

องค์ความรู้เรื่อง โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

1. ลักษณะโรค : เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดเฉียบพลันรุนแรง เกิดจากเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus) ซึ่งอยู่ในตระกูล Filoviridae family ประกอบด้วย 5 สายพันธุ์ (species) ได้แก่ สายพันธุ์ไอวอรีโคสต์ สายพันธุ์ซูดาน สายพันธุ์ซาร์อี สายพันธุ์เรสตัน (Reston) และสายพันธุ์ Bundibugyo โดยสายพันธุ์ซูดาน สายพันธุ์ซาร์อี และสายพันธุ์ Bundibugyo ทำให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาในแอฟริกา และทำให้มีอัตราป่วยตายประมาณ ร้อยละ 25-90 ในขณะที่ สายพันธุ์ไอวอรีโคสต์ และสายพันธุ์เรสตัน (Reston) มักไม่ทำให้เกิดอาการรุนแรง และยังไม่มียารักษาการเสียชีวิตจากสายพันธุ์เรสตัน (Reston)
2. อาการของโรค และระยะฟักตัว : ระยะฟักตัวประมาณ 2 - 21 วัน ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามีไข้สูงทันทีทันใด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และเจ็บคอ ตามด้วยอาการ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นนูนแดงตามตัว (maculopapular rash) ในรายที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต จะพบมีเลือดออกง่าย โดยเกิดทั้งเลือดออกภายในและภายนอกร่างกาย (internal and external bleeding) มักเกิดร่วมกับภาวะตับถูกทำลาย ไตวาย หรือก่อให้เกิดอาการของระบบประสาทส่วนกลาง ช็อก และเสียชีวิตได้
3. การวินิจฉัยโรค : การวินิจฉัยมักจะเป็นการตรวจผสมผสานระหว่างการตรวจหาแอนติเจน โดยวิธี RT-PCR ร่วมกับหาแอนติบอดี คือ IgM หรือ IgG จากตัวอย่างเลือด น้ำเหลือง หรือจากอวัยวะ อาจใช้การแยกเชื้อไวรัสโดยการเพาะเชื้อ หรือการเลี้ยงในหนูตะเภา หรือบางครั้งอาจตรวจพบเชื้อได้จากการส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนในชิ้นเนื้อจากตับ ม้าม ผิวหนัง หรืออวัยวะอื่นๆ การชันสูตรศพโดยการตรวจชิ้นเนื้อ (Formalin-fixed skin biopsy) หรือการผ่าศพพิสูจน์ด้วยการตรวจหาภูมิคุ้มกันหรือองค์ประกอบทางเคมีของเซลล์และเนื้อเยื่อสามารถทำได้และเนื่องจากโรคนี้มีอันตรายต่อมนุษย์สูงมาก ดังนั้นการตรวจและศึกษาทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ กระทำได้เฉพาะในระบบป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งชุมชนในระดับสูงสุด (BSL-4)
4. การรักษา : ไม่มีการรักษาจำเพาะ ในรายที่มีอาการรุนแรงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ
5. แหล่งรังโรค : ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ถึงแม้จะมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง จากหลักฐานที่เพิ่มขึ้นชี้ให้เห็นถึงบทบาทของลิง (ซึ่งมีโรคที่คล้ายคลึงกับคน) และ/หรือ ค้างคาวในห่วงโซ่การถ่ายทอดเชื้อสู่คน ในทวีปแอฟริกา พบว่าการติดเชื้อไวรัสอีโบลาในผู้ป่วยรายแรกที่พบ (human index case) มีความเกี่ยวข้องกับการสัมผัสลิงกอริลล่า ลิงชิมแปนซี ลิงอื่นๆ สัตว์จำพวกเลี้ยงผา กวางผา และเม่นที่ตายหรือถูกฆ่าในป่าดิบ จนถึงปัจจุบันนี้ พบเชื้อไวรัสอีโบลาในสัตว์ป่า เช่น ชากลิงชิมแปนซี (ในประเทศไอวอรีโคสต์และสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก) ลิงกอริลล่า (ในประเทศกาบองและประเทศคองโก) และตัว duikers (ในประเทศคองโก) ที่พบตายในป่าดิบ การตายของลิงชิมแปนซี และลิงกอริลล่าจำนวนมากสามารถใช้ในการเฝ้าติดตามการแพร่กระจายของไวรัสได้ แต่อย่างไรก็ตาม แม้สัตว์เหล่านี้จะสามารถติดเชื้อและแพร่เชื้อสู่คนได้ แต่ไม่น่าจะเป็นแหล่งรังโรค และจากหลักฐานที่มีอยู่บ่งชี้ว่า ค้างคาวน่าจะเป็นแหล่งรังโรค จากการตรวจหาการสร้างแอนติบอดี และ RT-PCR ในค้างคาว และความสัมพันธ์ของการสร้างแอนติบอดีในคนที่สัมผัสค้างคาว

6. **วิธีการแพร่โรค :** พบการติดต่อของเชื้อไวรัสอีโบลาสู่คน โดยการสัมผัสโดยตรงกับเลือดหรือเครื่องในของลิงที่ติดเชื้อ หรือเกิดขณะจัดการหรือชำแหละสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่ตาย โดยยังไม่พบรายงานจากการติดเชื้อผ่านทางละอองฝอยที่ลอยในอากาศ สำหรับการติดต่อจากคนสู่คน เกิดจากการสัมผัสโดยตรงกับเลือดที่ติดเชื้อ สารคัดหลั่ง อวัยวะ หรือน้ำอสุจิ นอกจากนี้ การติดเชื้อในโรงพยาบาลก็พบได้บ่อยผ่านทางเข็มและหลอดฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อ และยังพบการแพร่กระจายเชื้ออีโบล่าในพิธีศพได้บ่อย เนื่องจากญาติผู้เสียชีวิตอาจมีการสัมผัสโดยตรงกับร่างกายของผู้เสียชีวิต
7. **ระยะติดต่อของโรค :** จะไม่มีการแพร่เชื้อก่อนระยะมีไข้ และจะแพร่เชื้อเพิ่มมากขึ้นในระยะที่มีอาการป่วยนานเท่าที่เลือดและสารคัดหลั่งยังมีไวรัสอยู่ ในผู้ป่วยรายหนึ่งที่ได้รับเชื้อจากห้องปฏิบัติการสามารถตรวจพบเชื้ออีโบล่าในน้ำอสุจิได้ในวันที่ 61 แต่ตรวจไม่พบในวันที่ 76 หลังเริ่มป่วย
8. **มาตรการป้องกันโรค :** ยังไม่มีวัคซีนหรือการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ควรป้องกันการมีเพศสัมพันธ์หลังการเจ็บป่วยเป็นเวลา 3 เดือน หรือจนกระทั่งตรวจไม่พบไวรัสในน้ำอสุจิ
9. **มาตรการควบคุมการระบาด :** แยกผู้ป่วยสงสัยจากผู้ป่วยอื่นๆ และเฝ้าระวังผู้สัมผัสใกล้ชิด ใช้มาตรการ ป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาลอย่างเข้มงวด รวมถึงดำเนินการให้ความรู้แก่ชุมชนอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว