

TRA-MED NEWS



V16 N2 MAY-AUG

2024

จัดทำโดย : สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวไทย THAI SOCIETY OF TRAVEL MEDICINE



ไขเลือดออกในกลุ่มนักเดินทาง Dengue infection in travelers

นายแพทย์ธนทร สรวิภูณทร
คลินิกเวชศาสตร์ท่องเที่ยว โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วศิน แมตลี
หน่วยวิจัยเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง ภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

ไขเลือดออกเป็นโรคที่ทุกคนน่าจะคุ้นเคย และได้ยินอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่อยู่ในเขตร้อน และเป็นแหล่งระบาดของโรคไขเลือดออก แต่สำหรับนักเดินทางต่างชาติ โดยเฉพาะชาวตะวันตกอาจจะไม่คุ้นเคยนัก ทั้งนี้ ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization:WHO) ได้จัดโรคไขเลือดออกเป็น 1 ใน 20 กลุ่มโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)

ไขเลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Denguevirus) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิดที่อยู่ในวงศ์ Flaviviridae และสกุล Flavivirus ประกอบด้วย 4 serotypes ได้แก่ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) และยุงลายสวน (Aedes albopictus) เป็นพาหะนำโรค

สถานการณ์ของโรคไขเลือดออกในกลุ่มนักเดินทาง

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา เครือข่าย GeoSentinel Surveillance Network ซึ่งเป็นหน่วยงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากการเดินทาง มีเครือข่ายอยู่หลากหลายประเทศทั่วโลก ได้รายงานว่า พบแนวโน้มนักเดินทางที่ป่วยเป็นโรคไขเลือดออกเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต และพบได้ในนักเดินทางเกือบทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นนักเดินทางเพื่อการท่องเที่ยวทำธุรกิจ หรือกลับไปเยี่ยมญาติ

(Visiting Friends and Relatives; VFR) รวมถึงนักเดินทางที่เป็นเด็ก จากการเก็บข้อมูลนักเดินทางที่เจ็บป่วยทั้งหมด พบว่าเป็นโรคไขเลือดออกประมาณ 2%⁽¹⁾

อัตราการเกิดโรคไขเลือดออก (Morbidity rate)

ในแถบบริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้เพิ่มขึ้นจาก 50 ราย ในกลุ่มนักเดินทางที่เจ็บป่วย 1,000 ราย ในปีที่ไม่มีการระบาด (Non-epidemic year) มาเป็น 159 ราย ในกลุ่มนักเดินทางที่เจ็บป่วย 1,000 ราย ในปีที่มีการระบาด (Epidemic year)⁽²⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยปัจจุบัน จากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา โดยกองระบาดวิทยา ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2566 พบผู้ป่วยโรคไขเลือดออกในปี 2566 รวม 73,979 ราย ซึ่งมากกว่าปี 2565 ในช่วงเวลาเดียวกันถึง 3.3 เท่า ทั้งนี้หมายความว่า นักท่องเที่ยวที่เดินทางมาประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวย่อมมีความเสี่ยงที่จะติดโรคไขเลือดออกเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

อาการของไขเลือดออกในกลุ่มนักเดินทาง

อาการของโรคไขเลือดออกในกลุ่มนักเดินทางกับคนท้องถิ่นไม่ได้แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ไข้ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีไข้ประมาณ 5-7 วัน ร่วมกับมีอาการอื่นๆ



เสี่ยงภัยติดเชื้อ..เมื่อเดินทางบนเครื่องบิน Infectious risk while travelling on plane

ดร. นายแพทย์ วินัย วุฒิติโรจน์
สมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว

จากสถิติทั่วโลก โรคติดเชืวยังคงเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้คนเสียชีวิต ไม่ว่าจะจากโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ เช่น การระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) โรคไวรัสอีโบล่า (Ebola) โรคซาร์ (SARs) และโรคเมอร์ส (MERS-coV) ซึ่งมีขอบเขตการระบาดของโรคที่กว้างขวางและรวดเร็ว เพราะติดต่อกันผ่านผู้โดยสารบนเครื่องบิน ทำให้การแพร่ระบาดของโรคเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและไปทั่วโลก เคยมีรายงานจำนวนไม่น้อยที่กล่าวถึงการระบาดของโรคติดต่อได้ทางหายใจบนเครื่องบินพาณิชย์ เช่น วัณโรค โรคซาร์ส (SARS) โรคไข้หวัดใหญ่ โรคอีโบล่า และโรคหัด

จากรายงานของสมาคมการขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (The International Air Transport Association: IATA) ได้ระบุว่า เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ทั่วโลกมีการเดินทางและขนส่งทางอากาศสูงถึงระดับ 90% เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นปีก่อนที่โรคโควิดจะระบาดไปทั่วโลก

ภูมิภาคที่มีความต้องการเดินทางระหว่างประเทศสูงสุด คือภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบว่าปีพ.ศ. 2566 มีการเดินทางระหว่างประเทศเพิ่มสูงขึ้น 63.8% เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2565 และจากนี้ไป ทั้งปริมาณสินค้าและจำนวนผู้โดยสารจะเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี คาดกันว่า ในปีพ.ศ. 2573 จำนวนผู้โดยสารบนเครื่องบินจะเพิ่มขึ้นถึง 5,900 ล้านคน เมื่อมองดูตัวเลขของนักเดินทางที่เพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นนี้ ความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อจะเป็นเรื่องที่น่างวลอย่างยิ่ง ดังนั้น จึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับนักเดินทางเมื่อเดินทางบนเครื่องบิน ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งของการแพร่กระจายโรคไปทั่วโลก

การบังคับเดินทางทางอากาศ

มีการศึกษาจำกัดจำนวนเที่ยวบินของเครื่องบินพาณิชย์เพื่อชะลอการระบาดของหลายๆ โรคที่อาจแพร่ติดต่อผ่านการเดินทางโดยเครื่องบินไปทั่วโลกได้ พบว่า การจำกัดจำนวนเที่ยว

บินเพื่อที่จะป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดนั้นได้ผลน้อยมาก ผลการศึกษาชิ้นหนึ่งระบุว่า หากจำกัดเที่ยวบินลง 90% เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แพร่ระบาดไปทั่วโลกนั้น มีผลชะลอการระบาดของโรคมิให้เกิดขึ้นถึงจุดสูงสุดได้ช้าลงเพียง 1-2 สัปดาห์ และถ้าบังคับให้หยุดเกือบทุกเที่ยวบิน (99.9%) จะชะลอการระบาดของโรคมิให้ขึ้นถึงจุดสูงสุดช้าลงได้เพียง 2 เดือนเท่านั้น

Grais และคณะ ได้ศึกษาแบบจำลองตัวอย่างการแพร่ระบาดไปตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ของโรคฝีดาษผ่านการโดยสารทางอากาศ เมื่อปีพ.ศ. 2546 ซึ่งให้เห็นว่า การแพร่ระบาดของโรคผ่านการเดินทางบนเครื่องบิน หลังจากพบมีผู้ป่วยรายแรกเกิดขึ้น ไม่สามารถป้องกันโรคฝีดาษไม่ให้กระจายไปสู่เมืองต่างๆ ได้ แม้ความรุนแรงของการระบาดโรคจะลดลงก็ตาม อย่างไรก็ตาม ถ้าจะจำกัดจำนวนเที่ยวบิน ที่สำคัญ ต้องดำเนินการโดยเร็ว หากดำเนินช้าไปเพียง 2-3 วัน จะทำให้เกิดผู้ป่วยสะสมมากขึ้นจากการเดินทางภายในประเทศ ทำให้การจำกัดจำนวนเที่ยวบินเพื่อป้องกันโรคระบาดนั้นไม่ได้ผลเต็มที่ ไม่แตกต่างจากการควบคุมโรคระบาดด้วยวิธีอื่น

