

โรคเท้าช้าง: โรคที่อาจกลับเป็นปัญหาของประเทศไทย

ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล¹
สุภาภรณ์ วรรณภิญโญชีพ²
ประเสริฐ สายเชื้อ³
มยุรา นิธิเกตุกุล⁴

Abstract:

Filariasis: the disease will come to be the problem of Thailand

Nithikathkul C, Wannapinyosheep S, Saichua P, Nithikathkul M.

Department of Biological Science, Department of Basic Medical Science, Faculty of Science and Technology,
Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan, 10540, Thailand

Department of Pre-clinic, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pratum Thani, 12120, Thailand

Eye Ward 2, Division of Ophthalmology, Burirum Hospital, Muang District, Burirum, 31000, Thailand

Songkla Med J 2006;24(1):53-58

Filariasis, one of the parasitic diseases, is an important health problem in tropical and sub-tropical countries. The parasitic filarias found in Thailand are Brugia malayi and Wuchereria bancrofti. These worms are the cause of filariasis or elephantiasis of which there are endemic areas in the southern and western part of Thailand. At present, there are many foreign workers from neighboring countries immigrating to Thailand. Some of them are carriers of filariasis that may transmit to Thai people and lead to a public health problem.

Key words: Filariasis, filaria, Brugia malayi, Wuchereria bancrofti, foreign worker

¹วท.ม. (ชีววิทยา), ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ วท.ม. (ปรสตีวิทยา), อาจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

²วท.ม. (ปรสตีวิทยา) ภาควิชาปรีคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120

³พ.บ. ตึกตา 2 แผนกจักษุ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

รับต้นฉบับวันที่ 18 พฤศจิกายน 2547 รับลงตีพิมพ์วันที่ 15 ตุลาคม 2548

บทคัดย่อ:

โรคฟิลาเรียนั้นเป็นโรคที่เกิดจากหนอนพยาธิตัวกลมที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่ตั้งอยู่ในเขตร้อนและเขตอบอุ่น พยาธิฟิลาเรียที่เป็นปัญหาในประเทศไทยคือ *Brugia malayi* และ *Wuchereria bancrofti* ซึ่งทำให้เกิดโรคฟิลาเรียหรือโรคเท้าช้าง โดยมีเขตรอบคอบของโรคอยู่บริเวณภาคใต้และภาคตะวันตกของประเทศไทย ปัจจุบันการอพยพของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่หลังไหลเข้ามาสู่ประเทศไทยนั้น นับเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นพาหะของพยาธิฟิลาเรียซึ่งอาจแพร่มาสู่คนไทย และทำให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขขึ้นได้

คำสำคัญ: โรคฟิลาเรีย, พยาธิฟิลาเรีย, *Brugia malayi*, *Wuchereria bancrofti*, แรงงานต่างด้าว

บทนำ

ในปัจจุบันมีปัญหการอพยพของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านหลังไหลเข้ามาสู่ประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการแรงงานที่มีราคาถูกของนายจ้าง นอกเหนือจากผลประโยชน์ทางแรงงานที่นายจ้างผู้ว่าจ้างได้รับแล้ว สิ่งทีที่ผลเสียก็คือ ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ ปัญหาอาชญากรรม รวมทั้งเป็นแหล่งแพร่โรคเข้าสู่ประเทศไทย เนื่องจากแรงงานที่เดินทางเข้ามาส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีการดูแลสุขภาพไม่ดี มีความเป็นอยู่ที่แออัด สาธารณูปโภคไม่เพียงพอ จึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อมากมาย ดังเช่น ไข้มาลาเรีย โรคเท้าช้าง วัณโรค เอ็ดส์ ซิฟิลิส และอื่นๆ เมื่อปี พ.ศ. 2544 มีแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนทั่วประเทศทั้งสิ้น 568,249 คน เฉพาะกรุงเทพมหานครมีแรงงานต่างด้าวถึง 110,536 คน (แต่จากการคาดประมาณของสภาแห่งความมั่นคงแห่งชาติกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติคาดว่าน่าจะมีแรงงานต่างด้าวและครอบครัวลักลอบเข้ามาถึง 3 ล้านคน) แรงงานส่วนนี้เป็นแหล่งรังโรคติดต่อร้ายแรง อาทิ วัณโรค โรคเท้าช้าง มาลาเรีย โดยจะเป็นผู้ที่แพร่เชื้อให้แก่คนอื่นๆ ในชุมชนได้อย่างง่ายดาย ข้อมูลจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมพบว่า แรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนต่อใบอนุญาตทำงานภายหลังการตรวจสุขภาพแล้วกว่า 4 แสนราย เป็นแรงงานชาวพม่าสูงสุดกว่า 3 แสนราย รองลงมาเป็นแรงงานชาวลาว ประมาณ 40,000 ราย และชาวกัมพูชามากกว่า 30,000 ราย จากรายงานของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2545 พบว่าแรงงานชาวมานั้นมีผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่ขึ้นทะเบียนไว้จำนวน 671 ราย โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่ตรวจพบพยาธิฟิลาเรียระยะแพร่เชื้อในเลือดจำนวน 199 ราย¹

โรคเท้าช้างเป็นโรคติดต่อที่มีุงเป็นพาหะ เดิมเคยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แต่ปัจจุบันปัญหาการแพร่เชื้อได้ลดลง โดยพบว่าอัตราการความชุกของโรคเท้าช้างลดลงจาก 11.16 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2535

เหลือเพียง 0.53 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545 และมีเพียง 4 จังหวัดเท่านั้นที่ยังพบผู้ป่วยที่มีระยะแพร่เชื้อโรคเท้าช้าง ทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน, กาญจนบุรี, สุราษฎร์ธานี และนราธิวาส และอีก 2 จังหวัดที่อาจเป็นแหล่งแพร่โรคได้คือราชบุรีและระนอง² แต่สิ่งที่น่าวิตกกังวลคือแม้ประเทศไทยจะสามารถควบคุมโรคเท้าช้างให้จำกัดบริเวณอยู่ในบางพื้นที่ แต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคเท้าช้างชนิดที่เกิดจากพยาธิ *Wuchereria bancrofti* ที่มากับแรงงานต่างด้าวได้ทั้งหมด เนื่องจากแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยมีทั้งเข้ามาแบบถูกต้องมีการขึ้นทะเบียน ซึ่งส่วนนี้เป็นกลุ่มคนส่วนน้อยที่ได้รับการตรวจโรคและอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นพวกลักลอบเข้ามา กลุ่มนี้ยากที่จะควบคุมโรคเพราะมีการหลบซ่อนจึงไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ จากรายงานของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2545 มีการสุ่มตรวจโรคเท้าช้างในแรงงานต่างด้าวซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ พบว่ามีพยาธิฟิลาเรียถึงร้อยละ 1.30² นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาพบว่า แรงงานชาวพม่าในจังหวัดตาก ตรวจพบเชื้อพยาธิฟิลาเรียร้อยละ 4.4³ การที่แรงงานชาวพม่าเหล่านี้มีเชื้อโรคพยาธิเท้าช้าง (*microfilaria*) ในกระแสเลือดโดยไม่แสดงอาการนั้น ทำให้สามารถแพร่เชื้อติดต่อไปยังคนอื่น โดยมียุงรำคาญ (*Culex quinquefasciatus*) ที่มีแหล่งอาศัยในน้ำคร่ำ ทางระบายน้ำเสียซึ่งพบในเขตเมืองสามารถเป็นพาหะนำโรคเท้าช้างสายพันธุ์พม่า^{4, 5} แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในเมืองไทยส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า ซึ่งอาจจะนำโรคเท้าช้างสายพันธุ์พม่ามาแพร่สู่คนไทยได้หากไม่มีการควบคุมโรคนี้อย่างเข้มงวดในกลุ่มแรงงานพม่าคาดว่าภายใน 5-10 ปี คนไทยอาจจะติดเชื้อโรคเท้าช้างสายพันธุ์พม่าได้

