ISSN 0125 - 7447 * VOLUME 22 NUMBER 23 * JUNE 14, 1991

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

- การระบาดของอหิวาตกโรคในประเทศเปรู 266

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

.....

การระบาดของอหิวาตกโรคในประเทศเปรู

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2534 ประเทศเปรู รายงานไปยังองค์การอนามัยโลกว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 32,585 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6,501 ราย ตาย 139 ราย เป็นผู้ป่วยจากแถบชายฝั่งทะเลของประเทศเปรู และขณะนี้กำลังกระจายเข้าสู่พื้นที่ด้านในของประเทศ ผู้ป่วยรายแรกๆ ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ 31 มกราคม เป็นผู้ป่วยจาก **Huacho** และ **Chancay** (ตอนเหนือของลิมา) ผลการวิเคราะห์แยกเชื้อผู้ป่วย จาก **Chancay** และ **Chimbote** โดยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ที่แอตแลนต้า บ่งชี้ว่าเป็นเชื้อชนิด *V.cholerae* **01, biotype El Tor, serotype Inaba** ซึ่งไวต่อยาเตตร้าซัยคลิน, ซัลโฟนาไมด์, คลอแรมฟินิคอล และไตรเมโทพริม

อหิวาตกโรคระบาดในประเทศเปรู

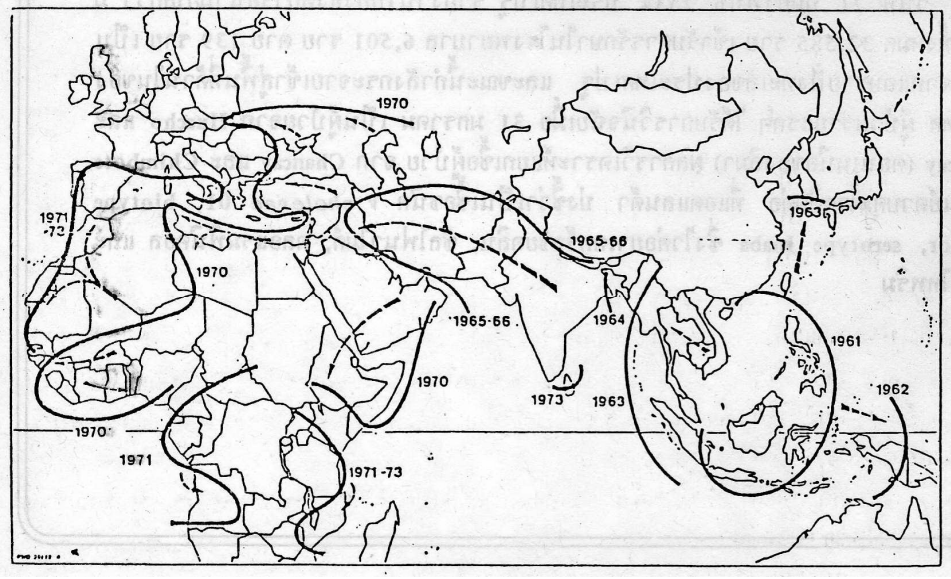
ประวัติความเป็นมาของอหิวาตกโรค

อหิวาตกโรคเป็นโรคติดต่อที่เก่าแก่ที่สุดโรคหนึ่งที่อยู่คู่กับมวลมนุษย์มานาน ในระหว่างคริสศตวรรษที่ 19 อหิวาตกโรคได้แพร่ระบาดเข้าไปในทวีปยุโรปเป็นครั้งแรกและระบาดติดต่อกันมาถึง 6 ครั้งใหญ่ๆ ด้วยกัน จนได้รับการขนานนามว่าเป็นโรคห่า (โรคที่เป็นแล้วตาย) หลังจากนั้นอหิวาตกโรคก็ได้กลับมาระบาดในทวีปเอเชียอันเป็นถิ่นกำเนิดของโรคนี้

