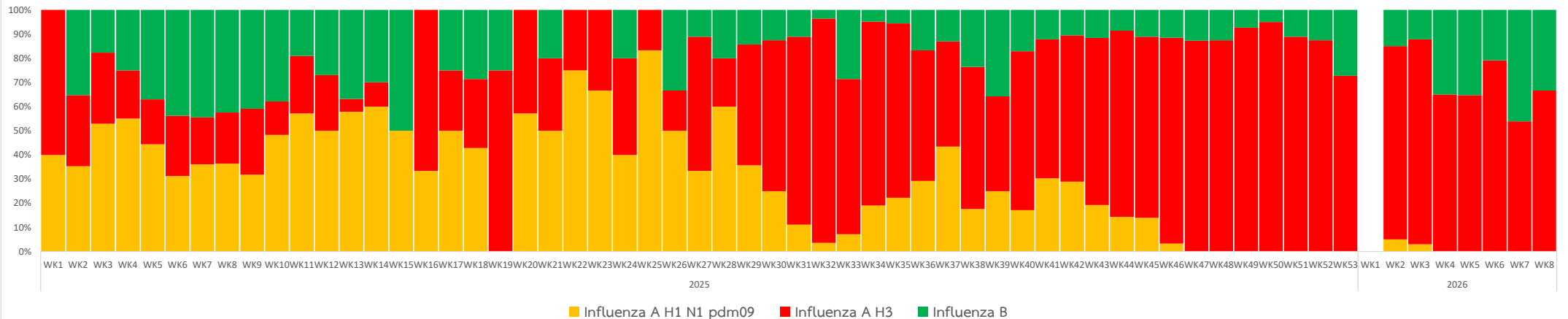
สถานการณ์ โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี 2569



ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสก่อโรคไข้หวัดใหญ่ ในโรงพยาบาลเครือข่าย (กรุงเทพมหานคร)



ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสก่อโรคไข้หวัดใหญ่ ในโรงพยาบาลเครือข่าย (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)



การเฝ้าระวังสายพันธุ์ไข้หวัดใหญ่ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การเปรียบเทียบสายพันธุ์วัคซีนโลกใต้กับสายพันธุ์ที่พบในไทย

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่ ที่พบในประเทศไทยกับสายพันธุ์วัคซีนโลกใต้ปี 2568 และ 2569 พบว่า:

- A(H1N1)pdm09: สายพันธุ์ย่อย D.3.1 เป็นสายพันธุ์หลัก (76.6%) และสอดคล้องกับสายพันธุ์วัคซีนโลกใต้ปี 2569
- A(H3N2): พบความหลากหลายที่สุด โดยพบสายพันธุ์ย่อย K สูงที่สุด (42.4%) รองลงมาคือ J.2 (27.9%) แต่ทั้งหมดอยู่ในกลุ่มสายพันธุ์หลักเดียวกับวัคซีน (3C.2a1b.2a.2a.3a.1)
- B/Victoria: สายพันธุ์ย่อย C.5.7 และ C.5.6 ยังคงอยู่ในกลุ่มเดียวกับสายพันธุ์วัคซีน

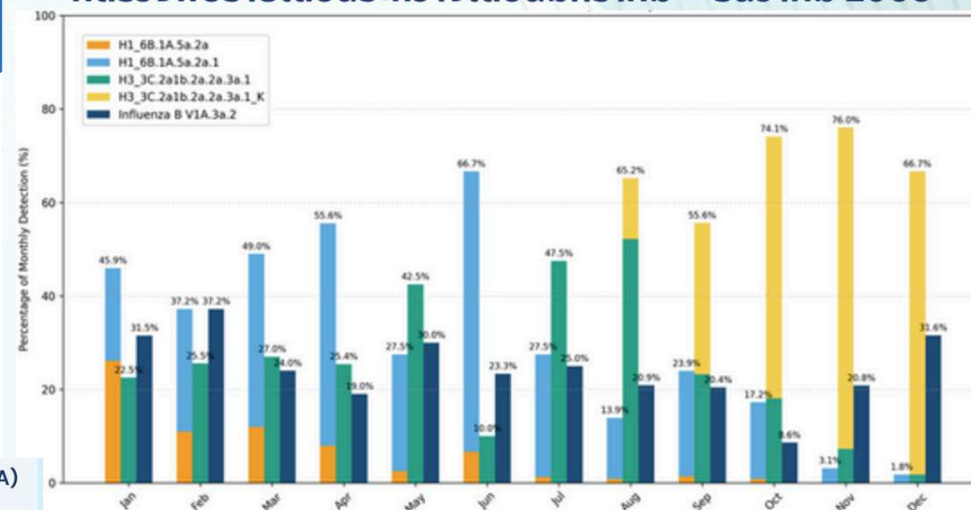
ผลการวิเคราะห์การกลายพันธุ์ของยีน Neuraminidase (NA) PUBLIC AND POLICY

จากการเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2568 ไม่พบการกลายพันธุ์ในเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H1N1)pdm09 ที่ตำแหน่ง H275Y ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการดื้อยาโอเซลتامิเวียร์ และไม่พบการกลายพันธุ์ที่บ่งชี้ถึง การดื้อยาที่ตำแหน่งอื่น ทั้งในเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H1N1)pdm09, A(H3N2) และ B/Victoria lineage

ทั้งนี้ตัวอย่างที่ทำการตรวจวิเคราะห์ ในเดือนธันวาคม 2568 จำนวน 110 ตัวอย่าง ไม่พบยีนที่บ่งชี้ถึง การดื้อยาต้านไวรัสแต่อย่างใด แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การดื้อยายังคงอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้



กราฟแสดงสัดส่วนสายพันธุ์กลุ่ม (clade) ของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ตรวจพบรายเดือนระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2568



1. A(H1N1)pdm09 : ตรวจพบ 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

- 6B.1A.5a.2a
- 6B.1A.5a.2a.1: เริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ม.ค. และกลายเป็นกลุ่มหลักตั้งแต่ช่วงกลางปีเป็นต้นมา ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดจากทั่วโลก

2. A(H3N2): เริ่มตรวจพบสายพันธุ์ย่อยในกลุ่ม K เพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนสิงหาคม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

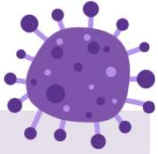
3. B/Victoria lineage : ตรวจพบเพียงสายพันธุ์เดียว คือ V1A.3a.2

https://nih.dmsc.moph.go.th/ckeditor/upload/files/id54/files/influenza/flu/FLU12_2025.pdf

ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัส RSV ประเทศไทย



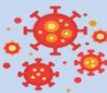
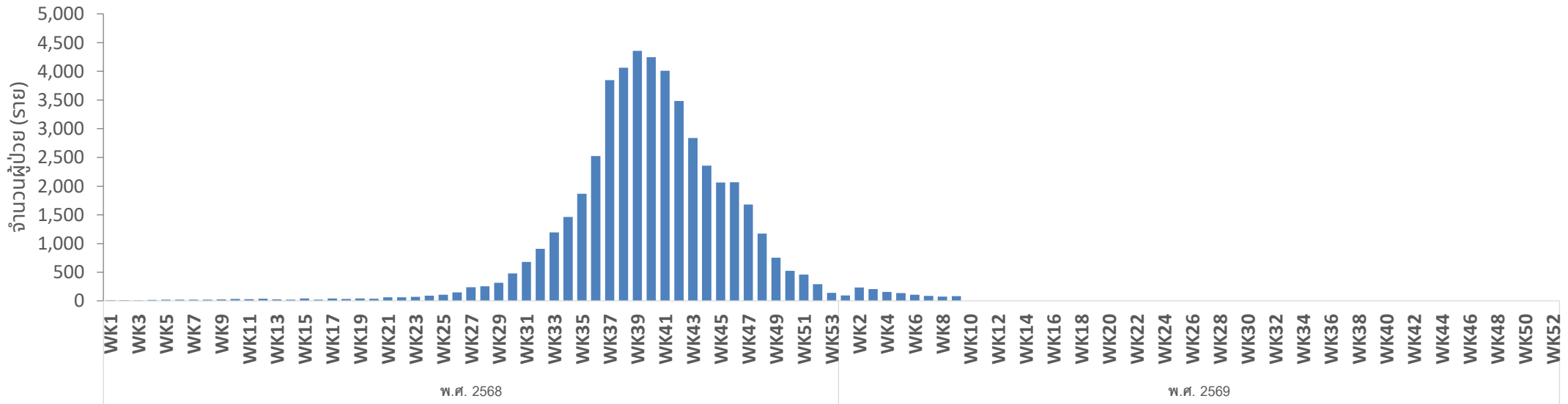
ปี 2568

- ผู้ป่วยสะสม 49,418 ราย เสียชีวิต 9 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.018
- กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ได้แก่ อายุ 0-4 ปี (1,396.0) อายุ 5-9 ปี (115.1) อายุ 60 ปีขึ้นไป (15.9)
- ผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (IPD) 19,188 ราย (ร้อยละ 38.83)

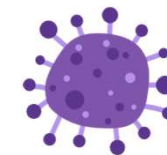
ปี 2569

- ผู้ป่วยสะสม 1,216 ราย เสียชีวิต 0 ราย
- กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ได้แก่ อายุ 0-4 ปี (30.2) อายุ 5-9 ปี (3.0) อายุ 60 ปีขึ้นไป (0.8)
- ผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (IPD) 413 ราย (ร้อยละ 33.96)

จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส RSV รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568, 2569



สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัส RSV ประเทศไทย ปี 2569



(ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 7 มีนาคม 2569)

อัตราป่วย *โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV)*
ปี พ.ศ. 2569 จำแนกรายจังหวัด



“ 10 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ”

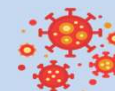
จังหวัด	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
ภูเก็ต	27.41
ตาก	9.74
พิษณุโลก	5.59
พิจิตร	4.77
พัทลุง	4.61
สุราษฎร์ธานี	4.24
สมุทรสาคร	4.17
แม่ฮ่องสอน	4.15
ลำปาง	4.04
เพชรบูรณ์	3.50

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วย จำแนกรายเขตสุขภาพ

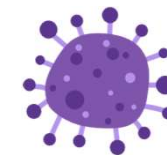
เขตสุขภาพ	ผู้ป่วย	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
เขตสุขภาพ 1	128	2.32
เขตสุขภาพ 2	161	4.76
เขตสุขภาพ 3	62	2.14
เขตสุขภาพ 4	90	1.68
เขตสุขภาพ 5	64	1.24
เขตสุขภาพ 6	93	1.51
เขตสุขภาพ 7	22	0.44
เขตสุขภาพ 8	21	0.38
เขตสุขภาพ 9	80	1.20
เขตสุขภาพ 10	29	0.64
เขตสุขภาพ 11	190	4.29
เขตสุขภาพ 12	101	2.03
เขตสุขภาพ 13	172	3.21

