

ระบอบบนสื่อโลก

World-Shaking Outbreaks



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ ๘๓

ร:บาดบับลั้จโลก

เล่ม ๓

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

ระบอบบันลือโลก

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

พิมพ์ครั้งแรก : สิงหาคม ๒๕๕๒

หมายเลข ISBN : ๙๗๘-๙๗๔-๕๑๔-๑๔๓-๖

ออกแบบปก : สุรเดช วงศ์สรรคกร
บริษัท U5Opportunity Knocks

ออกแบบรูปเล่ม : อรรพรรณ เกตุพานิช

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

คำอุทิศ

หากหนังสือเล่มนี้จักก่อประโยชน์แก่ท่านผู้อ่าน ไม่ว่าจะ
ในแง่ความรู้ หรือความบันเทิงบางเล็กน้อย ๆ ก็ตาม ผู้นิพนธ์
ขอมอบกุศลนั้นให้แก่คุณแก้ว และคุณมลิวลัย ทองเจริญ
ที่เพียรพยายาม สั่งสอนให้ผู้นิพนธ์รู้จักเริ่มอ่าน รู้จักเริ่มเขียน
รู้จักบันทึกมาตั้งแต่เยาว์วัย และภรรยาและลูกๆ ทั้งสาม หลาน ๆ
ทั้งสาม ที่ให้เวลา ให้กำลังใจและแรงบันดาลใจ ให้เขียน
หนังสือเล่มนี้จนออกเผยแพร่สู่สาธารณชนได้สำเร็จ

บทขอบคุณ

หนังสือเล่มนี้ เป็นผลงานของการทำงานเป็นทีม
เป็นคณะ หนังสือคงจะเรียบเรียงไม่สำเร็จหากไม่ได้รับคำ
แนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ทั้งวิชาการและด้านข้อมูล
การตรวจทานชำระข้อมูล ความถูกต้องและคำผิดต่างๆ ผู้ที่
ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณ ได้แก่

นายแพทย์ประยูร กุณาศล

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหะวัณ

รองศาสตราจารย์ ดร. ฉัฐนันท์ สิ้นชัยพานิช

คุณพอพิศ วรินทร์เสถียร คุณพรชัย สอนสถาพรกุล

คุณอรวรรธม เกตุพานิช คุณสุนิสา ตั้งจิตนิमितกุล

คุณรัชดากร อุณเรื่อน คุณมธุรมิศร์ ชมดวง

คำนำ

อาชีพของผู้นิพนธ์คือ อาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศไทย ได้ศึกษาเล่าเรียนวิชาแพทย์พื้นฐานจากประเทศไทย ไปศึกษาด้านโรคติดเชื้อไวรัสจากต่างประเทศ ครั้นกลับมาประเทศไทยก็มาเริ่มอาชีพอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์เดิม ได้เป็นผู้ริเริ่มตั้งห้องปฏิบัติการด้านไวรัสวิทยาและสอนวิชานี้ให้แก่นักศึกษาแพทย์ ได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านไวรัสวิทยา และด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อ

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

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

หนังสือเล่มนี้ตั้งใจเขียนให้อ่านได้ทั้งประชาชน
ทั่วไปหรือนักวิชาการก็อ่านได้เพื่อได้มีความรู้ทั้งเรื่องโรคต่างๆ
ที่ระบาดอุบัติใหม่ เคยระบาดมาแล้ว และอาจจะระบาดซ้ำอีก
เป็นเรื่องที่แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างกว้างขวาง รวมทั้ง
บางเรื่องแม้ว่าจะไม่ใช่โรคติดต่อ แต่ก็ระบาดแพร่กระจายได้
ทั้งนี้ เพื่อที่จะให้ท่านผู้อ่านได้ทันกับเหตุการณ์ ในทำนองที่ว่า
รู้เขา รู้เรา รู้โรค รู้โลก นี้ก็เป็นจุดตั้งต้น ที่จุดประกายให้
คุณนิพนธ์เขียนหนังสือชุดนี้

สารบัญ

หน้า



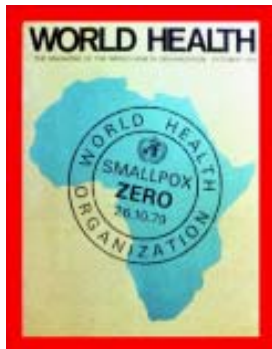
โรคชิคุนกุนยา
โรคไข้วัดข้อยุ้งลาย

๕



โรคตาแดงอะพอลโล

๗๗



ฝีดาษ
เจิ่นเน็ท ปาร์คเกอร์
ผู้มรณะด้วยโรคหลงยุค

๕๕

สารบัญ

หน้า



เพื่อนและครู

เพื่อนกับโรควัณ

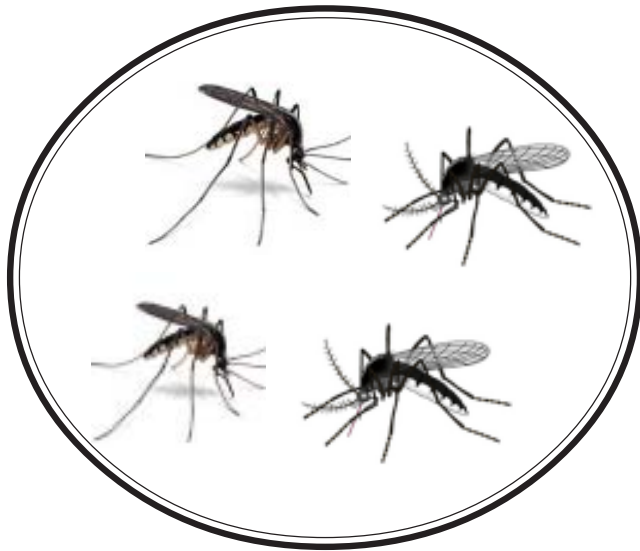
ครู - โรคของมนุษย์เผ่ากินคน ๑๓๓



หูดับเพราะหูดิบ

๑๔๗

โรคชึนกุณยา โรคไข้วัดข้อยุงลาย



เริ่มต้นข่าว

กัญชายน - ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่นราธิวาส

เมื่อต้นเดือนตุลาคม ๒๕๕๑ ผมเดินทางไปพักอยู่ที่โรงแรมแห่งหนึ่งที่ชายทะเล จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้เนื่องจากผมได้รับการแต่งตั้งจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ทำหน้าที่เป็นประธานฝ่ายวิชาการจัดการประชุมระหว่างชาติครั้งที่ ๒ ว่าด้วยโรคไขเลือดออก การประชุมครั้งที่ ๑ ได้จัดขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เว้นระยะมา ๘ ปี ไขเลือดออกก็ยังคงอยู่กับเราอย่างต่อเนื่อง ยังคงระบาดแพร่กระจายไปได้ทั่วโลก นักวิจัย นักพัฒนา ก็ทำหน้าที่ศึกษา วิจัย ค้นคว้า พัฒนากันไม่ได้หยุด แต่ดูเหมือนว่า ยังมองไม่เห็นหนทางที่ชัดเจน จะเอาชนะ จะปราบ หรือแม้แต่จะควบคุมกันได้ การค้นคว้า วิจัย ย่อมจะมีความก้าวหน้าทางวิชาการเกี่ยวกับโรคนี้อย่างมากมาย การประชุมระหว่างชาติในครั้งนี้ จะเป็นการเปิดเวทีวิชาการที่ยิ่งใหญ่ให้นักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการ นักวิจัย นักวิทยาการระบาด นักควบคุมโรค นับพัน ได้มาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ให้แกกันและกัน คราวนี้จัดขึ้นที่จังหวัดภูเก็ต ผมเองแม้ว่าจะสูงวัยแล้ว แต่ในฐานะที่เขาไปเกี่ยวข้องกับโรคไขเลือดออกทั้งในประเทศและในเวทีระหว่างชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๑ จึงเห็นว่าเราเองก็พลัดเข้าไปอยู่ในวงการนี้มานาน แม้ว่าจะไม่ได้ทำงานด้านนี้โดยตรงโดดเด่น แต่ก็





ประชุมวิชาการระหว่างชาติครั้งที่ ๒ ว่าด้วยโรคไข้เลือดออก จังหวัดภูเก็ต

มีงานที่ผู้คนในวงการยอมรับอยู่หลายเรื่อง จึงยอมรับการแต่งตั้งในหน้าที่ที่สำคัญนี้ด้วยความเต็มใจและภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง

ก่อนการประชุมเล็กน้อย มีข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ ของกระทรวงสาธารณสุขไปปรากฏกายอยู่ที่ภูเก็ตกันมากหน้าหลายตา ในจำนวนนั้นผมได้พบกับนายแพทย์ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ท่านเล่าให้ผมฟังว่า ระยะเวลาดังกล่าว ท่านจะต้องเดินทางไปมาระหว่างภูเก็ตและนราธิวาส ท่านไม่ได้ไปปราบผู้ก่อการร้ายในสามจังหวัดภาคใต้ แต่จะไปศึกษาเรื่องการระบาดของโรคไข้ชิคุนกุนยาที่อำเภอียัง อ จังหวัดนราธิวาส ซึ่งอาละวาดอยู่



บริเวณนั้นมาเป็นเดือนแล้ว เพื่อจะได้กลับไปวางแผนควบคุมการระบาดของโรคไม่ให้แพร่ไปได้ไกล

ผมได้ซักถามรายละเอียดจากท่าน แล้วอาฆาตเอาไว้ว่า จบจากการจัดงานข้างครั้งนี้ จะได้ลงมือศึกษาเรื่องโรคนี้ให้จริงจัง เพื่อจะได้นำมาเผยแพร่ในหนังสือชุด “ระบาดบนโลก” ที่ผมตั้งใจเอาไว้แล้วว่าจะสร้างงานชุดนี้ให้สำเร็จในใจใด มิฉะนั้น หากผมสิ้นไป ประสบการณ์บางอย่างที่ผมเก็บเอาไว้ในเซลล์สมอง ไม่ได้มีผู้ใดบันทึกเอาไว้ ก็คงจะไปอยู่ที่เชิงตะกอนพร้อมกับเถาเถาของผม จะหาประโยชน์อันใดมิได้ หนังสือชุดนี้ แม้ว่าจะไม่ได้เทียบชั้นตำรามาตรฐานใดๆ นอกจากจะให้ความรู้พื้นฐาน ผนวกกับความเพ็ดเพลินเชิงตื้นๆเอาไว้บ้าง แต่ก็จะมีข้อมูลที่ท่านผู้อ่านจะค้นหาได้ค่อนข้างยาก จะนำมาแทรกอยู่เป็นระยะๆ เป็นตอนๆไป เรื่องราวของโรคไข่ออกฝืนปวดของชิคุนคุนยา ในลักษณะของการบันทึกเป็นตัวอักษรให้อ่านให้เข้าใจง่าย ๆ จึงได้รับการจัดประกายตั้งแต่วันนั้น

นี่เป็นประเด็นกระตุ้นจุดประกายให้ลงมือในพนธ์ในหัวข้อนี้

เอกสารฉบับแรกที่ปรากฏรายงานเกี่ยวกับการระบาดของโรคไข่ออกฝืนปวดของชิคุนคุนยาในประเทศไทยในการแพร่ระบาดคราวนี้คือรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตีพิมพ์โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๔๑ ซึ่งผมจะคัดลอกมาให้ท่านได้รับทราบกันดังนี้ครับ



โรคไขวุ้นชุกุนญา

การระบาดของโรคไขวุ้นชุกุนญา (Chikungunya) ในภาคใต้ของประเทศไทย ๒๕๕๑

ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๑ มีข่าวการระบาดของโรคชุกุนญาในประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซีย และสิงคโปร์ และจนมาถึงประเทศไทย ได้รับรายงานการระบาดของกลุ่มอาการไขวุ้นออกผื่นร่วมกับปวดข้อ สงสัยโรคชุกุนญา ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีผู้ป่วยจำนวน ๘๒ ราย กระจายใน ๕ หมู่บ้าน การระบาดเริ่มต้นตั้งแต่ต้นเดือนกันยายน ๒๕๕๑ โดยจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะนี้ยังมีผู้ป่วยประปราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน ประชาชนในพื้นที่ระบาดมีการเดินทางติดต่อระหว่างประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย หรือเดินทางระหว่างจังหวัดนราธิวาสและจังหวัดสงขลาอยู่เป็นประจำ นอกจากนั้นยังมีข้าราชการทหารและพลเรือนมาปฏิบัติหน้าที่และเดินทางกลับภูมิลำเนาในจังหวัดอื่น จึงมีความเสี่ยงที่การระบาดจะขยายไปพื้นที่จังหวัดอื่นๆอีก



รายงานเบื้องต้นการสอบสวนการระบาดของโรคชุกุนญา ในตำบลหาร อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส สิงหาคม-ตุลาคม ๒๕๕๑

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๕๑ สำนักระบาดวิทยาได้รับแจ้งจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ ว่า พบการระบาดของไข่ออกผื่นร่วมกับปวดข้อ และสงสัยว่าป่วยด้วยโรค Chikungunya fever ในพื้นที่ตำบลหาร อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส และยังพบผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่อง สำนักระบาดวิทยา จึงร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยิ่งอ โรงพยาบาลยิ่งอ และกลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ดำเนินการสอบสวนการระบาดในพื้นที่ ระหว่างวันที่ ๖-๘ ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ประเมินสถานการณ์การระบาดของโรค ค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และดำเนินการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

๑. ศึกษาข้อมูลจากบันทึกผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่สอ.ละหาร รพช.ยิ่งอ รพช.บาเจาะ รพท.นราธิวาส-



ราชนครินทร์ และป่วยด้วยอาการไข้หรือออกผื่นหรือปวดข้อระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ถึง ๗ ตุลาคม ๒๕๕๑

๒. สัมภาษณ์ ชักประวัติผู้ป่วย และเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจหาหลักฐานการติดเชื้อ Chikungunya virus โดยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) และ Reverse Transcriptase Polymerase chain reaction (RT-PCR)

๓. สำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปในหมู่บ้านและบริเวณรอบๆ ร่วมกับการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมตามบ้าน และสำรวจความชุกของน้ำขุ่นลายเพื่อคำนวณค่าดัชนีและลดจำนวนยุงพาหะนำโรค

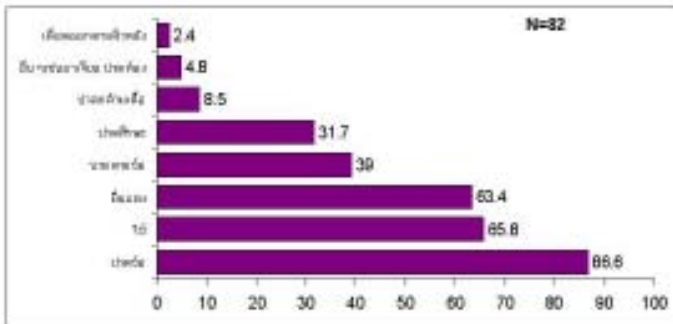
ผลการศึกษา

จากการสอบสวนพบผู้ป่วยสงสัยโรคชิกุนกุนยา ในสถานพยาบาล จำนวน ๑๘ ราย ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๑ ถึง ๗ ตุลาคม ๒๕๕๑ และพบผู้ป่วยจากการค้นหา (Active case finding) ในพื้นที่เพิ่มอีก ๖๔ ราย ส่วนใหญ่เริ่มต้นป่วยเป็นไข้และต่อมามีผื่นเป็นจุดและนูนแดงขึ้นตามร่างกายรวมถึงมือและเท้ารวมด้วย (รูปที่ ๑) และตามด้วยอาการปวดข้อทั้งข้อเล็กและข้อใหญ่ ซึ่งบางรายมีอาการรุนแรงจนเดินหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ ๒, ๓, ๔ และ ๘ และมีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ ๕๔ ปี (ช่วง ๘-๘๑ ปี) เป็นเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีเพียง ๒ ราย อัตราส่วนเพศ



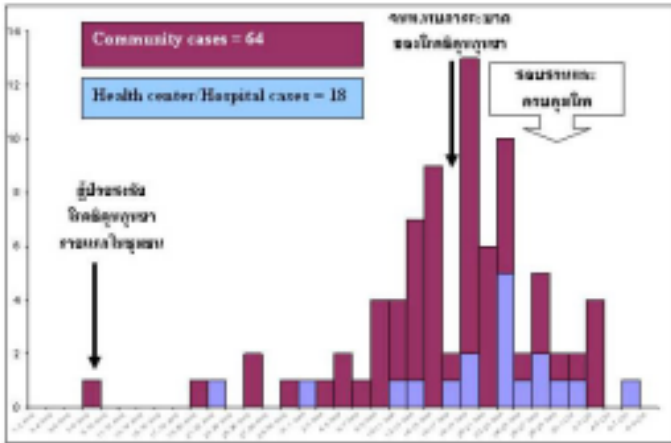


รูปที่ ๑. ลักษณะผื่นและข้อบวมในผู้ป่วยติดเชื้อกุนยา ต.ละหาร อ.ยี่งอ จ.นราธิวาส วันที่ ๑ สิงหาคม - ๗ ตุลาคม ๒๕๕๐



รูปที่ ๒. อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อกุนยา ต.ละหาร อ.ยี่งอ จ.นราธิวาส วันที่ ๑ สิงหาคม - ๗ สิงหาคม ๒๕๕๐





รูปที่ ๓. จำนวนผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อในต.ละหาร อ.ยี่งอ จ.นครราชสีมา วันที่ ๑ สิงหาคม - ๗ สิงหาคม ๒๕๕๑ (จำนวน = ๘๒)

ชายต่อหญิง เท่ากับ ๑:๒ (ประชากรตามทะเบียนราษฎรเป็นเพศชาย ร้อยละ ๔๕.๒) พบผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อรายแรก วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๑ เป็นผู้ป่วยชายอายุ ๘๑ ปี อาศัยอยู่หมู่ที่ ๘ ตำบลละหาร อำเภอยี่งอ จังหวัดนครราชสีมา ไม่มีประวัติเดินทางออกนอกพื้นที่ อาการของผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดข้อ ร้อยละ ๘๗ รองลงมาได้แก่ ไข้ ออกผื่น และบวมตามข้อ เท่ากับ ร้อยละ ๖๖, ๖๓ และ ๓๕ ตามลำดับ (รูปที่ ๒)

จากรูปที่ ๓ Epidemic curve แสดงลักษณะการกระจายของผู้ป่วยที่พบประปรายในระยะแรก ๑ เดือนแรก และต่อมาพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มใหญ่จำนวนมากขึ้นในระยะกลางเดือน



กันยายน ๒๕๕๑ และลดน้อยลงในระยะครึ่งเดือนหลัง นอกจากนี้ในตำบลละหารยังพบผู้ป่วยสงสัยโรคฉี่หนูกันจนเป็นที่น่าทึ่งหรือประจําการอยู่ในวัดที่หมู่ ๘ ตำบลละหาร อำเภอเชียงจําานวน ๗ ราย และขณะนี้ได้กลับไปประจําเหล่าในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ได้แก่ ชลบุรี (อ.สัตหีบ) ตราด (อ.คลองใหญ่) จันทบุรี (อ.โป่งน้ําร้อน) และปัตตานี ซึ่งต่อมาได้รับรายงานการระบาดของโรคฉี่หนูในพื้นที่ใกล้เคียงอื่น ได้แก่ อำเภอเวียงจันทน์นครราชสีมา จําานวน ๒๐ ราย อำเภอเกาะไอร่อง จังหวัดนครราชสีมา จําานวน ๘ ราย และอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี จําานวน ๑๘ ราย ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้รับการแจ้งเตือนเพื่อเฝ้าระวังโรคและดำเนินการควบคุมยุงลายพาหะนำโรคทันทีที่พบผู้ป่วยในชุมชน

นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case Definition for Surveillance)

๑. เกณฑ์การเฝ้าระวัง (Criteria)

๑.๑ เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) มีไขสูงร่วมกับอาการอย่างน้อยสองอาการ ดังนี้

- ปวดขอ/ขอวม/ขออักเสบ
- มีผื่น
- ปวดกล้ามเนื้อ
- ปวดศีรษะ
- ปวดกระบอกตา



๑.๒ เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)

- ทั่วไป

○ Complete Blood Count (CBC)

- มีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ
- เกร็ดเลือดปกติ

- จำเพาะ

■ ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในน้ำเหลืองคู่ (paired serum) ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) > ๔ เท่า หรือ ถ้าน้ำเหลืองเดี่ยวนั้น (single serum) ต้องพบแอนติบอดี > ๑:๒,๕๖๐ หรือ

■ ตรวจพบแอนติบอดีชนิด IgM ต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (≥ ๔๐ units) โดยวิธี ELISA หรือ

■ ตรวจพบไวรัสจีโนมของไวรัสชิคุนกุนยาได้จากเลือด โดยวิธี PCR หรือ

■ แยกเชื้อพบไวรัสชิคุนกุนยาได้จากเลือด (Viral Isolation)

๒. ประเภทผู้ป่วย (Case Classification)

๒.๑ ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

๒.๒ ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้



- มีผลการตรวจเลือดทั่วไป
- มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

๒.๓ ผู้ป่วยที่ยืนยันผล (Confirmed case)
หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

๓. การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค ร.๕๐๖ (Reporting Criteria)

ให้รายงานผู้ป่วยตั้งแต่สงสัย (Suspected case) โดยรายงานเป็นโรคในลำดับที่ ๘๔ ของรายการโรคในบัตรรายงาน ๕๐๖ รวมทั้งรายงานผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชน

๔. การสอบสวนโรค (Epidemiological Investigation)

๔.๑ สอบสวนเฉพาะราย (Individual Case Investigation) เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค Chikungunya ให้สอบสวนโรค ยืนยันการวินิจฉัย ค้นหาแหล่งติดต่อและควบคุมโรค

๔.๒ สอบสวนการระบาด (Outbreak Investigation) เมื่อมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามโรค Chikungunya โดยเกิดโรคเป็นกลุ่ม (cluster) ให้สอบสวนโรค ยืนยันการวินิจฉัย/การระบาด หาสาเหตุและระบาดวิทยาของการระบาดและควบคุมโรค



สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๒

ตั้งแต่วันที่ ๑-๒๗ มกราคม ๒๕๕๒ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา จำนวน ๑,๖๖๑ ราย จากจังหวัดนครราชสีมา ๕๐๔ ราย สงขลา ๕๕๗ ราย ปัตตานี ๑๓๑ ราย ยะลา ๖๘ ราย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และไม่มีรายงานการพบผู้ป่วยในจังหวัดอื่นๆ

ลักษณะการกระจายของโรคและแนวโน้มการเกิดโรค พ.ศ. ๒๕๕๒

จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วย ๖๐๔ ราย ใน ๑๑ อำเภอ จาก ๑๓ อำเภอ สถานการณ์ยังคงมีการระบาดต่อเนื่องเกือบทุกอำเภอ โดยเฉพาะที่อำเภอเชิงก่อ บาเจาะ และรือเสาะ

จังหวัดสงขลา พบผู้ป่วยจำนวน ๕๕๗ ราย ใน ๕ อำเภอ จาก ๑๖ อำเภอ ยังมีการระบาดต่อเนื่องในอำเภอสะบ้าย้อย เทพา และหาดใหญ่

จังหวัดปัตตานี พบผู้ป่วยจำนวน ๑๓๑ ราย ใน ๓ อำเภอ จาก ๑๒ อำเภอ ยังคงมีรายงานการระบาดต่อเนื่องในอำเภอสายบุรี ทุ่งยางแดง และมายอ

จังหวัดยะลา มีผู้ป่วย ๖๘ ราย ใน ๖ อำเภอ จาก ๘ อำเภอ มีการระบาดเพิ่มขึ้นที่อำเภอเมืองยะลา บันนังสตา กรงปินัง ยะหา รามัน และกาบัง



สถานการณ์โรคชุกุนกุนยา

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒

ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ สำนักระบาดวิทยาได้ รั้บรายงานผู้ป่วยโรคชุกุนกุนยา (Chikungunya Fever) จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.๕๐๖) รวม ๗,๒๗๒ ราย กระจายในทุกกลุ่มอายุ อายุเฉลี่ย ๓๗ ปี (ต่ำสุด ๒ เดือน และสูงสุด ๑๐๓ ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม ๓๕-๔๔ ปี ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบมีการกระจายใน ๑๐ จังหวัด ดังนี้

จังหวัด	จำนวน	การกระจายของโรค
นราธิวาส	๓,๑๔๖ ราย	กระจายทุกอำเภอ
สงขลา	๒,๗๐๕ ราย	กระจายใน ๘ อำเภอ จากทั้งหมด ๑๖ อำเภอ
ปัตตานี	๑,๑๗๕ ราย	กระจายใน ๕ อำเภอ จากทั้งหมด ๑๒ อำเภอ
ยะลา	๒๓๑ ราย	กระจายใน ๖ อำเภอ จากทั้งหมด ๘ อำเภอ
กรุงเทพมหานคร	๒ ราย	เขตบางคอแหลม และเขตบางรัก
นนทบุรี	๑ ราย	ที่อำเภอปากเกร็ด
สมุทรปราการ	๑ ราย	ที่อำเภอเมือง เป็นนักศึกษาที่กลับบ้านที่ จ.นราธิวาส ในช่วงก่อนป่วยประมาณ ๑ สัปดาห์
ศรีสะเกษ	๑ ราย	ที่อำเภอเมือง เป็นทหารที่เคยไปปฏิบัติราชการที่จ.นราธิวาส
กระบี่	๑ ราย	ที่อำเภอเมือง เป็นทหารที่เคยไปปฏิบัติราชการที่จ.นราธิวาส
ตรัง	๑ ราย	ที่อำเภอวังวิเศษ ไปทำสวนยางที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา



ในระหว่างวันที่ ๒๑-๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ได้รับแจ้ง ๒ เหตุการณ์ ดังนี้

จังหวัดตรัง ได้รับแจ้งผู้ป่วยสงสัยไข้ฉี่หนู จำนวน ๑ ราย จากจังหวัดตรัง เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ ๓๑ ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอวังวิเศษ ประกอบอาชีพทำสวนยางอยู่ที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา เริ่มป่วยวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว บวมตามข้อ ปวดกระบอกตา มีผื่นแดงขึ้นตามตัว จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังวิเศษ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ วินิจฉัยสงสัยโรคไข้ฉี่หนู ได้เก็บตัวอย่างซีรัมคู่เพื่อตรวจแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อไวรัสฉี่หนูที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ฉี่หนู จำนวน ๒ ราย เป็นแม่ลูกกัน อาศัยอยู่ที่อำเภอท่าศาลา รายแรกเป็นหญิง อายุ ๒๕ ปี รายที่สองเป็นเด็กชาย อายุ ๑ ปี ทั้งสองรายเริ่มป่วยวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ และรับการรักษาในวันเดียวกันที่โรงพยาบาลเอกชน ทีม SRRT ได้ดำเนินการสอบสวนโรค และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน พบอีก ๔ ราย ที่อาศัยอยู่ละแวกบ้านเดียวกัน

จากการสอบสวนโรคเบื้องต้นพบว่าสามีของผู้ป่วยรายแรกทำงานรับราชการครูที่จังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีอาการป่วยเป็นโรคไข้ฉี่หนู รับการรักษาที่โรงพยาบาลตากใบ



และได้เดินทางกลับมาที่บ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงวันที่ ๖-๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ คาดว่าน่าจะเป็นผู้ที่นำเชื้อมาแพร่สู่ชุมชน รายล่าสุดเป็นเด็กหญิงอายุ ๘ ปี เริ่มป่วยวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ อาศัยอยู่หมู่บ้านเดียวกัน ผู้ป่วยทุกรายได้เก็บตัวอย่างซีรัมส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

สถานการณ์โรคไข้ชิคุนกุนยา

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๒

๑. สถานการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑

ตั้งแต่ วันที่ ๓ สิงหาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๑ สำนักงานวิทยากรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้ชิคุนกุนยา รวมทั้งสิ้น ๒,๒๓๓ ราย โดยผู้ป่วยรายแรกๆ ของจังหวัดภาคใต้เป็นผู้ป่วยที่เดินทางไปมาระหว่างประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย

๒. สถานการณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒

ตั้งแต่วันที่ ๑๕ - ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๒ สำนักงานวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยไข้ชิคุนกุนยา เพิ่มขึ้นจำนวน ๔๒๖ ราย รวมเป็นจำนวนสะสมตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๕๒ รวม ๑๐,๕๘๖ ราย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบมีการกระจายใน ๑๐ จังหวัด ดังตารางที่ ๑



อำเภอที่มีวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายสุดท้ายในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน ๒๗ อำเภอ ดังนี้

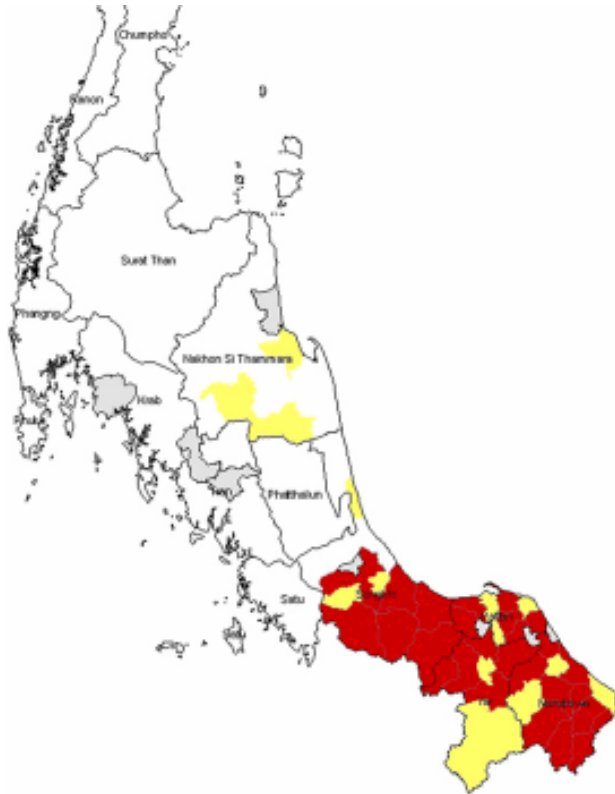
สงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ (๒๕) อำเภอเทพา (๔) อำเภอนาทวี (๑) อำเภอสะเดา (๓) อำเภอสะบ้าย้อย (๔๕) อำเภอหาดใหญ่ (๘)