การระบาดไปทั่วของอหิวาตกโรค ครั้งที่ 7 เริ่มใน พ.ศ 2504 (ค.ศ 1961) เป็นเชื้อชนิด *Vibrio cholerae*, **biotype El Tor** ซึ่งแพร่กระจายออกนอกเขตที่มีโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่นจากเขตซีลีเบส **(Sulawesi)** ประเทศอินโดนีเซีย สาเหตุอาจเนื่องมาจากมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรเพิ่มมากขึ้น การกระจายเริ่มจุดแรกไปที่เอเชียตะวันออก และระบาดไปยังประเทศบังคลาเทศ นานจนถึงปลายปี พ.ศ.2506 ประเทศอินเดียในปี พ.ศ.2507 และประเทศโซเวียตรัสเซีย อิหร่าน อิรัก ปี พ.ศ.2508-2509

ในปี พ.ศ. 2513 อหิวาตกโรคได้ระบาดเข้าไปถึงทวีปอาฟริกาตะวันตก ซึ่งไม่เคยมีปัญหาโรคอหิวาต์มาก่อน แม้จะมีการระบาดใน พ.ศ.2411 ในเขต **Senegambia** และในเขตอื่นๆ ประปราย ในปี พ.ศ.2436 เมื่อการระบาดในครั้งที่ 7 เริ่มขึ้น นับเป็นครั้งแรกที่เชื้ออหิวาตกโรคได้กระจายแพร่ออกไปอย่างรวดเร็ว และกว้างขวางข้ามเขตแดนไปยังที่ต่างๆ ที่ไม่เคยมีการระบาดมาก่อน เมื่อเชื้ออหิวาต์ได้ระบาดเข้าสู่เขตต่างๆ แล้ว เชื้อโรคนี้ก็ได้แพร่กระจายไปตามแนวชายฝั่งทะเล และแหล่งน้ำโดยชาวประมงและพวกพ่อค้า ต่อมาก็กระจายไปยังส่วนต่างๆ ตามเส้นทางการเดินทางทางบก และในที่สุดโรคนี้ก็กลายเป็นโรคประจำถิ่น ในบริเวณพื้นที่แถบชายฝั่งทะเลซึ่งอุณหภูมิ ความชื้น ฝนชุก และความหนาแน่นของประชากรสูงเหมาะสมที่ทำให้เชื้อโรคดำรงอยู่นาน (แผนที่ 1)

แผนที่ 1



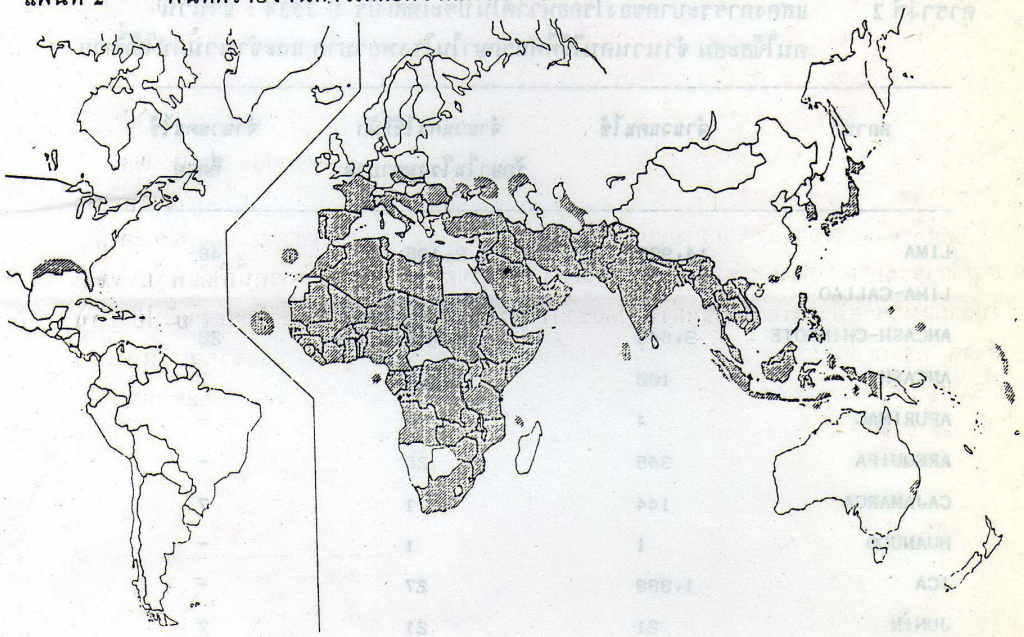
ในช่วงปี พ.ศ 2513-2522 อหิวาตกโรคยังได้ระบาดเข้าไปในประเทศเขตอุตสาหกรรมด้วย แต่เนื่องจากการให้บริการทางสาธารณสุข และการเฝ้าระวังโรคของประเทศเหล่านี้มีประสิทธิภาพ ทำให้โรคไม่สามารถหยั่งรากลึกเป็นโรคประจำถิ่นอยู่ในประเทศเหล่านี้ได้

