

สาธารณสุข ขณะนี้อยู่ระหว่างรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจายในโรงเรียน ได้แนะนำให้ให้นักเรียนที่มีอาการ เข้ารับการรักษากับแพทย์และหยุดเรียนจนอาการหายเป็นปกติ

สถานการณ์โรคในประเทศไทย

สถานการณ์การเกิดโรค Scarlet Fever ในประเทศไทย จากข้อมูลบัตรรายงาน 506 (รง. 506) พบว่า ในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วย จำนวน 98 ราย ปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วย จำนวน 109 ราย และปี พ.ศ. 2546 ระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม มีผู้ป่วย จำนวน 64 ราย โดยพบผู้ป่วยตลอดปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 5 – 7 ปี ร้อยละ 25 รองลงมาคือ 10 – 14 ปี ร้อยละ 18.75 และกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี พบร้อยละ 17.19 ตามลำดับ¹

ลักษณะการเกิดโรค

โรคนี้มีชื่อทางการแพทย์ว่า Scarlet Fever หรือที่ชาวบ้านเรียกกันว่าไข้ดำแดง เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Streptococcus* Group A ซึ่งเชื้อมักอาศัยอยู่ที่ผิวหนัง จมูก และคอ ของคนที่เป็นโรค จึงสามารถทำให้ติดต่อได้ทางการสัมผัสโดยตรง ไอ และจาม มีระยะฟักตัว 1 – 5 วัน พบได้ในทุกกลุ่มอายุและมักจะพบในเด็ก ๆ โดยมีอาการแสดงของโรคที่สำคัญ คือ มีผื่นแดงหยาบ และผิวสากคล้ายเม็ดทรายที่บริเวณคอ ออก ข้อศอก และบริเวณข้อพับด้านใน มีไข้สูง เจ็บคอ ลิ้นแดงมาก ต่อมทอนซิลโตคล้ำได้ อาเจียน สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาปฏิชีวนะ และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้โดย²⁻⁴

1. ให้ใช้ผ้าเช็ดหน้าที่สะอาดปิดปากเวลาไอหรือจาม
2. ล้างมือทุกครั้งที่ใช้มือและจมูก ใช้มือปิดปากหรือจมูก เวลาไอหรือจาม
3. ล้างมือก่อนปรุงอาหารหรือสัมผัสอาหารทุกครั้ง
4. ให้รีบไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลรายงานโรค Scarlet Fever จากบัตรรายงาน 506 (เอกสารโรเนียว)
2. รายงานการสอบสวนการระบาดที่ได้รับจาก สสจ. Available from: <http://epid.moph.go.th/Investigation/FEB45.html>. [cited 2003 Sep 23]
3. Infections Scarlet Fever. Available from : http://kidshealth.org/parent/infections/bacterial_viral/scarlet_fever.html [cited 2003 Sep 23]
4. John Riddle. scarlet fever. Available from : <http://health.discovery.com/diseasesandcond/encyclopedia/3202.html> [cited 2003 Sep 23]

รายงานโดย กลุ่มเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

โรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis)

เมลิออยโดสิส เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่มีสาเหตุจากเชื้อ *Burkholderia (Pseudomonas) pseudomallei* ซึ่งพบได้ในคนและสัตว์หลายชนิด ได้แก่ แพะ แกะ หมู และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ โรคนี้พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และออสเตรเลีย โดยเฉพาะในประเทศไทย มีผู้ป่วย 2,000 – 3,000 รายต่อปี อุบัติการณ์ของโรคมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉลี่ย 4.4 ต่อ 100,000 คน พบผู้ป่วยมากในฤดูฝน

ลักษณะของเชื้อ

B. pseudomallei เป็นแบคทีเรีย ชนิด Gram negative bacilli มักติดสีแกรมที่ปลายทั้งสองข้าง คล้ายเข็มกลัดซ่อนปลาย ไม่สร้างสปอร์ เคลื่อนที่โดยใช้ flagella มีความทนทานต่อสิ่งแวดล้อม สามารถเจริญได้ในภาวะที่เป็นกรดถึง pH 4.5 และอุณหภูมิระหว่าง 15 - 42 °C ในประเทศไทย มีรายงานแยกเชื้อได้จากดิน และน้ำ ของทุกภาค พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี

2 biotypes เชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยเป็นสายพันธุ์ Arabinose negative (Ara-) ในขณะที่แยกได้จากสิ่งแวดล้อมมีทั้ง Arabinose negative และ Arabinose positive (Ara+) ความสามารถในการก่อโรคของสายพันธุ์ Ara- มากกว่า Ara+ โดยมีค่า LD50 เท่ากับ 10^2 cfu/mouse และ 10^9 cfu/mouse ตามลำดับ

อาการ

ผู้ป่วยจะมีการแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการแต่ตรวจพบแอนติบอดี จนกระทั่งอาการรุนแรง โลหิตเป็นพิษเฉียบพลัน มีอาการ 2 รูปแบบ คือ การติดเชื้อเฉพาะที่ และการติดเชื้อแบบแพร่กระจายไปทั่ว มักพบมีอาการปอดบวม ติดเชื้อในกระแสโลหิตและฝีในอวัยวะภายใน พบมีอาการของโรคกลับซ้ำได้บ่อย

การติดต่อของเชื้อมาสู่คน

การติดต่อที่พบบ่อยได้แก่ การหายใจ และการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อ ที่ปนเปื้อนในดินและน้ำในขณะที่มีบาดแผล การติดต่อจากคนสู่คนมีรายงานน้อยมาก ระยะฟักตัวไม่แน่นอน อาจ 1 - 2 วัน หรือนานเป็นปี

การควบคุมป้องกัน

ปัจจุบัน ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคmelioidosis การควบคุมป้องกันโรคทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวนาที่ต้องสัมผัสดินและน้ำขณะทำงาน ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคเรื้อรัง หรือ มีบาดแผลที่ผิวหนัง ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสดิน โดยสวมรองเท้าบูทขณะทำงานลุยน้ำ ลุยโคลน

การวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการ

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคmelioidosis คล้ายกับโรคติดเชื้ออื่นหลายโรค เช่น เลปโตสไปโรซิส สตรีปไทไฟต์ มาลาเรีย ดังนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงมีความสำคัญมาก การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง รวดเร็ว จะมีผลต่อการรักษาและการรอดชีวิตของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตเฉียบพลัน มักเสียชีวิตเร็ว หลังการรักษา 1 - 2 วัน การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการมีดังนี้

- การเพาะเชื้อแบคทีเรีย ตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ เลือด เสมหะ ปัสสาวะ น้ำเจาะปอด สามารถเพาะแยกเชื้อได้ในอาหารเลี้ยงเชื้อปกติ เช่น blood agar, Mac Conkey agar ใช้เวลา 2 - 3 วัน
- การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา ตรวจหาแอนติเจน และตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะ ด้วยวิธี Indirect hemagglutination assay (IHA), Latex agglutination, ELISA และ Immunofluorescent assay (IFA)
- การตรวจหาสารพันธุกรรม ด้วยวิธี PCR มีการศึกษาวิจัยในหลายสถาบัน พบว่า มีความไวและความจำเพาะสูง แต่ยังไม่แพร่หลายในห้องปฏิบัติการทั่วไป

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ได้พัฒนาชุดทดสอบสำหรับตรวจแอนติบอดีด้วยวิธี IHA โดยใช้ Extracellular protein (EXP) เป็นแอนติเจนเคลือบเม็ดเลือดแดง ซึ่งมีความไว ความจำเพาะ เท่ากับ 88.6% และ 93.3% ตามลำดับ และได้ผลิตเพื่อให้การสนับสนุนแก่ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และห้องปฏิบัติการทั่วไป นอกจากนั้นยังให้บริการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี IFA และ IHA

การรักษา

ในรายที่มีอาการรุนแรง จำเป็นต้องให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมก่อนทราบผลการเพาะเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว การรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรก (acute phase) ใช้เวลาประมาณสองสัปดาห์ มักใช้ ceftazidime, imipenem หรือ meropenem โดยให้ทางหลอดเลือด และระยะที่สอง (maintenance phase) เป็นยารับประทานมักให้ร่วมกัน 2 - 3 ชนิด ได้แก่ trimethoprim-sulfamethoxazole, chloramphenicol, amoxicillin-clavulinate ใช้เวลา 12 - 20 สัปดาห์ เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำอีก

โรคmelioidosis นับเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย เนื่องจากอัตราป่วยตายสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งมีอัตราป่วยตายประมาณ 60% และมักพบอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตในคนที่เป็โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต ทั้งนี้ มักมีการกลับซ้ำของโรค ในกรณีให้การรักษาระยะสั้นและผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง นอกจากนั้นอาการของโรคยังคล้าย

