



4

EBOLA

<http://newshour-tc.pbs.org/newshour/wp-content/uploads/2014/07/EBOLA.jpg>

อีโบล่าและการจัดการโรคข้ามพรมแดน

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าถือเป็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับโรคระบาดที่ร้ายแรงที่สุดครั้งหนึ่งของโลกยุคปัจจุบัน ด้วยผลที่สะท้อนผ่านจำนวนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกในระยะเวลาอันสั้น รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อประชากรมากถึงร้อยละ 71 ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าว ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขทั่วโลกต้องจับตามองและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศของตนอย่างเข้มงวด

อีโบล่า - โรคระบาดข้ามปี

จุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าครั้งนี้ คือที่ประเทศกินี ซึ่งเริ่มเกิดโรคระบาดเมื่อเดือนสิงหาคม 2556 จากนั้นได้แพร่ขยายออกไปอย่างรวดเร็วและลามไปยังประเทศใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่ามีประเทศที่มีอัตราการแพร่ระบาดในวงกว้างถึง 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไนจีเรีย และเซียร์ราลีโอน นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายประเทศ ที่พบการแพร่ระบาดในวงจำกัด ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหรัฐอเมริกา และมาลี¹ สาเหตุที่ประเทศในภูมิภาคแอฟริกามีอัตราการแพร่ระบาดสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของโลก เนื่องจากประเทศในแถบนี้เป็นพื้นที่ป่าที่ยากต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้การควบคุมโรคติดต่อทำได้อย่างจำกัด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ก่อพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้ติดโรคได้ง่าย เช่น การสัมผัสศพ การชำระล้างศพ การจุมพิตศพ ฯลฯ อีกด้วย

ความยากลำบากในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าอีกประการหนึ่งก็คือ ความไม่พร้อมของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในประเทศที่มีการแพร่ระบาด ทั้งการขาดบุคลากรที่จำเป็น การขาดความรู้ที่จะรับมือกับโรคดังกล่าว ตลอดจนการขาดอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม ทั้งหมดนี้ต่างก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศในแอฟริกาตะวันตกเอง และบุคลากรด้านการแพทย์ต่างชาติที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ อาทิ นายแพทย์ไมเคิลเพย์ โคล์ ที่ติดเชื้อขณะที่เขาดูแลผู้ป่วยที่อาการกำลังทรุดหนักที่โรงพยาบาลคอนนอตในเซียร์ราลีโอน² โดยในช่วงเดือนสิงหาคม 2557 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นกลุ่มพนักงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนถึงเดือนมีนาคม 2558 มีรายงานข่าวว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดเชื้ออีโบล่าถึง 839 คน โดยมีผู้เสียชีวิตถึง 491 คน³ เฉพาะในเซียร์ราลีโอนก็มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสียชีวิตกว่า 200 คน โดยเป็นแพทย์ 11 คน จากแพทย์ทั้งหมดที่ประเทศราว 300 คน⁴

องค์การอนามัยโลกกับมาตรการควบคุมโรค

ท่ามกลางกระแสความตื่นตระหนกของประเทศต่างๆ ที่เริ่มเห็นการแพร่ระบาดของไวรัสอีโบล่าเข้าไปยังประเทศตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และสเปน ในช่วงปี 2557 องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้เสนอมาตรการสกัดกั้นเชื้อไวรัสอีโบล่า ผ่านทาง Voice of America เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2557 เป้าหมายแรกขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ การยุติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศที่มีการแพร่ระบาดในวงจำกัดทั้ง 5 ประเทศ จากนั้นจึงค่อยขยายผลไปสู่ประเทศซึ่งควบคุมการแพร่ระบาดได้ยาก

การดำเนินงานในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกนั้น เจ้าหน้าที่ที่จะต้องทำความเข้าใจร่วมกับชาวบ้านถึงลักษณะการแพร่ระบาดของโรค และการละเว้นพฤติกรรมทางวัฒนธรรมบางอย่างที่เสี่ยงต่อการติดโรค ซึ่งแพทย์หญิง Marianne Ngoulla ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุขของประชาคมเศรษฐกิจของประเทศในแอฟริกาตะวันตกได้แจ้งว่าชาวบ้านได้จัดตั้งองค์กร และมีหัวหน้ากลุ่มสำหรับการประสานงานด้านนี้แล้ว จากนั้นจะให้ความรู้แก่ชุมชน โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้หญิงเข้าไปเคาะประตูตามบ้านและให้ข้อมูลแก่เพื่อนผู้หญิงด้วยกันเพื่อนำไปเผยแพร่แก่คนในครอบครัวเป็นลำดับต่อไป เมื่อคนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในทิศทางเดียวกันก็จะเกิดความร่วมมือที่จะป้องกันและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อเด็ก ครอบครัวและชุมชน ในเดือนตุลาคม 2557 UNICEF ได้ระดมทุนมูลค่า 200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากหลายประเทศทั่วโลกเพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยได้นำอุปกรณ์ป้องกันโรค เครื่องใช้สุขอนามัย และยารักษาโรคที่จำเป็น รวม 1,300 ตัน ขนส่งทางอากาศไปยังประเทศกินี ไลบีเรีย และเซียร์ราลีโอน พร้อมทั้งดำเนินการร่วมมือร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นในการช่วยเหลือเด็ก ครอบครัวและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยรับอุปการะดูแลเด็กกำพร้าจากอีโบล่าและเด็กที่ถูกไล่เลยจากญาติพี่น้อง นอกจากองค์การระหว่างประเทศ

และองค์กรเอกชนต่างๆ แล้ว หลายประเทศได้ให้ความช่วยเหลือโดยส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปในพื้นที่เฝ้าระวัง เช่น อังกฤษได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเซียร์ราลีโอน และจีนได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในไลบีเรีย เป็นต้น แต่ยังมีปัญหาเรื่องบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ

มาตรการสกัดกั้นเชื้อไวรัสอีโบล่าขององค์กรและหน่วยงานต่างๆ ได้ช่วยให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าถูกจำกัดอยู่ในวงแคบและแทบไม่แพร่ขยายออกไปยังพื้นที่อื่นนอกแอฟริกาตะวันตก แต่กระนั้นก็ยังมิได้รับผลกระทบจำนวนมาก จนถึงวันที่ 1 มีนาคม 2558 มีผู้ติดเชื้อสะสมในเซียร์ราลีโอน 11,466 คน เสียชีวิต 3,546 คน ผู้ติดเชื้อในไลบีเรีย 9,249 คน เสียชีวิต 4,117 คน และติดเชื้อในกินี 3,219 คน เสียชีวิต 2,129 คน แต่จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ช่วงปลายปี 2557 เป็นต้นมา⁵

ไทยกับอีโบล่า

ประเทศไทยตื่นตัวต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าที่อาจแพร่เข้ามาในประเทศและได้ดำเนินมาตรการตรวจสอบและเฝ้าระวังนักเดินทางที่มาจากพื้นที่ลุ่มเสี่ยงอย่างเข้มงวด ทั้งด้านเข้า-ออกทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกาใน 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 2) การจัดการอบรมบุคลากรและการจัดหาชุดทดสอบเชื้อในภาคสนาม 3) การเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่า 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และ 5) การเผยแพร่รายงานสถานการณ์ประจำวันของสำนักโรคระบาดวิทยา

นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธีวัฒน์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสอีโบล่าว่ามีระยะฟักเชื้อประมาณ 2 - 21 วัน หรืออาจยาวได้ถึง 2 เดือน และจะสามารถติดต่อถึงกันได้จากสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำมูก เหงื่อ และเครื่องใช้ของผู้ป่วย⁶ และ นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบุว่าประเทศไทยได้เตรียมชุดตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี

ชีวโมเลกุล ซึ่งมีความแม่นยำในการตรวจแต่ละครั้งถึงร้อยละ 90 โดยสิ่งซึ่งมาจากประเทศจีนและเยอรมนี โดยประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการความปลอดภัยทางชีวภาพ (BSL) ถึงระดับ 3 จึงสามารถตรวจเชื้อที่มีความเสี่ยงร้ายแรงพร้อมให้ความช่วยเหลือด้านการพัฒนายาและวัคซีนสำหรับรักษาด้วย