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC; USA) ได้จัดทำข้อมูลผู้โดยสารทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นใบแสดงรายการผู้โดยสาร(e-manifest) เพื่อใช้ในกรณีเกิดโรคติดต่อระบาดเพื่อแจ้งผู้โดยสารและติดตามผู้สัมผัสโรคได้ทันที นอกจากนี้ สมาคมการขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (IATA) ยังได้ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกและบริษัทธุรกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำคำแนะนำสำหรับธุรกิจการบิน โดยเฉพาะวิธีดำเนินการควบคุมระหว่างมีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อลดการแพร่กระจายโรคออกไปจากเครื่องบินพาณิชย์ และสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับความเสี่ยงในการแพร่โรค ตลอดจนจัดทำจุดคัดกรองระดับชาติเพื่อคัดกรองผู้คนที่เดินทางมา

จากเขตโรคระบาด และเตรียมความพร้อมให้กับสายการบิน (การทำควมสะอาดเครื่องบิน และขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดมีผู้โดยสารเจ็บป่วยบนเครื่อง)

โรคไวรัสอีโบล่า (Ebola) เป็นอีกโรคหนึ่งที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC; USA) ได้จัดทำแนวทางประเมินความเสี่ยงสำหรับโรคติดต่อที่แพร่กระจายบนเครื่องบิน และได้จัดพิมพ์แนวทางการประเมินความเสี่ยงของผู้โดยสารที่ต้องติดตามภายหลังเกิดการติดเชื้อบนเครื่องบินแล้ว

การคัดกรองที่ชายแดนโดยยึดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในกรณีที่เกิดการระบาดของโรคในวงกว้าง จำเป็นต้องใช้กฎหมายระหว่างประเทศ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อควบคุมและป้องกันมิให้โรคระบาดข้ามประเทศ หลายประเทศยึดแนวทางป้องกันความเสี่ยง (risk-based approach) โดยมีการบังคับใช้กฎหมายในวงแรกของการระบาด เพื่อลดการแพร่กระจายในดินแดนของตนเอง และเพื่อลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนลดผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่

เป้าหมายของการป้องกันความเสี่ยง คือ การตั้งจุดคัดกรองที่ชายแดน เพื่อค้นหาผู้เดินทางที่อาจป่วยเป็นโรค พร้อมซักถามประวัติการเดินทางด้วย ผู้เดินทางที่พบว่ามีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มี จะได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศได้โดยไม่มีข้อจำกัดสำหรับผู้เดินทางใดที่ไม่ผ่านการคัดกรองในครั้งแรกจะต้องได้รับการตรวจต่อไปอย่างละเอียด ถ้าการตรวจคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงต่ำ ก็จะอนุญาตให้เดินทางต่อไปได้ แต่ถ้าตรวจคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงสูง จะจ่ายยาป้องกัน หรือกักกันตัวไว้เพื่อป้องกันการระบาดของโรค หลังจากนั้น หากมีการระบาดของโรคไปทั่วทุกประเทศ การตรวจคัดกรองที่จุดผ่านชายแดน ก็คงจะลดความสำคัญลง หรืออาจไม่มีประโยชน์อีกต่อไป

กฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation: IHR2005)

องค์การอนามัยโลกได้บัญญัติกฎหมายระหว่างประเทศ และได้ปรับปรุงฉบับล่าสุดเมื่อปีพ.ศ. 2548 หรือ IHR (2005) มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่สมาชิกภาคีขององค์การอนามัยโลกให้การรับรอง และต้องปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนลดผลกระทบต่อการเดินทางและการขนส่งระหว่างประเทศ เป็นกฎหมายระหว่างประเทศฉบับเดียวที่มีขอบเขต

ให้องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกในการค้นหา ตอบสนอง และแบ่งปันข้อมูลแก่กันและกัน ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือพบโรคติดต่อที่มีแนวโน้มระบาดข้ามประเทศ

ตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ประเทศสมาชิกและองค์การอนามัยโลกจะต้องพัฒนาสร้างความเข้มแข็ง และรักษาระดับความสามารถในการตรวจจับ ประเมิน แจ้งความ และกำหนดเกี่ยวกับการรับรองความถูกต้องของข้อมูล พร้อมทั้งข้อพึงปฏิบัติต่างๆ สำหรับประเทศสมาชิกและองค์การอนามัยโลก หากเกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergencies of International Concern หรือ PHEIC) ทั้งนี้ ประเทศต่างๆ จะต้องพัฒนาศมรรถนะของประเทศ ในการเฝ้าระวังและแก้ไขสถานการณ์ รวมทั้งพัฒนาศมรรถนะของท่าอากาศยาน ท่าเรือ และจุดผ่านแดนทางบกต่างๆ เพื่อประกันความปลอดภัยทางด้านสาธารณสุขทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ซึ่งจะครอบคลุมการเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะฉุกเฉินทั้งด้านโรคติดต่อ โรคเกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสีสารเคมี และอาหาร ที่เกิดขึ้นในชุมชนซึ่งจะเป็นอันตราย หรือเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขทั้งในประเทศหรือระหว่างประเทศได้ โดยมีกำหนดเวลาไม่เกิน 5 ปี นับจากวันที่กฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ในปีพ.ศ. 2548 และได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องแจ้งเหตุแก่องค์การอนามัยโลกภายใน 24 ชั่วโมง และริบดำเนินการควบคุมป้องกันโรค หากพบโรคแม้เพียง 1 รายในประเทศนั้นๆ ได้แก่ ไข้ทรพิษ (Smallpox) โปลิโอ (Polio) ซาร์ส (Sars) และใช้หวัดใหญ่ในคนที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (Human influenza caused by a new subtype)

ข้อกำหนดกฎเกณฑ์และระเบียบข้อบังคับที่ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ป้องกันมิให้โรคติดต่อระบาดข้ามประเทศในขณะเดียวกันให้มีผลกระทบต่อการค้าและการเดินทางระหว่างประเทศน้อยที่สุด

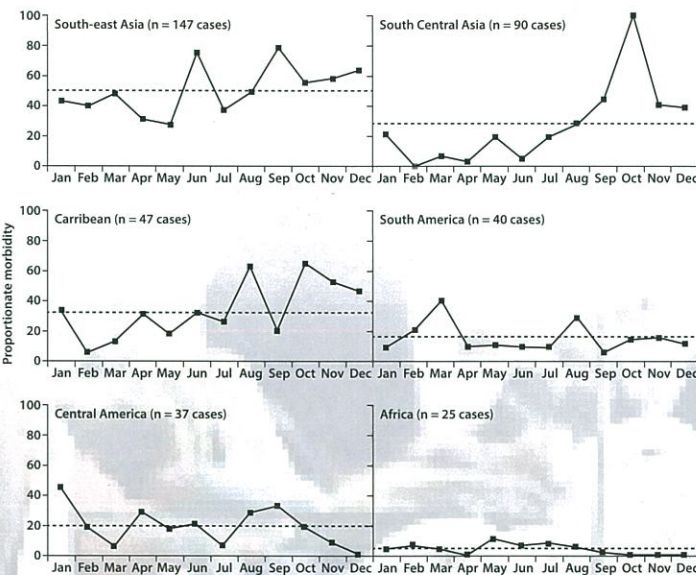
เอกสารอ้างอิง

1. Microbiol Spectr. 2015 Oct;3(5). doi: 10.1128/microbiolspec.IOL5-0009-2015.
2. Mangili A, Vindenes T, Gendreau M. Infectious Risks of Air Travel.
3. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. กฎหมายระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (International Health Regulations 2005: IHR). <https://www.nno.moph.go.th/laws/IHR2005>.

เช่น ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดข้อ ปวดศีรษะ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ทั้งนี้ อาจพบอาการอื่นๆ แต่ไม่บ่อย ได้แก่ เจ็บคอ จุดเลือดออกตามร่างกาย อาการผิดปกติทางระบบประสาท เป็นต้น⁽³⁾

ปัจจัยเสี่ยง และลักษณะของการเป็นโรคไข้เลือดออกในนักเดินทาง

การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเดินทางขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความหนาแน่นของประชากร สภาพสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ สภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นอุณหภูมิ สภาพภูมิอากาศ ปริมาณน้ำฝน หรือความสูงเหนือระดับน้ำทะเล ทั้งนี้ ด้วยปัจจัยดังกล่าว ทำให้ความเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันในแต่ละประเทศ รวมถึงแตกต่างกันในแต่ละช่วงฤดูกาล และในแต่ละปีด้วย



