

คลองเตย พบผู้เสียชีวิตเป็นหญิงอายุ 60 ปี รับประทานคางคกผัดแก้มเห็ดแห้งขุ่น ในต่างประเทศเคยมีรายงานที่ประเทศกัมพูชา พบ เด็กหญิง 2 ราย เสียชีวิตจากการรับประทานไข่คางคกต้ม เนื่องจากเข้าใจผิดว่าเป็นไข่กบ

3. สงสัยได้รับสารพิษยาฆ่าแมลง จังหวัดเลย 5 ราย

ได้รับรายงานการสอบสวนโรคจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย มีผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ 5 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย หญิง 1 ราย อายุ 41 - 62 ปี ที่อยู่ ตำบลนาโง่ง อำเภอเมือง จังหวัดเลย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลย เมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2548 เวลา 13.40 น. ผู้ป่วยรายแรกมีอาการหลังจกดื่มกาแฟที่ชงเอง โดยใช้ น้ำบาดาลดื่มดื่มได้ประมาณ 2 - 3 นาที มีอาการอาเจียน และหมดสติ ผู้ป่วยบางรายมีอาการใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อย เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต 2 ราย ผู้ป่วยที่เหลือรักษาที่แผนกอายุรกรรม แพทย์วินิจฉัย R/O Organophosphate poisoning ขณะนี้ทุกรายอาการดีขึ้น จากการสอบสวนโรค ผู้ป่วยบางรายเล่าว่า สงสัยจะมีคนเอายาพิษใส่ในกาแฟเนื่องจากตอนดื่กกาแฟสังเกตเห็นผงสีขาว เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาได้ส่งตัวอย่าง กาแฟ น้ำตาลทราย (เปิดฝากระปุกใส่น้ำตาล รู้สึกมีกลิ่นเหม็น) ครีมเทียม น้ำจากกาดม่น้ำแบบใช้ถ่าน น้ำดื่ม เศษอาเจียน (เป็นน้ำที่เหลือจากญาติไม่ได้ล้างทิ้ง) เกือบปรุงอาหารที่ผู้ป่วยใช้จิ้มมะม่วง มะม่วงดิบครึ่งผล ข้าวเหนียวหนึ่งประมาณหนึ่งกำปั้น ปลาหมึกเส้น ไปตรวจกำลังรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ



โรคมาร์บวร์ก ประวัติการระบาดและสถานการณ์ในสาธารณรัฐแองโกลา

บทความแปลต่างประเทศ

เรียบเรียงโดย นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ
กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา

ในวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกยืนยันว่าพบโรคมาร์บวร์ก ซึ่งอยู่ในวงศ์ Filoviridae เช่นเดียวกับโรคอีโบลา ซึ่งอยู่ในกลุ่มโรคไข้เลือดออกจากไวรัส ในจังหวัด Uige ทางตอนตะวันตกเฉียงเหนือของสาธารณรัฐแองโกลา โดยศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกาได้ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบไวรัสจากตัวอย่าง 10 ตัวอย่างจาก 13 ตัวอย่างที่ได้มาจากผู้ป่วยซึ่งเสียชีวิตในการระบาดครั้งนี้

สถานการณ์การระบาด

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วย 266 ราย เสียชีวิต 244 ราย ซึ่งมีอัตราป่วยตายสูงถึง ร้อยละ 91.73 ใน 7 จังหวัดของสาธารณรัฐแองโกลา ได้แก่ จังหวัด Uige, Luanda, Cabinda, Malange, Kuanza Norte, Kuanza Sul และ Zaire (รูปที่ 1) เฉพาะจังหวัด Uige ที่เป็นศูนย์กลางของการระบาด ณ วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วย 253 ราย เสียชีวิต 233 ราย กระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐแองโกลาประกาศให้จังหวัด Uige เป็นพื้นที่การระบาด และได้ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคอย่างทันทั่วทั้งที่ในการควบคุมการระบาดในชุมชน ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และให้สุขศึกษาแก่ประชาชน

