

รายงาน การเฝ้าระวังโรค ประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL
SURVEILLANCE REPORT

VOLUME 18 NUMBER 2

JANUARY 23, 1987

รายงานเบื้องต้นการระบาดของ 13

โรคบิด จังหวัดอุบลราชธานีและ
บริเวณใกล้เคียง

แนวทางการเฝ้าระวังและควบคุม 21

ป้องกันการระบาดของโรคบิด

การสอบสวนโรค

รายงานเบื้องต้นการระบาดของโรคบิด จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง

Outbreak of Dysentery in Ubonratchathani

and Adjacent Provinces

ในช่วงเดือนตุลาคม 2529 มีการระบาดของโรคบิดในเขตอำเภอ
อำนาจเจริญ และอำเภอใกล้เคียงรอบ ๆ ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวนผู้ป่วย
ที่ได้รับรายงานล่าสุดเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2529 มีผู้ป่วยทั้งสิ้นเฉพาะ เดือนตุลาคม
430 ราย เดือนพฤศจิกายน 970 ราย มีผู้เสียชีวิต 13 ราย เป็นเด็กอายุไม่เกิน
5 ปีทั้ง 13 ราย (1)

ผลการตรวจอุจจาระผู้ป่วยในช่วง 1 - 15 พฤศจิกายน 2529
ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบเชื้อ Shigella dysenteriae Type 1
จำนวน 7.4 % จากอุจจาระ 177 ตัวอย่าง

พื้นที่ในเขตอุบลราชธานีตอนเหนือ ได้แก่ อำเภอมหาชนะชัย
เสนางคนิคม และท่าวะพาน พบมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าได้กับ Shigellosis สูงใน
เดือนตุลาคม ส่วนที่อำเภอม่วงสามสิบและอำเภอพนา มีผู้ป่วยสูงในราวเดือนพฤศจิกายน
พร้อมกับที่อำเภอเมืองนกา จังหวัดยโสธร ผลการตรวจอุจจาระพบเชื้อ Shigella
dysenteriae Type 1 เช่นเดียวกันทุกแห่ง

จากการสืบค้นย้อนหลังถึงการระบาดของโรคบิดในเขตใกล้เคียง
พบว่าเมื่อเดือนมิถุนายน 2529 มีการระบาดของโรคบิดในเขตอำเภอดอนตาล
จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งติดกับอำเภอชานุมาน และเสนางคนิคม ของจังหวัดอุบลราชธานี

ครั้งนั้นจากการตรวจเพาะเชื้อจากอุจจาระ พบ *Shigella dysenteriae* Type 1
จำนวน 1 ตัวอย่าง

ในช่วงต้นเดือนมกราคม 2530 กุมารแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
สังเกตว่ามีผู้ป่วยเด็กจากหมู่บ้านโนนสาย อำเภอเมือง เป็นบิด อาการหนักต้องเข้า
รับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้อมกันถึง 3 ราย จึงประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ สอบสวนดูพบผู้ป่วยประมาณ 20 ราย ในหมู่บ้านซึ่งมีประชากร 304 คน
ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระ ขณะนี้กำลังรอผล

ข้อมูลจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
พบว่าระยะแรกเชื้อที่พบในแถบอำนาจเจริญ เสนางคนิคม และ หัวตะพาน คือตัวยา
Cotrimoxazole แต่ไวต่อยา Ampicillin เหมือนกับ เชื้อที่พบที่ดอนตาล แต่ต่อ
มาพบว่าเชื้อที่พบแถบม่วงสามสิบ พนา และ เลิงนกทา เริ่มคือต่อ Ampicillin แล้ว

สรุปสถานการณ์การระบาดนี้ เห็นได้ชัดว่าการระบาดครอบคลุมพื้นที่กว้าง
ขวาง ติดต่อกันหลายจังหวัดและดูเหมือนว่าการระบาดจะเกิดขึ้นมาก่อนระยะ เวลาหนึ่งแล้ว
วิธีการระบาดนั้นน่าจะเป็นทั้งระหว่างบุคคล และอาศัยพาหะปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่

การใช้มือในการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำบ่อที่ไม่ได้ฆ่าเชื้อ การขาด
แคลนส้วมที่ถูกสุขลักษณะเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างยิ่ง การใช้ยาปฏิชีวนะ
อย่างไม่ระวังก็อาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ โดยเฉพาะเชื้อที่มีการถ่ายทอดคุณสมบัติการดื้อยา
แก่กันได้ (กลุ่ม *Shigella*, *Salmonella*) อาจถ่ายทอดคุณสมบัตินี้แก่กันทำให้ยากแก่
การรักษา

ในกลางเดือนมกราคม 2530 จะมีการแข่งขันกีฬาแห่งชาติ
ที่จังหวัดร้อยเอ็ด หากไม่ควบคุมป้องกันให้ดี อาจมีการระบาดในพื้นที่อื่น ๆ อีกได้
นอกจากนี้หากการระบาดลุกลามไปถึงชายแดน อาจมีผลเสียต่อกองกำลังทางทหารที่ตั้ง
อยู่ในเขตนั้นด้วย

ผู้รายงาน โครงการศึกษาและฝึกอบรมทางระบาดวิทยา, กองระบาดวิทยา,
ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี, ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, โรงพยาบาล
ศรีสะเกษ, ศูนย์ทดสอบเชื้อลำไส้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภออำนาจเจริญ, โรงพยาบาล
พนา และโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

