

โรคมือเท้าปาก ในเด็ก

ทัศนีย์ พาณิษฐ์กุล* สุชาดา ไทผล*

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์การระบาดของโรคมือเท้าปาก ในปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลายประเทศโดยเฉพาะในแถบเอเชียและประเทศไทย โรคนี้มักเกิดในกลุ่มเด็กเล็กตามสถานรับเลี้ยงเด็ก และโรงเรียนอนุบาล โดยมี ปัจจัยหลักที่ส่งเสริมการเกิดโรคมมาจากสุขอนามัยส่วนบุคคลบกพร่อง ความไม่สมบูรณ์ของภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่แออัดและขาดการดูแลรักษาความสะอาดที่ดี โดยเฉพาะในเด็กอ่อนและเด็กเล็กที่มีอายุ ต่ำกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากกว่าเด็กโต สาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่ม เอนเทอโรไวรัส ซึ่งสามารถติดต่อทางปากโดยตรง เชื้ออาจติดมากับมือหรือของเล่นที่เปื้อนน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองหรืออุจจาระของผู้ป่วย หรือโอจาารรดกัน หลังจากติดเชื้อผู้ป่วยจะมีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย เจ็บปาก และไม่ยอมรับประทานอาหารเนื่องจากมีตุ่มแดงพองในปาก อาการจะทุเลาหาย เป็นปกติภายใน 7-10 วัน ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการทางสมอง หรืออาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโรคโปลิโอ และอาจรุนแรงถึงเสียชีวิต การวินิจฉัยโรคมักวิเคราะห์จากอาการป่วย เนื่องจากการตรวจเชื้อไวรัสต้องทำโดยห้องปฏิบัติการที่มีความเชี่ยวชาญและใช้เวลาค่อนข้างนาน วิธีการรักษาที่จำเพาะไม่มี รักษาตามอาการป่วย ปัจจุบันยังขาดวัคซีนสำหรับฉีดป้องกัน ดังนั้นมาตรการเฝ้าระวังและป้องกัน จึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อช่วยควบคุมและป้องกันการติดต่อและแพร่กระจายโรค

คำสำคัญ: โรคมือเท้าปาก, เอนเทอโรไวรัส, โรคติดต่อในเด็ก

บทนำ

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคที่ถูกกำหนดว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การระบาดของโรคมีแนวโน้มพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมักพบในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมักเป็นเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคเกิดระบาดในช่วงฤดูฝนและหนาว พบว่ามีการระบาดของโรคตามสถานที่รับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล หรือชุมชนแออัดที่ขาดการรักษาความสะอาดและบกพร่องในเรื่องอนามัยส่วนบุคคล มีหลายประเทศที่รายงานพบการระบาดของโรค มือเท้าปาก ได้แก่ จีน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ มาเลเซีย รวมทั้งประเทศไทยที่มีการระบาดของโรคทุกปี เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคมีหลายสายพันธุ์ ได้แก่ ไวรัสเอนเทอโร (enteroviruses) สายพันธุ์ 71, ไวรัสค็อกแซกกี เอ 5, 10, 16 (coxsackieviruses A), ไวรัสค็อกแซกกี บี (coxsackieviruses B) และไวรัสเอกโค (echoviruses) ซึ่งไวรัสเหล่านี้สามารถก่อโรคที่มีความรุนแรงน้อย หรือมากและอาจเสียชีวิต ลักษณะอาการของโรคมีหลากหลาย เช่น มีไข้ มีอาการเจ็บปากเนื่องจากมีตุ่มแดง ตุ่มพองและแผลในคอ ลิ้น เหงือกหรือกระพุ้งแก้ม และพบตุ่มหรือผื่น ที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการทางสมอง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโรคโปลิโอ ติดต่อได้ทางปากจากเชื้อไวรัสที่อาจติดมากับมือหรือของเล่นที่เปื้อนน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพองและแผล หรืออุจจาระของผู้ป่วย อาจเกิดจากการไอจามรดกัน จากหลายการศึกษาพบว่าเชื้อก่อโรคที่มีอาการรุนแรง มักเกิดจากเชื้อไวรัสเอนเทอโรสายพันธุ์ 71 และค็อกแซกกีบางสายพันธุ์ การรักษาจะรักษาตามอาการป่วย ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนใช้เพื่อป้องกันโรค

ดังนั้นมาตรการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของโรค และการป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ และควรเร่งด่วนการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรค การติดต่อและการแพร่กระจายของโรคให้แก่โรงเรียน สถานที่รับเลี้ยงเด็ก และ