กับโรคติดเชื้ออื่นหลายโรค อาจทำให้วินิจฉัยผิดได้ซึ่งจะมีผลต่อการรักษา เพราะการรักษาโรคเมลิออยโดสิสมีรูปแบบจำเพาะ ไม่เหมือนโรคติดเชื้ออื่น และยามีราคาก่อนข้างแพง จำเป็นต้องพัฒนาวิธีตรวจกรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อสามารถตรวจได้ทุกห้องปฏิบัติการ การป้องกันโรคเป็นไปได้ยาก เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวไร่ชาวนาที่ต้องทำงานสัมผัสดินและน้ำ ซึ่งในถิ่นระบาดพบเชื้อสาเหตุอยู่ทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. [Chaowagul W.](#) Recent advances in the treatment of severe melioidosis. Acta Trop. 2000; 74: 133 - 7.
2. [Leelarasamee A.](#) Melioidosis in Southeast Asia. Acta Trop. 2000; 74: 129 - 32. Review.
3. Melioidosis-General Information. http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/melioidosis_g.htm
4. White NJ. Melioidosis. Lancet 2003; 361(9370):1715 - 22.
5. ผกากรอง ลุมพิกานนท์, สุภาภรณ์ พัวเพิ่มพูลศิริ, สุรศักดิ์ วงศ์รัตนชีวิน. โรคเมลิออยโดสิสในเด็ก ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2545

ผู้เรียบเรียง : วิมล เพชรกาญจนางค์

ฝ่ายภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก สถาบันวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

รายงานการเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ, ประเทศไทย, มกราคม – สิงหาคม 2546 Reports of diseases surveillance of foreign national, Thailand, January – August 2003

ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงสิงหาคม พ.ศ.2546 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยต่างชาติรวม 12,679 ราย เสียชีวิต 39 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.3 จำแนกเป็นผู้ป่วยแรงงานต่างชาติและครอบครัว 11,183 ราย เสียชีวิต 33 รายและชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาและนักท่องเที่ยว 1,496 ราย เสียชีวิต 6 ราย

พบผู้ป่วยชาย 6,993 ราย หญิง 5,686 ราย อัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 1:1.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี 25 - 34 ปี และ 15 - 24 ปี การจำแนกตามเชื้อชาติพบว่า ผู้ป่วยพม่ามากที่สุด (77.11%) รองลงมาได้แก่ ลาว กัมพูชา มาเลเซีย เวียดนาม และ จีน ตามลำดับ

โรคที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อูจาระร่วงเฉียบพลัน 4,849 ราย, มาลาเรีย 3,247 ราย, ไข้ไม่ทราบสาเหตุ 1,227 ราย, ปอดบวม 714 ราย และโรคตาแดง 514 ราย และเมื่อจำแนกตามประเภทของผู้ป่วย พบว่า โรคที่มีรายงานสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยแรงงานต่างชาติและครอบครัวได้แก่ อูจาระร่วงเฉียบพลัน, มาลาเรีย, ไข้ไม่ทราบสาเหตุ, ปอดบวม และโรคตาแดง โรคที่มีรายงานสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาและนักท่องเที่ยวได้แก่ อูจาระร่วงเฉียบพลัน, มาลาเรีย, ไข้เลือดออก ปอดบวม, ไข้ไม่ทราบสาเหตุ และตาแดง นอกจากนั้น พบว่า ผู้ป่วยชาวต่างชาติมีการป่วยด้วยโรคติดต่ออื่นที่สำคัญได้แก่ โรคตาแดง 66 ราย, โรคสครับไทฟัส 4 ราย, วัณโรค 16 ราย และโรคคอตีบ 1 ราย

พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยต่างชาติจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศรวม 70 จังหวัด จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ เชียงใหม่ (2,644 ราย) กาญจนบุรี (2,218 ราย) และแม่ฮ่องสอน (1,714 ราย) แบ่งเป็นจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยแรงงานต่างชาติและครอบครัวมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เชียงใหม่ (2,635 ราย) กาญจนบุรี (2,217 ราย) แม่ฮ่องสอน (1,668 ราย) และจังหวัดที่รายงานผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาและนักท่องเที่ยวมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ระนอง (369 ราย) กระบี่ (207 ราย) และอุบลราชธานี (165 ราย)

หมายเหตุ ดูรายละเอียดข้อมูลได้จากตารางใน <http://epid.moph.go.th/>

รายงานโดย **เทัญศิริ จิตรนันททรัพย์ และสุวดี ดิวงษ์**
ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา