

โรคฝีดาษลิง Monkeypox

แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ พิสุทธิศาสตร์
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร

ฝีดาษลิง (Monkeypox) นั้นไม่ใช่โรคใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม เพิ่งแต่เริ่มอยู่ในความสนใจของคนไทยไม่นานนี้ เนื่องจากมีรายงานการพบผู้ป่วยในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นครั้งแรกที่ประเทศสิงคโปร์

Monkeypox เป็นไวรัสในกลุ่ม Orthopoxvirus เช่นเดียวกับ Smallpox (โรคฝีดาษหรือไข้ทรพิษ) ที่เราอาจจะคุ้นหูมากกว่า Monkeypox ถูกค้นพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ในลิงทดลอง พบรอยโรคคล้ายกับโรคฝีดาษในคน จึงตั้งชื่อว่าฝีดาษลิง ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ Smallpox ใกล้จะหมดไปจากโลกนี้ (Elimination) พบรายงานการติดเชื้อฝีดาษลิงในคนเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2513 ที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (The Democratic Republic of Congo) หรือประเทศซาอีร์เดิม หลังจากนั้น ก็มีรายงานการเกิดโรคอย่างต่อเนื่องในแถบนั้น จนเรียกได้ว่า โรคฝีดาษลิงเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศแถบบริเวณแอฟริกากลาง และแอฟริกาตะวันตก (Endemic area)

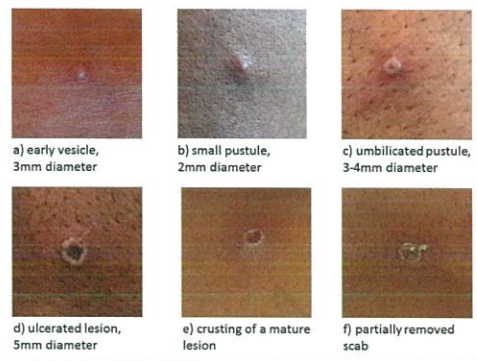
อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2546 ได้พบผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสกับกระรอกหมาที่ป่วย (Prairie dog) นับเป็นการพบโรคฝีดาษลิงครั้งแรกนอกทวีปแอฟริกา จนกระทั่งเมื่อเดือน พฤษภาคม ที่ผ่านมา มีการพบผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงที่ประเทศสิงคโปร์

การแพร่กระจายของโรค

- 1) จากสัตว์สู่คน: สัตว์ในตระกูลลิงและสัตว์ฟันแทะหลายชนิด เช่น หนู กระรอก กระจง สามารถติดเชื้อนี้ได้ โดยจะมีอาการไข้ และมีตุ่มหนองขึ้นตามร่างกาย คนจะติดโรคนี้ได้จากการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือตุ่มหนองของสัตว์ที่ติดเชื้อ รวมถึงการกินเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก
- 2) จากคนสู่คน: คนสามารถแพร่เชื้อให้กันได้ แต่ความเสี่ยงในการกระจายโรคต่ำ โดยติดต่อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งทางระบบทางเดินหายใจ ผ่านการไอจาม หรือสัมผัสโดยตรงกับตุ่มหนองของผู้ป่วย

อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของโรคคล้ายกับโรคฝีดาษคน แต่ความรุนแรงน้อยกว่ามาก มีระยะฟักตัวตั้งแต่ 5-21 วันหลังได้รับเชื้อ อาการคงอยู่ได้นาน 14-21 วัน โดยสามารถแบ่งระยะของโรคได้เป็น 2 ระยะ ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะมาก ปวดเมื่อยตามตัว และมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต หลังจากนั้นจะเริ่มมีผื่นขึ้นประมาณ 1-3 วันหลังจากเริ่มมีไข้ การที่มีต่อมน้ำเหลืองโตและมีผื่นขึ้นภายหลังเป็นลักษณะเฉพาะของฝีดาษลิงที่ใช้แยกจากโรคไข่ออกผื่นชนิดอื่นๆ ผื่นมักเริ่มจากบริเวณใบหน้า แล้วกระจายไปยังส่วนอื่นๆ สามารถพบผื่นได้ที่บริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า อวัยวะเพศ รวมถึงบริเวณเปลือกตาและกระจกตา ในระยะแรกผื่นจะมีลักษณะแดงไม่นูน (maculopapular) หลังจากนั้น จึงกลายเป็นตุ่มน้ำใส (vesicles) ตุ่มหนอง (pustules) และแห้งในที่สุด (crust) โดยอาจใช้เวลาถึง 3 สัปดาห์กว่าที่ผื่นจะหายสนิท จำนวนตุ่มที่ขึ้นตามร่างกาย มีตั้งแต่เล็กน้อย ไปจนถึงทั่วร่างกาย อาจมีอาการข้างเคียงรุนแรง เช่น ภาวะปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือติดเชื้อในกระแสเลือดได้



