

รายงาน

ISSN 0125-7447

การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ปีที่ ๒๙

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๑

ฉบับที่ ๔๗

NUMBER 47

VOLUME 20

NOVEMBER 20, 1998

สารบัญ CONTENTS

โรคเลปโตสไปโรซิส

709

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการของประเทศไทย

714

ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2541

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

พ.ญ.วาราลักษณ์ ตั้งคณะกุล (Dr. Waraluk Tangkanakul)

โครงการอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา) กองระบาดวิทยา

โรคเลปโตสไปโรซิส เป็นโรคของสัตว์ที่ติดต่อกับคน (zoonosis) เกิดจากเชื้อ *Leptospira interrogans* ซึ่งเป็นสไปโรชีดขนาดเล็ก ปัจจุบันพบมีประมาณกว่า 200 ชนิด (serovars) นอกจากจะทำให้เกิดโรคในสัตว์หลายชนิดแล้วยังพบว่า สัตว์ทะเล (rodents) บางชนิดมีบทบาทสำคัญในการเก็บกักเชื้อ และเป็นพาหะในการแพร่โรค

เชื้อก่อโรค

เชื้อ *Leptospira interrogans* เป็นเชื้อที่ต้องการความชื้น ออกซิเจน สภาพกรดต่ำเป็นกลาง (pH 7.0 - 7.4) และอุณหภูมิที่เหมาะสม (28 - 30°C) การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสกับเชื้อในปัสสาวะสัตว์โดยตรง หรือโดยการสัมผัสกับสภาวะแวดล้อมที่ปนเปื้อนปัสสาวะที่มีเชื้อนี้ โดยเชื้อจะไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผล และสามารถไชเข้าทางผิวหนังปกติที่เปียกชุ่ม ผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน (classical cases) มักติดเชื้อชนิดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง ได้แก่ ชนิด อิกเทอโรฮีโมราเจีย (serovar icterohemorrhagia) และชนิดปัตตาเวีย (bataviae) โดยพบมีไข้ อาการเหลือง เลือดออก และไตวาย มากกว่าที่พบในการติดเชื้อชนิดอื่นๆ อาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อ แต่ละชนิด มีตั้งแต่อาการเล็กน้อย (mild) รุนแรงมาก (severe) จนถึงทำให้เสียชีวิต (fatal illness) พยาธิสภาพที่เกิดจากเชื้อแต่ละชนิดมีความคล้ายคลึงกัน และลักษณะอาการทางคลินิกไม่พบมีความจำเพาะต่อชนิดของเชื้อ

ระยะฟักตัวของโรค

ระยะฟักตัวเฉลี่ย 10 วัน อาจเร็วภายใน 2 วัน หรือนานถึง 26 วัน

อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกของโรคอาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ไม่มีอาการเหลือง (อาการไม่รุนแรง) อาการทางคลินิกที่พบในกลุ่มที่อาการไม่รุนแรง ได้แก่ ไข้เฉียบพลัน (ไข้ขึ้นสูง 38 - 40°C อาจมีหนาวสั่นร่วมด้วย) เยื่อบุตาขาวแดง (conjunctival suffusion) ปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง

(โดยเฉพาะที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลัง มีอาการกดเจ็บกล้ามเนื้อดังกล่าวร่วมด้วย) อาจมีคลื่นไส้/อาเจียน อาการพบตั้งแต่หนึ่งวันถึงหลายวัน ลักษณะของไข้มีลักษณะเป็น biphasic (ระยะมีไข้สลับกับระยะไข้ลด และระยะกลับมีไข้อีกครั้ง) ระยะแรกเป็นระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือด และน้ำไขสันหลัง (septicemic stage) ระยะนี้มีไข้สูงประมาณ 4 - 7 วัน ตามด้วยระยะไม่มีไข้และไม่มีอาการ 1 - 3 วันหลังจากนั้น จะเข้าสู่ระยะที่สอง (immune stage) ระยะนี้สั้น ประกอบด้วย ไข้ขึ้นอีกครั้ง (recurrence of fever), เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) และมีเชื้อออกมาในปัสสาวะ (leptospiuria) อย่างไรก็ตาม ลักษณะของไข้ที่เป็น biphasic ไม่พบในผู้ป่วยทุกราย

2. กลุ่มที่มีอาการเหลือง (อาการรุนแรง) อาการทางคลินิกในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ไม่พบลักษณะไข้แบบ biphasic กลุ่มนี้อาการในระยะแรก (septicemic illness) จะไม่หายไป ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้น โดยพบมีอาการเหลือง และไตวาย อาการทางคลินิกประกอบด้วย อาการที่พบในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ร่วมกับอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพในอวัยวะต่างๆ ได้แก่ มีผื่นที่เพดานปาก (palatal exanthem) มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อ ติ่งและไตวาย คีซ่าน เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (ทำให้ความรู้สึกสับสน เพ้อ ซึม) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โดยมีหรือไม่มีอาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบไม่ถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลุ่มนี้อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4 - 6 ของโรค ปัสสาวะออกน้อยเกิดในสัปดาห์ที่สองของโรค แต่อาจพบได้ตั้งแต่วันที่ 4 ของโรค ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในระยะนี้ หรือในต้นสัปดาห์ที่สามจากภาวะไตวาย ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรงเป็นสาเหตุการตายจากโรคได้ การเสียชีวิตเนื่องจากภาวะไตวายพบน้อย อัตราป่วยตายในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง และไม่ได้รับการรักษา พบร้อยละ 15 - 40

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงมีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรงถึง 9 เท่า อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงจะมีจำนวนมากหรือน้อย ขึ้นกับความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

อาการแสดง (signs) ที่สำคัญทางคลินิก ได้แก่

1. ภาวะเยื่อตาขาวแดง (conjunctival suffusion) เกิดขึ้นในตาทั้งสองข้าง ภายใน 3 วันแรกของโรค และอยู่ได้นานตั้งแต่ 1 วันถึง 1 สัปดาห์ อาจพบร่วมกับเลือดออกที่ตาขาว (conjunctival hemorrhages) ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ แต่ไม่ใช่ตาแดงที่เกิดจากการอักเสบชนิดเป็นหนอง

2. กดเจ็บกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะที่น่อง

3. มีเลือดออกแบบต่างๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีอาการเหลือง เช่น จุดเลือดออกตามผิวหนัง (petechiae), ผื่นเลือดออก (purpuric spots), เลือดออกใต้เยื่อตา (conjunctival hemorrhages) หรือเสมหะเป็นเลือด บางครั้งอาจพบเพียงผื่นเลือดออก 2 - 3 แห่ง ที่หน้าอก ท้อง หรือแขน เชื่อว่าเกิดจากเส้นเลือดฝอยที่เปราะ ซึ่งสามารถตรวจพบได้โดย Tourniquet for capillary fragility (Hess) test* แต่การตรวจ bleeding time, clotting time และ prothrombin time มักจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. ผื่น อาจพบได้หลายแบบ เช่น ผื่นแดงราบ (erythematous), ผื่นแดง (macular), ผื่นและคุ่มแดง (maculopapular), ผื่นลมพิษ (urticaria) ซึ่งผื่นเหล่านี้มักจะพบเฉพาะที่ หรือเป็นได้ทั้งตัว ผื่นมักจะเป็นชั่วคราว และบางรายอาจจะพบนานกว่าหนึ่งสัปดาห์ได้

5. อาการเหลือง มักจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการตรวจทางคลินิก ถ้ามีอาการเหลืองน้อยๆอาจจะต้องตรวจในที่มีแสงสว่างเพียงพอ อาการเหลืองจะเกิดระหว่างวันที่ 4 - 6 ของโรค แต่ก็อาจจะเร็วตั้งแต่วันที่ 2 ก็ได้

