TRA-MED NEWS

จัดทำโดย : สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวไทย
THAI SOCIETY OF TRAVEL MEDICINE

V15 N1
Jan-Apr
2023

โรคฝีดาษวานร
Monkeypox

พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

โรคฝีดาษวานร (Monkeypox) เป็นโรคติดเชื้อที่กำลังเป็นปัญหาทั่วโลก ภายในระยะเวลาเพียง 3 เดือนหลังการระบาด โรคนี้ได้แพร่กระจาย จนก่อให้เกิดการระบาดไปทุกทวีปทั่วโลก และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานร เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ.2565[1] นอกจากนี้ยังพบว่าโรคนี้สามารถก่อให้เกิดภาวะทุพลภาพ และเสียชีวิตได้

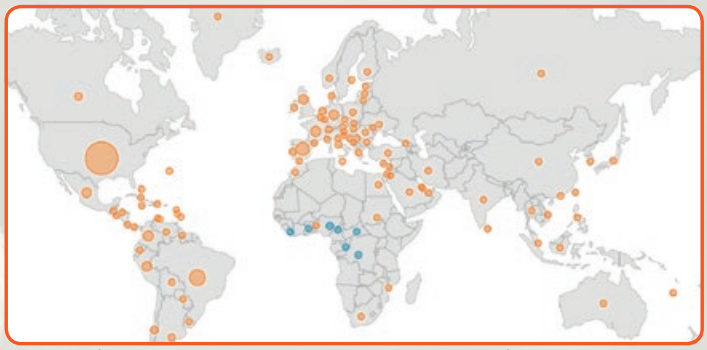
ระบาดวิทยา

โรคฝีดาษวานร ไม่ใช่โรคใหม่ แต่เป็นโรคเก่าที่ถูกค้นพบเป็นครั้งแรกในลิงเมื่อปี พ.ศ.2501 ที่ประเทศเดนมาร์ก และพบในคนเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.2513 โดยพบโรคนี้ในแอฟริกากลาง และแอฟริกาตะวันตก พบมากที่สุดที่ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก[2,3]

ถึงแม้จะพบการเกิดโรคนี้อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ดังกล่าว แต่ก็ไม่มีการระบาดของโรคนี้ออกนอกพื้นที่แถบแอฟริกาแต่อย่างใด จนกระทั่งปี พ.ศ. 2546 จึงพบโรคนี้ในแถบซีกโลกตะวันตกเป็นครั้งแรก หลังจากนั้น ก็ไม่พบโรคนี้นอกทวีปแอฟริกาอีกเลยจวบจนกระทั่งเกิดการระบาดใหญ่ในปีพ.ศ 2565[2,3]

การระบาดในปีนี้ เริ่มต้นเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยชาวอังกฤษ โดยมีประวัติเดินทางมาจากประเทศไนจีเรีย ทวีปแอฟริกา ช่วงปลายเดือนเมษายน[4] หลังจากนั้นก็เริ่มพบผู้ป่วยในประเทศเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีประวัติเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงแต่อย่างใด[5]

จากข้อมูลจนถึงวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2566 โรคฝีดาษวานรได้ระบาดไปทุกทวีปทั่วโลก ครอบคลุมกว่า 110 ประเทศ (รูป 1) มีรายงานพบผู้ป่วยสูงถึง 84,075 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่อาศัยนอกแหล่งต้นตอโรค 82,884 ราย อาศัยในพื้นที่แหล่งต้นตอโรค 1,191 ราย ประเทศที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา บราซิล และสเปน ตามลำดับ[6]



รูป 1 แผนที่แสดงการระบาดของโรคฝีดาษวานร (ข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.2566)[6]
สีฟ้าแสดงประเทศที่เป็นแหล่งรังโรค สีส้มแสดงประเทศนอกแหล่งรังโรค

สำหรับทวีปเอเชีย พบผู้ป่วยใน 13 ประเทศ ได้แก่ อินเดีย (20 ราย) สิงคโปร์ (19 ราย) ไทย (12 ราย) ญี่ปุ่น (8 ราย) ไต้หวัน (4 ราย) เกาหลีใต้ (4 ราย) ฟิลิปปินส์ (4 ราย) รัสเซีย (2 ราย) ศรีลังกา (2 ราย) เวียดนาม (2 ราย) จีน (1 ราย) ฮ่องกง (1 ราย) อินโดนีเซีย (1 ราย) สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย โดยรายล่าสุดพบเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2565[6]