ยะลา ได้แก่ อำเภอรามัน (๗) อำเภอกาบัง (๓) อำเภอบันนังสตา (๓) อำเภอเมืองยะลา (๓) อำเภอยะหา (๓)

ปัตตานี ได้แก่ อำเภอสายบุรี (๒๑) อำเภอมายอ (๑๕) อำเภอทุ่งยางแดง (๑๔) อำเภอยะหริ่ง (๓) อำเภอโคกโพธิ์ (๑) อำเภอหนองจิก (๑)

นราธิวาส ได้แก่ อำเภอสุคีริน (๗๗) อำเภอระแงะ (๗๓) อำเภอบาเจาะ (๕๕) อำเภอสุไหงปาดี (๓๕) อำเภอรีโอเสา (๒๕) อำเภอเมืองนราธิวาส (๒๖) อำเภอสุไหงโก-ลก (๑๑) อำเภอเจาะไอร้อง (๔) อำเภอแว้ง (๓) อำเภอจะนะ (๑)





-  อำเภอที่มีวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายสุดท้ายในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา
-  อำเภอที่มีวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายสุดท้ายในช่วงมากกว่า ๒ แต่ไม่เกิน ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา
-  อำเภอที่มีวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายสุดท้ายเกิน ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา
-  อำเภอที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยในปี ๒๕๕๒

การกระจายของผู้ป่วยโรคไข้ชิคุนกุนยา รายอำเภอ ประเทศไทย
ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๒



สถานการณ์โรคไข้ฉี่หนู

ข้อมูล ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๒

๑. สถานการณ์เฝ้าระวัง

ผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๒ สำนักโรคติดต่อ ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้ฉี่หนู จำนวน ๓๐,๕๕๖ ใน ๔๔ จังหวัด ไม่พบผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดที่จังหวัดนครราชสีมา อัตราป่วย ๑๐๖๔.๕๕ ต่อประชากรแสนคน (๗,๖๖๔ ราย) รองลงมา คือ สงขลา ๗๐๓.๕๗ (๕,๓๕๘ ราย), ปัตตานี ๖๓๕.๗๑ (๔,๑๐๘ ราย), ยะลา ๕๓๔.๑๔ (๒,๕๔๐ ราย) และภูเก็ต ๕๑๘.๖๔ (๑,๖๕๖ ราย) เมื่อพิจารณาโดยรวมจังหวัดนครราชสีมา สงขลา ปัตตานี และยะลา

สถานการณ์การเกิดโรคมึนแวนโนลดลง (ตารางที่ ๒)



ตารางที่ ๒. จำนวน (ผู้บวมสะสม) และอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรคไข้จิตุนกนยา ราชอาณาจักร และจังหวัด จำแนกรายเดือน พ.ศ. ๒๕๕๒
(๑ มกราคม - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๒)

ภาค	จังหวัด	รวม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน	อัตราป่วย/ ประชากร
ภาค ภาคใต้	รวม	๓๐๕๕๖	๕๓๔๕	๕๕๕๖๐	๒๓๕๕	๕๓๕๑๑	๓๖๕๓๓	๓๖๓๕๕	๔๕๕,๒๖๖
	สงขลา	๕๓๕๕๕	๖๖๖๖	๖๓๕๕๐	๕๕๖๖	๖๕๕๕๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๕๕๖
	นราธิวาส	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖,๕๕๕
	ปัตตานี	๕๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๕๖๖๖๕	๕๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖๖๕	๖๖๖,๖๖๖
	ยะลา	๖๖๕๕๖	๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	พัทลุง	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	ภูเก็ต	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	ตรัง	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	นครศรีธรรมราช	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	ชุมพร	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	สุราษฎร์ธานี	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	สตูล	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
	พังงา	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖
กระบี่	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖	
ระนอง	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖๖๖	๖๖๖,๖๖๖	



ตารางที่ ๒. จันวน (บรบบยสะสม) และอัครบรบบยตอบระชากรแสมคนโรลขบฏนญา รบภคและจ้งหวถจันภกรยเคอจัน พ.ศ. ๒๕๕๒
(๑ มกราคม – ๒๓ มถุนายน ๒๕๕๒) (๓๑)

ภค	จ้งหวถ	รบ	มกรภค	ภคภบ้น	มบคค	เมยช	พภคภค	มถุนายน	อัครบรบบย/ ประชากร
ภคตะวันออกคองเหนือ									
	อุมรภคภค	๔๓	๐	๑	๐	๘	๓๓	๑	๒,๓๘
	อ้านภคจรวฏ	๑๒	๐	๐	๒	๒	๗	๑	๓,๒๕
	คย	๓	๐	๐	๐	๐	๓	๐	๐,๔๕
	ภคคคค	๒	๐	๐	๐	๐	๒	๐	๐,๒๐
	อุมรภค	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๐,๐๗
	มคคคค	๑	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐,๓๐
	รยเคอ	๑	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐,๐๘
	ครคคค	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐,๐๗
	พชรภค	๖๘	๐	๐	๑	๖	๒๘	๓๓	๖,๘๓
	คยภค	๗	๐	๐	๐	๑	๖	๐	๐,๕๗
	พชค	๖	๐	๐	๐	๐	๓	๓	๑,๒๓
	คคค	๓๘	๐	๐	๐	๐	๕	๒๘	๔,๕๕
	คค	๓	๐	๐	๐	๐	๒	๑	๐,๑๘
	คค	๓	๐	๐	๐	๒	๐	๑	๐,๕๖
	เมคคคค	๑	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐,๔๐
	อุมรคค	๑	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐,๒๒



โรคชุกุนยา คือ โรคอะไร

คำว่า “ชุกุนยา” (chikungunya) เป็นภาษาของชาวแอฟริกาเผ่าหนึ่ง คือ ภาษามากอนเด (Makonde) แปลว่า “ซึ่งโค้งงอ” คำนี้ใช้เป็นชื่อโรคติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ติดต่อแพร่กระจายโดยมียุงเป็นพาหะนำโรค เป็นไวรัสในจีแนสอัลฟาไวรัส (Alphavirus) อยู่ในสกุลโทกาวิริเดอี (Togaviridae)...

ไวรัสเป็นสมาชิกของไวรัสสกุล โทกาวิริเดอี จีแนสอัลฟาไวรัส

Family: *Togaviridae*

Genus *Alphavirus*;

Type species:

Sindbis virus,

Eastern equine encephalitis virus,

Western equine encephalitis virus,

Venezuelan equine encephalitis virus,

Ross River virus,

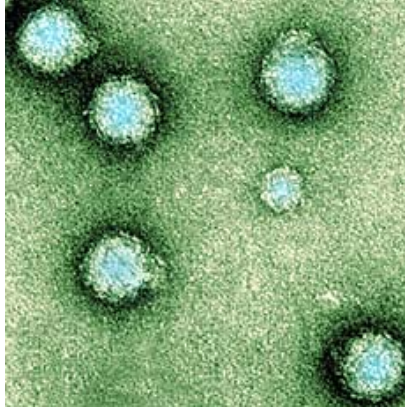
O'nyong'nyong virus

Genus *Rubivirus*;

Type species: *Rubella virus*

โรคระบาดเป็นครั้งแรกที่ทุ่งราบมากอนเด (Makonde) ซึ่งอยู่ที่ชายแดนประเทศโมซามบิก ติดต่อกับแทนซาเนีย





ภาพจุลทรรศน์อิเล็กตรอนของไวรัสชิคุนกุนยา

ผู้ที่รายงานโรคนี้เป็นครั้งแรกคือ มาเรียน โรบินสัน (Marion Robinsn) และ ดับเบิลยู ลูมสเดน (W Lumsden) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๘

เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดใดก็ตามที่มีแมลงเป็นพาหะแต่ก่อนเรียกชื่อ ง่าย ๆ ว่า “อาร์โบไวรัส” ไวรัสชิคุนกุนยาจึงถือว่าเป็นสมาชิกอยู่ในกลุ่มอาร์โบไวรัส (Arbovirus) เช่นกัน คำดังกล่าวก็เป็นคำย่อ โดยย่อมาจากคำว่า “Arthropod-borne virus” (Arthropod แปลว่า แมลง และ borne แปลว่า เกิดจาก) ซึ่งก็ยังไม่ถูกต้องตามหลักการจำแนกชื่อไวรัสในทางวิทยาศาสตร์โดยตรง แต่เป็นความนิยมเรียกเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายๆ เท่านั้นเอง





แผนที่โมซัมบิก

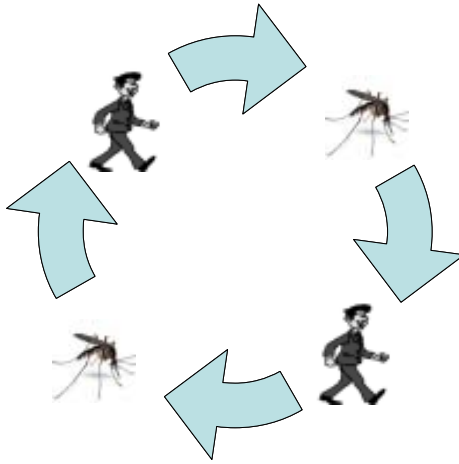


คนไทยชาวใต้ของเราที่มีประสบการณ์การระบาดของโรคที่จังหวัดนราธิวาสเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่ผ่านมามีไฉนชื่อมีสำเนียงกระเดียดไปทางสำเนียงภาษาญี่ปุ่นเลยเรียกชื่อโรคว่า “ไขปวดข้อญี่ปุ่น” บางท่านที่มีอาการคันรี้นเครงหน้อยก็เลยแบ่งเพศโรคไปตวยว่า ถ้าผู้ชายเป็นโรค ให้เรียกว่าโรค “ชิคุนกุนปุ่น” ถ้าผู้หญิงเป็นโรค จึงจะเรียกว่า “ชิคุนกุนยา” ใต้

โรคติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยามีอาการและอาการแสดงคล้ายโรคติดเชื้อไวรัสเด็งกี (dengue virus - เหตุของโรคไข้เลือดออก) กล่าวคือมี ไข้ มีผื่น แต่มีที่แตกต่างจากโรคติดเชื้อเด็งกี คือในกรณีไข้เด็งกี อาจมีการรั้วซึมของพลาสมาหรือน้ำเลือดออกจากหลอดเลือด เข้าไปอยู่ในช่องต่างๆของร่างกายเช่น ช่องท้อง ช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ขาดของเหลวในกระแสไหลเวียน จึงนำไปสู่ภาวะ “ช็อค” ในภาวะติดเชื้อชิคุนกุนยาไม่มีภาวะดังกล่าว แต่จะมีอาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ขอบวมตวย อาการปวดข้อ จะปวดได้นานเป็นสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือน หรือในบางรายอาจปวดอยู่ได้นานเป็นปีก็มี อาการปวดข้อไม่พบในกรณีติดเชื้อเด็งกี

ไวรัสชิคุนกุนยา นับว่าเป็นไวรัสประจำถิ่นของประเทศในเขตร้อน คือในแอฟริกาและเอเชีย แพร่เชื้อไปสู่มนุษย์ โดยถูกยุงที่มีเชื้อกัด ยุงดังกล่าวเป็นยุงในจีนัส อีดีส (Aedes) โรคคงอยู่ในธรรมชาติโดยอาศัย วงจร “ยุง-มนุษย์-ยุง” หมุนวนกันอยู่เช่นนี้เป็นวงจรการระบาดในเมือง (urban cycle)





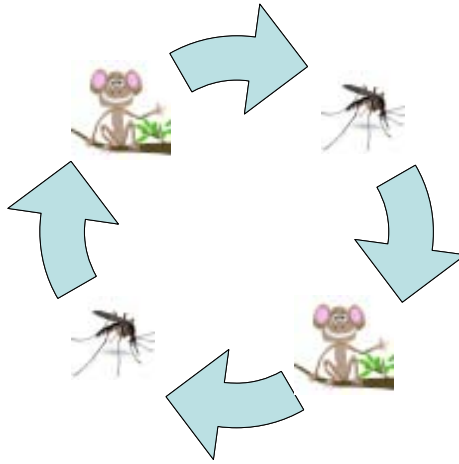
แผนภูมิวงจร คน-ยุง-คน

อาจมีสัตว์ป่าเข้ามาอยู่ในวงจรนี้ได้เหมือนกัน พาหะรังโรคในธรรมชาติ คือลิง เป็นวงจรการระบาดในป่า (sylvatic cycle) สัตว์บ้านและสัตว์ป่าชนิดอื่นๆ อาจเป็นแหล่งรังโรคด้วยก็ได้ เป็นวงจร “ยุง-ลิง (สัตว์ป่า)-ยุง”

วิธีการติดต่อโรค

การเกิดภาวะติดเชื้อ และการเกิดโรค เกิดในสัตว์โดยถูกยุงที่มีเชื้อไวรัสกัด สัตว์นั้นได้รับเชื้อจึงกลายเป็นแหล่งรังโรค ยุงก็จะปล่อยเชื้อไวรัสซิกนุงนุญาเข้าไป แล้วนำไปแพร่พันธุ์ ขยายพันธุ์ต่อไป เมื่อสัตว์ที่มีเชื้อไปกัดคนหรือสัตว์ก็จะให้เกิดการติดเชื้อและอาจเป็นโรคได้





แผนภูมิวงจร ยุง-ลิง (สัตว์ป่า) - ยุง

ยุงลายที่นำโรคได้ นำได้ทั้งยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) แต่เดิมเชื่อกันว่า เฉพาะยุงลายบ้านเท่านั้นที่นำโรค การระบาดที่เกาะริยูเนียนทำให้พบว่า ยุงลายสวนก็นำโรคได้ ในปัจจุบันเชื่อกันว่า ในบางครั้งยุงรำคาญ (culicine mosquito) ก็อาจนำเชื้อนี้ได้

เมื่อยุงกัดคนหรือกัดสัตว์ที่มีเชื้อเข้าไป เชื้ออยู่ในต่อมน้ำลายยุง ระยะเวลาสั้นๆ เพียง ๒-๔ ชั่วโมง ไวรัสก็จะทวีเพิ่มจำนวนให้มีปริมาณที่มากพอ ที่จะแพร่กระจายต่อไป ก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อและเป็นโรค โรคจึงแพร่กระจายไปได้เร็วและแพร่ไปไกลๆได้



ภายหลังภาวะติดเชื้อแล้ว ในคนปกติ ไม่ว่าจะมีอาการ หรือไม่มีอาการของโรคก็ตาม บุคคลนั้นจะมีภูมิคุ้มกันโรค ไปตลอดชีวิต

ระยะฟักตัวของโรค

โดยทั่วไป ระยะฟักตัวของโรค ๒-๔ วัน อาจสั้นได้เพียง ๑ วัน หรือยาวนานถึง ๑๒ วันก็ได้

ลักษณะอาการของโรค

อาการจำเพาะของโรค

ไ้แดง ไข้ ออกผื่นตามตัวและปวดข้อ

ไข้ มีไข้เฉียบพลัน ไข้สูงปุดบับ อาจสูงได้ถึง ๔๐ องศาเซลเซียส อาการ ไข้จะคงอยู่ ๒-๓ วัน แล้วไข้จะลงเอง

ผื่น มีผื่นแดงๆ ปรากฏขึ้นตามลำตัว ตามแขนขา ลักษณะของผื่นจะเป็นผื่นเล็กๆ สีชมพูหรือแดง นูนจากผิวหนัง เล็กนอย (maculopapular rash) ลูบที่ผื่นผิวหนังจะสัมผัสได้

ปวดข้อ หลังจากเป็นไข้และมีผื่นขึ้นแล้ว จะมีอาการ ขอบวมแดง ข้ออักเสบ ปวดข้อ เป็นพรอมๆกันหลายข้อ ทั้ง ข้อใหญ่ และข้อเล็ก มักเริ่มที่ข้อเล็กก่อน **อาการปวดข้อจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตัวงอ** เพราะข้อกระดูกไขสันหลังก็พลอย อักเสบ การนอนตัวงอจะเป็นท่าที่ปวดน้อย นอนได้สบาย กว่าทำอื่น อันเป็นที่มาของชื่อโรค บางรายปวดจนเดินไม่ได้ ต้องนอนแช่ก็มีอาการขอบวม ปวดข้อนี้อาจเป็นอยู่เพียง ๔-๕





ยุงลายสวน



ยุงลายบ้าน



ยุงรำคาญ



วัน ในแอฟริกาอาการปวดข้อจะคงอยู่เป็นเดือนหรืออาจนานเป็นปีก็มี

อาการที่ไม่จำเพาะต่างๆ ได้แก่

ปวดศีรษะอาจปวดมาก

ตาแดง ปวดเข่าตา จะพบว่าเริ่มมีตาแดง ตามมาจากอาการกลัวแสงแดด จึงทำให้ไม่สู้แสงสว่าง ตาหิย บางรายมีอาการปวดเข่าตาด้วย

นอนไม่หลับ ในบางรายก็มีอาการเพียงเล็กน้อย บางรายก็นอนไม่หลับเอาเสียเลย อาการปวดข้อ อาจทำให้อาการนอนไม่หลับนี้รุนแรงมากขึ้นและมักจะเป็นอยู่ประมาณ ๕-๗ วัน

อ่อนเพลียอย่างมากมักเริ่มมีอาการดังกล่าวตั้งแต่เริ่มมีไข้สูง มักจะเป็นอยู่ ๕-๗ วัน

การติดต่อจากมรดาสู่ทารก

มีรายงานการติดเชื้อจากมรดาสู่ทารกที่เกาะริยูเนียน และในปี ๒๕๕๑ ก็มีรายงานเช่นนี้ที่การระบาดของโรคที่จังหวัดตรัง ทารกที่คลอดจากกรณีนี้ต้องรักษาในคูอบ ทารกหายใจเองได้ไม่ดี และไม่คูดนม กรณีเช่นนี้คงจะมีรายงานอีกเป็นจำนวนมากขึ้นตามลำดับ สำหรับอัตราความชุกในการเกิดการแพร่โรคจากมรดาสู่ทารก คงจะได้มีการวิเคราะห์ในรายละเอียดต่อไป



การระบาด ที่สำคัญในโลก

๒๕๔๘

เกาะริยูเนียน ของฝรั่งเศส

ผู้ป่วยรายแรกที่รายงานบนเกาะริยูเนียน ดินแดนในความปกครองของฝรั่งเศสในมหาสมุทรอินเดีย คือเมื่อปลายเดือนเมษายน ๒๕๔๘ การสอบสวนและเฝ้าระวังโรคที่รายงานอีก ๑ ปี ต่อมา คือเมื่อเดือน เมษายน ๒๕๔๙ ปรากฏว่า



เกาะริยูเนียน ดินแดนในความปกครองของฝรั่งเศสในมหาสมุทรอินเดีย



มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกุนกุนยาประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ ราย โดยคิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ ๓๕ ของประชากร (ประชากรของเกาะประมาณ ๗๗๗,๐๐๐ คน) ในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากอยู่ ๑๒๗ รายและมีผู้เสียชีวิต ๒๐๓ ราย และมีการถ่ายทอดโรคจากมารดาสู่ทารกด้วยอยู่ถึง ๔๑ ราย

ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๘ เป็นต้นมา มีรายงานว่า มีไข้ซิกุนกุนยา แพร่ระบาดอยู่ที่เกาะอื่น ๆ มาก่อน คือเกาะโคโมโรส และเกาะมาโยตต์ โรคระบาดต่อไปบนทั้งสองเกาะจนถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๘

ในเดือนเมษายน ก็มีรายงานโรคที่มอริเชียส

ที่เกาะมอริเชียส ชาวเกาะป่วยเป็นโรค ๓,๐๐๐ คน ในปีพ.ศ. ๒๕๔๘ และยังมีผู้ป่วยไม่ทราบจำนวนอีกที่เกาะมาดากาสการ์ โคมโรส มาโยตต์ และเซเชลล์

โรคระบาดถึงเกาะมัลดีฟส์เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยบนเกาะ ๑๑,๐๐๐ คน หรือประมาณร้อยละ ๔.๕ ของประชากรบนเกาะ

การระบาดในประเทศอินเดีย-ศรีลังกา

โรคแพร่เข้าสู่ประเทศอินเดีย เริ่มจากเมืองนานดूरबार Nandurbar รัฐมหารัษฏะ (Maharashtra) มีรายงานว่า สามเดือนหลังภาวะติดเชื้อ ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังมีอาการปวดข้อ



ในตอนเช้า ท้องอืด มีไข้กลับ ขอบวม มีผู้สูงอายุวัยเกิน ๖๐ ถึงแก่กรรมจากภาวะแทรกซ้อนของไข้ฉี่หนู

ในเดือนตุลาคม ๒๕๔๘ ก็มีรายงานการระบาดของในประเศศรีลังกา มีผู้ป่วยจำนวนรวมประมาณ ๓๘,๐๐๐ คน

๒๕๔๘

พ.ศ. ๒๕๔๘ มีการระบาดใหญ่ในรัฐอันดราประเทศ (Andhra Pradesh) ประเทศอินเดีย รายแรกๆมีรายงานจากไฮเดอราบาด (Hyderabad) และเซกันเดอราบาด (Secunderabad) รวมถึงอนันทปุระ (Anantpura) ด้วย โดยมีรายงานมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม ๒๕๔๘ ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงและโรคระบาดต่อไปในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ในนครไฮเดอราบาดแห่งเดียวแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่ละท่านได้ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคนี้ไม่น้อยกว่าท่านละ ๑๐-๒๐ คนต่อวัน ในภาพรวมทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ในแต่ละวันจะมีผู้ไปขอรับการตรวจรักษาไม่น้อยกว่า ๕,๐๐๐ คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคแต่คงเนื่องจากการใช้แอนติไบโอติกและยาดานการอีกเสบที่ไม่ถูกต้อง สาเหตุใหญ่ของการตายคือการขาดสารน้ำอย่างรุนแรง (severe dehydration) การเสียดุลย์อิเล็กโทรลัยท์ (electrolyte imbalance) ด้วย และขาดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (glycemic control) ผู้ป่วยจะหายเองได้โดยสมบูรณ์ แต่ในบางรายที่ฟื้นโรค (๑% - ๕%) จะยังมีอาการปวดข้อขบวม



เรื้อรังต่อไปอีกนาน เนื่องจากไวรัสนี้ทำให้เกร็ดเลือดต่ำได้ การให้ยาแก้ปวดขออาจจะคายเคืองกักเชื้อบรูเซลเลออะอาหาร จึงอาจทำให้มีแผลในกระเพาะ และทำให้ตกเลือดอย่างรุนแรงได้ นอกจากนี้ ยังมีการใช้สเตียรอยด์อย่างมากด้วย เป็นการทั่วไป เพื่อลดอาการปวดข้อยิ่งก่อภาวะไม่พึงประสงค์ อีกหลายประการตามมา ตัวเลขจำนวนผู้ป่วยที่แท้จริงอาจสูงกว่านี้

ในเดือน ธันวาคม ๒๕๔๘ ในรัฐทางภาคใต้ คือรัฐคาร์ตนากา (Kartanaka) มีผู้ป่วยจากหลายเมืองคือ กุลบาร์กา (Gulbarga) ทัมกูระ (Tumkur) พินาร์ (Bihar) และอีก ๔-๕ หัวเมือง มีรายงานผู้ป่วยรวมไม่ต่ำกว่า ๘๐,๐๐๐ ราย ในนครบังกาลอร์ เมืองหลวงของรัฐ ถึงเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๘ ก็ยังมีการระบาดของโรคอยู่ถึงเดือนมิถุนายน การระบาดก็ยังคงมีรายงานอยู่ตามชานนครบังกาลอร์ เมื่อถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยในรัฐนี้มากกว่า ๓๐๐,๐๐๐ ราย

ในรัฐมหารัษฏะทีนครมาเลโกน (Malegoan) มีการระบาดในสองสัปดาห์ต้นเดือนมีนาคม ๒๕๔๘ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานไม่ต่ำกว่า ๒,๐๐๐ ราย

ในรัฐโอริสสา (Orissa) ในช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๔๘ มีรายงานผู้ป่วยที่เป็นไข ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อและปวดศีรษะไม่ต่ำกว่า ๕๐,๐๐๐ ราย



การระบาดของลัศดุของปี มีรายงานจากทามิลนาดู (Tamilnadu) มีผู้ป่วยรวมประมาณ ๒๐,๐๐๐ ราย ในนครเชนไน (Chennai) นครหลวงของรัฐ โดยเริ่มมีรายงานว่าผู้ป่วยไปขอรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลในนครในเดือนมิถุนายน ๒๕๔๕ ถึงเดือนกรกฎาคม มีรายงานผู้ป่วยจากเมืองซาเล็ม (Salem) มีผู้ป่วยรวม ๕๐,๐๐๐ ราย ถึงเดือนสิงหาคม ในเซ็นไน จำนวนผู้ป่วยก็พุ่งขึ้นสูงเป็น ๑๐๐,๐๐๐ คน

บนเกาะ ในทะเลอันดามัน ก็เริ่มมีผู้ป่วยในเดือน มิถุนายน ๒๕๔๕

หนังสือพิมพ์ เดอะ ฮินดู รายงานข่าวว่า มีรายงานโรคฉุนกุนยา ในรัฐ ทามิลนาดู คาร์ตาคา อันดระประเทศ มหารัษฏะ มัชยะประเทศ กุจาร์ท และเคราลา มีจำนวนผู้ป่วยประมาณ ๑.๑ ล้านคน จากข่าวของทางการรายงานว่า ไม่มีผู้เสียชีวิต

วันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๔๕ การระบาดของโรคแพร่ไปทางทิศตะวันตก ไประบาดที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของรัฐกุจาร์ท ซึ่งเพิ่งจะทุเลาจากน้ำท่วมขังหลังฝนตกหนัก โรคมีรายงานเช่นเดียวกันจากเมืองกัว (Goa) มีรายงานผู้ป่วยประมาณ ๕,๐๐๐ ราย

หลังจากมีฝนตกหนักในเดือนสิงหาคม จึงมีน้ำท่วมรัฐราชาสถาน ครั้นถึงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๕ มีรายงาน



โรคจากหลายเมืองในรัฐนี้ มีคนที่ล้มเจ็บรวมจำนวนหลายพันคน แต่สื่อของทางการไม่ได้ให้ความสนใจในเรื่องนี้แต่อย่างใด

โรคระบาดถึงกรุงนิวเดลี เมื่อวันที่ ๒๑ กันยายน ปีเดียวกัน

โรคไปถึงสหราชอาณาจักรเมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน โดยมีผู้คิดเชื่อนำไปจากอินเดีย

วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๕ มีผู้เสียชีวิตจากไข้ชุกชุมกุนยา ที่รัฐเกรลา ๖๑ คน มีประชาชนที่ป่วยและโรงพยาบาลของรัฐ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีจำนวน ๓,๐๐๐ คน ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งรับไว้ในโรงพยาบาลเอกชน

๑๕ ตุลาคม มีรายงานผู้ป่วยชุกชุมกุนยาจากเมือง เอตาวาห์ (Etawah) ในรัฐอุตระประเทศ

๑๖ ตุลาคมมีผู้ป่วยรายที่ได้รับการยืนยันจากเมือง คันปุระ รัฐอุตระประเทศ หลังจากนั้นโรคก็แพร่ระบาดขึ้นเหนือ

ในประเทศอินเดียการระบาดของโรคไข้ชุกชุมกุนยา ที่เริ่มในปีพ.ศ. ๒๕๔๘ และระบาดต่อไปถึงปี ๒๕๔๙ มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สงสัยว่าจะเป็นไข้ชุกชุมกุนยารวมจำนวน ประมาณ ๑.๔ ล้านคน เป็นการระบาดมีรายงานจาก ๑๓ รัฐ และครอบคลุมถึง ๒๑๐ อำเภอ



ระบาดบันทึกโลก ๓ > โรคชุกชุมกุนยา

ลำดับ	รัฐ	จำนวนเมือง	จำนวนผู้ป่วย เข้าข่ายสงสัย โรคชุกชุมกุนยา	จำนวนผู้ป่วย ยืนยัน
1	Andhra Pradesh	23	77533	248
2	Karnataka	27	760513	294
3	Maharashtra	31	263268	679
4	Tamil Nadu	35	64155	116
5	Madhya Pradesh	21	60098	70
6	Gujarat	25	72589	170
7	Kerala	8	65434	38
8	A&N Island	2	4469	0
9	GNCT of Delhi	12	356	32
10	Rajasthan	1	102	24
11	Pondicherry	1	542	9
12	Goa	2	260	2
จำนวนรวม		188	1369319	1682





แผนที่ประเทศไทย



๒๕๕๐

๑ กันยายน มีผู้ป่วยได้รับการชันสูตรยืนยันจากเมือง
ราเว็นนา ประเทศอิตาลี แพ้ออกไปสู่เมืองใกล้เคียงคือ
คาสติลลิโอน ดี เซอร์เวีย และ คาสติลลิโอน ดี ราเว็นนา มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย

๒๕๕๒

มีข่าวจากกรุงเบอร์ลินเมื่อวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๒
โดยแพทย์หญิง อินกา เป ตรูส เก ว่า มีชายผู้หนึ่ง อายุ ๒๑ ปี
เดินทางไปทัศนajari ในประเทศเวียดนาม ระหว่างวันที่ ๒๔
กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๕๒ และเดินทางต่อไป
ยังประเทศมาเลเซีย ตั้งแต่วันที่ ๕ มีนาคม และพำนักอยู่ใน
ประเทศนั้นจนถึงวันที่ ๑๒ มีนาคม ผู้ป่วยจึงเดินทางกลับ เริ่มมี
อาการป่วยวันที่ ๑๗ มีนาคม แพทย์หญิงอินกาให้ข่าวเพิ่ม
เติมว่า ผลการตรวจเลือดทางเซโรเชลล์ยืนยันได้ว่าเป็น
ไข้ซิกนุงุนยา จากสถานการณ์การระบาดของโรคในประเทศ
มาเลเซียอย่างต่อเนื่อง และการไม่มีรายงานโรคจากเวียดนาม
ในช่วงเวลาดังกล่าว ประกอบกับระยะเวลาฟักตัว เชื่อว่าน่าจะ
ติดจากประเทศหลังมากกว่า



การวินิจฉัย

อาจวินิจฉัยเบื้องต้นได้จากการที่มีผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการดังที่ได้อธิบายไว้แล้ว (ไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ออกจากตามผิวหนังและปวดข้อ) และเกิดขึ้นเป็นกลุ่ม ประกอบกับการที่มีข้อมูลของการระบาดในท้องถิ่น ยกเว้น การเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ก็จะสามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้ สำหรับการชันสูตรยืนยัน ต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

การวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการ

๑. การเพาะแยกเชื้อ นับว่าเป็นวิธีมาตรฐาน โดยเฉพาะเชื้อจากเลือดผู้ป่วย การเพาะเชื้อให้กระทำในห้องปฏิบัติการที่มีห้องชีวโมเลกุลระดับ ๓ เวลาเก็บตัวอย่างตรวจต้องเจาะเลือดในระยะเริ่มแรกของโรค (ในระยะหลังเชื้อจะน้อยทำให้อัตราการเพาะแยกเชื้อได้ต่ำ) กระบวนการในการแยกเชื้อจะกินเวลาจะใช้เวลาประมาณ ๑๐ วันเป็นอย่างน้อยจึงจะตอบผลได้ การเพาะแยกเชื้อ จะต้องเพาะบนเซลล์ที่เพาะเลี้ยงเอาไว้เป็นเซลล์เฉพาะ เช่น เซลล์ BHK-๒๑, Vero cells จะใช้เซลล์ที่หาได้ตามห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยาทั่วไปไม่ได้ เรื่องต่างๆ เหล่านี้นับว่าเป็นข้อจำกัดของการเพาะแยกเชื้อ



๒. การทดสอบโดยวิธีขยายห่วงลูกโซ่หาสารพันธุกรรมของไวรัส หรือที่เรียกว่า Reverse transcriptase polymerase reaction – RT- PCR และนิยมใช้วิธีการที่เรียกว่า nested PCR การทดสอบวิธีนี้จะได้ผลเร็ว ภายในวันเดียวก็รายงานผลได้

๓. การทดสอบปฏิกิริยาน้ำเหลือง จะต้องเก็บตัวอย่างเลือด ๒ ครั้ง ห่างกันประมาณสองสัปดาห์ ครั้งที่หนึ่งเจาะเลือดในระยะเริ่มแรกของโรค ครั้งที่ ๒ เจาะเลือดในระยะฟื้นฟูแล้วนำไปทดสอบเปรียบเทียบกันเพื่อดูความแตกต่างกันในระดับแอนติบอดี ซึ่งจะถือเอาว่าระดับแตกต่างกันอย่างน้อย ๔ เท่าเป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีการติดเชื้อสำหรับวิธีการทดสอบได้แก่

IgM antibody capture enzyme-linked immunoabsorbent assay (MAC ELISA)

Neutralization test (NT)

Hemagglutination test (HI)

โดยวิธีนี้ กว่าจะรอเก็บตัวอย่างได้ครบสองตัวอย่างก็กินเวลาประมาณ ๒ สัปดาห์ และต้องใช้เวลาในการทดสอบอีก กว่าจะรายงานผลได้ ก็ต้องใช้เวลามากกว่า ๑๔ วัน อาจจะกินเวลาประมาณ ๑๖-๑๗ วันจึงจะรายงานผลได้ในประเทศไทยสามารถส่งตรวจทดสอบยืนยันได้ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



และศูนย์ของกรมฯ ในเขตต่างๆ และที่สถาบันวิทยาศาสตร์
การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก และห้องปฏิบัติการ
ไวรัสวิทยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางแห่ง

ระบาดวิทยาของโรค

การติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยานี้ เดิมมีรกรากอยู่ในทวีป
อาฟริกา ในประเทศไทยมีการตรวจพบครั้งแรกพร้อมกับที่มี
ไขเถิดดอกระบาดและเป็นครั้งแรกในทวีปเอเชีย เมื่อ พ.ศ.
๒๕๐๑ โดย ศาสตราจารย์แฮมมอนแยกเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา
ได้จากผู้ป่วย โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร

ในทวีปอาฟริกามีหลายประเทศพบเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา
มีการแพร่เชื้อ ๒ วงจรคือระบาดในป่าผ่านจากลิง (คน-ยุง-ลิง)
ซึ่งและอาจทำให้มีผู้ป่วยจากเชื้อนี้ประปราย หรืออาจมีการ
ระบาดเล็กๆ ได้เป็นครั้งคราว เมื่อมีผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันเข้าไป
ในพื้นที่ที่มีเชื้อนี้อยู่ และคนอาจนำมาสู่ชุมชนเมือง โดยเฉพาะ
ในพื้นที่ที่มียุงลายชุกชุมมาก ทำให้เกิดวงจรระบาดในเมือง
(คน-ยุง) จากคนไปคน โดยยุงลายชนิด *Aedes aegypti* และ
Mansonia africanus เป็นพาหะ

ในทวีปเอเชีย การแพร่เชื้อต่างจากในอาฟริกา การ
เกิดโรคเป็นแบบในเมือง จากคนไปคน โดยมียุงลายบ้าน
(*Ae. aegypti*) เป็นพาหะที่สำคัญ ระบาดวิทยาของโรค
มีรูปแบบคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อที่นำโดยยุงลายสวน



(*Ae. aegypti*) อื่นๆ ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคเป็นไปตามการแพร่กระจายและความชุกชุมของยุงลาย หลังจากที่ตรวจพบครั้งแรกในประเทศไทย ก็มีรายงานจากประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชีย ได้แก่ เขมร เวียดนาม พม่า ศรีลังกา อินเดีย อินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

โรคนี้อาจพบมากในฤดูฝน เมื่อประชากรยุงเพิ่มขึ้น และมีการติดเชื้อในยุงลายมากขึ้น พบโรคนี้ได้ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งต่างจากไข้เลือดออกและหัดเยอรมันที่ส่วนมากพบในผู้อยู่น้อยกว่า ๑๕ ปี ในประเทศไทยพบมีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา ๖ ครั้ง ในปี พ.ศ. ๒๕๑๑ ที่จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. ๒๕๑๔ ที่จังหวัดขอนแก่นและปราจีนบุรี ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ มีการระบาด ๓ ครั้งที่จังหวัดเลย นครศรีธรรมราชและหนองคาย

การรักษาและการป้องกัน

ไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจง การรักษาเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เช่น ให้อาสาการไข้ ปวดข้อ และการพักผ่อน การป้องกันคือการป้องกันมิให้ยุงกัด การควบคุมพาหะ ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค

การป้องกันภาวะติดเชื้อ

- การป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด : นอนในมุ้งทั้งในเวลากลางวันและเวลากลางคืน



- สวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวสีอ่อน ๆ สีเข้ม สีทึบจะดึงดูดยุงให้ไปตอม
- ทาสารป้องกันยุงกัด เช่น ตะไคร้หอม
- ตรวจสอบมุงลวดภายในบ้านอย่าให้มีช่องที่ยุงเข้าได้
- การนั่งทำงาน นั่งเล่น ควรอยู่ในบริเวณที่มีลมพัดผ่าน แสงสว่างเพียงพอ การใช้สารไล่ยุง การอบบ้านด้วยสารกำจัดแมลง ไล่แมลง เพื่อกันยุงหรือฉีดยุงในเวลาที่จะออกไปนอกบ้าน
- การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง : บริเวณแหล่งน้ำใต้อ่างในบ้านและนอกบ้าน เช่น แจกัน ขาดู ที่เก็บน้ำ แอ่งขังน้ำรอบบ้าน ดูแลชุมชนรอบบริเวณบ้านและในสวนที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ถ้าพบให้ทำลาย

การป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยและการติดต่อจากคน-สู่-คน

คือการป้องกันมิให้แพร่เชื้อจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลในครอบครัวหรือบ้านใกล้เคียง ตลอดจนชุมชน

ภาวะติดเชื้อหรือโรคชิคุนคุนยา ไม่ติดต่อแพร่เชื้อจากคนสู่คนโดยตรงแม้ว่าจะใกล้ชิดอย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยจะไม่มีอันตราย ไม่ติดเชื้อจากผู้ป่วยโดยตรง ยกเว้นจะแพร่จากคน-สู่-คนโดยตรงคือจากมารดาที่ติดเชื้อ ผ่านรก สู่ทารกในครรภ์ได้ มีอยู่กรณีเดียวเท่านั้น



ยังไม่มีรายงานว่าติดโดยการให้เลือด ถ่ายเลือด (ในทางทฤษฎี ถ้าเจาะเลือดจากผู้บริจาคโลหิตกำลังอยู่ในสภาพมีไวรัสซิกุนกุนยาในกระแสเลือด (ไวรัเมีย) แล้วนำไปให้เลือดแก่ผู้รับในทันที) การติดต่อในลักษณะนี้ อาจเป็นไปได้ ดังที่เคยพบในกรณีไวรัสเวสต์ ไนล์มาแล้วที่นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา

สรุป ถือได้ว่าจะแพร่เชื้อโดยยุงที่มีเชื้อกัดเท่านั้น

แนะนำให้ผู้ป่วยทาสารกันยุงตามตัวติดต่อกันเป็นเวลา ๕ วัน เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัดผู้ป่วยในระยะมีเชื้อในเลือดแล้วไปกัดผู้อื่น

วัคซีนป้องกันโรค

เนื่องจากมีกองทหารอเมริกันประจำการอยู่ตามฐานทัพต่างๆ ในเขตร้อนหลายแห่ง ทหารอเมริกันจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเป็นโรคได้สูง ประกอบกับเชื้อไวรัสซิกุนกุนยาเป็นไวรัสที่มีศักยภาพเหมาะที่จะนำไปพัฒนาเป็นอาวุธชีวภาพ โดยผู้ประสงค์ร้าย การป้องกันกำลังพลจึงมีความจำเป็น ด้วยเหตุนี้รัฐบาลอเมริกัน จึงได้ให้ทุนอุดหนุนคณะนักวิจัยให้พัฒนาวัคซีนป้องกันโรคซิกุนกุนยา ขณะนี้กำลังเข้าสู่การทดสอบในสนามระยะที่ ๒ (เมื่อผู้ทั้งสิ้น ๓ ระยะ) เป็นวัคซีนเชื้อเป็นชนิดอ่อนฤทธิ์ (live attenuated virus) ผลเบื้องต้น



ปรากฐวาลังไ้รับวัคชินไปแล่ว ๒๘ วัน จะกระตุนไ้ผู้ไ้ไ้
ไ้รับวัคชิน สรวงแอนตบอดิชนิดคุมกันโรคไ้ไ้รอยละ ๘๘
เวลาผ่านไป ๑ ปีระคับแอนตบอดิยังคงอยู่ในอ้ตรารอยละ ๘๕
ยังมีการพัฒนาวัคชินชนิดดีเอนเออิกควย ขณะนี้การ
วิจัยยังไม่เสริจสิน

การรักษ

ยังไม่มียาที่ไ้รักษาโดยเฉพา โรคจะทุเลาและหาย
ไ้เอง

ผู้่วยไ้มีอายุนอย และหญิงมีครรภ์ มักจะมีอาการ
รุนแรงนอยกว่าผู้สูงอายุ แต่หญิงมีครรภ์ก็มักจะมีอาการ
ไม่พียงประสงคต่างๆควย

การรักษาตามอาการ การรักษาประคับประคอง
การไ้สารน้ำที่พอเพียง การไ้ยาทุเลาอาการปวด พียงระมัด
ระวังเรื่องเลื่อตอกในกระเพาอาหาร ประคับประคอง
ไ้หายเอง

มีผู้ไ้ใช้สตีรอยค้ในการรักษาอาการข้อบวมและ
อาการปวดขอ แต่อาจมีผลเสียตามมา

การไ้ยาคลอโรควินในการรักษา

คลอโรควินมีฤทธิ์ในการต้านการอ้เสบของข้อไ้
จึงมีผู้ทดลองนำไปรักษาโรคชคูนกุนยา ที่มหาวิทาลัย



มะลาชา ได้ทดลองหาวิธีการรักษา เนื่องจากอาการข้ออักเสบ ไม่ตอบสนองต่อยาแอสไพรินและยาต้านอาการอักเสบ ที่มีไซโคลอ็อกซาลิเฟน การให้กลอโรควิน ฟอสเฟต ในขนาด ๒๕๐ มิลลิกรัม/วัน ช่วยลดอาการปวด อาการบวมได้ในบางราย อันเดรีย ซาวาริโน (Andrea Savarino) และคณะ ชาวอิตาลี ก็เคยใช้รักษาและกล่าวไว้ให้ผลดี ประสบการณ์ของแพทย์ ไทยในจังหวัดนครราชสีมาที่สนับสนุนในเชิงบวก

ยาที่มีผู้ใช้แก้ปวดและลดอาการอักเสบอื่นๆ ได้แก่ ไอบูโพรเฟน นาโพรเซน เป็นต้น แต่ขอให้ระวังเรื่องการตกเลือดในกระเพาะอาหาร

ในประเทศอินเดีย มีผู้นำเอาสมุนไพรไปทดลอง รักษาและอ้างว่าได้ผลเช่น สมุนไพรสำหรับผสมที่มี Amalpori, Chitthirathai, Chikku, Mizhagu, Thippili, Karuppati ผสมในน้ำ

การหายจากโรคและการพยากรณ์โรค

การฟื้นไข้ ฟื้นจากโรคมักขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะหายภายในเวลา ๕ - ๑๕ วัน วัยกลางคน จะใช้เวลากว่าจะฟื้นโรค ๑ - ๒.๕ เดือน ผู้สูงวัยจะกินเวลานานไปกว่านี้

ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการของม่านตาอักเสบ (iridocystitis) และอาจมีรอยโรคที่จอตา (retina) ด้วย



ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการ เท้าบวม โดยหาสาเหตุที่ชัดเจนไม่ได้ และไม่มีความเกี่ยวข้องกับโรคไต โรคหัวใจหรือโรคตับเลย

ในรายที่หายจะมีภูมิคุ้มกันโรคตลอดชีพ ไม่ป่วยเป็นโรคอีก

การวินิจฉัยแยกโรค

แยกให้ไ้ได้จากโรคที่มีไข้ มีผื่นและปวดข้อ ขอบวม อันได้แก่ภาวะติดเชื้อไวรัส ต้องแยกโรคมากขึ้นเป็นพิเศษ เฉพาะในดินแดนที่พบโรค และมีการระบาดของโรคอื่นๆ ดังต่อไปนี้

โรคที่มีไข้และมีผื่นมาคุโลปามีโธมา

เช่น ไข้เด็งกี รูบีลลา (หัดเยอรมัน)

ก. ความแตกต่างระหว่างไข้เด็งกี/ไข้เลือดออก (DF/DHF) กับการติดเชื้อ **chikungunya**

๑. ใน chikungunya มีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างฉับพลันกว่าใน DF/DHF คนไข้จึงมาโรงพยาบาลเร็วกว่า

๒. ระยะของไข่นุ่นกว่าในเด็งกี ผู้ป่วยที่มีระยะไข่นุ่นเพียง ๒ วัน พบใน chikungunya ได้บ่อยกว่าใน DF/DHF โดยส่วนใหญ่ไข่นุ่นใน ๔ วัน



๓. ถึงแม้จะพบจุดเลือดได้ที่ผิวหนังและการทดสอบ
ทูนิเกตให้ผลบวกได้ แต่ส่วนใหญ่จะพบจำนวนทั้งที่เกิดขึ้น
เองและจากทดสอบน้อยกว่าใน DF/DHF

๔. ไม่พบ convalescent petechial rash ที่มีลักษณะ
วงขาวๆใน chikungunya

๕. พบผื่นไ้แบบ maculopapular rash และ conjun-
ctival infection ใน chikungunya ได้น้อยกว่าในเด็งกี

๖. พบ myalgia / arthralgia ใน chikungunya ได้น้อย
กว่าในเด็งกี

๗. ใน chikungunya เนื่องจากไข้สูงจับปล้น จึงพบว่า
มีการชักร่วมกับไข้สูงได้ถึงร้อยละ ๑๕ ซึ่งสูงกว่าในเด็งกีถึง
๑ เท่า

๘. ความแตกต่างระหว่าง หัดเยอรมัน (รูบีลลา)
และไข้ชุกุนยา (โปรตุตุตารา)



ลักษณะทางคลินิกของโรคหัดเยอรมัน และไขข้อกุนยา

ลักษณะทางคลินิก	หัดเยอรมัน	ไขข้อกุนยา
Family/Genus/Species	Togaviridae/Rubivirus/Rubella	Togaviridae/Alphavirus/Chikungunya
ต้น	เป็นต้น maculopapular rash จะเกิดบริเวณหน้า แลตามไปที่ตัว ส่วนใหญ่จะเป็นนาน ๓ วัน เวลาที่หายจะไม่ค่อยโผล่ใด ๆ เหลืออยู่	เป็นต้น maculopapular rash จะออกขึ้นพร้อมกับทั่วร่างกาย บางทีต้นจะบวมใหญ่คล้ายไข้ สันอาจคันหรือไม่คันก็ได้ จะหายช้า ประมาณ ๙-๑๐ วัน เวลาที่หายจะมีกรลอกหลุดหรือเป็นขุยได้
ข้อ	พบได้ โดยเฉพาะข้ออักเสบ (arthritis)	พบได้มาก โดยเฉพาะปวดข้อ (arthritis)
ต่อมม่านเหลือง	จะเกิดบริเวณท่ายกข้อ (suboccipital region) หลังใบหู (postauricular region) และบริเวณคอส่วนหน้า (anterior cervical region)	ส่วนใหญ่จะเกิดได้ทั่วร่างกาย (generalize) และบริเวณลำคอ (cervical region)
อาการอื่น ๆ	อาจมีอาการเจ็บคอ ปวดกระบอกตาปวดศีรษะ มีลักษณะเส้นสีแดงบริเวณเพดานอ่อนในปาก เรียกว่า Rose-colored lesions (Forchheimer spots)	ไม่มีอาการเจ็บคอ ส่วนใหญ่จะปวดศีรษะมากปวดเมื่อย อ่อนเพลีย
ระยะฟักตัว	เฉลี่ย ๑๖-๑๘ (๑๔-๒๑ วัน)	เฉลี่ย ๒-๕ วัน (๑-๑๒ วัน)
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การแยกเชื้อ (Isolation) - Respiratory secretion การตรวจหาสารพันธุกรรม (PCR) - Respiratory secretion, synovial fluid การตรวจหาแอนติบอดีของหัดเยอรมัน- Rubella IgM สามารถตรวจ Single serum ได้	การแยกเชื้อ (Isolation) - Serum (๑-๔ วัน หลังวันเริ่มป่วย) การตรวจหาสารพันธุกรรม (PCR)-Serum (๑-๔ วัน หลังวันเริ่มป่วย) การตรวจหาแอนติบอดีของไวรัสชังกุนยาไม่สามารถแปลผล Single serum Chikungunya IgM - ต้องตรวจ Pair serum เท่านั้น (ที่มันมี ๒ part) Chikungunya HI - ต้องตรวจ Pair serum เท่านั้น (ที่มันมี ๔ part)



ลักษณะอาการทางของโรคหัดเยอรมัน และไขซึ้นกุนยา

ลักษณะ	Rubella Arthritis	Chikungunya Arthralgia
เพศ	พบอยู่ในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ (อุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ ๖๐)	พบเหมือนกันทั้งสองเพศ
กลไกการเกิดโรค	เกิดจากเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน เข้าไปไขข้อโดยตรง (direct invasion) ทำให้เกิดการติดเชื้อในข้อ (synovium) หรือเนื้อเยื่อในข้อต่าง ๆ ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อในข้อ ทั้งนี้จึงสามารถนำไขข้อมาตรวจหาเชื้อหัดเยอรมันได้	เกิดจากการมี Immune complex formation ในข้อ ซึ่งเกิดจากการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัส
ลักษณะทางคลินิก	พบข้อเป็นบางข้อ ได้แก่ - ข้อนิ้วมือ (๖๔%) และข้อเท้า (๖๑%) จะมีลักษณะของการอักเสบตามข้อได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน กดเจ็บ	พบได้ทุกข้อ โดยพบมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่มือหรือบริเวณข้อที่ใช้งานมาก เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ข้อนิ้ว ข้อเข่า เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการปวดข้อ และ/หรือ ข้อบวม มีน้อยมากที่จะมีลักษณะของการอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน)
ระยะเวลาดำเนินโรค	สั้น ๓-๔ วัน	ยาว เป็นสัปดาห์ จนถึงตลอดชีวิต
ภาวะแทรกซ้อน	พบข้อ	พบข้อ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ปวดข้อ และข้อติด (ร้อยละ ๑๒ มีอาการตลอดชีวิต)



โรคที่มีไข้และปวดข้อ

- มีโรคติดเชื้อไวรัสหลายชนิดที่มีอาการดังกล่าวได้ ต้องอาศัยข้อมูลทางระบาดวิทยา และประวัติการเดินทาง ไปเยือนยังถิ่นที่มีโรคประจำถิ่นหรือออกมาจากท้องถิ่นที่มีโรคในระยะเวลาที่เหมาะสมของระยะฟักตัวของโรค ถ้าไม่ได้เข้าหรือออกจากถิ่นที่มีโรค ก็ไม่จำเป็นจะต้องวินิจฉัยแยกโรคเหล่านี้

- **O’Nyong Nyong virus** พบในแอฟริกา มีข้ออักเสบหลายข้อ ไข้ ออกผื่น ปวดตา เจ็บหน้าอก พบโรคในแอฟริกา

- **Ross River virus** พบโรคในออสเตรเลีย
- **Barmah Forest virus** พบโรคในแถบแปซิฟิกใต้
- **Semliki Forest Virus**
- **Sindbis virus**
- **Mayaro virus** พบโรคในอเมริกาใต้

O’nyong’nyong virus

คำว่า ออนยอง ออนยอง ในภาษาอังกฤษเขียนว่า “O’nyong’nyong virus” หรือบางทีเขียนว่า O’nyong-nyong virus” เป็นชื่อไวรัสที่แยกได้เป็นครั้งแรกที่ห้องปฏิบัติการวิจัยไวรัสที่เมือง เอ็นเท็บเบ ประเทศยูกันดาเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เป็นไวรัสสมาชิกของสกุลทอกาวิริเดอี จีนัสอัลฟา



ไวรัส มีความใกล้ชิดกับไวรัสชิคุนกุนยาและอิกโบ โอรา (Igbo Ora) เป็นภาษาพื้นเมืองของยูแกนดาและซูดาน และแปลว่า “**ขอต่างๆอ่อนแอ**”

ไวรัสอ่อนของ อ่อนของเป็นไวรัสที่มียุงเป็นพาหะ นำเชื้อไปแพร่ ยุงนั้นคือยุงอะ โนฟีลิส ฟุเนตตุส และ อะ โนฟีลิส เกมเบีย วิธีติดต่อคือ โคนยุงที่มีเชื้อกัดเอา เป็นไวรัสชนิดเดียว ที่มียุงอะ โนฟีลิสเป็นพาหะปฐม (primary vector) ในการแพร่เชื้อ

ลักษณะอาการของโรค

ลักษณะอาการประจำของโรคคือมีไข้ มีอาการปวดข้อหลายข้อ มีผื่นผิวหนัง อาการร่วมด้วยได้แก่ ปวดตา เจ็บหน้าอก และซึม เชื่องช้า ยังไม่เคยมีรายงานการเสียชีวิตจากโรคนี้

การระบาดของโรค

มีรายงานการระบาดมาแล้ว ๒ ครั้ง ครั้งแรกระบาดเมื่อปีพ.ศ. ๒๕๐๒-๒๕๑๕ ในประเทศยูแกนดา เกินยา แทนซาเนีย ซาอีร์ มาลาวี และ โมซัมบิก มีผู้ป่วยประมาณ สองล้านคน ซึ่งนับว่าเป็นการระบาดใหญ่มาก ในการระบาดครั้งนี้เนื่องที่มีการเพาะแยกเชื้อไวรัสได้เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๒ จากตัวอย่างเลือดผู้ป่วยจาก กูลู ในตอนเหนือของยูแกนดา



การระบาดครั้งที่ ๒ มีรายงานระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๐ การระบาดจำกัดขอบเขตอยู่ที่ยูกันดาเท่านั้น มีผู้ป่วยประมาณ ๔๐๐ คน จากการระบาดครั้งแรก ถึงครั้งที่สองทิ้งช่วงประมาณ ๓๕ ปี เคยมีการระบาดมาก่อนเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๗-๒๕๕๘ ในประเทศยูกันดา ซึ่งทิ้งช่วงนานถึง ๓๐-๕๐ ปี

ไวรัสของออนของเรียกชื่อสั้นๆว่า ONNV มีอยู่สามสับไพบหรือสามสายพันธุ์ด้วยกัน

วงจรการระบาดมีทั้งวงจรการระบาดในเมืองและในป่า

Ross River fever

ไขรสตรีฟเวอร์ เป็นโรคติดเชื้อไวรัสในเขตร้อน มีอาการคล้ายอาการของไข้หวัดใหญ่และมีข้ออักเสบปวด ไวรัสก่อโรคคือ “ไวรัสรสตรีฟเวอร์” เป็นไวรัสที่นำโดยยุง เป็นไวรัสในจีโนส อัลฟาไวรัส พบว่ามีการระบาดอยู่ในออสเตรเลีย ปาปัวนิวกินี และหมู่เกาะแปซิฟิกใต้ อาการหลักๆได้แก่ ไข้ ปวดข้อ และมีผื่นผิวหนัง บางรายอาจมีอาการหนักมากก็ได้ ยังไม่มีวิธีการรักษาจำเพาะ และไม่มีวัคซีนป้องกันโรค วิธีป้องกันมีเฉพาะการป้องกันมิให้ถูกยุงกัดเป็นสำคัญ ชื่อนี้ตั้งชื่อตามชื่อแม่น้ำในตอนเหนือของรัฐควีนส์แลนด์ อันเป็นสถานที่แยกเชื้อได้เป็นครั้งแรก



ไวรัสมีแพร่กระจายอยู่ในออสเตรเลีย ปาปัวนิวกินี และ หมู่เกาะทะเลใต้

แต่เดิมมาก่อนมีการแยกเชื้อไวรัสได้ เรียกชื่อโรคตามอาการว่า “เอปี้เดมิก โพลีอาร์ไทรติส” ซึ่งหมายถึง “โรคข้ออักเสบหลายข้อระบาด” โรคอื่นๆที่พบในออสเตรเลีย, Barmah Forest Virus

ลักษณะอาการของโรค

ไขหวัดส รุฟเวอริมีอาการสำคัญคือ มีไข้ ออกผื่นซึ่งไม่มีอาการคัน และมีข้ออักเสบหลายข้อ ข้อที่มีอาการอักเสบมักได้กับข้อเข่า ข้อเท้า ข้อมือ และข้อมือ

โรคนี้ ถ้าเด็กติดเชื้อ มักจะไม่ปรากฏอาการ หรือมีเพียงมีผื่นขึ้น ไม่คัน หรือมีเพียงมีผิวหนังแดงๆ เท่านั้น

ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีอาการปวดศีรษะมาก ขอบวม เจ็บคอ อ่อนเพลียหมดเรี่ยวแรง ซึมและเชื่องช้า ทำให้กิจกรรมง่ายประจำวันกระทำไม่ได้ไม่ใคร่สะดวก เช่น ลุกขึ้นจากเตียงลำบาก เป็นต้น

ในกรณีแลไม่เห็นว่ามีผื่นขึ้น อาจทำให้วินิจฉัยผิด โดยคิดว่าเป็นไข้หวัดใหญ่หรือไข้หวัดธรรมดาก็ได้

อาการต่างเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นประมาณหนึ่งสัปดาห์ ภายหลังติดเชื้อ หรืออยู่ในเกณฑ์ประมาณ ๓-๒๑ วัน โรคมักจะค่อยๆ ทุเลาและหายภายใน ๑ เดือน อย่างไรก็ตาม มีรายงาน



ว่าบางรายอาจจะหายไ้เวลานานเป็นปีก็มี แต่ไม่มีรายงานการเสียชีวิตจากโรคนี้

การให้การวินิจฉัยยืนยันจะทำได้ก็โดยการตรวจเลือดเท่านั้น ในรายที่สงสัยคือมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และมีอาการข้ออักเสบหลายข้อและออกผื่น และมีประวัติไปในดินแดนที่มีโรคประจำถิ่น คือในชนบทของออสเตรเลีย ให้เจาะเลือดส่งตรวจทดสอบหาแอนติบอดีต่อไวรัสโรสสริฟเวอร์ ซึ่งจะทำให้ได้หลายวิธี เช่น อีไลซ่า คอมพลีเมนต์ฟิสิกชัน เป็นต้น

วิธีการติดเชื้อ การแพร่เชื้อ

แหล่งรังโรค

แหล่งรังโรคคือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด อันเป็นสัตว์ที่มีอยู่ตามธรรมชาติประจำถิ่นของทวีปออสเตรเลีย ซึ่งเป็นสัตว์ที่ไม่พบในภูมิภาคอื่น ม้าและสัตว์แทะ อาจเป็นแหล่งรังโรคโดยบังเอิญ อาจพบได้เป็นครั้งคราว ไม่ได้เป็นประจำเหมือนสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมตามธรรมชาติที่กล่าวถึงแล้ว เมื่อยุ้งไปกัดสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรค จึงได้รับเชื้อและนำไปถ่ายทอดแพร่เชื้อต่อไปได้

มนุษย์ติดเชื้อและเป็น โรคภายหลังที่ได้รับเชื้อไวรัสจากการที่ถูกยุงมีเชื้อกัด เชื้อมีอยู่ในน้ำลายยุง ยังไม่มีรายงานการติดเชื้อจากคน-สู่-คน โดยตรง



ยุงที่เป็นพาหะที่สำคัญในการนำเชื้อภายในทวีปคือ ยุง อีดีส วิจิแลส (*Aedes vigilax*) และยุงที่นำเชื้อตามชายฝั่งทะเลทางภาคเหนือของทวีปคือ ยุง อีดีสแคมป์โตรีนคูล (*Ae. camptorhynchus*)

ความชุกของเชื้อไวรัส

ในเขตร้อน เชื้อไวรัสโรสส ริฟเวอร์ จะชุกชุมในฤดูร้อน/ฤดูใบไม้ร่วง ในช่วงที่มีฝนตกชุก คือระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคมซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มียุงชุม ในทางภาคใต้ของทวีป ความชุกอาจมาเร็วกว่านั้นคือประมาณฤดูใบไม้ผลิ-ฤดูร้อน ในบริเวณที่มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ซึ่งจะอยู่ตามชนบท โรคจะพบบ่อยกว่าในเมือง อัตราความชุกของฝนตก อุณหภูมิอาจเป็นปัจจัยเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยได้

ในประเทศออสเตรเลีย โรคนี้เป็นโรคที่ต้องแจ้งความ

การป้องกันและการรักษา

แม้ว่าเมื่อหายจากโรคแล้ว จะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตไม่เป็นโรคอีก แต่ก็ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคนี้ การป้องกันยังคงอาศัยมาตรการควบคุมยุงและเลี้ยงไม่ให้ยุงกัดเท่านั้น

การรักษาที่ยังไม่มียาและวิธีการรักษาโดยเฉพาะอาศัยการรักษาตามอาการและการรักษาประคับประคองเท่านั้น โรคจะค่อยๆ หายและหายเอง



ไวรัสป่าบารมาห์ (Barmah Forest virus)

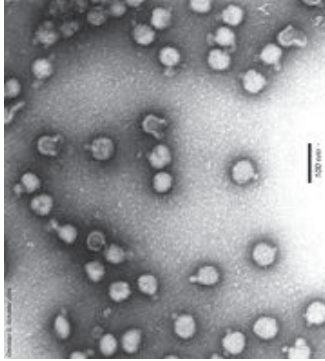
ปัจจุบันเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่พบที่ประเทศออสเตรเลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่เป็นป่าบารมาห์ในรัฐ วิกตอเรีย ออสเตรเลียเท่านั้น การติดเชื้อจะก่อโรคที่มีอาการอ่อน อาการไม่รุนแรง ไม่ทำให้เสียชีวิต การติดโรคติดโดยยุงที่มีเชื้อไวรัส กัด โรคไม่ติดต่อจากคน-สู่-คนโดยตรง แหล่งรังโรคเชื่อว่าเป็นนกหรือสัตว์มีกระเป๋า (marsupials) ชื่อของไวรัส ตั้งชื่อตามแหล่งที่พบเชื้อไวรัสเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๗ โดยแยกได้จากยุง

ลักษณะอาการของโรค

โรคที่เกิดจากไวรัสป่าบารมาห์ จะไม่มีอาการรุนแรง ส่วนมากจะมีไข้ รุ้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย มีผื่นตามตัวและมีอาการปวดข้อ และปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นอยู่เพียงสองสามวันก็จะหายไป ยกเว้นอาการปวดข้อ อาจปวดไปได้นานถึง ๖ เดือน อาการต่างๆ ไปจะแยกจากโรคไขข้ออักเสบไม่ได้เลย



ไวรัสป่าเซมลิคิ (Semliki Forest Virus)



ไวรัส ป่าเซมลิคิ Semliki Forest virus เป็นไวรัสที่เพาะแยกได้จากยุงในป่าเซมลิคิ ประเทศยูกันดา โดยสถาบันวิจัยไวรัสแห่งยูกันดา เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ไวรัสนี้ก่อโรคได้ในสัตว์และในมนุษย์ ได้รับการจำแนกเป็นอัลฟาไวรัส ในสกุลโทกาวิริเคอี พบได้ในแอฟริกากลาง ตะวันออก และแอฟริกาใต้

โรคติดต่อกันได้โดยถูกยุงที่มีเชื้อกัด ไม่สามารถติดต่อได้จากการหายใจ การกิน แต่สัตว์ทะเลในห้วงปฏิบัติการอาจติดเชื้อโดยการหยอดเชื้อเข้าจมูก

ในสัตว์ทะเล อาจทำให้เกิดภาวะสมองอักเสบและทำให้ตายได้ สำหรับในมนุษย์ เคยมีผู้ที่ถูกยุงกัดในบกร่องได้สัมผัสเชื้อในปริมาณสูงในห้วงปฏิบัติการ แต่ก็ไม่ปลอดภัย



ไวรัสซันบิส (Sindbis virus)

ไวรัสซันบิส (Sindbis Virus - SINV) เป็นอัลฟาไวรัส ในสกุล โทกาไวรัส (Togaviridae) แพาแยกได้เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๕ ที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ไวรัสดังกล่าวนี้ถูกค้นพบโดยยุงตัวเล็กที่มีชื่อไวรัสกัด ไวรัสนี้ก่อโรคที่มีชื่อว่า ไซซันบิส (sindbis fever) อาการของโรคในมนุษย์ ได้แก่ ไข้ มีผื่นตามตัว รู้สึกไม่สบาย ปวดข้อ โรคพบได้ในบริเวณแอฟริกาใต้ แอฟริกาตะวันออก อียิปต์ อิสราเอล ฟิลิปปินส์ และบางรัฐของออสเตรเลีย โรคแพร่ติดต่อในธรรมชาติระหว่างนกด้วยกัน โดยมียุงเป็นพาหะนำเชื้อ มนุษย์เป็นโรคจากการที่ถูกยุงมีเชื้อกัด ไวรัสนี้มีความเกี่ยวข้องกับโรคโพโกสตา (Pogosta disease) ในประเทศฟินแลนด์

ไข้มายาโร (Mayaro)

ไข้มายาโร (Mayaro fever) เกิดจากติดเชื้อไวรัสมายาโร (Mayaro virus) เป็นไวรัสที่ติดต่อกันโดยยุงกัด โรคนี้พบในอเมริกาใต้ ระยะฟักตัวของโรค ประมาณ ๑-๒ สัปดาห์ อาการทั่วไปของโรค ไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ มีผื่นตุ่มตามตัว



ตารางที่ ๓ อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ๑,๐๐๐ ประชากร ใน ๑๐ อันดับแรก ปี ๒๕๓๘

ลำดับที่	ชื่อโรค	อัตราป่วย/๑,๐๐๐ ประชากร
๑	ไข่ออกผื่น	๒๐๘.๖
๒	อุจจาระร่วง	๑๒๐.๕
๓	ไข้มึนทรานซาเหตุ	๗๘.๘
๔	อาหารเป็นพิษ	๑๕.๘
๕	บิด	๑๘.๕
๖	ปอดบวม	๑๓.๖
๗	ตาแดง	๑๐.๖
๘	สุกใส	๓.๑
๙	ไข้เลือดออก	๒.๘
๑๐	ไข้หัวคิใหญ่	๒.๒

คณะสอบสวนโรคได้ทำการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล ผู้ที่มีอาการไข้ร่วมกับออกผื่นหรือปวดข้อในหมู่บ้าน ๒ ตำบล เซกา อำเภอเซกา และผู้ป่วยจากหมู่บ้าน ๗, ๑๕ และ ๑๖ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเซกาตั้งแต่มีภูมายนเป็นต้นมา จนถึงวันที่สัมภาษณ์ จำนวน ๑๓๕ คน พบผู้ป่วย ๑๐๑ คน กระจายอยู่ทุกกลุ่มอายุ ดังแสดงในรูปที่ ๒ เป็นอัตราป่วย ในแต่ละกลุ่มอายุ (Age-specific attack rate (%))

ผู้ป่วยมีอาการไข้ร้อยละ ๑๐๐ ปวดขอร้อยละ ๕๘ (เป็นตามบริเวณข้อใหญ่ๆ ทั้งสองข้างและปวดรุนแรงมาก)



ผื่นแดงนูนตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว รอยละ ๙๒ ปวดศีรษะ รอยละ ๕๖ ขอบวมรอยละ ๒๕ อาเจียนรอยละ ๒๘ ปวดท้อง รอยละ ๑๓ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มจากอาการไข้ก่อน ประมาณ ๑-๒ วัน จะเริ่มปวดข้อ และจะมีผื่นแดงนูนตามแขน ขา ลำตัว และคัน (maculopapular rash) ติดตามมา เมื่อหายแล้วไม่พบร่องรอยแผลเป็น และมีบางรายปวดศีรษะร่วมด้วย จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยในหนึ่งราย (ขณะออกไปสอบสวนโรค ๘-๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๘) พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณหลังหู ขาหนีบ ไม่มีรายงานการตาย

๒. การระบาดที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกิดการระบาดของโรคไข่ออกผื่น ปวดข้อในเดือน พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๘ จากการไปสุ่มสัมภาษณ์เก็บข้อมูลใน ๗ ตำบลของอำเภอทุ่งใหญ่ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งใหญ่จำนวน ๒๕๕ ราย ในเดือนกรกฎาคม อัตราส่วนชายต่อหญิงเป็น ๑ ต่อ ๑ พบผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วยมีอาการไขรรอยละ ๙๒ (ส่วนใหญ่มีไขสูง) ปวดข้อ รอยละ ๙๔ ซึ่งมักจะปวดมากโดยเฉพาะข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก และข้อเข่า ทั้งสองข้าง มีผื่นแดงนูนตามแขน ขา ลำตัว และคันรอยละ ๒๑ (maculopapular rash) และมีบางรายปวดศีรษะร่วมด้วย



๓. การระบาดของจังหวัดขอนแก่น

เกิดการระบาดของโรคไข่ออกผื่น ปวดข้อในเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม ๒๕๓๔ จากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในเดือนกันยายนของสองหมู่บ้านในอำเภอชุมแพ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ จำนวน ๒๖๒ ราย จากประชากร ๔๕๔ คน ของหมู่บ้าน ก (Attach rate ๕๘%) และจำนวน ๖๕ ราย จากประชากร ๘๗๔ คนของหมู่บ้าน ข (Attach rate ๗%) อัตราส่วนชายต่อหญิงเป็น ๑ ต่อ ๑ พบผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วยมีอาการเหมือนๆ กันทั้งสองหมู่บ้าน คือ ไขรรอยละ ๑๐๐ ปวดข้อรอยละ ๘๐ (โดยเฉพาะข้อมือ ขอสอก ขอบเข่า และข้อเท้า ซึ่งมักจะปวดรุนแรงมากและเป็นทั้งสองข้าง) พบผื่นแดงนูนตามใบหน้า แขน ขา และลำตัวรอยละ ๕๐ (maculopapular rash) เมื่อหายแล้วไม่พบร่องรอยแผลเป็น มีต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณหลังหู รักแร้และขาหนีบรอยละ ๑๕-๓๐ ไม่มีรายงานการตาย

โดยสรุปทั้งสามการสอบสวนพบว่า เกิดการระบาดในฤดูฝน พบในทั้งสองเพศพอๆ กัน และกระจายอยู่ทุกอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ ไข ปวดข้อมาก และมีผื่นขึ้นตามลำตัว แขน ขา เป็นลักษณะเด่น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอยู่บ้านหาซื้อยารับประทานเองหรือไปคลินิก มากกว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ๓-๑๐ เท่า



ข่าวการติดเชื้อซุกุนญาในนักท่องเที่ยว :

เหตุการณ์ที่นำมารายงานนี้ เป็นเพียงตัวอย่างจำนวนน้อย ในความเป็นจริงอาจจะมีมากกว่านี้ แต่คงไม่ได้รับการทดสอบยืนยันขั้นสุดท้ายและไม่ได้รายงานสู่สาธารณะ

ชาวฮ่องกงติดเชื้อซุกุนญาไปจากประเทศมาเลเซีย

ชาวในโปรเม็คเมล์ รายงานเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๕๒ ศูนย์คุ้มครองสุขภาพของทางการอนามัยประเทศฮ่องกง (The Centre for Health Protection of the Hong Kong Department of Health) รายงานว่ามีสุภาพบุรุษอายุ ๔๔ ปี เดินทางกลับจากการทัศนจรในประเทศมาเลเซีย เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๑ และมีอาการไข้เจ็บคอเล็กน้อย บุรุษผู้นี้ได้ไปทัศนจรตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ผู้ป่วยได้ไปขอรับการรักษาและได้รับไว้ในโรงพยาบาลปรินเซสส์ มาร์กาเร็ท ตั้งแต่วันที่ ๒๕ และหายดีแล้ว จึงได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๑ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซุกุนญาและคงติดจากการทัศนจรต่างถิ่น

ชาวเบลเยี่ยมติดเชื้อซุกุนญาไปจากประเทศไทย

ชาวแหล่งเดียวกันเมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๒ รายงานว่า สตรีชาวเบลเยี่ยมอายุ ๔๑ ปี ได้ไปปรึกษาแพทย์ที่



สถาบันเวชศาสตร์เขตร้อนที่เมืองแอนท์เวิร์ปด้วยอาการสำคัญว่า มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัวทั่วไป และมีผื่นขึ้นที่ผิวหนังตามตัวมาได้ ๔ วัน เธอให้ประวัติว่าได้ไปพักร้อนที่จังหวัดภูเก็ตแห่งเดียว ระหว่างวันที่ ๒-๑๓ เมษายน ๒๕๕๒ เธอรู้สึกตัวว่าไม่มีใครสบายจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภูเก็ตเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน และได้รับการตรวจคัดกรองภาวะติดเชื้อเด็งกีโดยชุดทดสอบ dengue NS1 antigenic test และให้ผลลบ ที่สถาบันได้ทำการทดสอบเลือดซ้ำเพื่อทดสอบ ภาวะติดเชื้อเด็งกีก็ให้ผลลบอีกครั้งแต่ให้ผลบวกต่อไวรัสชิคุนกุนยาและมีผลการทดสอบ พิธีอาร์เอ็นเอด้วย



โรดตาแดง อะพอลโล



โรดตาแดงอะพอลโล

ข่าวลือใครว่าไม่มีอิทธิพล

เมื่อต้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๑๒ ยานอวกาศอเมริกัน ชื่อ อะพอลโล ๑๑ ขับเคลื่อนด้วยจรวดแซ็ทเทอน ๕ ได้นำนักบินอวกาศนำโดยนีล อาร์มสตรอง มุ่งสู่ดวงจันทร์ ผู้นิพนธ์นั่งดูทีวีอยู่ในขณะที่นักบินอวกาศนำยานอีเกิลออกจากยานแม่ลงไปยังสำรวจตรงบริเวณที่ชื่อว่า "ซี ออฟ แทร็งควิล" (Sea of Tranquil) เพื่อเก็บตัวอย่างที่จะนำกลับโลก ซึ่งเป็นการถ่ายทอดทีวีที่ผู้นิพนธ์คิดว่าจะมีคนดูมากที่สุดในโลกรายการหนึ่ง



นีล อาร์มสตรอง นำธงชาติสหรัฐลงปักผิวดวงจันทร์



ย้อนกลับไปเมื่อเดือนมิถุนายนปีเดียวกัน ได้เกิดมีโรคแปลกใหม่ชนิดหนึ่งอุบัติขึ้นกับบรรดาประชาชนชาวگانาในแอฟริกา โดยเริ่มมีผู้ป่วยประปรายก่อนและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยมาสูงเต็มที่เอาปลายเดือนกรกฎาคม บรรจบกับยานอะพอลโลกลับมาจากดาวโลกอีก โรคที่ว่าแปลกใหม่ก็คือผู้ป่วยจะมีไข้ต่ำๆ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัวอยู่ราวๆ ๑ วัน และจะมีอาการเกี่ยวกับตาปวดตาเล็กน้อย น้ำตาไหลเจ็บภายในตา ถ้าตรวจดูตา ตาจะแดง มีเลือดออก ที่ตาขาวเป็นปื้นแดงอย่างน่ากลัว โรคมักจะเป็นที่ตาข้างหนึ่งก่อนแล้วลามไปอีกข้างหนึ่งได้ภายในวันเดียวกันนั่นเอง โรคแพร่จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง กินเวลาเพียง ๑-๒ วันเท่านั้นเอง โรคมีระยะฟักตัวสั้นมากนี้เอง จึงแพร่กระจายไปได้รวดเร็วจากگانาลามไประบาดในประเทศไนจีเรีย ขามทวีปแอฟริกา มาทางตะวันออก ประมาณเดือนกันยายนมาถึงสิงคโปร์ และเข้าสู่ประเทศไทย เนื่องจากการระบาดที่گانามีความรุนแรงในขณะที่จรวดอะพอลโลเดินทางกลับโลก คนที่گانาก็เลยเข้าใจว่า จรวดนำเอาโรครายหรือผีร้ายมาจากดวงจันทร์ เขาจึงขนานนาม โรคนี้กันว่า “อะพอลโล ดีซีส์” แต่ทางการนั้นเราเรียกชื่อโรคนี้ในภายหลังว่า “Acute Hemorrhagic Conjunctivitis หรือ AHC”

สื่อจรวดกลายเป็นชื่อโรค



การศึกษาวิจัยในประเทศไทย

ผู้นิพนธ์ได้ข่าวการระบาดของโรคนี้มาตั้งแต่นั้น จึงได้เตรียมตัวทำการศึกษาอยู่ เมื่อโรคเข้าสู่ประเทศไทย จึงได้ร่วมมือกับอาจารย์หลายท่านในภาควิชาจุลชีววิทยา และจักษุแพทย์ของภาควิชาจักษุวิทยา อันได้แก่ อาจารย์ หมอประเสริฐ ทุมวิภาต อาจารย์หมออเนก เพฑะวนิช และ คณะแพทย์และนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงมือศึกษาวิจัยเนื่องจากเป็นโรคใหม่ไม่เคยระบาดมาก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ละเอียดและอาการวิทยา ตลอดจนลักษณะทางเวชกรรมของโรคนี้ ภาวะแทรกซ้อน



ผู้นิพนธ์ ตามไปดูจรวดอะพอลโล แสดงไว้ในพิพิธภัณฑ์ที่แหลมคานาเวรัล รัฐฟลอริดา



ว่ามีอะไรบ้าง ต้นเหตุของโรคจะได้นำไปประมวลหาวิธีการรักษา และวิธีป้องกันโรคต่อไป

การทดลองเพาะเชื้อ การแยกเชื้อ

ต้นเหตุของโรคนั้นเราได้ทดลองเพาะเชื้อดู ทั้งจากตัวอย่างตรวจจากตาและคอของผู้ป่วย ไม่พบเชื้อแบคทีเรีย ทั้งเพาะเชื้อและตรวจปฏิกิริยาทางน้ำเหลืองก็ไม่ใช่การติดเชื้อที่เราเคยรู้จักกันมาก่อน เช่น อะเคโนไวรัส ที่ทำให้ตาแดงได้ ไม่ใช่เชื้อริคettsia และในที่สุดกินเวลาร่วมปี จึงพบว่า เป็นไวรัสชนิดใหม่ที่เรียกชื่อว่า เอ็นเตอร์ไวรัส ๗๐ และในตอนหลังๆ ของการระบาด พบว่ามีไวรัส คอคแซคกีเอ ๒๔ แวรีแอนท์ แทรกเข้ามาเป็นต้นเหตุด้วย การศึกษาวิจัยนี้ต้อง



ผู้ค้นพบ, ศ.ดร. โจเซฟ แอล เมลนิก, พญ.พีรช เป้นพัฒนา,
ดร.เบ็นเยช เมลนิก, พญ.มณฑานา แก้วอ้อม, ดร. ยูอิล



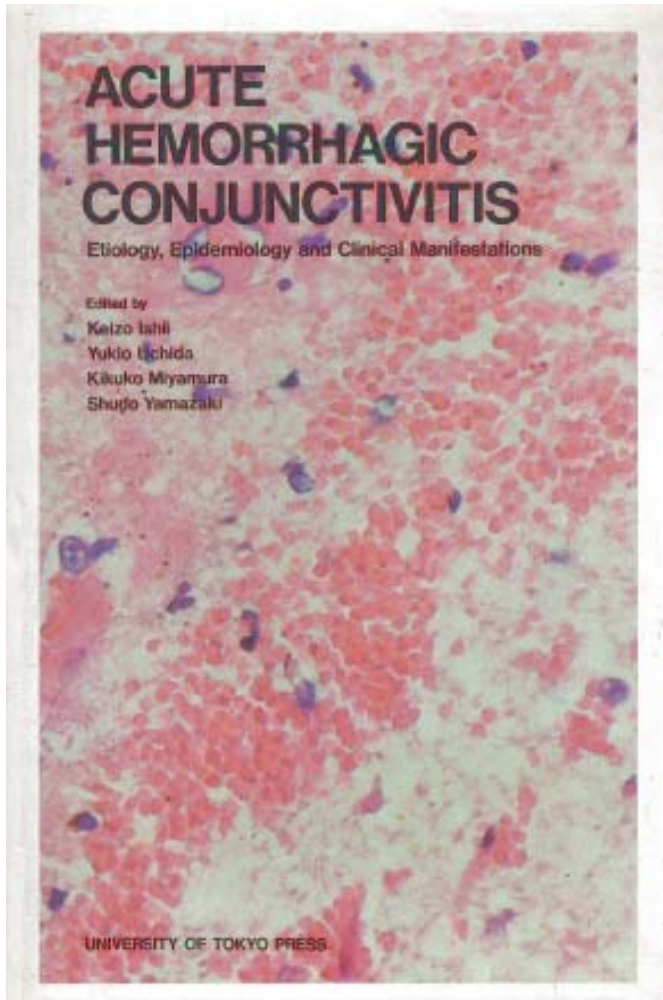


ดร.ไรซาถู โคโน, ภรรยา, (คู่ซ้ายมือ) ผู้นิพนธ์
ถ่ายที่กรุงแมดริด ประเทศสเปน พ.ศ.๒๕๒๓



ผู้นิพนธ์ และดร.ยีน เมอร์ฟี จากสิงคโปร์
ถ่ายภาพที่เมืองเซินได ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ.๒๕๓๗





หนังสือประมวลคำบรรยายในการประชุมที่กรุงโตเกียว



Acute Hemorrhagic Conjunctivitis in Thailand

Prasert Thongcharoen and Chantapong Wasi*

The First Outbreak of Acute Hemorrhagic Conjunctivitis in Thailand

Outbreaks of acute hemorrhagic conjunctivitis (AHC) were first reported from Ghana and Nigeria on the West coast of Africa in June 1969 and spread through the North and West African regions.^{1,2)} The disease reached Indonesia and Singapore in 1970.^{3,4)}

There was no report of any AHC patient from Thailand until June 1971, when an extensive outbreak occurred in a school in Chonburi before spreading

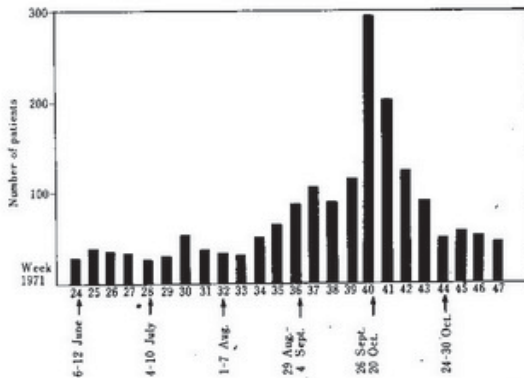


Fig. 1. Number of AHC patients examined at Siriraj Hospital between 24th and 47th weeks of 1971.

* Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

บทความวิชาการที่ผู้เขียนนำไปบรรยายที่กรุงเทพฯ



ทำกันเป็นเครือข่ายกว้างขวาง โดยเราได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากศาสตราจารย์โจเซฟ แอล เม็ดนิค แห่งเบย์เลอร์คอลเลจ ออฟ เมดิซิน ดร.ไรซากู โคโน จากสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศญี่ปุ่น ดร.ยีน เมอร์ฟี จากมหาวิทยาลัยแห่งชาติประเทศสิงคโปร์ ซึ่งร่วมมือกันช่วยรับการวิเคราะห์เชื้อไวรัสให้

การศึกษาในครั้งกระนั้น ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ จากภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, รศ.นพ.ประกิต รอดประเสริฐ จากภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่ามีคนไข้ในประเทศไทยมีอาการแทรกซ้อนที่สำคัญ คือมีอาการอัมพาตของขา คล้าย ๆ โรคโปลิโอ แต่คนไข้ในที่สุดก็ฟื้นสภาพหายเหมือนเดิมได้ มีรายงานพบอาการอัมพาตในประเทศอินเดียด้วย

ทางด้านการรักษาโรคพบว่ารักษาได้โดยการประคบประคอง ไซยาไฮดรอกซิดคาร์บอนดา ๆ ไซยาแก๊สแก๊สแก๊สก็เพียงพอ ยังไม่มีการรักษาโดยปฏิชีวนะ หรือยาใด ๆ โดยเฉพาะ ที่จะทำให้หายเร็วเป็นพิเศษ รักษาประคบประคองเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยหายภายใน ๔-๕ วัน ส่วนใหญ่จะหายสนิทยกเว้นเพียงน้อยรายที่มีอาการอัมพาตชั่วคราวดังกล่าวไว้แล้ว

ทางด้านการป้องกัน เนื่องจากโรคติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิด จึงทำได้โดยพยายามอย่าให้สัมผัสกับมือผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยปิดตาปิดจมูก หมั่นล้างมือฟอกสบู่บ่อย ๆ



อย่าขี้ตา ก็พอที่จะป้องกันได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็ยังป้องกันไม่ได้ทั้งหมด ตามสระว่ยน้ำควรเพิ่มปริมาณคลอรีนให้สูงขึ้น โรคนี้เป็นได้ทั้งหญิงและชาย และเป็นได้กับคนทุกอายุ ในบ้านเราโรคมักจะระบาดปลายหน้าฝนและหน้าหนาว และจะซาลงเมื่ออากาศร้อนขึ้น และประจวบกับโรงเรียนปิดเทอมพอดี โรคก็จะหยุดระบาด การระบาดมักจะมีทุก ๆ ๓-๔ ปี เป็นที่น่าสังเกตว่าในบ้านเราถ้ามีน้ำท่วมขังที่ไร หลังจากนั้นจะพบว่ามีโรคตาแดงชนิดนี้ระบาดในโรงเรียน ข้อสังเกตนี้ยังไม่มืคำอธิบายที่ชัดเจนนัก

โรคตาแดงอะพอลโลนี้ยังไม่มืวัคซีนป้องกันโรค

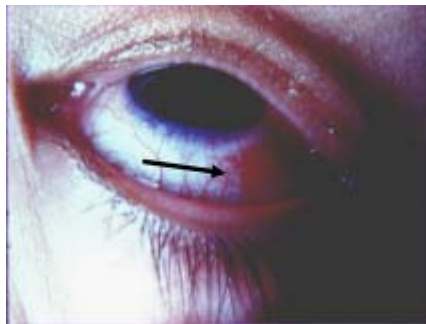
สมัยก่อนการสุขาภิบาลไม่ใคร่จะดี ไม่ว่าจะเป็โรงเรียนดีเด่นดังอย่างไร เด็กนักเรียนก็มักจะมีโอกาสเป็นโรคตาแดง หิด เหา กันเกือบทั้งนั้นจนมีคำพูดกันเล่น ๆ ว่า “เอาตาแดงไป เอาตาขาวมา” ปัจจุบันนี้โรคตาแดงกำลังอาละวาดอยู่ทุกจังหวัดในประเทศไทย และระบาดเป็นครั้งคราวไปทั่วโลก

ลักษณะอาการของโรคนั้น หลังไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคตาแดงมาเพียง ๒๔-๔๘ ชั่วโมง คนไปจะเริ่มรู้สึกคันตา เคืองตา น้ำตาไหลพราก ๆ อาจมีอาการปวดตาไอบางเล็กน้อย อาจจะเริ่มเป็นที่ตาซ้ายก่อนหรือตาขวา ก่อนข้างเดียวแล้วก็ลามไปหาตาข้างที่ยังดี ๆ อยู่ บางคนก็พรวดพราดเป็นทั้งสองข้าง ตั้งแต่เริ่มแรกเลยก็มี ส่วนมากคนไข้ที่เป็นตาแดงแบบนี้มัก





ผู้ป่วยเป็นโรคตาแดงชนิดเลือดออกที่ตาขาว ทั้ง ๒ ข้าง



เลือดออกที่ตาขาว

จะไปพบแพทย์เร็ว อาจจะไปที่โรงพยาบาลหรือไปที่คลินิก เพราะลักษณะของโรคมันน่ากลัว กล่าวคือตาที่แดงทั้งสอง ข้างนั้นแดงจัดราวกับที่กล่าวว่าเป็นไฟ ทั้งนี้เพราะตาขาว ทั้งหมดจะแดง เส้นเลือดฝอยที่อยู่ใต้เยื่อตาจะแตก เส้นเลือดแตกจะทำให้ตาแดงน่ากลัว บางรายอาจจะมีขี้ตาบาง บางราย



ก็ไม่มี คนไข้มักจะมองไปที่แสงแดดจ้า ๆ ไม่ใคร่จะได้
ทนแสงจ้าไม่ได้ กลัวแสงแดด ตาจะแลดูหยาบ ๆ น้ำตาไหล
หนังตาบวม ปวดลูกตา ปวดเข่าตา วันแรก ๆ ที่พบคนไข้มัก
จะไม่มีไข้ตา จะมีก็วันหลัง ๆ นอกจากอาการที่ตาแล้วคนไข้
อาจจะปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว คอแห้ง ๆ ร้อนในคอ เจ็บคอ
ได้บ้างเล็กน้อย หลายรายมักจะมีไข้ต่ำ ๆ วัดปรอทได้ ๓๗.๘
องศาเซลเซียส หรือสูงกว่านั้นเล็กน้อย บางคนจะไม่มี
อาการอื่น ๆ ร่วม จะมีก็ที่ตาเท่านั้นหรืออาจจะมีอาการคล้าย ๆ
หวัดฟลุคที่รวมด้วยเท่านั้นก็มี

สิ่งที่น่ากลัวสำหรับคนไข้เอง หรือคนใกล้ชิดก็คือ
นัยน์ตาจะแดงกำเหมือนไปถูกชกจนตาแตกทีเดียว จุดเลือดออก
บางจุดจะโตเป็นปื้นใหญ่ บางจุดก็เล็ก ๆ เส้นเลือดที่แตกนี้
แตกต่างจากการติดเชื้อในการระบาดตอนต้น ๆ

สรุป

ไวรัสที่เป็นต้นเหตุของโรคมียู่สองชนิด เป็น
ไวรัสที่เพิ่งอุบัติขึ้นไม่เคยพบในโลกมาก่อนเลย ตัวนี้ชื่อว่า
“เอนเทโรไวรัส-๗๐” (Enterovirus ๗๐) และอีกตัวหนึ่งเคยพบ
มาก่อนแล้ว แต่เดิมเคยทำให้เกิดโรคอื่น มาคราวนี้มีลักษณะ
ผิดแผกจากเดิมไปบ้างและทำให้เกิดตาแดง ตัวหลังนี้เป็น
ไวรัสที่มีชื่อว่า “ค็อกแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์” (Coxsackia A
๒๔ variant)



ผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวแล้ว ๓-๔ วัน อาการก็จะค่อย ๆ หายไปเอง ภายในเจ็ดวันก็จะหายสนิท มิใช่ที่ร้ายที่จะอ้อยอิ่ง เรือร้างออกไป ๒-๓ สัปดาห์ รายที่ไม่หายสนิทก็มีกล่าวคือ จะมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะดังกล่าวที่สำคัญก็คือ คนไข้จะมีอาการอัมพาตคล้าย ๆ กับโรคโปลิโอเลยทีเดียว โรคนี้เนื่องจากเป็นโรคใหม่จึงได้ชื่อว่า “โรคตาแดงเฉียบพลันมีเลือดออก” ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่กระเจกตาเป็นแผลตื้น ๆ

ใครบ้างที่จะเป็นโรคนี้ได้

โรคนี้เป็นได้กับเด็กวัยรุ่น วันหนุ่มสาว ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เรียกได้ว่าเป็นได้ทุกเพศทุกวัย ทุกเชื้อชาติทุกภาษา

การติดต่อของโรค

โรคนี้ติดต่อสัมผัสกันโดยตรง เช่น เราไปจับไม้จับมือกับผู้ป่วยไปไขของไขร่วมกับผู้ป่วย ในน้ำตาของผู้ป่วยในซีตาของผู้ป่วยจะมีเชื้อไวรัสอยู่เมื่อไปสัมผัสมาแล้วเกิดเอามือไปป้ายตาขยี้ตาก็จะติดเชื้อได้ นอกจากนั้นเชื้อโรคยังมีอยู่ในน้ำมูก น้ำลายในคอของผู้ป่วย หากมีการไอจาม มีละอองฝอยเกิดขึ้นเชื้อก็แพร่ไปในอากาศก็ติดต่อทางการหายใจเอาเชื้อพวกนี้เข้าไปได้



ระยะพักตัวของโรค

ตัวเราไปสัมผัสกับผู้ป่วยหรือไปอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมา เชื้อก็จะเข้าไปในตัว อาจจะเข้าที่ตาหรือเข้าไปทางการหายใจ ไปในคอจะกินเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ก็จะปรากฏอาการของโรค ช่วงนี้แหละที่เราเรียกกันว่าระยะพักตัวของโรค ระยะนี้อาจจะยาวนานออกไปเป็น ๓-๔ วันก็ได้ แต่โดยทั่วไป ๑-๒ วันก็จะปรากฏอาการของโรค

การรักษา

โรคนี้ยังไม่มีการรักษาโดยเฉพาะ เพราะเรายังไม่พบยาที่จะรักษาหรือจะไปฆ่าเชื้อไวรัสชนิดนี้ได้ เฉพาะบุญที่ส่วนใหญ่โรคจะหายไปได้เอง เมื่อหายแล้วก็ไม่มีตันทานโรค ทำให้ไม่คิดเชื้อโรคหรือไม่เป็นโรคนี้อีก การรักษา นั้นมักจะให้ผู้ป่วยพัก นักเรียนที่ป่วยอาจจะให้พักที่บ้าน ให้หยุดเรียน มิฉะนั้นอาจแพร่โรคต่อไปในโรงเรียนให้เพื่อนๆ ต่อไปได้ การนอนพักผ่อน กินอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย กินอาหารที่ดีๆ ดื่มน้ำให้มาก ถ้าเป็นน้ำส้มคั้นก็จะดีเพราะมีปริมาณวิตามินซีสูง จะช่วยสมานเส้นเลือดฝอยที่แตกให้ประสานเร็วขึ้น นอกจากนั้นก็เป็นการรักษาตามอาการ บางตาบาง กินยาแก้หวัดแก้ไอบาง ถ้ามีไข้ตาอาจจะต้องให้ยาปฏิชีวนะบางอย่างนี้เป็นต้น ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนจะต้องให้แพทย์โรคเฉพาะทางตรวจรักษาดูแลต่อไป



การระบาด

ภายหลังการระบาดอุบัติขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศกานาแล้ว มีรายงานโรคติดตามมาจากประเทศจีน อินเดีย อียิปต์ คิวบา และสิงคโปร์

๒๕๑๓-๒๕๒๘ สิงคโปร์

คือคแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์ ระบาดครั้งแรกเดือนสิงหาคม ๒๕๑๓ ระบาดซ้ำอีกเป็นครั้งที่ ๒ เดือนมิถุนายน ๒๕๑๘ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๑๔, สิงหาคม ๒๕๒๑ และเดือนกรกฎาคม ๒๕๒๓ แมว่าอาการจะคล้ายคลึงกัน แต่สาเหตุเป็นเอ็นเตโรไวรัส ๗๑ การระบาดในเดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๒๗ เพศชายป่วย ๔๐% หญิง ๖๐% ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี พบว่ามีการป่วยซ้ำในคนที่เคยป่วยมาก่อนแล้ว เชื่อกอโรคในการระบาดครั้ง ๒๕๒๘ นี้เป็นไวรัศคือคแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์

พ.ศ. ๒๕๑๓ การระบาดที่ไต้หวัน

ไต้หวัน ระบาดหลายระลอก เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๑๓ ปากฎวาระบาดซ้ำอีกใน เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่เกาะง พ.ศ.๒๕๑๔ ต้นเหตุคือเอ็นเตโรไวรัส ๗๑ ส่วนการระบาดในปี พ.ศ.๒๕๒๓ สาเหตุคือ ไวรัศคือคแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์

พ.ศ. ๒๕๑๔ มีการระบาดในประเทศไทย



พ.ศ. ๒๕๑๘ ประเทศอินเดีย

มีรายงานการระบาดของโรคตาแดงชนิดใหม่จากเมืองลัคเนา ประเทศอินเดีย การระบาดอุบัติขึ้นระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน ๒๕๑๘ หลังจากการระบาดครั้งก่อนเป็นเวลา ๔ ปี ต้นเหตุเกิดจากเอ็นเตโรไวรัส ๗๐ ในเลือดของคนที่เจาะเก็บเอาไว้ก่อนการระบาดทั้งการระบาดในปี ๒๕๑๔, ๒๕๑๘ ไม่มีรายใดที่มีแอนติบอดีต่อไวรัสเอ็นเตโรไวรัสต้นแบบสายพันธุ์ J๖๗๐/๗๑ แต่เลือดที่เจาะหลังการระบาดพบว่า มีแอนติบอดีร้อยละ ๑๘ และร้อยละ ๓๒ เด็กในกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑๐ ขวบเป็นกลุ่มที่มีความชุกของแอนติบอดีสูงที่สุด กลุ่มของเด็กที่เกิดหลังการระบาดครั้งแรกมีแอนติบอดีสูงถึงร้อยละ ๔๔ แสดงว่าการระบาดครั้งแรกในปี ๒๕๑๔ เกิดจากเอ็นเตโรไวรัส ๗๐ การระบาดในครั้งต่อ ๆ มาจึงไม่ใคร่จะพบในกลุ่มอายุน้อย หรืออาจมีแต่อาการอ่อนๆ

๒๕๒๑ ระบาดที่ประเทศมาเลเซีย

พ.ศ. ๒๕๒๑ ระบาดในประเทศมาเลเซีย มีผู้ป่วยจำนวน ๒,๑๓๓ คน ระบาดซ้ำอีกในปีอีก ๒๕๔๕, ๒๕๔๖ เชื้อก่อเหตุคือ ไวรัลค็อกแซกกีเอ ๒๔ แวริแอนท์

ประเทศบราซิล

การระบาดระหว่าง ๒๕๒๔-๒๕๔๗ เชื้อก่อโรคเป็นเอ็นเตโรไวรัส ๗๑ การระบาดในปี ๒๕๓๐ เชื้อก่อโรคคือ



ไรต์ต่อคแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์ การระบาดระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม ๒๕๔๖ มีการระบาดใน ๕ ภาคของประเทศ มีผู้ป่วยมากกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน การระบาดลามไปถึงประเทศเฟรินช ก็อานาในเดือนเมษายนและระบาดต่อไปถึงเดือนกรกฎาคม มีผู้ป่วยจำนวน ๖,๐๐๐ คน เชื้อก่อโรคคือไรต์ต่อคแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์ และเชื้อเดียวกันนี้ที่ระบาดอีกในปี ๒๕๓๐

พ.ศ. ๒๕๒๔ ประเทศอินเดีย

มีการระบาดที่เมืองจันดริกาในประเทศอินเดีย การระบาดจะแพร่กระจายเป็นหย่อม ๆ กินเวลายู่นาน ถึง ๒ ปี ทั้งในเมืองและเมืองบริวารรอบๆ

พ.ศ. ๒๕๒๕ เกาเซอร์อเมริกันซามัว

ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๒๔ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๒๕ มีรายงานการระบาดจากประเทศอเมริกันซามัว มีผู้ป่วยจำนวน ๒๒,๐๐๐ คน ต้นเหตุเกิดจากเอนเทโรไวรัส ๓๐

พ.ศ. ๒๕๑๕ ไรต์ต่อคแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์ - แคริบเบียน

ในฤดูใบไม้ผลิของปีพ.ศ. ๒๕๒๕ มีการระบาดของโรคตาแดงชนิดใหม่จากประเทศทริเนแดด จาไมกา และ เซนต์



ครอยซ์ การระบาดในประเทศทรินิแดดที่อุบัติเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ เกิดจากเอ็นเตโรไวรัส ๓๐ การระบาดในครั้งใหม่นี้ เริ่มในเดือนตุลาคม ๒๕๓๕ ในตอนต้นๆ ของการระบาด มีรายงานผู้ป่วย ๕๐-๑๐๐ รายต่อรอบ ๔ สัปดาห์ เมื่อตอนระบาดสูงสุดจะมีจำนวนมากถึง ๘,๖๖๖ รายรายต่อรอบ ๔ สัปดาห์ ในเดือนมกราคม ๒๕๔๐ จำนวนผู้ป่วยก็ลดลงในช่วงระยะเวลาของการระบาด ๓ เดือน มีผู้ป่วยรวม ๑๕,๓๘๖ ราย การเพาะแยกเชื้อจากผู้ป่วยได้ไวรัสคือค็อกแซกกีเอ ๒๔ แวริแอนท์

พ.ศ. ๒๕๓๗ ประเทศอิสราเอล

มีรายงานการระบาดจากประเทศอิสราเอล เอ็นเตโรไวรัส ๓๐ เป็นต้นเหตุของการระบาด

พ.ศ. ๒๕๔๕ ประเทศเกาหลีใต้

ในฤดูร้อนปี พ.ศ. ๒๕๔๕ มีรายงานการระบาดของโรคตาแดงจากประเทศเกาหลีใต้ที่มีเหตุจากไวรัสคือค็อกแซกกีเอ ๒๔ แวริแอนท์และเอ็นเตโรไวรัส ๓๐ ผู้ป่วยหายได้เองภายในเวลา ๕-๗ วัน แต่ก็มีรายงานว่าในรายที่ป่วยด้วยเอ็นเตโรไวรัส ๓๐ พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมีอาการอัมพาตคล้ายโปลิโอ (ไขสันหลังอักเสบ) ด้วย โดยเกิดขึ้นประมาณในอัตรา ๑ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ราย



พ.ศ. ๒๕๔๖ ประเทศเนปาล

ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน ๒๕๔๖ มีการระบาดอย่างกว้างขวางไปทั่วประเทศเนปาล ประชาชนเกือบครึ่งประเทศป่วยเป็นโรคนี้ ป่วยเป็นโรคทั้ง ๒ เพศ อายุที่ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ ๒๐-๒๙ ปี การตรวจชันสูตรจากการเพาะแยกเชื้อก่อโรคโดยเอาตัวอย่างตรวจโดยการป้ายจากตา พบว่าให้ผลบวก เกิดจากเชื้อไวรัสคือคอกแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์ (๓๑.๓%), เอ็นเทโรไวรัส ๓๑ (๕๓.๓%) และอะเดโนไวรัส (๑๑.๖%) การตรวจเพาะแยกเชื้อจากธนบัตรทองถิ่นก็พบเชื้อได้เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสจับต้องธนบัตรก็มีโอกาสแพร่เชื้อและติดเชื้อได้

ประเทศคองโกและมอริออคโค

ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๘ มีรายงานการระบาดของโรคตาแดงจากประเทศคองโก และประเทศมอริออคโค การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการพบว่าต้นเหตุคือเชื้อไวรัสคือคอกแซกกี ๒๔ แวริแอนท์ รายงานนี้เป็นการพบว่าไวรัสคือคอกแซกกี ๒๔ แวริแอนท์เป็นครั้งแรกที่เป็นเหตุของการระบาดบนทวีปแอฟริกาและในประเทศมอริออคโคด้วย

การระบาดของโรคตาแดงชนิดใหม่นี้อุบัติขึ้นบ่อยในประเทศที่กำลังพัฒนาโดยมีอุบัติการณ์สูงถึงครึ่งหนึ่งของประชากรในบางประเทศ การระบาดไม่มีความแตกต่างกัน



ทางเพศ หรือเชื้อชาติ แต่ความชุกในเด็กอายุระหว่าง ๑๐-๑๔ ปี เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยสูง

พ.ศ. ๒๕๕๐ ประเทศจีน

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๐ มีรายงานการระบาดของโรคตาแดงชนิดเลือดออกหลายครั้ง ในเมือง ๑๐ เมืองในมณฑลทกวางตุง โรคเริ่มระบาดในเดือน มิถุนายน และระบาดสูงสุดในเดือนกันยายน ศูนย์ควบคุมโรค ของมณฑลได้รับรายงานว่า มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น ๓๑,๖๕๕ ราย แต่ก็มีผู้ละเน ไม่เป็นทางการว่าผู้ป่วยอาจจะมีจำนวนสูงกว่า สองแสนคน ในการระบาดครั้งนี้แยกเชื้อได้ ทั้งเอ็นเตโรไวรัส ๗๐ และไวรัสค็อกแซกกีเอ ๒๔ แวริแอนท์

สถานการณ์การระบาดของโรคตาแดงในประเทศไทย ในระยะหลัง

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงาน ผู้ป่วยโรคตาแดง จำนวน ๑๐๔,๓๖๔ ราย อัตราป่วย ๑๖๖.๑๑ ต่อประชากรแสนคน ลดลงจากปี พ.ศ. ๒๕๔๕ และไม่มีผู้ป่วย เสียชีวิต

สถานการณ์โรคตาแดงของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๕๐ มีรายงานอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ตามด้วยปี พ.ศ. ๒๕๔๑ และ ๒๕๔๕ เท่ากับ ๘๔๒.๕๘, ๖๑๑.๘๗ และ ๔๑๗.๕๓ ตาม



ลำดับ และปี พ.ศ.๒๕๔๘ มีอัตราป่วยต่ำสุดในรอบ ๑๐ ปี เทากับ ๑๔๑.๔๒ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยสัญชาติไทย ๑๐๓,๖๑๗ ราย (รอยละ ๕๕.๒๘) ชาวต่างชาติ ๓๔๗ ราย (รอยละ ๐.๓๒) อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี รองลงมา ๕-๙ ปี และ ๑๐-๑๔ ปี เทากับ ๔๒๐.๑๓, ๒๕๑.๑๑ และ ๒๐๒.๕๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราส่วน ผู้ป่วยเพศชายต่อหญิง ๑ : ๑.๑ เข้ารับการรักษาส่งสุดในสถานีนอนามัย รอยละ ๔๓.๘๕ รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน รอยละ ๓๗.๕๒ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รอยละ ๑๔.๗๖ เป็นผู้ป่วยนอก รอยละ ๕๘.๘๐ และเป็นผู้ป่วยใน รอยละ ๑.๐๘

ลักษณะการเกิดโรคตาแดง พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม ในปีนี้ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด ๒๖๔.๕๖ ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วยต่ำสุด ๑๒๕.๐๔ ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ๑๐ จังหวัดแรกคือ พะเยา (๓๒๕.๔๔ ต่อแสน) นราธิวาส (๕๑๕.๐๓) บัคดีธานี (๕๐๒.๘๕) ยะลา (๔๓๓.๐๘) ตรัง (๔๔๓.๓๓) เพชรบุรี (๔๒๗.๗๒) ตาก (๔๒๐.๑๘) ภูเก็ต (๓๕๔.๓๓) แม่ฮ่องสอน (๓๕๕.๒๓) พัทลุง (๓๕๗.๖๕) ผู้ป่วยอยู่ในเขตเทศบาล รอยละ ๑๕.๐๘ และอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล รอยละ ๘๐.๕๒



ปี พ.ศ.๒๕๕๐ สำนักกระบาดวิทยาได้รับรายงานสอบสวนโรค จำนวน ๙ เหตุการณ์ จาก ๔ จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยในแคมป์ก่อสร้าง จำนวน ๑๒ ราย จังหวัดชัยนาทมีผู้ป่วยในหมู่บ้านเดียวกัน จำนวน ๓ ราย จังหวัดน่านพบผู้ป่วย จำนวน ๕ รายในพื้นที่ ๒ อำเภอ และจังหวัดหนองคายมีการระบาดใหญ่พบผู้ป่วย จำนวน ๑๐๕ ราย การระบาดในจังหวัดหนองคายมีแหล่งแพร่ระบาดในโรงเรียนร่วมด้วย ทุกเหตุการณ์ที่ได้รับการรายงานไม่มีการเก็บตัวอย่างปัสสาวะจากตาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ไม่ทราบชนิดของเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของการระบาด

ข้อมูลจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีจำนวนตัวอย่างที่ปัสสาวะจากตาส่งตรวจทั้งสิ้น ๘๕ ตัวอย่าง จากผู้ป่วย ๙๒ ราย ผลการตรวจพบเชื้อไวรัสคือคอกแซกกี เอ ๒๔ แวริแอนท์ รอยละ ๒๗.๗ และให้ผลลบ รอยละ ๗๒.๓ ซึ่งทั้ง ๘๕ ตัวอย่างตรวจไม่พบเชื้อเอนเทโรไวรัส ๗๐

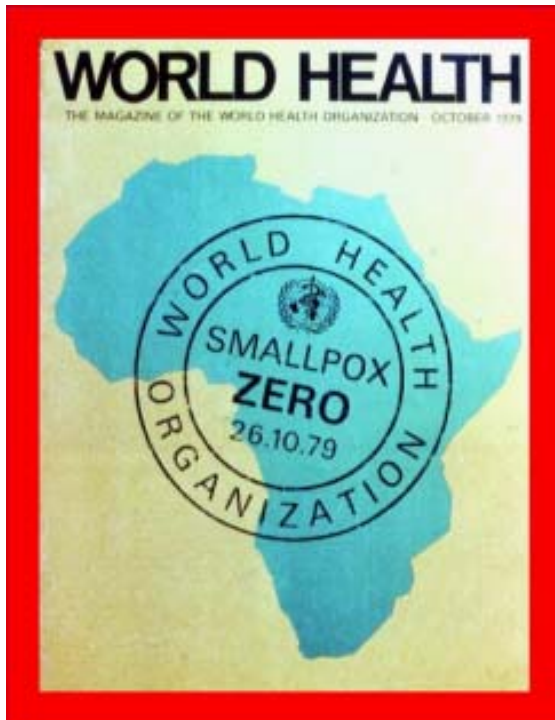
ในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราความชุกของโรคตาแดงชนิดใหม่นี้ต่ำมากกว่าที่มีรายงานจากประเทศที่กำลังพัฒนา จะมีโรคปรากฏบ้างในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศ

โรคตาแดงอะพอลโลนี่ระบาดได้บันลือโลกจริง ๆ



ฝดษ

เจันเน็ท ปาร์ดเกอร်
ผู้รณะด้วยโรคหลงยุค



พิศาจ

เงินเหนืท ปาร์คเกอร์ ผู้มรณะด้วยโรคหลงยุค

ระหว่างวันที่ ๒๕ สิงหาคม - ๖ กันยายน ๒๕๒๑ มีการประชุมวิชาการ ไวรัสวิทยานานาชาติ ครั้งที่ ๔ ที่กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ การประชุมนี้ ๔ ปี จึงจะมีสักครั้ง มีผู้เชี่ยวชาญทางโรคติดเชื้อไวรัสหลายสาขาไปชุมนุมกันอยู่ที่นั่นถึง ๑,๕๕๒ คน ผู้นิพนธ์โชคติมีโอกาได้ไปประชุมด้วย ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการบรรยายและนำรายงานการศึกษา และวิจัยไปเสนอ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โรคติดต่อ/โรคติดเชื้อหลายๆ โรค ที่ชาวโลกกลัวกันก็กลับกลายเป็นโรคในประวัติศาสตร์ ไม่มีผู้ใดให้ความสนใจถึงเลย ก็มี บางโรคที่เคยเงียบเหงากลับทำท่าจะมีบทบาทเพิ่มขึ้น

ในสัปดาห์แรกของการประชุมดังกล่าวนี้เอง ก็มี ข่าวของโรคที่ที่ประชุมถือว่าเป็น โรคแห่งประวัติศาสตร์ หดจากโลกไปแล้ว กลับมาอุบัติซ้ำใหม่ โรคที่กล่าวถึงนี้ก็คือ **ไซทรพิษ** หรือ**โรคพิศาจ** ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง หนังสือพิมพ์ในอังกฤษต่างก็กระตือรือร้น ที่จะเสนอข่าวนี้และประจบเหมาะที่ผู้นิพนธ์เองก็สนใจเกี่ยวกับ เรื่องนี้อยู่พอดี จึงได้รวบรวมมาเสนอ โดยได้รวบรวมเรียบเรียง เรื่องราวจากหนังสือพิมพ์ แมนเชสเตอร์ การ์เดียน ฉบับประจำ



วันที่ ๓๑ สิงหาคมและ ๔ กันยายน ๒๕๒๑ หนังสือพิมพ์
 ชั้นเคย์ไทม์ ฉบับประจำวันที ๓๑ สิงหาคม ๑ กันยายน
 ๓ กันยายน หนังสือพิมพ์เดลีเทเลกราฟ ฉบับวันที่ ๒ กันยายน
 เดลีเมลฉบับประจำวันที ๖ กันยายนและนิตยสารรายงานข่าว
 การเจ็บการตายของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของทางการ
 สหรัฐฯ ทีชื่อว่า Morbidity and Mortality Weekly Report
 ฉบับประจำวันที ๑ กันยายน สกเดียวกันนี้

เหตุเกิดเมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๒๑ เมื่อเงินเน็ท
 ปาร์คเกอร์ อายุ ๔๐ ปี ผู้ซึ่งมีนิवासถานอยู่เมืองเบอร์มิงแฮม
 ประเทศอังกฤษ รู้สึกดีว่าไม่สบายเป็นโรคคล้ายไขหวัด
 จึงได้ไปตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลอัสท์เบอร์มิงแฮม ซึ่งอีก
 ๒ วันต่อมา เงินเน็ทก็มีผื่นและตุ่มขึ้นตามตัว และก็ได้รับการ
 วินิจฉัยโรคว่าเป็นไขทรพิษ

ดังนั้น เงินเน็ท จึงถูกนำตัวไปยังโรงพยาบาลโรค
 ติดต่อนครเบอร์มิงแฮม ชื่อโรงพยาบาลเก็ทเธอริน เดอ
 บารันส์ เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ผลการตรวจทางกลอง
 จุลทรรศน์อเล็กตรอน ก็ยืนยันว่าเป็นไขทรพิษ

เนื่องจากเป็นโรคติดต่อนันตรายในระดับสูงทีสุด
 เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขจึงได้รับรายงาน และได้รายงาน
 ต่อห้องคักการอนามัยโลกทราบทันที เมื่อเหตุการณ์เป็น
 เช่นนี้ ความโกลาหลวุ่นวายต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นตามมาทันที
 ดังต่อไปนี้คือ



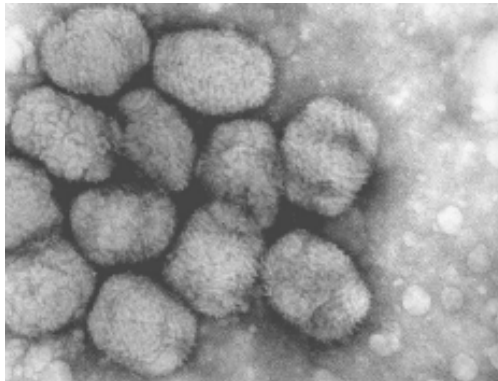
๑. ประชาชนชาวอังกฤษส่วนใหญ่ ไม่ได้ปลูกฝิ่นป้องกันไข้ทรพิษมาหลายปีแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากว่าไม่เคยมีไข้ทรพิษระบาดในประเทศอังกฤษมาเป็นเวลานานแล้ว รายสุดท้ายที่มีรายงานซึ่งก็มีอยู่รายเดียว ไม่ถือว่าเป็นการระบาด และควบคุมเอาไว้ได้ก็เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๕ ดังนั้นชาวอังกฤษส่วนใหญ่จึงขาดภูมิคุ้มกันโรคไข้ทรพิษ ประชาชนทั่วไป จึงตื่นเต้นต่อข่าวนี้ ได้แห่กันไปขอปลูกฝิ่นกันใหญ่ บางแห่งถึง ชั่วโมงละ ๓๐๐ คน ผู้ใหญ่บางคนที่ไม่เคยปลูกฝิ่นมาก่อน ถ้ามารปลูกเป็นครั้งแรกตอนอายุมากแล้วนี้ อาจจะทำให้เกิดเหตุภาวะแทรกซ้อนทางสมองก็ได้ คนอังกฤษที่เป็นผู้ใหญ่ไม่เคยปลูกฝิ่นมาก่อนก็มีเป็นจำนวนไม่น้อย

๒. เมื่อเงินเน็ท ปาร์คเกอร์ เริ่มป่วยอยู่ที่บ้าน ถนนมิร์เติล ที่คิงส์ธิช ในเมืองเบอร์มิงแฮมนั้น นายเฟเดอริค วิทคอมบ์ ผู้เป็นบิดาอายุ ๗๗ ปี ได้เป็นผู้ดูแลนางอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นยังมีเพื่อนบ้านอีกหลายคน อาจจะสัมผัสโรคใกล้เคียง และมีโอกาส จะติดโรคได้มากที่สุดก็คือ นางมิลลิเชินต์ โรว์เลย์ อายุ ๖๕ ปี ซึ่งอยู่บ้านติดกัน ฟังสังเกตว่าโรคนี้ติดต่อกันโดยการสัมผัสโดยตรงหรือสูดหายใจเอาเชื้อไวรัสไข้ทรพิษเข้าไป หรือติดจากการสัมผัสกับภาชนะ เสื้อผ้า ของใช้ของผู้ป่วย เชื้อจะแพร่จากผู้ป่วยได้ในระยะแรกออกมากับละอองฝอยที่ไอจาม ส่วนในระยะหลังจะติดจากหนอง แม้ว่าจะเป็นสะเก็ด



ผลที่หายแล้วก็ทำให้ติดเชื้อ แล้วป่วยเป็นโรค และยังแพร่โรค
ต่อๆ ไปอีกด้วยก็ได้

๓. ที่โรงพยาบาลอีสท์เบอร์มิงแฮม ในวันที่เจ็ดนี้
ไปตรวจนั้น มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่อยู่ในบริเวณนั้น
ที่มีโอกาสจะติดโรคได้ถึง ๗๖ คน ในจำนวนนั้นมีอยู่ ๓ คน
ที่ใกล้ชิดเสี่ยงต่อการติดโรค คนแรกเป็นพยาบาลสาว ชื่อ
แอนเจลา ทูโด และนาย เรจินัลด์ วิกเค็ต อายุ ๕๑ ปี นายวิศวกร
ประจำโรงพยาบาลซึ่งเผชิญปฏิบัติงานอยู่ในบริเวณที่ใกล้เคียง
และนางสาว แพทริเซีย มัคคิแมน อายุ ๒๒ ปี ทำหน้าที่เป็น
พนักงานห้องชันสูตรโรค บุคคลต่าง ๆ เหล่านี้ ถ้าเกิดติดเชื้อ



ไวรัสไข้ทรพิษ



และป่วยเป็นโรค แต่ละคนย่อมจะแพร่โรคให้แก่ผู้อื่นไปได้ อีกหลายคน จะมากหรือน้อยก็แล้วแต่โอกาส ทางกรจึงจำเป็นต้องนำบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้เข้าโรงพยาบาล เพื่อกักกันตัวเอาไว้ให้พ้นระยะติดต่อของโรค จึงจะอนุญาตให้ออกมาภายนอกได้ สำหรับนาย วิคเค์ตันั้น ดำรวจเพิ่งไปตามควัวตัวกลับมาได้จากชายทะเล เมื่อ ๓-๔ วันให้หลัง ซึ่งวิคเค์ตนเองก็รายงานว่าตนเองก็รู้สึกตัวว่าไม่มีใครสบายเหมือนกัน

๔. เจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม ที่ทำงานอยู่ไกล ๆ กับที่ทำงานของเงินเน็ทอีก ๑๗๔ คน ก็ต้องถูกนำตัวไปกักกันด้วย มีอยู่อีก ๑ รายไปทัศนจรที่สหรัฐ แต่ก็ได้ไปรายงานตัวต่อทางการแล้ว รวมผู้ที่ต้องถูกกักกันด้วยกันทั้งหมดในคราวนี้ ๒๕๐ คน

๕. มีหลายประเทศที่ตื่นเตนต่อขานนี้ ได้แจ้งต่อองค์การอนามัยโลกว่า ผู้ที่จะเดินทางจากอังกฤษจะเข้าประเทศของเขานั้นจะต้องมีหนังสือรับรองการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษอย่างถูกต้อง ทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้เป็นเวลา ๑๐ ปีมาแล้วที่นักท่องเที่ยวจากอังกฤษได้รับการยกเว้นไม่ต้องปลูกฝี ความวุ่นวายย่อมเกิดขึ้นอย่างแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กโตหรือผู้ใหญ่ที่ไม่เคยปลูกฝีมาก่อน และมาปลูกฝีเป็นครั้งแรกในคราวนี้ สำหรับเด็กเล็กนั้น ภาวะแทรกซ้อนมีน้อยจึงไม่น่าวิตกอย่างไร



