

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน

การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

รายงานผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องไม่ทราบสาเหตุ 441

Case report of Idiopathic CD4 Lymphocytopenia (ICL)

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

รายงานผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องไม่ทราบสาเหตุ

Case report of Idiopathic CD4 Lymphocytopenia (ICL)

รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ฉบับนี้เป็นรายงานผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องไม่ทราบสาเหตุ (ICL) 1 ราย จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมราช นับเป็นรายแรกที่กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานโดยผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาล ด้วยอาการคออักเสบเรื้อรัง รักษาด้วยยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ทางหู คอ จมูก จึงได้ปรึกษาพยาธิแพทย์เพื่อร่วมค้นหาสาเหตุ ข้อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีภูมิคุ้มกันบกพร่องจึงทำให้การค้นหาสาเหตุรวมไปถึงการตรวจหาค่า CD4 และการหาการติดเชื้อ HIV จวบจนปัจจุบันนี้สามารถกล่าวได้ว่า ICL ยังเป็นโรคที่พบได้น้อย การพบผู้ป่วยอื่นที่ไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยมากขึ้นในปัจจุบันเป็นผลมาจากการที่มีห้องปฏิบัติการที่มีความสามารถในการตรวจหาค่า CD4 ได้เป็นปัจจัยที่สำคัญ อีกทั้งการศึกษาทางระบาดวิทยาก็ยังไม่สามารถบอกได้ถึงปัจจัยร่วม ที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคที่ชัดเจน

รายงานผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องไม่ทราบสาเหตุCase report of Idiopathic CD4 Lymphocytopenia (ICL)

ผู้ป่วยชายไทยโสศ อายุ 28 ปี อาชีพเกษตรกร มาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยอาการ เจ็บคอ มีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลือง ไม่มีน้ำมูก เป็นมาประมาณ 3 เดือน

ประวัติในอดีต

ปฏิเสธประวัติของการใช้ยาเสพติด ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงไทยโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีประวัติฟันโยท เมื่อเดือนสิงหาคม 2535 ถูกจำคุกเป็นเวลา 3 ปีครึ่ง และไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติด

การตรวจร่างกาย

แรกพบ พบว่า ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย มีไข้ ไม่ช็อค คอไม่เหลือง ตรวจพบคอและต่อมทอนซิลอักเสบมีหนองปกคลุม เสียงปอดปกติ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลังคอโตระหว่าง 0.5-1 ซม. เป็นแนวทั้ง 2 ข้าง ตับและม้ามคลำไม่ได้

แพทย์ได้รับ ผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในคืนผู้ป่วย หู คอ จมูก เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2535

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count (CBC)

	2 พ.ย. 35	11 พ.ย. 35	21 ธ.ค. 35
Hct (%)	40	30	38
WBC (Cell/cu.mm.)	16,000	10,700	10,300
Neutrophil (%)	94	87	77
Lymphocyte (%)	4	9	13
Monocyte (%)	1	1	3
Eosinophil (%)	1	2	7
Platelet count	398,000	455,000	336,000

การตรวจปัสสาวะ วันที่ 30 ตุลาคม 2535

Sp.gr. - 1,028

Albumin +2

RBC 3-5 cells/HPF

Sugar; negative

WBC 30-50 cells/HPF

การตรวจทางเคมีในเลือด วันที่ 3 พฤศจิกายน 2535

BUN, Creatinine, Liver function test : ปกติ

การตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันต่อ Mellioidosis
 ครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2535 1:80
 ครั้งที่ 2 วันที่ 21 ธันวาคม 2535 negative

การตรวจเอกซเรย์ปอด

ครั้งที่ 1 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2535
 ครั้งที่ 2 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2535
 ครั้งที่ 3 วันที่ 24 ธันวาคม 2535
 มีลักษณะเข้าได้กับ Miliary tuberculosis
 ครั้งที่ 4 วันที่ 26 มกราคม 2536

Slightly improved from previous films

การตรวจเสมหะ 3 วัน ตั้งแต่ 25-27 พฤศจิกายน 2535 AFB +2

การเพาะเชื้อเสมหะหาวัณโรค : มีการปนเปื้อนในขั้นตอนการเพาะเชื้อ
 Mycobacterium

การเพาะเชื้อจากคอ

ครั้งที่ 1 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2535 ขึ้น Staphylococcus aureus
 'coagulase+ve, Flavobacterium Spp.
 การเพาะเชื้อหาเชื้อรา : ไม่ขึ้น
 ครั้งที่ 2 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2535 ขึ้น Klebsiella ozaenae,
 Acinetobacter lwoffii

การตัดชิ้นเนื้อบริเวณคอหอย เพาะเชื้อ : ไม่ขึ้น

ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ให้ผล AFB+

การเจาะเลือดตรวจหา T-cell subset โดยใช้ Flow cytometer (FACScan) ได้ค่าดังนี้

	3 พ.ย. 35	10 พ.ย. 35	21 ธ.ค. 35
CD4 +	160	130	340
CD8 +	350	270	470
T-cell	520	410	830

การเจาะเลือดตรวจ ELISA anti-HIV 1/2 ของ 3 บริษัท และ ELISA for HIV-1Ag 4 ครั้ง ในวันที่ 3 พฤศจิกายน, 10 พฤศจิกายน, 21 ธันวาคม 2535 และ มกราคม 2536 ให้ผลลบทุกครั้ง อนึ่งการตรวจ WB ในวันที่ 10 พฤศจิกายน ก็ให้ผลลบด้วยเช่นกัน

