



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 45 ฉบับที่ 43 : 7 พฤศจิกายน 2557

Volume 45 Number 43 : November 7, 2014

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



ถอดบทเรียนที่ได้จากการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola) ในประเทศไนจีเรีย Ebola outbreak: What we can learn from Nigeria

ถอดความและเรียบเรียงโดย เสาวพัตร์ อินจ้อย, วิติพงษ์ ยิ่งยง, พรรณราย สมิตสุวรรณ, อาทิตยา วงศ์คำมา, สมคิด คงอยู่ และ ปภาณิจ สวงโท
✉ soawapak@gmail.com

1. การระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเทศไนจีเรียเริ่มต้นได้อย่างไร และจบลงเมื่อใด

เหตุการณ์ทุกอย่างเริ่มต้นขึ้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2557 โดยเมื่อย้อนกลับไปที่วันที่ 8 กรกฎาคม 2557 ชาวไนจีเรียรายหนึ่ง (ใช้นามแฝงว่า นาย ก.) เดินทางไปเยี่ยมและดูแลญาติสนิทในประเทศไลบีเรีย ญาติคนดังกล่าวได้เสียชีวิตลงจากการป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ต่อมาในวันที่ 17 กรกฎาคม 2557 นาย ก. เริ่มมีไข้ และถูกนำตัวเข้าสังเกตอาการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเมืองมันโรเวีย (เมืองหลวงของประเทศไลบีเรีย) ซึ่งถูกสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ขณะที่ยังมีไข้อยู่นั้น นาย ก. ได้ออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากไม่สมัครใจอยู่⁽¹⁾ และเขาก็โดยสารเครื่องบินจากประเทศไลบีเรียมาลงที่กรุงลากอสในประเทศไนจีเรียในวันที่ 20 กรกฎาคม โดยมีการแวะเปลี่ยนเครื่องที่กรุงโลเม ประเทศโตโก นาย ก. แสดงอาการป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะอยู่บนเครื่อง และมีอาการทรุดเฉียบพลันด้วยอาการไข้ อาเจียน และท้องเสีย ที่ทำอากาศยานนานาชาติในกรุงลากอส ทำให้หน่วยแพทย์ช่วยปฐมพยาบาลและนำส่งตัวไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง⁽²⁾ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลแพทย์ผู้ทำการรักษาสงสัยว่านาย ก. อาจติดเชื้อไวรัสอีโบล่า แต่นาย ก. ปฏิเสธประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยง แพทย์จึงให้การวินิจฉัยเบื้องต้นและดูแลรักษาแบบผู้ป่วยมาลาเรีย⁽³⁾ เมื่อทำการรักษามาลาเรีย กลับพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ไม่ตอบสนอง

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพิเศษ สำนักโรคระบาดวิทยา ต่อการรักษา และทราบว่า มีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่ระบาด แพทย์จึงสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และทำการแยกผู้ป่วยพร้อมกับส่งตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยถูกส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยลากอส (Lagos University Teaching Hospital)⁽¹⁾

ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2557 นาย ก. ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เนื่องจากผลการตรวจยืนยันพบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสอีโบล่า ศูนย์ควบคุมโรคแห่งประเทศไนจีเรีย (Nigeria Center for Disease Control, NCDC) ประกาศภาวะฉุกเฉินและมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารกรุงลากอส และองค์การระหว่างประเทศ เปิดศูนย์บัญชาการสั่งการตอบโต้ปัญหาโรคไวรัสอีโบล่า (Ebola Incident Management Center: EOC) ขึ้นทันที เนื่องจากเมืองลากอสเป็นเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่น และเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และการเดินทางในภูมิภาคนี้ ทำให้มีการติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยรายนี้ ทั้งที่ทำอากาศยานและโรงพยาบาลทั้งสิ้น 72 ราย^(1, 4) ต่อมา นาย ก. ได้เสียชีวิตลงในวันที่ 25 กรกฎาคม 2557⁽²⁾ ในจำนวนผู้สัมผัสทั้ง 72 รายนั้น มีนางพยาบาล 1 รายที่ดูแลนาย ก. ระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ได้แสดงอาการป่วยและให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งนางพยาบาลคนดังกล่าวมีประวัติเดินทางไป



