

Case Report

รายงานผู้ป่วย

การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยไข้ ร่วมกับผื่น ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

วรลักษณ์ ตังคณะกุล*

พัฒนพงษ์ ไชยนิคม**

*ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

**บริษัทท่าอากาศยานไทยจำกัด มหาชน

บทคัดย่อ

กฎอนามัยระหว่างประเทศปี 2548 ได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกพัฒนาสมรรถนะที่ช่องทางเข้าออกประเทศในการตรวจจับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบทางสาธารณสุขอย่างรุนแรง และ/หรือ เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่คาดคิดมาก่อนร่วมกับมีความเสี่ยงสูงที่จะแพร่ระบาด รายงานผู้ป่วยหญิง ชาวมาเลเซีย อายุ 60 ปี ที่มารับการรักษา ที่คลินิกแพทย์ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ด้วยอาการไข้ ร่วมกับ ผื่น และมีอาการไม่สบายมากชัดเจนครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุขเพื่อควบคุมโรคติดต่อ ในผู้ป่วยผู้เดินทางที่ได้รับผลกระทบ ลูกเรือ และเจ้าหน้าที่ภาคพื้นดิน ผู้ป่วยได้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ที่นครมักกะห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย และเริ่มป่วย 1 วันก่อนเดินทางกลับประเทศมาเลเซีย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ไข้ ร่วมกับผื่น และสงสัยไข้กาฬหลังแอ่น การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีไข้สูงชัดเจน (39°C) มีอาการเหนื่อย และขาดน้ำ ร่วมกับมีผิวหนังแดงทั่วตัว รวมทั้งหน้า และแขน พบตุ่มหนองที่คอ และลำตัว ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาว สอดคล้องกับการติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลัน แม้ว่าผลการเพาะเชื้อจากเลือด และการย้อมแกรมของหนองให้ผลลบ แพทย์จากสถาบันโรคติดต่อเขตรัฐบาล กรมควบคุมโรค ให้การวินิจฉัยว่าสงสัยผู้ป่วยมีภาวะเชื้อสตาฟีโลค็อกคัส ออเรียสในกระแสโลหิต

คำสำคัญ: กฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2548, ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ, สตาฟีโลค็อกคัส ออเรียส

บทนำ

องค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (International Civil Aviation Organization:ICAO) เป็นทบวงการชำนัญพิเศษ (specialized agency) แห่งสหประชาชาติ จัดตั้งขึ้นเมื่อ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2487 โดยอนุสัญญาว่าด้วยการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (The Convention on International Civil Aviation)

หรือ อนุสัญญาชิคาโก (Chicago Convention) เมื่อ พ.ศ. 2490 ปัจจุบัน ICAO มีภาคีสมาชิก จำนวน 191 ประเทศ สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ ณ เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา และสำนักงานภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ซึ่งเป็น 1 ใน 7 สำนักงานภูมิภาค ตั้งอยู่ ณ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ พ.ศ. 2498 ICAO มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐภาคีในการกำหนดมาตรฐานและ

แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (safety) ความมั่นคง (security) ความมีประสิทธิภาพและความสม่ำเสมอของการขนส่งทางอากาศ รวมถึงข้อบังคับต่าง ๆ โดยคำนึงถึงการปกป้องสิ่งแวดล้อมมิให้ได้รับผลกระทบจากการบิน ตลอดจนเป็นหน่วยงานกลางสำหรับความร่วมมือในหมู่รัฐภาคีในการออกกฎ ระเบียบ และข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการบินพลเรือนระหว่างประเทศ ดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาการบิน ท่าอากาศยาน ความปลอดภัยในการบิน และเครื่องอำนวยความสะดวกในการเดินทางอากาศสำหรับการบินพลเรือนระหว่างประเทศ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือทางวิชาการแก่ประเทศสมาชิก⁽¹⁾

ประเทศไทยได้รับเป็นประเทศผู้ประสานงานหลักในสาขาการท่องเที่ยวและการบินในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่จะผลักดันให้ไทยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวและการบินในภูมิภาคนี้ ดังนั้นการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อบนเครื่องบิน และท่าอากาศยาน เพื่อความปลอดภัยในการบิน ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2548 (กฎอนามัยฯ), ICAO และ สภามาคมท่าอากาศยานระหว่างประเทศ (The Airports Council International-ACI)⁽²⁾ ซึ่งเป็นสมาคม ที่เกิดจากการรวมตัวของสภาผู้ดำเนินงานท่าอากาศยานระหว่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์คือ สร้างแรงสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันทั้งภาครัฐบาลและเอกชนในอุตสาหกรรม การขนส่งทางอากาศเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความสอดคล้องกับสถานะแวดล้อม) ตลอดจนสมาคมผู้ประกอบการขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (International Air Transport Association-IATA)⁽²⁾ ซึ่งเป็นสมาคมของสายการบินต่าง ๆ ที่รวมตัวกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดความสะดวกและความปลอดภัยในการบิน รวมทั้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือกันทั้งทางตรงและทางอ้อมทางด้าน การขนส่งทางอากาศของสมาชิก) จึงทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น

รายงานนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ถ่ายทอดประสพ-

การณ์ การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อกรณีพบผู้ป่วยใช้ ร่วมกับพื้นที่อาจเป็นโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ โดยรับเชื้อมาจากต่างประเทศ และเดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรไทยโดยเครื่องบิน รวมทั้งทบทวนแนวทางการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจ ตามกฎอนามัยฯ, องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO), ICAO, ACI และ IATA ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจทั้งจากหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน ที่สอดคล้องกันในการประเมินผู้ป่วยบนเครื่องบิน การนำส่งผู้ป่วย การรักษาเบื้องต้นของคลินิกแพทย์การทำ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (ด้านฯ) ตลอดจนมาตรการ การสื่อสารระหว่างประเทศ ผ่านเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจที่ช่องทางเข้าออกประเทศ (Competent authority) ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ไปยังเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจที่ช่องทางเข้าออกประเทศปลายทาง และการสื่อสารกับจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำประเทศไทย (Thailand National International Health Regulations Focal Point)