ถึงแม้ว่าการระบาดของโรคมาร์บวร์กในสาธารณรัฐแองโกลาครั้งนี้ จะเป็นการระบาดครั้งใหญ่ที่สุด และมียกคนเสียชีวิตมากที่สุดเท่าที่ได้บันทึกไว้ ซึ่งมากกว่าการระบาดที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2543 แต่องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ความเสี่ยงในการแพร่กระจายไปสู่ประเทศอื่นเป็นไปได้น้อย และไม่มีมีการระบาดในคนต่างชาติ ยกเว้นในอาสาสมัครต่างชาติติดเชื้อจากการที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น โดยพบว่ามีการติดเชื้อจากผู้ป่วยไปสู่บุคลากรทางการแพทย์ และคนที่ดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามโรคมาร์บวร์กถือว่าเป็นโรคติดเชื้อในข่ายที่มาจาก การเดินทางท่องเที่ยว เพราะมีประวัติการระบาดจากนักท่องเที่ยวที่กลับจากทวีปแอฟริกา

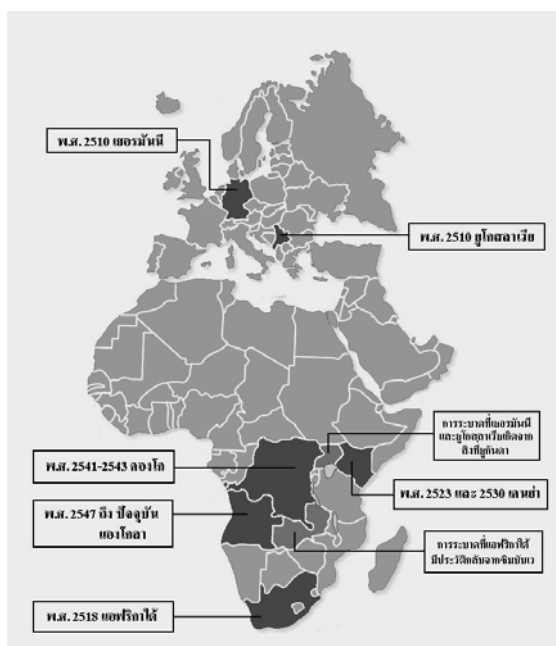
รูปที่ 1 การกระจายของโรคมาร์บวร์กในสาธารณรัฐแองโกลา
ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2548



ประวัติการระบาด

(รูปที่ 2)

รูปที่ 2 การกระจายของโรคมาร์บวร์ก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 – 2543



ปี พ.ศ. 2510 สหพันธรัฐเยอรมันนี และสหพันธ์สาธารณรัฐยูโกสลาเวีย

โรคมาร์บวร์กพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2510 ที่เมืองมาร์บวร์ก และนครแฟรงค์เฟิร์ต สหพันธรัฐเยอรมันนี และกรุงเบลเกรด สหพันธ์สาธารณรัฐยูโกสลาเวีย โดยพนักงานประจำห้องทดลอง ดัดเชื้อจากลิงเขียวแอฟริกัน (African green monkey) ที่นำเข้ามาจากสาธารณรัฐยูกันดา เพื่อนำเนื้อเยื่อไปเพาะผลิตวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ในครั้งนั้น มีผู้ติดเชื้อทั้งหมด 31 ราย และเสียชีวิต 7 ราย การติดเชื้อครั้งแรก (primary infection) เป็นพนักงานประจำห้องทดลอง ดัดเชื้อ

25 ราย เสียชีวิต 7 ราย ระยะฟักตัวประมาณ 1 สัปดาห์ อาการที่สำคัญ คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว มีเลือดออกใต้ผิวหนัง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และซีก ในที่สุดก็เสียชีวิต การติดเชื้อรุ่นที่ 2 (secondary infection) มีผู้ติดเชื้อ 6 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต เป็นแพทย์ 2 คน และพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยผ่าซาก 1 คน สัตวแพทย์ และภรรยา โดยผู้ติดเชื้อรุ่นที่ 2 ทุกคนมีประวัติสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย และแพทย์ 2 คน ติดเชื้อจากเลือดผู้ป่วยโดยอุบัติเหตุขีดขวานที่ผิวหนัง

ปี พ.ศ. 2518 สหพันธรัฐแอฟริกาใต้ (ท่องเที่ยวจากสหพันธรัฐซิมบับเว)

ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2518 ผู้ป่วยเพศชายชาวออสเตรเลีย อายุ 20 ปี ป่วยอย่างเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรุงโจฮันเนสเบิร์ก สหพันธรัฐแอฟริกาใต้ โดยมีประวัติการเดินทางไปท่องเที่ยวจากสหพันธรัฐซิมบับเวและนอนอยู่กลางแจ้งตลอดคืนเดือนกุมภาพันธ์ มีการติดเชื้อไปสู่เพื่อนที่ร่วมเดินทางซึ่งเป็นเพศหญิงอายุ 19 ปี และพยาบาลอายุ 20 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย ผู้ป่วยชายเสียชีวิต แต่เพื่อนร่วมเดินทางและพยาบาลได้รับการรักษาตามอาการและหายเป็นปกติ

ปี พ.ศ. 2523 และ 2530 สาธารณรัฐเคนย่า

ในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2523 ผู้ป่วยเป็นชายชาวฝรั่งเศส อายุ 56 ปี ถูกจ้างให้ไปทำงานในจังหวัดทางภาคตะวันตกของสาธารณรัฐเคนย่า มีอาการ sudden febrile illness ตามด้วยอาการปวดศีรษะ ท้องเสีย และอาเจียน โดยมีประวัติการเดินทางไปท่องเที่ยวที่ถ้ำ Kitum ในอุทยานแห่งชาติเขา Elgon ของเคนย่า ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 15 มกราคม แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้แสดงอาการ 9 วันต่อมา และรักษาหายในที่สุด รวมมีผู้ป่วย 2 ราย เสียชีวิต 1 ราย

ในวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2530 ผู้ป่วยเป็นชายชาวเดนมาร์กอายุ 15 ปี อาศัยอยู่ในสาธารณรัฐเคนย่า 1 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียนเป็นเวลา 3 วัน ก่อนแสดงอาการ 9 วัน ผู้ป่วยได้เดินทางไปท่องเที่ยวที่ถ้ำ Kitum ในอุทยานแห่งชาติเขา Elgon ของเคนย่า ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 11 ของการป่วย ไม่มีผู้ติดเชื้อรายอื่น

ปี พ.ศ. 2541 – 2543 ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก

ระหว่างปี พ.ศ. 2541 – 2543 มีการระบาดครั้งใหญ่ที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก มีผู้ป่วยทั้งหมด 154 ราย เสียชีวิต 128 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 83 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคองโกวัยกลางคนซึ่งทำงานในเหมืองทองในหมู่บ้าน Durba ทางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ ซึ่งได้ประกาศให้เป็นแหล่งศูนย์กลางของการระบาด ผู้ป่วยรายอื่นพบภายหลังในเมือง Watma ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกัน พบการติดเชื้อในผู้ร่วมครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางไวรัสวิทยาพบว่า ไวรัสมียาสัยพันธุ์แตกต่างจากที่เคยระบาด แต่ไม่ทราบแหล่งรังโรค

องค์ความรู้เรื่องโรค

โรคมาร์บวร์กเป็นโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก มีการระบาดจำกัดในประเทศกลุ่มทะเลทรายซาฮาราในประเทศแถบแอฟริกา มีอัตราการป่วยตายสูง

เชื้อก่อโรค เกิดจากเชื้อไวรัส *Marburg* มีลักษณะเป็น elongated filaments ในวงศ์ Filoviridae เช่นเดียวกับโรคอีโบลา

แหล่งรังโรค ยังไม่ทราบแน่ชัด จากการศึกษาพบว่า ลิงเป็นสัตว์ที่มีภูมิไวรับ สามารถติดเชื้อได้ แต่ไม่พบไวรัสในลิงในธรรมชาติ สัตว์ที่ติดโรคจะตายอย่างรวดเร็ว ลิงเชียวแอฟริกัน (*Cercopithecus aethiops*) เคยเป็นสัตว์นำโรคในการระบาด

ระยะฟักตัว 3 - 9 วัน

การติดต่อ การล่าลิงมาฆ่าและที่มีการสัมผัสกับเลือด และสารคัดหลั่งจากซากลิงที่ติดเชื้อ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อสู่คน คนที่ทำงานในห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง อาจติดเชื้อจากการสัมผัสกับเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งอื่นของคนและสัตว์ที่ติดโรค โรคจะสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือติดเชื้อจากเลือด

หรือสิ่งคัดหลั่งอื่น ๆ เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำมูก น้ำลาย เสมหะซึ่งมีปริมาณไวรัสที่สูง และสามารถติดเชื้อจากสิ่งปนเปื้อน เสื้อผ้า หรืออุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย จากประวัติการระบาดพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ร่วมครอบครัวมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ หากไม่มีการป้องกันตัวที่ดีพอขณะดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะฟักตัวจะไม่แพร่เชื้อไวรัส แต่จะแพร่เชื้อได้มากที่สุดในระยะที่ผู้ป่วยมีเลือดออก

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคมาร์บวร์กจะคล้ายกับโรคอีโบลา การป่วยเป็นแบบเฉียบพลันโดยมักมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หลังจากระยะฟักตัวมักพบอาการไข้สูงในวันแรก ตามด้วยอาการอ่อนเพลีย ในวันที่ 3 อาจพบอาการท้องเสีย ปวดท้อง เป็นตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน ไอ อาการท้องเสียอาจดำเนินตลอดสัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะชوشิด ผอมลงอย่างชัดเจน ตาลึก ซึม ผู้ป่วยบางรายมีผื่นแดงตามลำตัว คีซ่าน

ผู้ป่วยแสดงอาการเลือดออกรุนแรงระหว่างวันที่ 5 - 7 และรายที่เสียชีวิตจะแสดงอาการเลือดออกหลายจุด อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีเลือดปน มีเลือดกำเดาไหล หรือเลือดออกตามไรฟัน รวมทั้งบริเวณจุดที่เจาะเลือด มีผื่นจ้ำเลือดตามตัว หากเป็นเพศหญิงอาจมีเลือดไหลจากอวัยวะเพศ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงตลอดระยะสุดท้าย และมีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น สับสน เพ้อ ไวต่อการกระตุ้น และฉุนเฉียวง่าย พบรายงานอันธะอักเสบบนระยะสุดท้ายของโรคประมาณวันที่ 15 ผู้ป่วยมักเสียชีวิตระหว่างวันที่ 8 - 9 หลังเริ่มแสดงอาการ เนื่องจากการเสียเลือด และช็อก

การป้องกันและรักษา

ไม่มีวัคซีนป้องกัน และไม่มีการรักษาที่จำเพาะ ต้องรักษาตามอาการ

ห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจโรคมาร์บวร์กได้แก่

- ◆ Canadian National Microbiology Laboratory, Winnipeg, Canada and field laboratory in Uige, Angola
- ◆ Centers for Disease Control and Prevention, Special Pathogen Branch, Atlanta, USA and field laboratory in Luanda, Angola
- ◆ Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg, Germany
- ◆ Institut für Virologie, Marburg, Germany
- ◆ National Institute for Communicable Diseases of the National Health Laboratory, Special Pathogens Unit, Sandringham, South Africa

เนื่องจากโรคนี้อัตราป่วยตายสูง และอาจระบาดอย่างรวดเร็วในสถานบริการสาธารณสุขที่มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ การป้องกันโรคไม่ให้แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศในเบื้องต้น คือการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากกลุ่มประเทศที่เกิดการระบาด และไม่ควรเดินทางไปในแหล่งที่เกิดการระบาด แต่หากเกิดโรคขึ้นในประเทศแต่ยังไม่มีการระบาด ต้องมีการรายงานผู้ป่วยสงสัยอย่างทันท่วงที เพื่อให้มีการสอบสวนโรคอย่างฉับไว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Marburg haemorrhagic fever-fact sheet [Online] [cited 2005 Aug 20]. Available from: URL: <http://www.who.int/csr/disease/marburg/factsheet/en/>.
2. World Health Organization. Marburg haemorrhagic fever [Online] [cited 2005 Aug 20]. Available from: URL: http://www.who.int/csr/don/archive/disease/marburg_virus_disease/en/index.html.