ในระหว่างปี พ.ศ 2523-2532 การรายงานจำนวนผู้ป่วยอหิวาตกโรคในแต่ละปี พบว่า จำนวนผู้ป่วยจะอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกับจำนวนผู้ป่วยก่อน พ.ศ 2513 (ตารางที่ 1) แต่จำนวนประเทศที่รายงานการเกิดโรคนี้มีเพิ่มขึ้นจากที่ผ่านมาถึง 3 เท่า (ตารางที่ 1, แผนที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยอหิวาตกโรคทั่วโลกตั้งแต่ พ.ศ 2504-2533

พ.ศ	2504	2505	2508	2513	2516	2525	2529	2530	2531	2532	2533
จำนวน	49951	41575	58816	68828	112241	54856	46473	48507	44083	53970	29319

แผนที่ 2 พื้นที่ที่รายงานการเกิดอหิวาตกโรค ในปี พ.ศ 2504-2533



การระบาดของอหิวาตกโรคในประเทศเปรู ครั้งล่าสุด

ทวีปอเมริกาใต้เป็นเขตเดียวของโลกที่ไม่มีการระบาดของอหิวาตกโรค ในขณะที่เกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลกในครั้งที่ 7 นี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา (อาจจะเป็นประเทศเม็กซิโกด้วย) เป็นประเทศเดียวในทวีปอเมริกาที่มีการระบาดแบบเป็นโรคที่เกิดในท้องถิ่น มีผู้ป่วยประปราย พบผู้ป่วยครั้งแรกในปี 2516 (1 ราย) และต่อมาในระหว่างฤดูร้อนของปี พ.ศ 2521 ดังนั้น เปรูจึงเป็นประเทศแรกในทวีปอเมริกาของการระบาดทั่วโลก (**Pandemic**) ครั้งนี้

1. รายงานล่าสุดจากประเทศเปรู เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2534 เป็นข้อมูลที่แจ้งไปยังองค์การอนามัยโลก ภาคพื้นอเมริกา ว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 32,585 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6,501 ราย ตาย 139 ราย

2. รายงานที่ได้รับเป็นผู้ป่วยจากแถบชายฝั่งทะเลเปรู และขณะนี้กำลังกระจายเข้าสู่พื้นที่ด้านในของประเทศ

3. ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคนี้ ถูกรายงานมาจากทางด้านเหนือของชายฝั่งทะเลที่เป็น

พื้นที่ติดต่อกับประเทศเอกวาดอร์ และจากส่วนใต้สุดของประเทศเปรู

4. ผู้ป่วยรายแรกๆ ได้รับการวินิจฉัย เมื่อ 31 มกราคม เป็นผู้ป่วยรายแรกจาก HUACHO และ CHANCAY (ตอนเหนือของลิมา)

