

การควบคุมอุบัติการณ์โรคเรื้อนให้อยู่ในขอบเขตจำกัด (How to curb the incidence of leprosy)⁽¹⁾

ศ.นพ.ธีระ รามสูต

ที่ปรึกษากর্মควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการ มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ในทุกวันนี้ปัญหาที่เผชิญเกี่ยวกับความพยายามควบคุมและกำจัดโรคเรื้อน นับแต่ ปี พ.ศ. 2548 ได้แก่ การที่อัตราความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเรื้อนได้ขึ้นสู่จุดสูงสุด คือ ประมาณสองแสนคน ดังนั้นในทุกปี ในรอบแปดปีที่ผ่านมา ได้ประสบปัญหาที่ยังไม่สามารถค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มากกว่าสองแสนคนดังกล่าวได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคอัฟริกา, อเมริกา และเอเชีย การแพร่ติดต่อของการติดเชื้อโรคเรื้อนก็ยังพบ เกิดต่อเนื่องอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องในแวดวงประชาคมโรคเรื้อนจึงมีคำถามว่าจะสามารถหยุดยั้ง การแพร่โรคดังกล่าวได้อย่างไร ปัญหานี้ได้รับความสนใจและนำเข้าสู่การประชุมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนในเดือนมิถุนายนที่นครเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ด้วย การเชิญชวนและเป็นเจ้าภาพของมูลนิธิ Novartis Foundation For Sustainable Development, บริษัท Norvatis, นครเจนีวา ซึ่งเป็นบริษัทในสวิตเซอร์แลนด์ผู้ผลิตยาเคมีบำบัดผสมรักษาโรคเรื้อน (Multidrug therapy : MDT) และเป็นผู้บริจาคยาดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วโลกผ่านองค์การอนามัยโลก นับแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนดังกล่าวได้เห็นพ้องต้องกันว่า การแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนสามารถหยุดยั้งได้ในประเทศที่ยังมิได้รับการติดตามตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง และการที่จะทำให้เกิดการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนเลยให้สำเร็จได้ (Zero transmission) จึง

ย่อมขึ้นอยู่กับข้อกำหนด (Requirements) ของที่ประชุมดังต่อไปนี้ :

1. รัฐบาลของประเทศต่างๆ ที่ยังพบมีผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดขึ้นควรสร้างพันธสัญญาผูกพันร่วมกันว่าจะนำกลวิธีไปปฏิบัติดำเนินการตามความมุ่งหมายที่จะลด หรือถ้าเป็นไปได้ที่จะหยุดชะงักการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนให้ได้ ทุกประเทศควรจัดสรรเงินงบประมาณที่ต้องการสำหรับสนับสนุนความมุ่งหมายดังกล่าว โดยองค์ประกอบสำคัญ (Key elements) ของกลยุทธ์ ได้แก่

1.1 การยังคงรักษาการดำเนินงานให้วัดขึ้นปีชี้ชี้ ให้ครอบคลุมประชากรตามเป้าหมายไว้ให้ได้

1.2 การจัดการด้านผู้สัมผัสโรคที่เข้มแข็งเชิงรุก โดยการติดตามตรวจร่างกายผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ค้นพบ และวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนทุกราย เพื่อเป็นการป้องกันแบบ Post-exposure prophylaxis

1.3 การดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้พบแต่เนิ่นๆ และให้ยาเคมีบำบัดผสมทันที

2. ปัจจุบันมีเครื่องมือใหม่ๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อโรคเรื้อน และหรือโรคเรื้อน ซึ่งใช้ได้ง่ายในสภาวะท้องที่ และมีราคาถูก รวมทั้งมีความไวและความจำเพาะเจาะจงในระดับที่เหมาะสมที่สุด (optimum sensitivity and specificity) ที่สามารถจะพัฒนาขึ้นมาและกระจายออกไปใช้ให้รวดเร็ว โดยมีจุดติของเครื่องมือในการวินิจฉัยโรคที่สามารถค้นหาผู้ที่ติดเชื้อก่อนมีอาการโรคเรื้อน

(1) เรียบเรียงจากเอกสารรายงานสรุปผลการประชุม เรื่อง "How to curb the incidence of leprosy" วันที่ 5-16 มิถุนายน 2556 ที่โรงแรม de la Polnis, นครเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ จัดโดย The Novartis Foundation For Sustainable Development

(subclinical leprosy infection) ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง และค้นหาผู้ที่ติดเชื้อโรคเรื้อนไปแล้วในผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อระบุผู้ควรได้รับการให้ยาเคมีป้องกันอย่างเหมาะสมต่อไป (chemoprophylaxis) เครื่องมือดังกล่าวจึงมีความสำคัญสูงมากในการกำกับดูแลการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในประเทศที่ยังมีโรคเรื้อนชุกชุม

3. ระเบียบยาที่เหมาะสมที่สุด (Optimal regimen) ที่จะใช้ให้เป็นยาเคมีบำบัดป้องกันในผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Post-exposure chemoprophylaxis) จำเป็นต้องกำหนดการดำเนินการเป็นการเร่งด่วน และทำให้มีผลใช้บังคับต่อไปโดยข้อมูลของเคมีบำบัดป้องกันที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน ได้แก่ การพบว่า การใช้ยาอะริฟามปีซินขนาดให้ครั้งแรกรั้งเดียว (single-dose rifampicin) นาน 2 ปี ภายหลังการติดเชื้อ

4. เทคโนโลยีเชิงนวัตกรรม (Innovative technology) สำหรับการทำการเฝ้าระวัง (surveillance) เช่น การติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคทั้งเชิงรุกและเชิงรับ (active and passive contact tracing) ตามด้วย Post-Exposure Chemoprophylaxis การสำรวจโรคเรื้อน และการทำแผนที่ทางระบาดวิทยา (epidemiological mapping) นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องดำเนินการ โดยในการเฝ้าระวังต้องดำเนินการควบคู่ไปกับกลไกการสนองตอบอย่างเหมาะสมที่จะให้เกิดสภาวะการปลูกเรื้อนตัวอยู่อย่างสม่ำเสมอ โดยถ้าจะทำให้สมบูรณ์แบบที่สุทธูปแบบมาตรฐานของการเฝ้าระวังโรคเรื้อนนานาชาติ ควรได้รับการนำมาทำให้มีผลบังคับใช้โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ

5. กิจกรรมในการควบคุมโรคเรื้อนควรดำเนินการอย่างเข้มข้น และบูรณาการอย่างเต็มที่ในระบบสุขภาพของประเทศที่ยังพบมีผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยในประเทศที่ไม่มีระบบบริการสาธารณสุขที่เข้มแข็ง กิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนควรร่วม

ใช้โครงสร้างสถานบริการสุขภาพต่างๆ ที่ใช้ในโครงการควบคุมโรคอื่นๆ อาทิ โครงการดูแลสุขภาพทางผิวหนัง เป็นต้น

รายงานการประชุม

บทนำ

ผู้เข้าประชุมได้แสดงความขอบคุณต่อการที่ได้มีการยอมรับเมื่อทำการใช้ยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ไปปฏิบัติ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วโลกลดลงจากมากกว่า 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2523 จนเหลือเพียง ราว 200,000 คนเท่านั้น โดยมีบริษัท Novartis เป็นผู้บริจาคยา MDT ให้รักษาฟรี นับแต่ปี พ.ศ. 2543 และจะยังบริจาคต่อไปอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยจนถึง ปี พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตามใน 5-10 ปีที่ผ่านมา ได้พบว่ามีแนวโน้มในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลงจนสู่ระดับสูงสุดที่อยู่นิ่งแล้ว แต่โรคเรื้อนก็ยังคงชุกชุมอยู่ในหลายประเทศ ในภูมิภาค อัฟริกา และเอเชีย โดยยังคงมีการกระจุกตัวสูงของการติดเชื้อที่เป็นปัญหาอยู่ แม้ในประเทศที่ความชุกต่ำมากแล้วก็ตาม ดังนั้นจึงเป็นการชัดเจนว่ายังคงมีการเกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนอยู่ และยา MDT ยังคงเป็นเครื่องมือสำคัญในปัจจุบันที่เพียงพอที่จะควบคุมโรคเรื้อนได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีหลายประเทศสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จหรือใกล้จะสำเร็จ ดังนั้นกลยุทธ์ที่ต้องการในปัจจุบัน จึงอยู่ที่การกำหนดเป้าหมายวิธีดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ๆ มีการกระจุกตัวสูง (High-burden pockets) มากกว่าจะขึ้นอยู่กับเพียงความพยายามในการขยายงานไปที่ละน้อยวัตถุประสงค์ของการประชุมครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจค้นหาว่า ทำอย่างไรจึงจะสามารถลดการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนให้น้อยลง หรือหยุดยั้งลงให้ได้โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันหรืออยู่ในแผนที่จะดำเนินการ

บทเรียนที่เรียนรู้จากกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนในอดีตและปัจจุบัน

ในปี พ.ศ. 2535 ยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ได้ครอบคลุมถึงเพียงร้อยละ 42 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลงทะเบียนรักษาทั่วโลก แต่หลังจากนั้นเพียงห้าปี ก็สามารถขยายครอบคลุมได้เต็มร้อย และในปี พ.ศ. 2553 ความชุกของโรคเรื้อนได้ลดลงมากกว่าร้อยละ 90 ใน 25 ปี ที่ผ่านมาพบว่าสามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรคได้มากกว่า 16 ล้านคน ด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเสริมสนับสนุนต่อผลลัพธ์ของความสำเร็จดังกล่าว

ปัจจัยแรก ได้แก่ จากการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกคนทั่วโลกได้เข้าถึงหรือได้รับการรักษาด้วยยา MDT อย่างยั่งยืน **ปัจจัยที่สอง** ได้แก่ ทุ่มเทพยยามในการเพิ่มความตระหนัก (Awareness) ในความสำเร็จและปัญหาโรคเรื้อน และในความสำเร็จของการลดตราบาป (stigma) ที่สังคมประทับความรังเกียจตอคนที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ต้องทนทุกข์ทรมานตลอดมาลงได้ **ปัจจัยประการที่สาม** ก็คือการไม่ปรากฏ มีการต้อยา MDT ซึ่งเป็นผลที่น่าชื่นชมของการใช้การบรรจุยา MDT ไว้ในแผงๆ ละ 1 เดือน (MDT Blister pack) นอกจากนั้นบทเรียนที่เรียนรู้จากเรื่องราวความสำเร็จครั้งนี้ น่าจะได้แก่ การที่สามารถเข้าถึงประชากรผู้ป่วยโรคเรื้อนขนาดใหญ่ได้ แม้จะด้วยเพียงการใช้รูปแบบวิธีการที่ค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่เรียบง่าย แต่มีหลักการและประสิทธิภาพผลงานที่ดีมาก ฝากไว้เป็นตำนานของความสำเร็จที่น่าชื่นชม

ข้อบกพร่องผิดพลาดที่ควรแก้ไขต่างๆ ในกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน

อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าข้อบกพร่องผิดพลาด (shortcoming) ต่างๆ ที่ควรแก้ไขต่อไป คือ

1) แม้เมื่อยาเคมีบำบัดยังมีแจกให้รักษาฟรี

ทั่วโลก แต่กลับพบว่า ยังไม่มีความพยายามมากพอในการเพิ่มพูนความพร้อมที่จะกระจายยาไปให้ทั่วถึง และยังพบว่า ยังไม่สามารถทำให้การรักษาโรคเรื้อนด้วยยา MDT ได้รับการครอบคลุม และเข้าถึงยาได้ในประชากรในบางพื้นที่ๆ ยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือความชุกสูง

2) จุดอ่อนของการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของบุคลากรรักษากลุ่มที่ยังดำเนินการไม่เพียงพอ

3) การกำกับดูแลความก้าวหน้าของการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน และการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ยังไม่เพียงพอ

4) หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่จะรองรับการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการตรวจยืนยันการวินิจฉัย และการให้การรักษาอาการแทรกซ้อนและภาวะข้างเคียง (side-effect) ต่างๆ ยังมีไม่เพียงพอ