ผู้ปกครอง เพื่อช่วยควบคุมและระงับการแพร่ระบาดของโรค

โรค มือเท้าปาก

เป็นโรคที่พบได้บ่อยทั่วโลกในเขตร้อนและพบประปรายตลอดปีมักเกิดขึ้นบ่อยในช่วง อากาศเย็นและชื้นโดยจะเพิ่มมากขึ้นในฤดูฝน โรคนี้มักเกิดในกลุ่มเด็กทารกและเด็กเล็ก ตามสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล โดยมีปัจจัยหลักที่โน้มนำให้เกิดการระบาดมาจากความแออัด ระบบการถ่ายเทอากาศไม่ดี สุขอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง เด็กอ่อนและเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 5 ปี) มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากกว่าเด็กโต ส่วนผู้ใหญ่ในพื้นที่ที่มีโรคนี้เกิดเป็นประจำมักมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้บางส่วน^{1, 2}

สาเหตุของโรค

เกิดจากเชื้อไวรัสของกลุ่มเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus infections) โดยเชื้อที่พบระบาดบ่อย ได้แก่ ไวรัสเอนเทอโร (enteroviruses) สายพันธุ์ 71, ไวรัสค็อกแซกกี เอ 5, 10, 16 (coxsackieviruses A), ไวรัสค็อกแซกกี บี (coxsackieviruses B) และไวรัสเอกโค (echoviruses)³⁻⁶

สถานการณ์ของโรคในต่างประเทศ

เชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 แยกได้ครั้งแรกจากผู้เสียชีวิตที่มีภาวะสมองอักเสบในช่วงการระบาดของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2512 ต่อมาพบที่ออสเตรเลีย สวีเดน จีนฮ่องกง และมีการระบาดใหญ่ที่ญี่ปุ่นในปี 2516, บัลแกเรียในปี 2517 และฮังการีในปี 2521⁸ ผู้ป่วยที่พบ มีอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ อัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปากเปื่อย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือเป็นอัมพาตของ แขนขาซีกเดียว ในระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดรุนแรงที่ มาเลเซีย ในปี 2540⁹ มีเด็กป่วย 2,140 คน เสียชีวิต

50 คน และได้หวั่นในปี 2541¹⁰⁻¹³ มีเด็กป่วย 129,106 คน เสียชีวิต 78 คนและที่สิงคโปร์ในปี 2543 มีเด็กเล็กป่วย 2,024 คน เสียชีวิต 4 คน พบว่าร้อยละ 80 ติดเชื้อไวรัสกลุ่มเอนเทอโร และร้อยละ 50 เป็นไวรัสเอนเทอโรสายพันธุ์ 71¹⁴ ในเวลาใกล้เคียงกันที่มาเลเซียมีการระบาดเกิดขึ้นทำให้ เด็กป่วย 903 คน เสียชีวิต 3 คน การระบาดที่เมืองเพิร์ธประเทศออสเตรเลีย⁶ พบไวรัสเอคโค 7 มีการติดตามการระบาดของโรคมือเท้าปากในเมืองคานากาวาประเทศญี่ปุ่น¹⁵ ตั้งแต่ปี 2544 ถึง 2550 พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากไวรัสค็อกแซกกี เอ 16 และ ไวรัสเอนเทอโร 71 มีรายงานจากประเทศจีน¹⁶ ในเดือนเมษายน 2551 พบมีเด็กป่วยมากกว่า 1,500 ราย และเสียชีวิต 20 ราย รายงานของประเทศสิงคโปร์¹⁷ เมื่อตุลาคม 2551 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก 6,315 คน และร้อยละ 16 เกิดจากเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71

สถานการณ์ของโรคในประเทศไทย

ประเทศไทยพบโรคนี้บ่อย มีรายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากตั้งแต่ปี 2543 จำนวนผู้ป่วยในปี 2544 มีรายงานทั้งสิ้น 1,434 ราย เสียชีวิต 3 ราย ในปี 2545 มีรายงานผู้ป่วย 1,279 ราย เสียชีวิต 1 ราย และพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) และ น้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) ข้อมูลจากห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่ามีการตรวจด้วยน้ำเหลืองและอุจจาระผู้ป่วย 122 ราย พบไวรัสเอนเทอโร 71 จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้ป่วย และพบไวรัสเอนเทอโรอื่นๆ จำนวน 11 ราย การเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ของโรงพยาบาลศิริราช จำนวนผู้ป่วย 67 ราย เมื่อตรวจเชื้อจากน้ำล้างคอกมูก (Nasopharyngeal wash) พบไวรัส เอนเทอโร 71 จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วย¹⁸ ในปี 2545 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานว่ามีการระบาดของโรคมือเท้าปากในสถานเลี้ยงเด็กจากหลาย