5. ผลการวิเคราะห์แยกเชื้อผู้ป่วยจาก CHANCAY และ CHIMBOTE โดยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ (Centers for Disease Control) ที่แอตแลนต้า ในสหรัฐอเมริกาบ่งชี้ว่าเป็นเชื้อชนิด *V.cholerae* 01, biotype El Tor , serotype Inaba ซึ่งไวต่อยาเตตร้าซัยคลีน, ซัลโฟนาไมด์, คลอแรมฟินิคอล และ ไตรเมโทพริม

รายละเอียดการระบาดครั้งนี้จากตัวแทนขององค์การอนามัยโลก ในประเทศเปรู แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการระบาดของโรคอหิวาต์ในประเทศเปรู ปี 2534 : จำนวนคนไข้สะสม จำนวนคนไข้ที่พักรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนคนไข้ที่ตาย

สถานที่	จำนวนคนไข้	จำนวนคนไข้ที่พักรักษาในโรงพยาบาล	จำนวนคนไข้ที่ตาย
LIMA	14,907	2,105	48
LIMA-CALLAO			
ANCASH-CHIMBOTE	9,648	2,750	22
ANCASH	100	81	7
APURIMAC	4	4	-
AREQUIPA	345	25	-
CAJAMARCA	144	111	7
HUANUCO	1	1	-
ICA	1,388	27	-
JUNIN	21	21	7
LA LIBERTAD	2,606	796	17
LAMBAYEQUE	29	3	-
LORETO	2	1	-
MOQUEGA	2	2	-
PIURA	3,313	547	26
PUNO	55	23	4
TACNA	16	3	-
TUMBES	4	1	1
TOTAL	32,585	6,501	139

อัตราส่วนของผู้ป่วยอหิวาตกโรคที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมี 20% อัตราผู้ป่วยตายมี 0.4% และคิดเป็นการตายด้วยอหิวาตกโรค 2.1% จากสาเหตุการตายทั้งหมดของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล

งานที่ทำไปแล้ว

คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อควบคุมการระบาดของอหิวาตกโรค ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในสำนักงานองค์การอนามัยโลกเขตต่างๆ ของทวีปอเมริกา มีการประชุมและสรุปรายงานในแต่ละวัน

ประธานาธิบดีของประเทศเปรูได้ประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในเมืองต่างๆ ที่มีการระบาดของอหิวาตกโรค นาน 120 วัน รัฐบาลเปรูได้จัดสรรเงินที่มีค่าถึง 4 ล้านเหรียญสหรัฐมาใช้ในการนี้โดยหวังจะได้เงินจากภายนอกประเทศ จำนวนพอๆ กันมาช่วยเหลือด้วย เอกอัครราชทูตประเทศเปรูประจำสหประชาชาติได้ยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือต่อสหประชาชาติ เป็นเงินจำนวน 3.8 ล้านเหรียญสหรัฐ

ภายหลังจากที่ได้มีการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบแล้ว คำร้องขอของรัฐบาลเปรู ที่มายังสหประชาชาติได้รับการพิจารณาว่า สมเหตุสมผลในแง่ของการคาดคะเนจำนวนผู้ป่วย และขอบเขตการระบาด การติดเชื้อ 2% แถบบริเวณชายฝั่งทะเลซึ่งเป็นจุดล่อแหลม และมีประชาชนอาศัยมากถึง 10 ล้านคน (นั่นคือจะมีผู้ป่วยอหิวาตกโรคถึง 200,000 ราย) จึงควรจะได้มีการวางแผนสำหรับการต่อต้านการระบาดในระหว่างช่วง 12 สัปดาห์แรก องค์การอนามัยโลกได้ยืนยันความช่วยเหลือโดยสำนักงานสหประชาชาติของ Disaster Relief Coordinator (UNDRO) ทำหนังสือขอความช่วยเหลือไปยังประเทศต่างๆ เป็นจำนวนเงิน 3.9 ล้านเหรียญสหรัฐ

