



สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา 2569

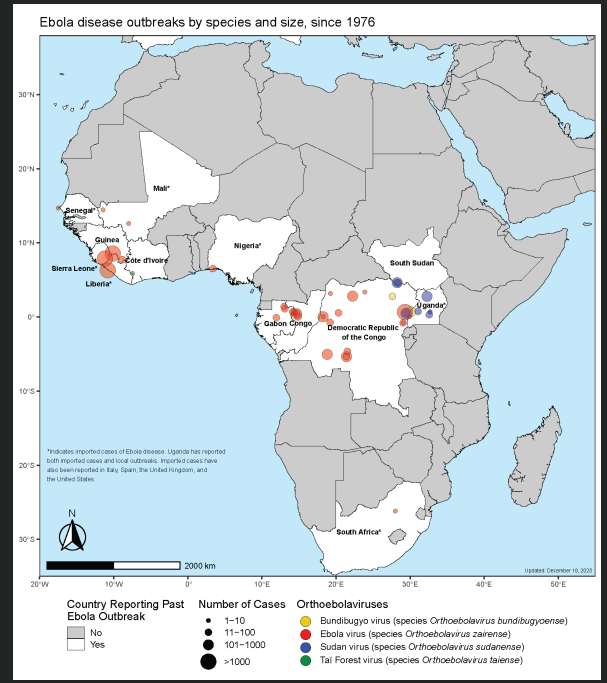


https://drive.google.com/file/d/1aZLtryl5q2Lwuzk8ZyZX8_RD8PtyeJJ2/view?fbclid=IwY2xjawSXFndleHRuA2FlbQIxMABicmIkETFuOEtCaURWQjdBajJqTVQwc3J0YwZhchBfaWQQMjlyMDM5MTc4ODIwMDg5MgABHtO6jrGqHjgm9zZKHX9vBQ4l14uIIR6aILXmJWYDQY9zA2DRdUS0feRF9KUf_aem_D5rAfDlIsAk4CQ2CSm1-XQ

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลมะม่วง

สถานการณ์ของโรคอีโบล่าในทวีปแอฟริกา (ปี 2557-2569)

****ตั้งแต่ปี 2519 - ปัจจุบัน**
การระบาดของโรคอีโบล่าเกิดขึ้นทั่วภูมิภาคแอฟริกา
ตะวันตกและแอฟริกาตอนกลาง



พบการระบาดใน
ดีอาร์ คองโก

ดีอาร์ คองโก - ดีอาร์ คองโก
- กินี

ปี 2560 - 2562 ปี 2563 - 2564

ผู้ป่วย 3,470 ราย เสียชีวิต 2,280 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 66

- ดีอาร์คองโก ประกาศพบการระบาดของอีโบล่า
- ยูกันดาพบผู้ติดเชื้อ

15 พ.ค. 69

WHO ประกาศว่าการระบาดของอีโบล่า ในดีอาร์คองโก และยูกันดาเป็น PHEIC

17 พ.ค. 69



ปี 2557

แอฟริกาตะวันตก

- กินี
- ไลบีเรีย
- เซียร์ราลีโอน

ผู้ป่วย 28,616 ราย เสียชีวิต 11,310 ราย
อัตราป่วยตาย ร้อยละ 39.5

ปี 2565

- พบการระบาดในยูกันดา
- พบเคสในดีอาร์คองโก

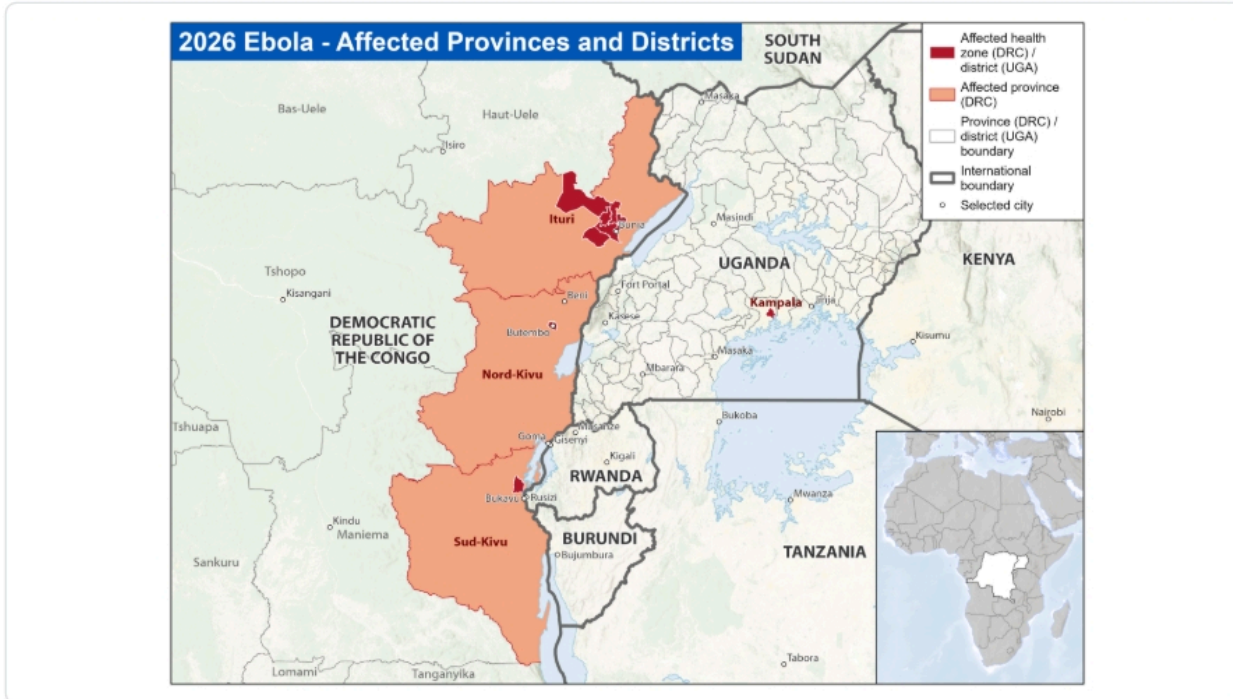
ผู้ป่วย 54 ราย เสียชีวิต 2 ราย

16 พ.ค. 69

WHO ประชุมด่วนเพื่อหารือ

สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในต่างประเทศ

[View Larger](#) [Download](#)