การวินิจฉัย

โรคฝีดาษลิงนั้นต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคไข่ออกผื่นชนิดอื่นๆ รวมถึงปฏิกิริยาของการแพ้ยา ประวัติสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยคือ ผู้ป่วยมีไข้และต่อมน้ำเหลืองโต แล้วมีผื่นขึ้นภายใน 1-3 วัน ส่วนการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

ปัญหา Jet lag

ดร. นายแพทย์วินัย วุฒิติโรจน์
สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

คุณเคยสังเกตตัวเองไหมว่า เวลาเดินทางไปที่ไกลๆ ขณะที่เดินทางอยู่บนเครื่องบินที่ต้องเดินทางข้ามทวีป หรือต้องนั่งบนเครื่องบินนานๆ ทั้งกลางวันและกลางคืน แต่พอไปถึงประเทศที่เป็นจุดหมายปลายทาง กลับมีปัญหาเรื่องการนอน ทั้งๆ ที่ตอนอยู่ในประเทศไทยก็เป็นคนนอนง่าย หัวถึงหมอนก็หลับได้เลย ไม่เคยมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับมาก่อนเลย แล้วทำไมเวลาไปเที่ยวไกลๆ กลับกลายเป็นคนตื่นเช้ากว่าปกติ หรือบางคนเมื่อถึงเวลาเข้านอน แต่ไม่รู้สิถึงวงเลยสักนิดเดียว ยังไม่อยากนอน หากมีอาการเหล่านี้ บอกได้เลยว่ามีอาการเมาเวลา หรือบางคนพูดทับศัพท์ว่า “Jetlag”

Jetlag

คือกลุ่มอาการที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเวลาในประเทศที่เป็นจุดหมายปลายทางได้ เดิมทีนาฬิกาชีวิตของเราที่เคยทำงานได้อย่างปกติถูกรบกวนจนเสียสมดุล ทำให้เวลาของการเข้านอนหรือเวลาตื่นเปลี่ยนไปจากเดิม หลังจากที่เรเดินทางข้ามผ่านเขตเวลา (time zones) หลายๆ เขต และเมื่อไปเขตเวลาใหม่ของประเทศปลายทาง เช่น ปกติเวลา 4 ทุ่มที่ประเทศไทย เป็นเวลาที่เรต้องเข้านอน แต่พอเดินทางไปเที่ยวที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เวลา 4 ทุ่มในประเทศไทย กลายเป็นเวลา 10 โมงเช้า ที่นิวยอร์ก ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้นาฬิกาชีวิตของเรถูกรบกวน ร่างกายปรับตัวตามไม่ทัน จนทำให้เราเกิดอาการเมาเวลาเมื่อเราเดินทางไปถึงประเทศปลายทางที่อยู่ในเขตเวลาใหม่

ส่วนมากคนที่มีอาการเมาเวลานั้น จะต้องเดินทางข้ามเขตเวลาอย่างน้อย 3 เขตด้วยกัน และถ้าเดินทางผ่านหลายเขตเวลาเท่าใด ก็ยิ่งจะทำให้นาฬิกาชีวิตเสียสมดุลมากขึ้นไปเท่านั้น จากเดิมที่นาฬิกาชีวิต จากเดิมที่เคยมีเวลาทั้งหมด 24 ชั่วโมงต่อรอบ ในการควบคุมการตื่นและนอนหลับ และควบคุมการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ ให้ทำงานเป็นปกติ จะถูกรบกวน บางทีนาฬิกาชีวิตอาจถูกกดเหลือน้อยกว่า 24 ชั่วโมงต่อรอบ หรือถูกยืดให้ยาวมากกว่า 24 ชั่วโมงต่อรอบ ก็จะมีส่งผลให้อาการเมาเวลาเกิดขึ้นได้เช่นกัน ในส่วนของผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว ยิ่งอาจจะเกิดภาวะเมาเวลาได้บ่อยกว่าบุคคลทั่วไปอีกด้วย

มีการศึกษาในอดีต ซึ่งสรุปว่า ยิ่งเราเดินทางผ่านเขตเวลาที่ต่างกันมากเท่าใด ช่วงเวลาของการเกิดอาการเมาเวลาจะเท่ากับผลต่างของเขตเวลาที่แตกต่างกันระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง แต่เขตเวลาที่ต่างกัน ก็ไม่ใช่เพียงสาเหตุเดียวที่ส่งผลต่ออาการเมาเวลา ยังมีสาเหตุอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อร่างกาย เช่น ทิศทางของการเดินทาง ผู้ที่เดินทางไปทางทิศตะวันตก (westward) มักจะเกิดการเมาเวลาน้อยกว่าการเดินทางไปทางทิศตะวันออก (eastward) เพราะการเดินทางทิศตะวันตก จะทำให้นาฬิกาชีวิตยืดยาวมากขึ้น ร่างกายสามารถปรับตัวได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับการเดินทางไปทางทิศตะวันออก

