

บทความพิเศษ

Special article

การระบาดของฝีดาษลิงในคน 2022: การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา

สุภาพร พุทธิรัตน์ ปร.ม.*

อดิศักดิ์ ภูมิลรัตน์ ปร.ด.**

ประภา นันทวรศิลป์ ปร.ด.***

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**หน่วยวิจัยสุขภาพหนึ่งเดียวและสุขภาพนิเวศแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จังหวัดปทุมธานี

****คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

วันรับ:	1 มิ.ย. 2565
วันแก้ไข:	10 มิ.ย. 2565
วันตอบรับ:	20 มิ.ย. 2565

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิงที่กำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกาอยู่ในขณะนี้ มีสาเหตุเกิดจากการแพร่โรคฝีดาษลิงระหว่างคนสู่คน และได้เปลี่ยนแปลงระบาดวิทยาของโรค ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วย จำนวนประเทศนอกทวีปแอฟริกาที่มีการแพร่ระบาดในชุมชน และวิธีการติดต่อในกลุ่มเสี่ยง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโลกและองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยฝีดาษลิงทั่วโลกจะเพิ่มสูงขึ้นซึ่งอาจมีผู้ป่วยยืนยันเกิดขึ้น 1 คนในทุกๆ 30 นาที และการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิงควรขยายไปยังประเทศซึ่งยังไม่มีรายงานผู้ป่วยฝีดาษลิง ความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ คือ สิ่งที่เห็นอยู่ในปัจจุบันนั้นเป็นยอดภูเขาน้ำแข็ง เพราะผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นตามมาอาจจะมีกิจกรรมต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อื่นในประเทศหนึ่ง หรืออาจจะเชื่อมโยงกันระหว่างประเทศก็ได้ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการเฝ้าระวังป้องกันโรค ควรคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยยืนยันกำลังจะทยอยเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยจึงควรเน้นการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ และการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อในชุมชน รวมถึงมาตรการเชิงนโยบายเร่งด่วนทั้งทางด้านการท่องเที่ยว การสื่อสารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมาย

คำสำคัญ: โรคฝีดาษลิง; การแพร่โรคฝีดาษลิงระหว่างคนสู่คน; การเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง; การแพร่ระบาดในชุมชน

บทนำ

โรคฝีดาษลิงซึ่งมีสาเหตุเกิดจากไวรัสที่จัดอยู่ในจีนัส Orthopoxvirus⁽¹⁾ ถูกค้นพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 เมื่อโรคที่คล้ายโรคฝีดาษคนเกิดการระบาดขึ้นถึงสองครั้งในกลุ่มลิงทดลอง (cynomolgus monkeys) จึงถูกตั้งชื่อว่าฝีดาษลิง (monkeypox)⁽¹⁾ ในปีพ.ศ. 2513 สาธารณรัฐ

ประชาธิปไตยคองโกได้รายงานผู้ป่วยฝีดาษลิงรายแรกของโลกในระหว่างการดำเนินการกวาดล้างโรคฝีดาษคนหรือไข้ทรพิษ^(2,3) หลังจากนั้นประเทศคองโกและประเทศอื่นในแอฟริกากลางและตะวันตกก็ได้รายงานการระบาดของโรคฝีดาษลิง^(4,5) ประชากรท้องถิ่นที่อยู่อาศัยในป่าหรือบริเวณใกล้ป่าซึ่งมีการสัมผัสกับไวรัสฝีดาษลิงใน

ระดับต่ำมีความเชื่อมโยงกับฝีดาษลิงในสัตว์ฟันแทะ เช่น กระรอกซึ่งเชื่อว่าเป็นสัตว์กักตุนโรคชนิดหนึ่งในธรรมชาติ ฝีดาษลิงจึงถูกจัดเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการแพร่โรคฝีดาษลิงระหว่างคนสู่คน ซึ่งกำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศ โดยได้เปลี่ยนแปลงระบาดวิทยาของโรค ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วย จำนวนประเทศนอกทวีปแอฟริกาที่มีการแพร่ระบาดในชุมชน และวิธีการติดต่อในกลุ่มเสี่ยง