เมื่อวันที่ ๓ กันยายน นายวิกเค็ด นางโรว์เลย์ และ นายวิทคอมบ์ผู้บิดาก็ถูกส่งเข้าโรงพยาบาลโรคติดต่อแคว้นเซอรินเดอ บารนส์ ผลการตรวจทางห้องชันสูตรปรากฏว่าทั้ง ๓ คน ไม่ได้ป่วยเป็นไขทรพิษ แต่อย่างไรก็ตามนายวิทคอมบ์ชายชราอายุ ๗๗ ปี ก็ได้ถึงแก่กรรม เมื่อวันที่ ๕ กันยายน โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเสียชีวิตเพราะหัวใจวาย มีแต่นางปรักเกอร์คนเดียวเท่านั้นที่เป็นไขทรพิษ หรือฝีดาษอย่างแท้จริง ปรากฏตามรายงานเมื่อวันที่ ๔ กันยายน ปรากฏว่าเธอมีอาการดีขึ้นอยู่ในขั้นที่น่าพอใจ แต่เมื่อบิดาของเธอสิ้นลม เธอก็กลับทรุดลงไปอีก

ปัญหาสำคัญที่จะต้องตอบให้ได้ก็คือเชื้อโรคแพรมาจากไหนและอย่างไร

เมื่อก่อนปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ไขทรพิษหรือโรคฝีดาษยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งเอเชียและแอฟริกา เมื่อปี ๒๕๑๗ ในประเทศอินเดียที่มีคนตายเพราะโรคนี้หลายพันคน เนื่องจากไขทรพิษเป็นโรคติดต่อร้ายแรงและเชื้อโรคก็ทนทานต่อสิ่งแวดล้อมมาก เคยมีชาวเยอรมันติดโรคนี้จากโปสการ์ดที่ลูกชายส่งไปจากอินเดียถึงพ่อแม่ระหว่างที่เดินทางท่องเที่ยว ที่ต้นทางคงมีคนที่มีเชื้อโรค ไปสัมผัสโปสการ์ดฉบับนั้นมาก่อน





ผู้พิมพ์ หน้าอาคาร องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา

องค์การอนามัยโลก ซึ่งมีสำนักงานใหญ่อยู่ที่ นครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ได้ตั้งให้นายแพทย์เฮ็นเดอร์สัน เป็นผู้อำนวยการ เพื่อพิชิตโรคนี้ให้หมดไปจากโลกให้ได้ ผู้อำนวยการโครงการและคณะได้ระดมปลูกฝีให้กับประชาชนในประเทศด้อยพัฒนา โดยเฉพาะเป็นแหล่งแพร่โรค อย่างที่บังคลาเทศถึงกับตั้งรางวัลให้แก่ใครก็ตามที่พบผู้ป่วยไข้ทรพิษ เมื่อไปรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบจะได้รับรางวัลเงินสดเป็นมูลค่าประมาณ ๕๐๐ บาททันที

ผลปรากฏว่า เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๑๘ มีรายงานผู้ป่วยรายสุดท้ายจากบังคลาเทศ และไข้ทรพิษก็หมดไปจากเอเชีย ส่วนแอฟริกาที่พบผู้ป่วยรายสุดท้ายที่ประเทศโซมาเลีย เมื่อ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๒๐ นับว่าเป็นผลสำเร็จอย่าง



ใหญ่หลวงขององค์การอนามัยโลก ที่จะทำให้โรคนี้กลายเป็นโรคแห่งประวัติศาสตร์ไปได้

ผู้ป่วยโรคไขทรพิษร้ายสุดทายเป็นโลกในการกำจัดกวาดล้างโรคไขทรพิษ นายอาลี เมาว์ มาลิน (Ali Maow Maalin)

นาย อาลี เมาว์ มาลิน (Ali Maow Maalin) เป็นผู้ป่วยสุดท้ายในโลกนี้ ที่ป่วยเป็นไขทรพิษ โดยติดเชื้อมตามธรรมชาติ อาลี อายุ ๒๑ ปี เป็นพ่อครัว ของโรงพยาบาล เมอร์กา ประเทศโซมาเลีย และเป็นผู้นำหน้าที่คนหนึ่งในคณะของเจ้าหน้าที่ปลูกฝั่ป้องกันไขทรพิษในการกำจัดกวาดล้างโรคไขทรพิษขององค์การอนามัยโลกด้วย



นาย อาลี เมาว์ มาลิน (Ali Maow Maalin)



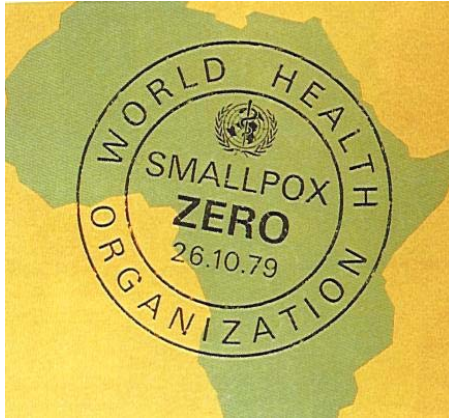
เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๒๐ อาตีไค้พบเด็ก ๒ คนที่ป่วยมีอาการของโรคไข้ทรพิษที่มายังโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๒๐ อาตีไค้ล้มป่วยด้วยโรคไข้ทรพิษ จากไวรัสสายพันธุ์ แวริโอลา เมเจอร์ (*Variola minor strain of smallpox*) อาตีไค้เคยปลูกฝีมาก่อนแต่ฝิ่ไม่ขึ้น ผู้ป่วยรายนี้พื้นโรคและหาย

ปัจจุบัน นายอาตี เมาว์ มาลิน ปฏิบัติงานร่วมอยู่ในคณะเจ้าหน้าที่กวาดล้างโรคโปลิโอในโซมาเลีย โดยเข้าร่วมปฏิบัติงานในหน้าที่ดังกล่าวเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑

เมื่อโรคนี้หมดไปจากโลก ห้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ หรือทำงานทางด้านไวรัสวิทยาที่เคยเก็บเชื้อเอาไว้ทดลองก็ดี เอาไว้ศึกษาก็ดี ก็หมดความจำเป็นที่จะต้องมีเชื้อเอาไว้ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๘ มีรายงานว่าห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ๑๑๐ แห่ง ยังเก็บเชื้อไวรัสไข้ทรพิษเอาไว้ และลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ยังคงเหลือ ๑๓ แห่งเท่านั้นเองที่เก็บเชื้อเอาไว้

องค์การอนามัยโลกเองได้ตระหนักถึงภัยที่อาจจะเกิดขึ้นจากความประมาทเลินเล่อก็ดี หรือเกิดจากอุบัติเหตุก็ดี เชื้อที่เก็บเอาไว้อาจจะเล็ดลอดออกมา ทำอันตรายแก่คนก็ได้ หรือมีคนเก็บซุกซ่อนเอาไว้เพื่อพัฒนาเป็นอาวุธชีวภาพหรืออาวุธเชื้อโรค (Bioweapon) ก็ได้ จึงได้พยายามที่จะลดแหล่งเก็บ





เชื่อในโลกนี้ให้เหลือเพียง ๕ แห่ง โดยแต่ละแห่งองค์การฯ ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญไปสำรวจความเหมาะสม และความปลอดภัยต่างๆ ด้วย สำหรับในประเทศอังกฤษนั้น เดิมมีแหล่งเก็บเชื้ออยู่ ๓ แห่ง คือที่วิทยาลัยเวชศาสตร์เขตร้อนที่ลิเวอร์พูล ซึ่งก็เลิกเก็บมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๖ มีที่เก็บเชื้อจริงๆ ก็อยู่ที่มหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮมและโรงพยาบาลเซนต์แมรีในกรุงลอนดอนเท่านั้น

ที่ประชุมสมัชชาใหญ่ประจำปี ๒๕๕๓ ได้ประกาศให้ทุกประเทศที่เก็บเชื้อไวรัสไข้ทรพิษเอาไว้ ให้นำไปทำลายให้สิ้นซาก แต่กระนั้นก็มีประเทศที่มีเสียงใหญ่ขานใหญ่กล่าวโต อยู่ ๒ ประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (ที่ศูนย์ควบคุมป้องกันโรค ที่นครแอตแลนตา รัฐจอร์เจีย) และประเทศรัสเซีย (ที่นครโคลทโซโว) ได้ขอประวิงเวลาออกไปอีกสักหน่อย



เพื่อทำการวิจัยหาวิธีป้องกันโรคและรักษาโรคที่ได้ผลชงัด โดยจะต้องทดลองในห้องปฏิบัติการชีวนิรักษาระดับ ๔ (Biosafety level IV) อันเป็นระดับสูงที่สุด ป้องกันมิให้เชื้อหลุดออกไป อากาศใด และเก็บเชื้อไว้ในสถานที่ที่มีความปลอดภัยสูง มีเวรยามเฝ้าแน่นหนา จนกระทั่งในปี ๒๕๕๑ ก็ยังประวิงเวลากันต่อ องค์การอนามัยโลกจึงขีดเส้นตายเอาไว้ว่า ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จะเป็นปีสุดท้ายที่จะผ่อนผันได้ ตัวผมเองรู้เรื่องนี้ดี ก็เพราะองค์การอนามัยโลกได้แต่งตั้งให้ผมเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ในคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ติดตามพิจารณาผลงานวิจัยของคณะนักวิจัยจากทั้ง ๒ ประเทศนั้นว่า ทำอะไร ก้าวหน้าไปแค่ไหน ผลเป็นอย่างไร ยังมีประเด็นของการวิจัยอะไรที่ยังค้างอยู่ เมื่อไหร่จะวิจัยเสร็จ ทุกปีจะต้องนำผลงานไปเสนอต่อที่ประชุมของกรรมการผู้เชี่ยวชาญ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง บางปีก็ต้องประชุมถึง ๒ ครั้ง ผมจึงต้องเดินทางไปร่วมประชุมที่นครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ทุกปี ขณะที่นิพนธ์เรื่องนี้ (๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๑) ก็ยังอยู่ที่นครเจนีวา คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ได้แนะนำให้เลิกเก็บเชื้อนี้ และให้ยุติการทดลองต่างๆ เสียตั้งแต่เดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา

นางเงินเน็ท ปาร์คเกอร์ ผู้ที่ป่วยเป็นไขทรพิษรายแรก และรายเดียวของอังกฤษในขณะนั้น เป็นช่างภาพอยู่ในหน่วยเวชนิทัศน์หรือเรียกง่าย ๆ ว่า หน่วยภาพทางการแพทย์



ตั้งกัคคยู่ในภาควิชากายวิภาคศาสตร์ มหาวิทยาลัยเบอร้มิงแฮม
 ภาควิชากายวิภาคศาสตร์นี้ต้องอยู่ทีตักเดียวกันกับภาควิชา
 จุลชีววิทยาทางการแพทย์ โดยภาควิชากายวิภาคฯ อยู่ชั้น ๒
 ภาควิชาจุลชีววิทยาฯ ซึ่งทำหน้าที่ศึกษาวิจัยเชือจุลชีพหรือ
 เชือโรคต่างๆ อยู่ทีชั้น ๑ ของตัก ศาสตราจารย์เฮ็นรี เบ็คสัน
 เป็นหัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยาฯ และเป็นหนึ่งในจำนวน
 ๒-๓ คน ทีได้รับแต่งตั้งจากองค์การอนามัยโลกให้เป็น
 ผู้เชี่ยวชาญโรคไขทรพิษ เบ็คสันจึงเก็บเชือไวรัสไขทรพิษไว้
 ศึกษาวิจัย แต่อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกก็ยังคงระมัด
 ระวังและเคยขอให้เบ็คสันเลิกเก็บเชือไว้ในห้องทดลอง
 เอาไปทำลายเสีย จนเกิดเหตุเศร้า

มาถึงจุดนี้เราก้พอจะมองเห็นว่า เชือโรคไขทรพิษ
 อาจจะได้ลอคโดยวิธีใดวิธีหนึ่งออกจากห้องทดลองของ
 เบ็คสันก็ได้ ทางรัฐบาลอังกฤษก็มีไค่นิ่งนอนใจ ได้ให้เจ้าหน้าที่
 ฝ่ายสงครามอาวุธชีวภาพของกระทรวงกลาโหม ไปสมทบกับ
 คณะกรรมการฝ่ายพลเรือน ซึ่งมีศาสตราจารย์เจ ชุตเตอร์จาก
 โรงพยาบาลเซนต์บาโรโลมิวแห่งกรุงลอนดอน เป็นประธาน
 และมีนายแพทย์วิลเลียม นิโคล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขต
 เบอร้มิงแฮมร่วมเป็นกรรมการ องค์การอนามัยโลกก็ได้จัดส่ง
 นายแพทย์เอียน คาร์เตอร์ ผู้เชี่ยวชาญโรคไขทรพิษไปร่วม
 สอบสวนควย



ในขณะนี้องปฏิบัติกรจุลชีววิทยา จำเป็นต้องหยุดปฏิบัติงานและปิดตามช่องลมทุกช่องแมกระทั่งช่องเล็ก ๆ ตามประตูหน้าต่าง ต่างก็ไซกระดากวปิดไว้โดยรอบ กันมิให้อากาศผ่านเขาออกได้ (เชื้อไวรัสฝีดาษ แพร่ได้ทางอากาศ) ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ก็ห้ามคนเขาออก ปิดตาย และอบด้วยยาฆ่าเชื้ออย่างแรง

ศาสตราจารย์เฮนรี เบ็ดสัน ในขณะเกิดเรื่องอายุ ๔๕ ปี นับว่าเป็นศาสตราจารย์หนุ่มที่มีชื่อเสียงโด่งดังผู้หนึ่งของอังกฤษ ได้มาเริ่มทำงานเป็นอาจารย์ผู้บรรยายอาวุโส อยู่ที่มหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๗ โดยก่อนหน้านั้นปฏิบัติงานอยู่ที่มหาวิทยาลัย ลิวอร์พูลก่อนแล้วเป็นเวลาถึง ๖ ปี บิดาเป็นศาสตราจารย์วิจัยทางจุลชีววิทยา จนมีเชื้อจุลินทรีย์



อาคารในมหาวิทยาลัย เบอร์มิงแฮม ที่เจเน็ต ปาร์คเกอร์ได้รับเชื้อ



ชนิดหนึ่งได้ชื่อของท่านเป็นชื่อสกุลคือ **เบ็ดโซเนีย (Bedsonia)** เมื่อมีเรื่องสลดใจเช่นนี้เกิดขึ้นและทุกคนก็เข้าใจว่าเชื้อไวรัสโรคไขทรพิษคงจะออกไปจากห้องทดลองของเบ็ดสัน เบ็ดสันเองรู้สึกเสียใจมากกว่าใคร ๆ หลังจากได้โทรศัพท์คุยกับเพื่อนสนิทบางคน เบ็ดสันก็หลบเข้าไปนอนในห้องส่วนตัวที่บ้าน ทำอหิวาตกกรรม โดยไข่มืดเชือดคอตนเอง มีผู้นำส่งโรงพยาบาล แม่แพทย์จะรับไว้รักษาในไอซียูก็ไม่รอด สุดท้ายหมอเบ็ดสันจบชีวิตตายไปเสียแล้วในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๒๑

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นบทเรียนที่ดี ที่ชี้ให้เราเห็นว่า ในประเทศของเราเนี่ย แม้วาไม่มีผู้ใดเก็บเชื้อมหาประลัยนี้ไว้ แต่ถาหากเราปล่อยปละละเลยให้ประชาชนของเราขาดภูมิต้านทานโรค โดยไม่ได้ทำการปลูกฝักัน ถาเกิดมีผู้ป่วยไขทรพิษเกิดพลัดถิ่นเข้ามาในบ้านของเราความโกลาหลก็คงจะเกิดขึ้นอย่างแนนอน

โรคไขทรพิษมีลักษณะทางเวชกรรมเป็นอย่างไร

ไขทรพิษหรือฝักาย หรือทางบักษได้เรียกว่า “ไขน้ำ” ทางภาคเหนือเรียกว่า “เป็นตุ่ม” หรือ “ตุ่มตุก” เป็นโรคติดต่ออันตรายชนิดหนึ่งที่ติดต่อกันได้ง่ายมาก และเป็นโรคที่จะต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พุทธศักราช ๒๕๑๗ รวมทั้งเป็นโรคที่จะต้องรายงานในองค์การอนามัยโลกทราบอีกด้วย แม้วาประเทศที่อยู่ไกลเคียงกับประเทศของเราจะเป็น





Dr. Peter B. Jahrling จากสหรัฐอเมริกา
กรรมการผู้ช่วยขาญขององคการอนามยโลก



Professor Lev S. Sandakhchiev จากรัสเซีย
กรรมการผู้ช่วยขาญขององคการอนามยโลก



แหล่งระบาคของโรค แต่เป็นที่น่ายนิดีที่ประเทศไทยปลอดจากโรคนี้มานานนับ ๔๐ ปีเศษแล้ว ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากความร่วมมือร่วมใจกันของเจ้าหน้าที่ฝ่ายป้องกันโรค ฝ่ายผลิตหนองฝี และประชาชนที่ไปรับการปลูกฝีดังจะเห็นได้จากสถิติดังนี้คือ

พ.ศ. ๒๕๐๐ เจ้าหน้าที่ได้ทำการปลูกฝีแก่ประชาชน ๑.๕ ล้านคน และเพิ่มเป็น ๔.๕ ล้านในปี ๒๕๐๒, ๑๑ ล้านคน ในปี ๒๕๐๓, ๗.๕ ล้านคนในปี ๒๕๐๕, ๑๒ ล้านคนในปี ๒๕๐๖ แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่า ในระยะหลัง ๆ จำนวนผู้ที่ไปรับการปลูกฝีจากเจ้าหน้าที่กรมอนามัยลดลงเหลือ ๗.๘



ภาพเด็กป่วยด้วยฝีดาษ - ภาพจากองค์การอนามัยโลก



ล้านคนในปี ๒๕๐๗ เหลือเพียง ๒.๕ ล้านคนปี ๒๕๑๐ ทั้ง ๆ ที่ประชากรของเราเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เราะหัดที่โรคถูกกำจัดกวาดล้างไปเสียแล้ว

องค์การอนามัยโลกได้มีบทบาทอันสำคัญยิ่งในการที่จะพยายามกวาดล้างไขทรพิษให้หมดไปจากโลก ผลของการรณรงค์ปรากฏว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๐๘ เป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยไขทรพิษที่ได้รับรายงานลดลงทุกปี ๆ จนถึง พ.ศ. ๒๕๑๓ ก็ลดลงเป็นที่น่าพอใจ จนกะเนกัันว่าไขทรพิษกำลังจะหมดไปจากโลก ความคาดหมายเช่นที่ว่ำนั้กลับผิดไป เนื่องจกพอถึงปลายปี ๒๕๑๔ ก็กลับมีการระบาดของโรคนี้เพิ่มมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง มีหน้าซำยังแพร่เข้าไปในประเทศที่เคยรายงานว่่าปลอดโรคแล้วถึง ๑๐ ประเทศ เพียง ๔ เดือนแรกของปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ก็มีผู้ป่วยมากกว่าระยะเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. ๒๕๑๔ ถึงร้อยละ ๔๔ เมื่อรวมจำนวนผู้ป่วยที่ได้รายงานจากทั่วโลกตลอดปี พ.ศ. ๒๕๑๕ มีจำนวนสูงเกือบถึง ๖๕,๐๐๐ คน ที่เป็นเช่นนี้ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกให้ความเห็นว่่าเนื่องมาจากผลของการจัดการปลูกฝิ่นในประเทศต่าง ๆ ยังกระทำได้ไม่ดีพอ ไม่ครอบคลุมทั่วถึง ดังจะเห็นได้ว่า ร้อยละ ๘๕ ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่ไม่เคยปลูกฝิ่นมาก่อนเลย และมากกว่าร้อยละ ๘๐ เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีจำเป็นจะต้องได้รับการปลูกฝิ่นให้มากที่สุด



แหล่งรบาดของโรคที่มีอยู่เป็นประจำและยังแพร่โรคไปทีอื่นก็คือ ประเทศเอธิโอเปียและซูดานในทวีปแอฟริกา อินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ และเนปาลในทวีปเอเชีย ในปี พ.ศ. ๒๕๑๖ ตัวเลขจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานก็ยังมีแนวโน้มว่าจะมีการรบาดของโรคเพิ่มมากกว่าปี พ.ศ. ๒๕๑๕ เสียอีก อาทิเช่น ตั้งแต่ต้นปีมาจนถึงวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๑๖ มีรายงานผู้ป่วยแล้วถึง ๑๕,๖๓๑ คน มากกว่าระยะเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ถึงกว่า ๕,๐๐๐ คน มากกว่าร้อยละ ๑๕ ของจำนวนผู้ป่วยที่กล่าวถึงนี้อยู่ในตอนกลางของประเทศอินเดีย และบังคลาเทศ

ทีเกิดมีข่าวกรีกโครมขึ้นมามาก ก็เนื่องมาจากมีรายงานการรบาดของโรคนี้จากประเทศอังกฤษและประเทศญี่ปุ่น กล่าวคือรายแรกมีชาวอินเดียคนหนึ่งทำงานอยู่ในมหานครลอนดอนเดินทางมาเยี่ยมบ้านทีประเทศอินเดีย ระหว่างทีอยู่ในอินเดียได้ไปเยี่ยมหลานทีป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยทีแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งนั้นให้การวินิจฉัยโรคขึ้นต้นว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ แต่ภายหลังจึงได้ทราบว่าเป็นไข้ทรพิษ ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากกระยะเริ่มแรกของโรคจะสำแดงอาการคล้าย ๆ กับไข้หวัดใหญ่ ชาวอินเดียผู้นั้นเป็นผู้ทีขาดภูมิต้านทานโรค คงไม่ได้ปลูกฝัมานานแล้ว จึงคิดโรคจากหลานเมื่อกลับไปถึงลอนดอนแล้ว ๒ สัปดาห์ ก็ป่วยเป็นไข้ทรพิษ



จากการตรวจสอบโรคปรากฏว่าชายผู้นั้นเคยปลูกฝิ่นตั้งแต่
ยังเด็ก และเคยปลูกฝิ่นซ้ำอีกครั้งหนึ่งเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.
๒๕๑๔ แต่ไม่ทราบแน่ชัดว่าฝิ่นหรือไม่ว่าจากชายผู้นั้นเอง โรคก็แพร่
ติดต่อไปยังพนักงานวิทยาศาสตร์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในห้อง
ปฏิบัติการของโรงเรียนอายุรศาสตร์เขตรอนและอนามัยแห่ง
มหานครลอนดอน โดยติดจากการล้างเครื่องใช้ที่มีเชื้อไวรัส
ไซทอพิสนั้นเป็นอยู่และจากนั้นก็มีการติดต่อไปอีกหลายคน
ที่ถึงแก่กรรมไปก็มี

ส่วนอีกรายหนึ่งนั้นเป็นชาวญี่ปุ่นเดินทางกลับจาก
บังคลาเทศและพักที่ประเทศไทย ๒ วัน แล้วจึงเดินทางกลับ
ประเทศญี่ปุ่นและก็ป่วยเป็นไซทอพิสนี้ สำหรับรายหลังนี้นับว่า
ก่อให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่น่าไว้วางใจ ทั้งนี้เนื่องจากว่า ๒ วัน
ที่ชาวญี่ปุ่นผู้นั้นมาพักอยู่ในกรุงเทพมหานคร อาจจะเที่ยว
แพร่โรคไปให้ใครต่อใครไปแล้วก็ได้

ไซทอพิสนิตรายสุดท้ายในประเทศไทย

ไซทอพิสนิตรายสุดท้ายในประเทศไทยเป็นชายชาวอินเดีย
อายุ ๓๐ ปีเศษ ได้เดินทางมาจากรัฐอุตตรประเทศ ผ่านเมือง
กัลกัตตา โดยสายการบินมาสนามบินดอนเมืองเมื่อปลายเดือน
สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ โดยมีเอกสารรับรองการปลูกฝิ่นป้องกัน
ไซทอพิสนิตรายนี้ แต่ภายหลังตรวจทราบว่า เป็นเอกสารปลอม



แล้วไปพักบ้านพี่ชายที่ตำบลสามเสนนอก อำเภอบางกะปิ จังหวัดพระนคร ต่อมาเมื่อการไข้และผื่นขึ้น ได้นำรถแท็กซี่ไปหาแพทย์ให้การรักษา แล้วกลับมาอยู่บ้าน ซึ่งเป็นบริเวณเลี้ยงวัวเป็นจำนวนมาก ปรากฏว่า ผู้ใหญ่บ้านสังเกตเห็นผดผกติสงสัยจะเป็นไข้ทรพิษ จึงโทรศัพท์แจ้งไปที่กองควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งได้ให้แพทย์สองคนไปสอบสวน ครั้งแรกเจ้าของบ้านจัดขึ้น แต่แพทย์ได้พยายามเข้าไปตรวจ แล้วสงสัยว่าจะเป็นไข้ทรพิษ จึงแจ้งให้โรงพยาบาลโรคติดต่อ (บำราศนราศูร) จักรถพยาบาลพร้อมด้วยตำรวจมารับตัวคนไข้พาไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบำราศนราศูร ได้ทำการตรวจตัวอย่างหนองฝี โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยืนยันว่าเป็นไข้ทรพิษ ได้มีการแจ้งให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่สนใจมาดูคนไข้รายนี้ด้วย ส่วนที่บริเวณบ้านคนไข้ ได้รวมกับอนามัยจังหวัดพระนคร

ตารางแสดง จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยไข้ทรพิษในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๗๐-๒๕๐๕

ระหว่างปี พ.ศ.	ป่วย	ตาย	อัตราตาย ต่ำสุด-สูงสุด (ร้อยละ)
๒๔๗๐-๒๔๗๕	๑,๑๔๕	๓๔๗	๑๓.๑๖-๔๕.๗๕
๒๔๗๖-๒๔๘๑	๖๕,๐๗๕	๑๖,๓๕๕	๒.๕๓-๔๐.๗๑
๒๔๘๒-๒๔๘๗	๒,๕๕๒	๔๒๕	๑.๗๑-๒๒.๕๑
๒๕๐๐-๒๕๐๕	๑,๖๔๖	๒๕๖	๑๒.๑๒-๑๐๐



ระคมปลูกฝืแก่ประชาชน โดยรอบ ตามแบบ Dixon Ring พร้อม
กั้ระคมปลูกฝืทั้งจังหวัดร่วมกับเทศบาลนครกรุงเทพจนมีค
ทุกวัน พร้อมทั้งประกาศทางวิทยุให้คนขับแท็กซี่ที่รับคนไข้
ไปหาแพทย์ที่คลินิก ให้มารับการปลูกฝืซ้ำด้วย ปรากฏว่า
ปลูกฝืได้เป็นจำนวนมากและไม่มีผู้ป่วยสงสัยไข้ทรพิษเกิดขึ้น
อีกเลย

ผู้นิพนธ์ได้ขอความทั้งหมดนี้จากคุณหมอประยูร
กุนาสล ผู้ที่ไปติดตามสอบสวน โรครายสุดท้ายนี้มาด้วยตัว
ทานเอง



ผู้นิพนธ์และนายแพทย์ประยูร กุนาสล อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ
ในฐานะกรรมการจัดประชุมโรคเอดส์นานาชาติที่กรุงเทพฯ





ฝลดาขแ้

ไขัทรพขหรือฝลดาขนี้ ในภาษาอังกฤชเรียกชื่อโรคว่า Smallpox หรือเรียกตามภาษาทางการแพทย์ว่า Variola เกิดขึ้นจากไวรัสชนิดหนึ่ง เป็นโรคที่ติดต่อดิ่ง่ายที่สุด ถ้าหากขาดภูมิต้านโรคจะติดต่อดิ่ง่ายกว่าโรคหัดและไขัหวัดใหญ่เสียอีก และมีหน้าั้อาหารที่รุนแรงกว่า อันตรายก็สูงกว่า จึงนับว่าอันตรายมาก

การแพร่เชื้อ การติดต่อ

โรคอาจจะติดต่อดิ่ง่ายโดยการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมผัสเชื้อไวรัส เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจสูดเอาเชื้อเข้าไป การติดโรคนั้นไม่จำเป็นจะต้องไปสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง อาจอยู่ใกล้ ๆ และสูดเอาอากาศที่ผู้ป่วย ไอ จาม



เป็นละอองกระเด็นกระจายอยู่นั้นเข้าไป ก็ติดโรคได้ เสื้อผ้า
 ของไซ้ของผู้ป่วย ถ้วยชามของผู้ป่วย สะเก็ดที่หล่นจากแผล
 หนองของผู้ป่วย ล้วนแต่มีเชื้อไวรัสอยู่อย่างมากมายทั้งนั้น
 และเป็นหนทางที่จะแพร่โรคต่อไปอีกได้ บางครั้งแม้ว่าจะ
 อยู่ห่างไกลผู้ป่วย แต่ถ้าไม่เคยปลูกฝี หรือปลูกนานมาแล้ว
 ไม่เคยปลูกซักรู้ก็ติดโรคได้ ดังอุทาหรณ์เมื่อรวม ๕๐ ปีเศษมาแล้ว
 ผมกำลังศึกษาอยู่ที่สถาบันเวชศาสตร์เขตร้อน นครฮัมบวร์ก
 เยอรมนีก็มีรายงานข่าวว่า ชายหนุ่มชาวเยอรมันผู้หนึ่งได้
 เดินทางมาทัศนศึกษาประเทศอินเดีย เมื่อเดินทางมาถึงก็ส่ง
 ไปรษณียบัตรทางอากาศไปถึงบิดามารดาที่อยู่ทางบ้าน ต่อมา
 ผู้รับจดหมายก็ป่วยเป็นไขทรพิษ โดยติดจากไปรษณียบัตร
 ฉบับนั่นเอง เขาใจว่าคงจะมีใครสักคนหนึ่งเป็นไขทรพิษไป
 จับต้องไปรษณียบัตรนั้นเข้า อาจจะเป็นผู้ป่วยไขทรพิษไป
 สัมผัสไปรษณียบัตรมาก่อน หรือบุรุษไปรษณีย์อินเดียที่กำลัง
 ป่วยเป็นไขทรพิษไปจับต้องเขาก็ได้ จากตัวอย่างอันนี้คงจะพอ
 ทำให้เข้าใจได้ว่าผู้ที่ขาดภูมิต้านทาน โรคจะติดโรคได้ง่ายดาย
 เพียงใด

ระยะฟักตัว

เมื่อสูดเอาเชื้อไวรัสฝีดาษเข้าไปแล้ว ก็จะกินเวลา
 ประมาณ ๑-๒ สัปดาห์ จึงจะเริ่มปรากฏอาการ โรค บางรายอาจ
 ยาวนานถึง ๓ สัปดาห์ก็ได้