แต่การเดินทางจากทิศเหนือไปทิศใต้หรือจากทิศใต้ไปทิศเหนือ มักจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ กับร่างกาย (เพราะมักจะอยู่ในเขตเวลาเดียวกัน)

ขออธิบายเพิ่มเติมเรื่องเขตเวลา ที่จริงแล้ว โลกของเราถูกแบ่งเขตเวลาออกเป็น 24 เขต หรือเท่ากับเวลา 24 ชั่วโมง หรือเวลา 1 วันนั่นเอง โดยเส้นสมมติที่ถูกลากจากขั้วโลกเหนือไปยังขั้วโลกใต้ และเส้นที่ลากผ่านเมืองกรีนิช ประเทศอังกฤษ หรือเรียกว่าเส้นเวลามาตรฐานกรีนิช (Greenwich Mean Time :GMT) ถือเป็นเส้นที่เป็นตัวเทียบเขตเวลากับเมืองหรือประเทศอื่นๆ โดยประเทศที่ตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันออกของเส้น GMT นี้ จะอยู่ในเขตเวลา +1 จนถึง +12 ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่ตั้งอยู่ทางฝั่งตะวันตกของเส้น GMT หรือเมืองกรีนิช จะอยู่ในเขตเวลา -1 จนถึง -12

ยกตัวอย่าง

กรีนิช ประเทศอังกฤษ ตั้งอยู่ที่ GMT 0

กรุงเทพฯ ประเทศไทย ตั้งอยู่ที่ GMT+7 ซึ่งแปลว่าเวลาของประเทศไทยจะเร็วกว่าเวลาที่เมืองกรีนิช 7 ชั่วโมง

เมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งอยู่ที่ GMT-5 ซึ่งแปลว่าเวลาของเมืองนิวยอร์กจะช้ากว่าเวลาที่เมืองกรีนิช 5 ชั่วโมง

ถ้าเมืองกรีนิชเป็นเวลาเที่ยงคืนตรง เวลาของประเทศไทยก็จะเป็น 7 โมงเช้า และเวลาของเมืองนิวยอร์ก จะเป็นเวลา 1 ทุ่ม ซึ่งจะเป็นวันคนละวันกับเวลาในประเทศไทย ถ้าต้องการเดินทางจากกรุงเทพฯ ไปเที่ยวเมืองนิวยอร์ก ผู้เดินทางดูเหมือนจะได้เวลาเพิ่มขึ้นมาโดยอัตโนมัติ เนื่องจากความต่างของเขตเวลา ผู้เดินทางอาจต้องใช้เวลานานเกือบ 2 สัปดาห์ เพื่อให้นาฬิกาชีวิตของตัวเองปรับตัวให้เข้ากับเขตเวลาใหม่ในจุดหมายปลายทาง

อาการของภาวะเมาเวลา

มีได้หลากหลายรูปแบบ และจะเกิดขึ้นต่างกันในแต่ละบุคคล บางรายอาจพบอาการนอนไม่หลับ ง่วง ซึม อ่อนเพลียระหว่างวัน อารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจจะทำได้ไม่ดีเหมือนเดิม หรือรู้สึกว่าคุณสามารถในการทำงานลดลง และอาจมีอาการอยู่ได้นานเป็นสัปดาห์ และอาการทั้งหมดจะหายไปตัวเอง หลังจากที่ร่างกายปรับตัวได้

ข้อแนะนำเพื่อลดการเกิดภาวะเมาเวลา

การรักษาโดยใช่ยา

แนะนำว่าควรเลือกรับประทานยาตัวใดตัวหนึ่ง แต่ไม่ควรรับประทานยาร่วมกันหลายขนาน

โรคไลชมาเนีย จากโรคต่างถิ่นสู่โรคประจำถิ่น

Leishmaniasis

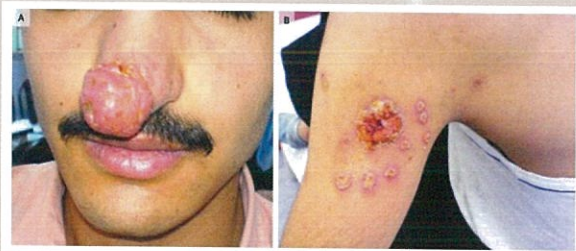
(Endemic disease derived from imported cases)