0 27.4

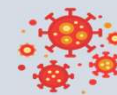
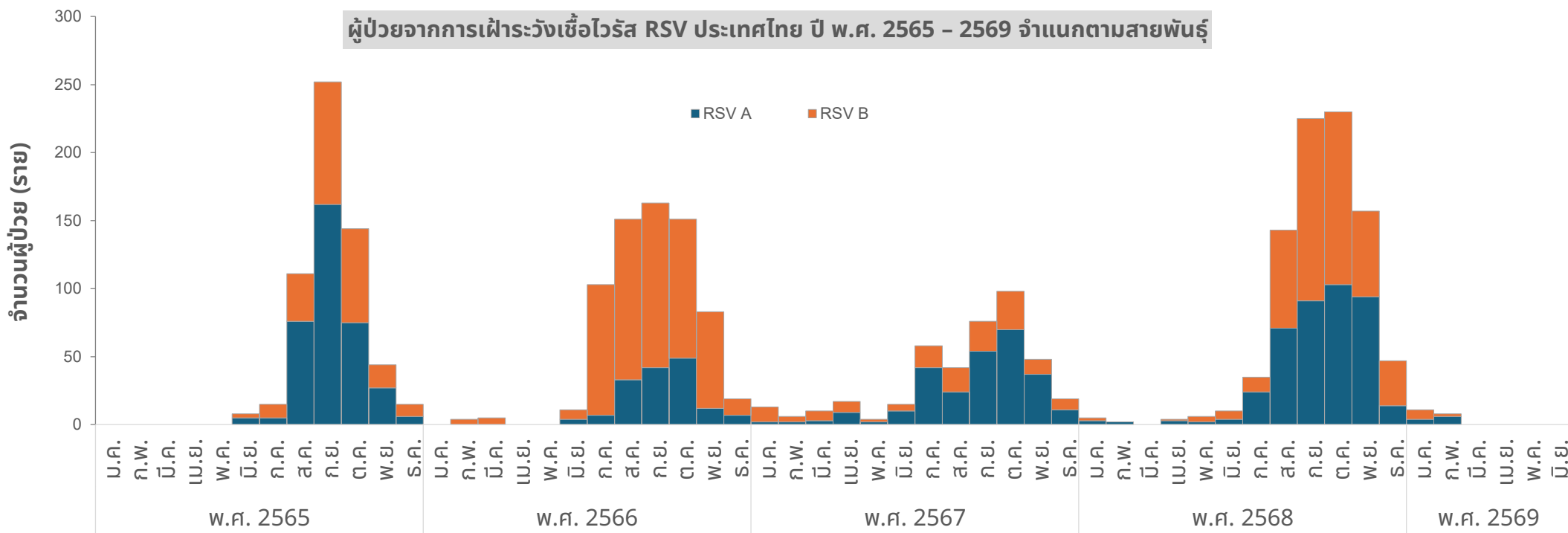
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน



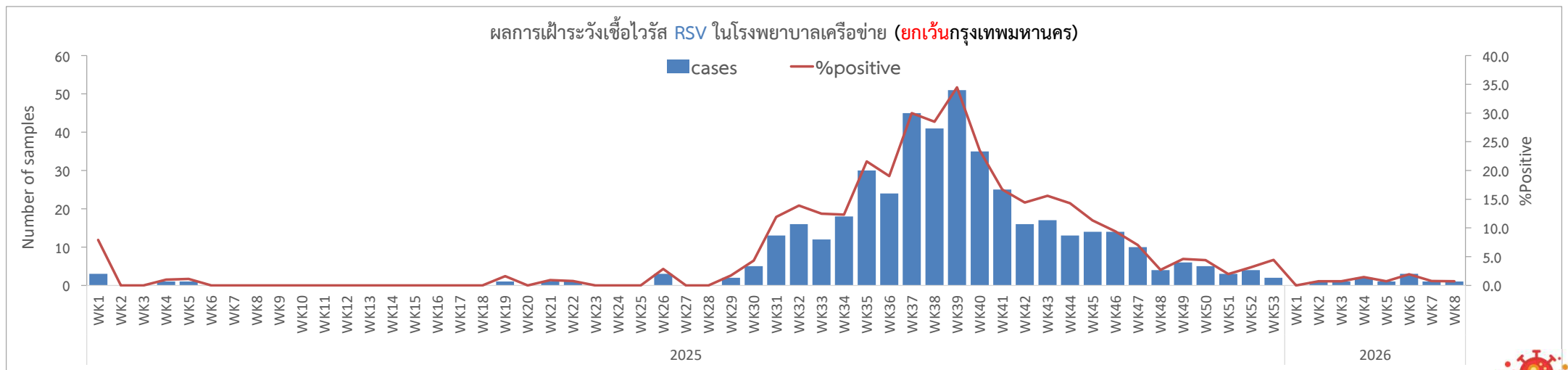
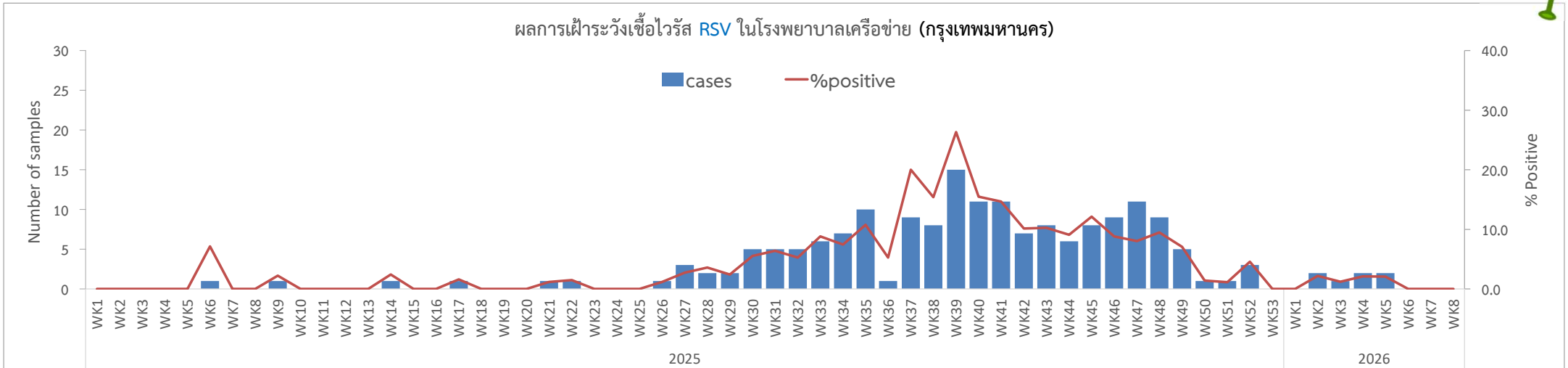
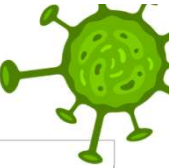
สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัส RSV ประเทศไทย



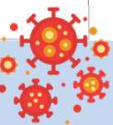
ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัส RSV ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ และกลุ่มอาการปอดอักเสบ พบว่า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 28 กุมภาพันธ์ 2569 พบเชื้อ RSV มาก ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน โดยสายพันธุ์หลักที่พบ ในปี พ.ศ. 2565 และ 2567 เป็นสายพันธุ์ RSV A ส่วนในปี พ.ศ. 2566 และ 2568 เป็นสายพันธุ์ RSV B



ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัส RSV ปี 2568-2569



แหล่งข้อมูล: ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 4 มีนาคม 2569 เวลา 16.30 น.



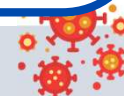
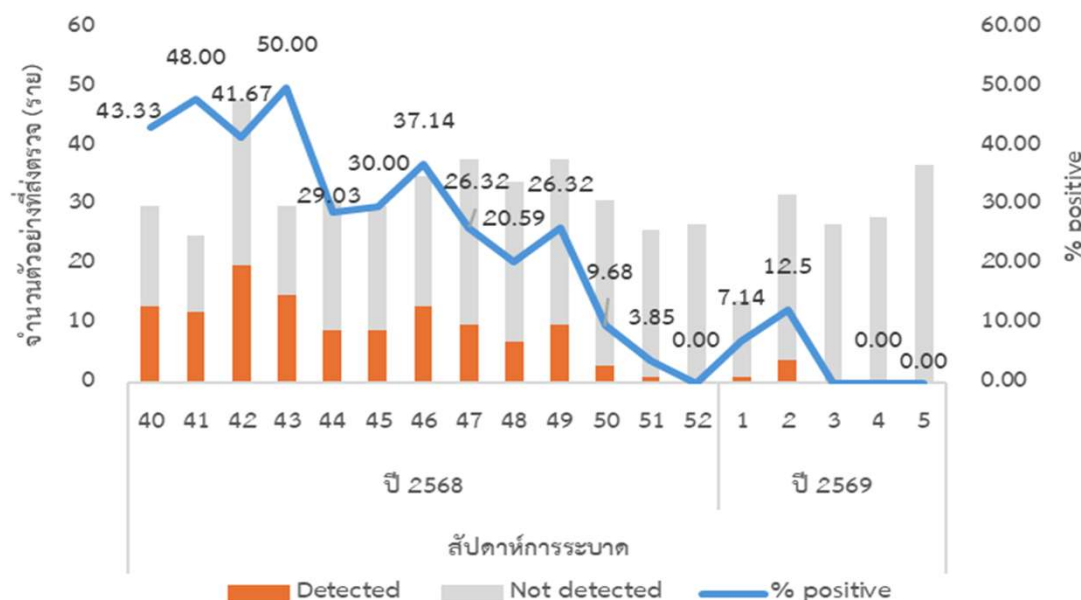
ผลการเฝ้าระวังโครงการวิจัย: การคาดประมาณภาระโรคและต้นทุนการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง ประเทศไทย (ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ 31 มกราคม 2569)

>> เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 24 กันยายน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการทางเดินหายใจ ในพื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลพบุรี สมุทรสาคร ยโสธร และภูเก็ต

จำนวนตัวอย่างส่งตรวจและร้อยละการตรวจพบเชื้อ RSV จำแนกโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนที่ส่งตรวจ (ราย)				
	จำนวนรวม	จำนวนที่พบเชื้อ (ราย)	% Positive	อายุ 0-2 ปี	60 ปีขึ้นไป
โรงพยาบาลชลบุรี	123	31	25.20	69	54
โรงพยาบาลยโสธร	121	31	25.62	52	69
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	71	21	29.58	47	24
โรงพยาบาลสมุทรสาคร	121	33	27.27	64	57
โรงพยาบาลสันป่าตอง	125	11	8.80	56	69
รวม	561	127	22.64	288	273

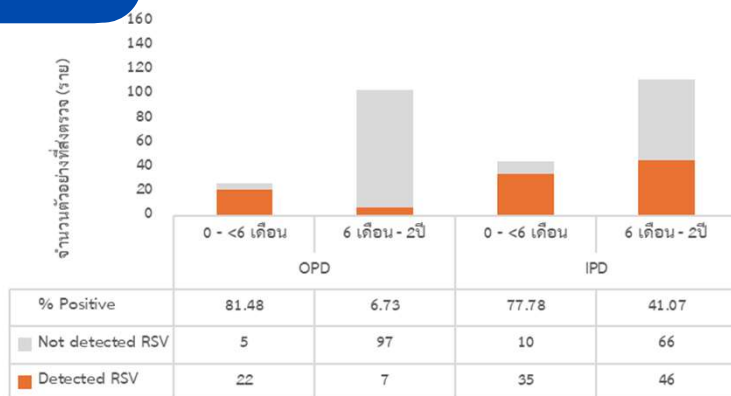
จำนวนและร้อยละการตรวจพบเชื้อ RSV จำแนกรายสัปดาห์ (รวมทุก sw.)



