

ISSN 0125-7447

รายงาน การเฝ้าระวังโรค ประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL
SURVEILLANCE REPORT

VOLUME 17 NUMBER 43

OCTOBER 31, 1986

การระบาดของโรคปลาใน	
ประเทศไทย	509
การสอบสวนโรคพยาธิแคปปิลลาเรีย	
จังหวัดอุดรธานี	517
การสอบสวนโรคพยาธิแคปปิลลาเรีย	
จังหวัดศรีสะเกษ	518
สถานการณ์โรค	520

บทควา

การระบาดของโรคปลาในประเทศไทย

ประวัติการระบาด

โรคระบาดปลาเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ประมาณปลายเดือนตุลาคม พ.ศ. 2524 ขณะที่เกิดน้ำท่วมหลายแห่งในจังหวัดพัทลุง นครศรีธรรมราช และสงขลา พบปลาน้ำจืดและปลาน้ำกร่อยหลายชนิดป่วยเป็นโรคระบาดนี้ ทั้งในแหล่งน้ำธรรมชาติและในบ่อเลี้ยง ปลาช่อนมีอัตราการป่วยและตายมากกว่าปลาชนิดอื่น การระบาดของโรคปลาในครั้งนี้เป็นติดต่อกันอยู่หลายเดือน จนถึงต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2525 จึงค่อย ๆ สงบลง แต่พอถึงเดือนตุลาคม ก็เริ่มมีการระบาดเกิดขึ้นอีก และคราวนี้มีการระบาดขึ้นในภาคกลางเกือบทุกจังหวัด ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีกหลายจังหวัด แต่โรคก็ค่อย ๆ สงบลงในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2526 ต่อจากนั้นก็มีการระบาดของโรคปลาเกิดขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2527 - 2528 จนถึงเดือนมีนาคม 2529 โดยมีลักษณะการระบาดเหมือนกับปีก่อน ๆ คือ ในช่วงที่มีอากาศค่อนข้างเย็น

ปลายปี พ.ศ. 2525 ต่อต้นปี พ.ศ. 2526 เป็นช่วงที่มีการระบาดรุนแรงและกระจายออกไปมากที่สุด แม้ว่ากรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จะรายงานว่ามี การระบาดของโรคปลาเพียง 57 จังหวัด แต่จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ระบาควิทยาประจำ จังหวัดทั่วประเทศ เมื่อครั้งที่มีการประชุมที่จังหวัดเลย เมื่อ 2 - 4 มีนาคม 2526 และที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เมื่อ 23 - 25 พฤษภาคม 2526 พบว่ามีการระบาดของโรคปลา กระจายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ

สาเหตุการระบาด

ในปีแรก ๆ ของการระบาดได้นักวิชาการหลายสาขาจากสถาบันต่าง ๆ เช่น กรมประมง กรมวิชาการเกษตร สถาบันประมงน้ำจืดแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประชุมปรึกษาหารือ และค้นคว้าวิจัยหาสาเหตุของการระบาดของโรค โดยมีคณะกรรมการเฉพาะกิจแก้ไขปัญหาระบาดสัตว์น้ำ ซึ่งมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (อธิบดีกรมன்றว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เป็นประธาน และ นายชวน หลีกภัย (อธิบดีกรมன்றว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์) กับนายบุญเชื้อ ประเสริฐสุวรรณ (อธิบดีกรมன்றการช่วยว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์) เป็นรองประธาน คณะกรรมการชุดนี้เป็นผู้พิจารณาจ่ายเงินสนับสนุนการวิจัย ผลการวิจัยของนักวิชาการส่วนมากรายงานว่า ตรวจพบเชื้อ *Aeromonas hydrophila* เป็นจำนวนมากในเกือบทุกตัวอย่างของปลาป่วย และยังตรวจพบเชื้อรา *Sapolegnia* sp. โปรโตซัว *Glossatella* sp. *Epistylis* sp. และ *Trichodina* sp. ด้วย สาเหตุในม่น่าอย่างอื่นนั้น นักวิชาการส่วนมากก็เน้นไปที่มลภาวะพิษในน้ำ จากยวฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืช สารโลหะหนัก ผงซักฟอก รวมไปถึงอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน ทำให้ปลาเกิดความเครียดติดโรคได้ง่าย ส่วนสาเหตุที่แท้จริงยังไม่มีผู้ใดยืนยันว่าเกิดจากสาเหตุหรือเชื้อชนิดใดแน่ อย่างไรก็ดีตาม ในระยะที่มีการระบาดช่วงแรก ๆ ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว นั้น นักวิชาการทางระบาดวิทยาได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าสาเหตุน่าจะเกิดจากเชื้อไวรัสตัวใดตัวหนึ่งหรืออาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างใน Genes (Mutation) ของเชื้อ *Aeromonas hydrophila* ทำให้เชื้อเกิด Virulence ขึ้น เป็นผลให้ปลาที่รับเชื้อป่วยง่ายขึ้นและระบาดไปอย่างรวดเร็วก็ได้