เอกสารอ้างอิง (1) บัญชีผู้ป่วยโรคบิด จังหวัดอุบลราชธานี ตุลาคม-พฤศจิกายน 2529

บทบรรณาธิการ

โรคบิดหรือ Dysentery เป็นคำรวมหมายถึงโรคที่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด ซึ่งมีสาเหตุจาก Bacteria ที่ชื่อ *Shigella* (เรียก Shigellosis) หรือจาก Protozoa ชื่อ *Entamoeba histolytica* (เรียก Amoebiasis)

Shigella ซึ่งเป็นสาเหตุของ Shigellosis นั้นประกอบด้วย 4 species ได้แก่ Group A (*Shig. dysenteriae*); Group B (*Shig. flexneri*); Group C (*Shig. boydii*) และ Group D (*Shig. sonnei*) ใน group A, B, C นั้นยังสามารถแยกออกเป็นกว่า 40 serotype โดยใช้หมายเลขแสดง

Shigellosis จัดได้ว่าเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศกลุ่มเอเชียใต้ (South Asia) อัตราป่วยอยู่ระหว่าง 1 - 15 % จากบางรายงาน (1, 2) เชื่อที่เป็นสาเหตุสำคัญได้แก่ *Shig. flexneri*, *Shig. sonnei* และ *Shig. boydii* สำหรับเชื้อที่มีความรุนแรงคือ *Shig. dysenteriae* type 1, *Shig. shigae* พบไม่บ่อยนัก (3)

การระบาดขนาดใหญ่แบบ Pandemic ของ *Shig. dysenteriae* type 1 ซึ่งมีความรุนแรงมากเริ่มต้นในกลุ่มประเทศอเมริกากลางประมาณปี คศ. 1969 - 1970 (4, 5) ต่อมาเริ่มระบาดไปยังภูมิภาคอาฟริกาและเอเชียอย่างรวดเร็ว บังคลาเทศเป็นประเทศแรกในเอเชียที่มีการระบาด (คศ. 1972 - 1978) ต่อมาได้แก่ประเทศอินเดียตอนใต้ (1972 - 1973) ศรีลังกา (1976) มัลดีฟ (1982), อินเดียตะวันออก (1984), เนปาล (1984 - 1985) ภูฐาน (1984 - 1985) พม่า (1984 - 1985) ล่าสุดในปี 1986 มีการระบาดในหมู่เกาะ Andaman และ Nicobar ในอ่าวเบงกอล การระบาดดังกล่าวมีข้อที่น่าเป็นห่วงอยู่ 3 ประการคือ ประการแรกมีลักษณะการลุกลามอย่างกว้างขวาง (tremendous spreading) อัตราป่วยประมาณ 10 % ของประชากร ประการที่สอง มีอัตราป่วยตายสูง (1 - 10 %) โดยเฉพาะในเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี (6) ทั้งนี้เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ประการที่สาม เชื้อที่ระบาดมักเป็น *Shig. dysenteriae* type 1 ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิด โดยที่ลักษณะการดื้อยาเป็นแบบ plasmid-mediated

ในประเทศไทยข้อมูลจากศูนย์ *Salmonella* และ *Shigella* ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจพบ *Shig. dysenteriae* type 1 เฉลี่ยปีละ 2-3 ราย ระหว่างปี 1972 - 1978 และไม่พบเชื้ออีกเลยจนกระทั่งในปี 1985 พบเชื้อ 6 ราย และในปี 1986 พบเชื้อ 26 ราย ในจำนวนนี้ 16 รายจากจังหวัดอุบลราชธานี 5 รายจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 2 รายจากโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น และแห่งละ 1 ราย จากโรงพยาบาลในเชียงใหม่, ยโสธร และ มหาสารคาม สำหรับการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ จากจำนวน 17 ตัวอย่าง ที่

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับระหว่างเดือนตุลาคมและพฤศจิกายน พบว่า Ampicillin, Polymixin B, cephasolin ยังใช้ได้ดี 100 % ยา Gentamycin, Nalidixic ได้ผลกว่า 90 % ยา Kanamycin และ Neomycin ได้ผลประมาณ 85 % สำหรับ ยา colistin, Bactrim นั้นใช้ได้ผลน้อยมากเพียง 23 และ 6 % ตามลำดับ ส่วนยา Chloramphenicol ใช้ไม่ได้ผลเลย จึงเป็นที่น่าวิตกว่าได้เกิดการระบาดของ Shig. dysenteriae type 1 ในประเทศไทยโดยเฉพาะจังหวัดอุบลราชธานีและ จังหวัดใกล้เคียงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับแนวทางการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคบิด กองระบาดวิทยาได้นำลงไว้ในฉบับนี้แล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Bhat, P., Myers, R.M. & Feldman, R.A. Significance of the incidence of Shigella infection as indicated by results of a longitudinal study. Japan J. Med. Sci. Biol., 1970, 23 : 237 - 42.
2. Sen, D. et al. Aetiological studies on hospital inpatients with acute diarrhoea in Calcutta. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 1983, 77 : 212 - 14.
3. Sakazaki, R. et al. Bacteriological examination of diarrhoeal stools in Calcutta. J. Med. Res., 1971, 59 : 1025-34.
4. Mata, L.J. et al. Epidemic shiga bacillus dysentery in Central America. 1. Etiologic investigations in Guatemala, 1969. J. Infect. Dis., 1970, 122 : 170 - 80.
5. Gangarosa, E.J. et al. Epidemic shiga bacillus dysentery in Central America. 11. Epidemiologic studies in 1969. J. Infect. Dis. 1970, 122: 181 - 90.
6. S.C. Pal : Dysentery : an overview : still problems to resolve. Dialogue on diarrhoea no 25, June 1986.