สาเหตุของโรคและการติดต่อ

โรคฝีดาษวานรเกิดจากเชื้อไวรัส monkeypox ซึ่งอยู่ในตระกูลเดียวกับโรคฝีดาษในคน smallpox สามารถติดต่อได้ 2 ทางหลัก คือ

1. **จากสัตว์สู่คน** โดยถูกสัตว์ที่เป็นโรคกัด ข่วน หรือผ่านทางสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของสัตว์ที่ป่วยเป็นโรค **สัตว์ที่นำโรค** ได้แก่ สัตว์ฟันแทะ เช่น กระรอกและหนู และสัตว์จำพวกลิง
2. **จากคนสู่คน** โดยสูดดมละอองของสารคัดหลั่งของผู้ป่วยเข้าสู่ทางเดินหายใจ หรือโดยสัมผัสเชื้อจากผู้ป่วยเข้าบาดแผล หรือเยื่อบุต่างๆ

ต่อหน้า 5

โรคลีเจียนแนร์
Legionellosis

ดร. นพ. วินัย วุตติวิโรจน์
สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

เกือบ 20 ปีที่แล้ว มีสามีภรรยาชาวเบลเยี่ยมคู่หนึ่ง ได้ป่วยเป็นโรคลิเจียนแนร์ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ประเทศเบลเยี่ยม และได้ให้ประวัติว่า เพิ่งกลับมาจากการเที่ยวที่เมืองไทย หน่วยงานสาธารณสุขเบลเยี่ยมจึงได้แจ้งมาที่เมืองไทยว่า มีผู้ป่วย 2 ราย น่าจะติดเชื้อโรคลิเจียนแนร์จากประเทศไทย ขณะนั้น ประเทศไทยปฏิเสธว่าคงเป็นไปไม่ได้ เพราะระยะฟักตัวเร็วเกินไป อีกประการหนึ่ง ก่อนมาเมืองไทย ผู้ป่วยทั้งสองได้แวะฮ่องกงอยู่หลายวัน ดังนั้นคงต้องติดเชื้อโรคนี้จากฮ่องกง

แต่เนื่องจากสหภาพยุโรปมีการจัดตั้งคณะทำงานเกี่ยวกับโรคลิเจียนแนร์ (European Working Group for Legionella Infections - EWGLI) เพื่อคอยเฝ้าระวังติดตามการเกิดโรคลิเจียนแนร์ ในประเทศต่างๆ ทั่วยุโรป ซึ่งพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2538-2548 มีการรายงานการเกิดโรคนี้จากทั่วโลกกว่า 600 ครั้ง มีผู้ป่วยมากถึง 32,000 ราย ข้อมูลที่เหมือนกันอย่างหนึ่งคือ **ผู้ป่วยส่วนใหญ่เพิ่งกลับจากเที่ยวที่เมืองไทย**

ลักษณะโรค

โรคลีเจียนแนร์ (Legionellosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ Legionella pneumophila เป็นเชื้อแบ่งตัวในเซลล์ (intracellular organism) ลักษณะโรคมี 2 แบบ คือ ชนิดรุนแรง ทำให้เกิดปอดอักเสบเรียก โรคลีเจียนแนร์ (Legionnaires' disease) และชนิดไม่รุนแรงเรียกโรคไข้ปอนเตียก (Pontiac fever)

สาเหตุ

เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Legionella ที่ตรวจพบแล้วประมาณ 43 species 65 serogroups ที่ก่อให้เกิดโรคในคนบ่อยที่สุด คือ Legionella pneumophila ซึ่งตรวจพบแล้ว 18 serogroups เชื้อ Legionella sp พบได้ทั่วไปในแหล่งน้ำที่มีอุณหภูมิ 32-45 °C สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานหลายเดือนในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นสูง และแบ่งตัวในที่ที่มีสาหร่ายและอินทรีย์วัตถุ

วิธีการติดต่อ

โดยการสูดหายใจเอาเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในละอองฝอยของน้ำ เช่น น้ำจากส่วนระบายความร้อนของระบบปรับอากาศ (cooling towers) จากฝักบัวอาบน้ำ อ่างน้ำวน เครื่องมือช่วยหายใจ น้ำพุสำหรับตกแต่งอาคารสถานที่ต่างๆ