ต่อมาในปี พ.ศ. 2527 - 2528 นักวิชาการจากกรมประมง และนักวิชาการจากคณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโรคปลาอีกหลายท่าน จากมหาวิทยาลัย Stirling ประเทศสกอตแลนด์ แยกเชื้อ Rhabdovirus ได้จากปลาช่อน และปลาไหลป่วยจำนวนมาก ทั้งปลาในประเทศไทยและปลาจากประเทศเพื่อนบ้านในแถบ Indo - Pacific ซึ่งปัจจุบันยังอยู่ในระหว่างการทดลองทาง Cytopathogenic Effect อยู่ แม้ว่าจะยังไม่ได้ผลสมบูรณ์ นักวิชาการชุดนี้ก็ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า Rhabdovirus นี้ น่าจะเป็นสาเหตุที่แท้จริงของโรคระบาดปลา ส่วน *Aeromonas hydrophila* เชื้อรา โปรโตซัว และพาราไอท์ชนิดอื่นนั้น เป็นเพียง Secondary Infection ที่ถึงเท่านั้น มีนักวิชาการกลุ่มอื่นตรวจพบ Birna Virus จากปลาป่วย แต่จากการทดสอบอย่างอื่นแล้ว ยังไม่น่าเชื่อว่า จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคระบาดปลาขึ้นได้

สำหรับมลภาวะพิษในน้ำซึ่งคนแรกนักวิชาการได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า เป็นสาเหตุ
ในแนวโน้มของการระบาดของโรคปลานั้น ก็ได้มีการค้นคว้าวิจัยต่อกัน และจากการประชุมของ
ผู้เชี่ยวชาญโรคระบาดปลา ที่สำนักงาน FAO ถนนพระอาทิตย์ กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่
5 - 9 สิงหาคม พ.ศ. 2529 มีความเห็นสอดคล้องกันว่ามลภาวะพิษในน้ำจะมีผลโดยตรง
มากมายนัก เพราะในประเทศสหภาพมา ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
ซึ่งใช้ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืช สารโลหะหนัก ปุ๋ยเคมี น้อยกว่าในประเทศไทย ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย
และอินโดนีเซีย ก็ยังมีโรคปลาระบาดรุนแรงทั้งในแหล่งน้ำธรรมชาติ และในบ่อเลี้ยง เรื่องที่น่า
จะเกี่ยวกันนี้ แม้ในประเทศไทยก็อาจจะยืนยันได้จากการที่พบการระบาดของโรคปลา (กะพง, เถา)
ในอวนเลี้ยง ในทะเล ที่อ่าวพังงาซึ่งห่างจากฝั่งประมาณ 10 กิโลเมตร เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2527

ผลกระทบทางด้านสาธารณสุข

โดยที่อัตราการป่วยและอัตราการตายของปลาในตอนแรก ๆ ของการระบาด
สูงมาก และลักษณะอาการที่ตัวปลาก็น่ากลัว โดยเฉพาะปลาช่อนจะมีแผลตามตัว อาจลิกงไป
ถึงกระดูก ส่วนหัว ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม อาจกร่อนไปถึงตาทำให้ตาบอดหรือหลุดออกไป
ส่วนมากทางจะขาดจนเหลือเพียงครึ่งตัว แต่ปลาวางตัวก็ทนมาก สามารถประคองชีวิตอยู่ได้
หลายวัน

ในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับคัยนั้น มีอยู่ 2 เรื่อง
ด้วยกันคือ การที่ประชาชนนำปลาป่วยหรือปลาที่ตายจากโรคระบาดไปรับประทานจะทำให้
เกิดโรคได้หรือไม่ และในอีกแง่หนึ่ง ก็คือ ความปลอดภัยของประชาชนที่นำน้ำจากแม่น้ำ
ลำคลอง ซึ่งมีโรคระบาดปลาเกิดขึ้นไปใช้เพื่อการอุปโภคบริโภค โดยกระทรวงสาธารณสุข
ได้ตั้งคณะทำงานกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคระบาดปลามาสู่คนขึ้นคณะหนึ่ง
เพื่อศึกษาว่าโรคที่เกิดขึ้นในปลานั้น จะสามารถติดต่อมายังคนได้หรือไม่ และเพื่อจะกำหนด
มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป แม้ว่าขณะนั้น ยังไม่มีนักวิชาการผู้ใดทราบ
สาเหตุที่แท้จริงของโรคระบาดปลา แต่จากการที่ทำการตรวจพบเชื้อ *Aeromonas hydrophila*
จากปลาป่วยเป็นจำนวนมาก คณะทำงานฯ จึงมุ่งเล็งไปที่คุณสมบัติของเชื้อ Bacteria ตัวนี้
โดยการศึกษาจาก Literature บ้าง ติดตามการศึกษาวิจัยจากนักวิชาการหลาย ๆ
สถาบัน ซึ่งทำกันอยู่ในช่วงนั้นบ้าง ได้ข้อสรุปว่าเชื้อ *Aeromonas hydrophila* ที่ตรวจพบ
ในปลาป่วย สร้าง Toxin ได้ และเป็นชนิด Heat labile เชื้อนี้ทำให้เกิดโรคในคนที่
ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ทำให้เกิดอาการทางระบบผิวหนัง เกิดแผลเนื้อตาย อาการ
ทางระบบทางเดินอาหารทำให้กระเพาะและลำไส้อักเสบ หรืออาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน
ทำให้เกิดอาการโลหิตเป็นพิษ โดยเฉพาะในรายที่เป็นโรคอื่นอยู่ก่อนแล้ว เช่น เบาหวาน

คัยแข็ง มะเร็งในเลือด โรคลาเลซีเมีย นอกจากนี้ อาจจะทำให้เกิดอาการกระเพาะ
ปัสสาวะอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อย่างไรก็ตาม เชื้อ *Aeromonas*
hydrophila นี้ อาจจะทำให้เกิดอาการอุจจาระร่วงในคนปกติได้

เกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันโรคที่จะคิดต่อมาถึงคนนั้น กระทรวงสาธารณสุข
ได้เน้นในด้านการสุศึกษาให้ประชาชนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกอย่างถูกต้องโดยเฉพาะอาหาร
ที่ทำจากปลา เรื่องน้ำกินน้ำใช้ควรระมัดระวังหรือใส่ผงปูนคลอรีนเสียก่อน การอาบน้ำในแม่น้ำ
ลำคลอง ก็ไม่ควรจะให้น้ำเข้าปาก โดยเฉพาะเด็กและคนสูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทั้งนี้ว่า
ได้ผลก็พอสมควร

อย่างไรก็ตาม จากการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา โดยการศึกษาหาข้อมูล
ย้อนหลัง 1 ปี ก่อนโรคปลาระบาด พบว่าในปี พ.ศ. 2525 มีโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร
ตรวจเชื้อ *Aeromonas hydrophila* รวม 7 แห่ง พบเชื้อจากผู้ป่วยรวม 466 คน และมีโรงพยาบาล
ต่างจังหวัดที่ตรวจเชื้ออีก 6 แห่ง ตรวจพบเชื้อจากผู้ป่วยรวม 24 ราย ผู้ป่วยที่แยกเชื้อนี้ได้
ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง และในช่วงเดือนมกราคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2526 กองระบาดวิทยา
ก็ได้รับรายงานการตรวจพบเชื้อ *A. hydrophila* จากผู้ป่วย 73 คน จากโรงพยาบาลบาราศ
นรากร และ 70 คน จากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดสุพรรณบุรี

สรุป

โรคระบาดปลาที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมานั้น
แม้จะยังไม่มีผู้ใดทราบสาเหตุที่แท้จริงในขณะนี้ก็ตาม แต่ผลการศึกษาวิจัยในระยะหลัง ๆ ก็มี
แนวโน้มว่าโรคนี้จะเกิดจากเชื้อ *Rhabdovirus* โดยมีอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง (เย็นลง)
อย่างกะทันหัน เป็นสาเหตุโน้มน้าวอย่างหนึ่งทำให้ปลาเครียดติดโรคได้ง่ายขึ้น ในด้านความ
รุนแรงของโรค เท่าที่พบในปีหลัง ๆ นี้ ก็ลดลงมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะปลาเริ่มมีภูมิคุ้มกัน
ขึ้นบ้างแล้ว อย่างไรก็ตามการระบาดของโรคปลา ก็อาจจะยังพบได้ต่อไปอีก ระยะเวลาหนึ่ง

โดยจะเริ่มจากเดือนตุลาคม และสิ้นสุดในราวเดือนมีนาคมหรือเมษายน คล้าย ๆ กับ
ที่เคยระบาดมาแล้ว ผลกระทบโดยตรงต่อประชาชนทางด้านการสาธารณสุขจากการที่เกิดโรคระบาด
ปลา ที่ผ่านมานั้น นับว่ามีผลน้อยมาก แต่จากการที่ประชาชนผู้เลี้ยงปลา หรือผู้ที่มิอาชีพทางการ
ประมง อาจมีผลกระทบทางอ้อมจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจบ้าง ทั้งนี้ หากจังหวัดใดพบ

โรคระบาดปลาเกิดขึ้นในช่วงนี้ ขอให้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันควบคุมโรคนี้
ให้อยู่ในวงจำกัด เพื่อลดการสูญเสียอาหารโปรตีนของประชาชน และเศรษฐกิจของชาติไปในตัวด้วย
นอกจากนั้นแล้ว หากพบว่า *Rhabdovirus* เป็นสาเหตุของโรคนี้จริง ก็ยังไม่มีผู้ใดทราบว่าเชื
จะติดต่อกับคนหรือไม่ จึงควรมีการเฝ้าระวังติดตามเรื่องนี้ต่อไป

การสอบสวนโรคการสอบสวนโรค Capillariasis, จังหวัดอุดรธานี

ฝ่ายพยาธิวิทยาโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ได้รายงานผลการชันสูตรโรคเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2529 ว่าตรวจพบไข่พยาธิแคปิลลารีเรียในอุจจาระผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ที่อยู่ขณะป่วย อยู่ที่บ้านทุ่งใหญ่ หมู่ที่ 3 ตำบลถ่อนนาลัย อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี หมู่บ้านนี้ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดอุดรธานี ระยะทางจากจังหวัดเข้าหมู่บ้าน 108 กม. เป็นหมู่บ้านติดเขตแดนระหว่างจังหวัดอุดรธานีกับ จังหวัดหนองคาย (อำเภอโพนพิสัย) มีแหล่งน้ำสาธารณะอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของหมู่บ้านจำนวน 3 แห่ง แหล่งน้ำดังกล่าวราษฎรในหมู่บ้านได้อาศัยจับปลา การประกอบอาหารจากปลาที่จับได้ ส่วนมากเป็นแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ ก้อยเหี่ยว ชนิดของปลาที่ชาวบ้านนิยมนำมาประกอบอาหารแบบสุก ๆ ดิบ ๆ มีปลาชิว ปลาขาว ปลาเชือก ปลาชะแยง ปลาดอง ปลาดุก ปลากระดี่ เป็นต้น

หมู่บ้านนี้มีราษฎรอาศัยอยู่ 62 หลังคาเรือน มีประชากร 370 คน เป็นชาย 189 คน เป็นหญิง 181 คน ประชาชนมีอาชีพหลักคือ ทำนา เศรษฐฐานะส่วนมากยากจน มีส่วนรตน้ำ 13 หลังคาเรือน (20.97%)

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้นับเป็นผู้ป่วย Capillariasis รายแรกของจังหวัดอุดรธานี การสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาจึงนับว่าจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคต่อไป การยืนยันการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลและฝ่ายพยาธิวิทยา การสอบสวนโรคประกอบด้วย การติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน และการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ในหมู่บ้านและผู้สัมผัสโรค โดยการตรวจอุจจาระ นอกจากนี้ยังทำการเก็บปลาจากแหล่งน้ำสาธารณะประจำหมู่บ้านส่งตรวจที่ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และทำการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในบ้านโพธิ์ชัย หมู่ 6 ซึ่งมีอาณาเขตติดกันด้วย

ผลการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยเป็นชาย อายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา สมาชิกในครอบครัวมี 7 คน มีส่วนรตน้ำใช้ เริ่มป่วยด้วยการถ่ายอุจจาระกะปริบะปรอยในวันที่ 26 มกราคม 2528 และเข้ารับการรักษาทันที 12 ครั้ง จากสถานีอนามัยถ่อนนาลัย, โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า บ้านดุง และที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ด้วยอาการ chronic diarrhoea และพบไข่พยาธิ *Capillaria philippinensis* ที่ รพศ อุดรธานี ในวันที่ 3 เมษายน 2529