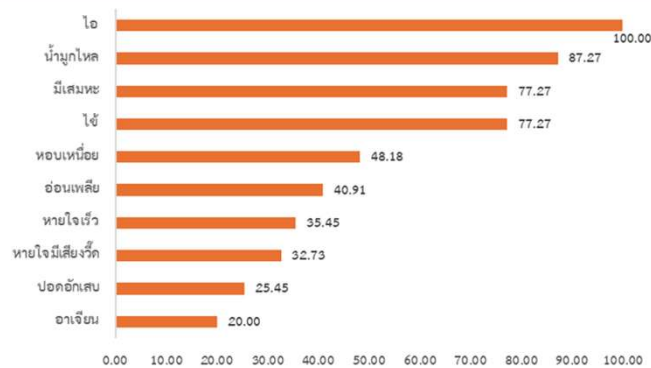
ผลการเฝ้าระวังโครงการวิจัย: การคาดประมาณภาระโรคและต้นทุนการเจ็บป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง ประเทศไทย

ข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ RSV (n = 127 ราย)

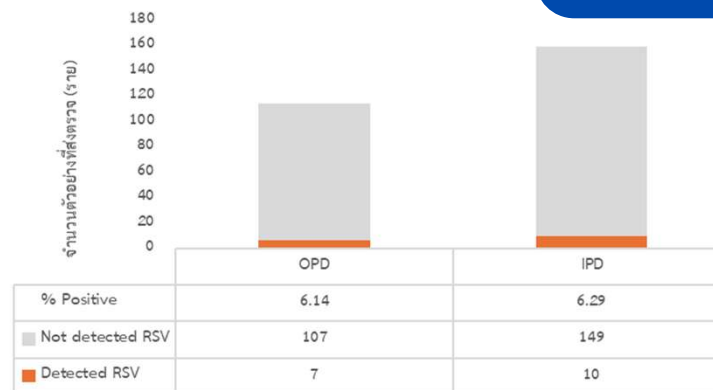
อายุ 0-2 ปี



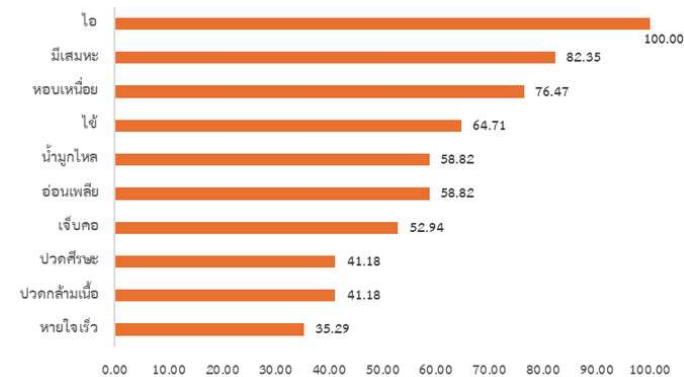
ร้อยละอาการของผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ RSV



อายุ 60 ปีขึ้นไป



ร้อยละอาการของผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ RSV



ผลการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจรุนแรงในจังหวัดท่องเที่ยว

(Project: The surveillance system for severe respiratory infections in tourist most visited Provinces 2025)

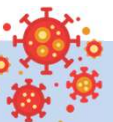
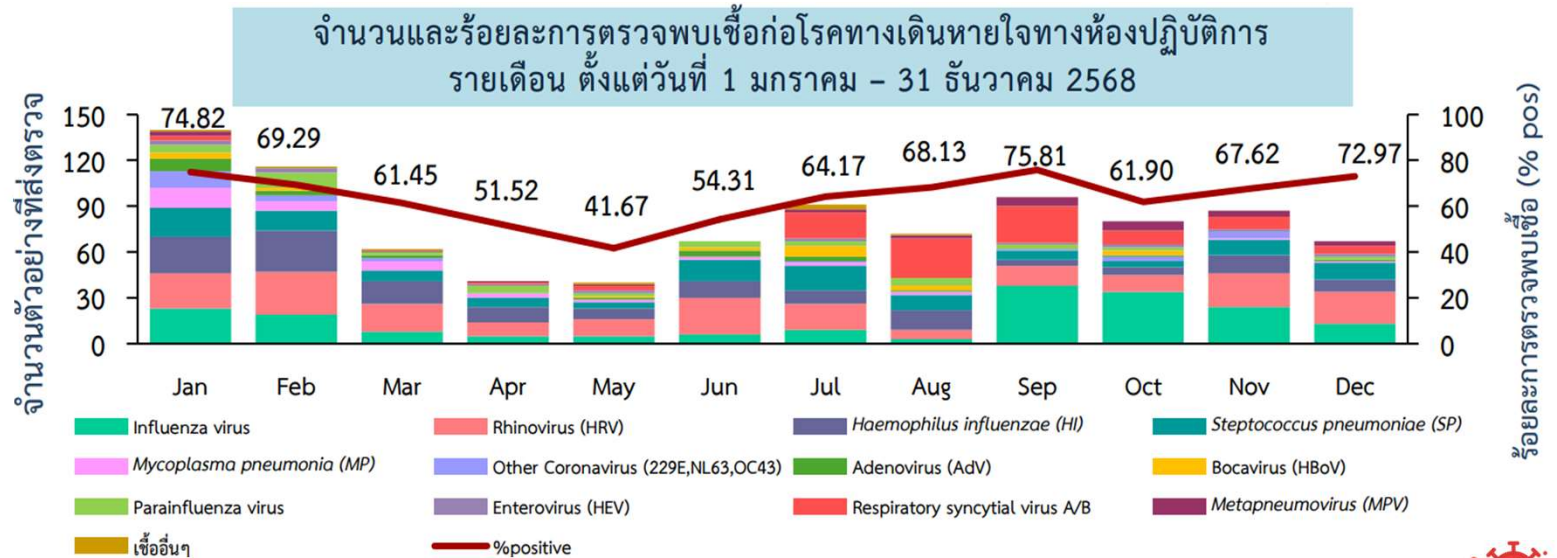
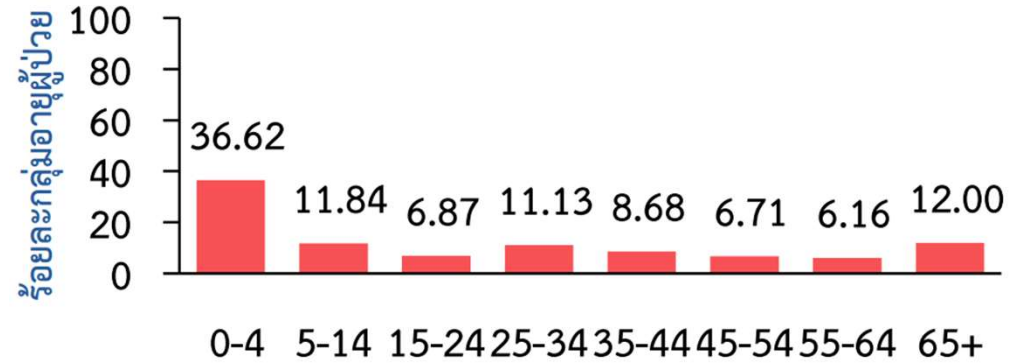
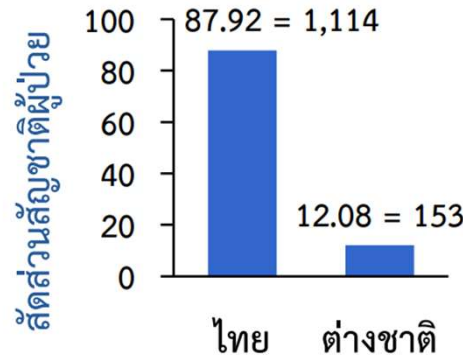


Nakornping hospital



Patong hospital

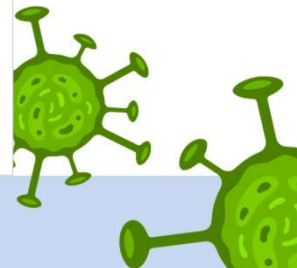
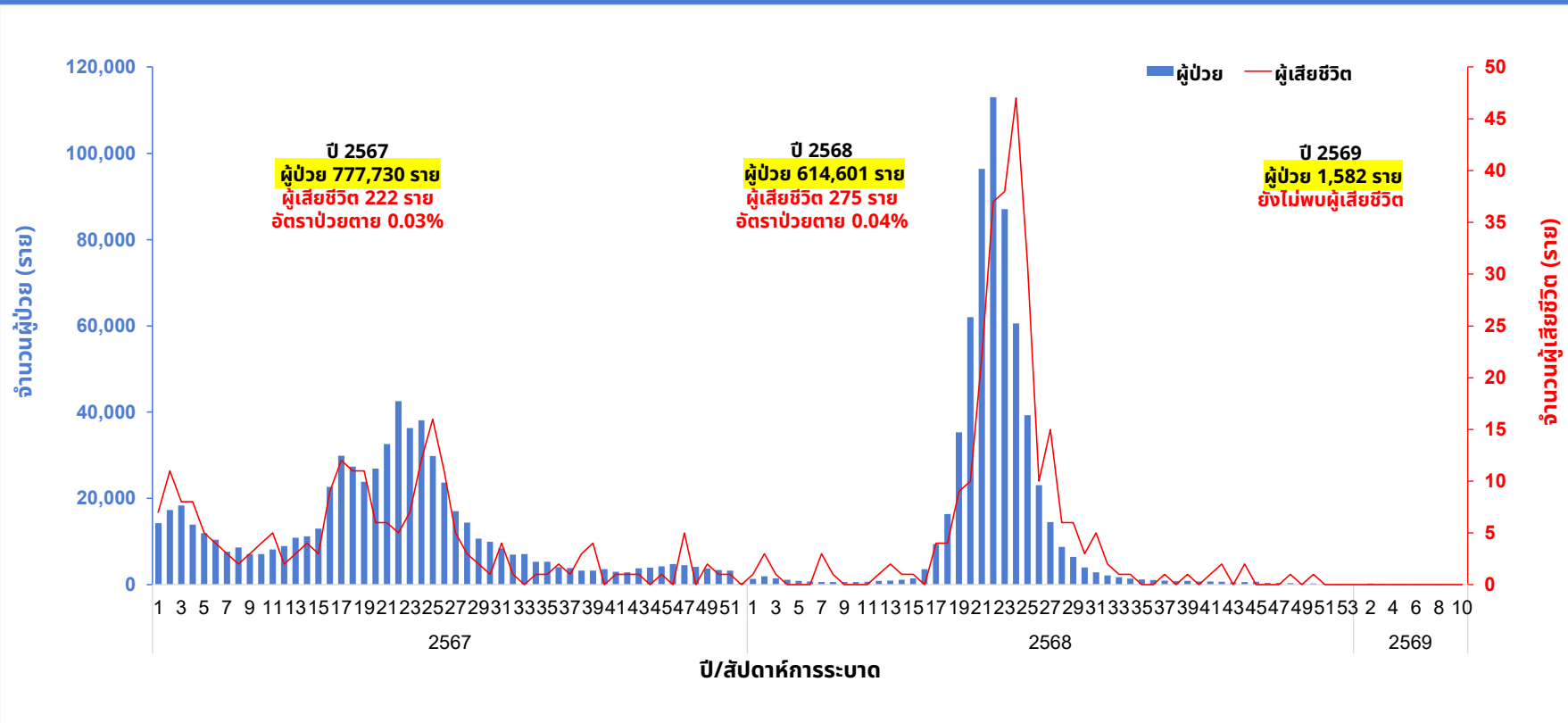
Vachira Phuket hospital

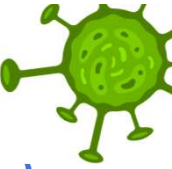


สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย

(ข้อมูล ณ วันที่ 6 มีนาคม 2569)