ส่วนการแพร่เชื้อจากคนไปสู่คนยังไม่มีปรากฏ

ระยะฟักตัว

โรคลีเจียนแนร์ส่วนใหญ่จะปรากฏอาการภายใน 5-6 วันหลังได้รับเชื้อ แต่อาจอยู่ในช่วง 2-10 วัน

โรคไข้ปอนเตียกมักจะมีอาการภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังได้รับเชื้อ แต่อาจอยู่ในช่วง 5-66 ชั่วโมง

ระยะติดต่อ

ยังไม่พบการแพร่เชื้อระหว่างคนสู่คน ดังนั้น คนจึงไม่เป็นพาหะของโรค มีการตรวจเลือดของผู้ป่วยภายหลังป่วยมาหลายปี ยังคงพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ Legionella ซึ่งบ่งชี้ว่าเคยป่วยมาแล้ว

อาการและอาการแสดง

มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (flu-like illness) เริ่มด้วย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ตามด้วยมีไข้สูง (39-40 °C) หนาวสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน อาจมีอุจจาระร่วง ไอแห้งๆ
ในกรณีที่เป็นไข้ปอนเตียกมักจะหายภายใน 2-5 วัน แม้จะไม่ได้รับการรักษา ส่วนโรคลีเจียนแนร์มักจะมีปอดอักเสบ และลามไปที่ปอดทั้งสองข้าง ทำให้การหายใจล้มเหลว มีอัตราตายสูง

การวินิจฉัยแยกโรค

ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้ออื่นๆ โดยต้องตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ โดยการเพาะแยกเชื้อจากเสมหะ น้ำจากโพรงเยื่อหุ้มปอด หลอดลม หลอดคอ หรือ ตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้ในเลือด การเพาะแยกเชื้อเป็นการตรวจที่สำคัญ และถือเป็น gold standard

ต่อหน้า 4

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากรับประทานซีซาร์สลัด

Eosinophilic Meningitis *(Angiostrongylus cantonensis)*

อาจารย์นพ.อานนท์ วรยิ่งยง
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อปีพ.ศ. 2543 มีนักศึกษาแพทย์ 2 รายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยเรื่องปวดศีรษะ ปวดคอ และมีความรู้สึกทางผิวหนังผิดปกติ (paresthesia) เป็นเวลา 10 วัน จากการตรวจน้ำไขสันหลังของผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ พบว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบโดยคนแรกพบมี eosinophils ในน้ำไขสันหลังสูงถึง 36%

จากการซักประวัติเพิ่มเติมและเก็บข้อมูลแบบ retrospective cohort study พบว่า นักศึกษาแพทย์ทั้ง 2 รายนี้ อยู่ในกลุ่มของผู้เดินทางจำนวน 23 คนที่เดินทางไปเที่ยวที่ประเทศจาไมการะหว่างวันที่ 2-9 เมษายน ปีเดียวกัน ขณะที่พบผู้ป่วย 2 รายนี้ ผู้วิจัยและสอบสวนโรค ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เดินทางอีก 21 รายว่า หากมีอาการ ปวดศีรษะ ปวดคอ และมีความรู้สึกทางผิวหนังผิดปกติ ให้รีบกลับมาพบแพทย์

หลังจากนั้นประมาณ 10 วัน ผู้ที่เดินทางไปเที่ยวด้วยกันในกลุ่มนี้อีก 7 รายก็ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งเดียวกันด้วยอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบเช่นกัน

ผู้วิจัยและสอบสวนโรค ได้กำหนดนิยามผู้ป่วยในการสอบสวนโรคครั้งนี้ ดังนี้

1) **ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ** ภายในช่วงเวลา 35 วัน หลังกลับจากเที่ยวที่ประเทศจาไมกา ร่วมกับ
   a. การมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ การมองเห็นที่ผิดปกติ กลัวแสง คอแข็ง (nuchal rigidity) ปวดคอ ความรู้สึกทางผิวหนังผิดปกติ (paresthesia) หรือ อาการรู้สึกมากกว่าปกติ (hyperesthesia)
2) **ตรวจน้ำไขสันหลังพบเม็ดเลือดขาว** eosinophils อย่างน้อย 10% ของเม็ดเลือดขาวทั้งหมดที่พบในน้ำไขสันหลัง หรือพบเม็ดเลือดขาวชนิด eosinophil ในเลือดอย่างน้อย 600 ตัวต่อ ลูกบาศก์มิลลิเมตร

จึงจะถือว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบชนิด eosinophilic (eosinophilic meningitis)

ทั้งนี้ ยังมีการตรวจทางน้ำเหลืองวิทยา (serologic analysis) เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่เจาะจงโดยใช้วิธีตรวจหาภูมิต้านทานต่อเชื้อ Angiostrongylns cantonensis ในผู้ป่วย 2 ช่วงเวลา คือ **ช่วงป่วย** (acute phase) หรือภายใน 1 สัปดาห์ หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ**ช่วงหลังป่วย** (convalescence phase) หรือ 1 เดือน หลังจากช่วงป่วย

นอกจากนี้ ยังได้ใช้แบบสัมภาษณ์ถามอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ Angiostrongylus cantonensis ใน 3 ช่วงเวลาคือ *ช่วงที่อยู่ในเมืองชิคาโก ช่วงเดินทางไปและกลับ (บนเครื่องบิน) และช่วงที่อยู่ที่ประเทศจาไมกา* จากนั้นผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ผู้เดินทางรับประทานในร้านอาหาร แหล่งที่มาของอาหารที่รับประทาน กรรมวิธีการปรุงอาหาร การขนส่งอาหาร ร้านอาหารที่น่าสงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อมากที่สุด โดยเฉพาะผู้รับประทานอาหารในวันที่ 8 เมษายน หรือผู้รับประทานซีซาร์สลัดในช่วงวันที่ 6-10 เมษายน

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ที่ได้การวินิจฉัยเข้าได้กับ eosinophilic meningitis มี 12 คน จากผู้เดินทางทั้งหมด 23 คน ซึ่งคิดเป็น 52% ในจำนวน 12 คน มี 9 คนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาเริ่มแสดงอาการโดยเฉลี่ย 11 วัน (ตั้งแต่ 6-31 วัน)

ผู้ป่วยทั้ง 12 คน มีอาการปวดศีรษะเป็นหลัก ส่วนอาการอื่นที่พบร่วมด้วยมากสุดได้แก่ การมองเห็นผิดปกติ, อาการกลัวแสง(photophobia), ปวดคอ หรือมีคอแข็ง (nuchal rigidity) และมีอาการอ่อนเพลีย (fatigue) และ 9 ใน 12 คนมีอาการ hyperesthesia หรือ paresthesia ที่ลำตัว แขนหรือขา

ผู้ป่วย 5 คนให้ประวัติว่า มีไข้ แต่จากการวัดอุณหภูมิร่างกาย พบมีเพียง 2 คนที่อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.8 °C ผู้ป่วยทั้ง 9 รายนี้ ได้รับการตรวจน้ำไขสันหลัง พบว่า ทั้ง 9 รายมีเม็ดเลือดขาว eosinophil สูงในเลือด แต่มี 5 ใน 9 รายที่ผลการกรวดน้ำไขสันหลัง พบมีเม็ดเลือดขาว eosinophil สูง

ผู้ป่วย 9 รายนี้ มี 8 รายเท่านั้น ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และรับการวินิจฉัยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบชนิด eosinophil meningitis

ต่อหน้า 4

โรคลีเจียนแนร์
Legionellosis

ดร. นพ. วินัย วุตติวิโรจน์
สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

ต่อจากหน้า 2

ระบาดวิทยา

มีบันทึกการพบผู้ป่วยรายแรกใน พ.ศ. 2490 และการระบาดครั้งแรกใน พ.ศ. 2500 ที่รัฐมินนิโซตา มีการระบาดครั้งใหญ่ของโรคปอดอักเสบในหมู่ผู้ร่วมประชุมสมาคม American Legion Convention ที่เมืองฟิลาเดลเฟีย ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2519 พบผู้ป่วย 182 ราย เสียชีวิต 29 ราย อีก 6 เดือนต่อมา McDade JE และคณะ จึงได้พบเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุจากปอดของผู้เสียชีวิต จึงเป็นที่มาของชื่อเชื้อโรคนี้ Legionella pneumophila

