

ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๖
๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๐



VOLUME 28 : NUMBER 6
FEBRUARY 7, 1997

รายงาน

ISSN 0125-7447

การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ CONTENTS

ไข้กาฬหลังแอ่น กรุงเทพมหานคร กันยายน 2539

61

ไข้กาฬหลังแอ่น กรุงเทพมหานคร กันยายน 2539

(Meningococcal Meningitis, Bangkok 1996)

ความเป็นมา

วันที่ 15 ตุลาคม 2539 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานจากกองควบคุมโรค สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครว่า มีผู้ป่วยโรคไข้กาฬหลังแอ่น ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หนึ่งราย เมื่อวันที่ 26 กันยายน และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2539 แพทย์ในโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยาและคณะเจ้าหน้าที่จากกองระบาดวิทยา ได้ออกสอบสวนโรคร่วมกับกองพยาธิวิทยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ 12, ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 37 และสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ในวันที่ 16, 17 และ 21 ตุลาคม 2539

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการรายงานโรค
2. เพื่อศึกษาถึงรายละเอียดของการเกิดโรคในแง่ บุคคล เวลา สถานที่ และถึงกำหนดของการเกิดโรคครั้งนี้
3. เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค

วิธีการสอบสวน

1. ศึกษาประวัติการป่วย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และศึกษาจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก และบันทึกผู้ป่วยใน
2. นิยามผู้ป่วย (case definition) ผู้ป่วยหมายถึง ผู้ที่มีอาการอย่างน้อย 2 อาการ คือ ไข้และผื่นเลือดออกได้ผิวหนัง (petechial rash or purpura) ระหว่างวันที่ 1 กันยายนถึง 17 ตุลาคม 2539
- นิยามพาหะนำโรค (carrier) หมายถึง ผู้ร่วมงาน, ผู้ร่วมบ้าน หรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ ที่ไม่มีอาการดังกล่าว แต่ตรวจพบเชื้อ *Neisseria meningitidis* จากการทำ nasopharyngeal swab หรือ throat swab culture

3. ค้นหาขอบเขตการกระจายของโรคในคน

3.1 โดยสำรวจที่พักอาศัยและที่ทำงานของผู้ป่วย

3.2 ค้นหาผู้ป่วยโดย ชักประวัติการป่วยในผู้ร่วมบ้าน, ผู้ร่วมงาน หรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย รายนี้ (closed contact)

3.3 ค้นหาพาหะนำโรค โดยตรวจหาเชื้อ *Neisseria meningitidis* จากผู้สัมผัสในข้อ 3.2 โดย ทำ nasopharyngeal swab และ throat swab แล้วป้ายลงบน media ที่เตรียมไว้ เก็บใน candle jar ซึ่งเพิ่มความชื้นโดยใช้สำลีชุบน้ำวางไว้ภายใน และส่งเพาะเชื้อทันที ต่อจากนั้นจึงตรวจหาชนิดของเชื้อ (serogroup) และความไวต่อยาบางชนิด (antimicrobial sensitivity testing)

ผลการสอบสวน

ประวัติการป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยโสด อายุ 22 ปี อาชีพพนักงานร้านอาหารและคาราโอเกะ มีหน้าที่คุมการเบิกจ่าย เครื่องดื่มแก่พนักงานเพื่อนำไปบริการลูกค้า ผู้ป่วยพักในแมนชั่นแห่งหนึ่ง ต.หัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร นาน 6 เดือน

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ มีไข้ ออกผื่น ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง โดยเริ่มมีอาการประมาณเวลา 17.00 น. ในวันที่ 25 กันยายน 2539 มีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะมาก ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัว เพื่อย เดินไม่ค่อยได้ คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน กินอาหารไม่ค่อยได้ เวลาประมาณ 22.00 น. เพื่อนที่อยู่ห้องเดียวกันเริ่มสังเกตเห็นว่า มีจุดดำ ขนาดเล็ก กระจายตามแขนขาของผู้ป่วย จึงได้นำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้ที่พักเมื่อเวลา 23.00 น.