การตรวจอุจจาระในผู้สัมผัส ได้ทำการตรวจทั้งหมด 79 ราย อยู่ในหมู่ 3 จำนวน 53 ราย และหมู่ 6 จำนวน 26 ราย พบพยาธิดังนี้

1. พยาธิใบไม้ในตับ	39 ราย (49.4 %)
2. พยาธิตัวจิ๊ด	2 ราย (2.5 %)
3. พยาธิปากขอ	4 ราย (5.1 %)
4. ไม่พบไข่พยาธิ	38 ราย (48.1 %)

ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ของ Capillariasis เพิ่มขึ้นอีกเลย การศึกษาปลาจากการจับปลาชนิดต่าง ๆ 4 ชนิด คือ ปลากระดี่, ปลาข้าวเม่น, ปลาเชือก และ ปลาชิว จำนวน 12 ตัว ผลการตรวจพบพยาธิหัวหนาม (*Acanthocephala*) ในปลากระดี่และปลาเชือก .

การสอบสวนโรคพยาธิแคปิลลาเรีย ที่บ้านบุยาว จังหวัดศรีสะเกษ

(Capillariasis - Ban Bu Yao, Sri Saket Province)

ในระหว่างวันที่ 7 - 11 เมษายน 2529 ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ติดตามรายงานการป่วยด้วยโรคอื่นเนื่องจากน้ำเป็นสื่อ ในโครงการควบคุมคุณภาพน้ำบริโภคในชนบทและการเฝ้าระวังโรคที่บ้านบุยาว ตำบลกล้วยกว้างกิ่งอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จากการไปติดตามครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคพยาธิแคปิลลาเรียที่บ้านบุยาว จำนวน 7 ราย เป็นผู้ป่วยซึ่งมีวันเริ่มป่วยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2528 จำนวน 5 ราย และเริ่มป่วยเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ และ มีนาคม 2529 จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 7 ราย มีอายุระหว่าง 18 - 73 ปี เป็นเพศชายทั้งหมด ได้สอบสวนโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบลักษณะการเกิด การกระจายของโรคพยาธิแคปิลลาเรียค้นหาแหล่งโรค และผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งควบคุมป้องกันโรคโดยได้กำหนดนิยามของผู้ป่วยเป็นโรคพยาธิแคปิลลาเรีย ดังนี้: ผู้ที่มีประวัติถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำเรื้อรัง น้ำหนักตัวลด ตรวจพบไข่หรือตัวอ่อนของพยาธิแคปิลลาเรียในอุจจาระ และแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคพยาธิแคปิลลาเรีย ได้ดำเนินการสอบสวนโรคโดยการซักประวัติผู้ป่วย และผู้สัมผัสโดยใช้แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย, เก็บอุจจาระผู้ที่สงสัยตรวจหาไข่และตัวอ่อนของพยาธิด้วยวิธี Direct smear หรือ Concentrate method ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2529 จำนวน 43 ราย ผลการตรวจไม่พบตัวอ่อนและไข่ของพยาธิแคปิลลาเรียเลย จากการซักประวัติผู้ที่ป่วยในปี 2529 2 ราย พบว่าก่อนป่วยผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้แก่ ลาบปลา ก้อยปลา ลาบหอย ได้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคโดยให้สุศึกษาแก่ประชาชน โดยเน้นเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ปรุงสุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารจำพวกปลา ซึ่งเป็น Intermediate host ของพยาธิแคปิลลาเรีย การสุขาภิบาลในหมู่บ้าน แนะนำให้สร้างและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคพยาธิอื่น ๆ, แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีอาการถ่ายอุจจาระเรื้อรัง น้ำหนักตัวลด เก็บอุจจาระส่งตรวจอย่างต่อเนื่อง ได้ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ติดต่อกันมาจนถึงวันที่ 18 เมษายน 2529 ไม่พบผู้ป่วยรายอื่น คาดว่าโรคสงบลง

บทบรรณาธิการ

พยาธิแคปิลลาเรีย เป็นพยาธิตัวกลม (Nematode) อยู่ใน family Trichuridae มีอยู่ประมาณ 250 กว่าชนิด (species) เป็น Parasite ในปลา กบ จระเข้ นก และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมบางชนิด วงจรชีวิตของพยาธิแคปิลลาเรียเพียงไม่กี่ชนิดเท่านั้นที่มีผู้ค้นพบ