โรคลีเจียนแนร์เป็นโรคที่ต่างประเทศให้ความสนใจ เนื่องจากมีอัตราป่วยตายสูงโดยเฉพาะประเทศในแถบยุโรป มีระบบการเฝ้าระวัง และมีคณะทำงานติดตามสำหรับโรคนี้โดยเฉพาะเรียกว่า European working group for Legionella infections (EWGLI) อัตราป่วยของโรคนี้โดยเฉลี่ยในยุโรปเท่ากับ 4.45/ล้านประชากร (ปี 2539)

สำหรับประเทศไทยยังพบผู้ป่วยโรคนี้น้อย มีรายงานผู้ป่วย 5 ราย รายแรกเป็นหญิงไทยอายุ 19 ปี รายงานโดยศรีไสว และคณะใน พ.ศ. 2527 ในปีเดียวกัน ตันไพจิตรและคณะได้รายงานพบผู้ป่วยอีก 3 ราย พ.ศ. 2529 ชุณหสวัสดิกุลและคณะ รายงานผู้ป่วย 1 รายเป็นชายจีนอายุ 78 ปี และในปี 2532 ชูโชติถาวรและคณะรายงานผู้ป่วยอีก 1 ราย เป็นหญิงจีนอายุ 39 ปี นอกจากนี้ ยังได้รับแจ้งเกี่ยวกับนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ป่วยเป็นโรคลีเจียนแนร์ หลังกลับจากเดินทางท่องเที่ยวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ต่อเนื่องจนถึง พ.ศ. 2542 จำนวน 12 ราย

โรคนี้มักพบในวัยกลางคน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ มะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ที่สูบบุหรี่จัด

เอกสารอ้างอิง

1. http://www.boe.moph.go.th/fact/Legionaires.htm

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากรับประทานซีซาร์สลัด
Eosinophilic Meningitis *(Angiostrongylus cantonensis)*

อาจารย์นพ.อานนท์ วรยิ่งยง
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต่อจากหน้า 3

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า การรับประทานอาหารในคืนก่อนเดินทางกลับจากประเทศจาไมกา ที่ร้านอาหารร้านหนึ่ง มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ โดยพบว่าผู้ป่วยทั้ง 12 คนนี้ ต่างรับประทานอาหารที่ร้านแห่งนี้ทุกคน โดยผู้ป่วยทั้ง 12 คน ต่างรับประทานอาหารที่เหมือนกันอย่างหนึ่งคือ ซีซาร์สลัด ซึ่งเป็นอาหารอย่างเดียวที่ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์มากสุดกับการเจ็บป่วยนี้ และไม่มีผู้เจ็บป่วยและผู้เดินทางคนใดที่มีประวัติรับประทานหอยทาก ทาก หรือปลา หรือหอยที่ปรุงไม่สุกในช่วงเวลาเดินทางดังกล่าว

จากการสอบสวนโรคภายหลัง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ Angiostrongylus cantonensis ในการผลิตซีซาร์สลัดดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า การติดเชื้อครั้งนี้มาจากแหล่งใด แต่อย่างไรก็ตาม อาหารที่น่าจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อมากที่สุด น่าจะมาจากอาหารซีซาร์สลัด

ดังนั้น **จึงเป็นเรื่องที่ผู้เดินทางต้องคำนึงถึงเสมอว่า** การดื่มหรือรับประทานอาหารในระหว่างการเดินทาง ควรเป็นอาหารที่ปรุงสุก และไม่อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ เช่นพวกผักสดหรือสลัด ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการของโรคอื่นที่ร้ายแรงได้ ยิ่งกว่าอาการท้องร่วงในระหว่างการเดินทาง

เอกสารอ้างอิง

1. Slom TJ, Cortese MM, Gerber SI, Jones RC, Holtz TH, Lopez AS, et al. An Outbreak of eosinophilic meningitis caused by Angiostrongylus cantonensis in travelers returning from the Caribbean. N Engl J Med. 2002;346(9):668-75.