* Hess test : การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตวัดดันแขน ที่ความดันโลหิตเท่ากับค่าที่อยู่ระหว่างความดัน diastolic และ systolic เป็นเวลา 5 - 10 นาที แล้วตรวจสอบว่า มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง (petechiae) ในพื้นที่เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 เซนติเมตร ที่บริเวณท้องแขนด้านในใต้บริเวณที่วัดความดันโลหิตหรือไม่ ถ้าพบว่า มีประมาณ 10 - 20 จุด แสดงว่า อาจจะมี ความเปราะของเส้นเลือดฝอย (suspected) ถ้าพบว่า มีมากกว่า 20 จุด แสดงว่า มีความเปราะของเส้นเลือดฝอย

การผ่าศพตรวจ (Autopsy)

ผู้ป่วยส่วนมากมักจะ ไม่เสียชีวิต ยกเว้นมีการติดเชื้ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะมีภาวะแทรกซ้อนจากไตวาย การผ่าศพตรวจ (autopsy) ควรรีบทำ เพราะเชื้อเลปโตสไปราจะตายง่ายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การตรวจที่สำคัญ คือ พบน้ำดีแทรกซึมในเนื้อเยื่อ (deep bile-staining) ร่วมกับพบเลือดออกทั่วๆ ไปตามผิวหนัง, เยื่อต่างๆ และอวัยวะต่างๆ ไตมักจะโตขึ้น, มีน้ำดีในเนื้อเยื่อ (bile stained) ร่วมกับมีเลือดออกที่ผิว และอาจพบเลือดออกในส่วนกรวยไต มักจะตรวจพบเลือดออกในปอด ระบบทางเดินอาหาร หลอดลม เยื่อปอด เยื่อหัวใจ และเยื่อช่องท้อง อาจตรวจพบเลือดออกที่ต่อมหมวกไตข้างเดียวหรือสองข้าง ดับอาจจะมีขนาดปกติ หรือโตขึ้น และมักจะมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้ม (subcapular hemorrhage)

กลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสสัตว์ (หมู, วัว, ควาย, หมา, แมว, หนู เป็นต้น) ซึ่งได้แก่ เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ ชาวนา ชาวไร่ คนขุดลอกคลอง คนฆ่าสัตว์ คนแลเนื้อ สัตวแพทย์ หรือผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสัตว์ ซึ่งกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มักจะ เป็นในผู้ชายวัยหนุ่ม ซึ่งสัมผัสเชื้อระหว่างหรือหลังจากฤดูฝน คนที่เดินทางไปชนบทก็อาจจะติดเชื้อได้จากการลงว่ายน้ำ เดินลุยน้ำ หรือล่าสัตว์ การสัมผัสน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อเลปโตสไปรา มักจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี

การติดเชื้ออาจจะเกิดขึ้นในบ้านจากสัตว์เลี้ยง โดยเฉพาะสุนัข ซึ่งมักจะเกิดการติดเชื้อในเด็ก หรือแม่บ้าน การให้วัคซีนป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสกับสุนัข สามารถป้องกันการเกิดโรคในสุนัขได้ แต่ไม่ป้องกันการเป็นพาหะนำโรค เชื้อจะเข้าไปซ่อนอยู่ในกรวยไต ซึ่ง Ab ไม่สามารถไปทำลายเชื้อได้ กลุ่มเสี่ยงอื่นที่อาจจะติดเชื้อได้ เช่น ผู้ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการผู้ที่ทำงานกับท่อระบายน้ำ เพราะฉะนั้น การซักประวัติทางระบาดวิทยา ควรจะต้องถามอาชีพ และกิจกรรมที่อาจจะทำให้สัมผัสเชื้อได้ง่ายขึ้น ภายใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตลอดจนสัตว์เลี้ยงในบ้าน หรืออุบัติเหตุต่างๆ

การติดเชื้อเลปโตสไปรา จำเป็นต้องมีสภาวะแวดล้อมที่เป็นน้ำและจะช่วยในการแพร่เชื้อ ฉะนั้น ผู้ที่ทำงานในพื้นที่ ซึ่งมีอากาศค่อนข้างอุ่น ฝนตกบ่อย และเป็นพื้นที่ปลูกข้าวหรือพืชไร่ จะมีโอกาสสัมผัสกับสภาวะของสัตว์ที่มีเชื้อนี้อยู่ได้บ่อย

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้อาจเกิดในอวัยวะต่างๆ ได้ดังนี้

ไต

ภาวะแทรกซ้อนทางไตพบได้บ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความผิดปกติอาจพบตั้งแต่ความผิดปกติของปัสสาวะอย่างเฉียบจนถึงไตวาย มักจะตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะในทุกระยะของโรค นอกจากนี้ อาจตรวจพบ pyuria, hematuria, hyaline casts, granular casts แต่ไม่พบ red cell casts

อาการปัสสาวะออกน้อย หรือไม่มีปัสสาวะเลย มักพบในสัปดาห์ที่สอง หรือในวันที่ 4 ของโรค อาการนี้อาจจะเกิดเพียงชั่วคราว หรือเป็นอยู่ถึงสองสัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางไตแทรกซ้อน มักจะพบปัญหาทางดื่บด้วย เมื่อภาวะทางไตทรุดลง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของเสียคั่ง (uremia) อาจตรวจพบค่า BUN ได้มากกว่า 70 mmol/l (400 mg/dl) Creatinine มากกว่า 1.32 mmol/l (15 mg/dl) ผู้ป่วยที่อาการหนัก มักจะเสียชีวิตในปลายสัปดาห์ที่สอง หรือสัปดาห์ที่สามในผู้ป่วยบางรายอาจจะเป็นภาวะไตวาย โดยที่ไม่มีอาการปัสสาวะน้อย (non-oliguric renal failure)

อาการปัสสาวะออกมาก (diuresis) เป็นอาการแสดงที่บอกว่า ไตเริ่มดีขึ้น การตรวจพบความผิดปกติของปัสสาวะ ไม่ได้เป็นตัวชี้บ่งความรุนแรงของไต ผู้ป่วยที่มีอาการไตวายอย่างรุนแรง อาจตรวจพบความผิดปกติในปัสสาวะเพียงเล็กน้อย พยาธิสภาพที่ไตวายแบบ acute tubular necrosis เชื่อว่า เป็นผลจาก toxic effect ของเชื้อเลปโตสไปรา ภาวะไตวายในผู้ป่วย เลปโตสไปโรซิส จะสามารถกลับเป็นปกติได้ และไม่เป็นสาเหตุของไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีพยากรณ์โรคที่ดี

ตา

ภาวะเยื่อตาบวมแดง (conjunctival suffusion) เป็นอาการแสดงที่พบในระยะติดเชื้อในกระแสเลือด และมักจะตรวจพบ

อาการกลัวแสงและเลือดออกที่เยื่อตาขาว อาการทางตามักจะหายได้เองภายในหนึ่งสัปดาห์ โดยไม่จำเป็นต้องให้การรักษา

อาการทางตาที่พบไม่บ่อย แต่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การอักเสบของ anterior uveal tract โดยเฉพาะม่านตา (iritis) ซึ่งจะเริ่มในสัปดาห์ที่สอง แต่ก็เกิดได้ในช่วง 6 - 12 เดือน อาการอาจจะเป็นกับตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง และอาจจะเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ได้ พยากรณ์โรคมักจะดี ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังอาจจะตาบอดได้ อาการอักเสบชนิดนี้อาจจะเกิดขึ้นภายหลังในรายที่อาการไม่รุนแรง

ตับ

อาการเหลืองเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของโรคที่สำคัญ โดยทั่วไปจะเกิดในวันที่ 4 - 6 ของโรค แต่อาจจะพบได้เร็วขึ้นในวันที่ 2 หรืออาจเริ่มเหลืองในวันที่ 9 ตับมักจะโตขึ้นและกดเจ็บ อาการเหลืองเกิดจากมีการทำลายของเซลล์ตับเอง และเกิดจากสารบิลิรูบินที่มากขึ้นจากเลือดออกในเนื้อเยื่อ และการแตกของเม็ดเลือดแดง รวมทั้งมีการคั่งของบิลิรูบินเอง และการขับถ่ายที่น้อยลง การตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ Glutamic Oxaloacetic Transaminase (GOT) (Aspartate Transaminase/AST), Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) และ Glutamic Pyruvic Transaminase (GPT) (Alanine transaminase/ALT) อาจจะพบได้แม้จะได้เริ่มรักษาแต่แรกแล้ว มักจะไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากตับวาย อาการทางตับมักจะหายเป็นปกติ

ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ จะพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมักพบลักษณะไม่จำเพาะ แต่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation พบได้บ่อยกว่าชนิดอื่น ภาวะหัวใจโต หัวใจวาย หรือเลือดออกในผนังหัวใจพบน้อยมาก โดยพบเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยกะทันหันได้ ความผิดปกติทางหัวใจจะกลับมาเป็นปกติใน 2 - 3 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น เลือดออกในปอด อาจจะเริ่มในสัปดาห์ที่สองหรือเริ่มตั้งแต่ 24 - 48 ชั่วโมงแรก และมักทำให้ผู้ป่วย ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก และเขียว ผู้ป่วยที่ไอเป็นเลือดจำนวนมาก อาจเสียชีวิตจากภาวะขาดออกซิเจนได้

ภาวะเลือดออก พบได้บ่อยเชื่อว่า เกิดจากความผิดปกติของเส้นเลือด มักจะพบในผู้ป่วยที่มีอาการเหลือง เลือดออกเกิดได้ในทุกอวัยวะ ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตได้ ถ้าเลือดออกมากในระบบทางเดินอาหาร

หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเลปโตสไปรา มักเกิดการติดเชื้อเข้าไปในมดลูก ซึ่งจะทำให้เด็กเสียชีวิต และแท้งในที่สุด ถ้าติดเชื้อในระยะใกล้คลอด เด็กที่เกิดมาจะมีอาการของโรคเลปโตสไปโรซิสแต่กำเนิด (congenital leptospirosis) เชื้อเลปโตสไปราสามารถออกมากับน้ำนมได้ในระยะที่เชื้ออยู่ในกระแสเลือด (septicemic stage)

ความผิดปกติทางจิต เช่น psychosis, กระสับกระส่าย พฤติกรรมผิดปกติ อาจจะพบได้ถึง 15 % ในผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆที่ไม่ใช่การตรวจพบทางซีโรโลยี

1. ในรายที่ไม่มีเลือดออก จำนวนเม็ดเลือดแดง และระดับฮีโมโกลบินจะปกติ
2. ผู้ป่วยที่มีอาการเหลือง จำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น อยู่ระหว่าง 11,000 - 20,000 /mm³
3. จำนวนเกล็ดเลือดมักต่ำกว่า 100,000 /mm³
4. ESR เพิ่มขึ้น
5. ค่า BUN และ Cr เพิ่มขึ้น แม้ผู้ป่วยจะมีอาการไม่รุนแรง
6. ระดับ bilirubin สูง แต่ Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (SGPT) มักปกติหรือสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย (เป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกจากโรคตับอักเสบ ซึ่งมักจะพบระดับ SGPT สูงขึ้นชัดเจนมาก)
7. พบไข่ขาวในปัสสาวะในทุกระยะของโรค นอกจากนี้ ยังอาจตรวจพบ pyuria, hematuria, hyaline casts, granular casts แต่ไม่พบ red cell casts อาจตรวจพบน้ำดีในปัสสาวะ
8. ในผู้ป่วยที่มีอาการเชื้อหุ้มสมองอักเสบ จะพบเม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง โดยเฉพาะ lymphocytes ระดับโปรตีนในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น (1.0 - 2.0 g/l) ระดับน้ำตาลปกติ

การวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิก

ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ จำเป็นต้องแยกจากไข้หวัดใหญ่ (influenza), ไข้จากการติดเชื้อไวรัส (viral infection), ไข้ไม่ทราบสาเหตุ, คับอัสเสบ ไข้ไทฟอยด์ มาลาเรีย ไซดัสเสบ

ผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ต้องแยกโรคจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบชนิดที่เกิดจากแบคทีเรียและไวรัส ไซดัสเสบ หรือโปลิโอ บางครั้งอาการทางคลินิกแยกจากการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากไวรัส การพบเลือดออกที่ตา หรือประวัติดั้งสัตว์ อาจจะทำให้คิดถึงโรคติดเชื้อเลปโตสไปรา มากกว่าการตรวจน้ำไขสันหลัง และส่งตรวจทางซีโรโลยีจะสามารถแยกโรคได้

ผู้ป่วยที่มีอาการเหลือง ต้องแยกจากคับอัสเสบจากเชื้อไวรัส มาลาเรีย หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โรคคับอัสเสบจากไวรัสมักจะแยกยากที่สุด แต่การติดเชื้อเลปโตสไปรา มักจะเริ่มเป็นไขอย่างทันที ปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้อ เยื่อบุตาขาวแดง การตรวจพบไขขาวในปัสสาวะ จะทำให้คิดถึงโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่า นอกจากนี้ อาการไข้มักจะไม่พบหลังจากเหลืองแล้วในคับอัสเสบจากไวรัส

การรักษา (treatment)

เชื้อเลปโตสไปรามีความไวต่อยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ อย่างไรก็ดี penicillin ชนิดฉีดยังเป็นยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ถ้าให้ในระยะแรก วัตถุประสงค์ของการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะได้ผลถ้าให้ในระยะ 4 - 5 วันแรก หลังจากมีอาการ หรือก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเหลือง ขนาดของ penicillin G ที่ใช้เข้าหลอดเลือด ใช้ในขนาดสูง 6 ล้านยูนิต/วัน โดยแบ่งให้ 1.5 ล้านยูนิต ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ในรายที่แพ้ penicillin อาจให้ erythromycin หรือ tetracycline (ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีไตวาย และไม่ควรใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี) ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจพิจารณาใช้ doxycycline กิน 100 mg วันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน การรักษาประคับประคอง ได้แก่ การให้ยาลดไข้ ยาแก้ปวด ในรายที่ปวดรุนแรงอาจให้ pethidine หรือ morphine

พยากรณ์โรค (prognosis)

กลุ่มที่อาการไม่รุนแรง จะหายเป็นปกติภายใน 2 - 3 สัปดาห์ แต่อาจพบมีอาการผิดปกติทางสภาพจิต เช่น psychosis, กระสับกระส่าย พฤติกรรมผิดปกติได้มากกว่า 6 เดือน

กลุ่มที่มีอาการรุนแรง อวัยวะต่างๆจะสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติภายใน 2 - 3 สัปดาห์ หลังจากไม่มีอาการป่วย ความผิดปกติทางจิต พบได้เช่นเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้ให้คำแนะนำ และตรวจร่างต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Faine S. **Guidelines for the control of leptospirosis**. WHO Offset Publication No.67. Geneva : World Health Organization, 1982.
2. Faine S. Leptospirosis. Alfred S. Evans and Philip S. Brachman (ed). **Bacterial Infections of Humans**. second edition. Plenum Medical Book Company ; 1991 : 367-393.
3. Kaufmann F.A., Wenger D.J. Leptospirosis. Maxcy - Rosenau - Last (ed). **Public Health & Preventive Medicine**. thirteen edition. Prentice - Hall International Inc. : 264-265.
4. Sundharagiati B, Harinasuta C. **Studies on leptospirosis in Thailand** (a review). J. Med. Ass. Thailand. 196 : 662 - 679.