รายงานผู้ป่วย

วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2555 ด้านฯ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ได้รับรายงานทางโทรศัพท์จากคลินิกแพทย์ (สมิติเวช) ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ว่าพบผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี สัญชาติ มาเลเซีย พาสปอร์ต เลขที่ A 25660736 (Identity number 520728035222) มีอาการไข้สูง (ไข้ 39 องศาเซลเซียส) ร่วมกับมีผื่นตุ่มหนองเล็ก ๆ บริเวณลำคอ ตั้งแต่บนเครื่องบิน แพทย์ประจำคลินิกสมิติเวช ขอให้ด้านฯ พิจารณาว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ และ/หรือ โรคติดต่อที่ต้องแจ้งความหรือไม่ และมีมาตรการในการดำเนินการควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างไร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (past history)

ไม่มีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน ไม่มีโรค

ประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา

ประวัติการเดินทาง (travel history)

วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2555 เวลา 12.55 น. ผู้ป่วย เดินทางพร้อมครอบครัว 9 คน และเพื่อนบ้าน รวมทั้งสิ้น 28 คน จากประเทศมาเลเซีย โดยสายการบิน X ไป ประกอบพิธีฮัจญ์ (การเดินทางไปปฏิบัติศาสนกิจที่นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งสามารถกระทำได้ตลอดทั้งปี) โดยเครื่องบินถึงท่าอากาศยานนานาชาติโคโร ประเทศอียิปต์ เวลา 24.00 น. ผู้ป่วย พักในประเทศอียิปต์เป็นเวลา 5 วัน แล้วจึงเดินทางไป พักที่เมืองเมดิना (Medina) ประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นเวลา 4 วัน ขณะที่พักในประเทศอียิปต์ และซาอุดีอาระเบีย ผู้ป่วยพักในห้องเดียวกับสามี และหลานชาย จากนั้น ได้เดินทางโดยเครื่องบินต่อไปยังนครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย หนึ่งประมาณ 3 สัปดาห์ก่อนเดินทางผู้ป่วย ครอบครัว และเพื่อนบ้านได้รับการฉีดวัคซีนโรคไขกัฟ หลังแอน

วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2555 ผู้ป่วย พร้อมครอบครัว และเพื่อนบ้าน เดินทางกลับประเทศมาเลเซีย โดยสายการบิน X เที่ยวบินที่ X 690 เลขที่นั่ง 27D จากสนามบินนานาชาติเจดดาห์ (Jeddah international airport) ประเทศซาอุดีอาระเบีย ในเวลา 18.30 น. ถึง ท่าอากาศยานนานาชาติโคโร ประเทศอียิปต์ เวลา 19.40 น. ใช้เวลาบิน 2 ชั่วโมง 10 นาที เครื่องบินแวะพัก (transit) และออกเดินทางอีกครั้งจากท่าอากาศยานนานาชาติโคโร เวลา 23.40 น. ถึงท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ สมุทรปราการ เวลา 13.25 น. ของวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2555 ใช้เวลาบิน 8 ชั่วโมง 45 นาที รวมเวลาบินทั้งหมดของเที่ยวบิน X 690 14 ชั่วโมง 55 นาที โดยเครื่องบินจอดแวะพักที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิและออกเดินทางไปสนามบินนานาชาติกัวลาลัมเปอร์ (Kuala Lumpur International Airport :KLIA) ประเทศมาเลเซีย ในเวลา 15.00 น. ถึงปลายทาง เวลา 18.05 น. ของวันที่ 21 มีนาคม 2555 ใช้เวลาบินทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง 5

นาที หลานชายที่พักร่วมห้องเดียวกับผู้ป่วยได้เดินทางกลับประเทศมาเลเซียไปพร้อมญาติ มีเพียงสามีที่พักร่วมห้องเดียวกับผู้ป่วย และลูกชายที่ดูแลผู้ป่วยที่ประเทศไทย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผิวน้ำแดง และอาเจียนตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2555 โดย 2 วันก่อนมีไข้ ผู้ป่วยและครอบครัวพบกับพายุทราย (sand storm) ญาติคิดว่า ผิวน้ำแดงน่าจะเพราะแพ้ทรายที่มากับพายุ และพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โพลีคลินิกแห่งหนึ่งในนครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย แพทย์ได้ซักถามอาการ และให้การวินิจฉัยว่า เป็นไข้หวัด และให้ยามากิน 3 ชนิด ยา 2 ชนิด กิน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร และยาอีก 1 ชนิด กิน 1 เม็ดก่อนนอน อย่างไรก็ตาม ด่านฯไม่สามารถซักถามระบุชนิดของยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ได้นำยาดังกล่าวมาจากการเป่าลมหายใจบนเครื่องบิน และถูกส่งกลับไปประเทศมาเลเซียแล้ว หลังจากกินยาที่แพทย์ให้การรักษา ผู้ป่วยอาการดีขึ้นบ้าง จึงเดินทางกลับประเทศ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีอาการไข้ขณะอยู่บนเครื่องบิน แต่ญาติไม่ได้แจ้งลูกเรือ เมื่อเครื่องบินแวะพัก (transit) ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ จึงได้แจ้งเจ้าหน้าที่ภาคพื้นดินของสายการบิน เพราะญาติสังเกตว่าผู้ป่วยไข้สูง มีตุ่มหนองบริเวณคอ ไอ หายใจลำบาก และซึมลง เจ้าหน้าที่ของสายการบินภาคพื้นดินได้แจ้งและส่งผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิกแพทย์ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ บริเวณชั้น 2 อาคารท่าเทียบเครื่องบิน เวลาประมาณ 14.00 น. (การซักประวัติการป่วย ชักจากญาติ)

ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์ของคลินิกแพทย์ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เวลา 15.00 น. วันที่ 21 มีนาคม 2555

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 39.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 125 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/76 มม.ปรอท วัดความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจร (Oxygen Saturation)

ร้อยละ 97

ลักษณะทั่วไป : หญิงสูงอายุ รูปร่างค่อนข้างเตี้ย (149 เซนติเมตร) ท้วม ผิวสองสี หอบ เหนื่อย ริมฝีปากแห้ง มีอาการขาดน้ำชัดเจน