แพทย์เวรตรวจพบว่าผู้ป่วยมีไข้ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มม.ปรอท ร่วมกับมีผื่นตามแขนขา ผื่นมีสีน้ำตาลคล้ำจุดเลือดออก (hemorrhagic spot) ให้การวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อไวรัส และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เมื่อเวลา 23.20 น. รักษาตามอาการโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือด ขาแก้ปวดลดไข้ และยาคลายกล้ามเนื้อ ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อมาก ถ้าไปสัมผัสจะยิ่งปวดมาก อาเจียนหลายครั้ง และถ่ายอุจจาระเหลวประมาณ 10 ครั้ง ลักษณะอุจจาระเป็นมูก ไม่มีเลือดปน ผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลา แต่กลับอุจจาระไม่ได้ถ่ายอุจจาระโดยไม่รู้สีกตัว เวลา 7.00 น. ของวันรุ่งขึ้น พยาบาลสังเกตเห็นว่าผื่นขยายใหญ่ขึ้น กระจายทั่วตัว และผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ความดันโลหิต 80/60 มม.ปรอท ชีพจร 124 ครั้งต่อนาที การหายใจ 28 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้ยา Ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดหนึ่งครั้ง เมื่อเวลา 10.30 น. และฉีดยา Metronidazole 500 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดหนึ่งครั้ง เมื่อเวลา 12.00 น. แล้วส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลเอกชน เมื่อวันที่ 26 กันยายน เวลา 8.00-10.00 น. พบว่า เม็ดเลือดขาว 20,400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล 55% ลิมโฟไซต์ 26% โมโนไซต์ 7% อีโอสิโนฟิล 1% แบนด์ฟอร์ม 11% ซีมาโตคริต 42% เกร็ดเลือด 48,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ปกติ 150,000-450,000) พบว่า มีความผิดปกติของกระบวนการแข็งตัวของเลือด คือค่า prothrombin time (PTT)

108 วินาที (ปกติ 34 วินาที) การเพาะเชื้อจากเลือดก่อนให้ยาปฏิชีวนะ (เพาะเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อที่เพิ่งนำออกจากตู้เย็น) ผลไม่มีเชื้อขึ้น การตรวจหน้าที่ของตับและไต อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 26 กันยายน เวลา 21.00 น. จากการตรวจร่างกาย แรกพบว่ามีไข้ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้ง ต่อนาที ความดันโลหิต 110/80 มม.ปรอท มีเลือดออกใต้เยื่อตา (subconjunctival hemorrhage) ทั้ง 2 ข้าง มีจุดเลือดออกใต้เยื่อ (petechia) บริเวณเพดานปาก (palate) มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังทั่วตัว (petechia-purpura) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและมีอาการคอแข็ง (stiff neck)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย การตรวจเลือดด้วยวิธี counter immuno-electrophoresis (CIE) เมื่อ 4 ตุลาคม ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Neisseria meningitidis* ให้ผลลบต่อเชื้อ *Hemophilus influenzae* และ *Streptococcus pneumoniae* การเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะเมื่อวันที่ 26 กันยายน ผลไม่มีเชื้อขึ้น การย้อมเชื้อด้วยวิธี Gram stain จาก buffy coat และจากจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง (purpuric spot) ผลไม่พบเชื้อ (ไม่ได้ระบุวันตรวจ) ไม่ได้เจาะน้ำไขสันหลังตรวจ เพราะผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่าย

แพทย์ให้การรักษาด้วย Cefotaxime ฉีดเข้าหลอดเลือดครั้งละ 2 กรัม ทุก 6 ชั่วโมงนาน 14 วัน ให้พลาสมา (FFP) 2 ยูนิต ทุก 8 ชั่วโมง นาน 3 วัน และเกร็ดเลือดเข้มข้น (concentrate platelet) 10 ยูนิต ให้ 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม รวมพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 15 วัน