การแพร่โรคฝีดาษลิงในประเทศ นอกทวีปแอฟริกา

โรคฝีดาษลิงเป็นโรคประจำถิ่นในทวีปแอฟริกา ในปัจจุบันประเทศที่มีแหล่งแพร่โรครวม 12 ประเทศ⁽⁶⁾ ในจำนวนนี้มี 7 ประเทศที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก ได้แก่ สาธารณรัฐเบนิน สาธารณรัฐแคเมอรูน สาธารณรัฐกานา (เฉพาะแหล่งรังโรคในสัตว์เท่านั้น) สาธารณรัฐโกตดิวัวร์ (ไอวอรีโคสต์) สาธารณรัฐไลบีเรีย สหพันธ์สาธารณรัฐไนจีเรีย สาธารณรัฐเซียร์ราลีโอน มี 4 ประเทศที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคแอฟริกากลาง ได้แก่ สาธารณรัฐแอฟริกากลาง สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก สาธารณรัฐกาบอง สาธารณรัฐคองโก และอีก 1 ประเทศที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคแอฟริกาตะวันออก คือ สาธารณรัฐเซาท์ซูดาน ส่วนประเทศที่เคยมีการรายงานผู้ป่วยฝีดาษลิงนอกทวีปแอฟริกา ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ อิสราเอล และสิงคโปร์ โดยเฉพาะฝีดาษลิงที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา นับเป็นครั้งแรกที่เกิดการระบาดของโรคฝีดาษลิงนอกทวีปแอฟริกา ในปี พ.ศ. 2546 สหรัฐอเมริกาได้รายงานผู้ป่วยฝีดาษลิงรวม 47 ราย (รวมผู้ป่วยยืนยันและผู้ป่วยน่าจะเป็น) ผู้ป่วยทั้งหมดแสดงอาการป่วยหลังจากที่สัมผัสกับแพรรี่ด็อก (pet prairie dogs) ซึ่งเป็นสัตว์ฟันแทะจากแอฟริกาที่นำเข้ามาเป็นสัตว์เลี้ยงแพรรี่ด็อกติดเชื้อมาหลังจากนำมามีเลี้ยงในบ้านและอยู่ร่วมกันกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็กที่นำเข้ามาจากประเทศกานา การ

ระบาดนี้สามารถเชื่อมโยงกับการนำเข้าสัตว์หลายชนิดในรัฐเท็กซัสในเดือนเมษายน 2546⁽⁷⁾

การระบาดของโรคฝีดาษลิงครั้งใหม่ล่าสุดที่กำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศนอกทวีปแอฟริกาในปี พ.ศ. 2565 นี้ มีรูปแบบการแพร่โรคที่ไม่ปกติ (atypical transmission) กล่าวคือ การแพร่โรคฝีดาษลิงนั้นมีความซับซ้อนทั้งในด้านนิเวศวิทยาและระบาดวิทยาของโรค ในอดีตฝีดาษลิงเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนจึงจัดเป็นโรคที่พบได้น้อยในประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกา แต่การระบาดครั้งล่าสุดนี้ ได้เปลี่ยนแปลงระบาดวิทยาของโรคไป ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วย จำนวนประเทศนอกทวีปแอฟริกาที่มีการแพร่ระบาดในชุมชน การแพร่เชื้อไวรัสฝีดาษลิงระหว่างคนสู่คน และวิธีการติดต่อในกลุ่มเสี่ยง

ประเทศอังกฤษได้รายงานผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษลิงที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศไนจีเรียเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2565 และได้รายงานผู้ป่วยยืนยันเพิ่มอีกสองรายที่มีความสัมพันธ์แบบครอบครัวเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 สถานการณ์โรคฝีดาษลิงนั้น คาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นภายหลังจากที่มีการรายงานผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศ (ตารางที่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโลกและองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยฝีดาษลิงทั่วโลกจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นซึ่งอาจมีผู้ป่วยยืนยันเกิดขึ้น 1 คนในทุกๆ 30 นาที และการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิงควรจะขยายไปยังประเทศที่ยังไม่มีการรายงานผู้ป่วยฝีดาษลิง⁽⁸⁾

จากตารางที่ 1 เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2565 องค์การอนามัยโลก ได้รับการรายงานการติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงในประเทศอังกฤษโดยมีความสัมพันธ์แบบครอบครัวจำนวน 3 ราย (ผู้ป่วยยืนยัน 2 รายและผู้ป่วยน่าจะเป็น 1 ราย)⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยยืนยันเพศชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อมาจากประเทศไนจีเรีย (imported case) เริ่มแสดงอาการป่วย (onset of symptoms) เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2565 เข้ารับการรักษาที่โรง-

การระบาดของฝีดาษลิงในคน 2022: การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยฝีดาษลิงที่ได้รับการรายงานในประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรค

ประเทศ	ผู้ป่วยยืนยัน		ผู้ป่วยสงสัย		รวม	
	เพศชาย	เพศหญิง	เพศชาย	เพศหญิง	เพศชาย	เพศหญิง
Argentina			1		1	
Australia	2				2	
Austria	1				1	
Belgium	6		1		7	
Canada	15		11		26	
Czech Republic	1				1	
Denmark	1				1	
England	77				77	
Finland			1		1	
France	5				5	
Germany	12		1		13	
Israel	1		1		2	
Italy	9		2		11	
Netherlands	12				12	
Portugal	49				49	
Scotland	1				1	
Slovenia	1				1	
Spain	59		60	1	119	1
Sweden	1				1	
Switzerland	2				2	
United Arab Emirates		1				1
United States	4		4		8	
Grand Total	259	1	82	1	341	2