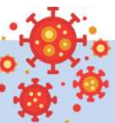
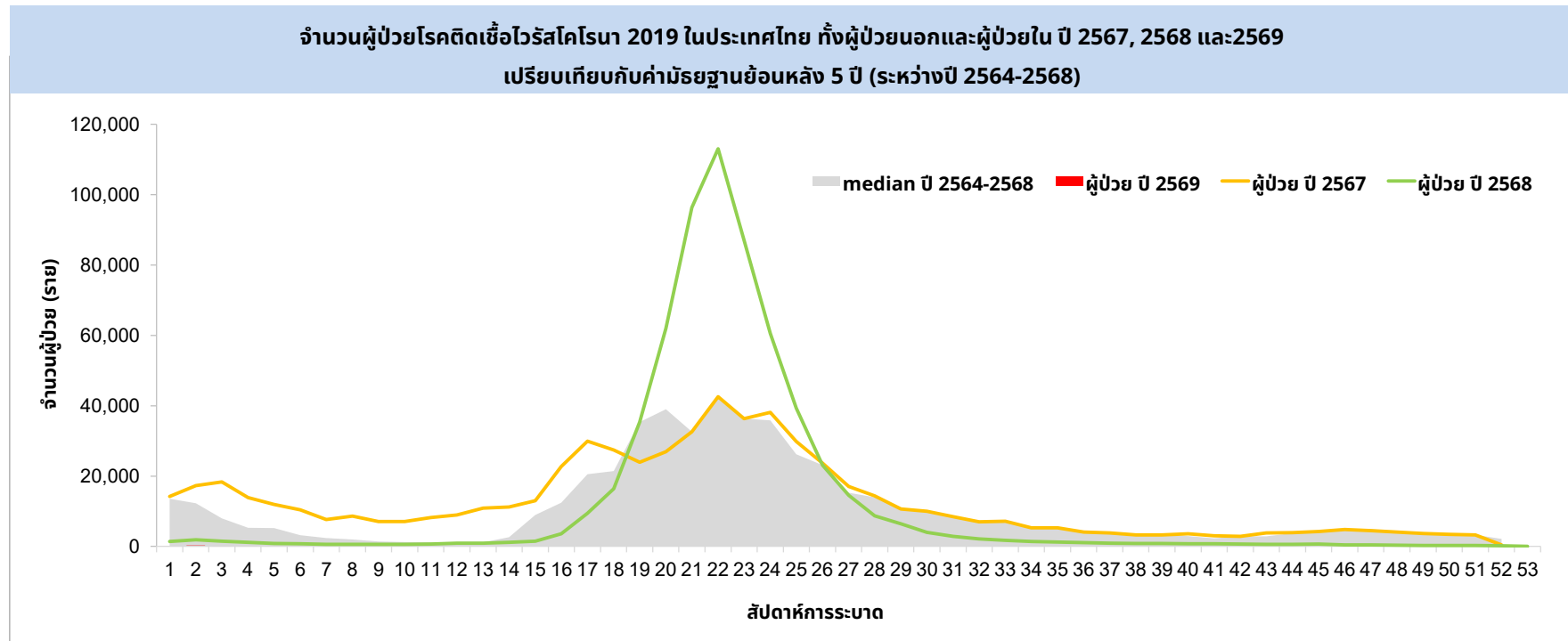
จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2567 - 2569



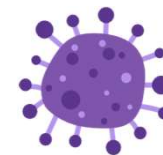


สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย ปี 2569

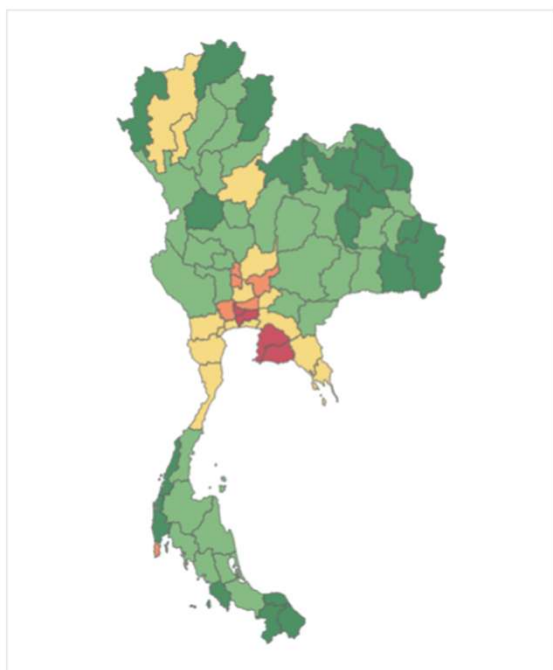
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 6 มีนาคม 2569 พบ **ผู้ป่วยสะสม 1,582 ราย (อัตราป่วย 2.4 ต่อประชากรแสนคน)**
ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ **30-39 ปี** รองลงมาอายุ 20-29 ปี และอายุ 0-4 ปี ตามลำดับ



สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย ปี 2568



อัตราป่วย *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*
ปี พ.ศ. 2568 จำแนกตามจังหวัด

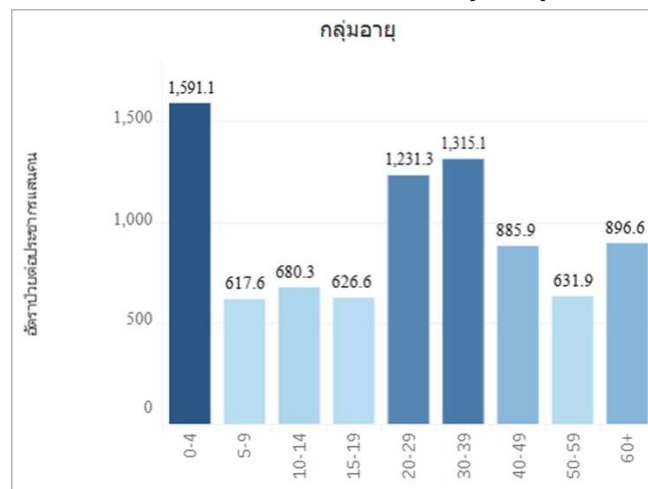


0 2,392.8

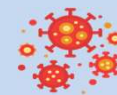
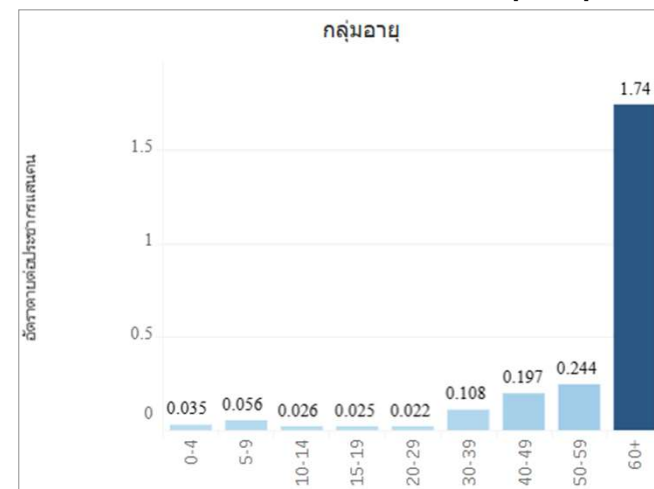
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน

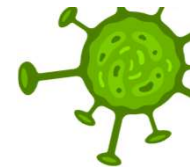
ในปี พ.ศ. 2568 พบ *ผู้ป่วยสะสม 614,601 ราย (อัตราป่วย 946.81 ต่อประชากรแสนคน)*
เสียชีวิต 275 ราย (อัตราป่วยตาย 0.04) โดยผู้เสียชีวิตมากกว่า 70 % เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ
ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

อัตราป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ



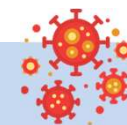
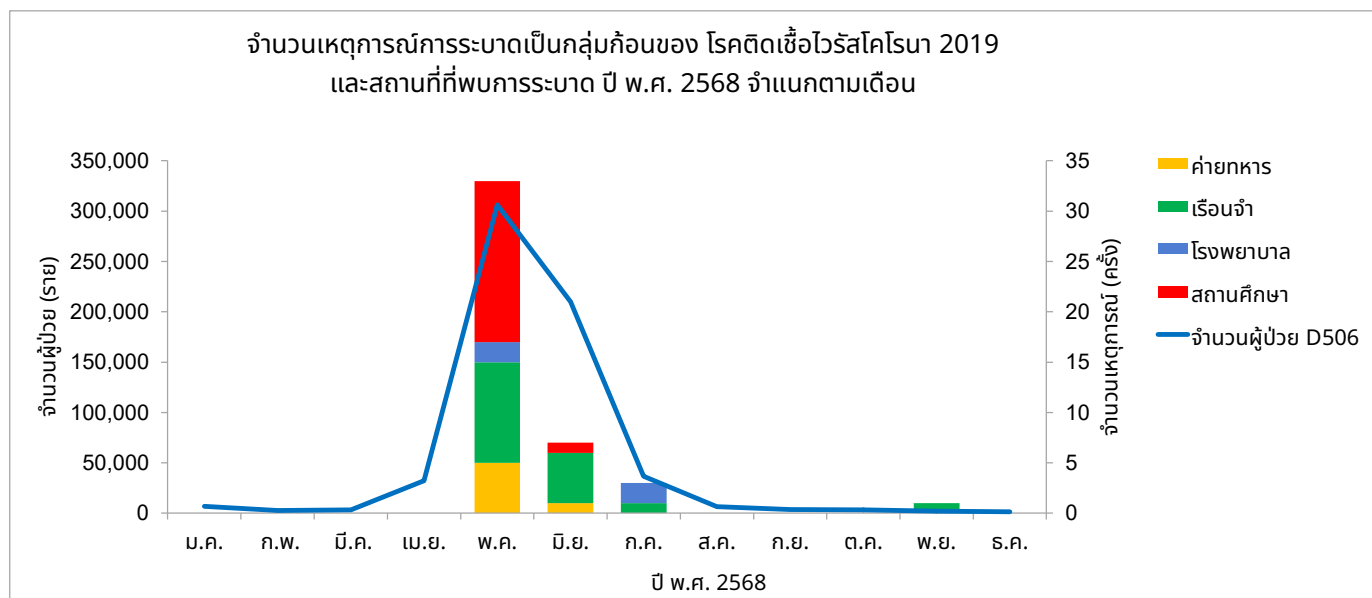
อัตราป่วยตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ





สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย

- เหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน ในปี พ.ศ. 2568-2569
โดยในปี 2568 พบ 44 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่พบในเรือนจำ 17 เหตุการณ์ สถานศึกษา (17) ค่ายทหาร (6) และสถานพยาบาล (4) ปี 2569 ยังไม่พบรายงานการระบาดเป็นกลุ่มก้อน



การเฝ้าระวังสายพันธุ์เชื้อ SARS-CoV2 ในประเทศไทย โดย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สถานการณ์ภาพรวมทั่วโลก ตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน - 28 ธันวาคม 2568

Variant	Variant type	30 Nov 2025	7 Dec 2025	14 Dec 2025	21 Dec 2025	28 Dec 2025
BA.3.2	VUM	3.38	4.23	4.67	4.59	2.78
JN.1	VOI	4.45	6.89	7.37	8.14	5.56
KP.3.1.1	VUM	2.57	1.26	1.87	2.51	No data
LP.8.1	VUM	0.5	0.59	0.1	0.21	No data
NB.1.8.1	VUM	15	15.6	13.9	13.2	9.26
XFG	VUM	68.4	64.1	65.7	65.3	75

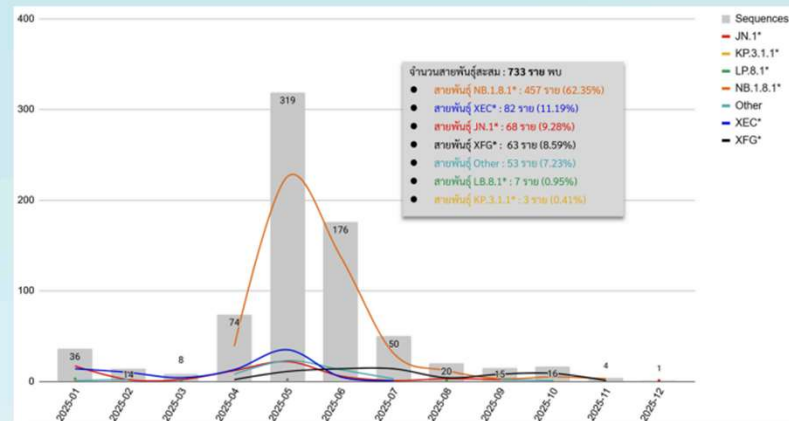
Footnote: Variants presented in this table include the respective descendant lineages, except those individually specified elsewhere in the table.