โรคฝีดาษวานร
Monkeypox

พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ต่อจากหน้า 1

การระบาดใหญ่ครั้งนี้ มากกว่าร้อยละ 90 ติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักร่วมเพศ[7, 8] โดยระยะเวลาการแพร่เชื้อ คือ ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อตั้งแต่เริ่มมีผื่นขึ้น จนกระทั่งผื่นตกสะเก็ด[9]

ลักษณะอาการโรค

เชื้อไวรัสโรคฝีดาษวานร อยู่ในตระกูลเดียวกับเชื้อไวรัสฝีดาษคน ดังนั้นลักษณะอาการของโรคนี้จึงคล้ายคลึงกับโรคฝีดาษคนเป็นอย่างมาก โดยมีลักษณะอาการ ดังนี้

1) **อาการนำ** ช่วง 2 วันแรก จะมีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หลังจากนั้น ตามมาด้วยอาการทางผิวหนัง

2) **อาการทางผิวหนัง** จะมีลักษณะเฉพาะคือ (รูป 2)

ลักษณะผื่น เริ่มต้นเป็นจุดแดง จากนั้นเปลี่ยนแปลงเป็นตุ่มนูนตุ่มใส แล้วเป็นตุ่มหนอง ตามลำดับ ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผ่านไป 2-4 สัปดาห์ ตุ่มหนองก็จะเริ่มตกสะเก็ดและหลุดลอกไปในที่สุด ระยะทั้งหมดของผื่นนาน 3-4 สัปดาห์

ลักษณะเฉพาะ คือ แต่ละระยะของผื่นจะเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กัน ทำให้ผื่นของโรคฝีดาษวานรอยู่ในระยะเดียวกันทั้งหมดทั่วร่างกาย ซึ่งแตกต่างจากโรคสุกใสที่ผื่นจะมีการเปลี่ยนแปลงไม่พร้อมกัน ทำให้พบผื่นหลายรูปแบบทั่วร่างกายในเวลาเดียวกัน

การกระจายของผื่น โดยทั่วไปผื่นของโรคฝีดาษวานร จะหนาแน่นที่บริเวณใบหน้า และแขนขา แต่ในช่วงการระบาดใหญ่ครั้งนี้ ส่วนใหญ่ติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์เป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผื่นหนาแน่นแถบบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก บางรายอาจไม่ลามมาที่ลำตัวก็ได้ นอกจากนี้ ผื่นที่อวัยวะเพศและทวารหนัก อาจทำให้ถ่ายอุจจาระปนเลือด ปนหนอง เจ็บบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก นอกจากนี้ ยังสามารถพบบริเวณเยื่อบุอื่นๆ ได้แก่ เยื่อบุตา กระจกตา และโพรงปาก เป็นต้น ในรายที่อาการไม่รุนแรงจะสามารถหายเองได้ภายใน 2-4 สัปดาห์

ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรค

ความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนหนึ่งขึ้นกับสายพันธุ์ที่ก่อโรค ซึ่งแบ่งเป็น 2 สายพันธุ์ ได้แก่

1) **สายพันธุ์แอฟริกากลาง หรือสายพันธุ์ลุ่มแม่น้ำคองโก** เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคฝีดาษวานรในพื้นที่ทวีปแอฟริกา ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้เร็วกว่า และอาการของโรคจะมีความรุนแรงมากกว่า

2) **สายพันธุ์แอฟริกาตะวันตก** เป็นสาเหตุสำคัญของโรคฝีดาษวานรนอกพื้นที่ทวีปแอฟริกา

รูป 2 ลักษณะอาการทางผิวหนังของโรค monkeypox[10]

จากข้อมูลการระบาดในอดีตที่ประเทศคองโก ทวีปแอฟริกา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์แอฟริกากลางเป็นหลัก ทำให้ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีผื่นตุ่มที่ผิวหนังรุนแรง และมีมากกว่า 100 ตุ่ม นอกจากนี้ ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 40 ที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนที่ผิวหนัง ภาวะปอดอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตและทุพพลภาพ ได้แก่ แผลที่กระจกตา ภาวะสมองอักเสบ การหายใจล้มเหลว และการติดเชื้อในกระแสเลือด[11]

ส่วนการระบาดใหญ่ในปีนี้ ซึ่งพบผู้ป่วยนอกพื้นที่ทวีปแอฟริกา ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตกเป็นหลัก[12] ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีอาการผื่นตุ่มที่ผิวหนังน้อยกว่า 20 ตุ่ม[8] แม้จะพบภาวะแทรกซ้อน แต่ก็มีเพียงร้อยละ 13 เพราะสาเหตุการติดเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดตุ่มที่อวัยวะเพศ ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่ คือ อาการเจ็บบริเวณอวัยวะเพศรุนแรงและการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน[7]

สำหรับอัตราการเสียชีวิตจากโรคฝีดาษวานรในการระบาดใหญ่ปีนี้ ถ้าเกิดในพื้นที่ทวีปแอฟริกาจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงคือ ร้อยละ 1.8 แต่ถ้าหากเกิดนอกพื้นที่ทวีปแอฟริกา จะพบอัตราการเสียชีวิตเพียงร้อยละ 0.014[8]

การแยกตัวผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรควรได้รับการแยกตัวกักโรคจนกระทั่งพ้นระยะแพร่เชื้อ หรือ นานจนกระทั่งผื่นตกสะเก็ด และหลุดลอกออกทั้งหมด จนเห็นผิวหนังปกติ กรณีผู้สัมผัสโรคแต่ยังไม่มีอาการ แนะนำให้สังเกตอาการจนครบ 21 วันหลังสัมผัสผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ[13]

ต่อหน้า 6

โรคฝีดาษวานร
Monkeypox

พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ต่อจากหน้า 5

การป้องกันโรค

วัคซีนป้องกันโรคฝีดาษวานร[14, 15]

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคฝีดาษวานรได้โดยตรง แต่เนื่องจากความคล้ายคลึงกันเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคฝีดาษวานรกับโรคฝีดาษคน วัคซีนป้องกันโรคฝีดาษคน จึงมีประสิทธิภาพสามารถป้องกันโรคฝีดาษวานรได้ถึงร้อยละ 80-85[2]

จากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันยังไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคฝีดาษวานรโดยทั่วไปในวงกว้าง แต่แนะนำให้ฉีดวัคซีน เฉพาะในกรณีหลังสัมผัสผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ วัคซีนจะสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ ต้องฉีดภายใน 4 วันหลังสัมผัสโรค ในกรณีผู้สัมผัสโรคเคยได้รับวัคซีนมาก่อน แต่นานเกิน 3 ปี จำเป็นต้องได้รับวัคซีนซ้ำ

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

เนื่องจากการติดต่อของโรคฝีดาษวานรนั้น ผ่านทางการสัมผัสเป็นหลัก ดังนั้น วิธีการการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้[16]

1) หลีกเลี่ยงการสัมผัสผื่นตุ่มของผู้ป่วย หรือผู้ที่สงสัยโรคฝีดาษวานร
2) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือผู้ที่สงสัยป่วยเป็นโรคฝีดาษวานร เช่น การกอด จุมพิต และการมีเพศสัมพันธ์
3) หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของเครื่องใช้ร่วมกันกับผู้ป่วย หรือผู้ที่สงสัยป่วยเป็นโรคฝีดาษวานร
4) หลีกเลี่ยงการสัมผัสที่นอน และเสื้อผ้าของผู้ป่วย หรือผู้ที่สงสัยป่วยเป็นโรคฝีดาษวานร
5) ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนสัมผัสใบหน้าของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังใช้ห้องน้ำสาธารณะ
6) หากท่านมีอาการคล้ายโรคฝีดาษวานร ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่น และเข้าพบแพทย์ทันที