แพทย์โรงพยาบาลเอกชนได้จ่ายยา Rifampicin ขนาด 600 มก. วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน โดยจ่ายให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย และคนขับรถที่ขับรถส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวม 20 คน แพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้จ่ายยา Rifampicin ขนาด 600 มก. วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 วัน ให้เพื่อนสนิท ผู้ที่นอนห้องเดียวกับผู้ป่วย น้องชายของผู้ป่วย และญาติที่ผู้ป่วยไปเยี่ยมเกือบทุกสัปดาห์ รวม 13 คน

ประวัติการป่วยในอดีต

ก่อนป่วยผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีอาการผิดปกติ ในวัยเด็กเคยเป็นไข้เลือดออกและสุกใส ไม่เคยออกหัดผู้ป่วยคิดว่า เพราะเคยฉีดวัคซีนป้องกันแต่ไม่ทราบว่าได้ป้องกันอะไรบ้างและฉีดครบชุดหรือไม่ หลังจากนั้น ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยยืนยันว่า ไม่เคยเป็นโรคเลือดหรือมีโรคประจำตัวเลย

ประวัติส่วนตัว

สุภาพบุรุษหนึ่งชื่อของต่อวัน ประมาณ 2 ปี คิมสุราไม่กินหนึ่งขวดต่อวันมาประมาณปีกว่า ผู้ป่วยเป็นคนจังหวัดศรีสะเกษ มาอยู่กรุงเทพฯ ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เคยทำงานมา 3 แห่งแล้ว คือ แห่งแรกทำที่ร้านอาหารแห่งหนึ่ง โดยทำในหน้าที่พนักงานบัญชี แห่งที่สองทำที่ร้านอาหารเช่นกัน ทำอยู่ประมาณหนึ่งปี ที่ทำงานปิดกิจการจึงย้ายมาทำที่ปัจจุบันนี้ โดยเริ่มมาทำเมื่อ วันที่ 16 กันยายน 2539 (ก่อนเริ่มมีอาการป่วย 9 วัน) เวลาทำงานตั้งแต่ 20.30-03.00 น. แล้วกลับมานอน ตื่นประมาณ 14.00 น.และกินอาหารเที่ยง ซึ่งมักซื้อจากบริเวณใกล้ที่พัก ไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง มืออื่นๆ มักกินที่ทำงาน เขาไปทำงานมักนั่งรถจักรยานยนต์รับจ้าง หากกลับจะนั่งรถแท็กซี่ ผู้ป่วยไม่ให้บริการทางเพศ แต่จะนั่งคุยเป็นเพื่อนกับแขกเท่านั้น

ผู้ป่วยจะไปเยี่ยมบ้านอาของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร เป็นประจำเกือบทุกสัปดาห์ ไปนั่งคุยกินอาหารแต่ไม่ได้นอนค้าง

ประวัติครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

มีพี่น้องรวม 3 คน ผู้ป่วยเป็นคนโต บิดา มารดาเสียชีวิตมานานแล้วจากอุบัติเหตุ ที่อยู่ปัจจุบัน พักรวมกันทั้งหมด 3 คน คือ ผู้ป่วย น้องสาว และเพื่อนชาย ซึ่งไม่ทราบความสัมพันธ์ส่วนน้องชายของผู้ป่วยพักที่หอและมาหาผู้ป่วยบ่อยๆ

น้องสาวไปช่วยผู้ป่วยทำงานบ้างในบางครั้ง ประมาณสัปดาห์ละสองวัน นอกจากนั้นไม่ได้ทำงานอะไร

เพื่อนชายเรียนอยู่ที่มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง มาอยู่ด้วยกัน 3 เดือนแล้ว ก่อนหน้านั้นประมาณ 3 เดือน ไม่ได้กลับบ้านหรือไปเที่ยวที่ไหน นอกจากไปเรียนที่มหาวิทยาลัย

ในช่วง 10 วันก่อนป่วย (15-24 กันยายน 2539) ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กิจกรรมของผู้ป่วย ในรอบ 10 วัน ก่อนป่วย (15-24 กันยายน 2539)

กิจกรรม/วันที่	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1. พักห้องเดียวกันกับน้องสาวและเพื่อนชาย											
2. ไปบ้านอา											
3. เริ่มเข้าทำงานในที่ทำงานปัจจุบันนี้											
4. เพื่อนหญิงที่ภาคเหนือมานอนค้าง											
5. น้องชายมาหา											
6. เพื่อนสองคนในแมนชั่นเดียวกันมานั่งคุย											
7. เริ่มป่วย											

ที่พักอาศัย

ผู้ป่วยพักในชั้นสองของแมนชั่นแห่งหนึ่ง จากจำนวนทั้งหมด 5 ชั้น ห้องพักมีขนาด 5 x 5 เมตร มีห้องน้ำในตัว และมีระเบียงแคบๆ ทางด้านหลังของห้อง ไม่มีหน้าต่าง ทำให้อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก มีผู้พักประจำ 3 คน และบางครั้งอาจมีผู้อาศัยมาพักด้วย

ที่ทำงาน

ห้องอาหารและคาราโอเกะ ที่ผู้ป่วยทำงานอยู่นั้นอยู่บนชั้นสองของตึกสองชั้น ภายในแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ที่นั่งรับประทานอาหารเช้า ข้าว และดูโชว์ ขนาดประมาณ 6 x 6 เมตร ผู้ป่วยทำงานที่เคาเตอร์ซึ่งติดกับบริเวณนี้ 2) ห้องคาราโอเกะเล็กๆ ขนาด 4 x 4 เมตร จำนวน 6 ห้อง โดยมีทางเดินแคบๆ เชื่อมระหว่างห้อง ภายในใช้เครื่องปรับอากาศทั้งหมด อากาศถ่ายเทไม่ดี เมื่อมีผู้มารับบริการ รวมกับพนักงานของร้าน ซึ่งมี 60 คนแล้ว ทำให้สถานที่คับแคบมากยิ่งขึ้น

(อ่านต่อหน้า 71)

ไข้กาฬหลังแอ่น กรุงเทพมหานคร กันยายน 2539

(ต่อจากหน้า 64)

จากการชักประวัติผู้ร่วมงาน 51 คน ผู้ร่วมที่พักอาศัย 3 คน เพื่อนที่มานั่งคุยที่แมนชั่น 2 คน น้องชาย 1 คนและญาติ 7 คน รวม 64 คน พบว่าไม่มีผู้ป่วยตามนิยาม

ผลการค้นหาพาหะนำโรค

โดยตรวจบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคคลในที่ทำงาน และกลุ่มบุคคลในที่พักอาศัยและอื่นๆ

กลุ่มบุคคลในที่ทำงาน ตรวจเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2539 จำนวน 51 คน เป็นบุคคลที่เข้าทำงานก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการป่วย 31 คน และเป็นบุคคลที่เข้าทำงานหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการป่วย 20 คน ปรากฏว่าพบเชื้อ 5 ราย อัตราพบเชื้อร้อยละ 9.8 โดย 4 ราย เข้ามาทำงานหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการป่วยแล้ว มีเพียงรายเดียวที่เข้าทำงานก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการป่วย ซึ่งรายนี้ไม่ได้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากนัก

พาหะนำโรคทั้ง 5 ราย พบว่าเป็นเชื้อ serogroup B ทั้งหมด และ 4 ราย คือดื้อยา Co-trimoxazole แต่ไวต่อยาอื่นดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อในพาหะนำโรคจำนวน 5 ราย

ลำดับที่	P	R	ST	E	CT	CF	NF
รายที่ 1	S	S	R	S	S	S	S
รายที่ 2	S	S	R	S	S	S	S
รายที่ 3	S	S	R	S	S	S	S
รายที่ 4	S	S	R	S	S	S	S
รายที่ 5	S	S	I	I	S	S	S

P = penicillin, R = rifampicin, ST = cotrimoxazole, E = erythromycin, CT = ceftriaxone,

CF = cefoxitin, NF = norfloxacin, S = sensitive, R = resistant, I = intermediately sensitive

กลุ่มบุคคลในที่พักอาศัยและอื่นๆ ตรวจเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2539 จำนวน 5 ราย จากทั้งหมด 13 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ทุกรายพบว่า ไม่มีเชื้อขึ้น

ตารางที่ 2 กลุ่มบุคคลในที่พักอาศัยของผู้ป่วยซึ่งได้รับการตรวจหาเชื้อ *N. meningitidis*

แยกตามลักษณะการสัมผัสกับผู้ป่วยและประวัติการได้รับยาตรวจเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2539

ประเภท*	การกินยา Rifampicin**
1. ผู้ป่วย	ไม่กิน
2. น้องสาวผู้ป่วย	กิน
3. เพื่อนชายนอนห้องเดียวกัน	กิน
4. เพื่อนหญิงจากภาคเหนือที่เคยมานอนค้าง	ไม่กิน
5. เพื่อนที่มานั่งคุยในห้อง	กิน

*ประเภทละหนึ่งคน **กินก่อนตรวจประมาณ 25 วัน

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคไขกัพหลังแอ่น (Meningococcal meningitis) โดยมีอาการ-อาการแสดงค่อนข้างชัดเจน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจ counter immunoelectrophoresis (CIE) ในซีรัม ซึ่งให้ผลบวกต่อเชื้อ *Neisseria meningitidis* แต่ไม่สามารถบอก serogroup ได้ เพราะน้ำยาที่ใช้ตรวจเป็นน้ำยารวม 5 serogroup ด้วยกัน สาเหตุที่การเพาะเชื้อจากเลือดซึ่งทำก่อนการให้ยาปฏิชีวนะแต่ไม่มีเชื้อขึ้นอาจเป็นเพราะอาหารเลี้ยงเชื้อที่ใช้ (Tryptic Soy Broth) อุณหภูมิต่ำเกินไป เพราะเมื่อนำออกจากตู้เย็นก็เจาะเลือดใส่ทันที ซึ่งเชื่อนี้จะตายง่ายเมื่ออยู่ในภาวะที่อุณหภูมิต่ำ (1)

ข้อจำกัดของการสอบสวนโรคในครั้งนี้ ได้แก่ 1) ไม่สามารถค้นหาผู้ป่วย และ/หรือยืนยันการวินิจฉัยโรค ในผู้ป่วยโรคนี้ที่มีอาการเล็กน้อย หรือมีอาการไม่ตรงตามนิยาม เช่น มีไข้, เจ็บคอ, ไอเป็นต้น (2,3) 2) การค้นหาพาหะนำโรคในผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้นั้น ทำหลังจากผู้ป่วยรายนี้มีอาการแล้ว 26 วันและ/หรือได้รับยา Rifampicin มาก่อน ทำให้ไม่สามารถนำผลการค้นหาผู้ป่วยและผลการค้นหาพาหะนำโรคดังกล่าว มาใช้ประกอบเพื่อพิจารณาถึงความชุกของผู้ป่วย, แหล่งโรคและการถ่ายทอดโรคได้มากนัก แต่อย่างไรก็ตามสถานที่ที่น่าสงสัยว่าจะเป็นแหล่งโรคมากที่สุดคือ ที่ทำงานของผู้ป่วยในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้อาจรับเชื้อมาจากพนักงานหรือลูกค้าที่มาใช้บริการเพราะ 1) ผู้ป่วยเพิ่งย้ายเข้ามาทำงานในที่ปัจจุบันนี้ได้ 9 วัน ก็เริ่มมีอาการป่วยซึ่งจะอยู่ในช่วงฟักตัวของโรคพอดี คืออยู่ระหว่าง 1-10 วัน ส่วนมากน้อยกว่า 4 วัน (4) 2) ลักษณะของการทำงานค่อนข้างแออัด มีพนักงานและลูกค้ามาก อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ทำให้มีการถ่ายทอดเชื้อโรคนี้ได้ง่าย 3) ลักษณะงานที่ต้องติดต่อพูดคุยกับพนักงานคนอื่น หรือกับลูกค้าอยู่ตลอดเวลาทำให้มีโอกาสรับเชื้อได้สูง 4) พบว่า มีพาหะนำโรคในที่ทำงานอัตราร้อยละ 9.8 อย่างไรก็ตามความชุกของพาหะนำโรค กับความชุกของการเกิดโรคนั้น มีการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ความแตกต่างของความรุนแรง (virulence) ของเชื้อ, ความไวรับ (susceptibility)

ของบุคคลและการหาความชุกของการเกิดโรคทำได้ยาก (5) ในประเทศไทยเคยมีการตรวจหาความชุกของพาหะนำโรคในนักเรียนประถม ในจังหวัดภาคกลางแห่งหนึ่ง เมื่อ พ.ศ. 2526 - 2527 ในขณะที่ไม่มีการเกิดโรคนี้พบว่า ตรวจพบพาหะนำโรคถึง ร้อยละ 14.23 (6)

จากการทดสอบความไวต่อยา Co-trimoxazole ในพาหะนำโรคพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 (4/5) คือต่อยานี้และร้อยละ 20 (1/5) ไม่ค่อยไวต่อยานี้ (intermediately sensitive) ซึ่งผลการศึกษาในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2526 - 2527 และ พ.ศ. 2535 - 2539 พบว่าเชื้อคือหรือไม่ค่อยไวต่อยานี้ระหว่าง ร้อยละ 52.4 - 73.4 (6,7) ส่วนยาต้านจุลชีพที่ทดสอบแล้วพบว่าเชื้อไวต่อยานั้น อาจนำมาใช้เป็นยาบำบัด (chemo-prophylaxis) ไม่ได้ทุกตัวเพราะระดับยาในน้ำลายไม่สูงพอที่จะฆ่าเชื้อ เช่น Penicillin, Erythromycin, Trimethoprim, Cephalexin, Oxytetracycline, และ Nalidixic acid (1,8)

การควบคุมและป้องกันโรค

คณะสอบสวนโรคได้แนะนำให้ดำเนินการดังนี้

1. จำยา Rifampicin แก่ผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นพาหะของโรคนี้ ขนาด 10 มก./กก./ครั้ง (2,3,4) (ไม่เกิน 600 มก.) วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 2 วัน จำนวน 5 ราย
2. ให้เฝ้าระวังผู้ร่วมบ้าน ผู้ร่วมงาน และผู้สัมผัสใกล้ชิดกับพาหะนำโรคหรือผู้ป่วย ถ้ามีอาการไข้หรือสงสัยว่าเป็นโรคนี้ ให้รีบไปพบแพทย์และแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการสัมผัสโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 10 วันแรก ซึ่งอยู่ในระยะฟักตัวของโรค
3. ไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคแก่ผู้สัมผัสครั้งนี้ เพราะ 1) ได้ให้ยาฆ่าเชื้อแก่พาหะนำโรคแล้ว, 2) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการ จนถึงขณะนี้ประมาณ 26 วัน ยังไม่มีผู้ป่วยรายที่สองเกิดขึ้น ทำให้คาดว่าไม่น่าจะมีการระบาดเกิดขึ้น และ 3) การระบาดของโรคนี้ในประเทศไทยยังพบน้อยประกอบกับปัจจุบันนี้ ยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ได้สำหรับการป้องกันเชื้อ serogroup B (2)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมหามาตรการที่สามารถรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนควรส่งน้ำไขสันหลัง (CSF) หรือซีรัมเพื่อตรวจด้วยวิธี counter immuno-electrophoresis (CIE) หรือวิธี Latex agglutination ด้วย เพราะสามารถตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคในภาวะนี้ได้ (3,6) และในการตรวจหาเชื้อในผู้ป่วยควรจะหาชนิดของเชื้อ (serogroup) ด้วย เพราะชนิดของเชื้อมีความสำคัญต่อการใช้เป็นข้อพิจารณาในการป้องกันและควบคุมโรค (9)
3. เนื่องจากเชื้อมีได้ง่าย ดังนั้น การส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อเพาะหรือย้อมเชื้อ ให้เก็บและนำส่งในภาชนะที่เหมาะสมด้วยคือ 1) ไม่เก็บในอุณหภูมิต่ำหรืออาหารเลี้ยงเชื้อที่มีอุณหภูมิต่ำ 2) ในกรณีที่ตรวจพาหะนำโรค ควรเพาะเชื้อลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อทันทีแล้วเก็บใน candle jar และเพิ่มความชื้นโดยใช้สำลีชุบน้ำวางไว้ภายใน และรีบนำส่งห้องปฏิบัติการทันที

