

อีโบล่า : Ebola Haemorrhagic Fever

โรคอีโบล่า อยู่ในกลุ่มโรคไข้เลือดออก เกิดจากเชื้อไวรัสอีโบล่า ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดประมาณ 80 นาโนเมตร ยาว 790-970 นาโนเมตร อยู่ในตระกูล Filoviridae ซึ่งประกอบด้วย 4 subtypes ได้แก่ แซร์อีร์ ซูดาน ไวอริโคท และเรสตัน 3 subtypes แรก ทำให้เกิดการป่วยรุนแรงในคนและมีอัตราตายสูงร้อยละ 50-90 ส่วนเรสตันพบในฟิลิปปินส์ ทำให้เกิดรุนแรงในลิง แต่ในคนไม่ทำให้เกิดอาการ

แหล่งรังโรคตามธรรมชาติ ยังไม่ทราบแน่ชัดจนปัจจุบัน ทวีปอาฟริกา และแปซิฟิกตะวันตกดูเหมือนว่าน่าจะเป็นแหล่งโรค แต่ก็ยังไม่สามารถอธิบายได้ ถึงแม้ว่า สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเช่น ลิง จะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในมนุษย์ แต่ก็ไม่ใช่รังโรค เชื่อว่าติดเชื้อมาจากสัตว์ป่า ปัจจุบัน ตรวจพบเชื้อในพวก กอริลลา ชิมแปนซี (ไอวอรีโคสต์ และคองโก) กอริลลา (กาบอนและคองโก) และในสัตว์พวกกวางที่มีเขาเป็นเกลียว(คองโก) ในการศึกษาทางห้องปฏิบัติการครั้งหนึ่งแสดงว่า ค้างคาวติดเชื้ออีโบล่าแล้วไม่ตาย ทำให้เกิดสมมติฐานว่าสัตว์จำพวกนี้หรือไม่ ที่ทำให้เชื้อไวรัสยังคงมีอยู่ในป่าแถบร้อนชื้น

การติดต่อ: สัมผัสโดยตรง กับ เลือด สิ่งคัดหลั่ง อวัยวะ หรือน้ำจากร่างกายผู้ติดเชื้อ งานศพ ญาติผู้เสียชีวิตที่สัมผัสร่างกายของผู้เสียชีวิต ผู้ดูแลลิงชิมแปนซี กอริลลาที่ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รักษาผู้ป่วยอีโบล่า โดยไม่ป้องกัน

ระยะแพร่เชื้อ ตั้งแต่เริ่มมีไข้ และตลอดระยะที่มีอาการ

ระยะฟักตัว 2-21 วัน โรคนี้ พบได้ทุกกลุ่มอายุ อาการ ไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ตามด้วยอาการท้องเสีย อาเจียน ผื่น ไตและตับไม่ทำงาน บางรายมีเลือดออกทั้งภายในและภายนอก ตรงจุดเลือดพบเม็ดเลือดขาวต่ำ การวินิจฉัยโดยการตรวจ antigen-RNA หรือ genes ของไวรัสจากตัวอย่างเลือด หรือ ตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส หรือ แยกเพาะเชื้อไวรัส การตรวจตัวอย่างเหล่านี้ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก ต้องทำในห้องปฏิบัติการที่มีการป้องกันระดับสูง ระดับ 4 การรักษายังไม่มี การรักษาเฉพาะรวมทั้งยังไม่มียาฉีด การทดแทนน้ำ-เกลือแร่ให้เพียงพอ

การควบคุมโรค

- แยกผู้ป่วย และเน้นมาตรการป้องกันโรคอย่างเข้มงวด
- ติดตามผู้สัมผัสทั้งหมด รวมทั้งผู้ที่อาจจะสัมผัสกับผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยต้องตรวจอุณหภูมิร่างกายวันละ 2 ครั้ง เมื่อมีไข้ต้องรีบมาโรงพยาบาลและเข้าห้องแยกทันที
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน ต้องมีการแจ้ง/บอกให้ทราบ ถึงโรคและการติดต่อ เน้นวิธีการป้องกันขณะดูแลผู้ป่วย และการจัดการเลือด สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย

การระบาดของโรคพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ.2519ที่จังหวัดแห่งหนึ่งในซูดาน 800 กิโลเมตรจากแซร์อีร์ (ปัจจุบันเป็นประเทศคองโก) ตรวจพบเชื้อครั้งแรกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการฆ่าหาลิงชิมแปนซี ที่ไอวอรีโคสต์ ปี พ.ศ.2547 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เหตุการณ์การระบาดของโรค

ปีที่ระบาด	ประเทศ	Virus subtype	จำนวนป่วย	เสียชีวิต	อัตราป่วยตาย
1976	Sudan	Ebola-Sudan	284	151	53%
1976	Zaire (DRC)	Ebola-Zaire	318	280	88%
1977	Zaire (DRC)	Ebola-Zaire	1	1	100%