นายแพทย์สกันต์ เจริญสกุลไชย
ภาควิชาปรสิตวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วศิน แมตลี
คลินิกเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง
โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

โรคไลชมาเนีย (Leishmaniasis)

คือหนึ่งในโรคติดเชื้อเขตร้อนที่ถูกละเลย สาเหตุของโรคคือเชื้อ *Leishmania* ซึ่งเป็นโปรโตซัวเซลล์เดียวที่สามารถถ่ายทอดสู่คนได้เมื่อถูกกรีนฝอยทราย (sand fly) ที่ติดเชื้อกัด นอกจากนี้ พฤติกรรมบางอย่าง เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ก็ทำให้ติดเชื้อ *Leishmania* ได้เช่นกัน เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะไปอาศัยอยู่ในเม็ดเลือดขาว **คนติดเชื้อ *Leishmania*** บางส่วนจะไม่แสดงอาการ แต่บางส่วนก็มีอาการแสดง โดยเฉพาะในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งอาการแสดงของโรคไลชมาเนียสามารถจำแนกได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

- 1) อาการแสดงทางผิวหนัง (cutaneous leishmaniasis: CL) (รูปที่ 1)
- 2) อาการแสดงตามเยื่อ (mucocutaneous leishmaniasis: MCL) (รูปที่ 2)
- 3) อาการแสดงที่อวัยวะภายใน (visceral leishmaniasis/kalar-azar: VL) (รูปที่ 3)
- 4) พยาธิสภาพบนผิวหนังหลังจากรักษา visceral leishmaniasis หายแล้ว (post kalar-azar dermal leishmaniasis: PKDL) (รูปที่ 4)



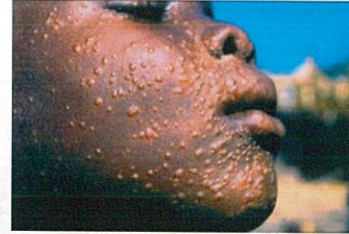
รูปที่ 1 Cutaneous leishmaniasis จะสังเกตเห็น nodules ขึ้นบนจมูกในรูป A และแผล ulceration ที่แขนในรูป B (ภาพจาก N Engl J Med 2010;362:e15)⁽¹⁾



รูปที่ 2 Mucocutaneous leishmaniasis จะเห็นเยื่อโพรงจมูกและ nasal septum ถูกทำลาย (ภาพจาก BMC Infect Dis 2006;6(1):139)⁽²⁾



รูปที่ 3 Visceral leishmaniasis จะสังเกตเห็นภาวะ hepatosplenomegaly (ภาพจาก J Infect 2014;69:S10-S18)⁽³⁾



รูปที่ 4 Post kalar-azar dermal leishmaniasis จะสังเกตเห็น macular, maculopapular และ nodular rash ในคนไข้ที่หายจาก VL แล้ว (ภาพจาก Lancet Infect D 2003;3(2):87-98)⁽⁴⁾

โรคไลชมาเนียกับการเดินทาง

โรคไลชมาเนียมีถิ่นระบาดในภูมิภาคเขตร้อนของอเมริกากลาง อเมริกาใต้ แอฟริกาเหนือ ตะวันออกกลาง และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การตรวจพบ โรคไลชมาเนียนอกพื้นที่การระบาดสามารถพบได้เรื่อยๆ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาความนิยมต่อการเดินทางไปยังจุดหมายปลายทางแปลกใหม่ เช่น อเมริกากลาง และอเมริกาใต้ มีมากขึ้นในหมู่นักท่องเที่ยวชาวยุโรป จึงส่งผลให้มีการพบผู้ป่วยโรคไลชมาเนียหลังจากกลับจากเดินทางไปยังจุดหมายปลายทางเหล่านั้นในทวีปยุโรป เช่น สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และออสเตรเลีย เป็นต้นนอกจากนี้กลุ่มผู้เดินทางกลุ่มอื่น เช่น ทหารที่ไปปฏิบัติภารกิจในต่างประเทศหรือผู้พลัดถิ่นจากพื้นที่การระบาด ก็ยังสามารถนำโรคไลชมาเนียไปสู่พื้นที่นอกการระบาดได้เช่นกัน⁽⁶⁾

โรคไลชมาเนียในประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคไลชมาเนียที่พบในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2503-2539 ล้วนแต่เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการเดินทางกลับมาจากประเทศที่มีการระบาดแทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะแถบตะวันออกกลาง สายพันธุ์ส่วนใหญ่ที่พบคือ *L. donovani* และ *L. tropica*⁽⁷⁾ ดังนั้น ในช่วงเวลาดังกล่าว โรคไลชมาเนียจึงถือว่าเป็นโรคต่างถิ่นที่เข้ามาสู่ประเทศไทยผ่านการเดินทาง