ถึงแม้ว่าโรคฝีดาษวานรจากการระบาดครั้งนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ แต่ก็สามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ นอกจากนี้ ปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษา และวัคซีนป้องกันโรคก็ยังไม่จำเพาะเจาะจงกับโรคฝีดาษวานร ดังนั้น ทุกคนจึงควรระมัดระวังป้องกันตัวไม่ให้ติดเชื้อได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Second meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR) Emergency Committee regarding the multi-country outbreak of monkeypox Available at https://www.who.int/news/item/23-07-2022-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox. Accessed [2022 Aug 14]. 2. Johnston SH, Rimoin WA. Monkeypox and Other Poxviruses. In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan S, et al.. (2009). Feigin & Cherry's textbook of pediatric infectious diseases. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier. p. 1489 – 96. 3. World Health Organization. Monkeypox. Available at https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox Accessed [2022 Aug 14]. 4. World Health Organization. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Available at https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON381 Accessed [2022 Aug 14]. 5. World Health Organization. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. Available at https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385 Accessed [2022 Aug 14]. 6. Centers for disease control and prevention. Monkeypox: Global map & case count. Available at https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html Accessed [2022 Aug 14]. 7. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, Palich R, Nori A, Reeves I, Habibi MS, Apea V, Boesecke C, Vandekerckhove L, Yakubovsky M, Sendagorta E, Blanco JL, Florence E, Moschese D, Maltez FM, Goorhuis A, Pourcher V, Migaud P, Noe S, Pintado C, Maggi F, Hansen AE, Hoffmann C, Lezama JI, Mussini C, Cattelan A, Makofane K, Tan D, Nozza S, Nemeth J, Klein MB, Orkin CM; SHARE-net Clinical Group. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022. N Engl J Med. 2022 Jul 21. 8. World Health Organization. 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends. Available at https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/ Accessed [2022 Aug 13]. 9. Centers for disease control and prevention. Monkeypox: Clinical recognition. Available at https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/clinical-recognition.html Accessed [2022 Aug 14]. 10. Rimoin AW, Mulembakani PM, Johnston SC, et al. Major increase in human monkeypox incidence 30 years after smallpox vaccination campaigns cease in the Democratic Republic of Congo. Proc Natl Acad Sci U S A. 2010 Sep 14;107(37):16262-7. 11. Petersen BW, Damona IK. Orthopoxviruses Vaccinia (Smallpox Vaccine), Variola (Smallpox), Monkeypox, and Cowpox. In: Bennett, J. E., Dolin, R., & Blaser, M. J. (2020). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases (Ninth edition.). Philadelphia, PA: Elsevier. p. 1809 – 17. 12. Crystal M. Gigante, Bette Korber, Matthew H, et al. Multiple lineages of Monkeypox virus detected in the United States, 2021- 2022. bioRxiv 2022.06.10.495526 13. แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการป้องกันการติดเชื้อ กรณีโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ฉบับ วันที่ 31 กรกฎาคม 2565. [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20220804025429.pdf 14. Centers for disease control and prevention. Monkeypox: Vaccine guidance. https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/smallpox-vaccine.html Accessed [2022 Aug 14]. 15. World Health Organization. Vaccines and immunization for monkeypox: Interim guidance, 14 June 2022. Available at https://www.who.int/publications/i/item/who-mpx-immunization-2022.1 Accessed [2022 Aug 13]. 16.Centers for disease control and prevention. Monkeypox; protect yourself. Available at https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/prevention/protect-yourself.html Accessed [2022 Aug 14].

คณะกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวไทย ปี ๒๕๖๖

นายกสมาคมฯ
รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรเทพ จันทวานิช

อุปนายก
รองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชรพงศ์ ปิยะภาณี

ประธานฝ่ายวิชาการ
อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง

กรรมการและฝ่ายวิชาการ
ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ ตันฑวิเชียร
แพทย์หญิงปริณดา วัฒนศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงฉัตรพร กิตติตระกูล
นาวาโทแพทย์หญิงธัญญพัทธ์ หิรัญรัศมี
แพทย์หญิงรณิดา เตชะสุวรรณา

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์/Website
อาจารย์แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ พิสุทธิ์ศาล

กรรมการและฝ่ายประชาสัมพันธ์/Website
อาจารย์นายแพทย์วรพจน์ ทรัพย์ศิริสวัสดิ์
นายแพทย์กฤต หมัดแสละ
อาจารย์นายแพทย์อมรพัฐ กิจโร

ปฏิคม
แพทย์หญิงนุจรีนารถ คูหาเกษมสิน

นายทะเบียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวีรวรรณ หัตถสิงห์

สาราณียกร
นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์

นันทนาการ
นายศุภฤกษ์ ศูรางกูร

เหรัญญิก
นายแพทย์ชัยพร โรจนวัฒน์ศิริเวช

เลขาธิการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วศิน แมตสี่

TRA-MED NEWS

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับงานเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว
2. เพิ่มพูนทักษะ และเจตนคติอันดีแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว
4. ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิก
5. เป็นศูนย์กลางติดต่อประสานงาน ตลอดจนแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

คณะทำงานจัดทำจุลสาร
นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วศิน แมตสี่
อาจารย์นายแพทย์อมรพัฐ กิจโร
แพทย์หญิงปริณดา วัฒนศรี

สำนักงาน
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์เขตร้อน
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
420/6 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400.
โทรศัพท์: 02 354 9100-04, 02 306 9100-19 ต่อ 9116.