

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

ความก้าวหน้าของการกวาดล้างโรคโปลิโอด้วยเอไลต์สจากทวีปอเมริกา 110

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

ความก้าวหน้าของการกวาดล้างโรคโปลิโอด้วยเอไลต์สจากทวีปอเมริกา

PAHO ได้พยายามที่จะกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไปจากทวีปอเมริกา เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ.2533 ซึ่งได้กำหนดวิธีการต่างๆ ขึ้นในโครงการ EPI หลายอย่างตั้งแต่ พ.ศ.2528 เช่น เจริญการให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ และเน้นการเฝ้าระวังเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง โดยการตรวจอุจจาระที่เก็บภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังอัมพาต ผลการดำเนินงานทำให้ระดับ ความครอบคลุมของการให้วัคซีน OPV ครบ 3 dose ในเด็กอายุ <1 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 70 % และ 73 % ใน พ.ศ.2531 และ 2532 ตามลำดับ และจากการเฝ้าระวังทำให้มีรายงาน ผู้ป่วยอัมพาตแบบเฉียบพลัน (AFP) เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า คือมีถึง 2094 ราย ใน พ.ศ.2532 แต่ ในจำนวนนี้มีเพียง 130 ราย ที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโปลิโอ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจาก เชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง 24 ราย ผลจากการดำเนินงานถึง พ.ศ.2533 ยังมีพื้นที่ที่เสี่ยงต่อ การติดเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงเพียง 2 แห่งของทวีป และทำให้มีการเปลี่ยนแปลง หลักเกณฑ์ในการจำแนกผู้ป่วยโรคโปลิโอใหม่

บทความแปล

ความก้าวหน้าของการกวาดล้างโรคโปลิโอด้วยวัคซีนจากทวีปอเมริกา

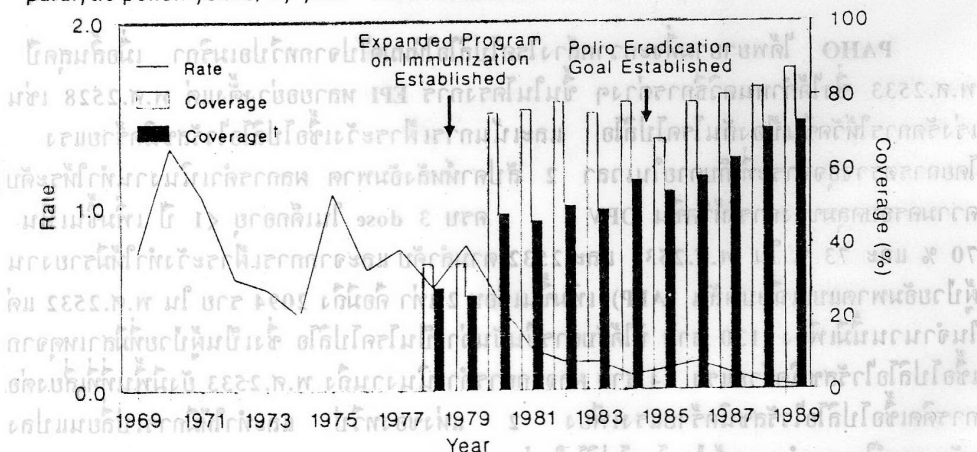
เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2528 Pan American Health Organization (PAHO) ได้วางแผนที่จะกวาดล้างการแพร่เชื้อไวรัสโปลิโอ (wild poliovirus) จากพื้นที่ของทวีปอเมริกาภายในปี พ.ศ.2533 จึงได้กำหนดโปรแกรมขยายการให้ภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ดังนี้

1) ส่งเสริมการให้ภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ และรักษาระดับการให้ภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอให้อยู่ในระดับสูง รณรงค์ให้มีวันภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ ปีละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 4 สัปดาห์

2) เฝ้าระวังเพื่อหาผู้ป่วยอัมพาตแบบเฉียบพลัน (acute flaccid paralysis-AFP) รายใหม่

3) กำหนดแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่มีอัมพาตอย่างทันทีทั่วทั้งร่างกาย รายงานฉบับนี้นำเสนอข้อมูลการกวาดล้างโรคโปลิโอตั้งแต่ ปี พ.ศ.2521 ถึง พ.ศ.2532 และข้อมูลการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่ พ.ศ.2528 จนถึง พ.ศ.2533 (ภาพที่ 1) ซึ่งให้เห็นถึงอัตราป่วยของผู้ป่วยด้วยอัมพาต จากโรคโปลิโอ ตั้งแต่ พ.ศ.2512-2532 จำนวนผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆ อย่างเห็นได้ชัด (ซ้ายมือ) ส่วนทางขวามือ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างอัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีน ป้องกันโรคโปลิโอ (OPV 3 ครั้ง) ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบ ตั้งแต่ พ.ศ.2521-2532 จะเห็นได้ว่า อัตราความครอบคลุมของวัคซีนเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มจาก 70 % ในปี พ.ศ.2531 เป็น 73 % ในปี 2532

FIGURE 1. Oral polio vaccine coverage in children 1 year of age and rate* of reported paralytic poliomyelitis, by year — the Americas, 1969–1989

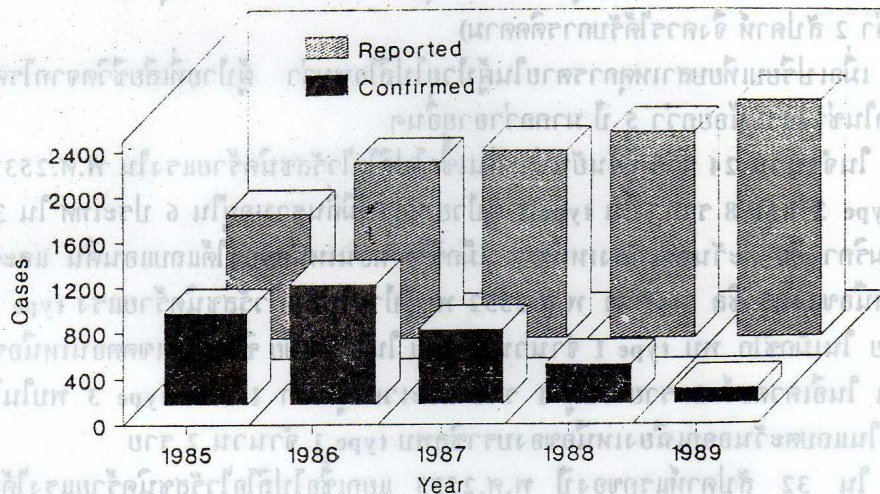


Per 100,000 population.

Excludes Brazil, Cuba, Mexico, and Paraguay, which use only two doses.

จากการเพิ่มกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคในปี พ.ศ.2529 เป็นผลให้จำนวนของผู้ป่วย AFP ที่ได้รับการตรวจและรายงานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า คือจาก 1100 ราย ใน พ.ศ.2528 เป็น 2094 ราย ใน พ.ศ.2532 (รูปที่ 2) ถึงแม้ว่าจะมีรายงานผู้ป่วย AFP เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ.2529 แต่จำนวนที่ได้รับการยืนยัน ว่าเป็นโรคโปลิโอกลับลดลงเหลือ 130 ราย ในปี พ.ศ.2532 โดยใน พ.ศ.2529 ลดลงถึง 86 % จาก 930 ราย ที่ได้รับการยืนยัน และ พ.ศ.2531 ลดลง 62 % จาก 340 ราย ที่ได้รับการยืนยัน ผู้ป่วยเหล่านี้มีถิ่นที่อยู่ใน 99 ประเทศ (0.7 %) จาก 14372 ประเทศในลาตินอเมริกา

FIGURE 2. Reported and confirmed polio cases, by year — the Americas, 1985–1989



ก่อนปี พ.ศ.2533 การยืนยันผู้ป่วย AFP เป็นโรค โปลิโอ พิจารณาดังนี้

- 1) ยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (แยกเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงได้จากอุจจาระ)
 - 2) การเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วย AFP หรือผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันรายอื่น
 - 3) ยังมีอัมพาตเหลืออยู่ภายหลังจากเริ่มป่วย 60 วัน
 - 4) ตาย
 - 5) ขาดการติดตามผู้ป่วย ถ้าไม่เข้ากับหลักเกณฑ์เหล่านี้ไม่รวมผู้ป่วยไว้ใน AFP
- ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2532 ได้ยกเลิกการตรวจทาง sero ที่ทำอยู่ประจำเปลี่ยนไปใช้วิธีการแยกเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงจากอุจจาระเพื่อการยืนยันแทน

รายงานผู้ป่วย AFP ในทวีปอเมริกา พ.ศ.2532 มีจำนวน 2094 ราย มี 1964 ราย ที่ไม่ใช่โปลิโอ ในจำนวนนี้มีการส่งการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายไปที่ PAHO 703 ราย ในจำนวนนี้ การวินิจฉัยที่พบมากที่สุดคือ Guillain-Barre syndrome (43 %) นอกจากนั้นมียูบิตีเหต (3 %) ไส้สันหลังอักเสบ (2 %) (Transverse myelitis) เนื้องอก (2 %) และโรคอื่นๆ (50 %)

ผู้ป่วย 130 ราย ที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโปลิโอ 24 ราย มีสาเหตุจากเชื้อโปลิโอไวรัส ชนิดร้ายแรงซึ่งยืนยันด้วยการเพาะเชื้อ และ 8 ราย มีความสัมพันธ์กับวัคซีนอีก 98 ราย ที่เหลือซึ่งมีทั้งตาย (18 ราย) เป็นอัมพาต (61 ราย) และติดตามไม่ได้ (19 ราย) มี 36 ราย (37 %) ไม่ได้เก็บอุจจาระตรวจหาเชื้อไวรัส และ 15 ราย (15 %) ตรวจอุจจาระให้ผลลบซึ่งเก็บภายหลังจากมีอัมพาตนานกว่า 2 สัปดาห์ (พบว่าโอกาสของการตรวจพบเชื้อไวรัสจะลดลงเมื่อระยะเวลาระหว่างการเป็นอัมพาตกับการเก็บอุจจาระห่างกันมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้เก็บอุจจาระส่งตรวจ และผู้ป่วยที่ตรวจอุจจาระให้ผลลบโดยเก็บอุจจาระหลังจากมีอัมพาตนานกว่า 2 สัปดาห์ จึงควรได้รับการติดตาม)

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายในผู้ป่วยโปลิโอพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคโปลิโอจะเสียชีวิตในช่วงอายุน้อยกว่า 5 ปี มากกว่าอายุอื่นๆ

ในจำนวน 24 ราย ที่ยืนยันว่าเป็นเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงใน พ.ศ.2532 16 ราย เป็น type 3 และ 8 ราย เป็น type 1 ผู้ป่วยเหล่านี้มีถิ่นฐานอยู่ใน 6 ประเทศ ใน 3 แถบของทวีปอเมริกา คือ ตะวันตกเฉียงเหนือของเม็กซิโก ตอนเหนือของใต้แถบแอนดีน และตะวันออกเฉียงเหนือของบราซิล ระหว่าง พ.ศ.2532 พบผู้ป่วยโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง type 3 จำนวน 13 ราย ในเม็กซิโก พบ type 1 จำนวน 2 ราย ในโคลัมเบีย ซึ่งอยู่ในเขตตอนเหนือของใต้แถบแอนดีน ในอีเควดอร์ 2 ราย เปรู 1 ราย และเวเนซุเอลา 1 ราย type 3 พบในโคลัมเบีย 3 ราย ในแถบตะวันออกเฉียงเหนือของบราซิลพบ type 1 จำนวน 2 ราย

ใน 32 สัปดาห์แรกของปี พ.ศ.2533 แยกเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงได้จากผู้ป่วย AFP 3 ราย เป็น type 3 จากผู้ป่วยที่อยู่ในแถบตะวันตกเฉียงเหนือของเม็กซิโกซึ่งเริ่มเป็นอัมพาตวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2533 1 ราย และ type 1 จำนวน 2 ราย อยู่ในตอนเหนือของแถบแอนดีน (1 ราย ในอีเควดอร์ และ 1 ราย ในเปรู) ซึ่งเริ่มเป็นอัมพาตเมื่อ 26 มีนาคม และ 25 เมษายน 2533

บทบรรณาธิการ

ความพยายามในการดำเนินการกวาดล้างโรคโปลิโอในซีกโลกตะวันตก ได้เปลี่ยนจากการเฝ้าระวังโรคโปลิโอที่เป็นอัมพาต เป็นการเฝ้าระวังเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง ดังนั้นโครงการ EPI จึงใช้วิธีการเฝ้าระวังหลายอย่าง เช่น การประเมินคุณภาพของการเก็บอุจจาระ เพื่อให้สามารถตรวจหาเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงในรายที่สงสัยว่าเป็นโรคโปลิโอได้มากที่สุด ในรายที่ยืนยันว่าเป็นโรคโปลิโอแบบอัมพาต (เนื่องจากมีทั้งผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้ ยังมีอัมพาตเหลืออยู่หรือตาย) ครั้งหนึ่งไม่สามารถตรวจสอบได้เนื่องจากไม่ได้เก็บอุจจาระส่งตรวจหรือการ

ความก้าวหน้าของการกวาดล้างโรคโปลิโอสมัยเอไลส์จากทวีปอเมริกา

(ต่อจากหน้า 112)

เมื่อตรวจดูจากระยะให้ผลลบแต่เก็บหลังจากเป็นอัมพาตมานานกว่า 2 สัปดาห์ จากความแตกต่างในการกระจายตามอายุระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงกับผู้ป่วยที่ตาย ทำให้ทราบได้ว่ามีการวินิจฉัยโรคโปลิโอมากเกินไปจนกลายเป็นจริงในผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหาเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง

ในระยะแรกของการกวาดล้างรูปแบบการเฝ้าระวังโรคโปลิโอแบบอัมพาตมีความไวสูง จึงพบว่าผลการตรวจสอบผู้ป่วย AFP ที่ได้รับรายงานจำนวนมากไม่ได้มีสาเหตุจากเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง ระบบการเฝ้าระวังที่มีความไวเช่นนี้ ประกอบกับการดำเนินการควบคุมการระบาดที่ทันต่อเหตุการณ์ ส่งผลให้ยังมีพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงอยู่เพียง 2 แห่ง คือ ตะวันตกเฉียงเหนือของเม็กซิโก และตอนเหนือของใต้แถบแอนดิส

มีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคโปลิโอจำนวนมากที่ผลการตรวจสอบยืนยันว่าเป็นโรคโปลิโอเนื่องจากเก็บตัวอย่างส่งตรวจไม่ครบถ้วน หรือติดตามผู้ป่วยไม่ได้หรือตาย (มี 98 ราย [75 %] จาก 130 ราย ในปี พ.ศ.2532) ในการประชุมเกี่ยวกับ EPI และการกวาดล้างโรคโปลิโอของ Technical Advisory Group (TAG) ในเดือนมีนาคม 2533 ที่เม็กซิโกจึงมีข้อเสนอแนะให้เปลี่ยนแปลงการจำแนกผู้ป่วย AFP ในพื้นที่ของทวีปอเมริกา ดังนี้

1. กรณีที่ยืนยันว่าเป็นโรคโปลิโอ มีอัมพาตเฉียบพลันร่วมกับการแยกพบเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง โดยไม่คำนึงว่าจะยังมีอัมพาตเหลืออยู่หรือไม่
2. โรคโปลิโอที่สัมพันธ์กับการได้รับวัคซีน มีอัมพาตเฉียบพลันที่แยกพบเชื้อโปลิโอไวรัสที่คล้ายกับวัคซีนและเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค กรณีนี้ต้องรายงานแยกจากกรณีที่แยกพบเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรง
3. กรณีที่เข้ากันได้กับโรคโปลิโอ มีอัมพาตเฉียบพลันร่วมด้วยยังมีอัมพาตจนถึง 60 วัน หรือตายหรือติดตามไม่ได้ โดยมีการเก็บอุจจาระส่งตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งแต่ไม่ได้เก็บภายใน 2 สัปดาห์หลังอัมพาต และแยกตรวจในห้องปฏิบัติการ 3 แห่ง ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นโรคโปลิโอและไม่สามารถตัดทิ้งได้ แต่จะมีน้อยมาก
4. กรณีที่ไม่ใช่โรคโปลิโอ มีอัมพาตเฉียบพลันซึ่งมีการตรวจอุจจาระที่เก็บภายใน 2 สัปดาห์หลังปรากฏอาการอย่างน้อย 2 ครั้ง และให้ผลลบสำหรับโปลิโอไวรัสควรแบ่งตัวอย่างอุจจาระเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการเพราะอาจจะได้ใช้ในโอกาสต่อไป เพื่อให้แน่ใจในการจัดผู้ป่วยไว้ในกลุ่มนี้ผู้ป่วยที่ตาย ติดตามไม่ได้หรือยังมีอัมพาตจนถึง 60 วัน ควรแบ่งตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในเครือข่ายของ PAHO 2 แห่ง โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสม ถ้าเก็บตัวอย่างครบและการตรวจให้ผลลบให้ถือว่าไม่ใช่โรคโปลิโอ และตัดออกไปได้ การจำแนกแบบนี้มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบเดิมมาก

การจำแนกผู้ป่วย AFP แบบใหม่นี้เริ่มใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่เริ่มมีอัมพาตตั้งแต่วันที่

1 มกราคม 2533

คณะกรรมการการรับรองการกวาดล้างโรคโปลิโอระหว่างประเทศของทวีปอเมริกาซึ่งตั้งโดย PAHO ได้มีการประชุมครั้งแรกในเดือนกรกฎาคม 2533 เพื่อหามาตรการในการรับรองประเทศที่ปลอดโรคโปลิโอ แต่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ จึงยังคงใช้วิธีการต่างๆ ของ PAHO ที่ใช้ในการประเมินการดำเนินการกวาดล้างโรคโปลิโอ การที่จะวินิจฉัยรับรองในขั้นสุดท้ายว่าสามารถกวาดล้างการถ่ายทอดเชื้อโปลิโอไวรัสชนิดร้ายแรงได้ ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้น ประเทศต่างๆ จึงยังคงต้องตรวจสอบผู้ป่วย AFP ทุกราย และเก็บบอจจาระจากผู้สงสัยว่าจะเป็นโรคโปลิโอส่งตรวจในเวลาที่เหมาะสม การดำเนินงานเช่นนี้จะต้องกระทำไปอย่างต่อเนื่องเพื่อกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไปจากทวีปอเมริกาในปลายปี พ.ศ.2533 และให้หมดไปจากโลกในปี พ.ศ.2543

เอกสารอ้างอิง

1. Pan American Health Organization Director announces campaign to eradicate poliomyelitis from the Americas by 1990 Bull Pan Am Health Organ 1985 : 19 : 213-5.
2. de Quadros CA Andrus JA. Olive J.M.et al. The eradication of poliomyelitis : progress in the Americas. Pediatr Infect Dis J (in press).
3. CDC. Progress toward eradicating poliomyelitis from the Americas. MMWR. 1989,38 : 532-5.
4. Pan American Health Organization, Final report of the Technical Advisory Group. Presented at the VIII Meeting of the Technical Advsory Group on Epland the Eradication of Poliomyelitis in the Americas. Mexico City, March 1990.
5. Pan American Health Organization. Final report of the first meeting of the International Certification Commission of Poliomyelitis Eradication in the Americas. Washington. DC : Pan American Health Organization. July 1990 : reference document no. EPI 21,105.
6. World Health Assembly. Global eradication of poliomyelitis by the year 200. Geneva : World Health Organization, 1988. (Resolution WHA 41,28.)

มาตุจฉา มาตุจฉา

ถอดความโดย นางสภารัตน์ ผาตินาวิน แพทย์หญิงนฤมล ศีลารักษ์

Progress Toward Eradicating Poliomyelitis from the Americas,
MMWR 1990, 39 (33) : 557-561

บัตร์กลีบขมิ้น (นกกะเรียน) นกกะเรียน (นกกะเรียน)

คหณินะปะ

#####

๒. พหุพจน์ (Plural)

รณรงค์การอนุรักษ์และส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม

សូមអរគុណ

7576M

-๑๖-๒๓๐๘๔๕๗๖๗๘๙๐๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐

ไม้มะยม

ГЛУБОКО

СВН

ชากวี่เป่

បង្កើតសហគមន៍

มูลนิธิโรค

CPNĀCCHECMA

ประกาศ

หากท่านที่มีบทความที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง/การสอบสวนโรค/อันตรายจากภาวะแวดล้อม ปัญหาทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือผลงานวิจัยที่น่าสนใจและต้องการจะเผยแพร่ ทางกองระบาดวิทยายินดีรับบทความและผลงานวิจัยของท่าน ตีพิมพ์ลงในรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ กรุณาส่งมายัง ฝ่ายเผยแพร่และประสานงาน กองระบาดวิทยา ด้วยความขอขอบยั้ง

&&&&&&&&&&&&&

TEL. 3821887 3826627
BANGKOK 10200 THAILAND
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
DIVISION OF EPIDEMIOLOGY

กรมการปกครอง
กระทรวงมหาดไทย
กรุงเทพฯ
๒๕๖๕