พื้นที่พบผู้ป่วย

1. DR Congo :

-Ituri (ศูนย์กลางการค้าและการเคลื่อนย้ายประชากร ใกล้ Uganda และ South Sudan)

-Nord-Kivu

-Sud-Kivu

2. Uganda

-Kampala (เมืองหลวง)

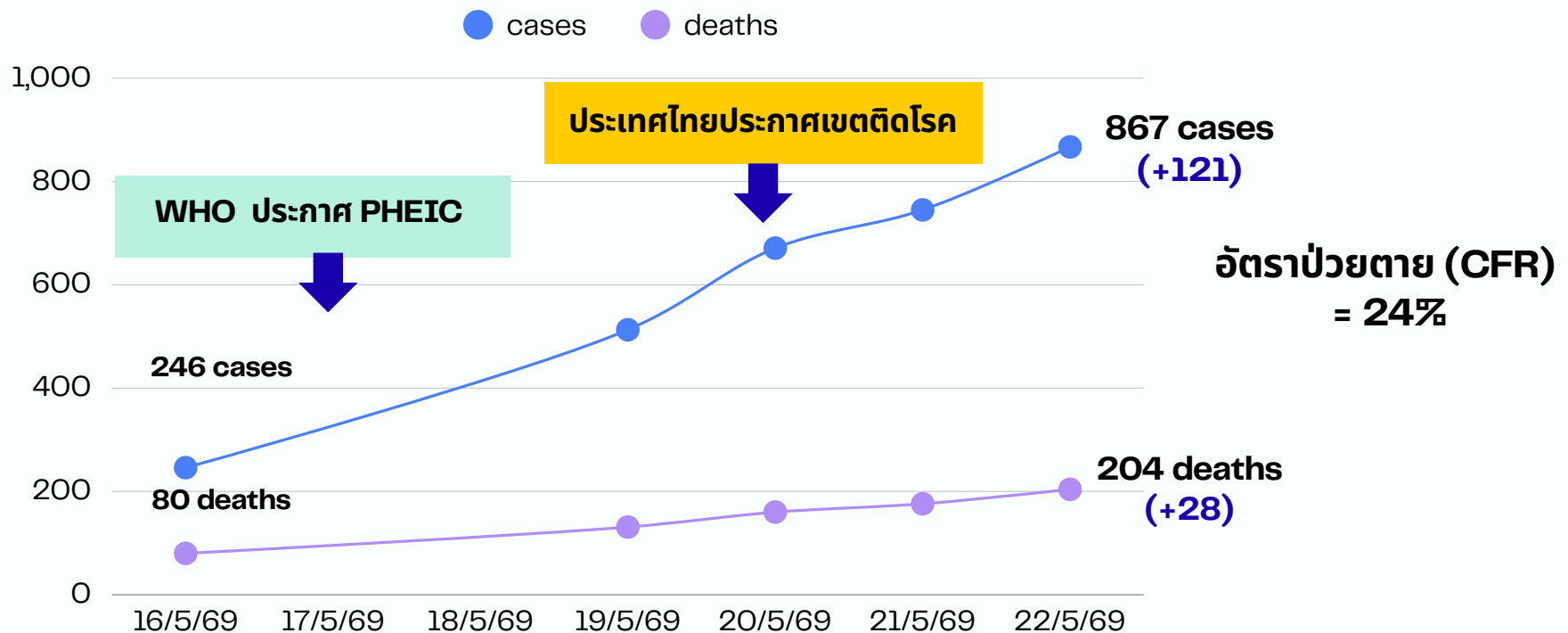
As of May 23, 2026, the Ebola Bundibugyo outbreak in DRC has been confirmed in Ituri, Nord-Kivu, and Sud-Kivu provinces. Five cases related to the DRC outbreak also have been reported in Uganda's capital of Kampala.

ที่มา : US CDC. Ebola Disease: Current Situation



สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในต่างประเทศ

จำนวนผู้ป่วย **สงสัย** โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า **สะสม** ประเทศ DR Congo ตามวันรายงาน 16-22 พ.ค. 2569