สิ่งต่อไปนี้เป็นความช่วยเหลือที่ UNDRO ได้รับจนถึง 15 กุมภาพันธ์ 2534

รัฐบาล		
บราซิล	เซรุ่มและยาปฏิชีวนะ	-
คานาดา	ซื้อ ORS ในประเทศให้ในราคา	100,000 เหรียญสหรัฐ
ชิลี	ชุดช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์	-
คิวบา	ช่วยขนส่งสารละลายเข้าเส้นเลือด และยาปฏิชีวนะโดยทางอากาศ	-
ญี่ปุ่น	ชุดช่วยเหลือฉุกเฉินทางแพทย์	-
สเปน	ช่วยขนส่งยาเวชภัณฑ์ทางอากาศ (น้ำหนักประมาณ 3 ตัน)	80,645 เหรียญสหรัฐ
สมาพันธ์เศรษฐกิจร่วมยุโรป (EEC)	โออาร์เอส, ยาเตตร้าซัยคลีน และสารละลายเข้าเส้นเลือด	75,000 ECU

คณะทำงานจากประเทศฝรั่งเศส ประกอบด้วย นักระบาควิทยา นักแบคทีเรียวิทยา และผู้ชำนาญการขนส่งบำรุง นำเอาเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการไปด้วย นักระบาควิทยามาจากประเทศชิลี

ตัวแทนสหประชาชาติ		
WHO/PAN AMERICAN HEALTH	คณะแพทย์รวมทั้งนักระบาควิทยา	-
ORGANIZATION (PAHO)	โออาร์เอส 100,000 ซอง	-
ยูนิเซฟ	สารละลายริงเกอร์แล็กเตท 5,000 ถุง	-

แนวทางควบคุมโรคอหิวาต์

1. จากการศึกษาค้นคว้าเป็นระยะเวลา 3 ทศวรรษติดต่อกัน ทำให้สามารถกำหนดได้ว่า

- การให้การรักษาผู้ป่วยอหิวาตกโรคด้วยอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม จะสามารถลดอัตราป่วยตาย เหลือน้อยกว่า 1%
- การใช้วัคซีน และใช้ยาป้องกัน ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมการระบาด
- เมื่ออหิวาตกโรคเป็นโรคประจำถิ่น อุบัติการของมันจะมีน้อยกว่า 5% ของจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงฉับพลันทั้งหมด
- ผู้ป่วยอหิวาตกโรคมากกว่า 90% จะมีอาการไม่รุนแรง และยากที่จะแยกออกจากโรคอุจจาระร่วงฉับพลันที่เกิดจากสาเหตุอื่น

2. แหล่งแพร่เชื้อโรคที่รู้กันดีอยู่แล้วคือ

- น้ำดื่มปนเปื้อนเชื้อโรคจากแหล่งน้ำเองหรือจากภาชนะกักเก็บน้ำ
- ปลาและหอยที่มาจากแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรค และนำมารับประทานสดๆ หรือประกอบอาหารไม่สุกดีพอ
- อาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค ได้แก่ นม อาหารปรุงแล้ว เช่น ข้าว ถั่วแขก มันฝรั่ง ถั่วเม็ดเล็ก ไข่ ไก่ ฯลฯ
- ผักที่ได้รับปุ๋ยคอก หรือผักสดที่ถูกล้างด้วยน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรค

การรักษา

ผู้ป่วยอหิวาตกโรคส่วนใหญ่ ถ้าให้การรักษาได้ด้วยการให้ดื่มสารละลาย น้ำตาลกลูโคส-เกลือแร่ ซึ่งมีส่วนประกอบของน้ำและเกลือเท่ากับของน้ำอุจจาระก็เพียงพอ สารละลายเกลือแร่ที่ให้ทางเส้นเลือดประกอบด้วยเกลือด่าง และเกลือโปตัสเซียม ซึ่งปกติจะใช้กับผู้ป่วยที่เสียน้ำอย่างรุนแรงจนช็อค หรือในรายที่ไม่สามารถจะให้ดื่มน้ำทางปากได้