หมายเหตุ: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 20–59 ปี
 ล่าสุดเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 เวลา 12.00 น.
 ที่มา: Global health monkeypox⁽⁸⁾ และ World Health Organization⁽⁹⁾

พยาบาล Guy's and St Thomas Hospital ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2565 โดยมีตุ่มพุ่มพองตามตัว (vesicular rash) และได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงด้วยวิธีเรียลไทม์-พีซีอาร์ (real-time PCR) โดยใช้สิ่งส่งตรวจจากตุ่มพุ่มพอง (vesicle swabs) เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2565 การติด-

เชื้อไวรัสฝีดาษลิงในผู้ป่วยยืนยันรายแรกนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อมาจากประเทศไนจีเรียมีความเชื่อมโยงกับสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตก (West African clade) ผู้ป่วยรายที่สองเป็นผู้ป่วยยืนยัน เพศชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยดัชนีที่ได้รับเชื้อในประเทศ (index case) และไม่มีประวัติการเดินทางไปยังประเทศที่มีแหล่งแพร่โรคในทวีปแอฟริกา เริ่มแสดง

อาการป่วยเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2565 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล Guy's and St Thomas Hospital ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2565 โดยมีตุ่มพองตามตัวตามตัวเช่นกัน และได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงด้วยวิธี real-time PCR เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2565 การติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงในผู้ป่วยดัชนีรายแรกนี้มีความเชื่อมโยงกับสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตก เช่นกันกับผู้ป่วยยืนยันรายแรก การติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงในกลุ่มผู้ป่วยยืนยันทุกราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ จากประเทศอังกฤษ สเปน โปรตุเกส ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยวิธี real-time PCR หรือพีซีอาร์ (PCR) นั้น มีความเชื่อมโยงกับสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตก นอกจากนี้ ในจำนวนผู้ป่วยยืนยันเหล่านี้ ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยยืนยันรายหนึ่งในประเทศโปรตุเกสที่ได้รับการวิเคราะห์ลำดับนิวคลีโอไทด์ของสารพันธุกรรม ชี้ชัดเจนว่า ไวรัสฝีดาษลิงที่ทำให้เกิดการระบาดในทวีปยุโรปในขณะนี้ เชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่มาจากประเทศไนจีเรียที่เดินทางเข้าไปยังประเทศอังกฤษ อิสราเอล และสิงคโปร์ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 และยังไม่มีการรายงานว่ามีไวรัสฝีดาษลิงที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ที่มีการกลายพันธุ์

นิยามผู้ป่วยฝีดาษลิง

ผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงมักจะหายได้เองแต่อาจมีอาการรุนแรงในเด็ก หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ที่มีภาวะการกดภูมิคุ้มกันที่อยู่ในระหว่างการรักษาหรือภาวะสุขภาพอื่น ๆ การติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงที่สัมพันธ์กับสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตกมีความรุนแรงในการก่อโรคน้อยกว่าสายพันธุ์แอฟริกากลาง หรือมีอัตราตายร้อยละ 3.6 เมื่อในขณะที่สายพันธุ์แอฟริกากลาง อาทิ Congo Basin clade มีอัตราตายร้อยละ 10.6 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดนิยามผู้ป่วยในการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง (monkeypox surveillance case definition)^(6,9,11,14) ในประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกา ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (suspected case) หมายถึง คนทุกกลุ่มอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคฝีดาษลิง โดยแสดงอาการป่วยเฉียบพลัน มีไข้ อ่อนเพลียร่างกายมากกว่า 38.3–38.5 องศาเซลเซียส (101 องศาฟาเรนไฮต์) ปวดหัวมาก ต่อม้ำเหลืองบวม ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียเพลียแรงมาก หลังจากแสดงอาการป่วย 1–3 วัน มีผื่นขึ้นหนาแน่นบนบริเวณใบหน้าและลามไปยังส่วนอื่นของร่างกาย รวมถึงฝ่ามือและฝ่าเท้า แนวทางคัดกรองอาการและอาการแสดงสำหรับผู้ป่วยสงสัย มีรายละเอียดดังระบุไว้ในตารางที่ 2

