

3. ทำการสอบสวนโรคทันที กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อเนื่องมาจากอุทกภัย/วาตภัย หรือมีผู้ป่วยโรค/กลุ่มอาการเดียวกันเป็นกลุ่ม เพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต/หาปัจจัยหรือแหล่งโรค ของการเกิดโรค/กลุ่มอาการนั้น ๆ
4. การรายงานการเฝ้าระวังพิเศษจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้รายงานพร้อมกับรายงานโรคเรื้อรัง โดยส่งโทรสารไปที่สำนักระบาดวิทยา 0-2590-1784, 0-2590-1730
5. การรายงานการเฝ้าระวังโรคตามระบบปกติหรือรายงานโรคเรื้อรังของสำนักระบาดวิทยาให้รายงานตามปกติ
6. การรายงานการเฝ้าระวังพิเศษโรคติดต่อเกิดจากน้ำท่วมและช่วงหลังน้ำลด เริ่มตั้งแต่วันที่เกิดน้ำท่วม จนถึงวันที่น้ำลดลงหมดแล้ว

โรคที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ

1. อหิวาตกโรค (Cholera)
2. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)
3. บิด (Dysentery)
4. ไข้ไทฟอยด์ (typhoid)
5. ตับอักเสบ (Hepatitis)
6. ตาแดง (Conjunctivitis)
7. หัด (Measles)
8. เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

อาการ/กลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวังพิเศษ

1. ถ่ายเป็นน้ำ
2. ถ่ายเหลวหรือถ่ายมีมูกปนเลือดและมีไข้
3. อาเจียนและปวดท้อง
4. ตาเหลืองและมีไข้
5. ตาแดง
6. ผื่นและมีไข้
7. มีไข้สูงเกิน
8. บาดแผล
9. บาดแผลติดเชื้อ
10. โรคอื่น ๆ ที่สงสัยว่า อาจมีการระบาด

สำหรับโรคเลปโตสไปโรซิส หลังจากน้ำท่วม มักมีการระบาดของโรคบ่อยครั้ง ทางกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พื้นที่ที่มีน้ำท่วม ดำเนินการเฝ้าระวังโรคนี้เป็นพิเศษ และแจ้งให้แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหรือแสดงอาการทางคลินิกเข้าได้กับนิยามของโรคเลปโตสไปโรซิส และมีประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค รายงานโรคตามลำดับ หากสามารถเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ขอให้เจาะเลือดผู้ป่วย 2 ครั้ง ในวันแรกรับผู้ป่วยและห่างจากครั้งแรก 14 วัน (ในกรณีเจาะเลือดครั้งที่ 2 มีปัญหา ให้เจาะเลือดผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) เพื่อส่งตรวจยืนยันต่อไป และประสานกับปศุสัตว์ เพื่อเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในสัตว์ เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในคน

สำหรับโรคติดต่อที่สำคัญที่เกิดหลังการเกิดอุทกภัย ขอให้ดูรายละเอียดได้จากบทความเรื่อง "โรคติดต่อที่มากับภัยพิบัติทางธรรมชาติ" ที่ <http://epid.moph.go.th> หรือ ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2547 ปีที่ 35 ฉบับที่ 53 วันที่ 7 มกราคม 2548 หน้า 926 – 928

รายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้นผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) จังหวัดพังงา, 2549 (การติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case) รายที่ 3) Preliminary Investigation Report of the 3rd Autochthonous case: Visceral Leishmaniasis (Kala Azar), Phangnga, 2006 ร.ท. นพ.ธีรยุทธ สุขุม* โอสถ คันธานนท์** นางนุช จตุรบัณฺฑิต** *สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ✉ theesukm@yahoo.com	
การสอบสวนทางระบาดวิทยา	

ความเป็นมา

สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงาน เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549 จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ว่า มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคไลชมาเนียซิส (Visceral Leishmaniasis) ซึ่งไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คาดว่า น่าจะเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case) สำนักระบาดวิทยาจึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ค้นหาแหล่งนำโรคและ แหล่งรังโรค และกำหนดแนวทางในการควบคุมป้องกันโรค ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ จนถึงวันที่ 5 เมษายน 2549

ผลการสอบสวน

พบผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี สถานภาพสมรส(คู่) อาชีพกรีดยาง ภูมิลำเนาอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลหล่อลุง อำเภอดงทับทิม จังหวัดพังงา อาศัยอยู่ในบริเวณบ้านตลอด ไม่มีประวัติเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด หรือไปต่างประเทศมาก่อน ไม่มีประวัติการ

ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และการได้รับหรือบริจาดเลือดมาก่อน จากการทบทวนประวัติการรักษา พบว่า เริ่มมีอาการของโรคเมื่อเดือนพฤษภาคม 2546 ด้วยอาการ ไข้ หนาวสั่น ไอ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า เป็นการติดเชื้อไวรัสร่วมกับมีภาวะซิด 2 ปีต่อมา อาการไม่ดีขึ้น มีปวดแน่นท้อง ดับและม้ามโต ซิด อ่อนเพลียมาก ผอมมากผิดปกติ หายใจไม่สะดวก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แพทย์สงสัยเป็นภาวะของโรค Hematological malignancy with pancytopenia ได้เจาะตรวจไขกระดูกและวินิจฉัยว่าเป็น Disseminated fungal infection with pancytopenia with hepatosplenomegaly ได้รับการรักษาด้วย Itraconazole และนัดติดตามการรักษามาตลอด ต่อมาผู้ป่วย มีไข้ เลือดกำเดา และเลือดออกตามไรฟัน ไหลไม่หยุด อ่อนเพลียมาก เหนื่อยหอบ ซิดรุนแรง ดับม้ามโตมากขึ้น ผลการตรวจเลือดพบภาวะ pancytopenia จึงถูกส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2549 แพทย์ได้เจาะตรวจไขกระดูก พบว่ามี intracellular and extracellular amastigotes จึงให้การวินิจฉัยยืนยันโรคดังกล่าว ผู้ป่วยรายนี้ถือว่าเป็น Autochthonous case รายที่ 2 ของภาคใต้ และนับว่าเป็นรายที่ 3 ของประเทศ

จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้านและสวนยางของผู้ป่วย พบว่า ลักษณะเป็นบ้านก่ออิฐถือปูนสองชั้น บรรยากาศภายในบ้านมืดครึ้ม อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก บริเวณตอนหลังของบ้านชั้นล่าง จัดเป็นห้องสำหรับให้บริการนวดแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะค่อนข้างมืดและเย็น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน สามารถเป็นที่อยู่อาศัยของรื้อนฝอยทรายได้ ประวัติการเลี้ยงสัตว์มีสุนัข 1 ตัว แมว 10 – 15 ตัว เป็ด 15 ตัว และห่าน 7 ตัว สำหรับสวนยางอยู่บนภูเขา ห่างจากบ้านประมาณ 5 กิโลเมตร ทางขึ้นเป็นปารกทึบ สลับกับสวนยาง มีแนวลำธารภูเขาไหลผ่าน มีต้นไม้ล้มลุก และจอมปลวกเป็นระยะ ๆ ของทางขึ้นสวน ไม่มีการเลี้ยงสัตว์แต่อย่างใด สิ่งแวดล้อมบริเวณสวนยางสามารถเป็นที่อยู่ของรื้อนฝอยทรายได้เช่นกัน

การค้นหาผู้ป่วยและแหล่งรังโรค ได้ทำการเจาะเลือดประชากรที่อาศัยอยู่ในรัศมี 500 เมตร ห่างจากบ้านผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 153 ราย ไม่มีใครมีอาการคล้ายผู้ป่วย แบ่งเป็นคนไทย 140 ราย (ทั้งหมดไม่มีประวัติการไปทำงานต่างประเทศมาก่อน) แรงงานพม่า 12 ราย และแขกชายผ้าขาวบังคลาเทศ 1 ราย และเจาะเลือดสัตว์เลี้ยงภายในหมู่บ้าน 7 ชนิด ประกอบด้วยสุนัข แมว แพะ กระต่าย ไก่ เป็ด และห่าน รวมทั้งสิ้น 65 ตัว และหมู่บ้าน อีก 3 ตัว ส่งตรวจทางซีโรโลยีที่ภาควิชาปรสิตวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ขณะนี้อยู่ระหว่างรอผลชันสูตร ได้ทำการดักจับรื้อนฝอยทราย 3 ครั้งด้วยวิธี Light trap, Resting catch และ Human-baited collection ภายในห้องครัว ห้องนวดแผนโบราณ รอบ ๆ บ้านผู้ป่วย และภายในสวนยาง รวมกว่า 200 ตัว ส่งตรวจที่ภาควิชากีฏวิทยาทางการแพทย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อคัดแยกชนิด และตรวจหาเชื้อลิซมาเนียต่อไป

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

โดยการให้คำแนะนำกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ชุมชน ส่งเสริมการใช้มาตรการป้องกันตนเอง จากการถูกขยุงและรื้อนฝอยทรายกัด
2. แนะนำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์ภายในบ้าน (Domestic animal) หรือจัดสถานที่เลี้ยงสัตว์ให้ห่างจากตัวบ้าน เนื่องจากสัตว์เลี้ยงภายในบ้านนี้ สามารถเป็นแหล่งรังโรคได้ และจะไม่แสดงอาการ ซึ่งมีโอกาสที่รื้อนฝอยทรายจะเข้ามาดูดเลือดสัตว์แล้วมากัดคนได้
3. การเฝ้าระวังโรคในคน ชี้แจงแพทย์ในพื้นที่ หากพบผู้ป่วยที่มีอาการมีไข้ เป็น ๆ หาย ๆ ซิด ดับม้ามโต และน้ำหนักลด ผอมลงมาก ซึ่งเข้าได้กับอาการโรคลิซมาเนียซิด โดยไม่จำเป็นต้องมีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง หากการวินิจฉัยยังไม่แน่ชัด หรือให้การรักษาไปแล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ควรนึกถึงโรคนี้ และให้ทบทวนประวัติผู้ป่วยดังกล่าว รักษาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น หรือยังไม่มีความชัดเจนในการวินิจฉัย เพื่อพิสูจน์ว่าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแล้ว