การวินิจฉัยโรค : แพทย์ได้ให้การวินิจฉัย

1. วัณโรคปอด
2. วัณโรค ต่อมนทอนซิล และคอหอยใน (Tonsillo-pharyngeal tuberculosis)
3. ทางเดินปัสสาวะอักเสบ
4. CD4-lymphocytopenia

การรักษาที่สำคัญผู้ป่วยได้รับ ประกอบด้วย Norfloxacin 800 mg ต่อวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ INH 300 mg ต่อวัน, Ethambutol 1600 mg ต่อวัน Rifampicin 600 mg ต่อวัน และ Streptomycin 1 gm เข้ากล้ามเนื้อวันละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้านในวันที่ 27 มกราคม 2536 รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 87 วัน การติดตามในเดือนกุมภาพันธ์ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น การติดเชื้อที่คอหอยแล้ว แพทย์ได้นำตรวจ T-cell อีกครั้งในเดือนมิถุนายน

รายงานโดย :

นายแพทย์ประสงค์ มาลัยศรี กลุ่มงานโรคหุ คอ จมูก,

นายแพทย์สุธี รุจิวิชัยกุล กลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมราช

นายแพทย์ครรชิต ลิ้มปกาญจน์รัตน์ ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์

บทบรรณาธิการ

นับจากกองระบาดวิทยา ได้ลงพิมพ์บทความแปล เรื่องผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (CD4+ ต่ำ) โดยตรวจไม่พบการติดเชื้อ HIV, สหรัฐอเมริกา (1) แล้ว ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2535 รายงานผู้ป่วยรายนี้ นับเป็นรายงานแรกที่กองระบาดวิทยาได้รับที่เข้าข่ายสงสัยว่าอาจเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยไม่พบการติดเชื้อ HIV (Idiopathic CD4+ T-lymphocytopenia, ICL) ในผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับคำจำกัดความของ ICL ที่ข้อ 1) ค่าการนับ CD4+ < 300 เซลล์/มล. (2) การตรวจภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HIV ให้ผลลบ (3) ไม่มีประวัติการรักษาที่อาจเกี่ยวข้องกับการลดค่าของ T-cell แต่ในส่วนของสาเหตุของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องนั้นในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค จึงอาจเป็นข้อแย้งว่าภูมิคุ้มกัน ที่ลดลงอาจเป็นผลจากวัณโรคเองก็ได้ (2) แต่อย่างไรก็ตามมีข้อที่น่าสังเกตว่าอัตราส่วน CD4 : CD8 ในผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีค่าผกผันมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากค่า CD8

(อ่านต่อหน้า 451)

(ต่อจากหน้า 444)

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีค่าสูงกว่ามาก ร่วมกับค่า CD4 ที่มักจะต่ำกว่ามากด้วยเช่นกัน (2) ข้อสนับสนุนไปในทาง ICL อีกประการหนึ่งก็คือ ในผู้ที่มิมีภูมิคุ้มกันบกพร่องมักจะพบการแพร่กระจายของวัณโรคไปนอกปอด เพิ่มขึ้น ดังในผู้ป่วยรายนี้ที่พบการแพร่กระจายไปที่คอหอยในที่เกิดจากการติดเชื้อเนื้อ การที่แพทย์ได้ส่งตรวจ CD4 ในผู้ป่วยรายนี้เพราะความรื้อรังจากการอักเสบที่คอ และสงสัยโรคเอดส์นั่นเอง

ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติได้เริ่มสอบสวน ICL สามารถสรุปได้ว่ายังเป็นโรคที่พบได้น้อย และมีลักษณะทางระบาดวิทยา อาการทางคลินิก และสถานะ ของภูมิคุ้มกันที่แตกต่างกันมากได้ การสอบสวนในผู้สัมผัสก็ไม่มีเหตุชี้บ่งว่าจะมีเชื้อสาเหตุที่แพร่กระจาย โรคได้แต่อย่างใด (3,4,5,) จึงไม่แนะนำให้มีการเจาะหาค่า CD4 โดยไม่มีข้อชี้บ่งตามสมควร

กองระบาดวิทยายังยินดีที่จะรับรายงาน ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมี ICL เกิดขึ้น กรุณาควรละเอียดเขียนในใบแทรกท้ายเล่ม รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ เล่มที่ 23 ฉบับที่ 37 วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2535

เอกสารอ้างอิง

- (1) กองระบาดวิทยา.ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (CD4+ ต่ำ) โดยตรวจไม่พบการติดเชื้อHIV, สหรัฐอเมริกา.รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 23 (31) : 426-437, 7 August 1992
- (2) Shafer RW, Chirgwin KD, Glatt AE, et al. HIV prevalence, immunosuppression, and drug resistance in patients with tuberculosis in an area endemic for AIDS. AIDS 5:399-405, 1991.
- (3) Smith DK, Neal JJ, Holmberg SD, et al. Unexplained Opportunistic infections and CD4+ T-lymphocytopenia without HIV infection. N Engl J Med 328(6) :373-9, 1993.
- (4) Ho DD, Cao Y, Zhu T, et al. Idiopathic CD4+T-lymphocytopenia-immunodeficiency without evidence of HIV infection. N Engl J Med 328(6) : 380-5, 1993.
- (5) Spira TJ, Jones BM, Nicholson JK, et al. Idiopathic CD4+ T-lymphocytopenia - An analysis of five patients with unexplained opportunistic infections. N Engl J Med 328(6) : 386-92, 1993.
- (6) Duncan RA, Fordham Von Reyn C, Alliegro GM, et al. Idiopathic CD4+ T-lymphocytopenia - Four patients with opportunistic infections and no evidence of HIV infection. N Engl J Med 328(6) : 393-8, 1993.