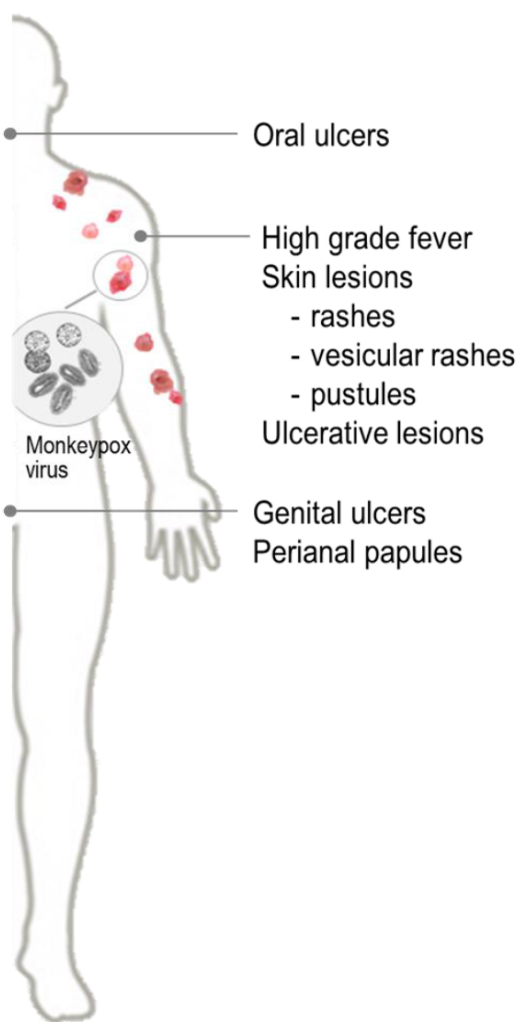
ผู้ป่วยน่าจะเป็น (probable case) หมายถึง ผู้ที่เข้าข่ายนิยามของผู้ป่วยสงสัย มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา โดยมีการเดินทางไปประเทศที่มีแหล่งแพร่โรคฝีดาษลิงในทวีปแอฟริกาหรือประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคแต่มีการรายงานการแพร่ระบาดของโรค มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีคู่นอนหลายคนหรือคู่นอนที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน มีการสัมผัสกับผู้ที่น่าจะเป็นหรือผู้ป่วยยืนยันภายใน 21 วัน ก่อนที่จะมีอาการแสดง (onset of symptoms) เช่น มีการสัมผัสใกล้ชิดแบบตัวต่อตัว ทั้งนี้ รวมถึงแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่น่าจะเป็นหรือผู้ป่วยยืนยันโดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ป้องกันตา หรืออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีการสัมผัสทางร่างกายโดยตรงกับรอยโรคบนผิวหนังหรือแผลผิวหนัง (รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์) มีการสัมผัสกับสิ่งของที่ปนเปื้อน เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าห่ม หรือสิ่งของเครื่องใช้ นอกจากนี้ มีผลการตรวจทางซีโรโลยีจำเพาะต่อการติดเชื้อ orthopoxvirus ที่เป็นบวกโดยที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษหรือไม่มีการสัมผัสกับไวรัส orthopoxvirus อื่น ๆ และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางคัดกรองผู้ป่วยน่าจะเป็น มีรายละเอียดดังระบุไว้ในตารางที่ 3

ผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case) หมายถึง ผู้ที่เข้าข่ายนิยามของผู้ป่วยสงสัย หรือผู้ป่วยน่าจะเป็น และได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันทางห้องปฏิบัติการสำหรับการติดเชื้อ

การระบาดของฝีดาษลิงในคน 2022: การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา

ไวรัสฝีดาษลิง โดยตรวจดีเอ็นเอของไวรัสฝีดาษลิงด้วยวิธี real-time PCR หรือ PCR และ/หรือการวิเคราะห์ลำดับ นิวคลีโอไทด์ของไวรัสดีเอ็นเอ แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วย ยืนยัน มีรายละเอียดดังระบุไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แนวทางการคัดกรองอาการและอาการแสดงสำหรับผู้ป่วยสงสัย (suspected case)

<p>แนวทางการคัดกรองอาการและอาการแสดงสำหรับผู้ป่วยสงสัย (suspected case)</p>  <p>Oral ulcers</p> <p>High grade fever</p> <p>Skin lesions</p> <ul style="list-style-type: none"> - rashes - vesicular rashes - pustules <p>Ulcerative lesions</p> <p>Genital ulcers</p> <p>Perianal papules</p> <p>Monkeypox virus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีผื่นผิวหนังระยะเฉียบพลันที่หาสาเหตุไม่ได้ และ <input checked="" type="checkbox"/> นับตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2565 มีอาการและอาการแสดงอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มีไข้เฉียบพลันมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส <input type="checkbox"/> ต่อม้ำเหลืองโต <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและลำตัว <input type="checkbox"/> ปวดหลัง <input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย <p>และมีประวัติเป็นไขออกผื่น (rash illness) จากการเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า โดยไม่จำเป็นต้องมีผลตรวจวินิจฉัยยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> งูสวัด (herpes zoster or varicella zoster) <input type="checkbox"/> หัด (measles) <input type="checkbox"/> ไข้ติดเชื้อซิกา (zika) <input type="checkbox"/> ไข้เดงกี (dengue) <input type="checkbox"/> ไข้ปวดข้อชุงลาย (chikungunya) <input type="checkbox"/> เริม (herpes simplex) <input type="checkbox"/> ผื่นหนังติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial skin infections) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> หนองในแบบแพร่กระจาย (disseminated gonococcus infection) <input type="checkbox"/> ซิฟิลิสระยะที่หนึ่ง หรือระยะที่สอง (primary or secondary syphilis) <input type="checkbox"/> แผลริมอ่อน (chancroid) <input type="checkbox"/> ฝีมะม่วง (lymphogranuloma venereum) <input type="checkbox"/> แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ (granuloma inguinale) <input type="checkbox"/> หูดข้าวสุก (molluscum contagiosum) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อาการภูมิแพ้พืชชนิดต่างๆ หรือสิ่งอื่น (allergic reaction to plants or others) <input type="checkbox"/> สาเหตุอื่นๆ ของตุ่มนูนหรือตุ่มพองที่เกิดเฉพาะท้องถิ่น (any other locally relevant common causes of papular or vesicular rash)
---	---

