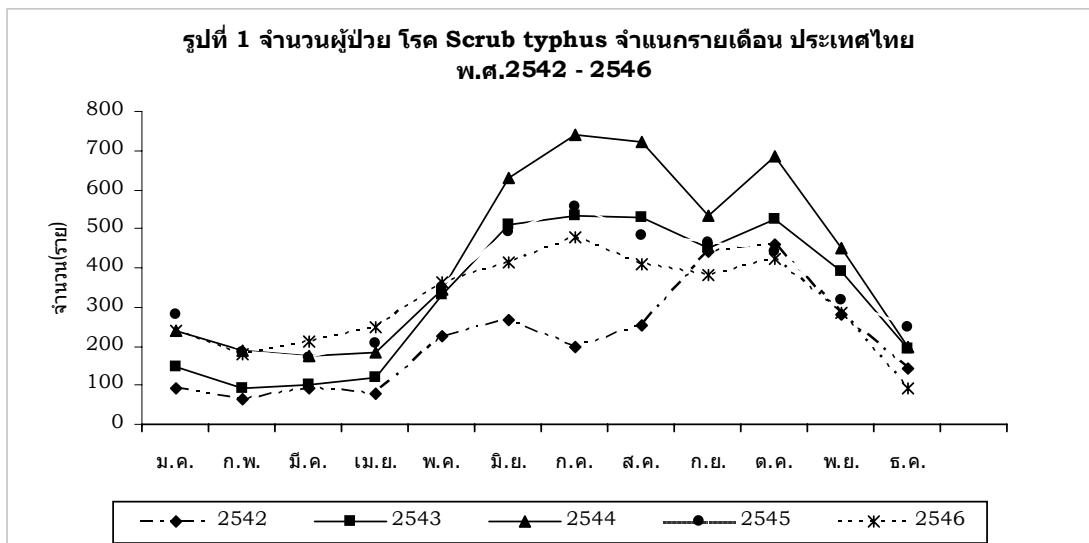
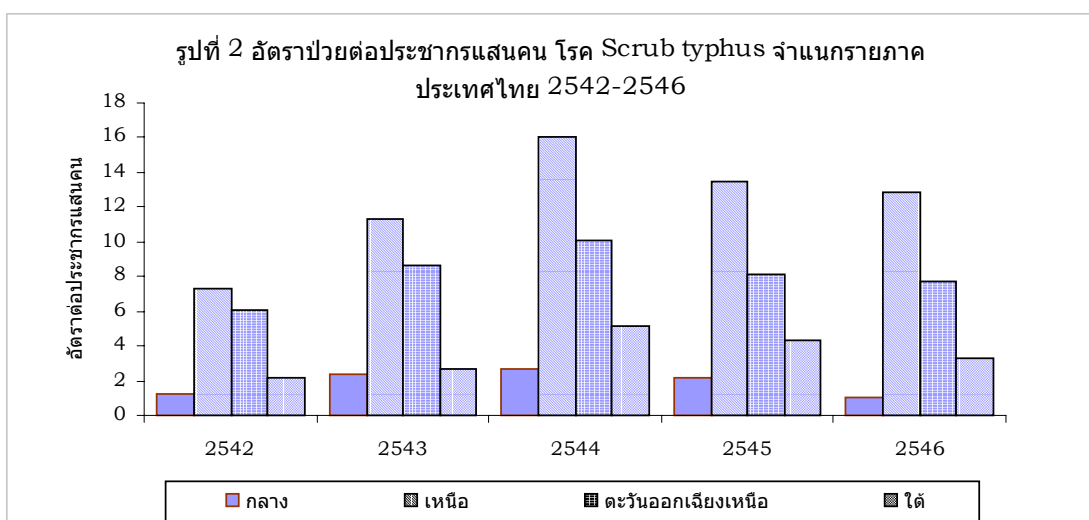


สครับไทฟัส (Scrub typhus)