ผิวหนัง : แดง ทั้งหน้า และตัว มีผื่นเป็นตุ่มหนอง เล็ก ๆ บริเวณ ลำคอ และหน้าท้อง ลักษณะคล้ายสิ่ว กระจายทั่วตัว (generalized erythematous skin with small papule rash on neck and trunk)

ช่องปาก : ด้านหลังของผนังคอหอยแดงชัดเจน ต่อมทอลซิลไม่โต ไม่พบฝ้าขาว

คอ : คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต (impalpable cervical lymph node)

ทรวงอก : เสียงหายใจปรกติ (bronchovesicular breath sound)

ท้อง : ตับและม้าม คลำไม่ได้

แขนขา : ไม่ผิดปกติ

ระบบประสาท : ชี้น

ผลการวินิจฉัยเบื้องต้น : ไข้ ร่วมกับผื่น และซีมี สงสัย ไข้กาฬหลังแอ่น (fever with rash R/o meningococemia)

การรักษาเบื้องต้น : ให้ 0.9% NSS ทางหลอดเลือดดำ แจ่งด้านๆ เพื่อให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อหรือไม่ ด้านๆ ได้ประสานสถาบันบำราศนราดูร ขอส่งผู้ป่วยไปวินิจฉัย และรักษา ส่งผู้ป่วยด้วยรถส่งผู้ป่วย ของการสำนักแพทย์การท่าอากาศยานสุวรรณภูมิในเวลา 17.00 น.

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยแพทย์ของสถาบันบำราศนราดูร เวลา 18.00 น. วันที่ 21 มีนาคม 2555: ผู้ป่วยสติสัมปชัญญะดี แต่ดูกระสับกระส่าย (anxious) คอแดงชัดเจนไม่มีฝ้าขาว ลักษณะผื่น แดง ทั่วร่างกาย รวมทั้งที่หน้า และแขน ร่วมกับตุ่มหนองจำนวนมากที่คอ และลำตัว (erythematous generalized at body, face, and arm with multiple pustules at neck and body)

ผลการวินิจฉัย โดยแพทย์ของสถาบันบำราศนรา-

ดูร : สงสัยผู้ป่วยมีภาวะเชื้อสตาฟีโลค็อกคัส ออเรียสในกระแสโลหิต (R/o Staphylococcus septicemia)

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น โดยแพทย์จากด่านฯ (หัวหน้าด่านฯ) เวลา 20.00 น. วันที่ 21 มีนาคม 2555:

ผู้ป่วยมีไข้สูง เหนื่อย ผิวหนังลอก แดงทั้งตัว มีผื่นนูน และตุ่มหนองลักษณะคล้ายสิ่ว กระจายทั่วตัว ตุ่มหนองมีขนาดใหญ่บริเวณ ขาหนีบ คอ ซอกพับต่าง ๆ จำนวนตุ่มหนองมาก และหนาแน่นที่บริเวณคอ ซอกพับ เมื่อเทียบกับ ตุ่มหนองที่บริเวณลำตัว ตุ่มหนองมีจำนวนมากกว่าร้อยละ (ตามรูปที่ 1, 2) กดที่ผื่น ไม่พบผิวหนังลอก สติสัมปชัญญะดี ไม่กระสับกระส่าย



รูปที่ 1 ลักษณะผื่น ตุ่มหนองคล้ายสิ่วและผิวหนังลอกที่บริเวณหน้าท้องของผู้ป่วย



รูปที่ 2 ลักษณะผื่น ตุ่มหนองคล้ายสิ่วที่บริเวณคอของผู้ป่วย

หายใจเร็ว

ผลการวินิจฉัยเบื้องต้น โดยแพทย์จากด่านฯ (หัวหน้าด่านฯ): ไข้ร่วมกับผื่นคาดว่าติดเชื้อสตาฟิโลค็อกคัส ออเรียส (Fever with rash suspected staphylococcal infection)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สถาบัน บำราศนราทร วันที่ 21 มี.ค. พ.ศ.2555

ผลการตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (cell blood count: CBC) :

- ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Haematocrit: Hct, ค่าปกติ ร้อยละ 40 - 50): ร้อยละ 43

- จำนวนโมเลกุลตัวพาออกซิเจนในเลือด (Hemoglobin: Hb, ค่าปกติ 12 - 17 gm %): 13 gm%

- ปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดงหนึ่งเม็ด (mean corpuscular volume: MCV): 88

- ผลการนับจำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood count: WBC, ค่าปกติ 4,500 - 10,000 เม็ดต่อหนึ่งลูกบาศก์มิลลิเมตร): 22,400 เม็ดต่อหนึ่งลูกบาศก์มิลลิเมตร

การตรวจนับแยกชนิดของเม็ดเลือดขาว (WBC differentiate)

- นิวโตรฟิล (Neutrophils): ร้อยละ 83

- อีโอซิโนฟิล (Eosinophils): ร้อยละ 2

- เบโซฟิล (Basophils) : ไม่พบ

- ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) : ร้อยละ 10

- โมโนไซต์ (Monocyte): ร้อยละ 5

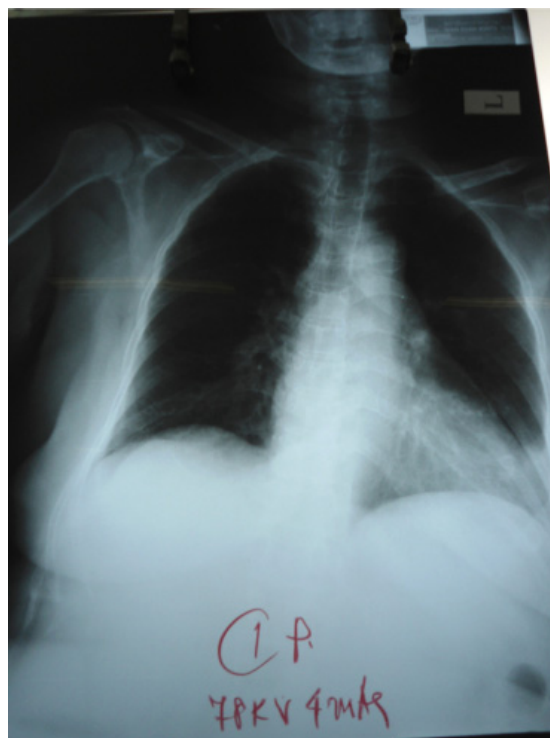
ผลเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture for bacteria), ตรวจหนอง (papule smear for gram's stain) : ไม่พบเชื้อ

ผลการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์

- เอกซเรย์ปอด (chest X-ray) : suspected left pleural effusion, mild cardiomegaly (ตามรูปที่ 3)

การรักษาของสถาบันบำราศนราทร

ให้ยาปฏิชีวนะ clindamycin (lincosamide anti-



รูปที่ 3 ภาพถ่ายเอกซเรย์ปอดของผู้ป่วย

biotic) 600 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ ceftriaxone (cef- 3) 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง และให้ยาลดไข้ (พาราเซตามอล)

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นไข้ และผื่นลดลง ภายใน 1 - 2 วัน ผื่นที่หายไม่มีแผลเป็น ผู้ป่วยสามารถเดินทางกลับไปรักษาต่อที่ประเทศมาเลเซียได้

การควบคุมโรค และติดตามผู้สัมผัส

เนื่องจากแพทย์อาวุโสจากคลินิกแพทย์การทำให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าสงสัยไข้กาฬหลังแอ่น ซึ่งถือเป็นโรคติดต่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ในวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2555 ด่านฯ ได้ดำเนินการควบคุมโรค และติดตามผู้สัมผัส ดังนี้

1. หัวหน้าด่านฯ ประสานแพทย์อาวุโส ของคลินิกแพทย์ ในเวลา 15.30 น. ให้ร่วมตรวจผู้ป่วย เพื่อตัดสินใจว่าเป็นโรคติดต่อหรือไม่ แม้โดยทั่วไป

แพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยยืนยันโรคได้จากอาการทางคลินิก หรือลักษณะผื่นเท่านั้น อย่างไรก็ตามประกาศของ ICAO ให้สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ ถ้ามีอาการทางคลินิกดังนี้ มีอาการไข้ ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับ มีอาการอย่างน้อย 1 อาการต่อไปนี้ ได้แก่ ไม่สบายมาก (appearing obviously unwell), ไอเรื้อรัง (persistent coughing), หายใจลำบาก (impaired breathing), ท้องเสียเรื้อรัง (persistent diarrhea), อาเจียนเรื้อรัง (persistent vomiting), ผื่นที่ผิวหนัง (skin rash), แผลฟกช้ำดำเขียว หรือเลือดออกโดยไม่มีอาการบาดเจ็บ (bruising or bleeding without injury) หรือ มีอาการสับสนในเวลาไม่นาน (confusion of recent onset)⁽⁴⁾ ผู้ป่วยรายนี้มีอาการเข้าได้ตามประกาศดังกล่าว หัวหน้าด่านฯ จึงได้ตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปสถาบันบำราศนราดูร เพื่อให้การวินิจฉัยยืนยัน และแยกกักผู้ป่วย (isolation) เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

2. ด่านฯ ได้ประสานเจ้าหน้าที่สายการบินอีลิปต์ เพื่อขอข้อมูลตำแหน่งที่นั่งของผู้ป่วย (27 D) ขอรายชื่อผู้เดินทางทั้งหมดในเครื่องบินดังกล่าว (298 คน) พร้อมกับแผนผังที่นั่ง (seat plan) และส่งแฟกซ์ข้อมูลดังกล่าวให้สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคในฐานะที่เป็นจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประจำประเทศไทย เพื่อทำการสื่อสารไปยังจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ ประจำประเทศมาเลเซีย ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เพื่อประโยชน์ในการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด ควบคุมโรค และทำลายเชื้อบนเครื่องบินในเวลา 15.30 น.⁽⁵⁾

3. หัวหน้าด่านฯ ได้ให้หัวหน้าสาย รายงานผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป ในเวลา 16.00 น. เพื่อทราบเหตุการณ์ ตามสายการบินฉบับบัญชา และขอสนับสนุนรถส่งผู้ป่วย จากสถาบันบำราศนราดูร แต่เนื่องจากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และรถจากสถาบันบำราศนราดูรต้องใช้เวลาเดินทางค่อนข้างมาก ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป จึงได้ขออนุเคราะห์รถ

ส่งผู้ป่วย จากคลินิกแพทย์การทำ โดยเจ้าหน้าที่ด่านฯ ได้ประสานรถนำส่งผู้ป่วย (เจ้าหน้าที่ด่านฯ ที่ส่งผู้ป่วยได้ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน และผ่านการอบรมมาแล้ว ตามที่กฏอนามัยฯ กำหนด) ผู้ป่วยได้เดินทางออกจากสนามบินเวลา 17.00 น.

4. ด่านฯ ประสานสำนักงานแพทย์ตรวจคนเข้าเมือง ในเวลา 16.30 น. เรื่องพิธีการนำผู้ป่วยพร้อมญาติเข้าเมือง พร้อมประสานสำนักแพทย์การทำ ขอรถนำ (รถ follow me) ซึ่งเป็นรถนำรถส่งผู้ป่วยออกจากสนามบินทาง เขตการบิน (air side) เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายเชื้อ