รูปที่ 1 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากการเดินทางในแต่ละภูมิภาคของโลกเทียบกับช่วงเวลาในแต่ละเดือน เส้นประสีดำแสดงถึงค่าเฉลี่ยของสัดส่วนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากการเดินทางต่อจำนวนผู้เดินทางที่ป่วย 1,000 คน⁽⁴⁾

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากการเดินทาง (Travel-related dengue) ส่วนมากไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย และไม่จำเพาะเจาะจง ดังเช่น มีการศึกษาในกลุ่มนักเดินทางจากยุโรป โดยเครือข่าย European Network on Imported Infectious Diseases Surveillance (TropNetEurop) พบว่า ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการหลากหลาย ส่วนใหญ่มักเป็นโรคไข้เลือดออกที่ไม่รุนแรง (Uncomplicated dengue) แต่มีผู้ป่วยบางส่วนก็อาจมีอาการรุนแรงได้ จากการศึกษาในกลุ่มนักเดินทาง 219 ราย ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก พบว่า 17% เป็นการติดเชื้อซ้ำ (Secondary

dengue infection) ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดอาการโรคไข้เลือดออกที่รุนแรงได้ ทั้งนี้มี 17 รายที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ (Spontaneous hemorrhage) แต่เกือบทั้งหมดมีอาการที่ไม่รุนแรง เช่น เลือดกำเดาไหล หรือเลือดออกตามไรฟัน และไม่มีผู้ป่วยใดที่ต้องได้รับเลือดหรือเกล็ดเลือด นอกจากนี้มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dengue hemorrhagic fever ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกหรือ WHO^(5,6)

วัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปัจจุบันประเทศไทยมีวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก 2 ชนิด ได้แก่ CYD-TDV (Dengvaxia[®]) และ TAK-003 (Qdenga[®]) โดยวัคซีนทั้ง 2 ชนิดนี้ เป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็น (Live attenuated vaccine) โดยวัคซีนชนิด CYD-TDV มีแกนกลาง (Backbone) เป็นเชื้อไวรัสไข้เหลือง 17D ต้องฉีดทั้งหมด 3 เข็ม ห่างกันครั้งละ 6 เดือน ในขณะที่วัคซีนชนิด TAK-003 มีแกนกลางเป็นเชื้อไวรัส DENV-2 ต้องฉีดทั้งหมด 2 เข็ม ห่างกัน 3 เดือน

ทั้งวัคซีนชนิด CYD-TDV และ TAK-003 ต่างมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อไข้เลือดออกทั้ง 4 สายพันธุ์ (serotypes) ประมาณ 56.5-64.7% และ 80.2% ตามลำดับ^(7,8)

สำหรับคำแนะนำในการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไข้เลือดออกในกลุ่มนักท่องเที่ยว ในขณะนี้ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน ทั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น

- 1) วัคซีนชนิด CYD-TDV จำเป็นต้องได้รับมีการตรวจยืนยันว่า เคยติดเชื้อไข้เลือดออกมาก่อนหรือไม่ เนื่องจากในคนที่ไม่เคยติดเชื้อไข้เลือดออกมาก่อนเลย ถ้าหากได้รับให้วัคซีนชนิดนี้ อาจมีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นได้
- 2) การรับวัคซีนจำเป็นต้องฉีดหลายเข็ม ห่างกันเป็นเวลาหลายเดือน ทำให้ไม่เหมาะสมสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มาปรึกษา ก่อนการเดินทางไม่นาน (Last minute travellers) เป็นต้น

นอกจากนี้ อาจพิจารณาให้ฉีดวัคซีนนี้ในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีความเสี่ยงสูงได้ เช่น นักท่องเที่ยวที่เดินทางไปยังประเทศที่เป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคเป็นเวลานานกว่า 6 สัปดาห์ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นต้น^(7,8)

แนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเดินทาง

บทบาทที่สำคัญของแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว คือ การให้คำแนะนำแก่นักเดินทางถึงแนวทางและวิธีการการป้องกันโรคนี้

สำหรับ**วิธีการป้องกันที่ดีที่สุด** คือ การป้องกันถูกยุงกัด ด้วยเหตุที่ยุงลายเป็นยุงที่หากินช่วงเวลากลางวัน ดังนั้น จึงควรใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด หากต้องเดินทางออกนอกสถานที่ ที่มีสภาพเป็นสวน ควรใช้ยากันยุง (Mosquito repellent) ทาบริเวณนอกร่มผ้า ก่อนที่จะเดินทางออกไปทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงกลางวัน

ยากันยุงที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันยุง คือ ยากันยุงที่มีส่วนผสมของ N,N-Diethyl-meta-toluamide (DEET) หรือ Picaridin ซึ่งประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ ควรแนะนำให้หนักเดินทางทราบเกี่ยวกับเรื่องโรค ไข้เลือดออก อากา และ ความรุนแรงของโรค ในกรณีที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกรุนแรง รวมทั้งควรแนะนำให้หนักเดินทางทราบหากมีอาการไข้ร่วมกับอาการผิดปกติอื่นๆ ควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หากมีอาการไข้ร่วมกับอาการผิดปกติอื่นๆ ควรไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจหาสาเหตุอื่น หรือ รับการรักษาย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป⁽⁷⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. N Engl J Med. 2006; 354(2):119-30.
2. Schwartz E, Weld LH, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, Keystone JS, Kain KC, et al. Seasonality, annual trends, and characteristics of dengue among ill returned travelers, 1997-2006. Emerg Infect Dis. 2008;14(7):1081-8.
3. Wilder-Smith A, Schwartz E. Dengue in Travelers. New England Journal of Medicine. 2005;353(9):924-32.
4. Wilder-Smith A. Dengue infections in travellers. Paediatr Int Child Health. 2012;32 Suppl1(s1):28-32.
5. Jelinek T, Muhlberger N, Harms G, Corachan M, Grobusch MP, Knobloch J, et al. Epidemiology and clinical features of imported dengue fever in Europe: sentinel surveillance data from TropNetEurop. Clin Infect Dis. 2002;35(9):1047-52.
6. Wichmann O, Gascon J, Schunk M, Puente S, Silkamaki H, Gjorup I, et al. Severe dengue virus infection in travelers: risk factors and laboratory indicators. J Infect Dis. 2007;195(8):1089-96.
7. Halstead S, Wilder-Smith A. Severe dengue in travellers: pathogenesis, risk and clinical management. J Travel Med. 2019;26(7).
8. Angelin M, Sjolín J, Kahn F, Ljunghill Hedberg A, Rosdahl A, Skorup P, et al. Qdenga (R) - A promising dengue fever vaccine; can it be recommended to non-immune travelers? Travel Med Infect Dis. 2023;54:102598.

TRA-MED NEWS

คณะกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวไทย ปี ๒๕๖๖

นายกสมาคมฯ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรเทพ จันทวานิช

อุปนายก

รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีรพงศ์ ปิยะภาณี

ประธานฝ่ายวิชาการ

อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรียังยง

กรรมการและฝ่ายวิชาการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร
แพทย์หญิงปริญดา วัฒนศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิตพร กิตติตระกูล
นาวาโทแพทย์หญิงรัชนีบุษย์ หิรัญรัมย์
แพทย์หญิงณิศา เศษสุวรรณา

ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์/Website

อาจารย์แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ พิสุทธิศาสตร์

กรรมการและฝ่ายประชาสัมพันธ์/Website

อาจารย์นายแพทย์วรพจน์ ทรัพย์ศิริสวัสดิ์
นายแพทย์กฤต หมดแสง
อาจารย์นายแพทย์อมรพัชร์ กิจโร

ปฏิคม

แพทย์หญิงนุจรินทร์ คุณาเกษมสิน

นายทะเบียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิวรรณ หัตถสิงห์

สารานุกรม

นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์

นันทนาการ

นายศุภกฤษ์ สุรวงศ์

เหรียญกษาปณ์

นายแพทย์ชัยพร ใจฉนวนศิริเวช

เลขานุการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วดีน แมตส์



TRA-MED NEWS

วัตถุประสงค์

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

คณะทำงานจัดทำจุลสาร

นายแพทย์ยงยุทธ หวังรุ่งทรัพย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วดีน แมตส์
อาจารย์นายแพทย์อมรพัชร์ กิจโร, แพทย์หญิงปริญดา วัฒนศรี

สำนักงาน

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