โรคที่ควรให้ความสนใจ และระมัดระวังเป็นพิเศษอีกโรคหนึ่งในช่วงฤดูฝนนี้ นอกเหนือจากโรคไข้เลือดออก คือ โรคสครับไทฟัส เนื่องจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคระบาดวิทยา 5 ปีย้อนหลัง (รูปที่ 1) พบว่า จำนวนผู้ป่วยจะเริ่มสูงขึ้นในเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 3 - 10 รายต่อปี ข้อมูลของปี 2547 ตั้งแต่ต้นปี ถึงเดือนพฤษภาคม ได้รับรายงานผู้ป่วยแล้ว 679 ราย จาก 61 จังหวัด และได้รับรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย โดยจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ เชียงราย (71 ราย) ศรีสะเกษ (67 ราย) พะเยา (47 ราย) นครราชสีมา (33 ราย) และเชียงใหม่ (32 ราย)



ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง 5 ปี ที่ผ่านมา พบอัตราป่วยสูงสุดในภาคเหนือ (7.35 – 16.09 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (6.05 – 10.09 ต่อประชากรแสนคน) ภาคใต้ (2.16-5.19 ต่อประชากรแสนคน) และภาคกลาง (1.19 – 2.72 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ (รูปที่ 2) โดยพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ



โรคสครับไทฟัส เกิดจากเชื้อ *Rickettsia orientia tsutsugamushi* โดยมีไรอ่อน (Chigger) สกุล *Leptotrombidium* เช่น *L.akamushi*, *L.deliensis*, และ *L.scutellasis* เป็นต้น เป็นแมลงนำโรคส่วนในประเทศไทย *L.akamushi* และ *L.deliensis* เป็นแมลงนำโรค

เชื้อ Rickettsia ที่เป็นสาเหตุการป่วย สามารถถ่ายทอดเชื้อจากไรแก (Mite) ไปสู่ลูก หลาน หลาน โหลน ได้ โดยที่ลูก หลาน หลาน โหลน ไม่ต้องไปรับเชื้ออีก (Transovarian Transmission) ถ้าไรอ่อนไม่มีเชื้อ แต่ไปกินเลือด สัตว์ฟันแทะที่มีเชื้อ เชื้อจะไปเจริญอยู่ในตัวไรอ่อน เมื่อไรอ่อนเจริญเติบโตเป็นตัวแก่และออกไข่ เชื้อก็จะผ่านมาที่ไข่และถ่ายทอดมายังไรอ่อนอีกรุ่นหนึ่งได้ โดยที่ไรอ่อนไม่ต้องไปรับเชื้อใหม่อีก หรือเมื่อไรอ่อนที่มีเชื้อมากินเลือด สัตว์ฟันแทะ ก็จะถ่ายทอดเชื้อไปสู่สัตว์ฟันแทะ และถ้ากินเลือดหรือกัดคน คนก็จะได้รับเชื้อและป่วยได้

ไรอ่อนมีขนาดเล็ก ขนาดเท่าปลายเข็มหมุด มีสีส้มอมแดง มี 6 ขา มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า อาศัยอยู่ตาม พื้นดิน บริเวณที่ชุ่มชื้น มีใบไม้ ใบหญ้า ปกคลุม (ที่ซึ่งมีสัตว์ฟันแทะอาศัยอยู่) ไรอ่อนจะต้องกินเลือดสัตว์หรือคน จึงจะเจริญเติบโตเป็นไรแก (Mite) ซึ่งมี 8 ขาได้ มีขนาดประมาณ 1 – 2 มม. ตัวแก่จะไม่กินเลือด แต่จะไม่กินไข่ แมลงที่อยู่ตามพื้นดินเป็นอาหาร ไรอ่อนชอบกินเลือดสัตว์ฟันแทะ เช่น หนู กระแต กระต่ายป่า มากกว่าเลือดคน คน จึงเป็นเพียง Accidental host เท่านั้น

รังโรค ได้แก่ สัตว์ฟันแทะที่อาศัยอยู่ตามพื้นดิน บริเวณทุ่งหญ้า ป่าละเมาะ ทุ่งหญ้าคา ไร่มันสำปะหลัง และ ป่า ทั้งนี้แล้วแต่สภาพของภูมิประเทศแต่ละท้องถิ่นนั้น สัตว์ฟันแทะจะไม่แสดงอาการของโรค ยกเว้นคน