5. หัวหน้าด่านฯ ได้ประสานนายสถานี (Station manager) ของสายการบินอีลิปต์ ในเวลา 16.30 น. เพื่อขอให้นายสถานีบันทึกรายชื่อ ที่อยู่ของลูกเรือ และกัปตัน ส่งมาที่ด่านฯ พร้อมให้คำแนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอาการเบื้องต้นที่อาจเกิดจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ หลังแอ่น กล่าวคือ อาจจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ ไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมาจะมีอาการ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนบ่อย คอแข็ง (ก้มคอไม่ลง) ซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว ชัก ไข้ร่วมกับมีจุดแดงจ้ำเขียวตามผิวหนัง มีเลือดออกตามที่ต่าง เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น ภายใน 2 - 10 วัน แต่ส่วนใหญ่มักมีอาการภายใน 3 - 4 วัน เชื้อนี้สามารถแพร่กระจายโดยการไอ จาม หายใจรดกัน ใช้ของใช้ร่วมกัน (เช่น การดื่มน้ำจาก แก้วเดียวกัน สิบบุหรือมวนเดียวกัน) จูบปากกัน หรือสัมผัสถูกน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือสุขภาพอ่อนแอ เมื่อรับเชื้อเข้าไปก็จะป่วยเป็นโรคนี้โดยเชื้อเข้าไปในลำคอก่อน แล้วเข้าไปในกระแสเลือด ไปที่เยื่อหุ้มสมองทำให้เกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามเชื่อว่าลูกเรือมีความเสี่ยงน้อย เพราะกัปตันไม่ได้มอบหมายให้ลูกเรือคนใดดูแลผู้ป่วย (เนื่องจากไม่ทราบผู้ป่วยขณะอยู่บนเครื่องบิน) แต่ถ้าลูกเรือมีอาการที่สงสัยดังกล่าว ให้ประสานด่านฯ

6. หัวหน้าด่านฯขอให้นายสถานีในประเทศไทย

แจ้งนายสถานีในประเทศมาเลเซีย(หัวหน้าด่านฯ ดำเนินการตามแนวทางของ WHO, ICAO, IATA โดยไม่ได้ออผลวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะเครื่องบินกำลังจะจอดที่ท่าอากาศยานในประเทศมาเลเซีย เวลา 18.05 น.) นอกจากนี้ให้สายการบินประสานลูกเรือให้ส่งเอกสาร Health Part of Aircraft General Declaration ซึ่งระบุเลขที่นั่งของผู้ป่วยอาการทางคลินิก และมาตรการการทำลายเชื้อเอกสารดังกล่าวประกาศใช้โดย ICAO เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2550 และเป็นส่วนหนึ่งของกฎอนามัยฯ^(7,8) ให้เครื่องบินที่ลงจอดส่งเอกสาร และรอกการดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในประเทศมาเลเซีย

7. ด่านฯ ได้ติดตามพนักงานให้บริการภาคพื้นดินของสายการบินจำนวน 1 คน เนื่องจากเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดจากการ อุ้มผู้ป่วยลงจากเครื่องบิน มาที่คลินิกแพทย์ แพทย์ ได้ให้ยาไซโพรฟล็อกซาซิน (ciprofloxacin) ผู้ใหญ่ให้ขนาด 500 มก. กินครั้งเดียว (ผู้ป่วยต่ำกว่า 18 ปี, หญิงตั้งครรภ์, หญิงให้นมบุตรไม่แนะนำให้ใช้ยา) แก่เจ้าหน้าที่ดังกล่าว และสามีของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการป่วยด้วยไข้กาฬหลังแอ่น⁽⁶⁾ พร้อมให้ แอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ และคำเตือนสำหรับผู้เดินทางเข้าประเทศไทย (Health beware card) ตลอดจนคำแนะนำในการป้องกันการแพร่เชื้อ โดย ล้างมือบ่อย ๆ ปิด ปาก และจุกเวลาไอหรือจาม หลีกเลี่ยงที่แออัด ไม่ใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น และให้ไปพบแพทย์ถ้ามีอาการป่วย

8. ด่านฯ แนะนำให้คลินิกแพทย์ ทำความสะอาดพื้นของคลินิก อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยด้วยยาฆ่าเชื้อที่มีระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสามารถทำลายเชื้อที่อาจปนเปื้อนได้

9. หัวหน้าด่านฯ หัวหน้าสายฯ และเจ้าหน้าที่ด่านฯ จัดหาอาหารแก่ญาติ เนื่องจากเป็นเวลาค่ำ (21.00 น และญาติต้องกินอาหารฮาลาล) และประสานขอความอนุเคราะห์ ที่พักแก่ญาติ จากเจ้าหน้าที่สถาบันบำราศนราดูร

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีความเป็นไปได้ต่อการติดเชื้อโรคติดต่อที่ร้ายแรง เพราะได้ไปเข้าร่วมพิธีอุมเราะห์ ที่นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย แล้วมีอาการป่วยชัดเจน มีไข้ ร่วมกับผื่น ซึม จากผลการตรวจของแพทย์อาวุโสที่คลินิกแพทย์สงสัยว่าอาจป่วยเป็นไข้กาฬหลังแอ่น แม้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยได้รับวัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น (วัคซีนที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน ป้องกันเชื้อไข้กาฬหลังแอ่นชนิด A, C, Y, W 135 แต่ไม่ได้ป้องกันชนิด B⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นเชื้อที่พบมาก) แต่วัคซีนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่นได้ทุกชนิด ผู้ป่วยจึงยังอาจติดเชื้อได้ อนึ่งผู้ป่วยเดินทางบนเครื่องบินที่บินเป็นระยะเวลานานกว่า 8 ชั่วโมง ทำให้โอกาสแพร่เชื้อโรคต่อ ผู้โดยสารที่นั่งอยู่ 2 แถว หน้า- หลัง และแถวเดียวกัน ผ่านสารคัดหลั่งจากการไอ หรือ จาม ได้สูง เช่นเดียวกับวัณโรค⁽⁹⁾ ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคอุบัติใหม่ อุตุนิวัติที่มีความรุนแรงในระดับ 4 ตามระดับความเสี่ยงขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาและวัคซีนป้องกัน จะมีผลเสียอย่างมากหากโรคแพร่ระบาดในประเทศไทย และอาจลุกลามเป็นภาวะสาธารณสุขที่มีผลแพร่กระจายระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concerns: PHEIC) ได้

ผู้ป่วยรายนี้ มีอาการป่วยชัดเจนและหนักมาก จำเป็นต้องรีบส่งตัวไปรักษาในสถานบริการที่มีความพร้อม ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคไข้กาฬหลังแอ่น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาช้า จะมีอาการรุนแรงถึงตายเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเชื้อโรคกระจายไปทั่วร่างกาย ถ้าอาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มก็มักจะหายขาด ผู้ป่วยบางรายหลังรักษาจนรอดชีวิตแล้ว อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง สูญเสียการได้ยิน ถึงร้อยละ 10 - 20 โดยเฉลี่ย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทันเวลามี อัตราตายประมาณ ร้อยละ 8-15⁽⁶⁾ นับเป็นโรคติดต่อที่ผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคดังกล่าว แต่ก็ต้องแยกกักและรักษาผู้ป่วยในห้องแยก (isolation room) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค

และให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งแพทย์จากสถาบันบำราศนราดูร ได้ให้ยาปฏิชีวนะรักษาเชื้อ *Staphylococcus aureus* ที่ต้านการดื้อยาปฏิชีวนะหลายชนิด (methicillin resistant *S. aureus* : MRSA) ซึ่งมักทำให้เกิดอาการติดเชื้อรุนแรง รักษาหายได้ยาก) ร่วมกับการรักษาประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ซึม ทำตามคำสั่ง อ้าปากให้แพทย์ หัวหน้าด่านฯตรวจดูคอได้ในเวลา 20.00 น

แพทย์สถาบันบำราศนราดูร และหัวหน้าด่านฯ ให้วินิจฉัยสอดคล้องว่าน่าจะเกิดจากการติดเชื้อ *S. aureus* โดยอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับลักษณะตุ่มหนอง คล้ายสิ่ว (รูปที่ 1, 2) ผลการวินิจฉัยของแพทย์ทั้งสองสอดคล้องกับผลการตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (CBC) ที่พบเม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงถึง 22,400 เม็ดต่อหนึ่งลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาวขึ้นสูงชัดเจนนี้แปลความได้ว่าน่าจะเกิดการติดเชื้ออยู่ในร่างกาย โดยเฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรีย ส่วนการติดเชื้อไวรัสไม่ค่อยทำให้เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นสูงหรือไม่เพิ่มขึ้นเลย นอกจากนี้การพบเม็ดเลือดขาวชนิด นิวโทรฟิล (neutrophils) เพิ่มสูงถึงร้อยละ 83 สนับสนุนว่ามีการอักเสบเฉียบพลันหรือติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย สำหรับผลการเพาะเชื้อจากเลือด และการย้อมสีแกรมในหนอง ไม่พบเชื้ออาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะจากโพลีคลินิกในประเทศซาอุดีอาระเบีย ส่วนความผิดปกติในปอดด้านซ้าย อาจเกิดจากการติดเชื้อ *S. aureus* ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยยืนยันผู้ป่วยรายนี้ได้ เพราะไม่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยัน จึงไม่สามารถสรุปได้แน่นอน

เชื้อ *S. aureus* สามารถทำให้ผิวหนังผู้ป่วยหลุดลอกได้ เพราะเชื้อบางสายพันธุ์ สามารถสร้างสารพิษ epidermolytic toxin (ET) ซึ่งทำให้เกิดการย่อยสลายของเซลล์ที่เกาะติดกับเซลล์ชั้นหนังกำพร้าเกิดโรคที่เรียกว่า Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) อย่างไรก็ตามโรคนี้พบบ่อยในเด็กทารก แต่พบยากในผู้ใหญ่เพราะมักมีภูมิคุ้มกันต่อสารพิษ (ET) ร้อยละ 50

ของผู้ป่วยโรคนี้อายุน้อยกว่า 50 ปี (พิสัย 10 - 89 ปี) ผู้ชายพบมากกว่าผู้หญิง 2 เท่า อัตราป่วยตายในผู้ใหญ่ มีรายงานว่ามากกว่า ร้อยละ 60⁽¹¹⁾ การวินิจฉัยผู้ป่วยผิวหนังลอกต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) ที่เกิดจากการแพ้ยา มีอาการผิวหนังลอกจากการตายของ เซลล์ในชั้น basal layer และ stratum spinosum ทำให้ชั้น epidermis แยกตัวออกจากชั้น dermis และ เมื่อกด ผิวจะลอกออกเป็นแผ่น (nikolsky sign ให้ผลบวก) โรคนี้พบน้อยมาก ประมาณ 1-6 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน⁽¹²⁾ ต่อปี เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้มีประวัติแพ้ยา เมื่อกดที่ผื่นผิวหนังไม่ลอก และพบ อีโอซิโนฟิล (eosinophils) เพียงร้อยละ 2 ซึ่งถ้ามีการแพ้ยา หรือแพ้เพราะมีพยาธิชนิดที่ไซไปทั่วตัว เม็ดเลือดขาวชนิดนี้จะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ซึ่งเป็นผลจากการสนองตอบต่อปฏิกิริยาแพ้ ผู้ป่วยรายนี้จึงไม่น่าป่วยเนื่องจากการแพ้ยา

เชื้อ MRSA เป็นเชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลทั่วโลก มีคุณสมบัติดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิด และสามารถแพร่กระจายได้ง่าย สำหรับการระบาดของเชื้อ MRSA มักพบในผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยหนักหรือได้รับผลจากการผ่าตัดและมักพบในพื้นที่ชุมชนแออัด ส่วนการติดเชื้อ MRSA นอกโรงพยาบาล มักเป็นการติดเชื้อที่ผิวหนังและอาจมีอาการรุนแรงได้ เนื่องจากเชื้อมีการดื้อยาได้หลายชนิดซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการรักษายุ่งยาก เนื่องจากต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิดสิ้นเปลืองเงินและทำให้ต้องคิดค้นยาตัวใหม่มาทำการรักษา จากประวัติผู้ป่วยรายนี้ ถ้าป่วยจากการติดเชื้อ *S. aureus* อาจได้รับเชื้อจากผู้ไปประกอบพิธีทางศาสนา หรือผู้ป่วยรายนี้อาจติดเชื้อจากโพลีคลินิก ในประเทศซาอุดีอาระเบีย เนื่องจากขณะที่ไปรับการรักษาไม่มีผื่น และญาติสงสัยเกิดว่ามีผื่นขึ้นหลังไปรับการรักษา 2 วัน ซึ่งสอดคล้องกับระยะฟักตัวของเชื้อ⁽¹³⁾