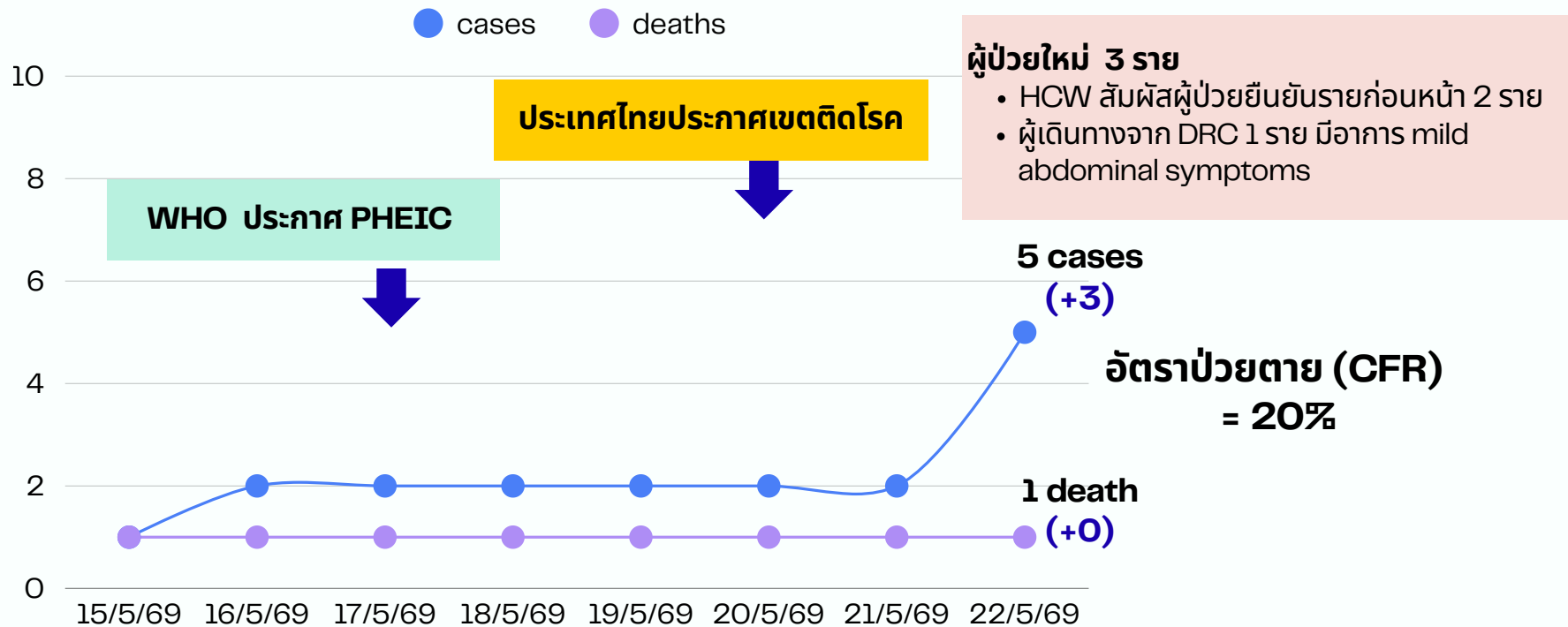
ที่มา: สื่อออนไลน์ของ Ministere de la Sante RDC และ WHO



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

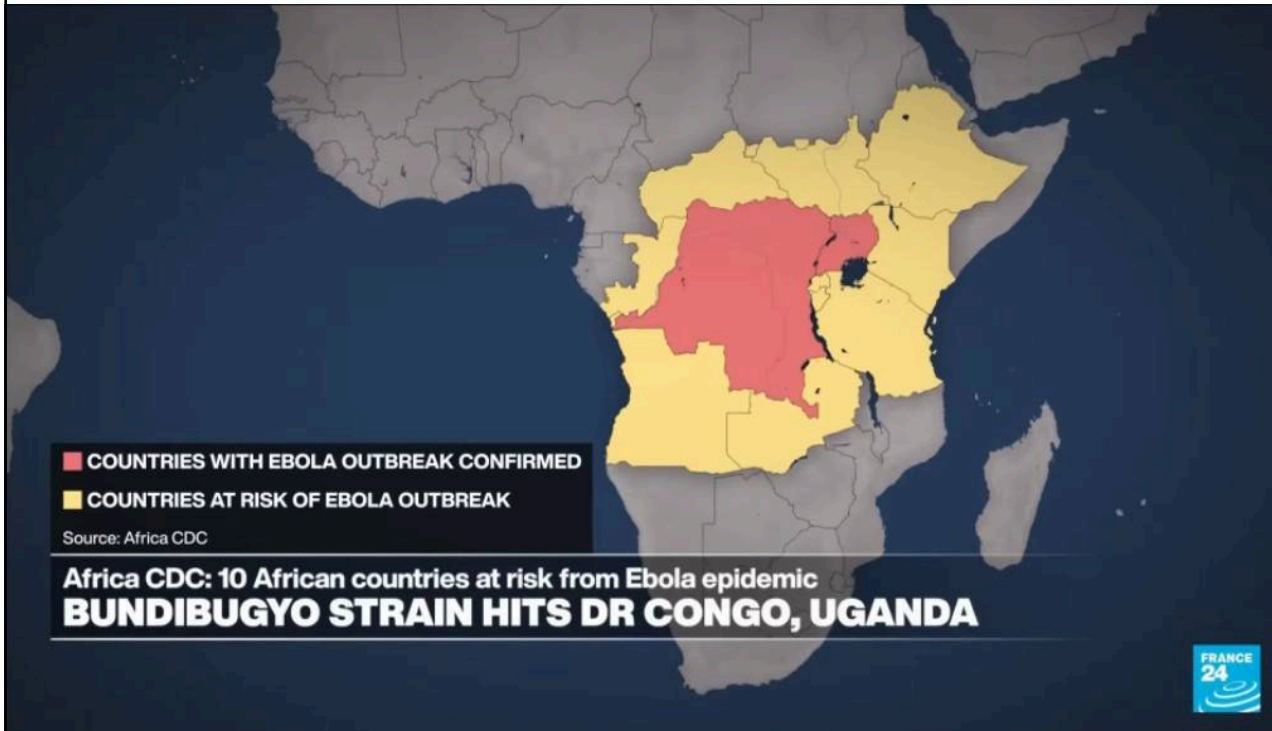
สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในต่างประเทศ

จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า **สะสม** ประเทศ **Uganda** ตามวันรายงาน 16-22 พ.ค. 2569



ที่มา : WHO

สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในต่างประเทศ



24 พ.ค. 69

Africa CDC เตือน 10 ประเทศเสี่ยง
ซึ่งมีชายแดนติดกับประเทศที่พบผู้ป่วย
ได้แก่

South Sudan

Rwanda

Kenya

Zambia

the Central African Republic

Tanzania

Ethiopia

Angola

the Republic of the Congo

Burundi

ที่มา : France24, Xinhua 24 May 2026

timeline of public health emergency: 2026

ลำดับเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ปี 2569



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



early 2026
พบการระบาด
Hantavirus
บนเรือสำราญ

WHO
ประกาศภาวะฉุกเฉินทาง
สาธารณสุข
ระหว่างประเทศ" (PHEIC)

ไทยประกาศ:
Hantavirus เป็นโรค
ติดต่ออันตราย
อันตรายลำดับที่ 14
(ไม่ได้ประกาศเขตติดโรคที่ต้องเฝ้าระวัง)

ระบาศ **Ebola**
(สายพันธุ์ใหม่ Bundibugyo)
ในคองโก
อัตราเสียชีวิต
50-80%

20 พฤษภาคม 2569
กรมควบคุมโรค
ออกอนุบัญญัติ:
ประกาศกระทรวง
สาธารณสุข

21 พฤษภาคม 2569
ประกาศมีผลบังคับใช้
ให้สาธารณรัฐคองโก
ยูกันดา เป็นเขต
ติดโรคติดต่ออันตราย **Ebola**

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ประเทศไทย



จำนวนผู้ป่วยรายใหม่

วันที่ 24 พฤษภาคม 2569



จำนวนผู้ป่วยสะสม

ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 – 24 พฤษภาคม 2569



ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (M-EBS) กรมควบคุมโรค วันที่ 24 พฤษภาคม 2569 เวลา 15.00 น.

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา



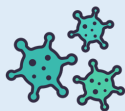
เป็นโรคติดเชื้อไวรัสรุนแรงกลุ่ม “ไข้เลือดออกจากไวรัส” (Viral Hemorrhagic Fever) เกิดจากเชื้อไวรัสในสกุล Orthobolavirus ซึ่งอยู่ในตระกูล Filoviridae



พบการระบาดในหลายประเทศของทวีปแอฟริกา โดยเฉพาะใน สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (DRC)



เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonotic disease) โดยมี ค้างคาวผลไม้ เป็นแหล่งรังโรค และสามารถแพร่จากคนสู่คนได้ (Mean Pool R0~1.95)



เชื่อกันว่ามี 4 สายพันธุ์ที่สำคัญ (จาก 6 สายพันธุ์) คือ Zaire (มีวัคซีน และยารักษา), Sudan, Tai Forest, Bundibugyo



การติดต่อ

ติดต่อผ่านการสัมผัสโดยตรงกับเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วย/ ผู้เสียชีวิต หรือสัตว์ติดเชื้อ หรือสิ่งของปนเปื้อน



หลังสัมผัสเชื้อ
2-21 วัน



ไข้สูง
เฉียบพลัน



ปวดศีรษะ
อ่อนเพลีย



ปวดกล้ามเนื้อ
ปวดเมื่อย



อาเจียน
ท้องเสีย



อาจมีเลือดออก
ผิปกัด

อัตราการเสียชีวิตประมาณ 40 - 80 %



อัตราการเสียชีวิตของไวรัสอีโบลาแต่ละสายพันธุ์



อัตราการเสียชีวิต (Case Fatality Rate: CFR) แตกต่างกันตามสายพันธุ์ของไวรัส รวมถึงคุณภาพการรักษาและความรวดเร็วในการวินิจฉัย

พบการระบาดหลัก
ในทวีปแอฟริกา

| สายพันธุ์ของไวรัสอีโบลา | อัตราการเสียชีวิตโดยประมาณ (CFR) | ความรุนแรง | ข้อมูลสำคัญ | การกระจายหลัก |
|--|--|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| 1 Zaire ebolavirus (สายพันธุ์ซาอีร์) รุนแรงที่สุดและพบบ่อยที่สุด | 60-90% | รุนแรงที่สุด | <ul style="list-style-type: none"> สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดการระบาดใหญ่ในแอฟริกา การระบาดในแอฟริกาตะวันตก ปี 2014-2016 มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ปัจจุบันมียาต้านและยารักษาที่ได้รับการอนุมัติแล้ว | แอฟริกาตะวันตก และแอฟริกากลาง |
| 2 Sudan ebolavirus (สายพันธุ์ซูดาน) รุนแรงมาก | 40-60% | รุนแรงมาก | <ul style="list-style-type: none"> ยังไม่มีวัคซีนหรือยาที่ได้รับอนุมัติโดยตรง ทำให้เกิดการระบาดหลายครั้งในยูกันดาและซูดาน อัตราเสียชีวิตต่ำกว่า Zaire เล็กน้อย แต่ยังคงถือว่ารุนแรงมาก | แอฟริกาตะวันออก และแอฟริกากลาง |
| 3 Bundibugyo ebolavirus (สายพันธุ์บุนดิบูโย) ปานกลางถึงรุนแรง | 25-40% | ปานกลางถึงรุนแรง | <ul style="list-style-type: none"> พบครั้งแรกในยูกันดา ความรุนแรงน้อยกว่า Zaire ผู้ป่วยบางส่วนรอดชีวิตได้มากขึ้น เมื่อเข้าถึงการรักษาเร็ว | แอฟริกาตะวันออก |
| 4 Tai Forest ebolavirus (สายพันธุ์ไท ฟอเรสต์) ข้อมูลน้อยมาก | ข้อมูลน้อยมาก (ยังประเมินไม่ได้) | ยังประเมินไม่ได้ | <ul style="list-style-type: none"> พบในคนเพียงไม่กี่ราย ข้อมูลทางการแพทย์ยังจำกัดมาก | แอฟริกาตะวันตก |
| 5 Reston ebolavirus (สายพันธุ์เรสตัน) ไม่พบว่าทำให้คนเสียชีวิต | 0% (ไม่พบว่าทำให้คนเสียชีวิต) | ไม่รุนแรงในคน | <ul style="list-style-type: none"> พบในลิงและสุกรในเอเชีย เคยพบในฟิลิปปินส์และจีน คนสามารถติดเชื้อได้ แต่ยังไม่พบผู้เสียชีวิตจากสายพันธุ์นี้ | เอเชีย (ฟิลิปปินส์, จีน) |