◆ ถอดบทเรียนที่ได้จากการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola) ในประเทศไนจีเรีย	673
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 43 ระหว่างวันที่ 26 ตุลาคม - 1 พฤศจิกายน 2557	678
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 43 ระหว่างวันที่ 26 ตุลาคม - 1 พฤศจิกายน 2557	680
◆ รายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือนตุลาคม 2557	685

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาตล
นายแพทย์ธวัช ฉายนิตย์อิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : สัตวแพทย์หญิงเสาวพัทธ์ อีนจ้อย

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ สุวดี ดิวงษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจันท์ ศศิธันว์ มาแอดิเยน พัชร ตรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา คล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

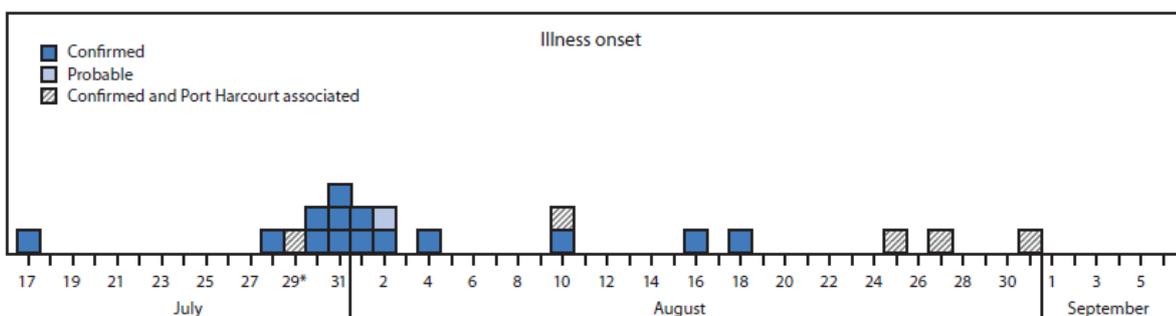
สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา คล้ายพ้อแดง

ยังเมืองเอนู ประเทศไนจีเรีย ซึ่งอยู่ห่างไปอีก 500 กิโลเมตร ทำให้มีผู้สัมผัสสายพยาบาลคนดังกล่าวอีกอย่างน้อย 21 ราย นอกจากนี้แล้ว ในกลุ่มผู้สัมผัสจำนวน 72 ราย มีผู้สัมผัสรายหนึ่งได้หลบหนีการติดตามเฝ้าระวังอาการในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม และได้เดินทางไปยังเมืองพอร์ตฮาร์คอร์ต ประเทศไนจีเรีย ต่อมาผู้สัมผัสคนดังกล่าวแสดงอาการป่วยที่โรงแรม และเรียกให้แพทย์ (ใช้นามแฝงว่า นายแพทย์ ข.) ที่คลินิกแห่งหนึ่ง เข้ามาทำการรักษาที่โรงแรมที่พัก⁽²⁾