5) ข้อผูกพันหรือพันธสัญญาทางการเมือง (Political Commitment) ยังไม่ได้รับการสืบสานต่อให้ยั่งยืนในทุกระดับของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความชุกของโรคเรื้อนได้เริ่มลดต่ำลง

6) การประสานงานระหว่างประเทศต่างๆ ในด้านโรคเรื้อนยังคงค่อนข้างอยู่ในระดับที่ต่ำและไม่เพียงพอ

ปัญหาอุปสรรคทั้ง 6 ข้อดังกล่าวข้างบน จึงยังคงดำรงอยู่อย่างชัดเจนต่อความพยายามที่จะหยุดยั้งการแพร่ติดต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน และยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจนถึงวิธีการแพร่ติดต่อของการติดเชื้อ ตลอดจนปัจจัยที่จะตรวจวัดได้ว่าการติดเชื้อจะเกิดได้ที่ไหน, อย่างไร และทำไมจึงเกิดขึ้น และทำไมผู้ที่ติดเชื้อไปแล้ว บางคนจึงเกิดอาการเป็นโรคเรื้อน ขณะที่อีกหลายคนไม่เกิดอาการเลย โดยสรุปจึงมีปัญหาก็ยังมีหลักฐานประจำใช้ทางระบาดวิทยาที่น้อยมากที่จะใช้เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนว่าโรคเรื้อนเกิดขึ้น ณ ที่ใด ในประเทศที่มีความเสี่ยง นอกจากนั้นยังไม่มี ความชัดเจนด้วยว่าทำไมในบางพื้นที่ โรคเรื้อน

ได้หมดไปเองตามธรรมชาติเกิดได้อย่างไร แม้โดย
ไม่มีการรักษาด้วยยา MDT ก็ตาม

บทเรียนจากโครงการควบคุมโรคอื่นๆ ที่กำลัง ดำเนินงานอยู่

ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านวัณโรค, คุดทะราด
และ Guinea-worm ผู้ร่วมในการประชุมครั้งนี้ ได้
เสนอบทเรียนที่ดีเพื่อนำมาพิจารณาประยุกต์ใช้ใน
โครงการควบคุมโรคเรื้อนต่อไปดังนี้

1. โครงการควบคุมวัณโรค

1.1 ได้มีการนำวิธีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ซึ่ง
วางเป้าหมายที่ประชากรหรือกลุ่มประชากรที่เสี่ยง
ต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้
รับการดำเนินการต่อด้วยการคัดกรองผู้สัมผัสด้วย
การถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก และหรือด้วยการตรวจ
เสมหะเพื่อค้นหา active หรือ latent tuberculosis
ขณะที่ในหลายประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ได้ใช้
วิธีสำรวจความชุกทั่วประเทศ โดยใช้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างประชากรราวห้าหมื่นคน โดยค่าใช้จ่ายการ
สำรวจอยู่ระหว่าง 1-4 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเทียบ
กับโครงการคนโรคเรื้อนแล้วแพงมากไม่น่าจะทำได้
แม้ความชุกโรคเรื้อนจะต่ำกว่าวัณโรคมาก การให้ยา
เคมีป้องกัน (chemoprophylaxis) โดยใช้ Isoniazid
และบางครั้งเป็นส่วนน้อยร่วมกับ rifamycin ซึ่งมี
ประสิทธิภาพสูงมากในโครงการควบคุมวัณโรค ซึ่งมุ่ง
ป้องกัน activation หรือ reactivation ของ latent
infection ในผู้สัมผัสกับ index cases

1.2 บทเรียนที่สำคัญอันหนึ่งที่ได้เรียนรู้จาก
กิจกรรมการควบคุมวัณโรค ได้แก่ ความจำเป็น
ที่จะต้องให้ลำดับความสำคัญที่สูงต่อการวิจัยเพื่อ
พัฒนาการทดสอบที่เป็น specific และ sensitive
tests เพื่อค้นหาการติดเชื้อก่อนปรากฏอาการ
(subclinical infection) โดยพบว่า การวิจัยทาง
วัณโรคสามารถพัฒนาวิธีทดสอบดังกล่าว ได้มาก
มากกว่าสิบปีมาแล้ว อาทิ การรักษาที่ใช้
transcriptional profiling ของผู้ป่วยวัณโรคมา

ใช้ identify diagnostic markers ของ human
genetic response ต่อ infection ในผู้ป่วย
ประเภทและระยะต่างๆ ตามลำดับ คือ 1) active
tuberculosis 2) latent tuberculosis หรือผู้ป่วย
ที่มีประวัติของการ exposure กับผู้ป่วยชนิด active
tuberculosis วิธีการดังกล่าวนี้จึงอาจนำมาใช้ในการ
identify Biomarker สำหรับใช้ในการทดสอบการ
วินิจฉัยเพื่อสามารถแยกความแตกต่างของสภาวะโรค
เรื้อนต่างๆ (disease states) และช่วยในการทำนาย
disease outcome ได้ด้วย

งานวิจัยด้านเครื่องมือ (tools) อื่นๆ สำหรับ
การควบคุมวัณโรค เช่น ยาและวัคซีนใหม่ๆ อาจใช้
ประโยชน์เป็นเครื่องมือในการควบคุมโรคเรื้อนได้
ด้วย เพราะทั้งสองโรคนี้มีความคล้ายคลึงกันในด้าน
พยาธิสภาพการเกิดโรคสำหรับวัคซีนตัวใหม่ๆ ที่
กำลังพัฒนาในวัณโรคเพื่อประโยชน์หลักในการนำ
มาใช้เพื่อ post-exposure vaccination เพราะอาจ
ไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับวัคซีน BCG ที่จะใช้เพื่อ
primary protection จึงไม่น่าจะมาทดแทน BCG
ได้ ส่วนงานวิจัยในสัตว์ทดลองยังพบว่า วัคซีน
สำหรับวัณโรค ใหม่ๆ สามารถนำมาใช้เพื่อป้องกัน
วัณโรคในระยะสั้นได้ ขณะเดียวกันโรคเรื้อนก็พบ
หลักฐานงานวิจัยว่า การติดเชื้อโรคเรื้อนครั้งแรก
สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของวัคซีน บีซีจี ที่เคยได้
รับมาก่อนในการเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านโรคเรื้อน
มากขึ้นด้วย หลักฐานดังกล่าวสามารถช่วยอธิบาย
ถึงข้อสังเกตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางต่อ
โครงการให้วัคซีน บีซีจี ในวัยเด็กในปัจจุบันสามารถ
ป้องกันผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการติดเชื้อ
โรคเรื้อนได้ และมีผลเชิงบวกอย่างมากมายต่อ
สถานการณ์โรคเรื้อนทั่วโลก

1.3 บทเรียนสำหรับการควบคุมโรคเรื้อน
สามารถพบได้เช่นกันในการกวาดล้างคุดทะราด
โดยบทเรียนอันหนึ่งที่ทำเป็นต่อการจัดการไปอย่าง
พร้อมกันสำหรับผู้ที่มีอาการปรากฏ ผู้ที่อยู่ในระยะ
แอบแฝงของโรค (Latent disease) และผู้สัมผัสกับ

ผู้ป่วย บทเรียนอื่นๆ ได้แก่ความจำเป็นที่จะต้องนำมาดัดแปลงได้ ดังตัวอย่างการใช้การให้การรักษาทันต่อผู้ป่วยและผู้สัมผัส (หรือแก่สมาชิกทั้งหมดของชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังจะพบจากกลยุทธ์ที่ใช้ในการกวาดล้างคุดทะราดที่อินเดีย ซึ่งใช้กลวิธีของการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก, การรักษาผู้ป่วยและผู้สัมผัสการฝึกอบรมเพิ่มความรู้ความสามารถของทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงลึก การพัฒนางานให้ความรู้และการสื่อสาร, การกำกับดูแลและประเมินผลอย่างเข้มข้นแก่บุคลากร และการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐต่างๆ

1.4 เมื่อเปรียบเทียบอาการทางผิวหนังที่พบบ่อยของโรคเรื้อนกับโรคผิวหนังอื่นๆ เช่น Buruli Ulcer และคุดทะราด จะพบว่ามียาหลักการที่มีเหตุผลสำหรับกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังโรค และการวินิจฉัยโรคที่สามารถนำมาใช้ได้ในการจัดทำโครงการร่วมในการดูแลสุขภาพผิวหนัง คือ **“Single skin health program”** ซึ่งจะมีประโยชน์ที่เห็นได้ชัด คือ การเพิ่มความจำเพาะเจาะจง (Specificity) ของการวินิจฉัยโรค

1.5 กลยุทธ์ที่ใช้ในโครงการกวาดล้าง Guinea Worm ในเบื้องต้นขึ้นอยู่กับการค้นหาผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังโรคทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และการควบคุมจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วย (Containment) โดยการใช้อาสาสมัครหมู่บ้าน 1 คนต่อชาวบ้าน 500 คน ในการค้นหาและรักษาผู้ป่วย และการควบคุมจำกัดพื้นที่ผู้ป่วยด้วยการป้องกันมิให้พวกเขาไปทำให้แหล่งน้ำต้องแปดเปื้อน (contaminating) โดยสำหรับการเฝ้าระวังเชิงรับ (passive surveillance) ได้รับการสนับสนุนเงิน 50-100 ดอลลาร์สหรัฐ แก่สมาชิกชุมชนในการช่วยรายงานผู้ป่วย ส่วนอาสาสมัครชุมชนยังช่วยในการรายงานผู้ป่วยที่รักษาหายหมดแล้ว และพื้นที่ๆ ปลอดการแพร่ติดต่อโรคแล้ว รวมทั้งการสนับสนุนการทำแผนที่แสดงพื้นที่ๆ หยุดการแพร่ติดต่อโรคได้แล้ว ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้จึงหวังว่า น่าจะพิจารณานำระบบ

การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของชุมชนเช่นนี้มาใช้ในการทำงานควบคุมโรคเรื้อนต่อไป

การเฝ้าระวังโรคและการจัดการเกี่ยวกับผู้สัมผัส

1. การติดตามตรวจผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนนับเป็นองค์ประกอบหนึ่งของโครงการควบคุมโรคเรื้อน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสามารถค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่เนิ่นๆ การติดตามตรวจผู้สัมผัสช่วยให้ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้มากกว่าในพื้นที่ที่มีความชุกต่ำ เมื่อเทียบกับในพื้นที่ๆ มีความชุกสูงจากผลการวิจัยที่เสนอในการประชุมครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความเสี่ยงต่อผู้สัมผัสผันแปรในเบื้องต้นตามระยะทางจากบ้าน ระหว่างผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะแรก (index cases) ดังนั้นในโครงการควบคุมโรคเรื้อนโดยทั่วไป จึงได้มุ่งเน้นไปที่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Household contacts) ซึ่งน่าจะมีความเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญ น่าจะติดเชื้อได้มากกว่าผู้สัมผัสที่อยู่ห่างไกลจากบ้านผู้ป่วย เช่น

- 1) ผู้สัมผัสที่เป็นเพื่อนบ้าน (Neighboring contacts)
- 2) ผู้สัมผัสในชุมชนที่คุ้นเคยกัน (Social contacts) และ
- 3) ผู้สัมผัสในที่ร่วมงาน (working contacts)

ดังนั้น ตามความมุ่งหมายของการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนที่ประชุมได้เห็นพ้องกันว่า ผู้สัมผัสทั้ง 4 ประเภทดังกล่าว ควรได้รับการติดตามตรวจทั้งหมดไม่ว่าระยะทางจะห่างจากบ้านผู้ป่วยรายแรกในชุมชนนั้นมากน้อยเพียงไรก็ตาม

2. เมื่อได้ระบุตัวลงทะเบียนผู้สัมผัสทั้งหมดดังกล่าวแล้ว ควรปฏิบัติการต่อไปตามขั้นตอน คือ