ลักษณะอาการ

พอพ้นระยะพักโรคก็จะเริ่มปรากฏอาการ คือมีไข้สูงทันที ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัว ตามกล้ามเนื้อ และรู้สึกไม่สบายเป็นอันมาก อาการในระยะเริ่มแรกของโรคนี้นี้จะทำให้เข้าใจผิดไปว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ก็ได้ หลังจากเป็นไข้อยู่ระยะหนึ่งคือกินเวลาตั้งแต่ ๑-๕ วัน ก็จะเริ่มมีผื่นของไขทรพิษขึ้นที่หน้าแขนและขาทั้ง ๒ ข้าง ผื่นจะปรากฏขึ้นพร้อม ๆ กัน ที่อกและหลังก็อาจจะมึบ้างแต่ก็มีจำนวนน้อยไม่มากเหมือนที่หน้าและแขนขา ใครก็ตามที่เคยเป็นไขทรพิษถาวรอดตายจะสังเกตเห็นมีแผลเป็นขนาดเท่าเม็ดถั่วเหลืองกระจัดกระจายอยู่เต็มหน้าอย่างชัดเจนทำให้หน้าลายหมดสวยเลยทีเดียวนั้น ลักษณะของผื่นที่ขึ้นใหม่จะเป็นจุดแดง ๆ หลังจากนั้น ๓-๔ วันก็จะกลายเป็นเม็ดเป็นตุ่มน้ำตุ่มฝี มีน้ำใส ๆ อยู่ใน ภายใน พอหลายวันเขาน้ำภายในจึงจะขุ่นเป็นหนอง ตรงกลาง ๆ ของตุ่มฝีจะบวม ถ้าเป็นรุนแรงมากจะมีเลือดออกซ้าไตผิวหนังด้วย ซึ่งในรายเช่นนี้มักจะถึงแก่กรรม โดยทั่ว ๆ ไปตุ่มหนองดังกล่าวจะค่อย ๆ แห้ง และตกสะเก็ดใน ๑ สัปดาห์สะเก็ดแห้ง ๆ เหล่านี้จะร่วงหลุดไปหมดภายใน ๒-๓ สัปดาห์ ในสะเก็ดจะยังมีไวรัสฝิดายเกาะติดอยู่ แพร่โรคต่อไปได้อีกหลายปี

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผื่นเริ่มจากที่มีลักษณะเป็นจุดแดง ๆ จนกลายเป็นตุ่มใสเป็นหนองจะเปลี่ยนไป



พร้อม ๆ กันทั้งตัว ลักษณะอาการของไขัทรพิษไม่จำเป็นจะต้งรุนแรงอย่างที่เล่ามานี้เสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัย ๒ ประการคือ ปัจจัยทางร่างกายของผู้ป่วยว่ามีภูมิต้านทานโรคอยู่บางหรือไม่ ถ้ามีอยู่บางก็เป็นชนิดอ่อน ถ้าไม่มีเลยก็เป็นชนิดรุนแรง และอีกอย่างหนึ่งก็เกี่ยวข้องกับสายพันธุ์ของไวรัสไขัทรพิษเอง ถ้าพันธุ์ใดมีพิษมาก โรคก็จะรุนแรง ถ้าเป็นชนิดอ่อน ๆ ผู้ป่วยจะตายเพียงร้อยละ ๑ แต่อัตราตายในผู้ที่ขาดภูมิต้านทานโรคซึ่งจะมีสภาพรุนแรงนั้นสูงถึงร้อยละ ๓๐-๕๐ ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงมาก

ปัญหาที่ว่าโรคจะแพร่จากผู้ป่วยได้อย่างไรนั้นเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก คือในระยะแรก ๆ ของโรค เชื้อโรคจะอยู่ในเยื่อบุช่องปากและจมูก จะแพร่ออกไปโดยกระเด็น กระจายออกไปกับน้ำมูก น้ำลาย หรือเปราะเอือ่มือ ผ้าเช็ดหน้าเป็นต้น ต่อมาเชื้อไวรัสจะเข้าไปอยู่ในเลือดและไปอยู่ที่ฝืนที่ผิวหนัง ฉะนั้น น้ำเลือด น้ำหนองที่ตุ่มฝิจะมีเชื้อไวรัสเต็มไปหมด แม้กระทั่งเมื่อตกสะเก็ดแล้วก็ยังมีเชื้อไวรัสติดอยู่ที่สะเก็ดแห่ง ๆ นั้น ได้อีกและสามารถก่อโรคได้อีกนานเป็นปีๆ ที่เดียว นอกจากนั้นไวรัสจะร่วงหล่นปะปนอยู่ตามเสื้อผ้า ผาปูที่นอน หมอน เชื้อไวรัสชนิดนี้ทนทานมาก ถ้าเอาสะเก็ดแผลที่มีเชื้อไวรัสเก็บไว้ในหลอดทดลองและทิ้งไว้ในห้อง โดยไม่ได้เก็บในที่เย็นๆ เชื้อไวรัสจะอยู่ที่สะเก็ดแผลได้นานกว่า ๑ ปี เหตุนี้เอง



โรคจึงติดตอทางไปรษณียได้ จะเห็นได้ว่าโรคนี้เมื่อผู้ใดป่วยแล้ว จะมีระยะที่จะแพร่โรคอยู่ได้นานแรมเดือนนับตั้งแต่เริ่มป่วย และเมื่อฟื้นไข้แล้วก็ยังไวใจไม่ได้อีก

การป้องกันโรคไขทรพิษ

เมื่อทราบลักษณะอาการโรคและการติดโรคแล้ว ก็ควรจะใส่ใจวิธีป้องกันโรคต่อไปอีก ในปัจจุบันมียาที่อาจ จะใช้รับประทานป้องกันการติดโรคไขทรพิษได้เหมือนกัน แต่ไม่ชงัดนักไม่ทราบว่ทุกวันนี้ หยุดสายการผลิตแล้ว และไม่เคยจดทะเบียนจำหน่ายในประเทศไทย ยามีชื่อว่า “เมธิซาโซน” หรือ “มาบอแรน” ซึ่งเป็นผลจากการค้นคว้ของ สถาบันวิจัยของมูลนิธิเวลคัมแห่งประเทศไทย คณะนักวิจัย จากสหรัฐที่ผมไปติดตามงานวิจัยก็พบสารเคมีขนานหนึ่ง ที่มีศักยภาพที่จะนำไปป้องกัน/รักษาโรคนี้ได้ วิธีป้องกัน โรคที่สะดวก ปลอดภัยในระดับหนึ่ง ประหยัด และป้องกัน โรคได้นานที่สุด ก็คือการปลูกฝี ซึ่งเป็นวิธีการที่จะสร้างภูมิ ตานทานโรคขึ้นในร่างกายโดยตรงนั่นเอง การปลูกฝีโดยใช้ หนองฝีที่ใช่กันมาดั้งเดิม อาจก่อปัญหาในแง่ความปลอดภัย ของบุคคลบางกลุ่ม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาวัคซีนต่อไป เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงและกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง ภูมิคุ้มกันได้สูงควย



วิธีการปลูกฝิ่นี่อันที่จริงชาวจีนโบราณเป็นผู้นำมาก่อน โดยเขาสังเกตเห็นว่าถ้าใครเคยเป็นไข้ทรพิษมาแล้วจะไม่เป็นซ้ำอีก เขาจึงพยายามสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ผู้ที่ยังไม่เคยเป็น โดยเอาเข็มไปสะกดหนองฝิจากผู้ป่วย แล้วใช้เข็มอันเดิมนั้น (มีเชื้อฝิดายอยู่) ไปสะกดที่ผิวหนังคนอื่นที่ต้องการไม่ให้เป็นฝิดาย หรือบางทีก็บดสะเก็ดแล้วเป่าเข้าไปในรูจมูก (ในสะเก็ดมีเชื้อไวรัสไข้ทรพิษ) สำหรับวิธีแรกนั้นเป็นวิธีการที่เมื่อนำมาวิเคราะห์ดูก็นับว่าเป็นวิธีที่เข้าหลักเกณฑ์ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในสมัยปัจจุบันคือโรคใดก็ตามถ้าหากเราเปลี่ยนแปลงวิธีการติดโรคเปลี่ยนแปลงทางที่จะให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายเสียใหม่แล้วโรคที่เกิดขึ้นจะมีระยะฟักตัวสั้นลง และอาการจะอ่อนกว่าที่โรคดำเนินไปเองตามธรรมชาติ ชาวจีนเอาเชื้อไปสะกดให้เชื้อเข้าทางผิวหนังแทนที่จะสูดหายใจเข้าตามแบบธรรมชาติ แต่วิธีหลังหรือวิธีสูดหายใจเข้าไปนี้ไม่เหมาะเพราะบางรายจะป่วยมีอาการหนักรุนแรงถึงตายได้และจะต้องเอาผู้ป่วยที่กำลังเป็นโรคนั้นเร่ร่อนไปตามชุมชนต่าง ๆ เพื่อชักชวนให้มาปลูกฝิ่นี่ตามวิธีดั้งเดิมนี่จะทำให้โรคระบาดไปได้ตามชุมชนต่าง ๆ นับว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่ง



ความรู้อันนี้ได้แพร่ต่อไปจนถึงประเทศอินเดีย
และตุรกี จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๒๖๐ เลดี มอง ตากู ภรรยา
เอกอัครราชทูตอังกฤษประจำกรุงคอนสแตนติโนเปิล
จึงได้นำเอาความรู้อันนี้ให้ไปสู่ราชสำนักอังกฤษ



เลดี มอง ตากู ภรรยาเอกอัครราชทูตอังกฤษประจำกรุงคอนสแตนติโนเปิล



สำหรับการปลูกฝัที่เรานำมาใช้กันอยู่ทุกวันนี้ ได้มีวิวัฒนาการมาจากวิธีการของเอ็ดเวิร์ด เจ็นเนอร์ (พ.ศ. ๒๓๓๕) แพทย์ชาวอังกฤษ ที่ค้นพบว่าหนองฝัวัวนั้นเมื่อเอามาปลูกให้กับคน จะสามารถทำให้คนนั้นไม่ติดโรคไขัทรพิษได้และเป็นวิธีที่ปลอดภัย ในระยะแรกประชาชนก็ไม่เชื่อกัน เจ็นเนอร์จึงได้แสดงให้ผู้อื่นเชื่อคือ โดยลงทุนปลูกฝัให้แกตนเองและครอบครัว เมื่อวิธีการของเจ็นเนอร์เป็นที่ยอมรับกัน วิธีดั้งเดิมของจีนจึงถูกห้ามและล้มเลิกไป คำว่าวัคซีนที่เรียกขานกันในปัจจุบัน ก็มีต้นตอมาจากภาษาละตินคือคำว่า วักกะ ซึ่งหมายถึงวัวหรือ โค



นายแพทย์เอ็ดเวิร์ด เจ็นเนอร์ ผู้ไขหนองฝัคาสโค ปลูกฝัเพื่อป้องกันไขัทรพิษ



สำหรับประเทศไทย มีการระบาดของไข้ทรพิษมาช้านานแล้ว สำหรับการป้องกันไข้ทรพิษในประเทศไทย ชาวไทยเราก้เป็นหนี้บุญคุณคุณหมอบริดเลย์ แพทย์มิชชันนารีอเมริกัน อยู่เป็นอันมาก ที่ท่านได้นำเอาหนองฝีเข้ามาใช้เป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. ๒๓๘๒ คือประมาณ ๑๖๐ ปีมาแล้ว หลังจาก

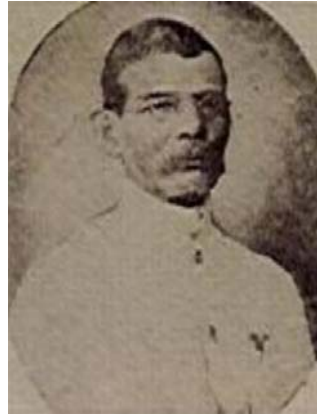


สูจิบัตรพิธีเปิดนิทรรศการและเสวนา ๒ ศตวรรษ หมอบริดเลย์





หลวงวินเนตร์ ๆ
ผู้ผลิตหนองฝีเองในประเทศเป็นครั้งแรก



นายแพทย์ฮันอะดัมสัน
ผู้ร่วมมือในการผลิตหนองฝีเป็นครั้งแรก
ในประเทศ

ที่หม้อเงินเนอร์ได้นำเอาวิธีการปลูกฝีนี้มาใช้ ในขั้นแรกก็ส่งมาจากบอสตัน ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๔๗ ก็ดำเนินการผลิตหนองฝีขึ้นใช้เอง ในปัจจุบันนี้ได้หยุดการผลิตแล้ว เพราะไม่มีไข้ทรพิษหลงเหลือในโลกนี้แล้ว การปลูกฝีจึงหมดความจำเป็นอีกต่อไป

ตามปกติการปลูกฝันั้น ในสมัยที่ยังปฏิบัติกันอยู่นั้น ได้ดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการสร้างภูมิต้านโรคพื้นฐานให้แก่เด็ก ตั้งแต่เด็กอายุยังไม่ถึง ๓ ขวบ ภูมิต้านโรคพื้นฐานดังกล่าวนี้ได้แก่การป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ และไข้ทรพิษ การปลูกฝีทำได้ง่ายมาก สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยและไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด



ถ้าปลูกฝิ่นทุกครั้ง จะมีภูมิคุ้มกันโรคอยู่ได้ถึง ๓ ปี จึงควรจะปลูกซ้ำเมื่อครบ ๓ ปี มีผู้ใหญ่มากมายนานมาแล้ว ที่จะปลูกฝิ่น เพราะอ้างว่าเคยปลูกฝิ่นมาแล้ว แต่นั่นก็นานแล้ว ย่อมจะติดโรคอีกเมื่อใดก็ได้ ถ้ามีผู้นำเชื้อเข้ามาแพร่ ผู้ที่ยอมให้ปลูกฝิ่นจะเห็นว่าส่วนใหญ่ฝิ่นจะขึ้นทั้งนั้น เพราะหมดระยะคุ้มกันโรคไปนานแล้ว แต่ถ้ามีภูมิคุ้มกันเหลืออยู่มากพอ การปลูกฝิ่นซ้ำ ฝิ่นจะไม่ขึ้น แต่ก็มิใช่ว่า หนองฝิ่นต้องมีคุณภาพดี และการปลูกฝิ่นต้องถูกวิธี ดังเดิมที่เราปลูกฝิ่นกัน จะเห็นว่าหนองฝิ่นเป็นชนิดน้ำสีเขียว หนองฝิ่นชนิดนี้เสื่อมคุณภาพได้ง่ายถ้าหากเก็บไว้ในที่ไม่เย็นพอหรือเก็บไว้นานเกินไป แต่ในตอนหลัง หนองฝิ่นที่ผลิตในประเทศของเรา โดยองค์การเภสัชกรรมและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นหนองฝิ่นชนิดแห้ง นอกจากจะเก็บไว้ได้นานถึง ๒ ปีแล้ว ยังสะดวกในการขนส่ง ก็ไม่จำเป็นต้องแช่น้ำแข็งอยู่ตลอดเวลา และนำภูมิใจที่เราผลิตได้เหลือเพื่อจุนต่องส่งไปช่วยเหลือเพื่อนบ้านใกล้เคียงอยู่เนือง ๆ นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก ยังส่งเจ้าหน้าที่จากประเทศต่าง ๆ มารับการฝึกอบรมวิธีผลิต หนองฝิ่นชนิดผงแห่งจากประเทศไทยด้วย

นายแพทย์ โดนัลด์ เอ. เฮ็นเดอร์สัน (Donald A. Henderson, M.D.) เป็นผู้ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโครงการณรงค์ กำจัดกวาดล้างโรคไขทรพิษให้หมดไปจากโลก เป็นหัวหน้าคณะดูแลที่ปรึกษาด้านต่างๆ จำนวน ๘๐๐ คน จาก ๖๕ ประเทศ



มีเจ้าหน้าที่อนามัยและอาสาสมัครของประเทศต่างๆร่วมปฏิบัติงานมีจำนวนมากถึง ๒๐๐,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ท่านได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้ช่วยรัฐมนตรีสาธารณสุขสหรัฐ และเป็นทีปรึกษาดานวิทยาศาสตร์ของประธานาธิบดีอเมริกัน



นายแพทย์โดนัลด์ เอ. เฮ็นเดอร์สัน ผู้อำนวยการโครงการกำจัดกวาดล้างโรคไข้ทรพิษขององค์การอนามัยโลก ต่อมาได้รับแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาประธานาธิบดีและรัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุขสหรัฐ



ศพญ.คาริกา กิ่งเนตร, นายแพทย์โดนัลด์ เอ. เฮ็นเดอร์สัน และผู้นิพนธ์ถ่ายภาพที่โรงแรมเพรสเตินทวิลสัน ริมหทะเลสาบเลอฆานัน นครเจนีวา ในการประชุมเรื่องวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ



พรีออนและดูรู (Kuru)

พรีออนกับโรควัวบ้า

ดูรู - โรคของมนุษย์เผ่ากินคน



พรีออนและดูรู (Kuru)

ดูรู - โรคของมนุษย์เผ่ากินคน

เมื่อประมาณ ๕๐ ปีผ่านมาแล้ว มีข่าวๆ หนึ่ง เป็นข่าววิทยุ หรือข่าวในหนังสือพิมพ์ก็จำไม่ได้ แต่ไม่ใช่ข่าวโทรทัศน์ เพราะในสมัยนั้น ยังไม่มีข่าวโทรทัศน์เหมือนทุกวันนี้ ในข่าวที่ยังคงตกค้างอยู่ในสมองอันซีเทาของผู้นิพนธ์อยู่หลายข่าว มีอยู่ข่าวหนึ่งรายงานว่า มีเด็กหนุ่มชาวอเมริกันรูปงาม เดินทางจากนครนิวยอร์ก ไปทัศนศึกษาที่เกาะปาปัวนิวกินี และแล้วก็หายสาบสูญ ไปกับสายลมและแสงแดดที่ชายฝั่งแห่งหนึ่งของเกาะ ชายหนุ่มคนนี้ นัยว่าเป็นหลายชายของท่านมหาเศรษฐีเจ้าของโรงงานรถยนต์หรูหรายี่ห้อหนึ่งของสหรัฐฯ เอ็กซ์เรย์ตามหากันอยู่นานก็ไร้ร่องรอย ไม่มีเบาะแส แต่ก็มีข่าวลือว่า มีมนุษย์เผ่ากินคน จับเอาไปทำยาเนื้อหรือตับหวาน หรือแอบสมอง (ซึ่งอาหารทางภาคเหนือ) หมาไปเรียบร้อยแล้ว ในตอนนั้นผู้นิพนธ์เองก็ยังสงสัยว่า มนุษย์เผ่ากินคนยังมีอยู่อีกหรือ ครั้นเมื่อไปศึกษาโรคๆ หนึ่ง จึงเข้าใจว่ายังมีอยู่จริงๆ ส่วนจะเอาพ่อหนุ่มน้อยรูปงามรายนั้น ไปหมางจริงหรือเปล่า ก็คงต้องปล่อยให้มันเป็นไปตามกระแส จะเชื่อก็ได้ จะไม่เชื่อก็ไม่ผิดกติกาอันใด





คำว่า การกินมนุษย์ หรือกินกันเอง ในภาษาอังกฤษ จะใช้คำว่า **cannibalism** เป็นเรื่องจริงในโลกยุคอดีตใน ศตวรรษที่แล้ว หรือเป็นเพียงแต่เรื่องเล่า หรือเป็นเรื่องของความเชื่อลมๆ แล้งๆ ก็ไม่ทราบ จนกระทั่งในเวลาต่อมา ผู้นิพนธ์ไปศึกษาโรคๆ หนึ่งเข้า จึงมาถึงบางอ้อว่า ของจริงๆ ก็เคยมี แต่ในศตวรรษนี้ไม่มีแล้ว โรคที่ผู้นิพนธ์ติดตาม นั้นเรียกขานกันตามภาษาแพทย์ว่า “โรคดูร”

ก่อนนำเข้าสู่เรื่องดูร ขออธิบายให้เข้าใจตรงกัน ก่อนว่า ในภาษาไทยเรา คำว่า ดูรหรือกูรู เป็นคำที่เขียน และมีความหมายไม่เหมือนกัน ในการอ่านออกเสียงมีคำที่ ไกลเคียงกันอยู่ สองคำคือ **Kuru** และ **Guru** คำแรก เป็นชื่อโรคระบาดโรคหนึ่ง ซึ่งจะได้นำมาเล่าต่อไป ส่วน คำหลัง หมายถึง เจ้าพ่อ หรือผู้มีอิทธิพลของวงการต่างๆ



คูรูเป็นโรคของมนุษย์ แม้นในสมัยก่อนก็พบได้ค่อนข้างยากมาก พบน้อย แต่ก็ เป็นโรคประหลาด และในปัจจุบันนี้เหลือไว้เฉพาะชื่อในตำราแพทย์ ในพจนานุกรม ศัพท์แพทย์เท่านั้น เป็นชื่อในประวัติศาสตร์ไปเสียแล้ว จะมีแต่โรคที่มีอาการทำนองเดียวกันที่มีชื่อโรคว่า “คร้อยขเฟิลด-ยาค็อบ” ซึ่งเป็นโรคที่คล้ายกับโรคในโค ที่รู้จักกันในนามโรค **bovine spongiform encephalopathy** หรือโรควัวสมองฝ่อพรุนเป็นฟองน้ำหรือโรควัวบ้า นั่นเอง

“คูรู” เป็นโรคพบประจำถิ่น พบเฉพาะในชนเผ่าโฟเร (Fore) และประชาชนเผ่าที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงในท้องที่ของชาวเผ่าโฟเรใต้ โอคาปา (Okapa) มณฑลที่



แผนที่ปาปัวนิวกินี



รบบสูงตวันออกของปาวัวนวกินี่ ซึ่งในระหว่งปี พ.ศ. ๒๕๐๐-๒๕๐๒ พื้นที่นี้ยังอยู่ความปกครองของออสเตรเลีย เป็นเผ่าของประชากรที่สมสู่กันเองอยู่ภายในเฉพะชาวเผ่า เดียวกัน และมีประเพณีในการกินเนื้อมนุษย์ (cannibalism) ด้วยกัน เมื่อมีกฎหมายห้ามการฆ่ากันเอง โรคก็ค่อย ๆ สบสูญไปตามลำดับ

คำว่าคुरुมาจากภาษาพื้นเมืองของโพเร (มาจากคำว่า “kuria/guria” แปลว่า “สั้น”) เนื่องจากอาการของโรคเป็น



ชนเผ่าโพเร (Fore)



อาการทางระบบประสาทสมอง ผู้ป่วยจะเดินเซ ปวดศีรษะ
ศีรษะสั้น ขาสั้น แขนสั้น กล้ามเนื้อกระตุก ปวดข้อ ผู้ป่วย
ทุกรายจะเสียชีวิตหลังจากมีอาการของโรคประมาณ ๑๘
เดือน ไม่มีวิธีการรักษา บางครั้งจะเรียกชื่อกันว่า โรคมนุษย์เป็น
บ้า “Mad man disease” คล้ายๆกับที่เรียก วัวบ้า ว่าโรค “Mad
cow disease” ในบางครั้งก็มีผู้เรียกชื่อโรคว่า “ล้ารวลมรณะ”
(laughing death disease) หัวเราะจนตาย ในขณะนั้นยังไม่
ทราบว่โรคนี้เกิดขึ้นจากอะไร ทำไมจึงเป็นเฉพาะเผ่านี้
ติดต่อกันได้วิธีไหน อย่างไร

ศาสตราจารย์ แดเนียล คาร์ลตัน กัจดูเช็ค (Daniel Carleton Gajdusek)

ศาสตราจารย์ แดเนียล คาร์ลตัน กัจดูเช็ค (Daniel
Carleton Gajdusek) ผู้ไขปริศนาโรคครู ท่านศาสตราจารย์ได้
มุ่งมั่นศึกษาเรื่องของโรคนี้อย่างจริงจัง โดยท่านสามารถ
ถ่ายทอดโรคให้ประจักษ์ในลิงชิมแปนซี ในปี พ.ศ. ๒๕๑๕
ท่านจึงได้รับรางวัลโนเบลในสาขาสรีรวิทยาและการแพทย์
ในปีนั้นได้รับรางวัลอันสูงเกียรติยิ่งพร้อมกับ ดร. บารุค เอส.
บลูมเบอร์ก ผู้ค้นพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

นายแพทย์วินเซนต์ ซิกาส (Vincent Zigas) แพทย์ผู้
ปฏิบัติงานในดินแดนที่มีโรคครู อยู่ประจำถิ่นของเผ่าโฟเร
เป็นผู้นำท่านศาสตราจารย์เข้าไปทำการศึกษา ทำให้ได้มีการ





ศาสตราจารย์ แดเนียล คาร์ลตัน กัจดูซึค (Daniel Carleton Gajdusek)

แสดงถึงลักษณะเวชกรรมโดยเฉพาะของโรคว่าเป็นภาวะ
ผิดปกติมีการเสื่อมของระบบประสาท ท่านเข้าไปพำนัก
อยู่ในท้องถิ่นนั้น ศึกษาภาษา วัฒนธรรม ประเพณี
และทำพิธีกรรมในงานศพ มีการบริโภคเนื้อและเนื้อสมอง
ของญาติที่ถึงแก่กรรมจากโรคคูรูด้วย แต่ท่านก็ยังไม่
สามารถที่จะชี้ให้ได้ว่า เชื้อจุลชีพชนิดใด หรืออะไรเป็นเหตุ
ที่ทำให้เกิดโรค งานวิจัยของศาสตราจารย์พรูสเนอร์โดย
อาศัยงานวิจัยของท่านศาสตราจารย์เป็นพื้นฐานจึงสามารถ
พิสูจน์ได้ว่า **พรีออน (prion) เป็นเหตุแห่งโรค**



ปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดโรคคือการกินเนื้อมนุษย์ด้วยกันซึ่งในเนื้อเยื่อนั้นจะมีอนุภาคโปรตีนที่ติดต่อเสมือนติดเชื้อ และทำให้เกิดโรคเกิดพยาธิสภาพได้

อนุภาคโปรตีนประหลาดนี้มีชื่อว่า **พรีออน**

พรีออน อนุภาคก่อโรคติดเชื้อประหลาด และโรคดรู โรคที่เกิดกับมนุษย์เผ่ากินคน

แต่เดิมนั้น เรารู้จักจุลชีพที่ก่อโรคติดต่อคือ แบคทีเรีย ไวรัส รา ปรสิต ต่อมาก็มีคำใหม่เพิ่มขึ้นมาอีกคำหนึ่งว่า ไวรอยด์ (Viroid) หมายความถึงอนุภาคที่คล้ายกับไวรัส และในช่วงระยะเวลาประมาณ ๒๐ ปีที่ผ่านมา มีคำที่บัญญัติขึ้นมาคำใหม่ คำหนึ่ง คือ **“พรีออน” “PRION”**

คำว่าพรีออนนี่คืออะไร

อนุภาค (particle) ที่มีขนาดเล็กมาก ๆ ที่เรียกว่า **“ไวรัส”** นั้นจะประกอบไปด้วยกรดนิวคลีอิก (nucleic acid) ซึ่งอาจจะเป็นชนิด ดีเอ็นเอ (DNA-deoxy ribonucleic acid) หรือชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA-ribonucleic acid) เป็นแกนกลาง มีโปรตีนห่อหุ้มอยู่โดยรอบ และอาจจะมีไกลโคโปรตีน (glycoprotein) เป็นเปลือกหุ้มภายนอก (envelop) อีกชั้นหนึ่ง หรือไม่มีก็ได้ อนุภาคนี้จะเพิ่มจำนวนได้ภายในเซลล์ บางชนิดก็อาจก่อโรคได้ (pathogenic) บางชนิดไม่อาจก่อโรคได้



(non-pathogenic) บางชนิดก็ก่อโรคในสิ่งที่มีชีวิตอื่นๆ เช่น เฉพาะในสัตว์ในแมลง ในพืช เป็นต้น

ส่วนอนุภาคที่เรียกว่า ไวรอยด์ ซึ่งแปลว่า คล้ายไวรัส หมายถึง อนุภาคที่ทำให้ติดเชื้อได้ชนิดหนึ่ง มีเฉพาะกรดนิวคลีอิก แต่ไม่มีโปรตีนหุ้มภายนอกอีกชั้นหนึ่ง ส่วนมากจะทำให้เกิดการติดเชื้อและก่อโรคในพืช

ส่วนคำที่เรียกว่า “พรีออน” นั้น เป็นอนุภาคที่มีขนาดเล็กมาก ซึ่งไม่ใช่จุลชีพ ไม่ใช่เชื้อโรค เพราะพบแต่เพียงส่วนประกอบที่เป็น โปรตีนเท่านั้น หรือถ้าจะเป็นนิวคลีอิกก็มีแต่เพียงน้อยนิด ซึ่งจะถูกห่อหุ้มไว้อย่างแน่นหนาจนทำให้ไม่สามารถตรวจพบกรดนิวคลีอิกจำนวนน้อยๆ ดังกล่าวนั้นได้ ไม่พบทั้ง ๆ ที่มีอยู่บาง คำบัญญัติใหม่นี้ ศาสตราจารย์พรูสิเนอร์ (Prusiner) เป็นผู้เสนอให้ใช้โดยท่านใช้คำเต็มว่า Proteinaceous infectious particle (แปลว่า อนุภาค ที่เป็นโปรตีนทำให้ติดเชื้อได้หรือบัญญัติคำให้เรียกสั้น ๆ ว่า PRION และท่านก็กำชับอย่างเด็ดขาดไว้เสร็จว่าให้อ่านว่า พรีออน (Pree-on) อ่านเป็นอื่นไม่ได้นะ จะอ่านว่าไพออน ไม่ถูกนะ) โปรตีนชนิดนี้สามารถทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อต่อไปได้ และพรีออนนี้มีคุณสมบัติทนต่อความร้อนและสารเคมีหรือสารทางกายภาพต่าง ๆ มาก จะเอาไปต้มให้เดือด ก็ไม่สูญเสียคุณสมบัติในการติดเชื้อ ดังนั้นภายใต้ความดัน หรือออโตคลอว์ (autoclave) จึงจะวางใจได้



ปฐมเหตุที่เกิดคำว่า **พรีออน** นี้ เนื่องมาจากมีการศึกษาคนควายวิจัยโรคๆ หนึ่งที่มีการเสื่อมของระบบประสาทกลางและทำให้เกิดโรค โรคนี้เกิดขึ้นทั้งในสัตว์และในมนุษย์