นอกจากนี้ หน่วยงานวิชาการของไทยยังได้ทำการศึกษาวินิจฉัยเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า โดย ศ.เกียรติคุณ ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา และทีมแพทย์ศิริราชได้ผลิตแอนติบอดีรักษาโรคไข้เลือดออกอีโบล่าซึ่งพัฒนาขึ้นจากโปรตีนชนิดหนึ่งซึ่งสร้างมาจากระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ เมื่อฉีดแอนติบอดีชนิดนี้เข้าสู่ร่างกายจะต่อต้านเชื้อไวรัสอีโบล่าไม่ให้ลุกลาม และกลไกภายในร่างกายก็จะสามารถรักษาตัวเองได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ทีมวิจัยได้เดินทางไปยังประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557 เพื่อนำแอนติบอดีที่คิดค้นไปทดลองกับเชื้อไวรัสอีโบล่าจริงในห้องปฏิบัติการระดับ 4 และหากผลการทดลองออกมาเป็นที่น่าพอใจ องค์การอนามัยโลกก็จะนำไปใช้รักษาผู้ติดเชื้ออีโบล่าในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกต่อไป

ประเทศไทยมีบททดสอบประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมโรค เมื่อปรากฏว่ามีผู้เข้าชายสงสัยว่าอาจติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเดินทางจากแอฟริกาตะวันตกเข้ามาในประเทศไทย โดยเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2557 หญิงไทยอายุ 24 ปี เดินทางมาไทยจากประเทศกินี โดยมีไข้สูงถึง 38.8 องศาเซลเซียส ตลอดจนมีอาการเจ็บคอ มีน้ำมูก ซึ่งอาการสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคอีโบล่า หน่วยงานสาธารณสุขของไทยจึงรีบตัวไปรับการดูแลรักษาโดยเฉพาะ พร้อมเจาะเลือดส่งไปตรวจหาเชื้ออีโบล่าที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ได้ส่งทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว สังกัดกรมควบคุมโรค ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการติดตามคนใกล้ชิดของผู้ป่วยข้างต้นเพื่อเฝ้าระวังอาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการเฝ้าระวังผู้เข้าชายสงสัยอาจติดเชื้ออีโบล่า เจ้าหน้าที่พบว่าผู้เข้าชายต้องระวังมีอาการแข็งแรงและปลอดภัยจากโรคอีโบล่า

อีกหนึ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความตื่นตัวของคนไทย ต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า ได้แก่ การเดินทางเข้ามาในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวชาวเซียร์ราลีโอน อายุ 31 ปี เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2557 ขณะนั้น พนักงานสาธารณสุขประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิตรวจพบว่า บุคคลดังกล่าว เป็นผู้เข้าชายติดเชื้ออีโบล่า จึงได้ควบคุมตัวไปตรวจสออย่างละเอียดที่สำนักโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ผลการตรวจสอบพบว่านักท่องเที่ยวรายนั้นไม่ได้ป่วยเป็นโรคอีโบล่า เจ้าหน้าที่จึงกำชับให้ไปรายงานตัวเพื่อเฝ้าระวังในช่วงระยะเวลา 21 วัน ทว่าในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557 นักท่องเที่ยวรายนี้ได้ไปตัดโทรศัพท์มือถือ และหายตัวไป สำนักโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จึงแจ้งความให้เจ้าหน้าที่ติดตามหาตัวนักท่องเที่ยวรายนี้ และได้พบตัวในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 ที่สนามบินสุวรรณภูมิ และโชคดีที่ไม่พบอาการของเชื้อไวรัสอีโบล่าแต่ประการใด อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ได้ปรับบุคคลดังกล่าวเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกฎการเฝ้าระวังโรคติดต่อในไทย (มีโทษปรับมูลค่าไม่เกิน 2,000 บาท) ก่อนจะปล่อยให้เดินทางออกนอกประเทศ