ในปีพ.ศ. 2539 ได้พบผู้ป่วยโรคไลชมาเนียในประเทศรายแวก โดยผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ และไม่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไลชมาเนียรายก่อนๆ⁽⁸⁾ นับแต่นั้นเป็นต้นมา มีรายงานผู้ป่วยโรคไลชมาเนียเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคใต้ของประเทศไทย จังหวัดที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศ ได้แก่ สุราษฎร์ธานี พังงา สงขลา ตรัง สตูล นครศรีธรรมราช จันทบุรี ลพบุรี กาญจนบุรี เชียงราย เชียงใหม่ น่าน ลำพูน และ กรุงเทพฯ^(8,9) กระทั่งพบการระบาดของโรคไลชมาเนียในระดับชุมชนที่จังหวัดเชียงรายและตรัง^(10,11) สายพันธุ์ที่พบการระบาดในไทยได้แก่ *L. martiniquensis*, *L. orientalis*, *L. infantum* และ *L. donovani* ในปีพ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคไลชมาเนียเป็นโรคประจำถิ่นในไทย⁽¹²⁾

จากการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการติดโรคไลชมาเนียในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไลชมาเนียในจังหวัดเชียงรายและตรัง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อส่วนใหญ่ สัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่เพิ่มโอกาสในการถูกกรีนฝอยทรายกัด เช่น การมีคอกเลี้ยงสัตว์ในบริเวณที่พักอาศัย การเลี้ยงสัตว์ซึ่งสามารถเป็นรังโรคในบริเวณบ้าน

» ต่อจากหน้า 1

จะตรวจหาเชื้อไวรัสจากแผลโดยการนำไปเพาะเชื้อ (viral culture) ตรวจหาสารพันธุกรรมโดยวิธี Real-time PCR รวมถึงตรวจหาแอนติบอดี โดยสามารถติดต่อได้ที่ศูนย์ประสานงานตรวจวินิจฉัยโรค และเฝ้าระวังโรคทางห้องปฏิบัติการ (ศปส.) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข



» การรักษาและวัคซีน

เช่นเดียวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสอื่น ๆ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อฝีดาษลิงมักมีอาการไม่รุนแรง สามารถหายเองได้ โดยมีอัตราตายต่ำ แต่อาการในเด็กจะรุนแรงกว่าในผู้ใหญ่ อาจมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 10% ปัจจุบัน ยังไม่มีวัคซีนที่จำเพาะต่อโรคฝีดาษลิง แต่พบว่า วัคซีนโรคฝีดาษคนสามารถป้องกันฝีดาษลิงได้ถึง 85% และช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ หากมีการติดเชื้อขึ้น แต่ปัจจุบันนี้ไม่มีการใช้วัคซีนป้องกันฝีดาษลิงในคนทั่วไป

สถานการณ์การระบาด

พบโรคฝีดาษลิงนอกทวีปแอฟริกาครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนทั้งสิ้น 47 ราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 มีรายงานการพบผู้ป่วย 3 รายในประเทศสหราชอาณาจักร และ 1 รายที่ประเทศอิสราเอล ประเทศสิงคโปร์นับเป็นประเทศที่ 4 ที่พบการรายงานโรค โดยผู้ป่วยที่พบเป็นชาวไนจีเรียที่มีประวัติเดินทางไปร่วมงานแต่งงานในประเทศไนจีเรียและได้รับประทานเนื้อสัตว์ป่าในงาน โดยผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ ในขณะที่เข้าร่วมประชุมที่ประเทศสิงคโปร์

สำหรับประเทศไทย จนถึงขณะนี้ มีรายงานพบผู้ป่วยแล้ว 7 ราย ผู้ป่วยรายแรกเป็นชายชาวต่างชาติ ติดเชื้อจากต่างประเทศ และได้เดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว สำหรับรายที่ 2 เป็นชายไทย ติดเชื้อโดยมีเพศสัมพันธ์กับชายชาวต่างชาติ รายที่ 3 เป็นชายชาวต่างชาติ เข้าใจว่าติดเชื้อจากต่างประเทศ รายที่ 4 เป็นหญิงไทย ติดเชื้อโดยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ ส่วนรายที่ 5-6 เป็นหญิงไทยที่ติดเชื้อจากการทำงานใกล้ชิดกับชาวต่างชาติในแถบตะวันออกกลาง สุดท้ายรายที่ 7 เป็นหญิงไทยติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Monkeypox. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>. (Accessed 15 Aug 2019). 2. Center for Disease Control and Prevention. 2003 United States Outbreak of Monkeypox. Available at: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/outbreak.html>. (Accessed 15 Aug 2019). 3. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. โรคฝีดาษลิง (Monkeypox). เข้าถึงได้จาก <http://nih.dmsc.moph.go.th/login/showingdetail.php?id=904>. (เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2562)