ตารางที่ 3 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยน่าจะเป็น (probable case)

ผู้ที่เข้าข่ายนิยามของผู้ป่วยสงสัย

และ

มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่า ภายใน 21 วัน ก่อนที่จะมีอาการแสดง (onset of symptoms) ดังต่อไปนี้

- เดินทางไปประเทศที่มีแหล่งแพร่โรคฝีดาษลิงในทวีปแอฟริกา
- เดินทางไปประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคแต่มีการรายงานการแพร่ระบาดของโรคนอกทวีปแอฟริกา
- มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มิคุ้นเคยหลายคน หรือคู่คนที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน
- มีการสัมผัสกับผู้ป่วยน่าจะเป็นหรือผู้ป่วยยืนยัน
 - มีการสัมผัสใกล้ชิดแบบตัวต่อตัวโดยปราศจากการวิธีการป้องกัน
 - มีการสัมผัสทางร่างกายโดยตรงกับรอยโรคบนผิวหนังหรือแผลผิวหนัง หรือมีเพศสัมพันธ์
 - มีการสัมผัสกับสิ่งของที่ปนเปื้อน เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หมอน ผ้าห่ม หรือข้าวของเครื่องใช้
- มีผลบวกกับการตรวจทางซีโรโลยีจำเพาะต่อการติดเชื้อ orthopoxvirus โดยที่
- ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ
- ไม่มีการสัมผัสกับไวรัส orthopoxvirus อื่น ๆ
- เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยการอาการป่วย ณ สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

ตารางที่ 4 แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยยืนยัน (confirmed case)

ผู้ที่เข้าข่ายนิยามของผู้ป่วยสงสัย

หรือ

ผู้ที่เข้าข่ายนิยามของผู้ป่วยน่าจะเป็น

และ

มีผลบวกกับการตรวจวินิจฉัยยืนยันทางห้องปฏิบัติการสำหรับการติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิง ดังต่อไปนี้