ระยะฟักตัวของโรคสัปดาห์ที่ 6 – 21 วัน โดยเฉลี่ย 10 – 12 วัน หลังจากถูกไรอ่อนที่มีเชื้อกัด ผู้ป่วยที่มี อาการรุนแรง จะปวดศีรษะมาก ไข้สูง ปวดเมื่อย ตาแดง อาจมีผื่นแดง(rash) ขึ้นตามตัว แขนและขา ประมาณ 2 – 3 วัน ผื่นก็จะหายไป ต่อมน้ำเหลือง คับบวมโต แผลที่ไรอ่อนกัดจะมีขนาดใหญ่ขึ้น มีลักษณะคล้ายแผลที่ถูกบุหรี่จี้ (Eschar) แผลมีขนาดเท่ากับปลายเล็บก้อยมือ มีขอบเรียบ กลางแผลมีสีดำ รอบ ๆ จะมีสีแดงจ้ำ มักพบแผลบริเวณใน ร่มผ้า โดยเฉพาะขาหนีบ เอว รักแร้ ในประเทศไทย พบ Eschar น้อยกว่าร้อยละ 30 และโรคนี้ไม่ติดต่อจากคนสู่คน

การป้องกันโรค ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนที่มีอาชีพเสี่ยงต่อโรค เช่น ผู้ที่อาศัยอยู่ในป่า พวกหาของป่า ทหาร ดำรง วัตรเณรชายแดน ป่าไม้ เกษตรกร และนักนิยมไพร เป็นต้น โดย

1. ป้องกันไม่ให้ไรอ่อนกัด โดยแต่งตัวให้รัดกุม เช่น ใส่รองเท้า ถุงเท้า ปลายขากางเกงใส่ในถุงเท้า ปลาย เล็บต้องใส่ในกางเกง เลือแขนยาวปิดคอ
2. หลีกเลี่ยงการนั่ง นอน ตามพื้นดิน ที่คาดว่าจะมีไรอ่อนอาศัยอยู่ แต่ถ้าจำเป็น ต้องใช้ยาฆ่าแมลง ฉีดพ่น ตามพื้นดิน บริเวณที่จะนั่งหรือนอนให้ทั่ว
3. ใช้ยาป้องกันแมลงกัด (Repellent) ประเภท Diethyltoluamide ซึ่งมีขายตามท้องตลาด หลายยี่ห้อ ทาหรือ พ่นบริเวณผิวหนัง นอกर्मผ้า ยกเว้นบริเวณใบหน้า เมื่อจะเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงดังกล่าว
4. เมื่อกลับมาถึงที่พัก ต้องรีบนำเสื้อผ้าไปต้ม หรือแช่ผงซักฟอก ที่มีความเข้มข้นทันที เพื่อทำลายไรอ่อนที่ อาจติดมากับเสื้อผ้าได้
5. ถ้ามีอาการไข้ ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อ ครั่นตัว อาจมีผื่นตามลำตัว แขน ขา หรือมีแผล Eschar หลังออกมา จากพื้นที่เสี่ยง ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว แม้ว่าอัตราป่วยตายจะต่ำก็ตาม การรักษาได้ผลดีด้วยยา Antibiotic เช่น Tetracyclin , Chloramphenicol และ Doxycycline เป็นต้น

การควบคุมโรค ไม่สามารถดำเนินการได้ เพราะไม่ทราบ่ว่าที่ใดเป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน ถ้าจะพ่นยาฆ่าแมลงตาม พื้นดินบริเวณกว้าง จะไม่คุ้มค่า

การเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธีการตรวจ Weil Felix Test ให้ผลไม่แน่นอน ควรส่งตรวจด้วยวิธี Indirect Immunofluorescent Antibody Test (IFA) จะดีที่สุด โดยเก็บตัวอย่างเลือด ครั้งละ 5 cc. 2 ครั้ง โดยเจาะเลือดครั้งแรกเมื่อพบผู้ป่วย ครั้งที่สองหลังจากวันเริ่มป่วย 10 – 21 วัน หรือห่างจากครั้งแรก 7 – 14 วัน ส่งตรวจที่แผนกโรคติดเชื้อ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. James Chin, Communicable Disease Manual, Seventeenth Edition , 2000: 545 – 7.
2. Available from: http://ewbdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=34.
3. Available from: <http://www.cdc.gov/travel/diseases/rickettsial.htm>.
4. รศ.ยุพา รองศรีแย้ม และคณะ. คู่มือการจำแนกชนิดโรคร้อนที่พบในประเทศไทย. สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ที่โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรในประเทศไทย : พฤษภาคม 2546.