2.1 การปฏิบัติการตรวจร่างกายผู้สัมผัสทุกคนเพื่อตรวจว่า มีอาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical symptoms / signs) หรือไม่อย่างไร เพื่อรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) แก่ผู้ที่ตรวจพบอาการและวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน

2.2 ผู้สัมผัสทุกคนควรได้รับการแนะนำว่า พวกเขามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเป็นโรคเรื้อน และแนะนำว่าอาการเริ่มเป็นโรคเรื้อนเป็นอย่างไร

(เช่น วงต่างขาว-แดง ขา หักไม่เจ็บ ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก มือเท้าชา กล้ามเนื้อนิ้วมืออ่อนกำลัง และลิบ ฯลฯ) และควรมีเงินตอบแทนถ้าผู้สัมผัสสามารถตรวจพบตนเองมีอาการสงสัยว่าจะเป็นโรคเรื้อน และไปตรวจที่โรงพยาบาล/สถานอนามัยใกล้บ้าน เพื่อเป็นแรงจูงใจ

2.3 สำหรับผู้สัมผัสที่ไม่มีการแสดงของโรคเรื้อนปรากฏ (visible sign) ควรดำเนินการตามวิธีการป้องกันหลังสัมผัสโรคเรื้อน (Post - exposure prophylaxis: PEP) ต่อไป โดยมีวิธีการที่จะเลือกปฏิบัติได้ (options) ดังต่อไปนี้

1) การให้ยาเคมีบำบัดป้องกัน (chemo-prophylaxis)

ด้วยยาอะบอบ Rifampicin ครั้งแรกครั้งเดียว (Single Dose of Rifampicin) เพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (Detection rate of new patients) โดยจากการศึกษาพบว่า สามารถลดการแพร่ติดต่อของการติดเชื้อได้ร้อยละ 50-60 และมีหลักฐานยืนยันว่าสามารถคงผลการป้องกันโรคเรื้อนได้นานถึง 2 ปี

ส่วนการศึกษาการให้ยาเคมีบำบัดป้องกันระบบดังกล่าว ข้างบนซ้ำอีกหนึ่งเดือน หรือเพิ่มต่อไปเดือนละครั้ง หรือใช้ยาอะบอบอื่นๆ เช่น ใช้ระบบยาสามอย่าง (triple-drug regimens) ซึ่งใช้อยู่ในบราซิล ซึ่งยังไม่ได้รับการยืนยันผลจากการศึกษาแบบ Randomized control studies โดยสรุปจึงยังไม่มีหลักฐานยืนยันผลระยะยาวที่ชัดเจน

การศึกษาต่อไปในเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นหลักประกันรับรองให้ได้ว่า ศักยภาพของระบบ post-exposure prophylaxis (PEP) regimens ต่างๆ สามารถหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้ โดยเฉพาะในบราซิลที่ได้ให้ PEP แก่ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายที่ได้ค้นพบไม่ว่าผู้สัมผัสนั้น จะอยู่ห่างไกลจากผู้ป่วยรายแรกเพียงใดก็ตาม ซึ่งหลักการที่มีเหตุผลอันหนึ่งของการดำเนินงาน PEP ดังกล่าวก็คือการค้นพบว่า การให้ยาเคมีป้องกันมี

ประสิทธิภาพในผู้สัมผัสที่อยู่ห่างไกล จากผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงกว่าในผู้สัมผัสที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายตามความจริงได้หรือไม่ว่า ผู้สัมผัสที่อยู่ห่างไกลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการติดเชื้อต่ำกว่าผู้สัมผัสที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วย ซึ่งก็ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องนี้

2.4 Immunoprophylaxis โดยใช้วัคซีน บีซีจี พบว่า มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเรื้อนได้ในอัตราร้อยละ 56 (Protective efficiency rate) แม้แต่ในบุคคลที่เคยได้รับวัคซีน บีซีจี มาแล้วในวัยเด็ก ในโครงการณรงค์ให้วัคซีนป้องกันวัณโรค แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยประสิทธิผลของการให้วัคซีน บีซีจี ในผู้สัมผัสผู้ป่วยโรคเรื้อนวัยเด็ก (Post - exposure - BCG vaccination) ยังไม่มีผลสรุปที่ยืนยันชัดเจน

2.5 การใช้วิธีผสมร่วมกันระหว่าง Immunoprophylaxis กับ chemoprophylaxis ในผู้สัมผัสน่าจะสามารเพิ่มศักยภาพการป้องกันโรคเรื้อน ได้คงทนกว่าการใช้ยา Rifampicin อย่างเดียว เพราะวัคซีน บีซีจี มีผลเพิ่มภูมิคุ้มกันอยู่ได้นานกว่าการใช้ยา ไรแฟมพิซิน แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานที่เป็นข้อสรุป

เครื่องมือสำหรับการควบคุมโรคเรื้อนซึ่งกำลังอยู่ในแผนการดำเนินการพัฒนา

1. ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเรื้อน และวัคซีนได้ดำเนินการอยู่ที่สถาบันวิจัย โรคติดเชื้อ (Infectious Disease Research Institute : IDRI) ที่ Seattle, Washington, สหรัฐอเมริกา ได้รับการนำเสนอในการประชุมครั้งนี้โดยประธานสถาบัน Stephen Reed โดยได้ทดลองใช้ serological test เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคเรื้อน และได้รับการนำไปทดสอบที่บราซิลและฟิลิปปินส์ วัคซีนที่พัฒนาขึ้นเพื่อหยุดยั้ง progression ของโรคเรื้อนได้เริ่มทดลองทางคลินิกมาราว 6-9 เดือนแล้ว อย่างไรก็ตามจนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรคเรื้อนระยะเริ่มมีอาการครั้งแรก หรือระยะก่อน