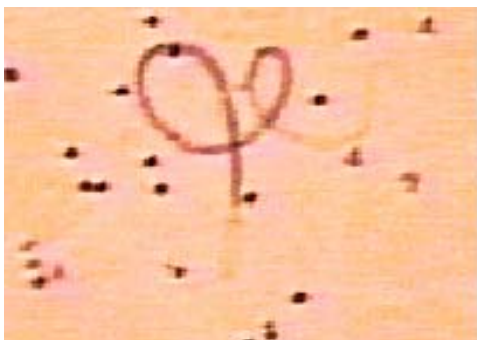
โรคเท้าช้าง เกิดจากพยาธิฟิลาเรียซึ่งอยู่ใน superfamily filarioidea⁶ พยาธิตัวแก่อาศัยอยู่ในระบบทางเดินน้ำเหลืองกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและช่องว่างในลำตัวของสัตว์มีกระดูกสันหลัง พยาธิชนิดนี้พบในประเทศเขตร้อนและแถบใกล้เขตร้อนรวมทั้งเขตอบอุ่น ประมาณได้ว่า ประชากรทั่วโลกไม่ต่ำกว่า 120

ล้านคนติดเชื้อพยาธิ⁷ และกว่า 40 ล้านคนมีการติดเชื้อในระยะรุนแรง พยาธิฟิลาเรียที่พบบ่อยในประเทศไทยมี 2 ชนิดคือ *Wuchereria bancrofti* ในไทยพบมากที่ชายแดนติดกับประเทศพม่า เช่น กาญจนบุรี, ตาก และระนอง สำหรับ *Brugia malayi* ในไทยพบมากทางภาคใต้ตามแถบชายฝั่งทะเลตะวันออกคือ ชุมพร, สุราษฎร์ธานี, นครศรีธรรมราช, พัทลุง, ปัตตานี และ นราธิวาส⁸⁻¹⁰

เดิมโรคเท้าช้างที่เกิดจากพยาธิฟิลาเรียทั้ง 2 ชนิดมีการแบ่งเขตกันชัดเจน แต่ระยะ 5 ปีที่ผ่านมาพบผู้ที่เป็นแรงงานจากประเทศพม่าที่มีเชื้อ *Wuchereria bancrofti* เดินทางมาทำงานในกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทยมากขึ้น

รูปร่างลักษณะทั่วไป

พยาธิฟิลาเรียตัวแก่มีรูปร่างคล้ายเส้นด้าย ยาวขนาด 2-10 ซม. สีครีม เพศเมียตัวโตเป็น 2 เท่าของเพศผู้ ช่องปากเล็ก ไม่มีริมฝีปาก หลอดอาหารเป็นท่อ เพศเมียออกลูกเป็นไมโครฟิลาเรีย (ตัวอ่อนระยะเอ็มบริโอ) มีขนาด 180-300 x 3-10 ไมโครเมตร รูปร่างส่วนหัวกลม ปลายหางเรียว มี 2 ชนิดคือ ชนิดมีปลอกหุ้มและชนิดไม่มีปลอกหุ้ม ขณะที่มีชีวิตอยู่ในกระแสเลือดและน้ำเหลือง มีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว อวัยวะภายในยังไม่เจริญ หากนำไปย้อมสีจะเห็นนิวเคลียสเต็มลำตัว ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงระยะไมโครฟิลาเรียของ *Wuchereria bancrofti*

วงจรชีวิต

โรคเท้าช้างติดต่อโดยมียุงเป็นพาหะ ยุงที่เป็นพาหะของ *Wuchereria bancrofti* คือ ยุงลาย, ยุงลายเสือ, ยุงรำคาญ และ ยุงก้นปล่อง ส่วนยุงที่เป็นพาหะของ *Brugia malayi* ในไทยคือ ยุงลายเสือ สำหรับโรคเท้าช้างจากพม่าจะมียุงรำคาญเป็นพาหะ ซึ่งยุงรำคาญในพม่าเป็นคนละสายพันธุ์กับยุงรำคาญที่พบในไทย

แต่จากการทดลองในห้องปฏิบัติการพบว่าพยาธิโรคเท้าช้างสายพันธุ์ของพม่าสามารถเจริญได้ในยุงรำคาญของไทย⁴ เมื่อยุงพาหะไปกัดคนที่เป็นโรคเท้าช้าง และรับเอาไมโครฟิลาเรียที่อยู่ในกระแสเลือดของผู้ป่วยเข้าไป ไมโครฟิลาเรียจะเข้าสู่กระเพาะอาหารของยุงพาหะและเคลื่อนที่ไปยังกล้ามเนื้อส่วนนอกเจริญไปเป็นตัวอ่อนระยะที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 วัน และตัวอ่อนระยะที่ 3 นี้เป็นระยะติดต่อจะไปอยู่บริเวณปากของยุงพาหะ เมื่อยุงไปกัดคน ไมโครฟิลาเรียระยะที่ 3 จะไชเข้าที่รอยแผลบนผิวหนังที่ยุงกัดเข้าสู่ร่างกายคน เข้าสู่ท่อน้ำเหลืองและต่อมน้ำเหลือง และเจริญเป็นตัวแก่อยู่ในระบบทางเดินน้ำเหลือง กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและช่องว่างในลำตัวของคน และมีการผสมพันธุ์กันออกไมโครฟิลาเรียออกมาลอยอยู่ในท่อน้ำเหลือง และกระแสเลือดของผู้ป่วยพร้อมที่จะติดต่อไปสู่คนอื่นโดยมียุงเป็นพาหะนำเชื้อ ดังแสดงในรูปที่ 2 สำหรับ *Wuchereria bancrofti* จะใช้เวลาหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจนถึงมีการเจริญเป็นตัวแก่ ผสมพันธุ์ และปล่อยไมโครฟิลาเรียออกมาในกระแสเลือดภายในเวลา 8-12 เดือน ส่วนระยะพักตัวของ *Brugia malayi* มีผู้ทำการทดลองพบว่าในสัตว์ทดลองใช้เวลาประมาณ 67-98 วัน¹¹ ส่วนสัตว์ที่เป็นรังเก็บโรคของเชื้อ *Brugia malayi* มีหลายชนิดคือ แมว, ค่าง และสุนัข ซึ่งจะทำให้ควบคุมโรคได้ยากยิ่งขึ้น

พยาธิสภาพ พยาธิวิทยาและอาการ

เมื่อไมโครฟิลาเรียระยะที่ 3 เข้าสู่ร่างกายคน จะไปอาศัยในหลอดน้ำเหลือง มีการเจริญเติบโตและปล่อยสารออกมาระตุ้นให้หลอดน้ำเหลืองมีการตอบสนอง หรือกระตุ้นให้เกิดอาการแพ้ มีการบวม ทำให้หลอดน้ำเหลืองขยาย การไหลเวียนของน้ำเหลืองช้าลง¹²

เมื่อพยาธิมีการเจริญเติบโตมากขึ้นก็จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันมากขึ้น มีการแทรกซึมของเม็ดเลือดขาว หลอดน้ำเหลืองอักเสบ บวม¹³ หากเกิดการบวมอักเสบเรื้อรังจะทำให้ลิ้นเปิดปิดหลอดน้ำเหลืองพิการ ทำให้แรงดันในหลอดน้ำเหลืองเพิ่มขึ้น ผนังของหลอดน้ำเหลืองมีค่า permeability เพิ่มขึ้น และยอมให้ของเหลวที่มีโปรตีนสูงซึมผ่านเข้าสู่เนื้อเยื่อรอบข้างได้ง่าย ทำให้เกิดอาการบวมของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ คนที่ได้รับไมโครฟิลาเรียเข้าสู่ร่างกายประมาณ 3 เดือนจะเริ่มปรากฏอาการแพ้เกิดขึ้น ระยะแรก จะมีอาการไข้ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออกมาก ไข้สูงอยู่ 1-2 วัน อาการจะเป็นๆ หายๆ หลังติดเชื้อจะมีอาการเหมือนต่อมน้ำเหลืองอักเสบ เป็นๆ หายๆ ประมาณปีละ 5-6 ครั้ง แต่ผู้ป่วยมักยังไม่ทราบว่าเป็น

ตนเองติดเชื้อเพราะอาการเหล่านี้จะหายไปเองภายใน 3 วัน หากป่วยเป็นเวลานานหลายปีจะทำให้มีการบวมโตอย่างถาวร และผิวหนังหนาขรุขระ พยาธิฟิลาเรียชนิด *Wuchereria bancrofti* มักทำให้เกิดการบวมโตที่อวัยวะสืบพันธุ์หรืออวัยวะที่อยู่สูงกว่า หัวเข่า ส่วนพยาธิชนิด *Brugia malayi* มักทำให้เกิดการบวมโตที่ขาต่ำกว่าเข่า^{11, 14} ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 2 วงจรชีวิตของเชื้อโรคพยาธิเท้าช้าง
ที่มา: ภาพตัดแปลงจาก Parasitic disease (Michael K et al., 1988:37)



รูปที่ 3 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเท้าช้าง

การวินิจฉัย

การตรวจวิเคราะห์โรคในระยะเวลาที่ยังไม่ปรากฏอาการ อวัยวะบวมโต มีวิธีการดังนี้

1. ซักประวัติการเข้าไปอยู่ในแหล่งระบาด, ประวัติอาการ หลอดน้ำเหลืองอักเสบเรื้อรัง
2. เจาะเลือดจากผู้ป่วยเพื่อตรวจหาระยะไมโครฟิลาเรีย ที่ปรากฏในกระแสเลือด โดยนำเลือดมาทำฟิล์มเลือด ย้อมสี hematoxylin หรือ giemsa แล้วนำมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเจาะเลือดต้องเจาะทั้งกลางวันและกลางคืนเพราะไมโครฟิลาเรีย จะปรากฏในกระแสเลือดเป็นระยะเวลา ระยะเวลาที่ออกมาปรากฏ คาดว่าขึ้นอยู่กับอุณหภูมิในร่างกาย และปริมาณก๊าซออกซิเจนใน กระแสเลือดของผู้ป่วย และขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ¹⁵
3. ตรวจหาไมโครฟิลาเรียจากน้ำเหลืองหรือน้ำปัสสาวะของ ผู้ป่วยที่นำไปปั่นตกตะกอน แล้วนำตะกอนนั้นมาตรวจ
4. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา มีประโยชน์ในการวินิจฉัย กรณีที่ตรวจหาไมโครฟิลาเรียจากสิ่งส่งตรวจไม่พบ ซึ่งอาจเกิดจาก ช่วงเวลาที่เจาะเลือดไม่ตรงกับเวลาที่ไมโครฟิลาเรียออกมาปรากฏ ในกระแสเลือดหรือจำนวนเชื้อในเลือดต่ำวิธีการตรวจทาง ภูมิคุ้มกันวิทยาทำได้หลายวิธี เช่น

- 4.1 ตรวจหาแอนติบอดีต่อพยาธิฟิลาเรีย โดยวิธี skin test¹⁶⁻¹⁷, indirect immunofluorescent test¹⁸, indirect hemagglutination test¹⁸, radioimmunoassay, enzyme immunoassay¹⁹
- 4.2 ตรวจหาแอนติเจนในเลือดหรือปัสสาวะ โดยวิธี radioimmunoassay²⁰⁻²¹, monoclonal antibody-based ELISA²², immunochromatographic test²³
- 4.3 ตรวจ cellular immune response เช่น delayed type hypersensitivity test

การรักษา

การรักษาทั่วไปในระยะต่อมน้ำเหลืองอักเสบ คือ การรักษา ประคับประคอง โดยให้ยาลดไข้และควรให้พัก ถ้ามีขาบวม ควรยกขาขึ้นสูง ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเท้าช้างขณะนี้ มี diethyl-carbamazine (DEC) โดยใช้ขนาด 6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ระยะเวลาของการรับประทานขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิ ถ้าติดเชื้อ *Brugia malayi* รับประทานยา DEC 6 วันติดต่อกัน/ ครั้ง ติดตามให้ยาทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี ถ้าติดเชื้อ *Wuchereria bancrofti* รับประทานยา DEC 12 วันติดต่อกัน/ครั้ง ติดตาม ให้ยาทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปี นอกจากนี้ยังมียาอีกชนิดคือ Ivermectin โดยให้ขนาด 150 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

รับประทานครั้งเดียว และให้ซ้ำทุก ๆ 6-12 เดือน เพื่อทำลายตัวพยาธิ²⁴

ส่วนอาการอวัยวะบวมโตผิดปกติตรงเดิมต้องใช้วิธีการทางศัลยกรรม

การป้องกัน

ป้องกันไม่ให้ยุงกัด กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และหากต้องเข้าไปในถิ่นระบาดของโรคควรมีมาตรการป้องกันยุงกัด รักษาประชากรในแหล่งระบาดไม่ให้มีเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดการแพร่ของเชื้อ รวมทั้งนายจ้างที่รับแรงงานพม่ามาทำงาน ควรให้ลูกจ้างเหล่านี้รับประทานยาฆ่าพยาธิโรคเท้าช้าง

สรุป

โรคเท้าช้างที่เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยในอดีต ได้ถูกควบคุมโรคจนมีอัตราความชุกของโรค 0.53 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545 จนคาดว่าจะสามารถกำจัดให้หมดจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศภายในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่จะกำจัดโรคเท้าช้างให้หมดจากโลกในปี พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครไม่พบรายงานของการป่วยเป็นโรคเท้าช้างมานานเกือบ 30 ปีแล้ว แต่ปัจจุบันกลับพบการแพร่ระบาดของโรคเท้าช้างในหมู่แรงงานต่างด้าวชาวพม่าซึ่งอพยพย้ายถิ่นมาทำงานอยู่ในไทย หากไม่มีการควบคุมอย่างจริงจังอีกไม่ช้าโรคเท้าช้างสายพันธุ์พม่าอาจจะแพร่มาสู่คนไทย เพราะโรคนี้มีการติดต่อโดยมียุงเป็นตัวนำโรค และมีการติดต่อกันได้โดยง่ายเพียงแค่อูยุงกัด และยุงรำคาญในไทยสามารถเป็นพาหะนำโรคเท้าช้างสายพันธุ์พม่านี้ได้ อีกทั้งยุงรำคาญเป็นยุงที่พบได้ทั่วไปตามเมืองใหญ่ เพาะพันธุ์ได้ดีตามแหล่งน้ำเน่า และมีนิสัยชอบกัดคน รัฐบาลไทยจึงมีมาตรการในการควบคุมโรคเท้าช้างโดยการจ่ายยาฆ่าเชื้อโรคเท้าช้างให้กลุ่มแรงงานพม่าและครอบครัวรับประทานฟรี และต้องรับประทานซ้ำทุก 6 เดือน เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อจากคนไปสู่ยุงพาหะ พร้อมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้นายจ้างที่มีแรงงานพม่ามารับยารักษาฆ่าพยาธิเท้าช้างไปให้ลูกจ้างรับประทานโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งส่วนนี้จะควบคุมได้กับแรงงานถูกต้องตามกฎหมายที่มาขึ้นทะเบียนเป็นบางส่วน แต่อาจไม่สมบูรณ์นักเพราะมีแรงงานบางส่วนที่ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายแรงงานเหล่านี้ยังไม่ได้รับยารักษาเชื้อ จึงอาจเป็นพาหะนำเชื้อมาสู่คนไทยได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเท้าช้าง. รายงานประจำปี. นนทบุรี: กองโรคเท้าช้าง กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
2. กองโรคเท้าช้าง. รายงานประจำปี. นนทบุรี: กองโรคเท้าช้าง กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
3. Triteraprapab S, Songtrus J. High prevalence of bancroftian filariasis in Myanmar-migrant workers: a study in Mae Sot district, Tak province, Thailand. J Med Assoc Thai 1999;82:735-9.
4. กอบกาญจน์ ภาณจนโนภาส. ความสามารถในการเป็นพาหะนำเชื้อพยาธิ Nocturnal periodic *Wuchereria bancrofti* ของยุง *Culex quinquefasciatus* ในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2540;27:169-76.
5. Triteraprapab S, Kanjanopas K, Suwannadabba S, Sangprakarn S, Poovorawan Y, Scott AL. Transmission of the nocturnal periodic strain of *Wuchereria bancrofti* by *Culex quinquefasciatus*: establishing the potential for urban filariasis in Thailand. Epidemiol Infect 2000; 125:207-12.
6. Kean BH, Molt KE, Russell AJ. Tropical Medicine and Parasitology. Classic Investigations. New York: Corbell University press; 1978.
7. Ottesen EA, Ramachandran CP. Lymphatic filariasis infection and disease: control strategies. Parasitology Today 1995;11:129-31.
8. สุภัทร สุจริต. กิฏวิทยการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิศิษฐ์การพิมพ์; 2531.
9. พิสัย กรีวิเชียร. ปาราสิตวิทยาทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาปาราสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
10. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หะรินสุด. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทรวมทรัพย์ จำกัด; 2533.
11. Gracia SL and Bruckner DA. Diagnostic medical parasitology. 3rd ed. Washington DC: ASM press; 1997.
12. WHO. Lymphatic filariasis. Geneva: WHO expert committee on filariasis; 1992.
13. Srividya A, Pani SP, Rajagopalan PK, Bundy DA, Grenfell BT. The dynamics of infection and disease in bancroftian filariasis. Trans R Soc Trop Med Hyg 1991;85:255-9.

14. Markell EK, John DI, Krotoski WA. Medical parasitology. 8th ed. Pennsylvania: WB Saunders company; 1999.
15. Hawking F, Pattanayak S, Sharma HL. The periodicity of microfilaria. XI the effect of body temperature and other stimuli upon the cycles of *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *B. ceylonensis* and *Dirofilaria repens*. Trans R Soc Trop Med Hyg 1966;60:497-513.
16. Grove DI, Cabrera BD, Valeza FS, Guinto RS, Ash LR, Warren KS. Sensitivity and specificity of skin reactivity to *Brugia malayi* and *Dirofilaria immitis* antigens in Bancroftian and Malayan filariasis in the Philippines. Am J Trop Med Hyg 1977;26:220-9.
17. Subrahmanyam M, Belokar WK. *Wuchereria bancrofti* microfilarial antigen in the diagnosis of human filariasis by skin test. J Postgrad Med 1979;25:81-4.
18. Romia SA, Abou-Zakham AA, Rezk H, Abou-Shady AF. Immunodiagnosis of bancroftian filariasis. J Egypt Soc Parasitol 1990;20:235-41.
19. Weiss N, Karam M. Humoral immune responses in human onchocerciasis: detection of serum antibodies in early infections. Ciba Found Symp 1987;127:180-8.
20. Paranjape RS, Hussain R, Nutman TB, Hamilton R, Ottesen EA. Identification of circulating parasite antigen in patients with bancroftian filariasis. Clin Exp Immunol 1986;63:508-16.
21. Prasad GB, Harinath BC, Hamilton RG. Analysis of paired serum, urine and filter paper blood specimens for presence of filarial antigen by immunoradiometric assay. J Immunoassay 1987;8:351-65.
22. More SJ, Copeman DB. A highly specific and sensitive monoclonal antibody-based ELISA for the detection of circulating antigen in bancroftian filariasis. Trop Med Parasitol 1990;41:403-6.
23. Weil GJ, Liftis F. Identification and partial characterization of a parasite antigen in sera from humans infected with *Wuchereria bancrofti*. J Immunol 1987; 138:3035-41.
24. Gracia LS. Diagnostic Medical Parasitology. 4th ed. Washington DC: American Society for Microbiology; 2001.