สืบค้นข้อมูล ณ วันที่ 29 มกราคม 2569

- ➔ XFG* ยังคงเป็นสายพันธุ์หลัก และมีแนวโน้มการแพร่ระบาด **เพิ่มขึ้น**
- ➔ BA.3.2*, JN.1*, NB.1.8.1* เป็นสายพันธุ์ที่มีแนวโน้มการแพร่ระบาด **ลดลง**
- ➔ KP.3.1.1*, LP.8.1* ไม่พบรายงานข้อมูลสายพันธุ์ในช่วงเวลาดังกล่าว

https://nih.dmsc.moph.go.th/ckeditor/upload/files/id54/files/influenza/covid/COVID1_2026.pdf

สถานการณ์สายพันธุ์โอไมครอนในประเทศไทย จากฐานข้อมูล GISAID ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 - 29 มกราคม 2569

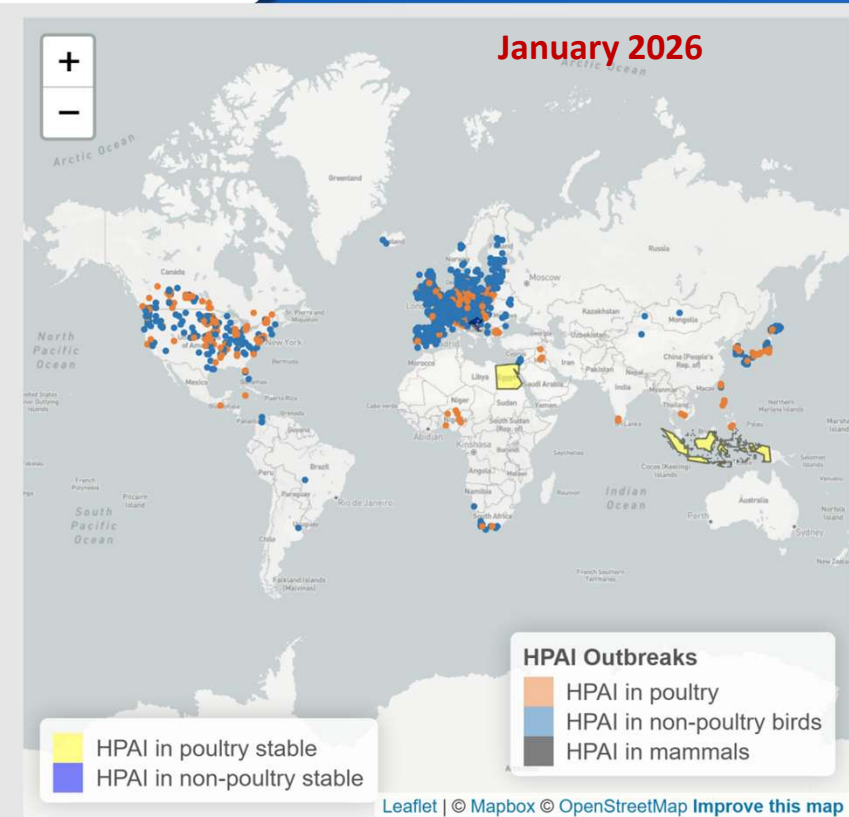


แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลกลาง GISAID ณ วันที่ 29 มกราคม 2569

จำนวนสายพันธุ์สะสม 733 ราย พบ

- ➔ NB.1.8.1* : สายพันธุ์หลักที่มีการระบาดในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 457 ราย (62.35%)
- ➔ XEC* : พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 82 ราย (11.19%)
- ➔ JN.1* : พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 68 ราย (9.28%)
- ➔ XFG* : พบจำนวนผู้ป่วยสะสม 63 ราย (8.59%)

สถานการณ์ใช้หวัดนกในสัตว์ทั่วโลก (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2569)



HPAI in poultry

New events by world region (reported through immediate notifications)

Region	Sub/genotype	Clade	Country/territory	Subnational area	Event Start Date
Asia	H5N1	Clade 2.3.4.4b; Lineage: Fully Eurasian	Iraq	Sala ad-Din	9 January 2026
			Israel	HaZafon	1 January 2026
Europe	H5N1		Hungary	Békés	24 January 2026
Europe	H5N1		Hungary	Csongrád-Csanád	5 January 2026
Europe	H5N1		Hungary	Jász-Nagykun-Szolnok	27 January 2026
Europe	H5N1		Hungary	Nógrád	9 January 2026
Europe	H5N1		Poland	Podlaskie	5 January 2026
Europe	H5N1		Poland	Śląskie	27 January 2026
Europe	H5N1		United Kingdom	England	16 January 2026

HPAI in non-poultry

New events by world region (reported through immediate notifications)

Non-poultry including wild birds

Region	Sub/genotype	Clade	Country/territory	Subnational area	Event Start Date
Europe	H5N1		Bosnia and Herzegovina	Federacija Bosna i Hercegovina	26 January 2026
Europe	H5N1		Finland	Etelä-Suomen aluehallintovirasto	12 January 2026
Europe	H5N1		Moldova	Telenești	14 January 2026
Europe	H5N1		Poland	Lubelskie	23 January 2026
Europe	H5N1		Poland	Podkarpackie	16 January 2026
Europe	H5N1		Poland	Świętokrzyskie	21 January 2026
Europe	H5N1		Romania	Vaslui	16 January 2026

Mammals

Region	Sub/genotype	Species	Country/territory	Subnational area	Event Start Date
Oceania	H5N1	Southern elephant seals and Antarctic fur seals	Heard and McDonald Islands	Heard and McDonald Islands	5 January 2026
Asia	H5	Cat	Bangladesh	Dhaka	21 January 2026

On-going events for which there were new reported outbreaks, by world region (reported through follow-up reports):

Non-poultry including wild birds

Region	Sub/genotype	Clade	Country/territory
Americas	H5N1		United States of America
Asia	H5N1	Clade 2.3.4.4b - Lineage: Fully Eurasian	Israel
Europe	H5		Italy, Belgium
Europe	H5N1		Poland, Estonia, Austria, Slovenia, Denmark, Belgium, Netherlands, Norway, Hungary, Lithuania, Italy
Europe	H5N1	Clade 2.3.4.4b - Lineage: Fully Eurasian	Netherlands, Czech Republic, Norway, France
Europe	H5N1		United Kingdom

Figure 2. HPAI map for the current seasonal wave (October 2025-September 2026, as of January 2026). Please note that highlighted countries/territories in the map declared HPAI in poultry/non-poultry sufficiently stable for information to be reported on six-monthly basis without geocoordinates. The country in the purple category is Croatia (hidden by the outbreak dots that cover it).

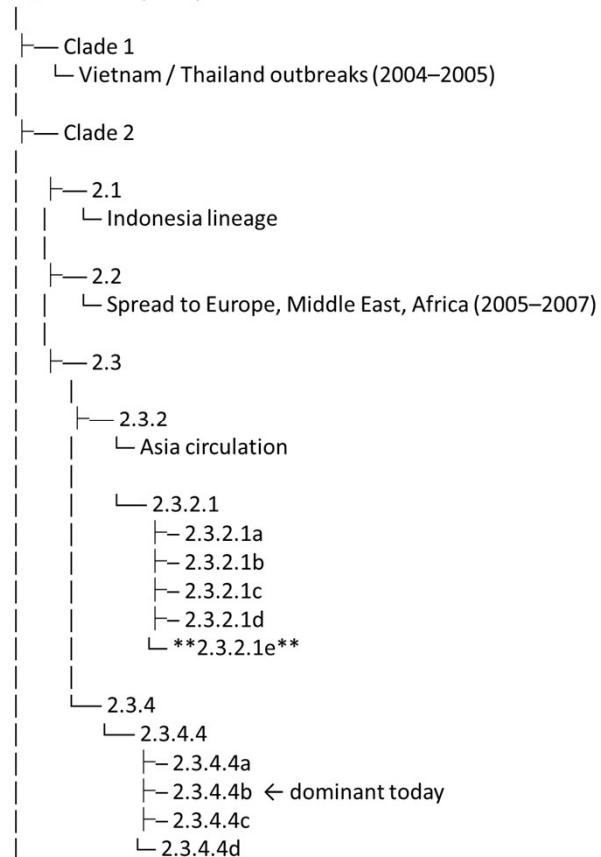
<https://www.woah.org/app/uploads/2026/02/hpai-report-79.pdf>

ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้

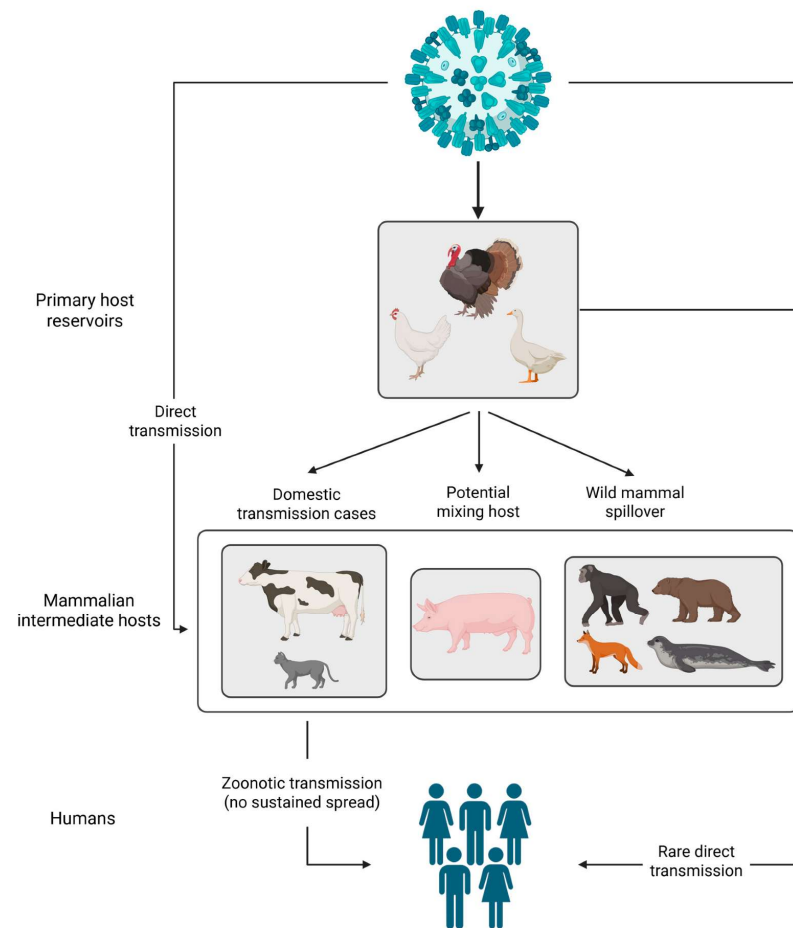
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

Evolution of H5N1

Gs/GD H5N1 (1996)



H5N1 Influenza Virus - Clade 2.3.4.4b

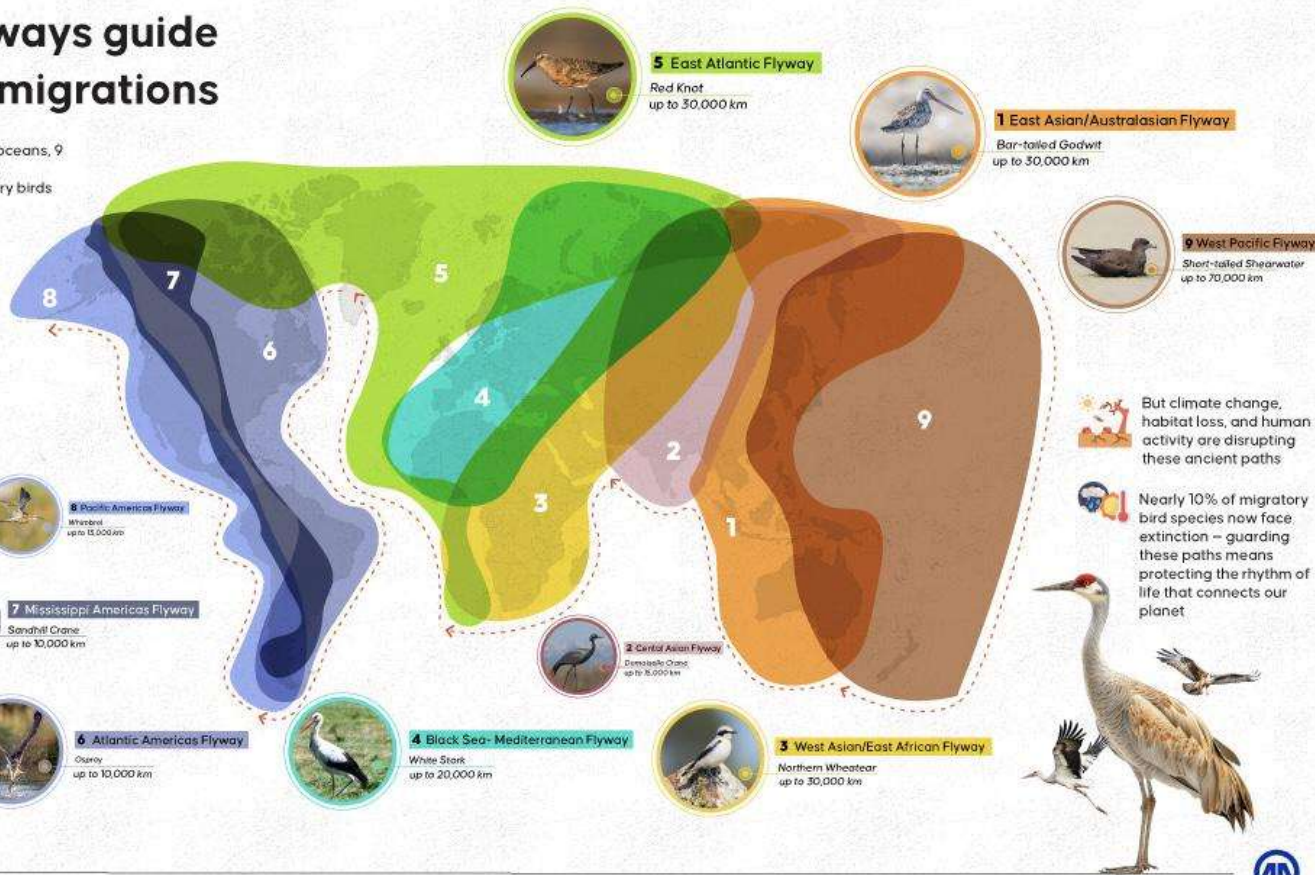


สถานการณ์ไข้หวัดในสัตว์ทั่วโลก

9 major flyways guide global bird migrations

Stretching across continents and oceans, 9 major flyways shape the seasonal movements of the world's migratory birds

- 1 East Asian/Australasian Flyway
- 2 Central Asian Flyway
- 3 West Asian/East African Flyway
- 4 Black Sea- Mediterranean Flyway
- 5 East Atlantic Flyway
- 6 Atlantic Americas Flyway
- 7 Mississippi Americas Flyway
- 8 Pacific Americas Flyway
- 9 West Pacific Flyway



Together, these routes connect distant ecosystems and vital habitats for millions of birds

But climate change, habitat loss, and human activity are disrupting these ancient paths

Nearly 10% of migratory bird species now face extinction – guarding these paths means protecting the rhythm of life that connects our planet

Oct 11, 2024



Emergence and Evolution of H5N1 BIRD FLU



H5N1

1996-1997 H5N1 bird flu virus first detected

In 1996, highly pathogenic avian influenza H5N1 virus is first identified in domestic waterfowl in Southern China. The virus is named A/goose/Guangdong/1/1996. In 1997, H5N1 poultry outbreaks happen in China and Hong Kong with 18 associated human cases (6 deaths) in Hong Kong. This virus would go on to cause more than 860 human infections with a greater than 50% death rate.

H5N1 spreads 2003-2005

For several years, H5N1 viruses were not widely detected; however, in 2003, H5N1 re-emerges in China and several other countries to cause widespread poultry outbreaks across Asia. In 2005, wild birds spread H5N1 to poultry in Africa, the Middle East and Europe. The hemagglutinin (HA) gene of the virus diversifies into many genetic groups (clades). Multiple genetic lineages (genotypes) are detected.

H5N6
H5N8

2014-2016 H5N6 and H5N8 viruses emerge

Gene-swapping of H5 viruses from poultry and wild birds leads to emergence/detection of H5N6 and H5N8 virus subtypes. HA diversifies further into clade 2.3.4.4 in Asia, Africa, Europe, the Middle East and North America. H5 viruses with various neuraminidase (NA) genes continue to be detected, including in U.S. wild birds and poultry.

2.3.4.4b viruses spread widely 2018-2020

H5N6 and H5N8 viruses become predominant globally, replacing the original H5N1 viruses. As of 2022, there have been more than 70 H5N6 human infections and 7 H5N8 human infections reported. The H5 HA diversifies further into clade 2.3.4.4b which becomes predominant in Asia, Africa, Europe, and the Middle East.

H5N1 clade 2.3.4.4b

2021-2023 H5N1 found in Canada, US

A new H5N1 virus belonging to clade 2.3.4.4b with a wild bird adapted N1 NA gene emerges. Clade 2.3.4.4b H5N1 viruses become predominant in Asia, Africa, Europe, and the Middle East by the end of 2021. The virus is detected in wild birds in Canada and the United States in late 2021. In February 2022, the virus begins causing outbreaks in U.S. commercial and backyard poultry. Rare, sporadic human infections with this H5N1 virus are detected, as well as sporadic infections in mammals. More information is available: <https://www.cdc.gov/flu/avianflu/inhumans.htm>.

- Before the emergence of clade 2.3.4.4.b viruses, estimates of anti-HPAI A(H5) seroprevalence among workers exposed to infected poultry were approximately 0%–0.6% globally
- After the emergence of clade 2.3.4.4.b in poultry
 - the seroprevalence showed approximately 4.6% in Egypt
 - 7% (95% CI = 3.6%–13.1%) of exposed dairy farm workers in Michigan and Colorado had serologic evidence of infection with HPAI A(H5)

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/pdfs/mm7344a3-H.pdf>

Characteristics of avian influenza H5N1 in humans

- The incubation period for the A(H5N1) ranges from 2 to 5 days on average and up to 17 days*
- Clinical presentation varied from mild to severe ARDS/multiorgan failure

Presentation	2003–2023	Outbreak in North America (2024–2026)	Cambodia / Vietnam
Dominant Clade		2.3.4.4b (Genotype B3.13)	2.3.2.1e
Primary Symptom	Severe Pneumonia / Fever	Conjunctivitis	Severe Pneumonia & Encephalitis
Hospitalization Rate	>90%	~5% (in US/Canada)	100%
Case Fatality Rate (CFR)	~52%	~3% (in North America)	~44%
Receptor Focus	Lower Respiratory Tract	Conjunctiva & Upper Tract	Lower Respiratory Tract

*<https://www.emro.who.int/health-topics/avian-influenza/avian-influenza.html>

Incubation Period for Human Cases of Avian Influenza A (H5N1) Infection, China

Estimated incubation period of 24 human cases of infection with avian influenza A virus (H5N1), China*

Exposure data	Case-patients with exposure to sick/ dead poultry only	Case-patients with exposure to wet poultry market only	p value	All case-patients
No. case-patients with exposures on multiple days	12	6		18
Overall median incubation period, d (range)	4.5 (2–9.5)	6.3 (3.5–7)	0.276	5 (2–9.5)
Median of minimum incubation period, d (range)	1 (0–5)	0 (0–2)	0.315	0.5 (0–5)
Median of maximum incubation period, d (range)	7.5 (4–14)	11.5 (7–14)	0.108	8.5 (4–14)
No. case-patients with single known exposure	4	2		6
Overall median incubation period, d (range)	3.5 (2–6)	8.5 (8–9)	0.064	5 (2–9)
All case-patients	16	8		24
Overall median incubation period, d (range)	4.3 (2–9)	7 (3.5–9)	0.045	5 (2–9.5)
Overall median of minimum incubation period, d (range)	1.5 (0–6)	1 (0–9)	0.752	1.5 (0–9)
Overall median of maximum incubation period, d (range)	6 (2–14)	9 (7–14)	0.031	7.5 (2–14)

Huai Y, Xiang N, Zhou L, Feng L, Peng Z, Chapman RS, et al. Incubation Period for Human Cases of Avian Influenza A (H5N1) Infection, China. *Emerg Infect Dis.* 2008;14(11):1819-1821. <https://doi.org/10.3201/eid1411.080509>

Serologic Evidence of Recent Infection with Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5) Virus Among Dairy Workers — Michigan and Colorado, June–August 2024

TABLE 2. Potential risk factors for serologic evidence of infection with highly pathogenic avian influenza A(H5) among dairy workers (N = 115) — Colorado and Michigan, 2024

Characteristic	No. (%)		p-value*
	Seronegative n = 107; 93% of total	Seropositive n = 8; 7% of total	
Spanish-language survey	75 (70)	8 (100)	0.10
State			
Colorado	64 (60)	6 (75)	0.5
Michigan	43 (40)	2 (25)	—
No. of days since exposure, median (IQR)	49 (47–59)	49 (49–51)	>0.9
Antibody titers			
HI GMT: influenza A, H5 [†] median (IQR)	5 (5–5)	49 (40–80)	—
MN GMT: influenza A, H5 [†] median (IQR)	5 (5–10)	49 (40–63)	—
MN titers: seasonal influenza A, H1 [§] median (IQR)	80 (20–320)	30 (18–110)	—
Seasonal flu vaccination received [¶]	20 (19)	1 (13)	>0.9
Job tasks after cows became ill			
Breeding cows	29 (27)	1 (13)	0.7
Changing or cleaning bedding	36 (34)	2 (25)	>0.9
Checking milk quality	28 (26)	4 (50)	0.2
Cleaning the milking parlor	41 (38)	8 (100)	<0.001
Feeding cows	45 (42)	1 (13)	0.14
Helping with calving	40 (37)	3 (38)	>0.9
Milking cows	61 (57)	7 (88)	0.14
Moving or hauling cattle	53 (50)	3 (38)	0.7
Moving or hauling milk	13 (12)	2 (25)	0.3
Number of job tasks, median (IQR)	5 (2–8)	5 (3–7)	0.7
Removing manure or dung	66 (62)	5 (63)	>0.9
Vaccinating cows	47 (44)	4 (50)	>0.9
Working in maternity pens	46 (43)	3 (38)	>0.9
Working with calves	44 (41)	2 (25)	0.5
Reported contact with cows with bird flu**			
Yes	68 (64)	1 (13)	0.007
No or unknown	39 (36)	7 (88)	—

TABLE 3. Characteristics of illnesses reported by dairy workers, by seropositivity to highly pathogenic avian influenza A(H5) (N = 115) — Colorado and Michigan, 2024

Reported signs and symptoms*	Serologic test result, no. (%)	
	Negative n = 107	Positive n = 8
Any self-reported illness	42 (39)	4 (50)
No. of days from exposure [†] to onset, median (IQR)	15 (4 to 27)	–5 (–11 to 1)
Cough	13 (31)	0 (—)
Diarrhea	6 (15)	1 (25)
Difficulty breathing	7 (17)	0 (—)
Fatigue	21 (50)	0 (—)
Fever (≥100.4°F [≥38°C])	7 (17)	0 (—)
Feverishness or chills	15 (37)	1 (25)
Headache	19 (45)	1 (25)
Muscle aches	19 (45)	0 (—)
Nausea or vomiting	4 (9.5)	0 (—)
Rash	4 (9.5)	0 (—)
Red, draining, or itching eyes	26 (62)	3 (75)
Runny nose or nasal congestion	20 (48)	1 (25)
Seizure	0 (—)	0 (—)
Sneezing	13 (31)	1 (25)
Sore throat	24 (57)	1 (25)

* Defined as an affirmative response to the question, “Since cows have started to get sick, have you been sick” (Michigan) or “Since [the date of detection per farm], did you develop any symptoms?” (Colorado). Individual symptoms were then elicited, including fever (measured ≥100.4°F [≥38°C]), feverishness/chills, cough, fatigue or tiredness/sluggishness, sore throat, runny or stuffy nose, sneezing, nausea/vomiting, diarrhea, headache, rash, muscle/body aches, red/drainage or itching eyes, difficulty breathing/shortness of breath, or seizures. Symptoms were only elicited among persons who reported illnesses.

