



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 45 ฉบับที่ 26 : 11 กรกฎาคม 2557

Volume 45 Number 26 : July 11, 2014

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ปรับกระบวนทัศน์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่: พบผู้ป่วยติดเชื้อไข้มองอักเสบจากเชื้อเวสต์ไนล์ไวรัส
ที่แสดงกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอต่อนแรงในประเทศอินเดีย

Adult flaccid paralysis due to West Nile virus infection in adult: a paradigm shift entity

✉ stungcharoensilp@yahoo.com

ถอดความและเรียบเรียงโดย สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ วัชรวิทย์ แก้วนอกเขา และเสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย
สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ไวรัสโปลิโอเป็นสาเหตุของอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอต่อนแรง ในประเทศอินเดียหลังจากการรณรงค์ให้วัคซีนครั้งใหญ่ จำนวนผู้ป่วยโปลิโอเริ่มลดลงจนเกือบจะอยู่ในภาวะปลอดโปลิโอ ผู้ป่วยโปลิโอรายสุดท้ายในอินเดียรายงานเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2554 และเป็นทีที่คาดว่าในปี พ.ศ. 2557 ไวรัสโปลิโอจะหมดไปจาก อินเดีย แต่อย่างไรก็ตาม ได้เกิดปัญหาใหม่ขึ้นมา คือ West Nile virus (WNV) ที่ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอต่อนแรง (AFP) ในผู้ใหญ่ซึ่งไม่เหมือนโปลิโอที่เกิดในเด็ก เชื้อ WNV เคยระบาดใน สหรัฐเมื่อปี พ.ศ. 2542 และมีอยู่ด้วยกัน 5 สายพันธุ์ สายพันธุ์ที่มีความสำคัญและทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ระบบประสาท คือ สายพันธุ์ที่ 1 ซึ่งสายพันธุ์ที่ 1 และสายพันธุ์ที่ 2 นั้นจะแสดงอาการค่อนข้างชัดเจน ส่วนสายพันธุ์อื่นนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด มีการบันทึกไว้ว่า เคยมีการแยกเชื้อ WNV สายพันธุ์ที่ 1 ได้จากการระบาดของโรคไข้มองอักเสบในเมือง Alappuzha ของรัฐ Kerala ในปี พ.ศ. 2556 อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบแน่ชัดว่าเชื้อ WNV ทำให้เกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอต่อนแรงจริงหรือไม่ ต่อไปนี้เป็นอาการแสดงของผู้ป่วย AFP ในประเทศอินเดียช่วงเดือนพฤษภาคม 2556 ที่มีการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการว่าพบเชื้อ WNV

ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศชายอายุ 55 ปี มีอาการไข้มา 1 สัปดาห์ และประสาทรับความรู้สึกเปลี่ยนไปใน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคอแข็ง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและการตรวจเลือดปกติ หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและต้องกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือด สองวันต่อมา ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงกว่าเดิม มีอาการอัมพาตที่แขน ขา ทั้งสองข้าง โดยกำลังกล้ามเนื้อเท่ากับเกรด 0 ทั้งหมด ประสาทรับความรู้สึกยังปกติ การวินิจฉัยเริ่มแรกคือ AFP ในวันที่ 7 ผู้ป่วยมีอาการไตล้มเหลวและความดันต่ำตลอด มีผลทำให้ไม่รู้สึกตัว ผลการตรวจ PCR ให้ผลบวกต่อเชื้อ WNV และเมื่อนำน้ำไขสันหลังตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี ELISA พบว่าให้ผลบวกที่มีภูมิคุ้มกัน (IgM) ต่อการติดเชื้อ WNV และเชื้อ Japanese encephalitis (JEV) แต่เมื่อพิจารณาระดับไตเตอร์ของภูมิคุ้มกัน (titer) แล้วพบว่า ระดับ titer ต่อเชื้อ WNV ค่อนข้างสูง (titer 1:40) ขณะที่ระดับ titer ของเชื้อ JEV มีค่าต่ำกว่า (titer 1:<10) สรุปได้ว่าเชื้อ WNV น่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมาก ในวันที่ 14 ญาติ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจยกเลิกการรักษาและถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ◆ ปรับกระบวนทัศน์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่: พบผู้ป่วยติดเชื้อไข้มองอักเสบจากเชื้อเวสต์ไนล์ไวรัส
ที่แสดงกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอต่อนแรงในประเทศอินเดีย | 401 |
| ◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 26 ระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน - 5 กรกฎาคม 2557 | 403 |
| ◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 26 ระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน - 5 กรกฎาคม 2557 | 407 |

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรือ งานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร กุมาตล
นายแพทย์ธวัช ฉายนีย์โยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำนวน อังชุตักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ธนรักษ์ พลิพัฒน์

