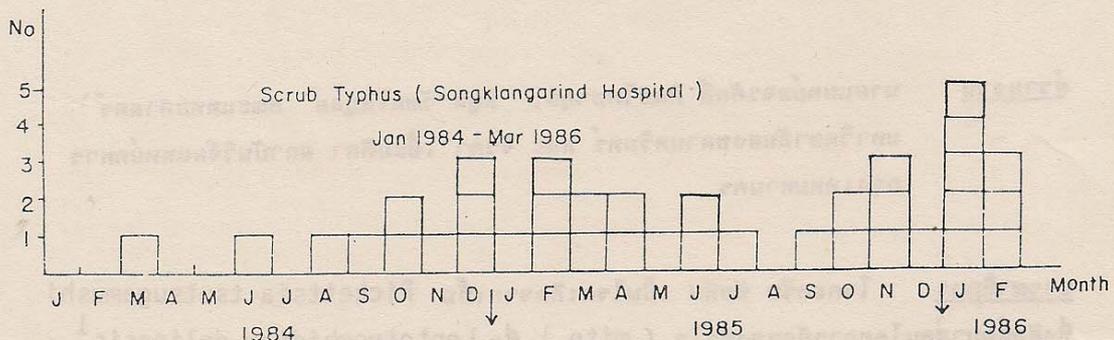


สครับ ทัยพัส - สงขลา	341
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคระบบหายใจ-	344
พฤษภาคม 2529	
Cutaneous Leishmaniasis	349
สถานการณ์โรค	351

การสอบสวนโรค

สครับ ทัยพัส - สงขลา

Scrub Typhus - Songkhla



ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2526 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2528 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการตรวจสอบน้ำเหลืองของผู้ป่วยนอก และของผู้ป่วยในของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่าผู้ป่วย 39 รายที่เป็นไข้จากโรคสครับทัยพัส (ดูรูปที่ 1) โดยถือหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสครับ ทัยพัส ว่าผู้ป่วยจะต้องมี indirect fluorescent antibody (IFA) titer ต่อแอนติเจนของเชื้อ Rickettsia tsutsugamushi เท่ากับหรือมากกว่า 1 : 400 (ถ้าทำการตรวจสอบครั้งเดียว) หรือมี IFA titer เพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 4 เท่า ถ้าตรวจทั้ง acute และ convalescent sera โดยที่ titer สูงสุดจะต้องเท่ากับหรือมากกว่า 1:200 เป็นอย่างน้อย

ผู้ป่วยเป็นชาย 22 ราย หญิง 17 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย (3 %)
 ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปี 8 เดือน จนถึง 78 ปี มีผู้ป่วยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 11 ปี อยู่ 6 ราย
 ผู้ป่วยเป็นไขก่อนมาโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 8.6 วัน (range 2 วัน - 20 วัน) ผู้ป่วย
 ส่วนใหญ่มีอาการไม่จำเพาะ ตรวจพบแผล eschar 10 ราย จากผู้ป่วยที่มีประวัติครบถ้วน
 33 ราย (30%) และมีผื่นเพียง 3 ราย (3 %)

ผลการตรวจ Weil Felix test พบว่าถ้าใช้ OX-K titer \geq 1:320
 จะมีความไว (specificity) ในการวินิจฉัยโรคสครับ ทัยพัส 85 % แต่มีตัวอย่างนำเหลือง
 เพียง 2 ใน 5 ตัวอย่างที่ส่งตรวจในสัปดาห์แรกของไข้เท่านั้น ที่มี titer \geq 1:320
 นอกจากนี้พบว่า OX-K titer \geq 1:320 มีความจำเพาะ (specificity) ในการ
 วินิจฉัยโรคสครับ ทัยพัส ได้ถูกต้อง 86 % และถ้า OX-K titer \geq 1:1280 จะให้
 ความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคนี้ได้ 100% ขณะที่ OX-K titer \geq 1:160 จะให้ความ
 จำเพาะถูกต้องในการวินิจฉัยเพียง 62% เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถ
 ให้ค่า OX-K titer สูง ๆ ได้ คือ \geq 1: 320 ถึง 21 % ของ 56 ตัวอย่างนำเหลือง
 จากผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส และ \geq 1: 160 ถึง 50 % ของตัวอย่างที่ตรวจ แต่
 ไม่มีผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส รายใดมี OX-K titer \geq 1:1280 เลย