มีอาการ (subclinical leprosy) ที่ประชุมครั้งนี้จึงได้ตกลงร่วมกันว่า การทดสอบดังกล่าวน่าจะมีประโยชน์อย่างมากต่อการใช้ทดสอบเพื่อยืนยันหรือแยกว่าไม่ใช่การติดเชื้อโรคเรื้อนในผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายแรก ใน IDRI dichotic test ที่ใช้วิธีการ Fusion construct ของแอนติเจนสองชนิดที่เลือกมาจากกลุ่มแอนติเจนของเชื้อโรคเรื้อน 30 แอนติเจนที่แยกได้โดยทีมนักวิจัยของ IDRI และพบว่าแอนติเจนสองชนิดที่เลือกไว้ได้รับการตอบสนองให้ผลิต Immunoglobulin - M - antibodies ในซีรัมของผู้ป่วยโรคเรื้อนในการวิจัยที่ใช้ซีรัมจากผู้ที่ไม่มีอาการโรคเรื้อน เครื่องมือทดสอบดังกล่าวสามารถวินิจฉัยโรคเรื้อนได้ในสัดส่วนที่สูงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ที่เกิดอาการโรคเรื้อน ในเวลา 6-8 เดือนต่อมา การทดสอบนี้ใช้ทดสอบง่ายมากกว่าวิธีทดสอบอื่นๆ แต่ยังไม่ชัดเจนว่า แอนติเจนจะทำให้เกิดผลบวกต่อผู้ติดเชื้อโรคเรื้อนระยะแรกทุกรายหรือไม่ โดยต้องการการปรับปรุงต่อไปให้ดียิ่งขึ้น สำหรับ prototype model ในปัจจุบันได้ให้ผลในเชิงปริมาณภายใน 15 นาที และปัจจุบันวิธีทดสอบที่ได้รับการผลิตโดยบริษัทในบราซิลแล้ว และกำลังเสนอขอรับการรับรองจากทางการของบราซิลต่อไป

2. สำหรับวิจัยด้าน seconded-generation vaccine (เพื่อใช้แทน หรือใช้เสริม First-generation BCG vaccine), พบว่า นักวิจัยของ IDRT สามารถสร้างจากการ Fusion ของแอนติเจน 4 ชนิด จากเชื้อโรคเรื้อน (M.Lepre) ซึ่งกระตุ้นให้เกิด T - cell responses ในผู้ป่วยโรคเรื้อน ทำให้นักวิจัยได้รวมการสร้างและสังเคราะห์ MPL-based adjuvant เข้าไว้ในการผลิตวัคซีน และได้หาการทดสอบประสิทธิภาพในการบำบัด (therapeutic - efficacy) ในหนู (mice) พบว่า วัคซีนนี้สามารถลดจำนวนและการเจริญเติบโตของเชื้อโรคเรื้อนในสัตว์ทดลองได้ โดยการทดลองในตัวนัม 9 ลาย (Armadillos) เพื่อศึกษาด้านความปลอดภัยพบว่า ไม่พบผลเสียหลังได้รับวัคซีน และผลการทดสอบในเบื้องต้น ยังพบด้วยว่าวัคซีน

สามารถป้องกันการเกิดการทำลายของเส้นประสาทมิให้เพิ่มมากขึ้นได้ในรูปแบบการศึกษาดังกล่าว สำหรับการศึกษาทดลองทางคลินิก (clinical trials) ได้รับการวางแผนที่จะเริ่มศึกษาในปลายปี พ.ศ. 2556 หรือต้นปี พ.ศ. 2557 ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้ ได้มีคำถามว่า จากผลของการกำจัดโรคเรื้อนน่าเป็นห่วงว่าจะมีการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนเพียงพอหรือไม่สำหรับการวิจัยวัคซีนใน Extensive Phase ของ trial ได้ 3 หรือ 4 ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการกำจัดวัคซีนผ่าน clinical phase ระยะแรกได้ นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ยังได้แสดงความหวังว่า candidate vaccine ตัวใหม่นี้จะไม่โชคร้ายล้มเหลวเหมือนการวิจัยวัคซีนที่ผ่านมา ในการผลิตวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรคเรื้อน

การค้นพบประชากรเสี่ยงและกลุ่มประชากร

ทุกๆ ปี ในรอบ 8 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มากกว่าสองแสนคน ได้รับการค้นพบในพื้นที่ส่วนใหญ่ของภูมิภาค อัฟริกา, อเมริกา และ เอเชีย โดยพบชัดเจนว่าการแพร่ติดต่อของการติดเชื้อยังคงไม่ลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องทราบว่ามีพื้นที่ส่วนใด ของประเทศใด ที่ยังมีการแพร่ติดต่อ การติดเชื้ออยู่อย่างต่อเนื่อง และต้องทราบด้วยอีกว่าประชากรส่วนใด ที่น่าจะติดเชื้อเพื่อเป็นสิ่งที่กำหนดต้องทำก่อน (prerequisites) สำหรับมาตรการที่จะใช้แทรกแซง (Intervention) ในการลดหรือหยุดยั้ง การแพร่ติดต่อของการติดเชื้อ โรคเรื้อน จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สมบูรณ์แน่นอน พบว่าลดลงอย่างสม่ำเสมอใน 8 ปีที่ผ่านมา และในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำในทุกพื้นที่ๆ พบมีผู้ป่วย ดังนั้น ตัวชี้วัดที่เป็นข้อมูลสำคัญของการบ่งชี้ถึงความเสี่ยงจึงอยู่ที่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ๆ กำหนด หรือในประเทศที่กำหนดที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพื้นที่หรือประเทศอื่นๆ เพื่อสามารถวัดความเสี่ยงสัมพันธ์ (Relative risk) ในพื้นที่ได้แล้วก็มีความเกิดขึ้นตามมา จะดำเนินการอย่างไรต่อไป โดยมี

ทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ อาทิ การมุ่งเน้นที่การเพิ่มความเข้มข้นของมาตรการการควบคุมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ หรือการสำรวจโรคเรื้อน หรือการให้วัคซีน บีซีจี หรือยาเคมีป้องกัน เป็นต้น

คำตอบต่อคำถามที่ว่า การเกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน ณ พื้นที่ใด น่าจะมาจากแหล่งต่างๆ คือ

1. ผู้จัดการโครงการควบคุมโรคเรื้อนทราบโดยทั่วไปแล้วว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ในที่ใดภายในพื้นที่ๆ รับผิดชอบ

2. พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูงในอดีตปกติจะแสดงถึงว่าเป็นพื้นที่ที่มักจะพบผู้ป่วยรายใหม่ในปัจจุบันและอนาคตต่อไปได้

3. ข้อมูลจากโครงการรณรงค์กำจัดโรคเรื้อนระดับชาติในอดีต ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วย ที่หลบซ่อนตัวที่ตกค้างอยู่ให้พบ จึงน่าจะเป็นการบอกให้เห็นว่ามีแหล่งกระจุกตัวที่มีความชุกโรคเรื้อนสูงอยู่ ณ ที่ใด

4. ผู้ป่วยโรคเรื้อนในทุกวันนี้มักจะได้รับการค้นพบในพื้นที่ๆ มีโรคเขตร้อนอื่นๆ (Tropical Diseases) ที่ไม่ได้รับการป้องกันควบคุมอย่างเพียงพอ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือการศึกษา

5. ได้มีการนำเทคนิค Whole Leprosy Genome Sequences มาใช้ในการศึกษาวัฏจักรแพร่ติดต่อของโรคเรื้อน ในผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวนไม่มากที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาตอนใต้ พบว่ามี strain ของเชื้อโรคเรื้อนที่มีคุณลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกับที่พบในตัวนิมเกาลาย (Armadillos) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ผลการค้นพบดังกล่าวนี้จึงช่วยยืนยันถึงการมีแหล่งรังโรคเรื้อนที่มีโฮมมนุษย์ (Non-human leprosy reservoirs) และนำไปสู่การค้นหาแหล่งรังโรคอื่นๆ ที่แพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้ ที่ยังมิได้รับการค้นพบต่อไป

คำตอบต่อคำถามที่ว่า บุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเรื้อน และทำให้เกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนต่อไป

อีกนัยน่าจะมาจาก 3 แหล่ง คือ

1. ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนน่าจะเป็นตัวเชื่อมโยงที่ชัดเจนที่สุดในห่วงลูกโซ่ (chain) สายสัมพันธ์ของการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน และเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำลาย chain นี้อย่างเร่งด่วนที่สุด โดยการค้นพบผู้ป่วยแต่เนิ่นๆ และให้ยาเคมีบำบัด และหรือยาเคมีป้องกัน (chemoprophylaxis) ทันที

2. ประชากรในเขตเมือง (Urban populations)

พบว่า ในเขตเมืองจะมีปัญหาผู้อพยพเข้าออก, ความแออัดหนาแน่นของประชากร และปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้ง่าย จึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสนใจให้มากยิ่งขึ้น โดยจากการศึกษาวิจัยพบว่า อัตราการขาดยารักษาโรคเรื้อน และความพิการที่ปรากฏชัดเจน (เกรด 2) พบในผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท

3. การพบโรคเรื้อนในเด็กช่วงอายุ 10-14 ปี จะทำให้เกิดอุบัติการณ์โรคเรื้อนที่ขึ้นสูงสุด (peak) หนึ่งในสองช่วงซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ Age-distribution ในโรคเรื้อน คือช่วงแรกอายุ 10-14 ปี และช่วงที่สองอายุ 35-44 ปี ดังนั้น โรคเรื้อนที่พบในวัยเด็กจึงมีความหมายถึงมีการแพร่ติดต่อการติดเชื้อ โรคเรื้อนที่รุนแรงสูง และเกิดมาไม่นาน (Highly active and recent transmission of infection) ผลการศึกษาดังกล่าวร่วมกับความจริงที่ว่า เด็กนักเรียนจัดเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่รวมกันที่ง่ายต่อการสำรวจค้นหาโรคเรื้อนซึ่งเสริมเหตุผลของการใช้การสำรวจโรคเรื้อนเพื่อวัดความชุก (endemicity) ของโรคเรื้อน เพื่อใช้เป็นมาตรการต่างๆ ในการเป็นตัวแทนในการวัดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนได้

ดังนั้น จึงเป็นข้อตกลงอย่างเป็นเอกฉันท์ของที่ประชุมครั้งนี้ในด้านความต้องการ เครื่องมือที่มีความจำเพาะเจาะจงสูง (Highly specific tools) สำหรับการวัดความก้าวหน้า หรือการขาดความ

ก้าวหน้าของการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนในพื้นที่ เนื่องจากจุดเน้นของวงการโรคเรื้อนได้เปลี่ยนจากวิธีการค้นหา/รักษา มาเป็นวิธีการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อของการติดเชื้อ ดังนั้นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับเรื่องนี้ จึงน่าจะอยู่ที่องค์ประกอบอื่นๆ โดยเฉพาะบทบาทของแหล่งรังโรคในสัตว์ และในสิ่งแวดล้อม, การ Exposure ต่อแหล่งของการติดเชื้อซ้ำหลายครั้ง และระยะพักตัวของโรคเรื้อน

การวินิจฉัยโรคเรื้อนแต่เนิ่นๆ และการรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนในเวลาที่รวดเร็ว

จากคู่มือแนวทางดำเนินการขององค์การอนามัยโลก การวินิจฉัยโรคเรื้อนมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่จะต้องครบหนึ่งในสามเงื่อนไข คือ

1) การตรวจพบอาการชาในรอยโรคผื่นผิวหนังสีแดง หรือจางขาว

2) การตรวจพบเส้นประสาทส่วนปลายโตและคลำได้ ร่วมกับมีอาการชา และหรืออ่อนกำลังของกล้ามเนื้อที่ควบคุมโดยเส้นประสาทนั้น เช่น กล้ามเนื้อมืออ่อนกำลังร่วมกับการคลำพบเส้นประสาท Ulnar โดที่ข้อศอก, เส้นประสาท Radial ที่สันข้อมือ ฯลฯ เป็นต้น

3) การตรวจพบเชื้อติดสีทึบกรดจากการขูดเชื้อจากผิวหนัง (slit skin smear)