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : สัตวแพทย์หญิงเสาวพักตร์ อ้นจ้อย

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พงษ์ศิริ วัฒนาศุภกิจต์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภรณ์รัตน์ ศศิธรณ์ มาแอดิเยน พัชร ศรีหมอก
สมเจตน์ ตั้งเจริญติลาปี

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศชายอายุ 42 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะมา 1 สัปดาห์ ซึ่ง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการไข้สูงและปวดหลังตามด้วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่ขาขวาและมีอาการกล้ามเนื้อกระดูกที่ต้นขา deep tendon reflex เคาะไม่ขึ้นและประสาทรับความรู้สึกปกติ ต่อมาอาการกระดูกถูกตรวจพบที่ต้นขาทั้งสองข้าง ผลการตรวจ MRI ที่กระดูกสันหลังปกติ ตัวอย่างซีรัมส่งตรวจด้วยวิธี ELISA ให้ผลบวกต่อการติดเชื้อ JEV IgM และเชื้อ WNV IgM และเมื่อตรวจซีรัมด้วยวิธี Microneutralization assay พบระดับ titer สูงต่อเชื้อ WNV (titer 1:320) สำหรับเชื้อ JEV นั้นระดับ titer ต่ำ (titer 1:<10) ผลการติดตามอาการใน 1 เดือนต่อมาผู้ป่วยมีอาการอัมพาตเหลืออยู่

ผู้ป่วยรายที่ 3 เพศชายอายุ 45 ปี อาการไข้สูงมา 5 วันอ่อนเพลีย อาการกระดูกบริเวณต้นขาทั้งสองข้าง และเดินไม่สะดวกเป็นเวลา 1 วัน สะโพกขวาโก่ง เข่าตึง ไม่มีการโต้ตอบของเส้นเอ็นของแขนทั้ง 2 ข้างและส่วนอื่นทั่วร่างกาย รวมถึงกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าด้วย ประสาทสัมผัสปกติ นำตัวอย่างน้ำไขสันหลังมาตรวจด้วยวิธี PCR ให้ผลลบต่อเชื้อ ใน 2 สัปดาห์ถัดมาได้เก็บตัวอย่างซีรัมและน้ำไขสันหลังเพิ่มเติมเพื่อตรวจ ELISA พบผลบวกต่อการติดเชื้อ JEV และเชื้อ WNV เมื่อตรวจทาง Microneutralization assay พบว่าระดับไตเตอร์สูงต่อการติดเชื้อ WNV (titer 1:320) และระดับไตเตอร์ต่อเชื้อ JEV ต่ำ (titer 1:<10)

เชื้อ WNV เป็น single stranded ribonucleic acid อยู่ในตระกูล Flaviviridae ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับเชื้อ JEV, Murray valley และ St. Louis encephalitis virus วงจรการติดเชื้อ WNV เป็นไปตามวงจรธรรมชาติระหว่างนกและยุง เชื้อผ่านเข้าทางการดูดเลือด

จากยุงนำไปสู่คนและม้า การติดต่อระหว่างคนไปคนมีรายงานจากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะหรือการให้เลือด เคยมีรายงานการติดเชื้อ WNV ในประเทศอินเดียประมาณ ปี พ.ศ. 2527 แต่ไม่ได้ระบุถึงความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ AFP

การรายงานพบผู้ป่วยโรค WNV ในประเทศอินเดียที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ทุกรายมีความสัมพันธ์ในการแสดงป่วยในกลุ่มอาการของ AFP และมีความสัมพันธ์กับติดเชื้อ JEV ด้วยเช่นกัน โดยพบในช่วงก่อนฤดูมรสุมของรัฐ Kerala จากรายงานดังกล่าว ทำให้มีความตื่นตัวในการให้ความสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างการติดเชื้อ JEV และเชื้อ WNV นอกจากนั้นแล้ว เริ่มมีการพิจารณาเพิ่มความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังกลุ่มอาการ AFP มากขึ้น ซึ่งในประเทศอินเดียนั้น การเฝ้าระวัง AFP จะดำเนินการในกลุ่มเด็กจนถึงกลุ่มอายุ 15 ปีเท่านั้น ดังนั้น การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการของ AFP ตลอดจนการที่แพทย์ผู้รักษาตรวจสอบลักษณะอาการทางคลินิกอย่างละเอียด ร่วมกับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม จะเป็นหัวใจสำคัญของการตรวจจับโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาอุบัติใหม่ และนำไปสู่การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างทันการณ์

เอกสารอ้างอิง

Maramattom BV, Philips G, Sudheesh N, & Arunkumar G. Acute flaccid paralysis due to West Nile virus infection in adults: A paradigm shift entity. Annals of Indian Academy of Neurology 2014; 17 (1): 85-8 PMID:24753667