[†] Defined as the worker-reported date when cows first began showing symptoms of bird flu on this dairy farm (Michigan), or the quarantine date (Colorado).

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/pdfs/mm7344a3-H.pdf>

ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



Cumulative number of confirmed human cases[†] for avian influenza A(H5N1) reported to WHO, 2003-2026

Country	2003-2009*		2010-2014*		2015-2019*		2020-2024*		2025		2026		Total	
	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths	cases	deaths
Australia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Azerbaijan	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5
Bangladesh	1	0	6	1	1	0	0	0	3	0	0	0	11	1
Cambodia	9	7	47	30	0	0	16	6	18	9	0	0	90	52
Canada	0	0	1	1	0	0	1	0		0	0	0	2	1
Chile	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
China	38	25	9	5	6	1	3	1	1	0	0	0	57	32
Djibouti	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ecuador	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Egypt	90	27	120	50	149	43	0	0	0	0	0	0	359	120
India	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	3	3
Indonesia	162	134	35	31	3	3	0	0	0	0	0	0	200	168
Iraq	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Lao People's Democratic Republic	2	2	0	0	0	0	1	0		0	0	0	3	2
Mexico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Myanmar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nepal	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Nigeria	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pakistan	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Spain	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Thailand	25	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	17
Turkey	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	4
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	6	0
United States of America**	0	0	0	0	0	0	68	1	3	0	0	0	71	1
Viet Nam	112	57	15	7	0	0	2	1	1	0	0	0	130	65
Total	468	282	233	125	160	48	102	10	30	12	0	0	993	477

*2003-2009, 2010-2014, 2015-2019 and 2020-2024 total figures. Breakdowns by year available on subsequent tables.

** For the United States of America, in 2024-2025, cases reported as A(H5) are included here.

†This count includes reported detections in asymptomatic individuals. In some cases, the confirmation of infection versus transient contamination of the nasopharynx/oropharynx with virus particles after exposure to infected birds or contaminated environment remains inconclusive. Total number of cases includes number of deaths. Counts are according to reporting country which may differ from country where exposure may have occurred.

WHO reports only laboratory-confirmed cases. All dates refer to onset of illness.

Source: WHO/GIP, data in HQ as of 22 January 2026.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/h5n1-human-case-cumulative-table/2026_table_h5n1_jan.pdf?sfvrsn=746d7b1f_3&download=true



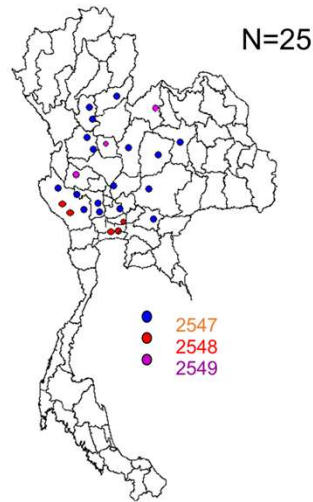
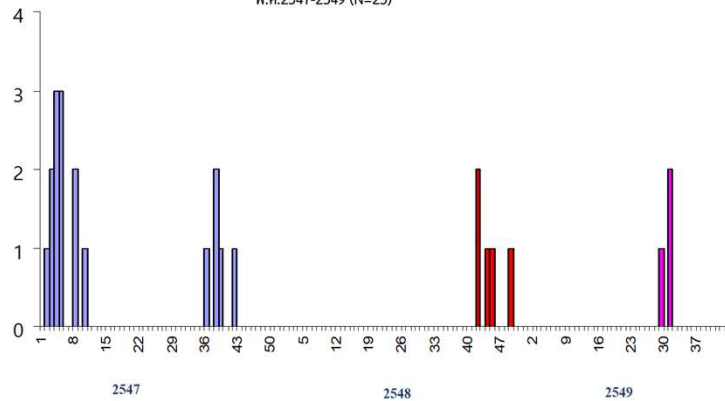
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้

สถานการณ์ไข้หวัดนกในคนไทย

จำนวน (ราย)

ผู้ป่วยไข้หวัดนก H5N1 ตามวันเริ่มป่วย ประเทศไทย
พ.ศ.2547-2549 (N=25)



ประวัติสัมผัสแหล่งโรค

- 15 ราย มีไก่ที่บ้านตายผิดปกติ
 - 12 ราย จับไก่ที่ป่วยหรือตายโดยตรง
 - 1 ราย นั่งในพื้นที่มีไก่ตาย/ป่วยเป็นประจำ
 - 1 ราย ไม่มีประวัติสัมผัสไก่เลย
- (Probable human-to-human transmission)



ที่มา: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

PATIENT CASE SUMMARY INFOGRAPHIC

TOTAL OVERVIEW

Cases: 25

Deaths: 17

CFR: 68%

CHILDREN

Total Cases: 10

Gender Breakdown

Male: 9

1

Mortality

70%

FATALITY RATE

7 Deaths / 10 Cases

ADULTS

Total Cases: 15

Gender Breakdown

M: 7

F: 8

Mortality

67%

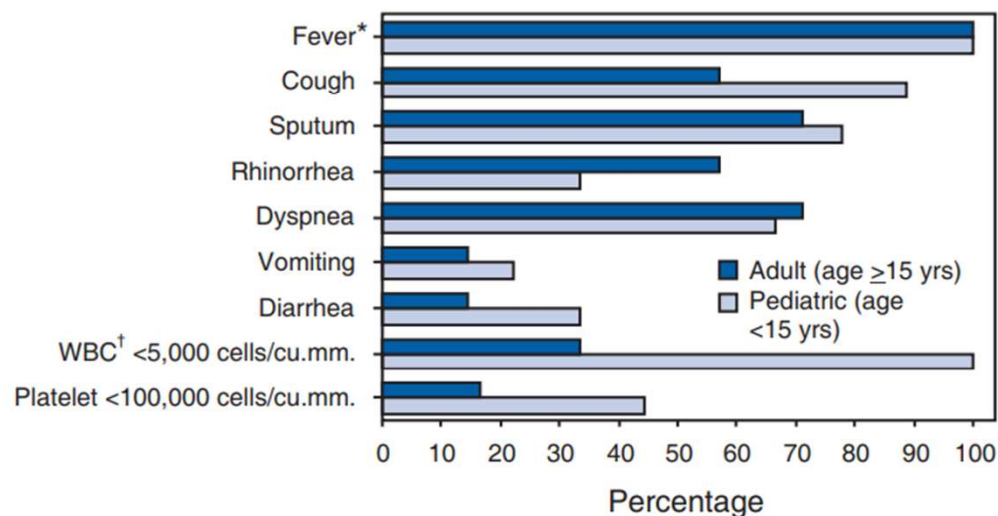
FATALITY RATE

10 Deaths / 15 Cases

Investigation of Avian Influenza (H5N1) Outbreak in Humans — Thailand, 2004

Darin Areechokchai,¹ C. Jiraphongsa,¹ Y. Laosiritaworn,¹ W. Hanshaoworakul,¹ M. O'Reilly²
Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

FIGURE 2. Clinical manifestations of influenza A (H5N1) patients from onset of illness to hospital admission, by symptom and age — Thailand, December 2003–October 2004



* Body temperature of >100.4°F (>38°C).

† White blood cell.

TABLE 2. Number and percentage of influenza A (H5N1) case-control study participants, by selected characteristics — Thailand, 2004

Characteristic	Cases (n = 16)		Controls (n = 64)	
	No.	(%)	No.	(%)
Median no. of family members	4		5	
Median age (yrs)	14		14	
Sex				
Male	9	(56)	31	(48)
Female	7	(44)	33	(52)
Smoking				
Yes	2	(13)	9	(14)
No	14	(87)	55	(86)
Chronic medical condition				
Yes	2	(13)	10	(16)
No	14	(87)	54	(84)

in 1997 or mutation of the virus might explain this differ-



Investigation of Avian Influenza (H5N1) Outbreak in Humans — Thailand, 2004

Darin Areechokchai,¹ C. Jiraphongsa,¹ Y. Laosiritaworn,¹ W. Hanshaoworakul,¹ M. O'Reilly²
1 Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand

TABLE 3. Number and percentage of reported exposures associated with influenza A (H5N1) infection, by type of exposure — Thailand, 2004

Exposure	No. (%) of exposures		OR [§]	(95% CI [¶])
	Case* (n = 16)	Control† (n = 64)		
Direct touching of unexpectedly dead** poultry	10 (63)	12 (19)	29.0	(2.7–308.2)
Dressing poultry	5 (31)	4 (6)	17.0	(1.6–177.0)
Having unexpectedly dead poultry around the house	8 (50)	9 (14)	5.6	(1.5–20.7)
Plucking poultry	4 (25)	3 (5)	14.0	(1.3–152.5)
Being ≤1 m away from dead poultry	10 (63)	16 (25)	13.0	(1.8–96.3)
Storing products of sick or dead poultry in house	7 (44)	3 (5)	9.3	(2.1–41.3)
Direct touching of sick poultry	8 (50)	(14)	5.6	(1.5–20.7)
Being ≤1 m away from sick poultry	9 (56)	14 (22)	3.8	(1.2–11.7)
Having contact with person with suspected or confirmed H5N1 illness	3 (19)	13 (20)	0.9	(0.2–4.4)
Visiting live poultry market	1 (6)	0		

* H5N1 illness occurring in a person who received a diagnosis of pneumonia or influenza-like illness and who had either a positive viral culture for H5N1 virus or confirmation of H5 strain by real-time reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR).