ภาวะ Jet lag

ดร. นายแพทย์วินัย วุฒิวิโรจน์

สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

» ต่อจากหน้า 2

- 1) เมลาโทนิน (Melatonin) ที่จริงแล้ว เมลาโทนิน เป็นฮอร์โมนในร่างกายมนุษย์ ที่หลั่งออกมาในช่วงเวลากลางคืน และจะหยุดหลั่งเมื่อร่างกายพบกับแสงสว่าง เป็นกลไกพื้นฐานในการควบคุมสมดุลของการนอนหลับและการตื่นของมนุษย์ เราทราบว่าเมื่อร่างกายมีระดับฮอร์โมนเมลาโทนินสูงขึ้น มนุษย์ก็จะเข้าสู่การนอนหลับได้ดี รวมถึงช่วยปรับนาฬิกาของร่างกายให้เข้าสู่สมดุลได้เร็วมากขึ้นอีกด้วย เราจึงนำเมลาโทนินมาผลิตเป็นยาเพื่อรักษาภาวะเมาเวลา โดยจะแนะนำให้ผู้เดินทาง เริ่มรับประทานยาเมลาโทนินก่อนเวลาเข้านอนเมื่ออยู่ที่เขตเวลาใหม่ ขนาดยาที่แนะนำคืออยู่ในช่วง 0.5 มิลลิกรัม จนถึง 5 มิลลิกรัม ปัจจุบันมีทั้งรูปแบบเม็ดและรูปแบบยาลูกอม ยาชนิดนี้ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคลมชัก และผู้ป่วยที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือด
- 2) ยาตัวอื่น ๆ เช่น รามเมลทีออน (Ramelteon) อโกเมลาทีน (Agomelatine) และยาช่วยนอนหลับ เช่นยาโซพิเดียม (Zolpidem)

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

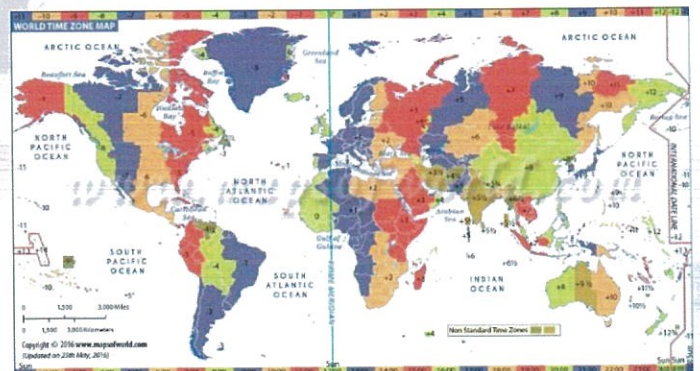
1) ขณะเดินทาง

- นอนพักผ่อนบนเครื่องบินขณะที่เดินทาง ให้พยายามเข้านอนตามเวลาที่ควรจะเป็นของประเทศปลายทาง และพยายามอย่าอดนอน
- ใช้ที่ปิดตา หรือที่อุดหู เพื่อลดสิ่งกระตุ้นภายนอก
- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่ควรมีแอลกอฮอล์พร้อมกับรับประทานยาช่วยนอนหลับ
- ดื่มน้ำสม่ำเสมอ อย่าให้ร่างกายขาดน้ำ

2) เมื่อถึงเขตเวลาใหม่

- จัดตารางเพื่อให้ร่างกายได้เจอแสงแดด อย่างน้อย 3 ชั่วโมง ในช่วงเช้า หรือนานเท่าที่เป็นไปได้เพื่อให้ร่างกายปรับตัวได้ดีขึ้น
- ให้พยายามเข้านอนตามเวลาที่ควรจะเป็นของประเทศปลายทาง
- ไม่ควรทำกิจกรรมมาก ๆ ในวันแรกที่เดินทางไปถึงจุดหมาย
- รับประทานอาหารเช้าโบไฮเดรต (แป้ง น้ำตาล) ในช่วงเย็นเพื่อเพิ่มการหลั่งฮอร์โมน เพื่อช่วยส่งเสริมให้นอนหลับในช่วงกลางคืน และรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงในช่วงเวลาเช้าวางวัน เพื่อให้ร่างกายได้ตื่นตัวในช่วงเวลากลางวัน

หวังว่าในอนาคต หากท่านมีปัญหาเรื่องภาวะเมาเวลาจากการเดินทาง จะได้มีวิธีปรับความสมดุลของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติได้ดีขึ้น และลดปัญหาจากภาวะเมาเวลาให้ลดน้อยลงได้