จังหวัด เช่น กรุงเทพมหานครขอนแก่น ชลบุรี จังหวัดที่พบว่ามีรายงานผู้ป่วยจำนวนมาก คือ ชัยนาท กำแพงเพชร อุทัยธานี นครสวรรค์ พิจิตร ลำปาง จากการเฝ้าระวังผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่าย 6 แห่ง พบว่าในปี 2543 มีผู้ป่วย 609 คน ส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 2 ปี (ร้อยละ 70.1) อายุ 2 - 3 ปี (ร้อยละ 17.3) โดยมากมักมีตุ่มและแผลในปาก (ร้อยละ 86.86) และเป็นโรคมือเท้าปาก (ร้อยละ 13.14) พบส่วนใหญ่เป็นเชื้อไวรัสค็อกแซกกี เอ⁶ ในประเทศไทย เชื้อที่ระบาดเป็นไวรัสค็อกแซกกี เอ ซึ่งเป็นเชื้อที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ส่วนไวรัสค็อกแซกกี บี และ ไวรัสเอนเทอโร 71 เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิต ปี 2549 สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดและสำนักอนามัยกรุงเทพฯ รายงานมี ผู้ป่วย 1,009 ราย และเสียชีวิต 4 ราย¹⁹ ตั้งแต่ต้นปีจนถึงพฤศจิกายน 2551 ได้รับรายงานจากทุกจังหวัด พบผู้ป่วย 10,320 ราย เสียชีวิต 1 ราย²⁰

จากรายงานการระบาดของโรคมือเท้าปากทั้งภายในประเทศไทยและต่างประเทศ ชี้ให้เห็นว่าการระบาดของโรคมีการขยายวงกว้างขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดระบาดไปทั่วโลก นอกจากนี้โรคมือเท้าปากยังถูกจัดเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยพบว่าการระบาดของโรคเกิดขึ้นซ้ำได้ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย และในประเทศอื่นๆ โรคมือเท้าปากจึงเป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพเด็กมากยิ่งขึ้น

ระยะฟักตัว

ใช้เวลา 4 - 6 วัน ถ้าเป็นเด็กเล็กจะปรากฏอาการร้อยละ 100 ถ้าเป็นเด็กโตอาจแสดงอาการร้อยละ 38 ส่วนผู้ใหญ่แสดงอาการร้อยละ 11

อาการของโรค

หลังจากได้รับเชื้อ 3 - 6 วัน ผู้ติดเชื้อจะเริ่มแสดงอาการป่วย มีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย ต่อมาอีก 1 - 2 วัน มีอาการเจ็บปากและไม่ยอมทานอาหาร

เนื่องจากมีตุ่มแดงตุ่มพองและแผลในคอ (Herpangina) ที่ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม ตุ่มนี้จะกลายเป็นตุ่มพองใสซึ่งบริเวณรอบๆ จะอักเสบและแดง ต่อมาตุ่มจะแตกออกเป็นแผลหลุมตื้นๆ จะพบตุ่มหรือผื่นซึ่งไม่คันที่ฝ่ามือ นิ้วมือและฝ่าเท้า อาจพบที่ก้น อาการจะทุเลาและหายเป็นปกติภายใน 7-10 วัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ หรือแสดงอาการ ไม่รุนแรง ได้หลายแบบ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อย ไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ยอมดื่มน้ำ อาเจียน บ่อย มักพบอาการรุนแรงในเด็กเล็กโดยมีอาการทางสมอง หรืออาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงคล้ายโรคโปลิโอ และอาจรุนแรงถึงเสียชีวิต^{5, 21, 22}

การแพร่ติดต่อของโรค

การติดต่อส่วนใหญ่เกิดจากได้รับเชื้อไวรัสเข้าปากโดยตรง โรคแพร่ติดต่อง่ายในช่วง สัปดาห์แรกของการป่วยโดยเชื้อไวรัสอาจติดมากับมือหรือของเล่นที่เปื้อนน้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพอง และแผลหรืออุจจาระของผู้ป่วย และอาจเกิดจากไอจามรดกัน ในระยะที่เด็กมีอาการทุเลาหรือหายป่วยแล้วประมาณ 1 เดือน จะพบเชื้อในอุจจาระได้นานเป็นเดือนจะนั้นหลังล้างก้นเด็กทุกครั้งควรล้างมือให้สะอาด ถ้าผู้ปกครองพบว่าบุตรหลานเป็นโรคนี้ควรให้หยุดไปโรงเรียนจนกว่าจะหาย ซึ่งจะได้ไม่ไปแพร่เชื้อให้กับเด็กคนอื่น²¹