ปัจจัยที่ทำให้อัตราเสียชีวิตแตกต่างกัน

- ความรุนแรงของสายพันธุ์ไวรัส
- ความเร็วในการวินิจฉัยและรักษา
- การให้น้ำและดูแลภาวะขาดน้ำ
- การเข้าถึงยาต้านไวรัสและวัคซีน
- ระบบสาธารณสุขของพื้นที่ระบาด

ข้อมูลสำคัญจากองค์การอนามัยโลก (WHO)



“อัตราเสียชีวิตเฉลี่ยของโรคอีโบล่า อยู่ประมาณ **50%** แต่บางการระบาดอาจสูงถึง **90%**”

หมายเหตุ

ตัวเลขเป็นค่าโดยประมาณจากข้อมูลการระบาดในอดีต อัตราการเสียชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และการเข้าถึงการรักษา

ที่มา: องค์การอนามัยโลก (WHO), CDC
ข้อมูลล่าสุด ณ ปี 2024



โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา ไม่ใช่โรคที่แพร่ทางอากาศ (not airborne)



แต่ติดต่อผ่านการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือสัตว์ติดเชื้อ

1 การติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonotic transmission)

ค้างคาวผลไม้ (fruit bats) เป็นแหล่งรังโรคตามธรรมชาติของไวรัส และสามารถแพร่เชื้อสู่คนผ่านการสัมผัสสัตว์ป่าที่ติดเชื้อ



ค้างคาวผลไม้ (แหล่งรังโรค)

ลิง ชิมแปนซี กอริลลา ค้างคาว และสัตว์ป่าที่ติดเชื้อหรือตายจากโรค

คน



การล่าและหรือรับประทาน bushmeat (เนื้อสัตว์ป่า) ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ



2 การติดต่อจากคนสู่คน

เชื้อแพร่ผ่านการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง



ผู้ป่วยอีโบลา

คนอื่น

ระยะฟักตัว 2-21 วัน โดยเฉลี่ย 8-10 วัน



ป้องกันได้ด้วย:



ล้างมือบ่อยๆ



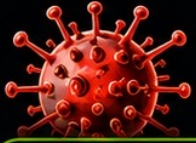
หลีกเลี่ยงการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย



ไม่สัมผัสสัตว์ป่าหรือเนื้อสัตว์ป่า (bushmeat)



หากป่วยให้รีบไปพบแพทย์และแจ้งประวัติการสัมผัส



อาการของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

สามารถแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้

1 ระยะเริ่มต้น (Early phase)

อาการคล้ายไข้หวัดหรือมาลาเรีย ได้แก่



2 ระยะรุนแรง (Progressive disease)

หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการ



3 ระยะเลือดออก (Hemorrhagic phase)

ผู้ป่วยบางรายจะเกิดภาวะเลือดออก เช่น



องค์การอนามัยโลก และ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) เน้นว่า **อาการระยะแรกไม่จำเพาะ** ทำให้วินิจฉัยแยกโรคได้ยาก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีมาลาเรียหรือไทฟอยด์ระบาดร่วมด้วย



! หากมีอาการและมีความเสี่ยง **รีบพบแพทย์ทันที** **+**

นิยามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

กองระบาดวิทยา 21 พ.ค. 2569

ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI)

- ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) ร่วมกับ
- เกณฑ์ประวัติเสี่ยง (Risk Criteria)

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case)

- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) และ
- มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันโรคไวรัสอีโบลา

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) และ
- มีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะจากห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 แห่ง โดยเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิง อย่างน้อย 1 แห่ง

เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria)

- ผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่
- มีไข้ หรือ ประวัติไข้เฉียบพลัน
 - อ่อนเพลีย
 - ปวดศีรษะ
 - ปวดกล้ามเนื้อ
 - เจ็บคอ
 - อาเจียน
 - อูจจาระร่วง
 - ถ่ายเหลว
 - ปวดท้อง
 - มีผื่น
 - มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น ถ่ายเป็นเลือด มีจุดเลือดออก
 - มีภาวะตับถูกทำลาย
 - มีภาวะไตวาย

เกณฑ์ประวัติเสี่ยง (Risk Criteria)

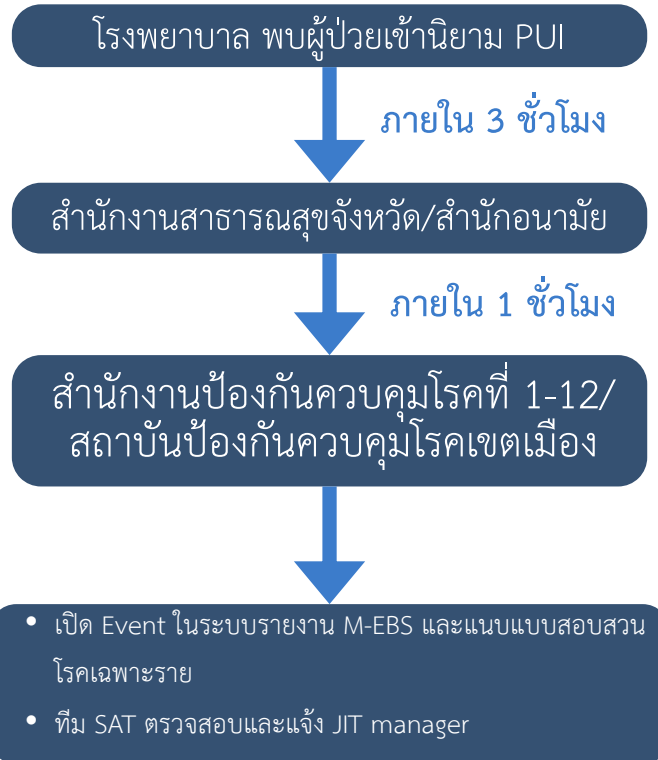
- ในช่วง 21 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ มีประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้
- อาศัยอยู่ หรือ เดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาดของโรค*
 - ดูแลใกล้ชิดและสัมผัสผู้ป่วยหรือศพของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบลา

*พื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในปัจจุบัน ได้แก่ DR Congo, Uganda

เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป**
- ไม่มี
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ**
- RT-PCR
 - กอตรหัสพันธุกรรมด้วยวิธี Molecular sequencing

แนวทางการรายงานและประสานกรณีพบผู้ป่วย PUI โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า



การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (Case investigation) และการสอบสวนการระบาด (Outbreak investigation) ให้ดำเนินการตามเงื่อนไขการออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (Joint Investigation Team: JIT) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ฉบับปัจจุบัน

ในกรณีพบผู้ป่วยยืนยัน ให้ประเทศสมาชิกรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ผ่านจุดประสานกฎอนามัยระหว่างประเทศไทย (International Health Regulations Focal Point) ทันที



ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

FDA สหรัฐอเมริกา รับรองแล้ว! ใช้ได้ผลเฉพาะสายพันธุ์ซาอีร์ (Zaire ebolavirus)



ยากลุ่มแอนติบอดีจำเพาะ (Monoclonal Antibodies) ช่วยยับยั้งไวรัสไม่ให้เพิ่มจำนวนในร่างกาย



สิ่งสำคัญที่ควรรู้

- ✓ ยารักษาและวัคซีนส่วนใหญ่ใช้ได้เฉพาะสายพันธุ์เท่านั้น
- ✓ การพบแพทย์เร็ว และการดูแลอย่างเหมาะสม ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิต
- ✓ การป้องกันที่ดีที่สุด คือ การไม่สัมผัสเชื้อ

1 ยาที่ใช้รักษา (เฉพาะสายพันธุ์ซาอีร์)



Inmazeb

(atoltivimab, maftivimab, and odesivimab-ebgn)

- ยาผสมแอนติบอดี 3 ชนิด
- จับโปรตีนส่วนเปลือกของไวรัส
- ป้องกันไวรัสเกาะติดและเข้าสู่เซลล์
- ใช้ได้ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก



แอนติบอดี 3 ชนิด



Ebanga

(ansuvimab-zykl)

- แอนติบอดีชนิดเดี่ยว
- จับไวรัสในตำแหน่งเดียวกันเพื่อยับยั้งการทำงานของเชื้อ
- ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตจากการทดสอบทางคลินิก



แอนติบอดีชนิดเดี่ยว

✓ ยาข้างต้นใช้ได้ผลเฉพาะสายพันธุ์ซาอีร์ (Zaire) เท่านั้น

2 ยาและวัคซีนสำหรับสายพันธุ์อื่น

สายพันธุ์บุนดึโบโจ (Bundibugyo ebolavirus)



ยังไม่มียารักษาหรือแอนติบอดีที่ได้รับ การรับรองอย่างเป็นทางการ



แพทย์จะรักษาแบบประคับประคอง เพื่อรักษาชีวิตเป็นหลัก



นักวิจัยกำลังพัฒนายาและวัคซีน เฉพาะสำหรับสายพันธุ์นี้

3 การรักษาแบบประคับประคองอาการ (Supportive Care)

สำหรับผู้ป่วยทุกสายพันธุ์



ให้สารน้ำและเกลือแร่

ทั้งทางปากหรือทางเส้นเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ



ควบคุมสัญญาณชีพ

ให้ยาตามอาการ เช่น ลดไข้ แก้ปวด และดูแลความดันโลหิต-ออกซิเจน



ป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน

อาจให้ยาต้านจุลชีพหรือยาต้านเชื้อโรครื่นๆ ตามความจำเป็น



การพบแพทย์เร็ว และได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มโอกาสหายและลดภาวะแทรกซ้อน



หากสงสัยว่าติดเชื้อ รีบไปพบแพทย์หรือโทรสายด่วนสาธารณสุขเพื่อรับคำแนะนำทันที



วัคซีนโรคอีโบล่าในปัจจุบัน

ข้อมูลอัปเดตปี 2026



วัคซีนคือเกราะป้องกันสำคัญ
ช่วยลดความรุนแรงของโรค
และหยุดยั้งการระบาด



1 วัคซีนที่ได้รับการรับรองแล้ว (สายพันธุ์ซาอีร์)



Ervebo (rVSV-ZEBOV)
ผลิตโดย Merck

✓ วัคซีนชนิดเชื้อเป็นที่อ่อนฤทธิ์
(Live, Attenuated Vaccine)

ได้รับการรับรองจาก
US FDA และ WHO ตั้งแต่ปี 2019



อนุญาตให้ใช้ใน
เด็กอายุ 12 เดือนขึ้นไป
และผู้ใหญ่



การจัดเก็บ

ไม่ได้มีไว้สำหรับการจำหน่าย
เชิงพาณิชย์ทั่วไป แต่จะถูกจัดเก็บไว้
ในคลังสำรองเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ
ของสหรัฐฯ และควบคุมโดย WHO
เพื่อใช้ควบคุมการระบาดในพื้นที่เสี่ยงสูง
แบบเฉพาะเจาะจง (Ring Vaccination)



Zabdeno/Mvabea
ผลิตโดย Johnson & Johnson

✓ วัคซีนระบบ 2 โดส

ได้รับอนุมัติจาก
สหภาพยุโรป (EMA)
สำหรับกลุ่มประชากรในพื้นที่เสี่ยง



เข็มที่ 1



เข็มที่ 2

ให้ตามระยะห่างที่กำหนด
เพื่อประสิทธิภาพสูงสุด

2 สถานการณ์วัคซีนสำหรับสายพันธุ์อื่น (อัปเดตปี 2026)

ขณะนี้โลกกำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของ
ไวรัสอีโบล่า สายพันธุ์บุนดีบูโจ

(Bundibugyo ebolavirus) ในแถบสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกและยูกันดา
ซึ่งส่งผลกระทบต่อความคืบหน้าของวัคซีนดังนี้



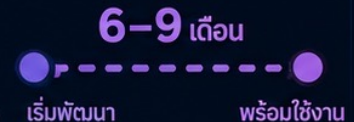
ยังไม่มีวัคซีนเป็นทางการ

วัคซีนที่มีอยู่อย่าง Ervebo
ไม่สามารถป้องกันสายพันธุ์บุนดีบูโจได้



ระยะเวลาพัฒนา

องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่า
อาจต้องใช้เวลาอีกประมาณ **6-9 เดือน**
ในการเร่งพัฒนาวัคซีนสายพันธุ์นี้ให้พร้อมใช้งาน



วัคซีนทดลองอื่น ๆ

สำหรับสายพันธุ์ซูดาน (Sudan ebolavirus)
มีวัคซีนทดลอง เช่น **IAVI C108**
ซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยและทดสอบทางคลินิกเพิ่มเติม
เพื่อเตรียมรับมือสถานการณ์



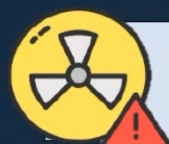
ติดตามข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด

วัคซีนปลอดภัย ได้มาตรฐาน

การฉีดวัคซีนช่วยปกป้องตนเอง ครอบครัว และชุมชน

แหล่งข้อมูล: WHO, US FDA, EMA, Merck, Johnson & Johnson
อัปเดต ณ ปี 2026

ประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา



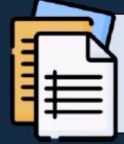
Hazard Assessment

เชื้อไวรัสสายพันธุ์อุบัติใหม่ ยังไม่มีวัคซีน ไม่มียารักษาเฉพาะ



Exposure Assessment

ติดต่อผ่านการสัมผัสโดยตรงกับเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วย
อัตราการเสียชีวิตสูง ถึงร้อยละ 50 - 90



Context Assessment

- การอพยพของค้างคาวผลไม้ สามารถกระจายเชื้อไปยังพื้นที่ใหม่ได้อย่างรวดเร็ว
- อาจพบผู้เดินทางจากพื้นที่ระบาด เนื่องจากมีเที่ยวบิน Transit จากพื้นที่เสี่ยง



Risk Characterization

- ยังไม่พบรายงานผู้ป่วยยืนยันในประเทศ
- มีระบบเฝ้าระวัง คัดกรองผู้เดินทางที่ช่องทางเข้า-ออกระหว่างประเทศที่เข้มแข็ง
- สถานการณ์โรคในพื้นที่การระบาด อยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง ติดตามผู้ป่วยสงสัย

| | | | | | |
|----------------|---------|--------|----------|-------------------|--------|
| Almost certain | Green | Yellow | Orange | Red | Red |
| Highly likely | Green | Yellow | Orange | Red | Red |
| Likely | Green | Yellow | Orange | Orange | Red |
| Unlikely | Green | Green | Yellow | Orange with Red X | Orange |
| Very unlikely | Green | Green | Yellow | Orange | Orange |
| | Minimal | Minor | Moderate | Major | Severe |

Likelihood (vertical label on left) **Consequences** (horizontal label at bottom)

โอกาสที่จะเกิด (Likelihood)
มีโอกาสดังขึ้นน้อย (Unlikely)

ผลกระทบที่ตามมา (Consequence หรือ Impact)
มีผลสูง (Major) ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไม่สามารถดำเนินงานต่อได้

ภาพรวมความเสี่ยง การนำเข้าเชื้อภายในประเทศ ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate)
โดยเหตุการณ์มีโอกาสการแพร่ระบาดภายในประเทศเกิดขึ้นค่อนข้างน้อย แต่หากเกิดเหตุการณ์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งต้องมีการติดตามสถานการณ์ และเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มงวด รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการรับมือการระบาด ของทั้งสถานพยาบาล และทีมปฏิบัติการของกรมควบคุมโรค

มาตรการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสอโบล่า

ผ่านช่องทางด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

01 คุมไว้สังเกต



เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในประเทศติดตามอาการ จนครบ 21 วัน
หากมีอาการป่วย → ส่ง แยกกัก ที่โรงพยาบาล
ไม่มีอาการป่วย 21 วัน → เสร็จสิ้นการติดตาม

02 กักกัน (มีประวัติสัมผัส แต่ไม่มีอาการ)



จากด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

สถานกักกันที่ทางราชการกำหนด
หากมีอาการป่วย → ส่ง แยกกัก ที่โรงพยาบาล

03 แยกกัก (มีอาการ)



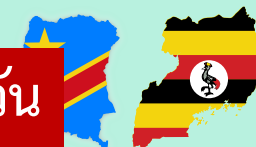
จากด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

ส่ง แยกกัก ที่โรงพยาบาล

ผู้เดินทางจากพื้นที่เขตติดโรคติดต่ออันตราย

1.1 สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก

26 พค 69 ปรับเป็นกักตัว 21 วัน



2.1 Check in พื้นที่เขตติดโรคติดต่ออันตราย

2.2 Exit Screening : ตรวจวัดไข้อาการป่วย หรือ ประวัติเสี่ยง

⚠️ มีประวัติเสี่ยง - ปฏิเสธการเดินทางออกนอกประเทศ

✅ ไม่มีประวัติเสี่ยงหรืออาการป่วย

กรอกประวัติการเดินทางและสุขภาพ

ชาวต่างชาติ : ลงทะเบียน ผ่าน Thailand Digital Arrival Card (TDAC)