เอกสารอ้างอิง

1. Jetlag. CDC yellow book 2020. 2. Shift work, Shift-work disorder, and Jet lag. Principles and practice of Sleep Medicine, 6th Edition 3. Melatonin for the prevention and treatment of Jetlag (review) The Cochrane collaboration



คณะกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์
การเดินทางและท่องเที่ยวไทย ปี ๒๕๖๒

นายกสมาคมฯ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรเทพ จันทวานิช

อุปนายกสมาคมฯ

นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์

ฝ่ายวิชาการ

นายแพทย์วินัย วุฒิวิโรจน์

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร

นายแพทย์อานนท์ วรียังยง

นาวาเอกนายแพทย์ธนวัฒน์ ชัยกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงฉัตรพร กิตติตระกูล

แพทย์หญิงธนาวัต ตันติทวีวัฒน์

ฝ่ายสารนิเทศและเทคโนโลยีฯ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรรณ หัตถดิลงษ์

นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์

นันทนาการ

นายศุภกฤษ์ สุรางกูร

ปฏิคม

นางสุติพร แก้วรัตนคำ

ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชญาสินธุ์ มั่นสงวน

เหรียญกฐิ

นายแพทย์ชัยพร ใจจนวัฒน์ศิริเวช

เลขาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑรพงศ์ ปิยะภาณี

คณะทำงานจัดประชุมวิชาการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วศิน แมตลี

คณะทำงานด้านประชาสัมพันธ์

แพทย์หญิงลักภากร ฉัตรพัฒน์



TRA-MED NEWS

วัตถุประสงค์

- ส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับงานเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว
- เพิ่มพูนทักษะ และเจตคติอันดีแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว
- เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว
- ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิก
- เป็นศูนย์กลางติดต่อประสานงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรรณ หัตถดิลงษ์

สำนักงาน

ภาควิชาภูมิเวชศาสตร์เขตร้อน

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

420/6 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400.

โทรศัพท์: 02 354 9100-04, 02 306 9100-19 ต่อ 9116.

ต่อจากหน้า 3

(สุนัขและแมว) การมีจอมปลวกอยู่ใกล้บริเวณที่พักอาศัย และการไม่ใช้ยาป้องกันแมลง^(10,11) โดยยุงกัดและจอมปลวกเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยและวางไข่ที่เหมาะสมสำหรับบรินฝอยทราย นอกจากนี้ การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารเสพติดที่ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และ CD4 ต่ำกว่า 500 cells/mm³ ยังมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคไลชมาเนียในผู้ติดเชื้อ HIV ด้วย⁽¹¹⁾

สาเหตุที่ทำให้โรคไลชมาเนียกลายเป็นโรคประจำถิ่นในไทย

การระบาดของโรคติดเชื้อต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ มนุษย์ เชื้อโรค และสภาพแวดล้อม ในบริบทของประเทศไทย คนไทยได้รับเชื้อ *Leishmania* มาจากแหล่งระบาดในต่างประเทศโดยการเดินทาง ไม่ว่าจะเป็นการไปท่องเที่ยว หรือการทำงาน เมื่อกลับมาประเทศไทย บางรายอาจติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการหรืออาการน้อย จึงไม่ได้ไปตรวจ หรือเมื่อติดเชื้อและแสดงอาการแล้วก็ไปตรวจ แต่ในช่วงแรกโรคไลชมาเนียไม่ใช่โรคประจำถิ่นในไทย จึงทำให้แพทย์ให้การวินิจฉัยล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่ถูกต้องและกลับเข้าสู่ชุมชนโดยที่ยังมีเชื้ออยู่ในด้านสภาพแวดล้อม พบว่ามีบรินฝอยทรายซึ่งอาศัยอยู่ตามพื้นที่ชนบทและพื้นที่ป่าของประเทศไทย นอกจากนี้ ในการศึกษาที่ผ่านมาเคยตรวจพบแอนติเจนของ *Leishmania* ในสุนัข แมว หนูและสัตว์ปีก ซึ่งล้วนแต่เป็นสัตว์ที่อาศัยในละแวกบ้านคนและอาจส่งต่อโรคให้คนได้⁽¹⁰⁾ ประกอบกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ที่มีการระบาด ซึ่งมักจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกบรินฝอยทรายกัด เช่น อาศัยในบ้านยกใต้ถุนและการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น^(10,11) จึงทำให้สามเหลี่ยมระบาดวิทยาครบวงจรและเชื้อ *Leishmania* สามารถระบาดในประเทศไทยได้อย่างสมบูรณ์

บทเรียนจากโรคไลชมาเนีย: จากโรคต่างถิ่นสู่โรคประจำถิ่น

ประเทศไทยยังไม่มีแนวทางป้องกันและควบคุมโรคไลชมาเนียที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามเนื่องจากโรคไลชมาเนียถูกจัดให้เป็นโรคประจำถิ่นในประเทศไทยแล้ว ดังนั้น แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไลชมาเนียจึงควรถูกพัฒนาควบคู่ไปกับคำแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและการรักษา

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรค

ควรเน้นไปที่การลดโอกาสการสัมผัสกับบรินฝอยทราย เช่น

- 1) การให้คำแนะนำประชาชนในแหล่งระบาด ถึงการป้องกันตนเองจากการถูกบรินฝอยทรายกัดในช่วงปลายฤดูร้อนถึงต้นฤดูฝน
- 2) การป้องกันสัตว์เลี้ยงจากการถูกบรินฝอยทรายกัด
- 3) การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของบรินฝอยทราย และการลดจำนวนบรินฝอยทรายในชุมชน เช่นยากันแมลงที่มีองค์ประกอบของ IR3535, picaridin และน้ำมันยูคาลิปตัส ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการไลบรินฝอยทรายได้ดีมากกว่าการใช้ DEET เพียงอย่างเดียว⁽¹³⁾
- 4) การนอนในมุ้งที่พ่นด้วย permethrin หรือนอนในห้องนอนที่ปิดมิดชิด
- 5) การสวมเสื้อผ้าที่ปกคลุมร่างกายมิดชิด เมื่อต้องออกไปนอกบ้านในเวลาโพล้เพล้ และพลบค่ำสามารถลดโอกาสในการถูกบรินฝอยทรายกัดได้เป็นอย่างดี

แพทย์ที่คลินิกท่องเที่ยวควรให้คำแนะนำแก่ผู้เดินทางเข้าไปยังแหล่งระบาด และมีกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการถูกบรินฝอยทรายกัด เช่น กิจกรรมกลางแจ้ง ถึงวิธีการป้องกันตนเองจากการถูกบรินฝอยทรายกัด เช่น การใช้ยากันแมลง การใช้มุ้งเวลานอนหรือนอนในห้องที่ปิดมิดชิด และการแต่งกายที่มิดชิด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Malekpour M, Esfandbod M. Cutaneous leishmaniasis. N Engl J Med. 2010;362(6):e15. 2. Calvopina M, Armijos RX, Marco JD, et al. Leishmania isoenzyme polymorphisms in Ecuador: Relationships with geographic distribution and clinical presentation. BMC Infect Dis. 2006;6(1):1-9. 3. Pace D. Leishmaniasis. J Infect. 2014; 69:S10-S18. 4. Zijlstra EE, Musa AM, Khali EAG, El Hassan IM, El-Hassan AM. Post-kala-azar dermal leishmaniasis. Lancet Infect Dis. 2003;3(2):87-96. 5. Ruiz-Postigo JA, Jain S, Mikhailov A, Maia-Elkhoury AN, Valadas S, Warusavithana S, et al. Global leishmaniasis surveillance: 2019-2020, a baseline for the 2030 roadmap. Wkly Epidemiol Rec. 2021;96(35):401-20. 6. Mansueti P, Seidita A, Vitale G, Cascio A. Leishmaniasis in travelers: a literature review. Travel Med Infect Dis. 2014;12(6):563-81. 7. Vriyavejskul P, Viravan C, Riganf M, Purnpoowong B. Imported cutaneous leishmaniasis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1997;28:558-62. Leelayoova S, Siripattanaspong S, Manomaj J, Piyaraj P, Tan-Ariya P, Bualert L, et al. Leishmaniasis in Thailand: a review of causative agents and situations. Am J Trop Med Hyg. 2017;96(3):534-42. 9. Sarasombath PT. Leishmaniasis: an evolving public health concern in Thailand. Siriraj Medical Journal. 2018;70(4):363-76. 10. Srivongpan P, Nedsuwan S, Manomaj J, Charoensakulchai S, Lacharjana K, Sankwan J, et al. Prevalence and associated risk factors of Leishmania infection among immunocompetent hosts, a community-based study in Chiang Rai, Thailand. PLoS Negl Trop Dis. 2021;15(7):e0009545. 11. Charoensakulchai S, Bualert L, Manomaj J, Mungthin M, Leelayoova S, Tan-Ariya P, et al. Risk factors of Leishmania infection among hiv-infected patients in trang province, southern Thailand: A study on three prevalent species. Am J Trop Med Hyg. 2020;103(4):1502. 12. World Health Organization Global leishmaniasis update, 2006-2015: a turning point in leishmaniasis surveillance-le point sur la situation mondiale de la leishmaniose, 2006-2015: un tournant dans la surveillance de la maladie. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92:557-565. 13. Diaz JH. Chemical and plant-based insect repellents: efficacy, safety, and toxicity. Wilderness Environ Med. 2016;27(1):153-163.