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคอาศัยอาการเป็นหลัก และการตรวจยืนยันชนิดไวรัสต้องทำโดยห้องปฏิบัติ การที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะแต่ใช้เวลาค่อนข้างนาน (2 - 4 สัปดาห์) วิธีตรวจทำได้โดยการเพาะแยกเชื้อ จากสารคัดหลั่งในคอ อุจจาระ หรือน้ำไขสันหลัง^{4,6} ซึ่งปัจจุบันกลุ่มนักวิจัยกำลังพัฒนาวิธีการตรวจเชื้อไวรัส เช่น การใช้วิธีการตรวจสารพันธุกรรม (RNA) ของเชื้อไวรัส โดย Real time polymerase chain

reaction (real time - PCR)²³ หรือการตรวจสารภูมิคุ้มกัน (Antibody) ต่อเชื้อไวรัสโดย Enzyme immunoassay (EIA)²⁴ เป็นต้น เพื่อให้ได้วิธีการตรวจที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น สำหรับประเทศไทยการพัฒนาวิธีการตรวจเชื้อยังมีการศึกษาน้อยมาก มีห้องปฏิบัติการไม่กี่แห่งที่สามารถตรวจวิเคราะห์เชื้อได้ แต่ใช้เวลาตรวจนานประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ และค่าใช้จ่ายสูง จึงควรให้การสนับสนุนการพัฒนาวิธีการตรวจเพื่อลดเวลาและค่าใช้จ่าย

การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสชนิดนี้โดยเฉพาะ ดังนั้นการรักษาจึงรักษาตามอาการป่วย เช่น ให้ยาลดไข้แก้ปวด ควรเช็ดตัวเพื่อลดไข้เป็นระยะ แต่ปัญหาคือเด็กบางคนรับประทานอาหารและน้ำไม่ได้ เพราะแผลในปากเจ็บมาก ทำให้เด็กๆ ไม่ยอมกลืน น้ำลาย ไม่ยอมดื่มนมหรือกินอาหาร และไม่ยอมให้ทำความสะอาดปาก ซึ่งเป็นผลให้แผลในปากหายช้า หรือเป็นมากขึ้นจึงควรให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดในกรณีที่ไม่กินอาหารไม่ได้ และดูแลรักษาทำความสะอาดปากเพื่อให้แผลหายเร็วขึ้น ให้ยาปฏิชีวนะถ้าจำเป็น การดูดจุกนมอาจจะทำให้เจ็บมาก ให้เด็กกินนมโดยใช้ช้อนป้อน หรือใช้หลอดสำหรับดื่มน้ำคายน้อยๆ หยอดนมใส่ปาก การรับประทานนมที่เย็น ดื่มน้ำ น้ำผลไม้ อมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือรับประทานไอศกรีมจะทำให้แผลไม่ค่อยเจ็บ ถ้าแผลเจ็บมากอาจลองใช้ยาชาแต้มจะทุเลาอาการเจ็บลงได้บ้าง ในเด็กเล็กๆ ถ้ามีแผลในปากมากไม่ยอมกิน และเริ่มมีอาการขาดน้ำ อาจต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อให้น้ำเกลือ เมื่ออาการเจ็บแผลดีขึ้น เด็กเริ่มกินควรให้รับประทานอาหารอ่อนๆ รสไม่จัด และนอนพักผ่อนมากๆ ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติได้^{6, 22}

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องสังเกตอาการของเด็กอย่างใกล้ชิด หากพบมีไข้สูง ชีพ ไม่ยอมรับประทานอาหารและดื่มน้ำ อาเจียนบ่อย หอบ แขนขาอ่อนแรงอาจเกิดภาวะสมองหรือกล้ามเนื้อ หัวใจ

อักเสบ หรือน้ำท่วมปอด ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตต้องรีบพาไปโรงพยาบาล

โรคที่มีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ยังไม่มียารักษา การฉีดวัคซีนจึงเป็นวิธีที่สำคัญและสามารถป้องกันโรคได้ผลดี โรคมือเท้าปากเป็นโรคหนึ่งที่สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัส แต่ปัจจุบัน ยังขาดวัคซีนสำหรับป้องกันโรค การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคจึงมีความสำคัญมากสำหรับโรคมือเท้าปาก

การดูแลผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง

กรณีผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงหลังจากไปพบแพทย์ควรหยุดพักอยู่ที่บ้าน ผู้ปกครองควรดูแลเอาใจใส่ทั้งเรื่องอาหารและการดูแลเรื่องการทำความสะอาด ควรให้ดื่มน้ำ นม หรือรับประทานอาหารอ่อนๆ ที่ปรุงใหม่รสไม่จัด ควรดูแลเรื่องการทำความสะอาดและสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น ตัดเล็บให้สั้น ควรล้างมือด้วยสบู่ เป็นต้น การล้างมือที่ควรทำเมื่อไรบ้าง เช่น ก่อนรับประทานอาหาร หลังจากเข้าห้องน้ำ เมื่อสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระ เป็นต้น ไม่ควรพาเด็กไปในที่แออัด สถานที่เล่นเด็กในห้างสรรพสินค้า สถานที่เด็กเล่นตามสวนสาธารณะ หรือเล่นของเล่นกับเพื่อนบ้าน ควรให้เด็กนอนพักผ่อนมาก และพักอยู่ในที่สะอาดมีอากาศถ่ายเท หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ โรคมือเท้าปากและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กให้เข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

การป้องกันโรค²²

โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน แต่ป้องกันได้โดยการรักษาสุขอนามัย โดยเฉพาะผู้เลี้ยง ดูแลเด็กต้องรักษาความสะอาด เช่น ตัดเล็บให้สั้น หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ โดยเฉพาะ หลังขับถ่าย และก่อนรับประทานอาหาร รวมทั้งการใช้ช้อนกลาง และหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ หลอดดูด ผ้าเช็ดหน้า และผ้าเช็ดมือ เป็นต้น

สถานรับเลี้ยงเด็กและโรงเรียนอนุบาล ต้องจัดให้มีอ่างล้างมือและส้วมที่ถูกสุขลักษณะ หมั่นดูแลรักษาสุขลักษณะของสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ รวมถึงการกำจัดอุจจาระเด็ก ให้ถูกต้อง หากพบเด็กป่วยต้องรีบป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่ไปยังเด็กคนอื่นๆ ควรแนะนำผู้ปกครอง ให้รีบพาไปพบแพทย์และหยุดเรียน เพื่อรักษาตัวที่บ้านประมาณ 7-10 วันหรือจนกว่าจะหายเป็นปกติ ระหว่างนี้ไม่ควรพาเด็กไปในสถานที่แออัด เช่น สนามเด็กเล่น สระว่ายน้ำ และห้างสรรพสินค้า เป็นต้น และผู้เลี้ยงดูเด็กต้องล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระเด็กป่วย และกำจัดอุจจาระอย่างถูกต้อง

ควรมีการเฝ้าระวังเชื้อที่อาจก่ออาการรุนแรงอย่างใกล้ชิด ขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็น เครือข่ายโครงการ Enteroviral Watch Program for Children-Enterovirus 71 Epidemic in Asia Pacific Area โดยมีประเทศไต้หวันเป็นแกนประสานเป็นโครงการความร่วมมือช่วยเหลือกันในกลุ่ม Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC) ที่เน้นการเฝ้าระวังการระบาดในกลุ่มเด็กเล็ก การจัดทีมสอบสวนและควบคุมโรค รวมทั้งเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถค้นหาเชื้อไวรัสเอนเทอโรชนิดที่อาจก่ออาการรุนแรง เช่น เชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 และเชื้อไวรัสตัวใหม่ได้ รวดเร็วพอที่จะควบคุมไม่ให้โรคแพร่ระบาดในวงกว้างได้ ในภาวะที่มีการระบาดในต่างประเทศ โรคอาจแพร่เข้ามาได้นั้น จะมีการดำเนินการ เช่น การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และประเมิน ความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยเน้นเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เดินทางมาจาก พื้นที่ระบาด การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจไม่ตื่นตระหนก และให้ความร่วมมือกับหน่วยงาน นอกจากนี้จะต้องมีการทบทวนและกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในแต่ละกรณี^{5, 6, 21, 25}