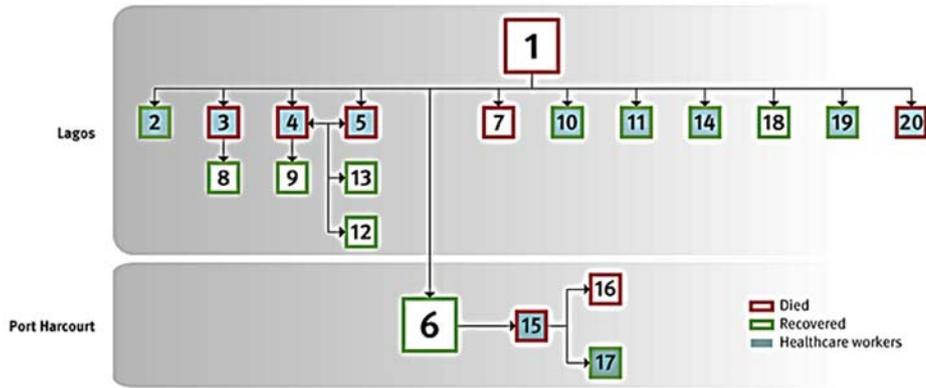
วันที่ 11 สิงหาคม 2557 นายแพทย์ ข. เริ่มแสดงอาการป่วย แต่ด้วยตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ทำให้มีผู้สัมผัสนายแพทย์ ข. ทั้งคนใช้ สมาชิกในครอบครัว กลุ่มแพทย์ พยาบาลที่ช่วยรักษาพยาบาล ทำให้มีผู้สัมผัสที่เชื่อมโยงกับนายแพทย์ ข. จำนวน 526 รายที่เมืองพอร์ตฮาร์คอร์ต ต่อมานายแพทย์ ข. ได้เสียชีวิตลงในวันที่ 22 สิงหาคม 2557⁽²⁾ วันที่ 24 กันยายน 2557 มีผู้ป่วยยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 19 ราย และผู้ป่วยน่าจะเป็น 1 ราย⁽¹⁾

สรุปมีผู้สัมผัสที่มีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายแรกหรือนาย ก. รวม 898 ราย จากการสัมภาษณ์ประมาณ 18,500 ราย^(1,2) โดยมีผู้สัมผัสรุ่นที่ 1 (Primary contacts) ผู้สัมผัสรุ่นที่ 2 (Secondary contacts) 351 ราย และผู้สัมผัสรุ่นที่ 3 (Tertiary contacts) และรุ่นถัดๆ ไป 547 ราย ในผู้สัมผัสทั้งหมด ผู้ที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ถูกส่งตัวไปแยกกักในสถานพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจะถูกส่งไปในแผนกรักษาผู้ป่วยยืนยันที่ตั้งอยู่ในเมืองลากอสหรือเมืองพอร์ตฮาร์คอร์ต กลุ่มผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จะถูกเฝ้าติดตามต่อเนื่องอีก 21 วัน ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 20 ราย มีเสียชีวิต 8 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 400 (95%CI: 22-61) เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข 11 ราย มี 9 รายจาก

จากจำนวน 11 รายนี้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากนาย ก. ก่อนที่จะทราบชื่อนาย ก. เป็นโรค Ebola ความเชื่อมโยงของผู้ป่วยแต่ละราย⁽²⁾ จากผู้ป่วยรายแรก หรือ นาย ก. ทำให้มีผู้ป่วยระยะที่ 2 (Secondary cases) อีก 12 ราย ซึ่งเรียกเป็นผู้ป่วยรุ่นแรก (First generation) จากผู้ป่วยรายแรก ต่อมาผู้ป่วยระยะที่ 2 อีก 5 รายทำให้มีผู้ป่วยในรุ่นที่ 2 หรือ Secondary generation และผู้ป่วยระยะที่ 2 อีก 2 ราย ทำให้มีผู้ป่วยในรุ่นที่ 3 หรือ Third generation ต่อมาในวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ไม่มีรายงานผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติมในกลุ่มผู้สัมผัสที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจนครบ 21 วัน และในวันที่ 20 ตุลาคม 2557 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่า ประเทศไนจีเรียปลอดจากการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า แล้ว โดยไม่พบมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รายใหม่หลังจากครบระยะเวลา 42 วันของการติดตามผู้สัมผัส⁽²⁾



รูปที่ 1 วันเริ่มป่วยของเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเทศไนจีเรีย ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2557



รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ในประเทศไนจีเรีย ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2557

