

ปกิณกะ

ใยหิน* : มุมมองของนักอาชีวอนามัย

สลิธร เทพตระการพร

แร่ใยหินทุกชนิด (actinolite, amosite, anthophyllite, chrysotile, crocidolite และ tremolite) เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (International Agency for Research on Cancer; IARC^๑) อัตราการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ปริมาณการรับสัมผัส และความปลอดภัย ในกระบวนการผลิต การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดที่เกิดจากการรับสัมผัสแร่ใยหิน

ทางรับสัมผัสแร่ใยหินที่สำคัญคือทางการหายใจ โดยการหายใจเอาเส้นใยหินที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศเข้าสู่ปอด ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในสถานที่ทำงานและในสถานที่ใกล้เคียงกับแหล่งกำเนิด (เหมืองแร่ใยหิน) หรือสถานประกอบการที่ใช้ใยหิน การรับสัมผัสจะเกิดขึ้นได้มากในกรณีที่มีการแยกบรรจุแร่ใยหิน การผสมแร่ใยหินเป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิต การตัดหรือขจัดวัสดุหรือผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบโดยไม่ใช้ระบบเปียก การติดตั้งหรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ สิ่งที่น่าเป็นห่วงในปัจจุบันก็คือ อาคาร บ้านเรือนที่ปลูกสร้างมานานแล้ว มักใช้ใยหินเป็นองค์ประกอบ ฝ้าเพดาน กระเบื้องมุงหลังคา พื้นไวนิล ดังนั้นการซ่อมแซม รื้อถอน ทำลายเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของใยหินซึ่งกลายเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วง แม้ว่าจะมีการเลิกใช้แร่ใยหินแล้วก็ตาม

มติสมัชชาสุขภาพโลก^๒ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสนใจเป็นพิเศษกับโรคมะเร็งซึ่งมีสาเหตุจากการรับสัมผัสสารเคมีทั้งในที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และใยหินก็จัดเป็นสารก่อมะเร็งที่มีความสำคัญมากที่สุดชนิดหนึ่งเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตเนื่องจากการทำงาน^๓ นอกจากนี้คณะกรรมการร่วมระหว่าง ILO/WHO ด้านอาชีวอนามัย^๔ ก็ได้มีการประชุมร่วมกันและแนะนำประเทศ

ต่างๆ ให้มีความตั้งใจเป็นพิเศษในการกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหิน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศคำมั่นว่าจะให้ความร่วมมือกับหลายๆ ประเทศในการกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหิน โดย

- การตระหนักว่าหนทางที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหินคือการเลิกใช้ใยหินทุกชนิดโดยเด็ดขาด

- เตรียมข้อมูลการใช้สารทดแทนใยหินที่มีอันตรายน้อยกว่า

- ใช้มาตรการป้องกันอันตรายจากใยหินในระหว่างดำเนินการลดและเลิกใช้

- ปรับปรุงการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหินแต่เนิ่นๆ การฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์และทางสังคม รวมทั้งจัดทำระบบทะเบียนผู้ที่มีประวัติการรับสัมผัสใยหินทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ท้ายที่สุด เมื่อวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๔๕ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้ตกลงรับเอาข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับใยหินดังนี้ “การเลิกใช้ใยหินในอนาคต รวมทั้งการค้นหาปัญหาและการจัดการที่เหมาะสม นับเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการปกป้องคนงานจากใยหิน และการป้องกันการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหินรวมทั้งการเสียชีวิตในอนาคต”

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขโดย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับกระทรวงแรงงาน จัดการประชุม The Asian Asbestos Conference 2006 โดยเน้นประเด็น “Protecting People from Asbestos” เมื่อเดือนกรกฎาคม ๒๕๔๕ ณ กรุงเทพมหานคร และได้จัดทำคำประกาศการเลิกใช้ใยหินและการกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหิน (The Bangkok Declaration on Elimination of Asbestos and Asbes-

tos-related Diseases) ขึ้นซึ่งเป็นข้อสรุปที่ได้จากการประชุมดังกล่าว นับเป็นเวทีครั้งแรกในประเทศไทยที่ได้มีการพูดคุยกันอย่างจริงจังถึงเรื่องการห้ามใช้ใยหินต่อไปในอนาคต

ประเด็นที่ยังเป็นเรื่องถกเถียงกันไม่สิ้นสุดก็คือ เหตุใดจึงต้องห้ามใช้ใยหิน (ปัจจุบันมีเพียงแร่ใยหินชนิดโครโซไทล์ เท่านั้นที่ยังอนุญาตให้ใช้ได้ โดยเป็นวัตถุดิบทรายชนิดที่ ๓ คือวัตถุดิบทรายที่การผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองต้องได้รับใบอนุญาต ภายใต้อำนาจ พ.ศ. ๒๕๓๕) ทั้งๆ ที่ไม่เห็นมีผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหินในประเทศไทย ปัจจุบันมีการรายงานผู้ป่วย ๑ รายแล้วที่มีแพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเนื่องจากการรับสัมผัสใยหิน^๕