ไทยกับมาตรการควบคุมโรคข้ามพรมแดน

ในอดีตประเทศไทยเคยประสบปัญหาจากโรคติดต่อข้ามพรมแดนบ่อยครั้ง โดยโรคซึ่งเป็นที่กล่าวขวัญกันมากที่สุด ได้แก่ โรคไข้หวัดนกที่แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยระหว่างปี 2547-2551 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมมือกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ตลอดจนหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ในการเฝ้าระวังสัตว์ปีก โดยเฉพาะจังหวัดที่เคยพบการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกและบริเวณชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกเป็นจำนวนมาก นอกจากโรคไข้หวัดนกแล้ว ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยยังตรวจพบโรคติดต่อข้ามพรมแดนอีกหลายโรค เช่น โรคมาลาเรีย โรคเท้าช้าง วัณโรค โรคไข้หวัดใหญ่ โรคซาร์ส โรคเอดส์ โดยมักจะปรากฏในบริเวณชายแดนที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายผู้คน อีกทั้งยังมีโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคมือเท้าปาก วัณโรคดื้อยา และโรคที่เคยหายไปในช่วงหนึ่ง แต่มีแนวโน้มว่าจะกลับมา



<http://www.matichon.co.th/news-photo/matichon/2014/08/act01130857p1.jpg>

เป็นปัญหาอีกครั้ง เช่น โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคมาลาเรีย ต้อตา ทั้งหมดนี้ส่งผลให้กรมควบคุมโรค ต้องตรวจตรา ผู้เดินทางเข้า – ออกประเทศไทยเพื่อป้องกันไม่ให้โรคร้ายต่างๆ เข้ามาแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในประเทศไทย

เพื่อควบคุมโรคติดต่อข้ามพรมแดนที่อาจเข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย ภายหลังจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 กรมควบคุมโรคจึงได้วางแนวทางรับมือกับปัญหาดังกล่าว โดยยึดข้อตกลงระหว่างประเทศ และมีกรอบการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ว่าด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพระหว่างประเทศ
2. จัดทำแผนแม่บทประชาสังคมวัฒนธรรมอาเซียน
3. จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 โดยยึดหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” สร้างสมดุลในการพัฒนา โดยมีการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางในทุกมิติ พร้อมรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกประเทศ
4. จัดทำกรอบยุทธศาสตร์การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของไทยในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการคุ้มครองทางสังคม และยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคง

5. จัดทำยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กระทรวงสาธารณสุข และแผนแม่บทการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 – 2559 เน้นความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาขีดความสามารถการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในรูปแบบจังหวัดคู่ความร่วมมือ หรือจังหวัดคู่ขนาน (Twin Cities) ดังต่อไปนี้

- ชายแดนไทย – ลาว จำนวน 5 จุด ได้แก่ เชียงราย – บ่อแก้ว น่าน – ไชยะบุรี มุกดาหาร – สะหวันนะเขต หนองคาย – เวียงจันทน์ และ อุบลราชธานี – จำปาสัก
- ชายแดนไทย – กัมพูชา จำนวน 3 จุด ได้แก่ สระแก้ว – บ้านเตี้ยมินเจย จันทบุรี – พระตะบอง และไฟลิ่ง และตราด – เกาะกง
- ชายแดนไทย – พม่า จำนวน 3 จุด ได้แก่ เชียงราย – ท่าขี้เหล็ก ตาก – เมียวดี และ ระนอง – เกาะสอง

บทสรุป

อีโบล่าเป็นโรคติดต่อข้ามพรมแดนที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมหาศาลทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อประชากรในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก แม้ว่าหลายประเทศจะประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้ออีโบล่า แต่พื้นที่ชนบทห่างไกลในแอฟริกาตะวันตกที่ขาดบริการทางการแพทย์ยังมีความเสี่ยง และยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ ดังนั้นทุกประเทศยังต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมถึงโรคติดต่ออื่นๆ ด้วย ซึ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยได้ตื่นตัวและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าและโรคข้ามพรมแดนอื่นๆ ตลอดจนเฝ้าติดตามอาการผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลายราย อย่างไรก็ตาม กระแสโลกาภิวัตน์และการเดินทางของผู้คนตลอดจนสินค้าระหว่างประเทศที่เพิ่มมากขึ้นทุกวันนี้เป็นความเสี่ยง ที่ประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องปรับตัวและแผนการดำเนินงาน รวมทั้งขยายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้สามารถจัดการโรคระบาดข้ามพรมแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

