

พบผู้ป่วยติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ในนักท่องเที่ยวชาวฟินแลนด์

บทความแปลต่างประเทศ

จากเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิในประเทศไทย ธันวาคม 2547

เรียบเรียงโดย นางสิริลักษณ์ รังษิงค์

กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา

จากรายงาน FYI Eurosurveillance เดือนมกราคม พ.ศ. 2548 พบนักท่องเที่ยวชาวฟินแลนด์ 3 ราย ป่วยจากการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ประสพภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิ ขณะเดินทางมาท่องเที่ยวที่เขาหลัก ซึ่งเป็นชายฝั่งทะเลทางใต้ของประเทศไทยเมื่อปลายเดือนธันวาคม 2547 โดยตรวจพบเชื้อจากแผลสองตัวอย่าง อีกหนึ่ง ตัวอย่างจากเลือด เชื้อ *Burkholderia pseudomallei* พบได้ในธรรมชาติเป็นแบคทีเรียแกรมลบที่เป็นโรคประจำถิ่นของประเทศในเขตร้อน และเป็นสาเหตุของโรคmelioidosis ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถึงแม้ร่างกายแข็งแรง การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสเชื้อที่ปนเปื้อนในดิน โดยเข้าทางบาดแผล ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนในยุโรปจะพบน้อย เคยมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศฟินแลนด์ ที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2543 อาการของโรคจากการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* มีความรุนแรงแตกต่างกัน เช่น เป็นแผลติดเชื้อเล็กน้อย และจะรุนแรงขึ้นถ้าเชื้อเข้าในกระแสโลหิต หรือเกิดอาการปอดบวม อัตราตายจะสูงถึงร้อยละ 20 - 40

ผลกระทบจากคลื่นยักษ์สึนามิในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตอนปลายปี พ.ศ. 2547 ทำให้ต้องเพิ่มความระมัดระวังโรคmelioidosis เพราะเคยมีรายงานว่า พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ในผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บจากภัยธรรมชาติ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบการติดเชื้อที่บาดแผล ในเลือดพบไม่บ่อย จากผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ถ้าแพทย์พบผู้ป่วยแสดงอาการไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ แต่มีประวัติเดินทางมาจากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และอยู่ในพื้นที่ที่เกิดคลื่นยักษ์สึนามิแล้วพบเชื้อแกรมลบในแผล เลือด หรือเสมหะ ในทางเดินหายใจ ให้ตระหนักว่าผู้ป่วยอาจจะเป็นโรคmelioidosis ก็ได้

ผู้ป่วยรายแรก เป็นเพศหญิง อายุ 17 ปี มีแผลลึกที่ขาส่วนล่าง พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* จากบาดแผล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ 3 วัน หลังจากนั้นกลับไปรักษาต่อที่ประเทศฟินแลนด์ โดยบาดแผลที่เท้าซ้ายยังมีอาการบวมแดง แพทย์ได้เพาะเชื้อจากแผลอีก 2 ครั้งในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ทั้ง 2 ครั้ง จากนั้นได้แยกเชื้อนี้อีกเป็นระยะ ๆ แต่ก็ไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยให้ยา clindamycin และ ciprofloxacin จนแผลหาย และได้รับการทำศัลยกรรมตกแต่งเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบอาการของโรคmelioidosis ในระบบอื่น

ผู้ป่วยรายที่สอง เป็นเพศชาย อายุ 47 ปี มีแผลตามร่างกายหลายแห่ง ได้รับการรักษาทางศัลยกรรมที่เขาหลัก เมื่อกลับประเทศฟินแลนด์มีอาการไข้ แต่ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ เป็นปกติ สุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยมีบาดแผลลึกที่ข้อศอกขวา มุมตาซ้ายมีหนอง มีอาการปอดบวมจากสำลักน้ำและโคลน จากผลเอ็กซเรย์ช่องอก พบว่า ปอดทั้งสองข้างมีความผิดปกติ พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* จากตัวอย่างเลือด 2 ตัวอย่างในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงยืนยันได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคmelioidosis (Confirmed Case) ในการรักษาแพทย์ได้ให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มฤทธิ์กว้าง (broad spectrum) หลังจากได้ทดสอบความไวต่อเชื้อนี้แล้ว เข้าทางเส้นเลือด ได้แก่ ceftriaxone, clindamycin และ levofloxacin ต่อด้วย meropenem and ciprofloxacin ผู้ป่วยมีอาการไข้อย่างต่อเนื่องอยู่

10 วัน อาการก็หายเป็นปกติ แต่ยังคงรักษาต่อยด้วย Doxycycline และ trimethoprim/sulfamethoxazole อีกเป็นเวลา 20 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นเพศชาย อายุ 54 ปี ได้รับการเข้บาดเจ็บแผล 2 แห่ง ในประเทศไทย เมื่อกลับมาถึงประเทศฟินแลนด์แล้ว ได้รับการรักษาแผลติดเชื้อโดยอายุรแพทย์ทั่วไป 1 วัน จากนั้นได้เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ฟินแลนด์ ผู้ป่วยแสดงอาการช็อก จากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ต้องอยู่ในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนัก 3 วัน โดยไม่มีอาการปอดบวม ได้รับการรักษาด้วยยา meropenem และ ciprofloxacin เพาะเชื้อตัวอย่างจากเลือด พบเชื้อแกรมลบ หลังจากนั้น 3 วัน ได้ตรวจเชื้อจากแผลซ้ำอีกก็พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* แพทย์จึงให้การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นโรคmelioidosis ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 29 วัน จึงหายเป็นปกติ โดยแพทย์ไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องต่อไปอีก

ถอดความและเรียบเรียงจาก

Tea Nieminen (tea.nieminen@ktl.fi)¹ and Martti Vaara². *Burkholderia pseudomallei* infections in Finnish tourists injured by the December 2004 tsunami in Thailand.

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

melioidosis เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่มีสาเหตุจากเชื้อ *Burkholderia (Pseudomonas) pseudomallei* ซึ่งพบได้ในคน และสัตว์หลายชนิด ได้แก่ แพะ แกะ หมู และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ โรคนี้พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และออสเตรเลีย ในประเทศไทย มีรายงานแยกเชื้อได้จากดิน และน้ำ ของทุกภาค พบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ป่วยมากในฤดูฝน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกร ที่ต้องทำงานสัมผัสดินและน้ำ

ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการแต่ตรวจพบแอนติบอดี จนกระทั่งอาการรุนแรงโลหิตเป็นพิษเฉียบพลัน มีอาการ 2 รูปแบบ คือ การติดเชื้อเฉพาะที่ เช่น เป็นแผลตามผิวหนังหรือเป็นฝีในอวัยวะภายใน และการติดเชื้อแบบแพร่กระจายไปทั่ว มักพบมีอาการปอดบวม ติดเชื้อในกระแสโลหิต อาจพบมีอาการของโรคกลับซ้ำได้บ่อย ๆ

การติดต่อที่พบบ่อย มักพบทางระบบหายใจ และการสัมผัสโดยตรงกับเชื้อที่ปนเปื้อนในดินและน้ำในขณะที่มีบาดแผล ระยะฟักตัวไม่แน่นอน อาจ 1 - 2 วัน หรือนานเป็นปี

การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การเพาะเชื้อแบคทีเรีย จากตัวอย่าง เลือด เสมหะ ปัสสาวะ น้ำที่เจาะได้จากช่องปอด, การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา ตรวจหาแอนติเจน และตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะ ด้วยวิธี Indirect hemagglutination assay (IHA), Latex agglutination, ELISA และ Immunofluorescent assay (IFA), การตรวจหาสารพันธุกรรม ด้วยวิธี PCR จากการศึกษาวิจัยในหลายสถาบัน พบว่า มีความไวและความจำเพาะสูง แต่ยังไม่แพร่หลายในห้องปฏิบัติการทั่วไป

การรักษา ในรายที่มีอาการรุนแรง จำเป็นต้องให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมก่อนทราบผลการเพาะเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว การรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรก (acute phase) ใช้เวลาประมาณสองสัปดาห์ มักใช้ ceftazidime, imipenem หรือ meropenem โดยให้ทางเส้นเลือด และระยะที่สอง (maintenance phase) เป็นการ

ให้ยารับประทานซึ่งมักให้ร่วมกัน 2 - 3 ชนิด ได้แก่ trimethoprim-sulfamethoxazole, chloramphenicol, amoxycillin-clavulinate ทาน 12 - 20 สัปดาห์ เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำอีก

จากการเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 มีนาคม พ.ศ. 2548 สำนักงานวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ทั้งสิ้น 28 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต แนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 อัตราป่วย 0.50 ต่อประชากรแสนคน เป็น 0.61 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2547 อัตราตาย 0.01 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.3