- real-time PCR
- PCR

และ/หรือ

- Sequencing

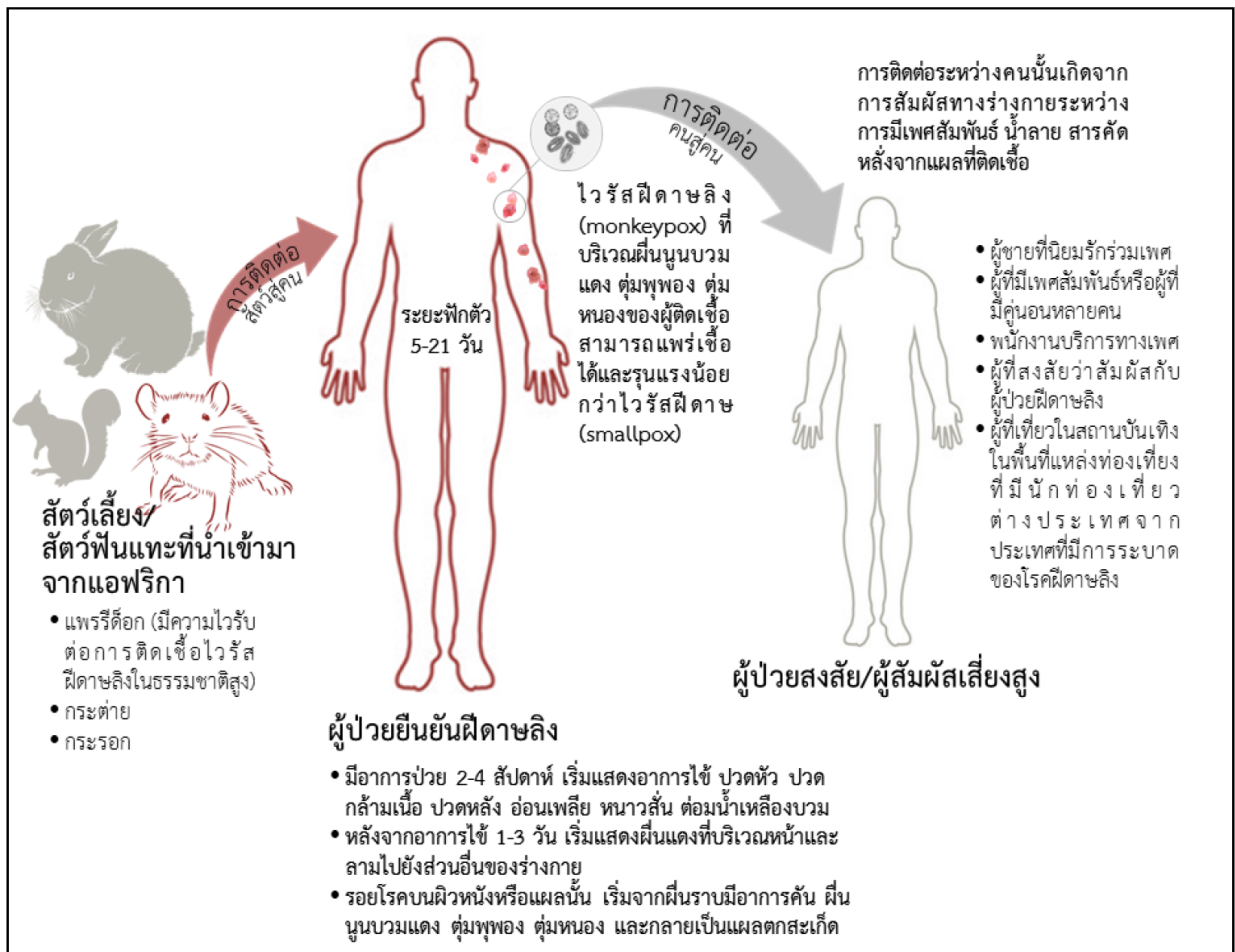
การแพร่ไวรัสฝีดาษลิง

โดยธรรมชาติของการเกิดโรค การแพร่โรคฝีดาษลิงสู่คนนั้นเกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่ติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิง เช่น สัตว์ที่มีรอยโรคบนผิวหนัง ไม่ว่าจะเป็น ผื่นที่เยื่อ (mucosal lesions) หรือผื่นชนิดเฉียบพลัน (acute cutaneous lesions) หรืออาจเกิดจากการกินเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุกเพียงพอ⁽⁶⁾ หรืออาจเกิดจากสัตว์ที่ติดเชื้อกัด ข่วนบนผิวหนัง สัตว์กักตุนโรคในธรรมชาติก็ยังไม่สามารถระบุให้แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าสัตว์ฟันแทะและสัตว์ตระกูลลิงจากแอฟริกาอาจจะนำเชื้อไวรัสฝีดาษลิงและทำให้คนติดเชื้อ หลังจากที่เกิดการแพร่ของไวรัสฝีดาษลิงจากสัตว์สู่คนแล้ว การติดต่อระหว่างคนสู่คนนั้นเกิดจากการสัมผัส

ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อที่มีรอยโรคบนผิวหนังหรือมีแผลตกระเก็ด ไวรัสสามารถเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านผิวหนังที่มีบาดแผล ทางเดินหายใจ เยื่อตา จมูก และปาก

แต่อย่างไรก็ตาม การระบาดที่กำลังเกิดขึ้นล่าสุดในทวีปยุโรป ตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม 2565 เป็นต้นมา นับเป็นการระบาดครั้งแรกของโลกที่พบห่วงโซ่การแพร่หรือการติดต่อระหว่างคนที่ไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบาดวิทยาของฝีดาษลิงได้เลยจากแหล่งแพร่โรคในแอฟริกากกลางและตะวันตก ผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษลิงเกือบทั้งหมดเป็นผู้ชายวัยรุ่นที่นิยมรักร่วมเพศและไม่มีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีแหล่งแพร่โรค (ภาพที่ 1) ผู้ป่วยฝีดาษลิงส่วนใหญ่มีรอยโรคบนผิวหนังหรือแผล

ภาพที่ 1 การแพร่เชื้อไวรัสฝีดาษลิงระหว่างคนสู่คนที่เกิดขึ้นในหลายประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกา โดยมีความเป็นไปได้สูงที่จะกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ



บริเวณอวัยวะเพศและบริเวณรอบอวัยวะเพศ ซึ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การติดต่อระหว่างคนนั้นเกิดจากการสัมผัสทางร่างกายระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ ละอองฝอย น้ำมูกน้ำลาย (respiratory droplets) น้ำลาย สารคัดหลั่งจากแผลที่ติดเชื่อ⁽⁶⁻¹²⁾

การเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิงในประเทศไทย

แนวทางการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิงในประเทศไทยควรเน้นการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ และการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อในชุมชน การเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ อาศัยแนวทางการหรือวิธีการที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยสงสัย (ดูรายละเอียดในหัวข้อนิยามผู้ป่วยฝีดาษลิง) สำหรับกลุ่มผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีแหล่งแพร่โรคในทวีปแอฟริกา หรือประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกาแต่มีการรายงานการแพร่โรคในชุมชน^(9,13-14) การเฝ้าระวังการแพร่เชื้อในชุมชนอาศัยหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยใช้แนวทาง มาตรการหรือวิธีการสำหรับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ชายที่นิยมรักร่วมเพศ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์หรือผู้ที่มีคู่นอนหลายคน พนักงานบริการทางเพศ ผู้ที่สงสัยว่าสัมผัสกับผู้ป่วยฝีดาษลิง ผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานบันเทิงในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวต่างประเทศจากยุโรป ออสเตรเลีย อเมริกา และแคนาดา แนวทางการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อในชุมชนควรเข้าถึงกลุ่ม LGBTQ ให้สามารถประเมินสถานะสุขภาพตนเอง (self-assessed health status หรือ SAH) ตามแนวทางการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยน่าจะเป็น หรือควรประสานขอความร่วมมือในการแจ้งข้อมูลข่าวสารกับเจ้าของสถานประกอบการ ได้แก่ สถานบันเทิง อาบอบนวด โรงแรม รีสอร์ท และสถานที่พักตากอากาศ แหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งชุมชนท้องถิ่นที่มีชาวต่างชาติที่มาจากประเทศที่มีแหล่งแพร่โรคในทวีปแอฟริกา ทั้งนี้เพื่อตรวจจับความผิดปกติของผู้มารับบริการซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว รวมถึงใช้ข้อมูลเวชระเบียนของชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษา

พยาบาลที่คลินิกเอกชน คลินิกโรคผิวหนัง หรือโรงพยาบาลเอกชน หรือมีการแจ้งข่าวโดยผ่านสายด่วนหรือ call center เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาแก่ชาวต่างชาติ และคนไทยที่เป็นผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยน่าจะเป็น นอกจากนี้ ควรเน้นการดำเนินงานบูรณาการในการเฝ้าระวัง การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยงกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว อาทิ สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวจังหวัด สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจนำเที่ยว สมาคมโรงแรมจังหวัด เป็นต้น

การป้องกันโรคฝีดาษลิง

แนวทางการป้องกันการแพร่โรคหรือการยับยั้งการแพร่โรคฝีดาษลิงในชุมชนเน้นกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคฝีดาษลิงควรเข้าพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค งดการร่วมเพศ งดการสัมผัสกับผู้อื่นจนกว่าจะได้รับการยืนยันว่าไม่เป็นโรคหรือไม่ติดเชื่อ ผู้ป่วยควรได้รับการแยกกัก วินิจฉัยโรคและรายงานทันที⁽¹³⁾ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษลิงควรได้รับการกักกัน เช่นเดียวกับสัตว์เลี้ยงที่เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็กที่ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเลี้ยงไว้เป็นสัตว์ในอาคารบ้านเรือน ในขณะที่การป้องกันการติดเชื่อไวรัสฝีดาษลิง ควรมีแนวทางการป้องกันสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ป่วยน่าจะเป็นหรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษ (smallpox vaccine) หากมีความจำเป็นเร่งด่วน วัคซีนป้องกันโรคฝีดาษสามารถป้องกันการติดเชื่อไวรัสฝีดาษลิงได้ร้อยละ 85.0 หลายประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิงในชุมชนกำลังจัดเตรียมวัคซีนไว้ในคลังวัคซีน

บทสรุป

การแพร่ระบาดของโรคฝีดาษลิงที่กำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศที่ไม่มีแหล่งแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกาอยู่ในขณะนี้ ไม่ต้องมีข้อสงสัยเลยว่าเป็นการแพร่โรคฝีดาษ