4. ยาต้านจุลชีพที่ใช้สำหรับรักษา (chemoprophylaxis) นั้น 1) สำหรับ Rifampicin ควรใช้ในรายที่มีข้อบ่งชี้จริงๆ เพราะอาจทำให้เชื้อวัณโรคและเชื้อโรคเรื้อน คีโตยานี้ได้ (6,9) 2) อาจใช้ Ceftriaxone ขนาดผู้ใหญ่ 250 มิลลิกรัม เด็ก 125 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว (5) หรือ ciprofloxacin ขนาดผู้ใหญ่ 500 มิลลิกรัมกินครั้งเดียว (10) 3) ยากลุ่มซัลฟา หรือ Co-trimoxazole นั้น ควรทดสอบความไวต่อยาก่อน เพราะพบว่า เชื้อส่วนมากคือคีโอยานี้ (6,7) 4) ยาต้านจุลชีพที่ทดสอบแล้วว่าเชื้อไวต่อยานั้นอาจนำมาใช้ไม่ได้ ถ้าระดับยาในน้ำลายไม่สูงพอที่จะฆ่าเชื้อได้ (1,8)

ผู้รายงาน นายแพทย์จรงค์ เมืองชนะ (Dr.Charung Muangchana)

คณะผู้สอบสวนโรค

1. นายแพทย์จรงค์ เมืองชนะ
2. นายแพทย์สุนทร เจริญภูมิการกิจ
3. นางสมพิศ โอธวารี
4. น.ส.วันทนา ปวีณกิตติพร
5. นางลีลาวดี แสงสุก

-1-2 แพทย์ในโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา

3 กองควบคุมโรค สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร 4-5 หน่วยเบคทีเรียทั่วไป กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ หน่วยเบคทีเรียทั่วไป กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 12 และ 37 กรุงเทพมหานคร, กองควบคุมโรค สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. หวานจิตต์ เกร็นพงษ์. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Neisseria. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539, 2527 หน้า. (อัดสำเนา)
2. Kurt J. Isselbacher, Eugene Braunwald, Jean D. Wilson, Joseph B. Martin, Anthony S. Fauci and Dennis L. Kasper, Editor. **Harrison's Principles of Internal Medicine** Vol. 1. Thirteen Edition, 1994, p 641 - 644.
3. Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman and Ann M. Arvin, Editor. **Nelson Textbook of Pediatrics**, 15 Edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania 19106, 1996, p 768-771.
4. Abram S. Bennenson, editor. **Control of Communicable Diseases in Man**. Fifteenth Edition, The American Public Health Association, 1015 Fifteenth Street, NW, Washington, DC 20005, 1990, p 280-284.

5. John M. Last and Robert B. Wallace, Editor. **Public Health and Preventive Medicine**, 13th Edition, Appleton and Lange, Norwalk, Connecticut/San Mateo, California, 1992, p157-158.

6. S. Danchaivijitr et al. "Meningococcal Carriers in School Children." **J Med Assoc Thai** October 1988, p 537-540.

7. จรุง เมืองชนะ และลักขณา ไทยเครือ. สถานการณ์โรคไข้กาฬหลังแอ่นในประเทศไทย. (เอกสารยังไม่ได้ตีพิมพ์)

8. Gerald L. Mandell, R. Gordon Douglas, and John E. Bennett. **Principles and Practice of Infectious Diseases**. Wiley Medical publication, Newyork, 1979, p1640-1651.

9. สุภชัย ถกษณงาม, อองอาจ เจริญสุข และสมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์. "สถานการณ์โรคไข้กาฬหลังแอ่น." รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 26:312-314, 319-321, 7 กรกฎาคม 2531.

10. World Health Organization. **Control of Epidemic Meningococcal Disease**, WHO Practical Guidelines, Edition Fondation Merieux, 17, rue Bourgelet- B.P. 2021, 69227 L yon 02-France, 1995.