1979	Sudan	Ebola-Sudan	34	22	65%
1994	Gabon	Ebola-Zaire	52	31	60%
1994	Cote d'Ivoire	Ebola-Cote d'Ivoire	1	0	0%
1995	Liberia	Ebola-Cote d'Ivoire	1	0	0%
1995	Democratic Republic of Congo (formerly Zaire)	Ebola-Zaire	315	250	81%
1996 (Jan - April)	Gabon	Ebola-Zaire	37	21	57%
1996 - 1997 (July - Jan)	Gabon	Ebola-Zaire	60	45	74%
1996	South Africa	Ebola-Zaire	1	1	100%
2000 - 2001	Uganda	Ebola-Sudan	425	224	53%
2001 - 2002 (Oct 2001 - March 2002)	Gabon	Ebola-Zaire	65	53	82%
2001 - 2002 (Oct 2001 - March 2002)	Republic of Congo	Ebola-Zaire	59	44	75%
2002 - 2003 (Dec 2002 - April 2003)	Republic of Congo	Ebola-Zaire	143	128	89%
2003 (Nov - Dec)	Republic of Congo	Ebola-Zaire	35	29	83%
2004	Sudan	Ebola-Sudan	17	7	41%
2004	Sudan		20	5	25%
2005 (25 April to 16 June)	Republic of Congo		12	9	75%
Total			1880	1301	

ปัจจุบัน(กย 50) กระทรวงสาธารณสุขคองโก ยืนยันพบการระบาดของไข้เลือดออกอีโบล่า ในจังหวัดคาไซตะวันตก (Kasai Occidental) โดยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจาก CIRMF ในกาบอง และ CDC สหรัฐอเมริกา ยืนยันพบไวรัสอีโบล่า ส่วนในตัวอย่างปัสสาวะและเลือดจากผู้ป่วยต้องสงสัย จากการตรวจที่ INRB ในกินซาพบ Shigella dysenteriae type 1 ซึ่งการระบาดครั้งนี้ทีมจาก WHO ได้ลงไปในพื้นที่ระบาดตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน 2550 ณ วันที่ 11 กันยายน 2550 WHO ทราบว่ามีผู้ป่วย 372 ราย เสียชีวิต 166 รายซึ่งจะมีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป WHO ในประเทศและภาคพื้นแอฟริกา พันธมิตรที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ควบคุมโรค องค์กรแพทย์ไร้พรมแดน (MSF) หน่วยงานสาธารณสุขแคนาดา ร่วมมือกันตอบโต้ต่อการระบาดครั้งนี้ โดยสนับสนุนช่วยเหลือในการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วย ด้านระบาดวิทยา ห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เวชภัณฑ์ การขับเคลื่อนสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค การบริหารจัดการในพื้นที่

บทส่งท้าย ถึงแม้ว่า ขณะนี้ WHO ยังไม่มีคำแนะนำในการจำกัดการเดินทางหรือค้าขายกับประเทศคองโก และยังไม่พบผู้ป่วยโรคนี้ใน ประเทศไทย

แต่ เนื่องจาก ปัจจุบัน การเดินทางข้ามโลก ระหว่างประเทศ เป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ภายใน 1 อาทิตย์ อาจพบว่าจากทวีปหนึ่งเดินทางไปอีกทวีปหนึ่งได้ ดังนั้น อาจพบผู้ติดเชื้อมาจากแหล่งที่มีการระบาด(เช่น คองโก) เดินทางเข้าประเทศได้ เนื่องจากระยะฟักตัวของโรครกว่าจะมีอาการ นานที่สุด พบได้ถึง 21 วัน ข้อเสนอแนะต่างๆไป ในการเฝ้าระวังป้องกันโรค มีดังนี้

- สำหรับคนไทยที่เดินทางไปประเทศเสี่ยง ต้องระมัดระวัง ไม่ใกล้ชิด ผู้ป่วยหรือ ผู้ที่มีอาการสงสัย เมื่อเดินทางกลับประเทศไทย ต้องคอยสำรวจตรวจตราตัวเองว่ามีไข้ หรือไม่ ถ้ามีไข้ ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที และให้ประวัติให้ละเอียดว่าไปที่ใดมาบ้างในช่วง 21 วันก่อนมีไข้
- สำหรับ หน่วยงาน ที่ต้องคอยดูแลเฝ้าระวัง มี
 1. ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ซึ่งมีหน้าที่คอยดูแลตรวจตราผู้เดินทางเข้า-ออกระหว่างประเทศ ต้องเพิ่มความเข้มงวดในการคัดกรอง ซักถามผู้ที่เดินทางมาจากประเทศเสี่ยง [..Link...ดูแนวทางปฏิบัติ และรายละเอียด โรคจาก กลุ่มงานโรคติดต่อระหว่างประเทศ](#)
 2. สถานพยาบาล โดยเฉพาะรพ.เอกชน ที่รับตรวจชาวต่างประเทศ ควรเพิ่มการสอบถามประวัติการเดินทาง เมื่อพบชาวต่างประเทศมีอาการไข้มารับการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางเข้าประเทศใหม่ๆเมื่อมีผู้ป่วยสงสัย ต้องรีบแจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ(ต่างจังหวัด แจ้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในกทม แจ้ง ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือ งานระบาด กทม หรือ สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

References :

- [World Health Organization website : Ebola factsheet](#)
- Ebola-Marburg viral Disease: Control of Communicable Disease Manual, 18th Edition;page 198-199

แหล่งข้อมูลอ้างอิง

เว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

<http://www.boe.moph.go.th/fact/Cholera.htm>