ข้อบกพร่องหรือความผิดพลาดของหลักเกณฑ์เงื่อนไขในการวินิจฉัยโรคเรื้อนแบบดั้งเดิมนี้ โดยทั่วไปอยู่ที่มีความไวต่ำ (Low sensitivity) (พบมากกว่าร้อยละ 50 ในการวิจัยส่วนมาก) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวินิจฉัยโรคเรื้อนในเด็ก และผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรก และปัญหาด้านเวลาและความพร้อมอุปกรณ์สำหรับการตัดชิ้นเนื้อผิวหนัง (skin biopsy) และบริการด้านห้องปฏิบัติการ ในการนี้ได้มีการพยายามพัฒนาวิธีทดสอบเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคเรื้อน แต่ก็ยังมีข้อจำกัด อาทิ ราคาแพง และต้องใช้ห้องปฏิบัติการที่ย่างยากซับซ้อน ทำให้ยังไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้

ผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ได้ตกลงว่า เครื่องมือที่มีความไวสูง (sensitivity) และความจำเพาะเจาะจงสูง (specificity) มีความจำเป็นจะต้องพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยการติดเชื้อโรคเรื้อนก่อนปรากฏอาการ (Asymptomatic *M. leprae* infection) แม้ว่าการขาดเครื่องมือดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาวิกฤตมากไม่เพียงแต่เพียงทำให้เกิดอุปสรรคต่อการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน แต่มีข้อยกเว้นบ้างในกรณีของบราซิลและอินเดียที่มีปัญหาไม่สามารถจัดส่งข้อมูลเชื่อถือได้ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาให้แก่ องค์การอนามัยโลก ปัญหาข้อผูกพันหรือพันธสัญญา (commitment) ในระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุม โรคเรื้อนได้ลดลงในหลายประเทศที่ยังพบมีผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดขึ้น ดังนั้นเครื่องมือใหม่ๆ ดังกล่าว จึงเป็นความจำเป็น นอกจากนั้นการปฏิบัติการเร่งด่วนเพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนจะต้องได้รับการรายงานอย่างเหมาะสมถูกต้องทันเวลา และได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ทั้งนี้ถ้าปกติจากข้อผูกพันหรือพันธสัญญาระดับชาติดังกล่าวก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลให้โรคเรื้อนยังคงชุกชุมอยู่ในหลายประเทศต่อไป

นอกจากนั้นที่ประชุมยังให้ข้อบันทึกไว้ในเชิงสร้างสรรค์ด้วยการชื่นชม ยกย่อง และขอบคุณในความพยายามขององค์การ IDEAL (Initiative For Diagnostic and Epidemiological Assay For Leprosy) ซึ่งเป็นกลุ่มการรวมตัวของนักวิจัยเพื่อร่วมกันพัฒนาวิธีทดสอบเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคเรื้อน ส่งผลให้มีวิธีทดสอบการวินิจฉัยโรคเรื้อนใหม่ๆ ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้ในสภาพท้องที่แล้วในปีที่จะมาถึง

การเฝ้าระวังโรค กุญแจของการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน

ในปัจจุบันการที่จะลดการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนให้ต่ำลงจำเป็นต้องนำมาตรการที่มุ่งเน้น และเพิ่มความเข้มข้นให้มากยิ่งขึ้นไปกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน โดย

มาตรการดังกล่าวจะต้องนำโดยข้อมูลที่ทันสมัย และเชื่อถือได้จากระบบการตอบสนองทางการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยภาพดังกล่าวจะต้องไม่เพียงแต่จะสร้างความมั่นใจในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทำให้มีผลบังคับใช้ ข้อมูลจากโครงการควบคุมโรคเรื้อนเท่านั้น แต่จะต้องเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปวางแผนกลยุทธ์การตอบสนองระดับชาติที่ชัดเจนว่า จะจัดการกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการค้นพบใหม่ และผู้สัมผัสของผู้ป่วยดังกล่าวอย่างไรต่อไปด้วย โดยควรรวมถึงการค้นหากลุ่มประชากรที่ถูกกระทบได้ง่าย (Vulnerable population) และ/หรือพื้นที่ที่มีการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนสูง ข้อมูลดังกล่าวนี้จึงควรเป็นพื้นฐานสำหรับมาตรการขั้นพื้นฐาน อาทิ การรณรงค์เคลื่อนไหวรวมพลังทางสังคม (Social Mobilization), การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก, การรักษาแต่เนิ่นๆ การให้วัคซีนบีซีจี และ Post-exposure prophylaxis

การเฝ้าระวังโรคเรื้อนโดยทั่วไปควรบูรณาการอยู่ในระบบสาธารณสุขแห่งชาติ นอกจากในประเทศที่ระบบสาธารณสุขยังอ่อนแอหรือไม่ กรณีเช่นนี้ กิจกรรมการเฝ้าระวังควรใช้วิธีต่างๆ ที่ใช้เฝ้าระวังโรคอื่นๆ เช่น Polio, Soil-transmitted helminth disease และ Guinea-worm disease, โดยจำเป็น

ต้องใช้การประสานงานระหว่างประเทศของการเฝ้าระวังโรคเรื้อน ในการติดตามความก้าวหน้าของการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน ดังเช่นกรณีของโครงการกวาดล้างโรค Guinea Worm ซึ่งใช้ Immunity-based surveillance ซึ่งถูกกำกับดูแลโดย International expert commission

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณฉนวน เสรีกิจ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่กรุณามอบเอกสารรายงานการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน ในหัวข้อเรื่อง “How to cure the incidence of leprosy” ซึ่งจัดโดย Norvatis Foundation for Sustainable Development ณ โรงแรม De La Paix, นครเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ ในวันที่ 5-6 มิถุนายน 2556 เพื่อการแปลและเรียบเรียงครั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับประชาคมโรคเรื้อนและสาธารณสุขของประเทศไทยและผู้สนใจและเกี่ยวข้องต่อไป โดยถ้ามีข้อบกพร่องและผิดพลาดประการใด ผู้แปลและเรียบเรียงขออภัยและน้อมรับคำแนะนำต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

Norvatis Foundation for Sustainable Development. Report of a group of leprosy experts meeting on “How to Curb the incidence of leprosy? Convened by the Norvatis Foundation for Sustainable Development, June 5-6, 2013, Hotel De La Paix, Geneva, Switzerland.