สำหรับการแก้การขาดน้ำทางปาก แนะนำให้ใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ซึ่งพอหาได้ ส่วนสารละลายริงเกอร์แล็กเตท (Ringer's Lactate Solution) เป็นสารละลายแนะนำสำหรับใช้ในการแก้ภาวะขาดน้ำทางเส้นเลือด ซึ่งหาซื้อได้ในท้องตลาด และมีส่วนผสมเหมาะที่จะใช้ในการรักษาโรคท้องร่วงรุนแรงทั้งหลายในผู้ป่วยทุกวัย

สารละลายน้ำเกลือธรรมดา หรือน้ำเกลือความแรงครึ่งหนึ่ง (Normal saline or half-normal saline solution) มีประสิทธิภาพในการรักษาต่ำกว่า แต่สามารถนำมาใช้ได้หากไม่สามารถหาสารละลายริงเกอร์แล็กเตทได้ น้ำตาลกลูโคสในน้ำอย่างเดียวนั้นไม่มีประสิทธิภาพพอ และไม่ควรนำมาใช้รักษา

ในระหว่างการระบาด โดยปกติ 80-90% ของผู้ป่วยสามารถรักษาด้วยการให้สารทดแทนการขาดน้ำทางปากอย่างเดียวได้ โดยการใช้สารละลายโออาร์เอส ผู้ป่วยส่วนมากที่ต้องการน้ำเกลือทางเส้นเลือดในตอนแรกอาจจะให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดดำก่อนแล้วจากนั้นให้โออาร์เอสตาม จนกระทั่งอาการท้องร่วงหยุด

ในกรณีที่มีผู้ป่วยอหิวาตกโรคที่รุนแรง ยาปฏิชีวนะจะลดปริมาณและความถี่ในการถ่ายและทำให้ขับเชื้อออกจากร่างกายน้อยลง การให้ยาปฏิชีวนะควรจะรีบให้ทันที หลังจากที่ไม่มีอาการอาเจียนแล้ว โดยปกติภายใน 2-3 ชั่วโมง หลังการเริ่มให้น้ำ ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด เพราะมีราคาแพง

ยาเตตร้าซัยคลิน เป็นยาปฏิชีวนะที่ถูกเลือกใช้เป็นอันดับแรก ยาดอกซี่ซัยคลิน ซึ่งออกฤทธิ์นานกว่าเตตร้าซัยคลิน ถ้ามีใช้ก็น่าจะดี เพราะได้เปรียบตรงที่เป็นการรักษาแบบกินยาครั้งเดียว (ตาราง 3) (อ่านต่อหน้า 275)

การระบาดของอหิวาตกโรคในประเทศเปรู

(ต่อจากหน้า 270)

ตารางที่ 3 ยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาอหิวาตกโรค

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดยา	
	เด็ก/ทารก	ผู้ใหญ่
ยาเตตร้าซัยคลีน (Tetracycline) ให้วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน	12.5 มิลลิกรัม/ น้ำหนักตัว 1 กก.	500 มิลลิกรัม
ด๊อกซี่ซัยคลีน (Doxycycline) ใช้ครั้งเดียว	ไม่แนะนำให้ใช้	300 มิลลิกรัม
ยาอื่นที่เลือกใช้		
ฟูราโซลิโดน (Furazolidone) ให้วันละ 4 ครั้ง นาน 3 วัน	1.25 มิลลิกรัม/ น้ำหนักตัว 1 กก.	100 มิลลิกรัม
ตรัยเมทโทพริม (Trimethoprim) ใช้ร่วมกับ	5 มิลลิกรัม/ น้ำหนักตัว 1 กก.	160 มิลลิกรัม
ซัลฟาเมทโทซาโซล (Sulfamethoxazole) ให้วันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน	25 มิลลิกรัม/ น้ำหนักตัว 1 กก.	800 มิลลิกรัม

ถ้าไม่มียาในตารางนี้ให้เลือก อาจใช้ยาอีริโทรไมซิน (ERYTHROMYCIN) หรือคลอแรมฟีนิคอล (CHLORAMPHENICOL) ก็ได้