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยรายแรก หรือ นาย ก. เสียชีวิตวันที่ 25 กรกฎาคม
2. นางพยาบาลที่เดินทางไปเมืองเอนูกุ รอตซิวิต
3. แพทย์ เสียชีวิตวันที่ 19 สิงหาคม
4. ผู้ช่วยในวอร์ด เสียชีวิตวันที่ 2 สิงหาคม
5. พยาบาล เสียชีวิตวันที่ 12 สิงหาคม
6. ผู้สัมผัสที่หลบหนีไปเมืองพอร์ตฮาร์คอร์ต รอตซิวิต
7. เจ้าหน้าที่ประสานงานเขต เสียชีวิตวันที่ 4 สิงหาคม
8. ญาติของแพทย์รายที่ 3 รอตซิวิต
9. คู่ครองของนางพยาบาลที่มีประวัติดูแลรักษานาย ก. รอตซิวิต
10. และ 11. บุคลากรทางสาธารณสุข รอตซิวิต
12. และ 13. ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเดียวกับที่นาย ก. รักษาตัวอยู่ในขณะนั้น รอตซิวิต
14. บุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลเดียวกับที่นาย ก. รักษาตัวอยู่ในขณะนั้น รอตซิวิต
15. แพทย์ที่ทำการรักษาผู้สัมผัสรายที่ 6 เสียชีวิตวันที่ 22 สิงหาคม
16. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากแพทย์รายที่ 15 เสียชีวิตวันที่ 31 สิงหาคม
17. แพทย์ที่เป็นคู่ครองของแพทย์รายที่ 15 รอตซิวิต
18. หญิงสาวเพิ่งคลอดบุตรในโรงพยาบาลเดียวกับที่นาย ก. รักษาตัวอยู่ในขณะนั้น รอตซิวิต
19. แพทย์ฝึกหัดในโรงพยาบาลเดียวกับที่นาย ก. รักษาตัวอยู่ในขณะนั้น รอตซิวิต
20. บุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานในโรงพยาบาลเดียวกับที่นาย ก. รักษาตัวอยู่ในขณะนั้น เสียชีวิตวันที่ 13 กันยายน

2. การตอบโต้การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ในประเทศไนจีเรีย

ความเสี่ยงต่อการระบาดที่ประเทศไนจีเรีย เริ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2557 ที่นาย ก. ผู้ป่วยรายแรกเดินทางเข้ามาในเมืองลากอส ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคสูง เนื่องจากเมืองลากอสเป็นศูนย์กลางในการเดินทางต่อไปยังปลาย ทางอื่นทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศของภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก ความหนาแน่นของประชากรและสิ่งปลูกสร้างที่แออัดสามารถเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญที่ทำให้โรคแพร่กระจายได้ง่ายและยาวนาน แนวทางการควบคุมเชื้อโรคติดต่อของหน่วยงานสาธารณสุขยังขาดทั้งวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็น ทำให้มีโอกาสที่เชื้อจะแพร่ภายในสถานพยาบาลไปสู่บุคลากรทางสาธารณสุข นอกจากนี้แล้วการติดตามผู้สัมผัสต้องใช้ทรัพยากรอย่างสูง เนื่องจากความซับซ้อนในการเชื่อมโยงการเดินทาง การค้า และระบบการรายงานของสาธารณสุข

ด้วยข้อจำกัดหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับมีความเสี่ยงสูงที่จะแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ทำให้ศูนย์ควบคุมโรคแห่งประเทศไนจีเรีย (NCDC) ร่วมกับสำนักอนามัยแห่งเมืองลากอส ประกาศเปิดศูนย์บัญชาการและทำงานควบคู่กับศูนย์ EOC ระดับชาติ