คนไทย : ลงทะเบียนผ่านระบบ Thai Health Pass

แจ้งผู้เดินทาง ต้อง "กุมไว้สังเกต" หรือ "กักกัน"

สายการบินจะส่งรายชื่อผู้เดินทางที่จะไปยังประเทศไทยล่วงหน้า

ประเทศไทย ไม่มี Flight บินตรง ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง
แต่มี Flight บิน ที่มีการ Transit ผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง
มาจากสายการบินของประเทศเคนย่า และเอธิโอเปีย

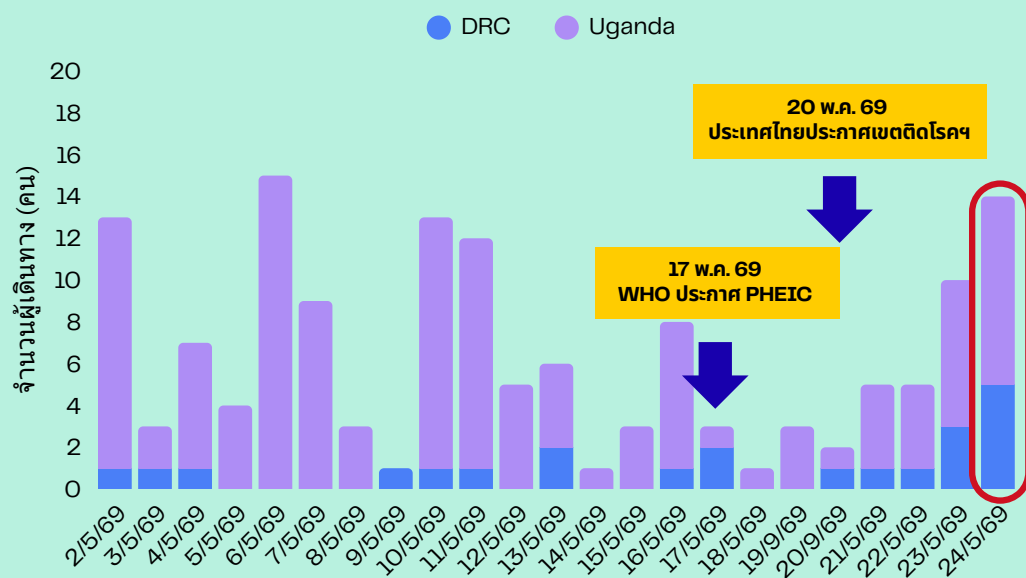


ที่มา : กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และกักกันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้เดินทางจากเขตติดโรคที่เข้ามายังประเทศไทย 2-24 พฤษภาคม 2569



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



ข้อมูลจากกองด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศและกักกันโรค

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (M-EBS) กรมควบคุมโรค วันที่ 24 พฤษภาคม 2569 เวลา 23.00 น.



จัดทำโดย : กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค

1. เตรียมพร้อมก่อนออกเดินทาง ✈️



✓ **เช็คสุขภาพ:** เตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับนักเดินทาง



✓ **ประกันต้องมี:** ซื้อประกันการใช้ประกันสุขภาพ และการคุ้มครองประกันผู้เจ็บป่วยกลับประเทศ (เพื่อกรณีฉุกเฉิน/เจ็บป่วย)



🛡️ **เตรียมตัวให้พร้อม** เดินทางอย่างปลอดภัย อุ่นใจทุกเส้นทาง

2. 6 สิ่งที่ต้อง “เลี่ยง” เมื่ออยู่ในพื้นที่ระบาด



1 เลี่ยงสัมผัสผู้ป่วย
ทั้งผู้ที่มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ผื่นขึ้นออกเลือดและของเหลวจากร่างกายผู้ป่วย



2 เลี่ยงสถานพยาบาลท้องถิ่น
รวมถึงการไปหาหมอพื้นบ้านในพื้นที่ระบาด



3 เลี่ยงร่วมพิธีศพ
พิธีฝังศพที่มีการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของของผู้เสียชีวิต



4 เลี่ยงสัมผัสสัตว์ป่า/พื้นที่เสี่ยง
ห้ามเข้าถ้ำหรือเหมืองและห้ามสัมผัสค้างคาว ลิง ละมั่งป่า รวมถึงเนื้อดิบ/เลือดสัตว์



5 เลี่ยงอาหารดิบ
ไม่ทานเนื้อสัตว์ป่าหรือสัตว์ที่ไม่ทราบชนิด



6 เลี่ยงสัมผัสน้ำสุก
จากผู้ชายที่เพิ่งหายจากโรค จนกว่าจะตรวจแล้วมั่นใจปลอดภัย



ลดความเสี่ยง ปกป้องตนเองและคนที่คุณรัก



3. กลับมาแล้ว... ต้องทำอะไร? (เผื่อระงับ 21 วัน)

21

⚠️ **กักตัวและสังเกตอาการตัวเองอย่างใกล้ชิด**

หากมีอาการเหล่านี้:

🌡️ มีไข้ / ปวดศีรษะ



🥩 ปวดกล้ามเนื้อ / อ่อนเพลีย



🍷 ท้องเสีย / อาเจียน / ปวดท้อง

🩸 มีเลือดออก หรือมีรอยฟกช้ำ... (อาการระยะสุดท้าย)



สิ่งที่ต้องทำทันที

1 แยกตัว ออกจากผู้อื่น (กักตัวทันที)



🚫 **งดการเดินทาง** ทุกรูปแบบ

☎️ **ติดต่อหน่วยงานสาธารณสุข** หรือพบแพทย์ในพื้นที่ทันที

⚠️ *พร้อมแจ้งประวัติการเดินทางในโอกาสสุดท้าย*



ใส่ใจตัวเอง ใส่ใจผู้อื่น สร้างสังคมปลอดภัยจากโรค



สวมหน้ากากอนามัย



ล้างมือบ่อยๆ



เว้นระยะห่าง