ในมุมมองของนักอาชีวอนามัย การไม่มีรายงานผู้ป่วยก็มิได้หมายความว่าเราไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าว แต่อาจมีข้อจำกัดบางประการ ไม่ว่าจะเป็นระบบเฝ้าระวังสุขภาพ ระบบทะเบียนผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน เทคนิคการวินิจฉัยโรค ฯลฯ ที่ยังเป็นปัจจัยสำคัญให้ไม่สามารถตรวจหาผู้ป่วยได้ หรือแม้ว่าผลการตรวจสิ่งแวดล้อมในการทำงานจะระบุว่าสารเคมีที่ตรวจนั้นมีค่าความเข้มข้นในบรรยากาศการทำงานไม่เกินค่ามาตรฐานกำหนด ก็ไม่ได้หมายความว่าคนงานจะมีความปลอดภัยในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสารนั้นเสียทีเดียว หากไม่ปฏิบัติตามวิธีการทำงานที่ปลอดภัย ผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า ด้วยข้อจำกัดบางประการเราน่าจะใช้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศมาใช้เป็นบทเรียนในบ้านเราได้โดยไม่ต้องรอให้เห็นความเสียหายที่ชัดเจนก่อน ในที่นี้หมายถึงอัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหิน เพราะเมื่อถึงเวลานั้นแล้ว การจ่ายเงินทดแทนคงจะมีมูลค่ามหาศาลแน่นอน หากจะดูกรณีตัวอย่างของประเทศญี่ปุ่นก็คงต้องพูดถึงกรณี Kubota shock ซึ่งทำให้เกิดความตระหนักต่อสาธารณชนในวงกว้างถึงผลกระทบของใยหิน ทั้งต่อสุขภาพความปลอดภัย และต่อเศรษฐกิจ สังคมโดยรวม Kubota shock เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยคนงาน ๑๕ รายเสียชีวิตเนื่องจากเมโสเทลิโอมา หรือมะเร็งเยื่อหุ้มปอดซึ่งเป็นผลจากใยหิน หลังจากนั้นมีการตรวจพบผู้ป่วยเมโสเทลิโอมา ๓๑ รายซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้โรงงาน รวมถึงสมาชิกในครอบครัวคนงานด้วย^๖ จนมีการยกเลิกการใช้ใยหินทุกชนิดใน พ.ศ. ๒๕๕๕ นอกจากนี้ยังได้มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ รายในอีก ๔๐ ปีข้างหน้า^๗ จะเห็นได้ว่าโรคที่เกี่ยวข้องกับใยหินนั้น เกิดขึ้นได้ทั้งจากการทำงานและจากสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนใยหิน ดังนั้น การควบคุมป้องกัน

โรคจึงเป็นเรื่องที่ยากและเสียค่าใช้จ่ายมาก WHO จึงสรุปว่าการเลิกใช้ใยหินเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ดังนั้น จึงน่าจะถึงเวลาแล้วที่เราควรจะต้องมีการพิจารณาการเลิกใช้ใยหินในประเทศอย่างจริงจัง ผู้เขียนยังมีความคาดหวังว่า การเลิกใช้ใยหินที่เกิดจากความสมัครใจหรือยินยอมโดยผู้ประกอบการ มิใช่โดยการบังคับใช้กฎหมาย น่าจะเป็นหนทางที่ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research for Cancer (IARC) 1998. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 14 Asbestos. Available at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol14/volume14.pdf>
2. WHO 2006. Elimination of asbestos-related diseases. Available at: http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelated-diseases.pdf
3. Concha-Barrientos M et al. Selected occupational risk factors. In: Ezzati M et al, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health organization; 2004: 1651-1801.
4. ILO, WHO. Report of the Committee JCOH/2003/D.4. Thirteen Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Geneva, International Labour Office, 2003.
5. สุทธิพัฒน์ วงศ์วิทยโชติ, จันทนา ผดุงทศ. เมโสเทลิโอมา เหตุอาชีพรายแรกของไทย. วารสารคลินิก ๒๕๕๑;๒๘: ๑๓๒-๖.
6. Sato H. Development of asbestos regulation in Japan: Incremental policy making and crisis politics. In: Sato H, editor. Management of health risks from environment and food: policy and politics of health risk management in five countries-Asbestos and BSE. London: Springer Science+Business Media B.V.;2010.p 29-61.
7. Murayama T, Takahashi K, Natori Y, Kurumatani N. Estimation of future mortality from pleural malignant mesothelioma in Japan based on an age-cohort model. Am J Ind Med 2006;49:1-7