มาตรการที่จะดำเนินการต่อไป

1. ดำเนินการพ่นหมอกควัน เพื่อกำจัดรื้อนฝอยทราย หลังจากได้ดักจับรื้อนฝอยทรายเพื่อศึกษาถึงการเป็นแมลงนำโรคแล้ว
2. หากตรวจพบว่า มีผลตรวจซีรัมของคนให้ผลที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อลิซมาเนีย ให้รับรักษา ในกรณีที่เป็นสัตว์ ซึ่งอาจจะเป็นแหล่งรังโรค ก็จะดำเนินการทำลายสัตว์ชนิดนั้น ๆ ทันที
3. ประสานงานศูนย์ป้องกันโรคติดต่อมาโดยแมลงในพื้นที่ ในการสำรวจรื้อนฝอยทรายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคัดแยกชนิดที่มีโอกาสจะแพร่โรคสู่คนได้ และเป็นการเฝ้าระวังอย่างหนึ่ง

ขอขอบคุณ ผู้มีรายนามดังกล่าวกว่าที่ร่วมการดำเนินงานในการสอบสวนโรคครั้งนี้

คณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดพังงา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, ร่วมสอบสวนโรค, สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค จักรีนฝอยทราย, ภาควิชาภูมิวิทยาทางการแพทย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล คัดแยกชนิดของริ้นฝอยทราย, ภาควิชาปรสิตวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ตรวจสอบคัดแยกชนิดของเชื้ออริณมาเนีย และภาควิชาสัตวศาสตร์และภาควิชาพยาธิวิทยา คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตรวจสอบเชื้ออริณมาเนียในสัตว์

โรค Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) ในประเทศไทย ปี 2549

Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) in Thailand, 2006

ร.ท. นพ.ธีรยุทธ สุขุมิ : แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชกรรมป้องกัน แขนงระบาดวิทยา (FETP-Thailand)

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ theesukm @ yahoo.com

บทพื้นวิชา

โรคอริณมาเนียซิสเกิดจากเชื้อโปรโตซัว *Leishmania spp.* โดยมีริ้นฝอยทราย (sandfly) บางชนิดเป็นแมลงพาหะของโรค ซึ่งลักษณะของโรคแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) **Cutaneous Leishmaniasis** เป็นแผลเรื้อรังตามผิวหนังในบริเวณที่ถูกริ้นฝอยทรายกัด 2) **Visceral Leishmaniasis** เกิดการติดเชื้อในอวัยวะภายในร่างกาย โดยเฉพาะที่ไขกระดูก ม้าม ต่อม้ำเหลือง และตับ เป็นต้น ถือว่าเป็นลักษณะโรคที่รุนแรงที่สุด และ 3) **Mucocutaneous Leishmaniasis** ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายกับที่เกิดขึ้นที่ผิวหนัง แต่จะเกิดแผลลุกลามในอวัยวะที่มีเยื่อเมือก เช่น จมูก ปาก เป็นต้น

แต่เดิมมักเข้าใจกันว่า ประเทศไทยไม่ใช่พื้นที่ที่มีการระบาดของโรค (endemic area) นี้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยเคยมีรายงานผู้ป่วย Visceral Leishmaniasis (Kala Azar) การเกิดโรคเป็นลักษณะ sporadic case โดยเป็นชาวต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทยจำนวน 3 ราย ประกอบด้วย ชาวปากีสถาน ชาวอินเดีย และชาวบังกลาเทศ ในปี 2503, 2520 และ 2527 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เป็นคนไทยจำนวน 7 ราย โดย 5 รายแรกได้รายงานเมื่อปี 2528 – 2529 เป็นแรงงานไทยที่มีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่น ส่วนอีก 3 รายได้รายงานเมื่อปี 2539, 2548 และ 2549 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเดินทางไปทำงานในประเทศที่มีโรคนี้เลย (Autochthonous case) และไม่พบปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อแต่อย่างใด ซึ่งผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยเป็นผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 2 ขวบ 9 เดือน อาศัยอยู่ที่ ตำบลคลองน้อย อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี อาศัยอยู่ที่ ตำบลบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน และรายล่าสุด ผู้ป่วยชาย อายุ 54 ปี อาศัยอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลหล่อสูง อำเภอดงแก้ว จังหวัดพังงา (สามารถอ่านละเอียดในหัวข้อรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นในฉบับนี้)

รูปที่ 1 สถานการณ์ของโรค Visceral Leishmaniasis ในประเทศไทย ที่มีรายงานว่าเป็นผู้ป่วย ซึ่งติดเชื้อภายในประเทศ (Autochthonous case)