สัตว์ที่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากพรีออนนี้ จะต้องตายหมดทุกราย บางคนเรียกชื่อโรครวม ๆ ว่า **โรคสมองเสื่อมเป็นรูฟรูนดจฟองน้ำ** (Spongiforme encephalopathies) เพราะว่าเนื้อสมองจะเสื่อมเปราะและเป็นรูเหมือนฟองน้ำ โรคนี้ระยะพักตัวของโรคจะนานมาก เป็นหลาย ๆ ปี ระยะพักตัวของโรคในคน อาจจะนานเป็นสิบ ๆ ปี จึงทำให้เรียกว่า Slow infection

โรคที่พบในสัตว์ที่ระบาดบ่อยในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแกะและแพะในทวีปยุโรป ก็คือ **โรคสแครปส์ (Scrapies)** แพะ-แกะที่เป็นโรคนี้จะเสียการประสานงานในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว เช่นการก้าวเดิน ขาทั้งสองจะต้องประสานกัน สัตว์พวกนี้ก็ทำไม่ได้ ขาทั้งสองจะสะเปะสะปะไม่ประสานกัน ขาขัดกัน จักระเบียบการประสานกันไม่ได้ จึงทำให้เดินไม่ได้ เมื่อเป็นมากขึ้นแม้กระทั่งจะยืนก็ยังยืนไม่ได้ ที่สำคัญอีกอย่างก็คือจะมีอาการอยู่ไม่สุข ลุกรี ลุกรน คันตามตัว ทำให้สัตว์เกาและครูด (scrape) ตัวเอง ทำให้ขนร่วงไปหมด ด้วยเหตุนี้เองจึงได้ชื่อว่าโรค Scrapies นอกจากนี้ยังมีโรคของสัตว์อื่นๆ



เช่น มิ่งคั กวาง แมว และโค สำหรัคคที่เป็นโรคบางครั้ง ก็เรียกว้า โรคโคบ้าหรือ โรควัวบ้า (Mad Cow Disease) หรือ ชื่อเต็ม ๆ ว่า **Bovine Spongiforme Encephalitis (BSA)**

โรควัวบ้านี้ ได้มีรายงาน ในประเทศอังกฤษเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๕ เกิดระบาดขึ้นโดยการสืบสวนโรคพบว่ามีการ เอาเนื้อแกะเครื่องใน-สมองและกระดูกแกะที่เหลือจากการ ซ้าแหละจำหน่ายรวมทั้งเครื่องใน-สมองของวัวเอง (ชาว ตะวันตกจะไม่บริโภครื่องในสัตว์) จึงเอาไปปดเป็นอาหาร เลี้ยงสัตว์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเลี้ยงโค เพื่อเร่งให้โตเร็วกว้า เลี้ยงควยหญ้า ในปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ทางกรจึงสั่งห้ามการผสม อาหารในลักษณะดังกล่าวให้แกโค คงทราบกันดีแล้วว้า เมื่อ ปีพ.ศ. ๒๕๓๕ เกิดมีการระบาดของโรควัวบ้าในอังกฤษ ที่เกรงกันว้าจะก่อโรคในคนได้คือโรค **Creutzfeld-Jakob** (อ่านว้า ครีอยซเฟ็ลด์-ยาค็อบ)



โรค “ครือยชเฟลด์-ยาคือบ” โรคนี้พบได้ทั่วโลก โดยจะมีอาการสมองเลื่อมความจำเลื่อม มักจะเป็นเมื่อวัยอายุเกณท์ ๖๐ ปี ประมาณรอยละ ๑๐ ถึง ๑๕ ของผู้ป่วยจะเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์และมักจะติดโรคจากการที่ “หมอทำ” (Iatrogenic disease) คือโรคที่เกิดตามหลังที่แพทย์ทำการตรวจหรือรักษาโรคใดโรคหนึ่ง แล้วกลับได้โรคอีกโรคหนึ่งแถมมาถ้าหมอไม่ทำ โรคก็ไม่มีแถม

โรคครือยชเฟลด์-ยาคือบ ที่ “หมอทำ” นั้นได้แก่การติดโรคจากการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา (corneal transplantation) การปลูกเชื่อมหุ้มสมองซึ่งจะติดโรคจากเนื้อเยื่อที่เอามาใช้ หรือติดจากเครื่องมือแพทย์ที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่นั่นเอง เหตุนี้จึงเรียกว่าเป็นโรคประเภท “หมอทำ” โรคนี้อาจเกิดจากการบริโภคนเนื้อวัวบักได้และจะเกิดในวัยหนุ่มสาวต่างจากโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

มีโรคทางสมองมนุษย์อีกสองโรคที่เกิดจาก **พริออน** ได้แก่ “แกร์สมานน์-สตรอยสเตอร์-ชายเกอร์” และ “โรคเฟลด์แฟมิลี อินซอมเนีย (โรคนอนไม่หลับที่เป็นกันภายในครอบครัวและมักถึงแก่กรรม)” โรคหลังนี้ผู้พบและเป็นผู้อธิบายโรคได้แก่ เอลิโอ ลูกาเรตี และ รือสเซลล่า เมดอริ จากมหาวิทยาลัยโบโลญา อิตาลีและ เปียลุยจิ จามเบ็ตติ จากมหาวิทยาลัยเคสเวสเตอร์น ริเซอร์พ สหรัฐ

โรคที่ก่อโดยพริออนเหล่านี้ คนที่ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องคือ **ศาสตราจารย์ สแตนเลย์ บี พรูลิเนอร์**





ศาสตราจารย์ สแตนเลย์ พรุสลิเนอร์

(Stanley B. Prusiner) ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางประสาทวิทยา และชีวเคมีแห่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ที่ซานฟรานซิสโก ท่านผู้นี้ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคนี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ในขณะที่เป็นแพทย์ประจำบ้าน สาขาประสาทวิทยา ที่โรงเรียนแพทย์แห่งนี้เอง โดยพรุสลิเนอร์ได้ สنجใจโรค สเตรปัส, ครีอยซเฟิลด์-ยาค็อบ และ “ครูรู” เป็น พิเศษ และได้พิสูจน์ว่าถ้าเอาสมองจากคนหรือสัตว์ที่ตาย ด้วยโรคดังกล่าวมาสกัด กรอง ผ่านเครื่องกรองละเอียดมาก จนเชื้อโรคใดๆ ก็ผ่านเครื่องกรองชนิดนี้ไปไม่ได้ สิ่งทีผ่าน เครื่องกรอง แม้จะปราศจากเชื้อจุลชีพใดๆแล้วก็ตาม แต่ก็ยัง สามารถจะถ่ายทอดโรคให้แก่สัตว์ที่แข็งแรงสมบูรณ์ดีได้ แต่กินเวลานานกว่าจะพบระยะฟักโรค และพรุสลิเนอร์จึงได้ ค้นพบสิ่งที่เรียกชื่อว่า **พรีออน** ในที่สุด



ลักษณะอาการของโรคคูรู

ระยะฟักตัวของโรค

หลังสัมผัส หลังได้รับโปรตีนที่ติดโรคได้ หลังบริโภคเนื้อมนุษย์ของเผ่าโฟเร เวลาผ่านไปเป็นปี จึงจะเริ่มมีอาการของโรค อาจนานเป็นสิบปีก็ได้ มีบางรายงานถึง ๓๐ ปี หรือกว่า

อาการและอาการแสดง

เสียการประสานงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ขาแขน มักเป็นอย่างรุนแรง

◆ เดินไม่สะดวก เดินลำบาก มีเหตุจากสมอง เดินสะเปะสะปะ ควบคุมไม่ได้ ภาษาทางแพทย์เรียกว่า cerebellar ataxia

◆ กลืนลำบาก จนทำให้กินอาหารไม่ได้ ขาดอาหารจนตาย

◆ ลั่นทั้งตัว และกล้ามเนื้อกระดูก

ระยะการดำเนินโรค

เมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะตายภายใน ๑ ปี

การรักษา

ยังไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะรักษาโรคคูรู

วิธีป้องกัน-ควบคุมโรค

ยุติพิธีกรรมและประเพณีการกินเนื้อมนุษย์



หูดับเพราะหมูดิบ



ทุดับเพราะหมูดิบ

เดือน พฤษภาคม ๒๕๔๘

ผู้พิมพ์ใครจะนำเอาโรคที่ค่อนข้างจะพบไม่บ่อยนัก แต่ก็เกิดจากปริโภคนิสัยมาเล่ากัน มีข่าวปรากฏในอินเทอร์เน็ต และเผยแพร่ทางวิทยุและหนังสือแจ้งข่าวหลายฉบับในช่วงเดือนกรกฎาคม ๒๕๔๘ กล่าวถึงโรคลึกลับที่คร่าชีวิตชาวจีนไปแล้วหลายราย รายงานที่ได้รับจนถึงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๔๘ ปรากฏว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้น กว่า ๒๐๐ ราย ตาย ๗๘ ราย เป็นที่น่าสังเกตว่า อาจมีจำนวนผู้ป่วยและตายสูงกว่านี้ ทั้งนี้เนื่องจากหลังจากวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๔๘ ทางกรวจินห้ามเสนอข่าวการระบาดของโรคนี้ อย่างไรก็ตาม จนถึงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๔๘ มีรายงานจากฮ่องกงว่ามีผู้ป่วยแล้ว ๑๑ ราย

ในอดีตมีรายงานจากทั่วโลก รวมๆ แล้วก็เพียงประมาณ ๑๐๐ ราย ในประเทศไทยก็เคยพบผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า ๖๕ ราย (พ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๔๕) รวมทั้งการระบาดที่จังหวัดลำพูน ซึ่งมีอัตราป่วยตายเป็นร้อยละ ๓๗ ทั้งนี้มีอาการเริ่มแรกคือ มีไข้ ปวดศีรษะ และอาเจียน โดยทั่วไปมีลักษณะอาการคือ โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลัน โดยมีอาการไข้ ปวดศีรษะ และคอแข็งชัดเจน มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดย



ไม่พบภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วม โดยมีไขร่วมกับมีพื้น
หลอดเลือดอักเสบ อูจจาระร่วง กลุ่มอาการติดเชื้อในกระแส
โลหิตอย่างรุนแรง และกลุ่มโรคติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจถึง
เฉียบพลัน เมื่อรอดชีวิตบ้างมีความพิการหลงเหลือคือหูดับ
และอัมพาตครึ่งซีก ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร
มีประวัติกินเนื้อหรือเลือดสุกรดิบก่อน ๑-๗ วัน บางไม่มี
ประวัติสัมผัสสุกรหรือเนื้อสุกรดิบแต่หลายรายดื่มสุราเรื้อรัง

สุกรเลี้ยงเป็นแหล่งรังโรค แต่ไม่แสดงอาการ ยกเว้น
ลูกสุกรอาจมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (septicemia) เยื่อหุ้ม
สมองอักเสบ ปอดอักเสบ และขออักเสบจาก *สเตร็ปโตค็อกคัส*
ซูอิส ซึ่งมี ๓๕ ซีโรทัยป์ ที่พบก่อโรคบ่อยที่สุดคือ ซีโรทัยป์



สุกรเลี้ยงเป็นแหล่งรังโรค



๒ ถูกทำลายได้ง่ายด้วยผงซักฟอก สามารถเพาะเชื้อได้จากเลือด หรือน้ำไขสันหลัง โดยน้ำไขสันหลังจะจับเป็นหนอง มีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมาก โปรตีนสูง แต่มีกลูโคสต่ำ สามารถระบุซีโรทัยป์ ๒ ได้โดยการทดสอบชีวเคมีตรวจชั้นสูตรโดยวิธี API-๒๐ STRP identification strip และ coagglutination test หรือวิธีการทันสมัยทางอนุชีววิทยา เชื้อมักไวต่อเพนิซิลลิน แอมพิซิลลิน เซฟาโลทริน โค-ไตรมอกซาซอล และ แวนโคมัยซิน และมีรายงานเชื้อคือต่อยาเตรเซโซลิน อิริโทรมัยซิน คลินดามัยซิน และเจนตะมัยซิน กรณีติดเชื้อในกระแสโลหิต หรือลิ้นหัวใจอักเสบ ให้ใช้ยาเจนตะมัยซินร่วมด้วย

การระบาดของโรคเกิดขึ้นได้อย่างไร

การระบาดของโรคปรากฏว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งซึ่งมีนามทางวิทยาศาสตร์ว่า *สเตร็ปโตค็อกคัส ซูอิส* (*Streptococcus suis*) โรคนี้เกิดจากการบริโภคสุกรสุกๆ ดิบๆ ส่วนมากจะดิบเสียมากกว่าสุก โรคนี้ยังมีรายงานค่อนข้างน้อย มีประปรายจากประเทศอื่นๆบ้าง พบบ่อยในจีน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ก็มีรายงานจากมณฑลเจียงซูว่า มีการระบาดของโรคติดเชื้อ *สเตร็ปโตค็อกคัส ซูอิส* ในสุกรทำให้ล้มตายไปประมาณ ๘๐,๐๐๐ ตัว และมีผู้ป่วยด้วย ๒๕ รายตาย ๑๔ ราย



ปัญหาอยู่ที่การวินิจฉัยขั้นสุด

ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคนี้ก็คือ การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่อาศัยผลจากการเพาะเชื้อจากเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เนื่องจากการชันสูตรเชื้อ *สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส* ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการชันสูตรที่มีความพร้อมในการแยกชนิดของเชื้อเท่านั้น จึงจะทำการวินิจฉัยได้ถูกต้อง ในอดีตไม่สามารถทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงของโรคได้จากปัญหาการวินิจฉัยยุ่งยากนี้เอง

สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส พบทุกประเทศที่มีอุตสาหกรรมการเลี้ยงสุกร จะมีรายงานการเกิดโรคในมนุษย์ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก อิตาลี เยอรมัน เบลเยียม สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส สเปน สวีเดน ไอร์แลนด์ ออสเตรเลีย ฮังการี นิวซีแลนด์ อาเจนตินา ฮองกง โครเอเชีย ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ฮองกง ไทย ยกเว้นในสหรัฐอเมริกาไม่มีรายงาน ซึ่งอาจเกิดจากการวินิจฉัยพลาดในห้องปฏิบัติการ

การระบาดในประเทศไทย

โรคติดเชื้อ *สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส* นี้ มีรายงานการระบาดประปรายในประเทศไทยอาทิเช่น

มีรายงานจากโรงพยาบาลรามารักษาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๓๖ จำนวน ๖ ราย



พ.ศ. ๒๕๔๐ รายงานจากโรงพยาบาลศิริราชอีก ๑ ราย

พ.ศ. ๒๕๔๒ รายงานจากขอนแก่น ๑ ราย

พ.ศ. ๒๕๔๓ พบที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ๑ ราย และ
รายงานจากจุฬาฯ อีกใน พ.ศ. ๒๕๔๕ รวม ๑๗ ราย

ผู้พิมพ์ได้อ่านเอกสารรายงานจากสำนักกระบาด
วิทยากระทรวงสาธารณสุข เรียบเรียงโดยนายสัตวแพทย์
ธีรศักดิ์ ชักนำ นักวิชาการระบาศวิทยา ขอคัดรายงานมา
นำเสนอให้เห็นความชุกของโรคในบ้านเรานี้

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงาน
ผู้ป่วยติดเชื้อ *Streptococcus suis* จากสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด และสำนักป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งหมด ๑๕๐ ราย
เสียชีวิต ๒๓ ราย อัตราป่วย ๐.๒๒ ต่อประชากรแสนคน
อัตราตาย ๐.๐๔ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ
๑๗.๕๗ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตจังหวัดภาคเหนือ เป็นการ
รายงานจาก ๑๔ จังหวัด แยกตามเขตตรวจราชการกระทรวง
ดังต่อไปนี้

เขตตรวจราชการ ๑ พบผู้ป่วยทั้งหมด ๘๒ ราย เสีย
ชีวิต ๑๓ ราย แยกเป็น จังหวัดพะเยา ๕๒ ราย เสียชีวิต ๔ ราย
(อำเภอเชียงคำ ปง เชียงม่วน จุน ดอกคำใต้ แม่ใจ และ
กิ่งอำเภอภูซาง) จังหวัดลำปาง ๑๑ ราย เสียชีวิต ๑ ราย (อำเภอ
เมือง งาว เกิน แจ่ม แม่ทะ และเกาะคา) จังหวัดเชียงใหม่



๒๐ ราย เสียชีวิต ๕ ราย (อำเภอสันกำแพง หางดง แม่อน
แม่แดง แม่ริม คอยสะเก็ด สันทราย พร้าว และฮอด) จังหวัด
ลำพูน ๔ ราย เสียชีวิต ๑ ราย (อำเภอเมือง และบ้านโฮ่ง)
จังหวัดแพร่ ๔ ราย (อำเภอเมือง สอง วังจัน และร่องวาง)
และจังหวัดน่าน ๑ ราย (อำเภอเมือง) โดยจังหวัดพะเยา พบ
การระบาดครั้งใหญ่ที่ตำบลทุ่งกล้วย กิ่งอำเภอภูซาง มีผู้ป่วย
รวม ๓๒ ราย แยกเป็น ผู้ป่วยสงสัย ๒๒ ราย ผู้ป่วยยืนยัน
๑๐ ราย เสียชีวิต ๓ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๖ ราย เพศหญิง
๑๖ ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ ๑ : ๑ อายุเฉลี่ย
๔๖ ปี ผู้ป่วยติดเชื้อจากการบริโภคเนื้อหมูซึ่งนำมาทำลาบ
ดิบเลี้ยงในงานศพและงานแต่งงานที่จัดขึ้นในเดือนเมษายน



ผู้ป่วยติดเชื้อจากการบริโภคเนื้อหมูซึ่งนำมาทำลาบดิบ



เขตตรวจราชการ ๒ พบผู้ป่วยทั้งหมด ๔๒ ราย เสียชีวิต ๖ ราย แยกเป็น จังหวัดสุโขทัย ๑๒ ราย เสียชีวิต ๑ ราย (อำเภอเมือง กงไกรลาส และศรีสำริด) จังหวัดเพชรบูรณ์ ๑๐ ราย (อำเภอเมือง หล่มเก่า และหล่มสัก) จังหวัดอุดรธานี ๑๘ ราย เสียชีวิต ๔ ราย (อำเภอเมือง พิษณุ และลับแล) และจังหวัดตาก ๒ ราย เสียชีวิต ๑ ราย (อำเภอเมือง และบ้านตาก)

เขตตรวจราชการ ๓ พบผู้ป่วยทั้งหมด ๒๕ ราย เสียชีวิต ๔ ราย แยกเป็นจังหวัดนครสวรรค์ ๒๓ ราย เสียชีวิต ๔ ราย (อำเภอเมือง บรรพตพิสัย พยุหะคีรี ตากถ้ำ ชุมแสง ชุมตาบง ท่าตะโก และจังหวัดกำแพงเพชร (อำเภอ ขามเฒ่า-ลักษณะบุรี) ๑ ราย

เขตตรวจราชการ ๕ พบผู้ป่วย ๑ ราย ที่จังหวัดลพบุรี (อำเภอท่าหลวง)

จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ อุดรธานี สุโขทัย และลำปาง หากเปรียบเทียบจากอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน พบว่าจังหวัดพะเยาสูงสุด (๕.๘๕) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี (๓.๘๔) นครสวรรค์ (๒.๑๐) สุโขทัย (๒.๐) และลำปาง (๑.๔๒)



จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ *สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส* ในประเทศไทยอาจมีจำนวนมากกว่านี้ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งไม่สามารถตรวจได้ทุกแห่ง และแพทย์ยังไม่คุ้นเคยกับโรคนี้อาจทำให้ขาดการตระหนักในการวินิจฉัย กอปรกับโรคนี้อยู่ไม่เข้าสู่ระบบการรายงานโรค

การระบาดหนักอยู่ที่จังหวัดลำพูน

มีรายงานเมื่อปี ๒๕๔๔ การระบาดที่จังหวัดลำพูน ก็คงจากการบริโภคอาหารที่ปรุงจากหมูแบบดิบๆ กันมาก ผู้นิพนธ์จะเอาเหตุการณ์ที่ลำพูนมาเล่าเพื่อเป็นตัวอย่าง

ที่จังหวัดลำพูนระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓ มีผู้ป่วยจำนวน ๑๐ รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน ผู้ป่วยทุกรายเป็นชาย อายุ ๔๐-๔๕ ปี พบว่ามีอาการป่วยในช่วงเวลาเดียวกันและมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ผู้ป่วยทุกรายมีอาการไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ออจจาระร่วง มีไข้ หอบเลือดตามตัว ไม่พบอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เสียชีวิตหมดทุกราย ผลการเพาะเชื้อชั้นสุดระงับจากเลือดของผู้ป่วยเป็นแบคทีเรียชื่อ *สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส* ปัจจุบันเสี่ยงคือรับประทานเนื้อสุกรดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ทุกรายดื่มสุราเป็นอาเจินต์ ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้รอดตาย หูก็จะดับ



หนวกสนธิ หูของเราถ้าหนวกสนธิ ความนำร้นรมย์ของ
โลกนี้ก็จะหายไปเกือบหมดนะครั้บ กินสุกหน้อยดีกว
หูกจะไค้ไม้คั้บ

การติดเชื้ในสุกรและมนุษย์

ปกติจะพบเชื้จากต่อมทอนซิลของสุกรไค้โดยไม
ก่อโรค โดยธรรมชาติลูกสุกรรับเชื้ สเตร็ฟโตค็อกคัส ซูอิส
ตั้งแต้แรกเกิดเมื่อผ่านช่องคลอด และโดยน้ำลายหรือการ
ดมมูกกันของสุกร ติดไค้จากมูลสุกรในคอก การแพร่โรค
ระหว่างคอกสุกรมาจากการเคลื่อนย้ายสุกรที่ไม่ป่วย
แต้มีเชื้ในทอนซิล หรือแมลงวันคอกสัตว์

มนุษย์สามารถติดเชื้จากการสัมผัสกับสุกรที่ติด
โรค ไค้แก้ เกษตรกรผู้เลี้ยงสุกร คนงานในโรงฆ่าสัตว์ คน
ชำแหละเนื้อสุกร ผู้ตรวจเนื้อ สัตวบาล สัตวแพทย์ และผู้ที่
หยิบจับเนื้อสุกรดิบเพื่อปรุงอาหาร และผู้บริโภคนเนื้อสุกร
ที่ไม่สุก (กินลาบ กินลู้) เชื้ออาจจะเข้าสู่ร่างกายผ่านทาง
บาดแผล รอยถลอก หรือเยื่อบุตา ระยะเวลาฟักตัวเพียง
ไม่กั้ชั่วโมงถึง ๓ วัน ไม้มีรายงานการติดต่อยาระหว่างคน

อาการในสุกร

โดยปกติสุกรที่มีอาการติดเชื้อมักไม้แสดงอาการ
เมื่อสุกรมีภาวะเครียด ในคอกที่ขาดการจัดการที่ดีเช่น ความ



แอ็ด อากาศไม่เหมาะสม ความสกปรก จะทำให้เชื้อสามารถเพิ่มจำนวนบุกรุกจากต่อมทอนซิล เข้าไปยังทางเดินน้ำเหลือง ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขากรรไกรล่าง และคิดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิต และเชื้อปริมาณมากในโลหิตนำไปสู่สมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สุกกรที่หายจะมีภูมิคุ้มกันต้านทานป้องกันการติดเชื้อซ้ำ พบในลูกสุกรหลังหย่านม ช่วงอายุ ๘-๑๕ สัปดาห์ และสุกรขุน กอโรคติดเชื้อในเลือด ข้ออักเสบ สุกกรมักตายจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยมีอาการไข หนาวสั่น เกร็งชัก มีผื่นแดงที่ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองโต ตาบอด หูหนวก ข้ออักเสบแบบรุนแรง อาจมีปอดและหลอดลมอักเสบ กล้ามเนื้อและเยื่อหัวใจอักเสบ ทำให้แท้งลูก

อาการในมนุษย์

ระยะพักตัวของโรคประมาณ ๑ - ๓ วัน อาการที่พบได้แก่ มีไข้ คลื่นเหียน ปวดศีรษะ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ข้ออักเสบ มานตาอักเสบ มีจำเลือด เนื้อเยื่อไตผิวหนังอักเสบ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการได้ยิน จนถึงขั้นหูหนวก ภายหลังที่หายจากอาการป่วยแล้วอาจจะมีคามผิดปกติในการทรงตัว ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตเนื่องมาจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๕) มีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ได้แก่ ไข้ คอแข็ง กลัวแสง สับสน ปวดศีรษะ



มักมีอาการปวดในข้อน้ามาก่อน ๑-๒ วัน และรอยละ ๕๔-๘๐ ของผู้ป่วยสูญเสียการไคยีน จนถึงขั้นทุคัฒบสนัทหรือหุนหวกถาวรภายใน ๒๔ ชั่วโมง รอยละ ๓๐-๕๐ มีผลต่อประสาทการทรงตัวทำให้มีอาการ งุนงง คลื่นเหียนวิงเวียน อาเจียน รอยละ ๒๐-๕๓ ของผู้ป่วยมีอาการขออ๊กเสบ เนื้อเยื่อไตฝัวหน้งอ๊กเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เนื่องมาจากการติดเชือในกระแสโลหิต มีผลต่ออวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต และระบบไหลเวียน เชื้อบุนหัวใจอ๊กเสบ ปอดอ๊กเสบ ลูกตาอ๊กเสบ มีฝันจ้าเลือดทั่วตัว และช็อก ภายหลังที่หายจากอาการป่วยแล้วอาจจะมีควมผิดปกติในการทรงตัวและการไคยีน อัตราตายสูงถึง รอยละ ๑๑

การเลี้ยงสุกรต้องถูกสุขลักษณะ ไม่แออัด สุขอนามัย ส่วนบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต้องล้างมือฟอกสบุนทุกครั้งที่สัมผัสสุกรหรือเนื้อสุกรดิบ กินอาหารที่สุกผ่านควมรอนอย่างน้อย ๗๐ องศาเซลเซียส ไม่มัน้ำเลือดแดง

เชือมักไวต่อเพนนิซิลิน (มีค่าควมเข้มของยาในเลือด ขึ้นต่ำ ≤ ๐.๐๖ มิลลิกรัมต่อลิตร) แอมพิซิลิน เซฟาโลทริน โคไคโตรมอกซาซิล และแวนโคมัยซิน มีรายงานเชือคือต่อยาเตตระไซคลิน อิริโทรมัยซิน คลินดามัยซิน และเจนตะมัยซิน

กรณีที่มีอาการเชือหุ้มสมองอ๊กเสบ ยาที่เลือกใช้คือ เบ็นซิล-เพนนิซิลิน ฉีดเข้าหลอดเลือดขนาด ๑๒-๒๔ ล้าน



ยูนิตต่อวัน กรณีที่ติดเชือในกระแสโลหิต หรือลื่นหัวใจ
อีกเสบให้ไชยาเงินตะมัยชินรวมควย

การป้องกันและควมคุม เริ่มต้นที่คอกสุกร เล้าสุกร

◆ การจัดการ โรงเรือนคอกสุกรที่ดีและสิ่งแวดลอม
ต้องสะอาด ล้างควยน้ำยามาเชือ มีสุขาภิบาลดี ไม่แออัด
พื้นคอกแห้งอากาศถ่ายเทได้ดี

◆ สุกรป่วยตายต้องเผาหรือฝังกลบในหลุมลึก

◆ สุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ หลีกเลียง
การจับ หรือสัมผัสสุกรป่วย ควรววมถุงมือและปิดแผล
ไม่ให้สัมผัสเชือ ต้องล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งทีสัมผัสสุกร
หรือเนื้อสุกรดิบ

◆ บริโภคเนื้อสุกรที่สุกผ่านควมร้อนอย่างน้อย
๗๐ องศาเซลเซียส ไม่มีน้ำเลือดแดง

◆ เด็กหรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภูมิคุ้มกันเสื่อม
ต้องหลีกเลียงการเข้าไปในโรงเรือนสุกร

◆ ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ผู้ที่ให้การรักษาพยาบาล
ควรรใช้หลักขอควรปฏิบัติมาตรฐาน (Standard precaution)
เพื่อป้องกัน แม้จะไม่มีรายงานการติดโรคระหว่างมนุษย์

◆ วัคซีนสุกรที่มีไยยังไม่ให้ผลดีเนื่องจากควม
หลากหลายของแอนติเจนที่แคปซูล



เกี่ยวกับผู้นิพนธ์



เรือสำราญเดินสมุทรจอดอยู่ที่อ่าวหน้าพระราชวังมอนาโก
วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๒

เกิดวันที่ ๒ มกราคม ๒๔๗๖ จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อปีพ.ศ. ๒๔๙๕-๒๕๐๐

หลังการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทางอายุรศาสตร์ ได้รับการบรรจุเป็นอาจารย์ประจำในแผนกวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศึกษาเพิ่มเติมโดยทุนมูลนิธิอเล็กซานเดอร์ ฟอน ฮุมโบล์ทท์ ได้รับปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย



ฮัมบวร์ก พ.ศ. ๒๕๐๕ เข้าศึกษาในวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
รุ่นที่ ๒๖ รับปริญญาจากวิทยาลัยในปีพ.ศ. ๒๕๒๗ ได้รับปริญญา
วิทยาศาสตร์คุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ เทคนิคการแพทย์ แพทยศาสตร์
คุษฎีบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตร์คุษฎีบัณฑิต
ชีวการแพทย์จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เมื่อรับราชการได้เลื่อนชั้นเป็นรองศาสตราจารย์
ศาสตราจารย์ และได้เลื่อนเป็นศาสตราจารย์ระดับ ๑๑ เมื่ออายุได้
๔๕ ปี เป็นอาจารย์พิเศษ สอนในมหาวิทยาลัยในต่างจังหวัดอีกหลาย
มหาวิทยาลัย

ด้านการบริหาร ได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าสาขาวิชาไวรัส
วิทยา และต่อมาเป็นหัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยา และเป็นคณบดี
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตำแหน่งสุดท้ายเป็น
รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จนเกษียณอายุราชการ

ได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสูงสุด
มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก

ได้รับรางวัลหลายรางวัล อาทิเช่น รางวัลนักวิจัยดีเด่น
แห่งชาติ รางวัลมหิดล ปีบรวาน

ที่ภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อรับพระราชทานเหรียญคุณภีมาลา
เข็มศิลปวิทยา และโปรดเกล้าให้เป็นราชบัณฑิต สำนักวิทยาศาสตร์
ประเภทวิทยาศาสตร์ประยุกต์ สาขาแพทยศาสตร์