มาตรการช่วงที่เกิดโรคระบาด

ต้องเน้นการสกัดกั้นการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งทำได้โดยการประกาศปิดสถานที่เสี่ยงนานประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ เช่น สถานรับเลี้ยงเด็กอ่อน โรงเรียนอนุบาล อาจารย์รวมถึงสรวายน้ำ สนามเด็กเล่น สถานที่แออัด ร้านอาหารจานด่วน เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับเด็กป่วย และเน้นการล้างมือบ่อยๆ รวมทั้งการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในโรงพยาบาลและบ้านเรือนที่มีผู้ป่วย การให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ แนะนำผู้ปกครองเด็กให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือ ซึ่งหากมีเด็กป่วยให้รีบพาไปพบแพทย์ แยกเด็กป่วยออกจากเด็กคนอื่นๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ต้องรีบแจ้งเตือน สถานการณ์การระบาดให้ข้อมูลวิชาการ แนวทางการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ทันที ไม่มีข้อห้ามการเดินทางระหว่างประเทศ เด็กเล็กที่เดินทางไปยังพื้นที่ที่มีรายงานว่ากำลังเกิดโรคระบาด ควรได้รับการดูแลและป้องกันตามมาตรการที่กล่าวมาแล้ว⁶

มาตรการสำหรับโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กที่มีเด็กป่วยจำนวนมาก

กรณีที่พบเด็กป่วยจำนวนมากให้ปิดห้องเรียนที่มีเด็กป่วยหรือปิดทั้งโรงเรียนเป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์เพื่อทำความสะอาดสถานที่ต่างๆ เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องอาหาร สถานที่เล่นของเด็กและสระน้ำเป็นต้น โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ (Clorox) เตรียมในอัตราส่วนน้ำยา 20 มิลลิกรัม ต่อ น้ำ 1 ลิตร ควรทำความสะอาดของเล่นและของใช้เด็กด้วยน้ำยาซักล้างและนำผึ่งแดดหรืออบให้แห้ง ควรหยุดการใช้เครื่องปรับอากาศและเปิดห้องให้แสงแดดและการถ่ายเทอากาศเข้าถึงภายในห้อง 6 โรงเรียน และสถานที่รับเลี้ยงเด็กต้องมีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการระบาดของโรคภายในโรงเรียนอย่างเข้มงวดทุกๆ ปีในช่วงฤดูกาลระบาด

ควรทำอย่างไรเมื่อพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก²⁵

1. หากพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากที่มีอาการหนักต้องนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อสงสัยว่า มีอาการทางระบบประสาท หรือหัวใจร่วมด้วย หรือพบว่าผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งรายในสถานที่เดียวกัน เช่น ศูนย์เด็ก โรงเรียนหรือหมู่บ้านเดียวกัน ขอให้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคโดยในเขตกรุงเทพมหานคร ควรแจ้งสำนักอนามัยกรุงเทพฯ ในเขตพื้นที่ต่างจังหวัด ควรแจ้งงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. หากพบผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ควรแนะนำให้ไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจหาเชื้อ
3. แนะนำให้แยกผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยหยุดเรียนไม่รวมกิจกรรมกับเด็กคนอื่นๆ เช่น วายน้ำ ใช้สนามเด็กเล่น เทียวศูนย์การค้าเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์
4. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการแจ้งข่าวการระบาดของโรคมือเท้าปาก ติดต่อได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดที่อาศัยอยู่

ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมการควบคุมและป้องกันโรคมือเท้าปากในประเทศไทย

แม้ว่าจากการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากภายในประเทศไทยจะยังไม่พบเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่ก่อโรคอาการรุนแรงอย่างชัดเจน แต่ประสบการณ์จากประเทศเพื่อนบ้านบ่งชี้ว่าประเทศไทยควรตระหนักในการเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

1. มีมาตรการเข้มงวดในการป้องกันเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่รุนแรงจากประเทศเพื่อนบ้านเข้าสู่ประเทศ
2. ควรมีมาตรการชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพื้นที่ภายในประเทศ เช่น โรงเรียน สถานที่เลี้ยงเด็ก เป็นต้น ที่มีการระบาดให้ปฏิบัติตาม หรือออกเป็นกฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติ

3. ส่งเสริมให้มีการเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยาของเชื้อที่ระบาดในประเทศอย่างจริงจัง เพื่อติดตามการระบาดของเชื้อ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหามาตรการป้องกันและควบคุม หรือรองรับวัคซีนในอนาคต