ผู้รายงาน นายแพทย์ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล, พิบูล วัฒนไพบูลย์ คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ จิรภา เอี่ยมศิลา สถาบันวิจัยแพทย์ทหาร
 กรุงเทพมหานคร

บรรณาธิการ โรคสครับ ทัยพัส เป็นโรคเกิดจากเชื้อ Rickettsia tsutsugamushi
 ซึ่งติดต่อมาสู่คนโดยการกัดของตัวไร (mite) ชื่อ Leptotrombidium deliensis¹
 ซึ่งชาวบ้านทางภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือบางแห่งเรียกชื่อว่า "แมงแดง" (เพราะ
 ว่าโรชนิดนี้มีสีแดง) ทางภาคใต้ชาวบ้านเรียกโรชนิดนี้ว่า "ตัวลำเพ็ง" หลังจากถูกไรกัด
 ประมาณ 1-3 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางคนจะมีไข้และอาการไม่จำเพาะอื่น ๆ เช่น ปวดหัว ปวด
 เมื่อยตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน และตาแดง เป็นต้น รายงานเบื้องต้นฉบับนี้แสดงว่า แผลโรอ่อน
 กัด (eschar) ซึ่งค่อนข้างจะจำเพาะต่อโรคสครับ ทัยพัส และ การออกผื่น (rash)
 นั้นไม่ค่อยพบในผู้ป่วยผิวสีอย่างคนไทยหรือคนมาเลย์² ซึ่งผิดกับผู้ป่วยฝรั่งผิวขาวซึ่งโอกาส
 ที่จะพบผื่นหรือ eschar มีมากกว่า¹

การไม่พบผื่นหรือ eschar และอาการไม่จำเพาะทั้งหลายของโรค ทำให้
 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรคสครับ ทัยพัส ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไขทัยพอยด์ หรือ ไข้ไม่ทราบ
 สาเหตุฉับพลัน (Acute pyrexia of unknown origin) ผู้ป่วยหลายรายได้รับการ

รักษาด้วยคลอแรมเฟนิคอลแบบทัยพอยด์ และโซลิ่งติก็จะถูกเข้าใจผิดว่าเป็นทัยพอยด์ ทั้ง ๆ ที่โรคสครับ ทัยพัส ก็รักษาหายด้วยคลอแรมเฟนิคอลเหมือนกัน นอกจากนี้ในบางกรณีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาโค-ตรัยม็อกซาไซล ซึ่งเชื่อกันว่าจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาต่อยานี้ แต่ในที่สุดโซก็จะลงเองอีกเหมือนกัน เป็นส่วนใหญ่ เพราะธรรมชาติของโรคนี้จะหายเองโดยมิใช่ประมาณ 1-3 สัปดาห์อยู่แล้ว (ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง) แพทย์ผู้รักษาก็อาจจะคิดว่าผู้ป่วยเป็นโซทัยพอยด์ที่ตอบสนองช้าต่อการรักษาด้วยยาโค-ตรัยม็อกซาไซลและในบางรายที่ผู้ป่วยมีผื่น แพทย์ก็อาจจะคิดว่าผู้ป่วยแพ้ยาคอ-ตรัยม็อกซาไซล เป็นต้น

การศึกษาของคณะแพทยองค์การ ส.ป.อ. ระหว่างปี พ.ศ. 2509-2511³ พบว่า 9.7 % ของผู้ป่วยโรคโซไม่ทราบสาเหตุฉับพลันจำนวน 343 คน ที่โรงพยาบาลนครราชสีมา และ 14.2 % ของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอุบลราชธานี เป็นโซจากโรคสครับ ทัยพัส ซึ่งเมื่อมาคำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยโรคโซไม่ทราบสาเหตุฉับพลัน (pyrexia of unknown origin) ซึ่งรายงานทั่วประเทศ จำนวน 161,325 ราย ในปี พ.ศ. 2526 และ 165,232 ราย ในปี พ.ศ. 2525⁴ แล้ว ก็เป็นที่น่าศึกษาว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคสครับ ทัยพัส จะมากน้อยเพียงไร