ลิงที่ไม่ปกติ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะช้ำรอยการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน หากเป็นกรณีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ หลายประเทศก็มีความพร้อมในการรับมือและตอบโต้ และคงสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคฝีดาษลิงได้ด้วยการดำเนินมาตรการเชิงนโยบาย มาตรการทางสังคม หรือวิธีการอื่นที่ใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการโรคในภาวะวิกฤต ความท้าทายที่อยู่เบื้องหน้าสำหรับการเฝ้าระวังป้องกันโรคฝีดาษลิง คือ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคยังไม่สามารถระบุจำนวนผู้ป่วยว่าจะเพิ่มมากขึ้นเท่าใด และจำนวนประเทศที่มีการแพร่โรคนอกทวีปแอฟริกาว่าจะเพิ่มขึ้นมากเท่าใด สิ่งที่เห็นอยู่ในปัจจุบันนั้น เป็นยอดภูเขาน้ำแข็ง เพราะผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้นตามมาอาจจะมีกิจกรรมต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อื่นในประเทศหนึ่งหรืออาจจะเชื่อมโยงกันระหว่างประเทศก็ได้ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการเฝ้าระวังป้องกันโรคควรคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยยืนยันกำลังจะทยอยเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยจึงควรเน้นการเฝ้าระวังโรคฝีดาษลิง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ (point of entry) และการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อในชุมชน (community transmission) รวมถึงมาตรการเชิงนโยบายเร่งด่วนทั้งทางด้าน การท่องเที่ยว การสื่อสารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. Von Magnus P, Andersen EK, Petersen KB, Birch-Andersen A. A pox-like disease in cynomolgus monkeys. *Acta Path Microbiol Scand* 1959;46(2):156-76.
2. Ladnyj ID, Ziegler P, Kima E. A human infection caused by monkeypox virus in Basankusu Territory, Democratic Republic of the Congo. *Bull World Health Organ* 1972; 46(5):593-7.
3. Marennikova SS, Seluhina EM, Mal'ceva NN, Cimiskjan KL, Macevic GR. Isolation and properties of the causal agent of a new variola-like disease (monkeypox) in man. *Bull World Health Organ* 1972;46(5):599-611.
4. Arita I, Jezek Z, Khodakevich L, Ruti K. Human monkeypox: a newly emerged orthopoxvirus zoonosis in the tropical rain forests of Africa. *Am J Trop Med Hyg* 1985; 34(4):781-9.
5. Hutin YJ, Williams RJ, Malfait P, Pebody R, Loparev VN, Ropp SL, et al. Outbreak of human monkeypox, Democratic Republic of Congo, 1996 to 1997. *Emerg Infect Dis* 2001;7(3):434-8.
6. World Health Organization. Monkeypox [Internet]. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
7. Reynolds MG, Davidson WB, Curns AT, Conover CS, Huhn G, Davis JP, et al. Spectrum of infection and risk factors for human monkeypox, United States, 2003. *Emerg Infect Dis* 2007;13(9):1332-9.
8. Global.health. Monkeypox line list cases [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://map.monkeypox.global.health/country>
9. World Health Organization. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries [Internet]. [cited 2022 May 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385>
10. World Health Organization. Monkeypox - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON383>
11. World Health Organization. Monkeypox outbreak toolbox [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/monkeypox-outbreak-toolbox>
12. Kopeci D. Monkeypox outbreak is primarily spreading through sex, WHO officials say [Internet]. [cited 2022

- May 23]. Available from: <https://www.cnbc.com/2022/05/23/monkeypox-outbreak-is-primarily-spreading-through-sex-who-officials-say.html>
13. World Health Organization. Surveillance, case investigation and contact tracing for monkeypox: interim guidance, 22 May 2022 [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354486>
14. Cooney C, Durbin A. High-risk monkeypox contacts advised to isolate [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-61546480>

Abstract: A 2022 Human Monkeypox Outbreak: Change in Epidemiology

Supaporn Puttarat, M.P.A.*; Adisak Bhumiratana, Ph.D.; Prapa Nunthawarasilp, Ph.D.*****

** Office of Disease Prevention and Control 6 Chonburi, Department of Disease Control, Ministry of Public Health ; ** Thammasat University Research Unit in One Health and EcoHealth ; ** Faculty of Public Health, Thammasat University, Rangsit Campus, Pathumthani ; *** Faculty of Public Health, Burapha University, Chonburi, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(Suppl 1):S185-S194.

Current outbreak of human monkeypox in multi-countries where are not endemic for monkeypox is caused by atypical human-to-human transmission. This outbreak exclusively changed disease epidemiology with regard to the numbers of cases, the numbers of non-endemic countries outside Africa with community transmission, and mode of transmission among at-risk groups. Many global health experts and the World Health Organization estimated that the numbers of cases become enormously increased world-wide, or a confirmed case occur every 30 minutes. Monkeypox surveillance should be extended to the countries that have not yet reported any case. The big challenge is that what has been seen is the tip of iceberg by which newly infected cases may have related activities in one place to another within a country or have internationally connected. Thus, public health personnel, especially involved in disease surveillance, prevention and control, should expect the increasing numbers of cases in near future. Thailand should focus primarily on human monkeypox surveillance at point-of-entry settings and surveillance for community transmission, as well as policy measures on tourism, risk communication, and law enforcement.

Keywords: monkeypox, atypical human-to-human transmission, monkeypox; surveillance, community transmission