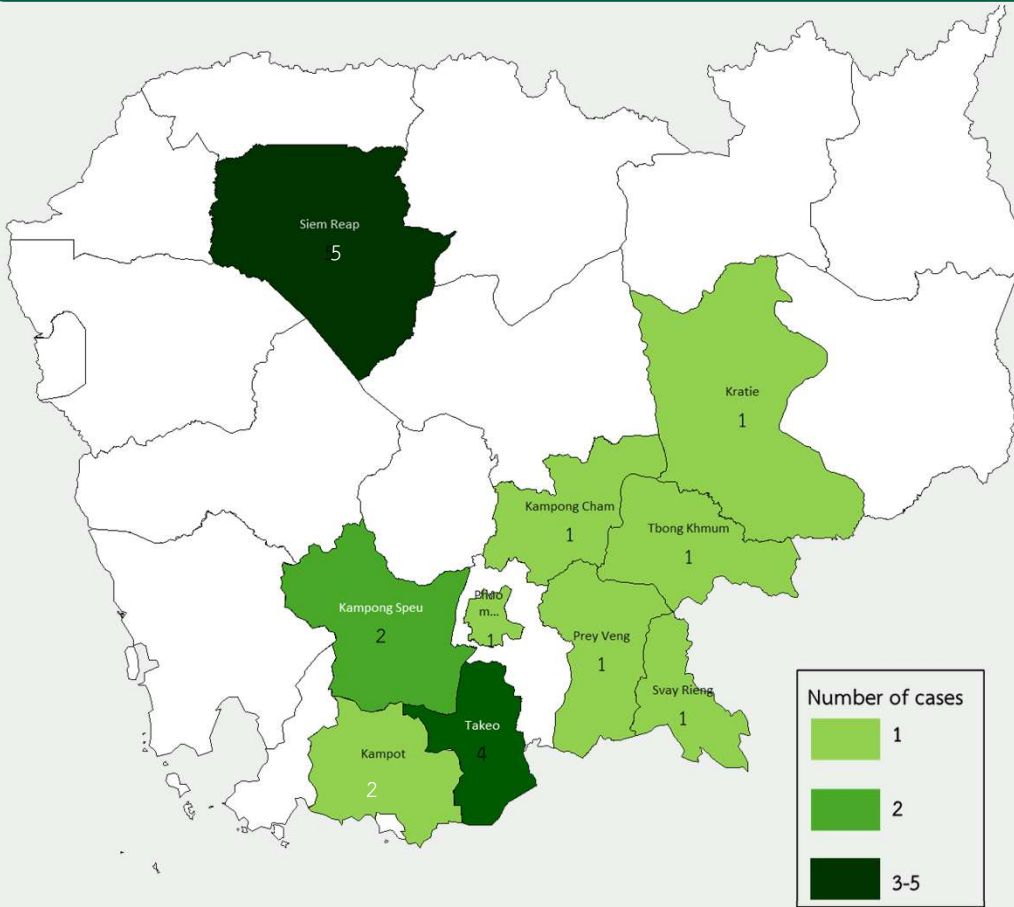
† Selected by matching village and age ±1 year to a person with a case and then randomly selecting four controls for each case-patient.

§ Odds ratio.

¶ Confidence interval.

** Death of >10% of all poultry in a farm or house within 1 day or of >40% of poultry within 3 days.

สถานการณ์โรคไข้หวัดนก A(H5N1) ในคน ประเทศกัมพูชา ปี 2568 - 2569



จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก รายจังหวัด ปี 2568

ลำดับ	จังหวัด	ผู้ป่วย/ ผู้เสียชีวิต (ราย)
1	เสียมราฐ	5/ 0
2	กระเจะ	1/ 1
3	ตาแก้ว	4/ 3
4	สวายเรียง	1/ 1
5	เปรยแวง	1/ 1
6	กำปงสเปือ	2/ 1
7	กำปงจาม	1/ 1
8	ตะโพนขมม	1/0
9	กำปอต	1/ 0
10	พนมเปญ	1/1
รวม		18/ 9

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก รายจังหวัด ปี 2569

ลำดับ	จังหวัด	ผู้ป่วย/ ผู้เสียชีวิต (ราย)
1	กำปอต	1/ 0
รวม		1/ 0

ที่มา: Center for Infectious Disease Research & Policy, AVIAN FLU DIARY

สถานการณ์โรคไข้หวัดนก A(H5N1) ในคน ประเทศกัมพูชา ปี 2568- 2569 (ต่อ)



12 ราย
63.16 %



7 ราย
36.84%

< 5 ปี

≥ 5 - < 18 ปี

≥ 18 - 65 ปี



4 ราย
21.05 %



6 ราย
31.58 %



9 ราย
47.37 %

สรุปเหตุการณ์: พบผู้ป่วยไข้หวัดนก (H5N1) รายแรกในกัมพูชา ปี 2569



3 วันก่อนป่วย

สัมผัสสัตว์ปีกติดเชื้อ
มีการนำไก่ที่ตายในครัวเรือน
มาปรุงเป็นอาหาร



เริ่มมีอาการป่วยและเข้ารับรักษา
ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 30 ปี
มีอาการใช้ ไอ และปวดท้อง



14 ก.พ. 69

ยืนยันผลตรวจ
กัมพูชายืนยันพบเชื้อ H5N1
ในผู้ป่วยรายนี้อย่างเป็นทางการ

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการสอบสวน



แหล่งติดเชื้อมีจำกัดเฉพาะในครัวเรือน
ไม่พบความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายอื่น
และยังไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อเพิ่มเติม



รักษาหายและกลับบ้านได้แล้ว
ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายดีและ
ออกจากโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว

ลำดับ	ความเสี่ยง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (เปอร์เซ็นต์)
1	สัมผัสสัตว์ปีกป่วยตายโดยตรง	15	78.95
2	พบไก่หรือสัตว์ปีกในบ้านป่วยตาย	2	10.53
3	จัดการแยกสัตว์ปีก	1	5.26
4	ไม่ทราบ	1	5.26

สรุปตอนนี้ **พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 ราย และไม่มีผู้เสียชีวิต**

การเฝ้าระวังเหตุการณ์ใช้หวัดนก

เฝ้าระวังเหตุการณ์ (EBS): พบสัตว์ป่วย-ตายผิดปกติ แจ้งด่วน!

รู้เร็ว แจ้งไว ยับยั้งโรคระบาดในชุมชน

1. สังเกตอาการ (CHECK)

สัตว์ปีก

- ตายกะทันหันหลายตัว
- หน้าบวม หงอนคล้ำ
- ขาเขียว
- ซิก/คอเอียง

สัตว์ใหญ่

- ซึม ไม่กินหญ้า
- มีตุ่มตามตัว
- แท้งลูก
- ตายพร้อมกันหลายตัว

สัตว์ป่า

- ตายไม่ทราบสาเหตุ

2. งดควรปฏิบัติ "3 ไม่" (PROTECT)

ไม่สัมผัส **ไม่กิน** **ไม่ทิ้ง**

3. ช่องทางการแจ้งเหตุ (REPORT)

เจ้าหน้าที่ ปศุสัตว์ / อสป. เจ้าหน้าที่ sw.สต. / อสม.

ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน)

สายด่วนกรมควบคุมโรค: **1422**

แจ้งเจ้าหน้าที่ภายใน 24 ชั่วโมง!

1. ที่หน้างาน: โรงพยาบาล (Hospital)

ผู้ป่วยทางเดินหายใจ (Respiratory Patient)

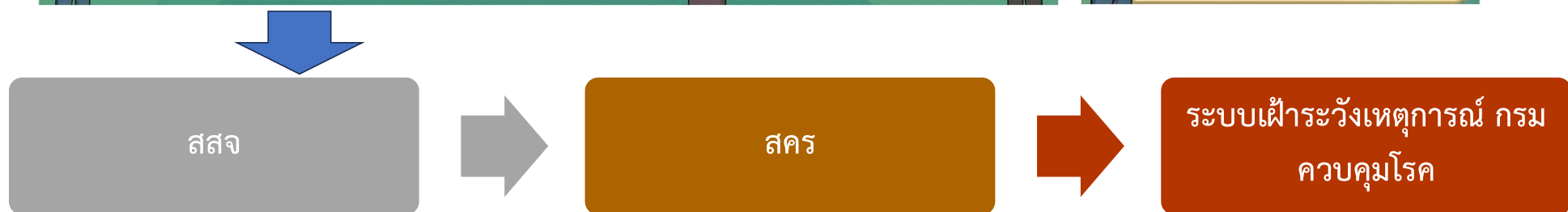
- ไอสูง ไอ หอบเหนื่อย

การสอบสวนโรค (Investigation)

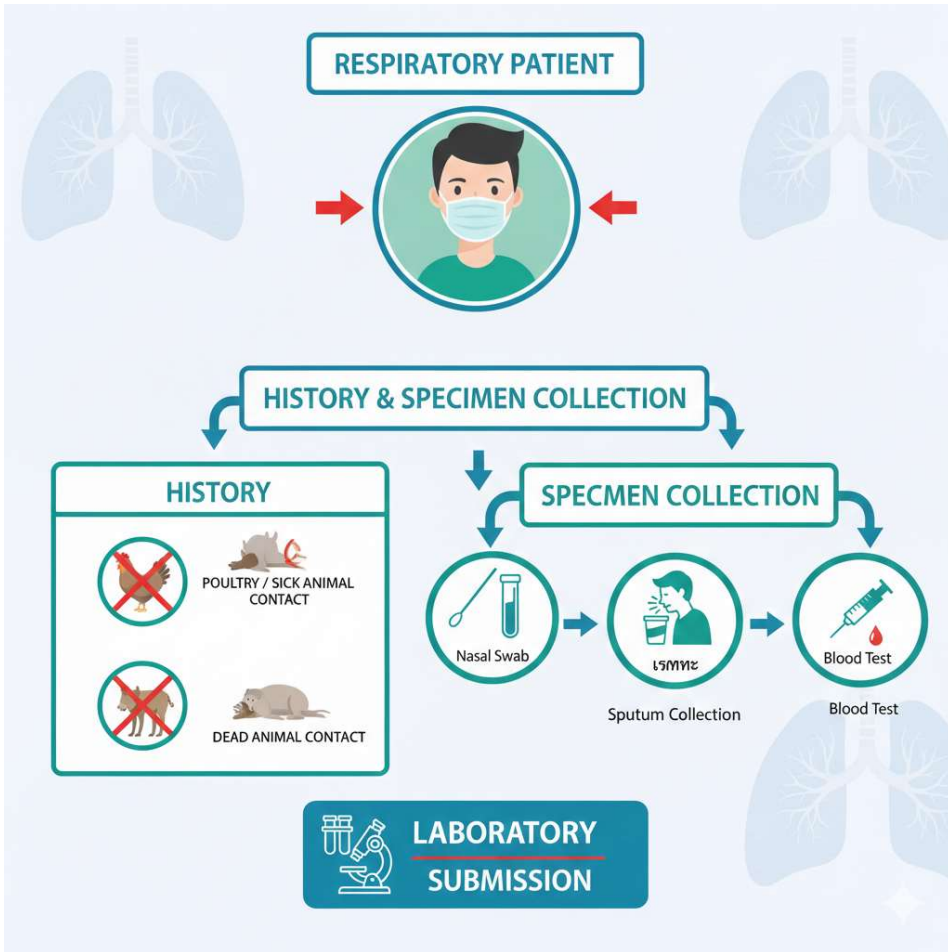
- สอบถามประวัติสัมผัสโรค (สัตว์/คนป่วย)
- ประวัติท่องเที่ยวพื้นที่เสี่ยง

เก็บตัวอย่าง (Sampling)

- NPS/Throat swab



Take home message



- แนวโน้มโรคทางเดินหายใจมีสองระลอก ในฤดูฝนและฤดูหนาว และลดลงในช่วงฤดูร้อน
- การเปลี่ยนแปลงของเชื้อไข้หวัดใหญ่อาจทำให้ประสิทธิผลของวัคซีนลดลงบ้าง แต่การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ยังคงให้ประโยชน์สำคัญ ได้แก่ ลดความรุนแรงของโรค การนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิต ป้องกันสายพันธุ์อื่นที่อยู่ในวัคซีน และช่วยลดการแพร่กระจายในชุมชน
- พบการระบาดของไข้หวัดนกในคนและสัตว์ในประเทศเพื่อนบ้าน และการระบาดในสัตว์หลายประเภททั่วโลก ประเทศไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เช่นเดียวกัน
- กรณีพบผู้ป่วยทางเดินหายใจ
 - ควรแยกผู้ป่วย
 - สัมภาษณ์ประวัติเสี่ยง เช่น ประวัติการสัมผัสสัตว์ปีก หรือสัตว์ป่วยตาย
 - หากมีประวัติเสี่ยง ทำการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ
 - กรณีผู้ป่วยทางเดินหายใจอาการรุนแรง หรือเสียชีวิต แม้ไม่มีประวัติเสี่ยงที่ชัดเจน ควรทำการสอบสวนโรค และเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยัน โดยสามารถประสานผ่านเครือข่าย สสจ สคร และส่งตรวจที่สถาบันบำราศนราดูร โดยกรมควบคุมโรค สนับสนุนค่าตรวจ



ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