เป็นที่น่าสังเกตว่าในปี พ.ศ. 2525 ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคสครับ ทัยพัส จากภาคใต้เลย และในปีต่อมาก็มีเพียง 1 ราย⁴ ทั้ง ๆ ที่โรคนี้เป็นโรคติดชื้อที่ต้องรายงานการพบผู้ป่วยจำนวน 39 ราย ในระยะเวลา 19 เดือน จากรายงานจากเพียงจังหวัดเดียวของภาคใต้ แสดงว่าโรคนี้อาจจะถูกมองข้ามไปเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มี eschar หรือผื่นให้เห็น การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องอาศัยการเพาะเชื้อในสัตว์ (animal inoculation) หรือการตรวจทางน้ำเหลืองโดยวิธี indirect immunofluorescence antibody test ซึ่งมีที่ทำได้เพียง 2 แห่งในประเทศ แต่จากรายงานเบื้องต้นนี้แสดงว่า Weil Felix test ซึ่งเป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย เพราะคล้ายกับ Widal's test ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ทำได้อยู่แล้ว และ antigens ที่โซก็ผลิตได้โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีประโยชน์ในการวินิจฉัยเบื้องต้นมาก โดยมีข้อแม้ว่าอาจให้ผล false positive สูงในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส ซึ่งจะมีอาการโซคล้ายกับโรคสครับ ทัยพัส มากที่สุด การทำ Weil-Felix test นี้ ควรใช้เลือดทั้ง acute และ convalescent เพราะในอาทิตย์แรกของโรค titer อาจยังไม่ขึ้น และนอกจากนี้ควรส่งหา leptospira antibody พร้อมกันไปด้วย

References

1. Berman SJ; Kundin WD. : Scrub Typhus in South Vietnam: A study of 87 cases. Ann. Intern. Med. 1973, 79, 26-30.
2. Taylor A; Kelly DJ : Scrub typhus in malaysia Fam. pract. 1984, 7, 26-28.
3. Jatinandana S : A-study of unknown fever in Northeast Thailand. Report of the first international seminar of the SEATO lab. 1971, pp. 37-39.
4. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2526, กองระบาดวิทยา, กระทรวงสาธารณสุข

การสอบสวนโรค

Cutaneous Leishmaniasis

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 29 ปี บ้านอยู่อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี มาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี วันที่ 20 มกราคม 2529 ด้วยอาการ เป็นแผลนูนที่ข้อศอกขวานาน 6 เดือน และที่หน้าท้องนาน 5 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ลักษณะแผลเริ่มจากตุ่มแดงเล็ก ๆ ไม่เจ็บ จำไม่ได้ว่าคันหรือไม่ ผู้ป่วยมีประวัติไปทำงานก่อสร้างที่เมืองคัมบัดและเมืองอาสคามี ประเทศซาอุดีอาระเบียและเริ่มเป็นแผลขณะอยู่ที่ ซาอุดีอาระเบีย ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีผุุงและแมลงวันที่มีงวงมาตอมแผลการตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ข้อศอกขวาและหน้าท้องมีแผลนูนแดงกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร และ 1 เซนติเมตร ตามลำดับ กลางแผลแต่ละแห่งมีสะเก็ดน้ำเหลืองรอบ ๆ แผลที่หน้าท้องมีตุ่มเล็ก ๆ 2 - 3 ตุ่ม ระบบอื่นของร่างกายปกติ ตรวจเลือดพบฮีมาโตคริต 51% เม็ดเลือดขาว 8,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นนิวโทรฟิล 43% ลิมโฟไซต์ 42 % และอีโอซิโนฟิล 15 % การตรวจเลือดทางชีวเคมีพบ BUN 13.9 มิลลิกรัม % creatinine 0.9 มิลลิกรัม% F.B.S. 62 มิลลิกรัม % total bilirubin 0.9 มิลลิกรัม % SGOT 13 ยูนิท SGPT 3 ยูนิท การย้อมเชื้อจากแผลด้วย Giemsa's stain และ Wright's stain พบระยะ Amastigote ของ Leishmania . จากแผลทั้งสองแห่ง การเพาะเชื้อใน NNN media (Novy, Mc. Neal and Nicolle's media) พบ Leishmania ระยะ Promastigote ใน 8 วัน จากแผลที่ข้อศอกขวา แต่ไม่พบ Leishmania จากแผลที่หน้าท้อง การตรวจทางพยาธิวิทยาพบ Leishmania ระยะ Amastigote เป็นจำนวนมากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Cutaneous Leishmaniasis และให้การรักษาด้วย Rifampicine 1,200 มิลลิกรัมต่อวัน หลัง การให้ยาติดต่อกัน 1 เดือน แผลเริ่มเล็กลง ขณะรายงานผู้ป่วยยังคงรับประทาน Rifampicine อยู่