จากเหตุการณ์ภัยคลื่นยักษ์สึนามิ อาจทำให้เกิดผลกระทบด้านโรคติดเชื้อ จากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ที่ปนเปื้อนมากับน้ำและดินมากขึ้น ซึ่งอาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อนี้มักจะมีอาการคล้ายกับโรคติดเชื้ออื่นหลายโรค เช่น เลปโตสไปโรซิส สครับไทฟัส มาลาเรีย ทำให้การวินิจฉัยโรคนั้นยาก ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยมีแผลอักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อที่เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ และปอดบวม จะต้องตระหนักถึงโรคนี้ด้วย โดยการตรวจหาเชื้อเพิ่มเติม เช่น gram stain, wright stain และส่งตัวอย่างเพาะแยกเชื้อด้วย เพื่อจะได้ให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและทันเวลาที่ เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต มีอัตราป่วยตายสูง (ประมาณร้อยละ 60) ถ้าผู้ป่วยมีโรคเรื้อรัง อาการจะรุนแรงมากขึ้น อาจเสียชีวิตได้หลังการรักษาเพียง 1 - 2 วัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร ที่ได้ช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและให้คำปรึกษาแนะนำด้านวิชาการทำให้บทความนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิมล เพชรกาญจนางค์. โรคเมลิออยโดสิส. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2546;34:710-2
2. สำนักงานวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2546 . (เอกสารรอตีพิมพ์)
3. Available from: <http://web.kku.ac.th/~melioid/Melioidosis/melioidosis.htm>
4. Available from: http://www-ddc.moph.go.th/tsunami_infectious_050110.html



ประชาสัมพันธ์สมาชิก

บรรณาธิการแถลง

☞ กองบรรณาธิการรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

คณะกองบรรณาธิการฯ ได้เปิดเวทีให้ผู้ที่เกี่ยวข้องส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับงานระบาดวิทยา เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ และฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักงานวิทยา กรมควบคุมโรค ถ้าบทความทางวิชาการหรือเรื่องที่ส่งมา (ตามที่กำหนดไว้) ได้ตีพิมพ์ในรายงานดังกล่าว สามารถนำไปนับเป็นคะแนน CME (Continuing Medical Education) ได้ โดยผู้สมัครจะได้อะไร 5 หน่วยกิตต่อ 1 เรื่อง ผู้ร่วมนิพนธ์ตั้งแต่ลำดับที่ 2 เป็นต้นไป จะได้คะแนน 3 หน่วยกิต ต่อ 1 เรื่องโดยกำหนดหลักเกณฑ์ การส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัยดังนี้

ลักษณะรูปแบบทางวิชาการที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4 ประกอบด้วย

- บทนำ ซึ่งอาจมีวัตถุประสงค์ก็ได้
- เนื้อหา
- สรุป
- เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)

2. การสอบสวนโรค จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4

3. การศึกษาวิจัย จำนวนไม่เกิน 5 หน้า กระดาษ เอ 4

4. แนวทาง/ผลการวิเคราะห์การเฝ้าระวังโรค จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4

หัวข้อ 2 – 4 ประกอบด้วย

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย – อังกฤษ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์
- วิธีการ
- ผลการศึกษา
- อภิปราย/วิจารณ์
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง จำนวนไม่เกิน 15 ฉบับ
- ตารางหรือรูป จำนวนไม่เกิน 3 ตาราง/รูป
- รายงานโดย ชื่อผู้เขียน หน่วยงาน ภาษาไทย – อังกฤษ
- ถ้าเป็นผลการศึกษาวิจัย ต้องมีบทคัดย่อประกอบ

5. งานแปล ประกอบด้วย หนังสือ/เอกสารที่แปล, ชื่อผู้แปล, เนื้อหาที่แปล จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4

ลักษณะตัวหนังสือ

ในรูปบทความใช้แบบอักษร Angsana UPC ขนาด 16 นิ้ว ถ้าตาราง ใช้แบบอักษร Angsana UPC ขนาด 12 – 14 นิ้ว ตั้งค่าน้ำกระดาษ ด้านบนและขวา 0.5 นิ้ว ด้านล่างและซ้าย 1 นิ้ว

การส่งต้นฉบับ

ส่งแผ่นดิสก์พร้อมกับต้นฉบับจริง จำนวน 1 ชุด และแจ้งสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของเรื่อง เพื่อที่คณะกรรมการจะติดต่อได้ และส่งมาที่ กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถ. ดิوانนท์
อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000 E.mail : sirirak@health.moph.go.th โทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1730