การป้องกันการแพร่กระจายและการทำลายเชื้อ

MRSA หรือโรคติดต่ออื่น ๆ จากผู้ป่วย ไปยังบุคลากร การแพทย์ที่คลินิกแพทย์ เจ้าหน้าที่สายการบิน เจ้าหน้าที่ด่านที่ปฏิบัติงาน มีความจำเป็นและสำคัญยิ่งต่อการป้องกันการระบาด สามารถทำได้โดยการแยกห้องตรวจรักษาผู้ป่วยที่สงสัยโรคติดต่อตามแนวทางของ ICAO ให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น และส่งผู้ป่วยที่สงสัยไปรับการรักษาต่อ ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคติดต่อ รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยสู่ตัวบุคลากร และหลังจากปฏิบัติงานต้องรีบล้างมือให้สะอาดทันที เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมภายนอกคลินิก ในบริเวณอาคารท่าเทียบเครื่องบิน ผู้ปฏิบัติงานส่งผู้ป่วยต้องสวมเสื้อคลุมและถุงมือ และต้องล้างมือและฉีดแอลกอฮอล์ที่มีมือเพื่อฆ่าเชื้อหลังจากสัมผัสกับผู้ป่วยแล้ว นอกจากนี้โรงพยาบาลที่ให้การ รักษาต้องจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยด้วย ในหลายประเทศในทวีปยุโรปสามารถควบคุมการติดเชื้อ MRSA ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้โดยควบคุม ความสะอาดและสุขอนามัยของผู้ป่วยและบุคลากร การแพทย์ เพื่อป้องกันการแพร่ของ MRSA ระหว่างกัน⁽¹³⁾

การควบคุมโรคติดต่อที่แพร่กระจายจากคนสู่คน (propagated source) ผ่านสารคัดหลั่งจากการ ไอ จาม และการสัมผัสใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อเดินทางในพื้นที่ จำกัด (เครื่องบิน) นานกว่า 8 ชั่วโมง จึงเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการควบคุมโรค แม้พบผู้ป่วยเพียงรายเดียว และสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อตามประกาศ ICAO เพราะ การแพร่กระจายของโรคติดต่อจากผู้ป่วยเพียง 1 ราย สามารถทำให้มีการระบาด และกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีผลแพร่ระบาดระหว่างประเทศ (PHEIC) ได้ ดังนั้นกฎอนามัยฯ⁽⁸⁾ จึงระบุให้เจ้าหน้าที่ ดำเนินมาตรการสาธารณสุขเพื่อจำกัดความเสี่ยงด้าน สาธารณสุข เพื่อป้องกัน คุ้มครอง ควบคุม ผู้เดินทาง ระหว่างประเทศ โดยหลีกเลี่ยงการรบกวนการจราจร

ระหว่างประเทศและการค้าโดยไม่จำเป็น ในกรณีโรคที่ แพร่กระจายทางสารคัดหลั่ง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ต้อง ให้ข้อมูลที่นิ่งของผู้ป่วย ข้อมูลผู้สัมผัสใกล้ชิด คือ ผู้- โดยสารที่นั่งอยู่ 2 แถว หน้า- หลัง และแถวเดียวกัน กับผู้ป่วย ข้อมูลลูกเรือที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย การดำเนินการทางการแพทย์บนเครื่องบินรวมทั้งข้อมูล การทำลายเชื้อ การทำลายแมลง เป็นต้นแก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างรวดเร็ว⁽⁷⁾

การดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขบนเครื่องบิน หรือที่ช่องทางเข้าออกประเทศ WHO, ICAO, IATA และ ACI ได้ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกัน โดยมีมาตรการ เพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายเชื้อที่ช่องทางเข้าออก ประเทศ ดังนี้⁽¹⁴⁾ การดำเนินการคัดกรองที่ช่องทางเข้า ออกประเทศ (travel measures and screening at international points of entry) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 1) การให้คำแนะนำและสร้างความตระหนักแก่ผู้เดินทาง 2) การส่งข้อมูลตามแบบ Health declaration card 3) การคัดกรองด้วยการตรวจร่างกาย การคัดกรองด้วยการวัดอุณหภูมิ 4) การค้นหาผู้สงสัยว่าป่วยบนเครื่องบิน และ 5) การห้าม หรือ งดการเดินทางระหว่างประเทศ ร่วมกับ การดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุขใน ผู้เดินทางที่ป่วย และผู้สัมผัสใกล้ชิด (management of symptomatic and exposed travelers) ในผู้เดินทาง ที่ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินอาการ ทางคลินิก 2) การเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเพื่อ การวินิจฉัย และสอบสวนโรค 3) การแยกกัก (isolation) ผู้ป่วย 4) การให้การรักษา และ 5) การติดตามผู้สัมผัส (contact tracing) สำหรับการดำเนินการในผู้เดินทาง ที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ 1) การให้ประเมินตนเอง และ รายงานอาการป่วยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การ กักกันตนเองที่บ้าน (home quarantine) และ 3) การ กักกันผู้เดินทางที่ได้รับผลกระทบในสถานที่กักกัน (institutional quarantine) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุขในผู้ป่วย และผู้- สัมผัสใกล้ชิด ตลอดจนการสื่อสารเหตุการณ์ดังกล่าวได้

ครบถ้วนตามคำแนะนำ

อย่างไรก็ดีการตัดสินใจในการดำเนินการมาตรการทางสาธารณสุขที่ช่องทางเข้าออกประเทศ เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคติดต่อขึ้นนั้น เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจต้องตัดสินใจโดยพิจารณาจาก 1) ชนิดและความรุนแรงของเชื้อก่อโรค 2) กลุ่มเสี่ยงในประชากรที่เดินทาง และ 3) ความสามารถ รวมไปถึงสมรรถนะด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขของประเทศ⁽¹⁴⁾ ซึ่งช่องทางเข้าออกประเทศ สามารถเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้โดยการสร้างสถานการณ์สมมุติ และซ้อมแผนบนโต๊ะเป็นประจำทุกปี ร่วมกับการซ้อมแผนในสถานการณ์เสมือนจริง อย่างน้อย 2 ปีครั้ง⁽⁸⁾ เพื่อเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์โรคติดต่อที่แตกต่างกันก็จะเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้เดินทางมีความเชื่อมั่นต่อสมรรถนะของท่าอากาศยาน อนึ่งความพร้อมดังกล่าวจะช่วยให้แม้เกิดเหตุการณ์ขึ้นจริงก็จะสามารถควบคุมโรคติดต่อไว้ได้ ซึ่งจะส่งผลช่วยให้การเดินทางระหว่างประเทศมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น สมดังเจตนารมณ์ของกฎอนามัยฯ และเป้าหมายการเป็นศูนย์กลางการบินในภูมิภาคของประเทศไทย⁽⁸⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สายการบินที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมกันรักษาผู้เดินทางเป็นอย่างดีบนเครื่องบิน แพทย์ และพยาบาล ที่ทำการรักษาเบื้องต้น ของคลินิกแพทย์ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ คุณอรทัย ทิมพงษ์ คุณมนจิรา ถมั่งรักษ์สัตว์ คุณดารารัตน์ ศิริมงคล และคุณนิรันดร์ อิมจอหอ เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ที่อาสาสมัครส่งต่อผู้ป่วยรายนี้ นายแพทย์โอกาส การย์กวินพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป ที่ร่วมติดตาม การรักษา ส่งต่อผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจริงจัง แพทย์พยาบาลผู้ให้การรักษาผู้ป่วย และ แพทย์หญิง จริยา ต้นสัจจา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง กรมควบคุมโรคที่อนุเคราะห์ที่พักแก่ญาติ แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์

ที่ประสานข้อมูล ในฐานะจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการบินพลเรือน. องค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ. [serial on line] 2553 [สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2555] : แหล่งข้อมูล : URL : <http://www.aviation.go.th/project/องค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ.pdf>
2. มาโนช พรพิบูลย์. องค์การที่เกี่ยวข้องกับท่าอากาศยาน. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 22 [serial on line] 2540 [สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2555] : แหล่งข้อมูล : URL : <http://guru.sanook.com/encyclopedia>
3. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2523. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อโรคติดต่อและอาการสำคัญ พ.ศ. 2547, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 121, ตอนพิเศษ 126. (ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2547).
4. ICAO. Guidelines for States concerning the management of communicable disease posing a serious public health risk. [serial on line] 2008 [Cited 2012 Dec 31] : Available from : URL : http://capsca.org/Documentation/AvInfluenza_guidelines.pdf
5. WHO. Guidance for Public Health Emergency Contingency Planning at Designated Points of Entry Requirement under the International Health Regulations (2005). Geneva. WHO; 2010.
6. Lavanchy D. Meningitis. In: Heymann DL, editor. Control of communicable diseases Manual. 19th ed. Washington DC: American Public Health Association; 2008. p. 415-21.
7. ICAO. Annex 9, Facilitation. 12nd ed. [serial on line]. 2005 [Cited 2012 Dec 11]: Available from: URL: <http://www.icao.int>.
8. สำนักวิชาชีววิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. ใน: ปรีชา เปรมปรี, อภิชาติ เมฆมาลิน, รุ่งนภา ประสานทอง, ขวลิต ดันดินิมิตกุล, บรรณาธิการ. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2550. หน้า 1 - 43.
9. คณะอนุกรรมการประสานงานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ. แนวปฏิบัติในการสอบสวนผู้ป่วยวันโรคทางเดินหายใจ เดินทางโดยอากาศยานระหว่างประเทศ และการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด. ใน: คารินทร์ อารีชัยโชคชัย, ศรีประพา เนตรนิยม, ปรีชา เปรมปรี, วินัย วุฒติโรจน์, วราลักษ์ณ์ ดังคณะกุล, วิชาญ ปาวัน และคณะ. บรรณาธิการ.แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน กรณีผู้ป่วยวันโรคทางเดินหายใจระยะแพร่เชื้อ เดินทางโดยอากาศยานระหว่างประเทศ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553. หน้า 6-9.
10. WHO, Geneva. Laboratory Biosafety Manual. 3rd ed.

- [serial on line]. 2004 [Cited 2012 Dec 31]: Available from: http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_CSR_LYO_2004_11/en/index.html
11. Elias PM, Fritsch P, Epstein EH Jr. Staphylococcal scalded skin syndrome: clinical features, pathogenesis, and recent microbiological and biochemical developments. *Arch Dermatol* 1977;113:207-19.
 12. Luk NM. Adult Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS). *Hong Kong Dermatology & Venereology Bulletin* 2002;10(1):24-6.
 13. นิตินพงษ์ สิริวงษ์, เอกชัย ชูเกียรติโรจน์. การดื้อยาปฏิชีวนะของ *Staphylococcus aureus* และแนวทางการควบคุม. *Songkla Med J* 2009;27(4):347-58.
 14. WHO, Western Pacific Region. Responding to pandemic (H1N1) 2009: options for interventions at international points of entry. Philippines: WHO; 2009: 49-74.

Abstract Control of Fever with Rash Case at Suvarnabhumi Airport

Waraluk Tangkanakul*, Patpong Chainikom**

*Suvarnabhumi Port Health Office, Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control, ** Airports of Thailand Public Company Limited (AOT)

Journal of Health Science 2013; 22:918-929.

International Health Regulations, 2005 (IHR 2005) has required member states to strength core capacities for detecting event which serious public health impact and/ or unusual or unexpected nature with high potential for spread at point of entry. A 60- year-old Malaysian woman with fever, rash and appearing obviously unwell was reported at Suvarnabhumi airport's clinic with the aim to address the management process of symptomatic, exposed travelers, crews and ground staff of air-line to control communicable diseases at airport. The case has undertaken the Umrah at Mecca, Saudi Arabia and got sick 1 day before coming back to Malaysia. She has been diagnosed as fever with rash and route out meningococemia. Physical examination revealed remarkably high fever (39°C), exhausted dehydration and generalized erythematous at body, face, and arm with multiple pustules at neck and body. Her white blood cell count suggested acute bacterial infection even if hemoculture and papule smear for gram's stain were negative. Doctor from Bamrasnaradura infectious disease institute, Department of Disease Control initial diagnosed as suspected Staphylococcal septicemia.

Key words: International Health Regulations, 2005, Suvarnabhumi airport, *Staphylococcus aureus*