ผู้รายงาน นายแพทย์นิยม ตันติคุณ ฝ่ายเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการ ผู้ป่วยโรค Cutaneous leishmaniasis รายนี้ นับเป็นรายแรกที่รายงานเข้ามายังกองระบาดวิทยาทางบัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) และรายงานประวัติการเจ็บป่วยตลอดจนผลการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ดังที่ได้นำมาพิมพ์เผยแพร่ในรายงานการเฝ้าระวังโรคฉบับนี้ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาคนงานไทยที่เดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลางมีจำนวนไม่น้อยที่ไปติดโรค Visceral leishmaniasis และโรค Cutaneous leishmaniasis ที่มีระบาดสูงสุดในประเทศย่านดังกล่าวกลับเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาขึ้นมาในประเทศในอนาคตได้ เราจึงควรร่วมมือกันเฝ้าระวังโรคดังกล่าว ดังที่กองระบาดวิทยาเคยรายงานเกี่ยวกับโรค Visceral leishmaniasis เป็นลำดับมาแล้วนั้น ส่วนโรค Cutaneous leishmaniasis นั้นก็มีคนงานไทยไปติดโรคนี้กลับมาจากประเทศแถบตะวันออกกลางหลายราย หากแพทย์ที่ตรวจพบผู้ป่วยดังกล่าวจะกรุณารายงานให้กองระบาดวิทยาทราบทางบัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506) ก็จะเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคนี้ต่อไป

สถานการณ์โรค

โรคติดต่ออันตราย

อหิวาตกโรค

เอเชีย

ฮ่องกง 7 ก.ค.

ป่วย ตาย แอฟริกา

1 0 มาลี 16-22 มิ.ย.
23-29 มิ.ย.

ป่วย ตาย

198 13
255 19

ภาพโรค

อเมริกา

สหรัฐอเมริกา 15-20 มิ.ย.
25 มิ.ย.

ป่วย ตาย

2 0
15 0 s = Suspected case

WHO: Weekly Epidemiological Record: 1986, 61, 220

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ (จำนวนพิมพ์ 3,000 ฉบับ ต่อสัปดาห์) จัดทำและพิมพ์โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กำหนดออกทุกวันศุกร์ของสัปดาห์

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ได้รับมาจากโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ทั่วประเทศ และเอกชนทั่วประเทศ ผ่านทางสำนักงานมัณฑนากร กรุงเทพมหานคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

กองระบาดวิทยายังได้รับรายงานผู้ป่วย การสอบสวนโรค อันตรายจากภาวะแวดล้อม รวมทั้งปัญหาการแพทย์และสาธารณสุขอื่นที่น่าสนใจจากทุกท่าน กรุณาส่งมายัง:

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ กองระบาดวิทยา
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ 10200

กองระบาดวิทยา	DIVISION OF EPIDEMIOLOGY
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐	BANGKOK 10200 THAILAND
โทร. ๒๘๒๕๒๔, ๒๘๒๑๘๗	TEL. 2825824, 2821887

ที่ สธ ๐๒๑๓/พ.เคช

ชำระค่าพิมพ์เป็นรายเดือน
ในกรุงเทพฯ ๖/๒๕๒๖
ไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข

Ch. Anon
(นางสาวโสภา อานอน)
เจ้าหน้าที่บริหารงานธุรการ ๔