พยาธิแคปิลลาเรีย ลำตัวมีขนาดเล็กคล้ายหลอดแก้ว ลักษณะของ cell บริเวณ Esophagus เป็นแบบ Strichocytes พยาธิตัวเมียจะมี Vulva อยู่ใกล้ ๆ กับ Esophagus แต่ไม่มี Vulva flap ไข่ของพยาธิโดยปกติมีฝา 2 ฝา (Bipolar) มีขนาดประมาณ $36 - 45 \times 21/14$ ตัวของเปลือกมีลักษณะคล้ายถ้วยลิ้น พยาธิตัวผู้มี spicul ที่มี Sheath หุ้มอาจจะไม่มีหรือไม่มี Spines ก็ได้

วงจรชีวิตของพยาธิ *Capillaria philippinensis* ในธรรมชาติยังไม่ทราบแน่นอน แต่ในท้องทดลองพบว่า เมื่อนำไข่ของพยาธิที่ออกมาพร้อมกับอุจจาระใส่ลงในน้ำประมาณ 5 - 10 วัน ไข่จะเจริญเป็นตัวอ่อน (Embryonated carpio) ปลาตะเพียนขาว (*Puntius gonionatus*) ปลาหัวตะกั่ว (*Aplocheilus panchax*) ปลาหางนกยูง (*Gambusia holbrooki*) ปลาซิว (*Rasbora borapetensis*) ปลากริม (*Trichopsis vittatus*) กินตัวอ่อนในไข่เข้าไป ตัวอ่อนจะออกจากไข่ไปอาศัยอยู่ในลำไส้ของปลา แล้วเจริญขึ้นจากขนาดประมาณ 130 - 150 μ เป็น 250 - 300 μ โดยใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ เมื่อนำตัวอ่อนระยะนี้ไปให้สัตว์ทดลองบางชนิด เช่น ลิง (*Macaca irus*, *Macaca mulatta*), หนู (*Mongolian gerbil*), นกกระยาง (*Ardeola bacchus*), นกกรัก (*Amaurornis phoeniceus*) ประมาณ 22 - 96 วัน จะสามารถตรวจหาไข่ตัวอ่อนและตัวแก่ของพยาธิได้ทุกระยะในสัตว์ทดลองนั้น

อุบัติการณ์ครั้งแรกของพยาธิแคปิลลาเรียเกิดขึ้นที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2507 โดยกระทรวงสาธารณสุขของฟิลิปปินส์ ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยชายเข้ามารับการรักษาด้วยอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง และมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงที่โรงพยาบาล Manila แพทย์ได้รายงานว่าพบพยาธิลำไส้ชนิดหนึ่ง ต่อมาปี 2510 จึงได้ตั้งชื่อพยาธิชนิดนี้ว่า พยาธิ *Capillaria philippinensis*

ในประเทศไทย พยาธิแคปิลลาเรีย มีรายงานครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2515 โดยพบไข่ในอุจจาระคนไข้ ซึ่งมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นเด็กหญิง อายุ 18 เดือน อยู่ที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ หลังจากนั้นก็มีผู้รายงานโรคนี้จากคนไข้ ซึ่งมาจากจังหวัดต่าง ๆ ประปรายจนกระทั่งปี 2524 ปรากฏว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิ *Capillaria philippinensis* มากมาย โดยเฉพาะที่จังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ และ นครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วิธีการควบคุมโรคและป้องกันโรค

1. ไม่นำปลาที่อยู่ในบริเวณ endemic area มาประกอบอาหาร
2. ฝึกอุปนิสัยในการรับประทานให้ทานปลาสุกมากกว่าสุก ๆ ดิบ ๆ
3. จัดให้มีส้วมที่ถูกสุขลักษณะอย่างเพียงพอทุกหลังคาเรือน
4. รายงานผู้ป่วยและออกคำ เน้นการสอบสวนโรคอย่างทันที
5. เก็บอุจจาระผู้ป่วยและผู้สัมผัสส่งตรวจ เพื่อค้นหาผู้ป่วยใหม่และให้การรักษา
6. รักษาผู้ป่วยด้วย Mebendazole (Vermox (R)), Thiabendazole (Mintezol (R))

เอกสารอ้างอิง

1. Abram S. Benenson, M.D. : Capillariasis, Control of communicable diseases in man, 1985, 62 - 65
2. ประหยัด แดงสุภา, ประทุม จงเจริญ, ประยูร ภูนาศล : การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคแคปิลลาเรียในประเทศไทย, กองระบาดวิทยา, มกราคม 2529