4. ควรสนับสนุนการพัฒนาการตรวจวิเคราะห์เชื้อไวรัสที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว และถูกต้อง เนื่องจากวิธีตรวจในปัจจุบันใช้เวลาค่อนข้างนาน

5. ควรเพิ่มห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจวิเคราะห์เชื้อไวรัสที่มีจำกัดในปัจจุบัน ให้เพียงพอกับความต้องการ

6. ส่งเสริมให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยโรคมือเท้าปากอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่กล่าวในข้างต้น คาดว่าจะช่วยกระตุ้นในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค และที่สำคัญคือความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ปกครอง เพื่อให้เด็กไทยปลอดภัยจากโรคมือเท้าปาก

สรุป

สถานการณ์ในปัจจุบัน พบว่ามีการระบาดของโรคมือเท้าปากเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยซึ่งมักเกิดขึ้นตามโรงเรียนอนุบาล สถานที่เลี้ยงเด็กต่างๆ รวมทั้งการระบาดที่เกิดขึ้นในกรุงเทพฯ และจังหวัดอื่นๆ ตามที่เป็นข่าวและรายงานโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากข้อสังเกตจะพบว่าสถานที่ที่เคยเกิดระบาดมาแล้วก็จะเกิดระบาดขึ้นได้อีกในปีต่อมา และที่สำคัญโรคนี้นี้มีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสที่มีคุณสมบัติที่สามารถปรับตัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมได้เร็วมาก ซึ่งถ้าขาดมาตรการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกัน รวมทั้งการดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้องอย่างเข้มงวด คาดว่าการระบาดของโรคน่าจะขยายวงกว้างและมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ทุกคนควรให้ความร่วมมือคอยติดตามข่าวสารเพื่อทราบข้อมูลที่ต้องการและมี

ความรู้ในเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก เพื่อช่วยกันเฝ้าระวังและเคร่งครัดในการปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดส่วนบุคคลในครอบครัว และชุมชนได้อย่างถูกต้อง ควรรับรายงานต่อกรมควบคุมโรคเมื่อพบการระบาดของโรคนี้ เพื่อเป็นการช่วยกันควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคให้ลดลงหรือหมดไปในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Loughnan PM, Brow TCK, Edis B, Klug GI. Neurogenic pulmonary edema in man: Etiology and managements with vasodilators based on hemodynamics studies. *Anaesth Intens Care* 1980; 8: 65-71.
2. Huang CC, Liu CC, Chang YC, Chen CY, Wang St, et al. Neurological complications in Children with enterovirus 71 infection. *N Engl J Med* 1999; 341: 396-402.
3. พิเศษทวี โชติพิทยสุนนท์. โรคติดเชื่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ: Enterovirus 71 รายงานการสัมมนาวิชาการครั้งที่ 8. พิมพ์โดย โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2544: 109-12.
4. ยาวภา พงษ์สุวรรณ, รัตนา ดาเจริญเมือง และ สุริยะ คูหะรัตน์. สถานการณ์ของโรคไวรัสเอนเทอโร 71 ในการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ บทคัดย่อในการประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
5. วรุฒิเจริญศิริ. โรคมือเท้าปาก. [ออนไลน์] แหล่งที่มา www.thailabonline.com/sec8hfm.htm - 84k เข้าถึงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2551.
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคมือเท้าปาก. [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/>

- eid_knowledge_Enterovirus.html เข้าถึงวันที่ 10 กันยายน 2551.
7. Schmidt NJ, Lennette EH, Ho HH. An apparently new enterovirus isolated from patients with disease of the central nervous system. *J infect Dis* 1974; 129: 304-9.
8. Nagy G, Takatsy S, Kukan E, Mihaly I, Domok I. Virological diagnosis of enterovirus type 71 infections : experiences gained during an epidemics of acute CNS diseases in Hungary in 1978, *Arch Virol* 1982 ; 71: 217-27.
9. Chan LG, Parashar UD, Lye MS, et al. Deaths of children during and outbreak of hand, foot and mouth disease in Sarawak, Malaysia : clinical and pathological characteristics of the disease. *ClinInfect Dis* 2000; 31: 678-83.
10. Wang SM, Liu CC, Tseng HW, et al. Clinical spectrum of Enterovirus 71 infection in children in Southern Taiwan, with and emphasis on neurological complications, *Clin Infect Dis* 1999; 29: 184-90.
11. Ho M, Chen E, Hsy K, et al. An epidemic of enterovirus 71 infection in Taiwan. *N Engl J Med* 1999; 341: 929-35.
12. Chang L, Lin T, Huang Y, et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic 1998. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 29: 184-90.
13. Lin T, Chang L, Hsia S, et al. The 1998 enterovirus 71 outbreak in Taiwan: pathogenesis and management. *Clin Infect Dis* 2002; 34 (suppl 2): s52-7.
14. Chang L, Hsia S, Wu C, et al. Outcome of enterovirus 71 infections with or without stage-based management: 1998 to 2002. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23: 327-31.
15. Sano T, Saito T, Kondo M, et al. Enterovirus detection status of patients with herpangina and hand, foot and mouth disease in epidemic season 2007, Kanagawa prefecture, Japan. *Jpn J Infect Dis* 2008; 61: 162-163.
16. Ministry of Health, China. Hand, foot and mouth disease spreading in China, killing children. [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.medicalnewstoday.com/articles/105648.php> เข้าถึงวันที่ 27 เมษายน 2551.
17. Ministry of Health, Singapore. Hand foot mouth disease. [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.hpb.gov.sg/hpb/default.asp?pg_id=865&aid=272 เข้าถึงวันที่ 27 เมษายน 2551.
18. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. โรคมือเท้าปาก (Hand-foot-mouth disease; HFMD) และโรคจากเชื้อ Enterovirus 71 (EV-71). ภาควิชาการเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล [ออนไลน์] แหล่งที่มา www.ranthon.com/smf/index.php?topic=10099.0-60k เข้าถึงวันที่ 15 กันยายน 2551.
19. วรุฒิ เจริญศิริ. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ โรคมือ เท้า ปาก จากเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 เป็นอย่างไร [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.bangkokhealth.com/sitesearch_detail.asp?number=9560 เข้าถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2551.

20. Nong Khae Public Health Center Office. สถานการณ์โรค มือ เท้า ปาก (29 พฤศจิกายน 2551). [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.nkphc.com/index.php?mo=3&art=236807> เข้าถึงวันที่ 25 มกราคม 2552.
21. Thai Health เว็บไซต์เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. โรคมือเท้าปาก. [ออนไลน์] แหล่งที่มา www.thaihealth.info/health54.htm - 20k เข้าถึงวันที่ 6 ธันวาคม 2551.
22. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคมือเท้าปาก. [ออนไลน์] แหล่งที่มา thaigcd.ddc.moph.go.th/EID_HFMD_knowhow_050218.html - 29k เข้าถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2551.
23. Tan EL, Chow VTK, Quak SH, et al. Development of multiplex real-time hybridization probe reverse transcriptase polymerase chain reaction for specific detection and differentiation of Enterovirus 71 and Coxsackievirus A16. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease* 2008; 61: 294-301.
24. Terletskaia-Ladwig E, Metzger C, Schalasta G, Enders G. Evaluation of enterovirus serological tests IgM-EIA and complement fixation in patients with meningitis, confirmed by detection of enteroviral RNA by RT-PCR in cerebrospinal fluid. *J Med Virol* 2000; 61: 221-7.
25. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคมือเท้าปาก [ออนไลน์] แหล่งที่มา http://beid.ddc.moph.go.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=81&Itemid=9 เข้าถึง วันที่ 6 ธันวาคม 2551.

Hand, Foot and Mouth Disease in Children

Tasanee Panichakul* Suchada Thophon*

ABSTRACT

Hand-foot-mouth disease (HFMD), a common febrile illness in children under 5 years old, has become an important problem in the countries in Asia-Pacific region and Thailand. The disease is often found in children at nursery and kindergarten schools. Enteroviruses are the cause of the disease. Poor personal hygiene, weakness of the immune system, and poor hygiene in the environment increase the risk of enterovirus infection. Viruses are transmitted through the oral route and commonly found in saliva, mucus, and excrement of patient. Clinical symptoms are various depending on the seriousness of the disease. In a non-severe case, the symptoms include low fever, skin rash or vesicles and mouth ulcers, or herpangina which will recover within 7-10 days. In a severe case, the symptoms develop into neurological complications, poliomyelitis-like paralysis, and eventually death. Diagnosis of this disease has mainly relied on clinical symptoms because the diagnostic techniques of viral species isolation of the virus in cell lines, or detecting viral RNA by PCR are laborious, time consuming, and costly. There is no specific regimen of treatment and no vaccine for prevention. Therefore, the surveillance and implementation of public health interventions for HFMD are important and necessary to reduce the burden of this disease and to control and prevent the disease spreading.

Key words: Hand-foot-mouth disease, enterovirus, infectious disease in children