การป้องกันการแพร่ระบาด

ประชาชนได้รับเชื้ออหิวาตกโรคจากน้ำดื่มหรือการกินอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อนี้ เมื่ออหิวาตกโรคเกิดขึ้นในชุมชน กิจกรรมที่จะต้องเร่งระดมส่งเสริมอย่างเข้มก็คือ งานสุขาภิบาลในเรื่องการกำจัดของเสียของมนุษย์ จัดเตรียมน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด และการเตรียมอาหารที่ปลอดภัย ชาวบ้านควรจะได้รับข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับขนาด และความรุนแรงของการระบาด วิธีรักษาอย่างง่ายๆ ที่ได้ผลดี และการรีบรายงานผู้ป่วยรายใหม่อย่างรวดเร็ว เจ้าหน้าที่จะต้องบอกเขาว่าแหล่งปนเปื้อนอยู่ที่ไหน และจะเลี่ยงการติดเชื้ออย่างไร

การกำจัดของเสียของมนุษย์

การสร้างส้วมเพื่อกำจัดของเสียที่เกิดจากการขับถ่ายของมนุษย์ถือว่าเป็นเรื่องพื้นฐานที่ชุมชนต่างๆ จะต้องมีไว้ ยิ่งถ้ามีโรคอหิวาต์ระบาดขึ้นก็ยิ่งนับว่าเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง ชุมชนจะต้องร่วมมือกันสร้างระบบสุขาภิบาล เช่น การสร้างส้วมที่เหมาะสมกับภูมิประเทศและสภาพท้องถิ่น และจะต้องตั้งอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ทำให้เชื้อโรคไปปนเปื้อนบ่อน้ำ

การจัดหาน้ำสะอาด

เนื่องจากน้ำเป็นพาหะที่สำคัญในการแพร่กระจายเชื้ออหิวาตกโรค ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดหาน้ำปรุงอาหาร น้ำใช้ และน้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัย

วิธีการจัดหาน้ำสะอาดที่ปลอดภัยอย่างรวดเร็วแบบประหยัด มีอยู่หลายวิธี ในเขตเมืองจะต้องมีน้ำประปาที่ได้รับการบำบัดฆ่าเชื้อแล้วให้ประชาชนได้ใช้ ส่วนในชนบทที่ไม่มีน้ำประปาหรือบ่อน้ำก็อาจทำให้น้ำสะอาดได้ที่บ้านโดยการต้มให้เดือด หรือใส่คลอรีน (ดูในคู่มือควบคุมโรคอหิวาต์ WHO/CDD/SER/80.4 Rev.2 1991)

อาหารที่สะอาดถูกอนามัย

เนื่องจากอาหารก็เป็นพาหะสำคัญในการแพร่กระจายเชื้ออหิวาตกโรค ดังนั้นการให้สุขศึกษาควรจะเป็นเรื่องดังต่อไปนี้

1. ปรุงอาหารให้สุกทั่วถึง และรับประทานอาหารที่ยังร้อน
2. ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค โดยไม่นำอาหารที่สุกสะอาดแล้วไปวางปะปนกับอาหารดิบ หรือวางบนพื้นสกปรก หรือให้แมลงวันตอม
3. หลีกเลี่ยงการปนเปื้อนจากอาหารดิบ เช่น พวกผักต่างๆ ถ้าเป็นไปได้ควรปอกเปลือกเสียก่อน
4. ล้างมือให้ทั่วด้วยสบู่ ภายหลังจากถ่ายอุจจาระ หรือสัมผัสอุจจาระผู้อื่น

การป้องกันด้วยยา

การรักษาผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (mass treatment) ในชุมชนด้วยยาปฏิชีวนะหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การป้องกันด้วยยา (mass chemoprophylaxis) ไม่เคยประสบผลสำเร็จในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเลย

นอกจากจะไม่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคอหิวาต์แล้ว ยังทำให้ชาวบ้านไขว้เขวและเป็นการสิ้นเปลืองที่แย่ที่สุดที่เกิดขึ้นในหลายประเทศก็คือ ทำให้เชื้อ โดยเฉพาะเชื้อ *Vibrio* เกิดการดื้อยา ทำให้ผู้ป่วยหนักหลายคนไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การป้องกันด้วยยาอาจจะใช้ได้ในผู้สัมผัสโรคที่เสี่ยงต่อการติดโรคสูง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือเพราะกำลังตั้งครรภ์

การให้วัคซีน

วัคซีนที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่อาจช่วยในการควบคุมอหิวาตกโรคได้ เนื่องจากเหตุผลต่างๆ ดังนี้

- มีประสิทธิภาพเพียงครึ่งเดียว
- มักจะมีความแรงของวัคซีนไม่ได้ตามที่ต้องการ
- สร้างภูมิคุ้มกันได้นานเพียง 3-6 เดือน
- การให้วัคซีนไม่ได้ลดอัตราการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ

สิ่งที่สำคัญทั้งหมดคือ การให้วัคซีนนี้ทำให้คิดว่าปลอดภัยแล้ว ทั้งในผู้ฉีดวัคซีนและผู้รับวัคซีน ทำให้ละเลยมาตรการอื่นที่มีประสิทธิภาพกว่า

ผลข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 26 เมื่อปี พ.ศ 2516 ยกเลิกความต้องการเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรค ในข้อบังคับสุขอนามัยระหว่างประเทศ

ข้อห้ามในการเดินทางและการค้า (การกักกัน)

การตั้งข้อห้ามในการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศของประเทศใดประเทศหนึ่งจะไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของอหิวาตกโรคได้ นับเป็นความลำบากยากเย็นและใช้ความพยายามอย่างมหาศาล ที่จะตรวจสอบและแยกกักผู้ติดเชื้อทั้งหมด เนื่องจากส่วนมากจะไม่แสดงอาการเจ็บป่วย การกักกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ด่านชายแดน ทำให้ต้องเสียคน และเสียเงินไปใช้ในการควบคุมโรคที่ไม่ได้ผล ทำให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน และประเทศที่พยายามจะควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอหิวาต์

การนำเข้าอาหาร

องค์การอนามัยโลกยังไม่มีเอกสารหลักฐานใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของอหิวาตกโรค อันเนื่องจากการนำเข้าอาหารผ่านพรมแดนจากประเทศอื่น อหิวาตกโรคเป็นโรคประจำถิ่นมานานนับเป็นทศวรรษในหลายประเทศของทวีปอาฟริกา และเอเชีย ซึ่งมีการส่งออกอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการรายงานผลการระบาดของอหิวาตกโรค จากประเทศที่นำเข้าอาหารเลย (ดูรายละเอียด WER NO.8 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2534)

ท้ายบท

ประเทศเอกวาดอร์ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานว่ามีผู้ป่วยด้วยอหิวาตกโรค จำนวน 21 ราย เกิดขึ้นในระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ - 4 มีนาคม 2534 ผู้ป่วยทั้งหมดมาจาก EL Guabo Municipio ในจังหวัด EL Oro ซึ่งอยู่ทางพรมแดนตอนใต้ของประเทศ

การยืนยันของห้องปฏิบัติการพบว่า 5 ราย ใน 21 ราย เป็น *Vibrio cholerae* 01, biotype El Tor, serotype Inaba ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และหลังจากได้รับการรักษาแล้ว ทั้งหมดก็มีอาการดีขึ้น และออกจากโรงพยาบาล

ถอดความจาก

World Health Organization. Weekly Epidemiological Record NO.9, p 61-63, 1991 และ No.10, p 65-70, 1991

โดย นพ.วินัย วุฒิวิโรจน์ นพ.อภิชาติ เมฆมาสิน นางปิยะนาถ รัศมิทัต
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ

##################