รายงานโดย ลัดดา ลิขิตยักรวรา, อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล กลุ่มเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยา
กองอาชีวอนามัยที่ปรึกษาสำนักโรคติดต่อภายใน

+++++

รายงานการสอบสวนภาวะเป็นพิษจากการดื่มไวน์ จังหวัดนครปฐม วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2547

ความเป็นมา

งานระบาดวิทยา กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้รับแจ้งทางโทรศัพท์จากสำนักโรคติดต่อภายในว่ามีข่าวทางหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ เมื่อวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2547 ว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการชักตาค้าง ล้มหมดสติหลังดื่มไวน์ จำนวน 2 ราย โดยในเบื้องต้นได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนตูม แต่อาการรุนแรงมากจึงได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครปฐม ทีมสอบสวนโรคจึงได้ประสานและออกสอบสวนโรคในวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2547

ผลการสอบสวนโรค

พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย เป็นเด็กชาย อายุ 14 ปี และผู้ป่วยหญิง อายุ 68 ปี ที่อยู่ปัจจุบันในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ทั้งสองคนมีอาชีพรับจ้างคัดแยกกระดากจากไผ่ประณีต โดยตระเวนซื้อของเก่าซึ่งเป็นกระดากจดหมาย หรือพัสดุที่ไม่มีผู้มารับจากไผ่ประณีตต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ผู้ป่วยทั้ง 2 คน เป็นญาติกัน และประวัติไม่มีโรคประจำตัว

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2547 เวลาประมาณ 11.30 น. ผู้ป่วยทั้งสองได้คัดแยกกระดากเหมือนทุกครั้ง แต่ในครั้งนี้นพบว่ามิกล่องพัสดุที่เป็นกล่องซึ่งมีไวน์ขาว บรรจุในขวดสีเขียว เป็นของต่างประเทศจำนวนเต็มกล่อง(จำนวนไม่ได้) จึงได้แบ่งไวน์ดังกล่าวให้คนงานจำนวน 4 คน ที่รับจ้างเก็บ ดื่มด้วยแต่คนงานทั้ง 4 คนไม่ดื่ม เพราะเมื่อเปิดขวดไวน์พบว่ามิกลิ้นจูลหนึ่มไม่กล่ำดื่ม และอีกคนลองเอาลิ้นแตะพบว่าขมและเหม็นจูลมาก จึงบ้วนทิ้งและเอาน้ำบ้วนทิ้ง

ส่วนผู้ป่วยทั้งสอง โดยปกติจะชอบดื่มสุราหรือเบียร์เป็นประจำทุกวัน โดยเวลาก่อนหน้านั้น เวลาประมาณ 10.00 น. ได้ดื่มเบียร์ 1 กระป๋อง หลังจากนั้น เวลาประมาณ 11.00 น. ได้ดื่มไวน์เข้าไปคนละประมาณ 1 ช้อนชา หลังจากดื่มประมาณ 2 – 3 นาที เริ่มมีอาการผิดปกติโดยมีอาการคลื่นไส้ มีศีรษะ ล้มหมดสติ ขากรรไกรค้าง ไม่รู้สึกตัว อุจจาระและปัสสาวะราด ญาติ ๆ จึงนำส่งโรงพยาบาลดอนตูม แพทย์ลงความเห็นว่าอาการหนัก จึงส่งต่อมาที่โรงพยาบาลนครปฐม หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยทั้งสองหายเป็นปกติแล้ว

จากการสอบสวนพบว่า ไวน์ที่ดื่มบรรจุในขวดสีเขียว สลากข้างขวดระบุชื่อยี่ห้อหนึ่ง ขนาดบรรจุ 500 มิลลิลิตร ไม่ระบุวัน เดือน ปีที่ผลิต ซึ่งจากการสังเกตพบว่าไวน์มีลักษณะใส กลิ่นจูล