ต่อมาศูนย์ EOC ได้ขยายขอบเขตการปฏิบัติงานไปยังรัฐ River ซึ่งมีเมืองพอร์ตฮาร์คอร์ตเป็นเมืองหลวง เนื่องจากมีรายงานผู้ป่วยที่รัฐนั้นด้วย รวมทั้งให้มีการติดตามผู้สัมผัสในรัฐเอนูกุสำหรับลำดับการสั่งการและรายงาน หน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจะรายงานตรงให้ผู้จัดการเหตุการณ์ หรือ Incident Manager (IM) จากนั้น IM จะรายงานตรงไปยัง NCDC และกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ EOC ได้จัดทีมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล จัดทีมบุคลากร และดูแลการจัดส่งทรัพยากร เพื่อลดปัญหาหรือความสับสนในการดำเนินงาน โดยกำหนดให้มีทีมปฏิบัติการ 6 ทีม ได้แก่ 1) ทีมระบาดวิทยาและเฝ้าระวังโรค 2) ทีมดูแลรักษาผู้ป่วยและควบคุมการติดเชื้อ 3) ทีมดูแลชุมชน/ผู้ชน 4) ทีมตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ 5) ทีมดูแลจุดผ่านแดน และ 6) ทีมประสานงานและสั่งการ ดังแสดงในรูปที่ 3⁽¹⁾

คณะกรรมการยุทธศาสตร์ของศูนย์ EOC จะกำหนดลำดับความสำคัญและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อแนะนำการดำเนินงานให้แก่ทีมปฏิบัติการ จากนั้นทีมปฏิบัติการจะจัดการหาทุกทีมปฏิบัติงาน พร้อมทั้งกำหนดรายการจัดหาวัสดุอุปกรณ์และประมาณการ

งบประมาณ และวางเป้าหมายการปฏิบัติงาน โดยมีคณะกรรมการยุทธศาสตร์ของศูนย์ EOC เป็นผู้ทบทวนร่างและพิจารณาอนุมัติแผนงาน และการจัดซื้อจัดจ้างตามความต้องการของทีมปฏิบัติการผู้ชำนาญงานด้านการปฏิบัติการจะกำหนดตัวบุคลากร ให้คำแนะนำ และขั้นตอนดำเนินงานให้ทีมบุคลากรระดับท้องถิ่น รวมทั้งการควบคุมกำกับคุณภาพในการดำเนินงาน ยกตัวอย่าง เช่น ทีมดูแลจุดผ่านแดนจะนำเจ้าหน้าที่จากด่านควบคุมโรคทำหน้าที่ปั่งชี้ตัวผู้สัมผัส จัดทำรายชื่อ ให้คำแนะนำ และจัดลำดับความเสี่ยงของผู้สัมผัสบนเครื่องบิน ในสนามบิน และผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยรายแรก ทั้งนี้จะดำเนินการหาตัวผู้สัมผัสทั้งในสนามบิน และผู้สัมผัสที่อยู่ต่างประเทศในจอร์เจีย โดยทำงานร่วมกับการทำอากาศยาน สายการบินและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ตลอดจนการรวบรวมข้อมูลผู้สัมผัส การทำลายเชื้อในบริเวณที่ปนเปื้อน และรายงานความเป็นไปได้ในการแพร่กระจายเชื้อให้กับองค์การอนามัยโลก ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 หรือ International Health Regulations 2005 (IHR) นอกจากนี้ยังดำเนินการคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดผ่านแดน

ทีมระบาดวิทยาและเฝ้าระวังโรค จะดำเนินการติดตามอาการผู้สัมผัส ค้นหา และดูแลข่าวการระบาด ข่าวลือ และกำหนดตัวเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยในการค้นหาติดตามผู้สัมผัส สำหรับยุทธศาสตร์การติดตามผู้สัมผัส มีทีมติดตามค้นหาผู้สัมผัส 3 ทีม เจ้าหน้าที่ต้องผ่านการฝึกฝนและส่งไปค้นหาโดยเคาะประตูทุกบ้านในเขตรัศมีที่รับผิดชอบ ในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นมากจะกำหนดรัศมีการค้นหา 500 เมตร ถ้าอยู่ในเขตประชากรหนาแน่นปานกลาง กำหนดรัศมี 1 กิโลเมตร เขตประชากรหนาแน่นต่ำ กำหนดรัศมี 2 กิโลเมตร ซึ่งมีการติดตามผู้ที่อยู่ในบริเวณรัศมีรอบบ้านผู้สัมผัสประมาณ 26,000 ครั้งเรือน เป็นต้น ^(1, 4) แต่ค่อนข้างมีความลำบากในการดำเนินงานของส่วนทีมดูแลรักษาผู้ป่วยและควบคุมการติดเชื้อซึ่งมีการดำเนินงานล่าช้า เนื่องจากบุคลากรไม่สมัครใจทำงาน ขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังไม่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในกรณีนี้อีกด้วย ⁽¹⁾

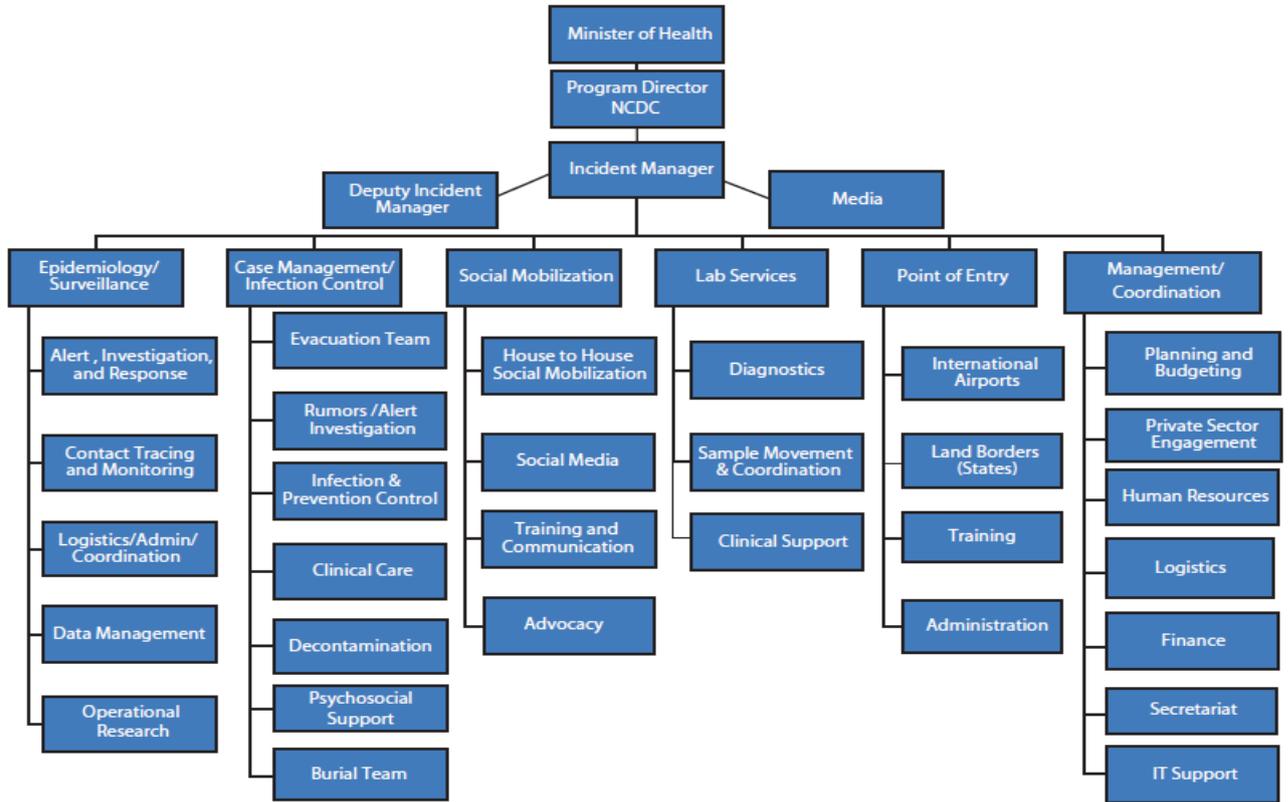
3. บทเรียนที่ได้รับจากการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าในไนจีเรีย

จากการประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อัตราป่วยตาย สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ช่องทางการรับเชื้อ และผลกระทบที่ตามมาภายหลังการดำเนินงานควบคุมการระบาด เพื่อถอดบทเรียนที่ประเทศไนจีเรียสามารถหยุดการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การตอบสนองและตอบโต้ที่รวดเร็วเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รายแรกของประเทศ ซึ่งปฏิบัติการตอบโต้ที่เป็นกุญแจดอกสำคัญ คือ การค้นหาผู้สัมผัสทุกราย และแยกเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ^(4, 5) ผู้สัมผัสแต่ละรายจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คอยติดตามอาการวันละ 2 ครั้ง แจ้งประวัติการเดินทาง และมีการส่งข้อความ ถ้าพบว่าผู้สัมผัสรายใด ที่เริ่มแสดงป่วยหรือไม่สบายเนื้อสบายตัว เจ้าหน้าที่จะรีบดำเนินการตรวจสอบอย่างใกล้ชิด นอกจากนั้นแล้ว เจ้าหน้าที่ก็ปฏิบัติกับผู้สัมผัสอย่างให้เกียรติ เสมือนผู้สัมผัสเป็นบุคคลสำคัญที่ให้ความร่วมมือกับทางการเป็นอย่างดี เช่น มีการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันว่า ผู้ที่เข้าข่ายในการติดตามเฝ้าระวังนั้น ไม่ใช่คนที่จะต้องถูกขังอยู่ในบ้าน สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เพียงแต่จะต้องร่วมมือกับทางการในการตรวจสอบอุณหภูมิของร่างกายด้วยตัวเองวันละ 2 ครั้งว่า มีอาการผิดปกติใดๆ หรือไม่ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 21 วัน ถ้าพบอาการผิดปกติต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ⁽⁵⁾

นักวิทยาศาสตร์ได้มีการสร้างแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ เพื่อคาดการณ์ขนาดของการระบาดในประเทศไนจีเรีย โดยสมมติสถานการณ์เริ่มปฏิบัติการควบคุมโรคในช่วงเวลาที่ต่างกัน พบว่าถ้าสามารถแยกกักผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 60 ในช่วงเวลาตั้งแต่วันแรกที่แสดงอาการของโรคจนถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันหรือไม่นั้น จะส่งผลในการลดค่า Reproduction number (หมายถึง ถ้าในประชากรไม่มีภูมิคุ้มกันเลย ผู้ป่วยหนึ่งรายในช่วงระยะของการป่วยจะสามารถแพร่เชื้อต่อได้กี่คน) ได้ต่ำกว่า 1.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถหยุดการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าได้ ⁽²⁾ ในกรณีของการระบาดในประเทศไนจีเรีย พบว่า ติดตาม แยกกักผู้สัมผัสได้ค่อนข้างมากในช่วงเริ่มต้นของการระบาด ทำให้วงจรของการระบาดจบลงในเวลาไม่นานนัก

จากประสบการณ์ในการจัดการปัญหาของพิชตะกัวในปี พ.ศ. 2553 และการระบาดของโปลิโอใน ปี พ.ศ. 2555 ทำให้ประเทศไนจีเรียมีระบบเฝ้าระวังโรคโปลิโอที่เข้มแข็งที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของศูนย์ EOC ซึ่งศูนย์ดังกล่าวได้ถูกจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2555 โดยมูลนิธิบิลล์และเมลินดา เกตส์ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไป โดยมีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ จำนวน 40 คน ในช่วงพัฒนาของศูนย์ EOC เพื่อตอบโต้ปัญหาการระบาดของโปลิโอถูกแต่งตั้งให้เป็นกำลังสำคัญของทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Rapid disease response team) ในการจัดการปัญหาการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า ในครั้งนี้ด้วย ซึ่งศูนย์ EOC ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า และมีระบบบัญชาการที่ชัดเจน ทำการประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไนจีเรีย องค์การอนามัยโลก ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา องค์การแพทย์ไร้พรมแดน และคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด ⁽³⁾ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ประเทศไนจีเรียสามารถตอบสนองต่อปัญหาการระบาดได้อย่างรวดเร็ว



รูปที่ 3 โครงสร้างของศูนย์บัญชาการสั่งการตอบโต้ปัญหาโรคไวรัสอีโบล่า (Ebola Response Incident Management Center: EOC) ต่อการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเทศไนจีเรีย ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2557

ในระหว่างการทำงานนั้น มีข้อบกพร่องเช่นกัน ยกตัวอย่าง เช่น ต้องใช้เวลาถึง 2 สัปดาห์ในการจัดตั้งหอแยกผู้ป่วย และมีเสียงคัดค้านจากบุคลากรทางการแพทย์ในบางกรณี อย่างไรก็ตาม ในที่สุดก็ได้มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 1,800 ราย มีการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการป้องกัน มีหอผู้ป่วยที่ปลอดภัย และมีเตียงผู้ป่วยที่เพียงพอ รวมถึงมีการจัดการเรื่องน้ำดื่มที่ผ่านการฆ่าเชื้อโดยคลอรีนที่ผู้ป่วยสามารถบริโภคได้อย่างปลอดภัย แม้ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศไนจีเรียจะยังไม่เข้มแข็งนัก แต่ด้วยศักยภาพของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะด้านเป็นจำนวนมาก และมีประสบการณ์จากการดำเนินงานระบบการเฝ้าระวังโปลิโอที่เข้มแข็ง จึงสามารถป้องกันการแพร่ระบาดได้⁽³⁾ การที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการแจ้งข่าวเร็ว มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเข้มข้นจริงจัง ช่วยส่งผลให้มีการลดขนาดของการแพร่กระจายระบาด และจำกัดพื้นที่ที่ระบาดให้แคบลง⁽²⁾ นอกจากนี้แล้ว การให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ชุมชนเกี่ยวกับโรคติดต่อ อาการและอาการแสดง การให้การรักษา แนวทางช่วยกันติดตามผู้สัมผัส และการจัดการพิธีศพที่ปลอดภัย ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประสานให้ผู้สัมผัสช่วยเป็นอาสาสมัครและมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง เยี่ยมผู้สัมผัสรายอื่น ๆ ด้วย สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้สามารถหยุดยั้งการระบาดได้ด้วยเช่นกัน ประสบการณ์การระบาดในประเทศไนจีเรียเป็นบทเรียนที่สามารถเป็น

เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับประเทศอื่นๆ ที่มีโอกาสนำผู้ป่วยเข้าประเทศแบบที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศสเปน ซึ่งมาตรการที่ดีที่สุด คือ การตรวจจับโรคให้รวดเร็ว แนวทางการดำเนินงานของศูนย์ EOC และระบบบัญชาการที่มีความชัดเจนทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายปฏิบัติตามในรูปแบบเดียวกัน และมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่รวดเร็วเต็มกำลังทุกหน่วยงานจะช่วยหยุดวงจรระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Shuaib F, Gunnala R, Musa EO, et al. Ebola Virus Disease Outbreak - Nigeria, July-September 2014. MMWR 2014;63(39):867-72.
2. Fasina O, Shittu A, Lazarus D, et al. Transmission dynamics and control of Ebola virus disease outbreak in Nigeria, July to September 2014. Euro Surveill 2014;19(40):1-7.
3. The guardian. What can Nigeria's Ebola experience teach the world? (Internet). [cited 2014 October 20]. Available from: <http://www.the-guardian.com/global-development/poverty-matters/2014/oct/07/nigeria-ebola-experience-teach-world>
4. Milken Institute School of Public Health, The George Washington University. Lessons Learned From Nigeria: Fast Action Stops Ebola (Internet). [cited 2014 October 20]. Available from: <http://public-health.gwu.edu/content/lessons-learned-nigeria-fast-action-stops-ebola# shtash.Q1LFxo2r.dpuf>
5. The Washington post. What Texas can learn from Nigeria when it comes to containing Ebola (Internet). [cited 2014 October 20]. Available from: <http://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2014/10/04/what-texas-can-learn-from-nigeria-when-it-comes-to-containing-ebola/>