

ภาวะแทรกซ้อนทางสมองส่วนซีรีเบลลัมของโรคสครับ ทัยฟัส ในเด็กที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Cerebellar involvement of scrub typhus in children at Sisaket Hospital

สร้อยญา ส่งคุณธรรม*

ABSTRACT

- Objective** : To determine the incidence of scrub typhus, clinical manifestation, laboratory finding and report a case of acute cerebellar ataxia as neurologic complication.
- Patients and method** : Case records of scrub typhus from January 1999 to December 2000 were retrospectively reviewed. The diagnosis was based on clinical manifestation, serologic test and therapeutic response.
- Results** : A total of 23 patients were examined during studied period. There were 19 males and 4 females with the age average of 9 year - old. Scrub typhus is a rural disease. The high prevalence of disease occurred during rainy season. The clinical manifestations included prolonged fever and headache which were major symptoms. Where as eschar was founded only 30%. The hepatosplenomegaly lymphadenopathy was 13%. Although focal neurological signs were rare, but in this study two cases of acute cerebellar ataxia were founded. The symptoms started during the second week of fever including truncal ataxia, nystagmus, intention tremor. Thrombocytopenia was founded in 4 patients (17 %), therefore scrub typhus must have been in differential diagnosis of Dengue hemorrhagic fever.
- Conclusions** : Scrub typhus is a tropical rural disease which occurred mainly during rainy season and found in male greater than in female. Lacking the classical textbook presentations, scrub typhus often missed. Recognition is important because scrub typhus respond well to doxycycline.
- Key words** : Scrub Typhus, Cerebellar Ataxia

* พบ.วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญกุมารเวชศาสตร์ นายแพทย์ 7 กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์** : ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคสครับ ทัยฟัสในเด็กที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ อาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองส่วนซีรีเบลลัม
- ผู้ป่วยและวิธีการ** : เป็นการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคสครับ ทัยฟัส ระหว่างเดือนมกราคม 2542 ถึง เดือนธันวาคม 2543 โดยการวินิจฉัยโรคอาศัยจากอาการทางคลินิก ผลการตรวจน้ำเหลือง และการตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษา
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 23 ราย พบผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง (อัตราส่วน ชาย : หญิงเท่ากับ 4.75 : 1) อายุเฉลี่ย 9 ปี ร้อยละ 91 ของผู้ปกครองมีอาชีพทำนาและอาศัยอยู่ในเขตชนบท พบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน ผู้ป่วยมีไข้เฉื่อยนาน 8 วันก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 61 พบมีอาการปวดศีรษะ แผลเอสคาร์พบเพียงร้อยละ 30 ส่วนอาการตับโตม้ามโต ต่อมาน้ำเหลืองโตพบเพียงร้อยละ 13 พบผู้ป่วย 2 รายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนซีรีเบลลัมโดยมีอาการตาแกว่ง เดินเซ มือสั่น ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น่าสนใจคือ พบผู้ป่วยมีเกร็ดเลือดต่ำถึง 4 ราย ซึ่งนับเป็นโรคที่ต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคให้ถูกต้องจากโรคไขเลือดออกอีกโรคหนึ่ง
- สรุป** : โรคสครับ ทัยฟัส พบมากในช่วงฤดูฝน พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงพบในเขตชนบทมากกว่า มีประวัติไข้หนาวและอาการปวดศีรษะเป็นอาการเด่น พบแผลเอสคาร์เพียงร้อยละ 30 และพบภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้ และเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของภาวะไข้ไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ซึ่งแพทย์ต้องนึกถึงเสมอในการวินิจฉัยแยกโรค

บทนำ

สครับ ทัยฟัส เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่เกิดกับสัตว์แทะและเกิดต่อมาสู่คน มีอาการสำคัญคือ ไข้ ปวดศีรษะ ตาแดง และต่อมน้ำเหลืองโต โดยมีไรอ่อน (chigger) เป็นพาหะ^(1,2,3) ซึ่งในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็น *Leptothrombidium deliense* ซึ่งมีชื่อเรียกหลายชื่อตามท้องถิ่นแต่ละแห่งเช่น แมงแดง⁽⁴⁾ เสียนดิน หรือตัวล้าเท็ง โรคนี้เกิดจากเชื้อ *Rickettsia tsutsugamushi*

มะลิ ไทยเหนือ รายงานผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยในปี 2475⁽¹⁾ หลังจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยจากทุกภาคของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นรายงานผู้ป่วยผู้ใหญ่^(1,2,3) จากชื่อของโรคนี้ คำว่า Typhus มาจากภาษากรีกว่า typhos⁽⁴⁾ ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมคือความรู้สึกตัวลดลงมาก (stupor) ส่วนคำว่า scrub หมายถึง สุ่มทุมพุ่มไม้ (scrub means man made jungle, cleared land with a regrowth of low jungle) ซึ่งเป็นที่อยู่ของสัตว์แทะซึ่งเป็นรังของโรค จากชื่อนี้ก็แสดงว่าโรคในกลุ่มนี้มักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ทำให้ความรู้สึกตัวลดลงได้

อาการโดยทั่วไปของโรคในเด็กและผู้ใหญ่จะคล้ายคลึงกัน มีรายงานเกี่ยวกับอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เช่น Berman⁽³⁾ และคณะพบร้อยละ 5 ของผู้ป่วย Sayen และคณะ⁽³⁾ พบมีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วยสูงมาก ซึ่งอาจมีอาการน้อยเพียงอาการปวดศีรษะ

ปวดต้นคอ คอแข็ง หรือมากถึงชักกระตุก หูไม่ได้ยิน ปากเบี้ยว ไขสันหลังอักเสบ ตาแกว่ง (Nystagmus)

การศึกษาที่ส่งขาลาพบว่า อุบัติการณ์ของอาการทางระบบประสาทในโรคสครับ ทัยฟัส มีประมาณร้อยละ 13⁽⁵⁾ ส่วนใหญ่เป็น encephalitis หรือ meningitis

ในปี 2532 บุญสม ผลประเสริฐ และคณะ⁽³⁾ รายงานอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยเด็กสครับ ทัยฟัส ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ ในช่วงเวลา 2 ปีพบผู้ป่วย 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก ส่วนอาการแสดงของพยาธิสภาพส่วน Cerebellum, basal ganglia และ peripheral nerve พบได้น้อยเพียงร้อยละ 10, 5 และ 5 ตามลำดับ

ในปี 2534 กานดา ปัจฉิภักดิ์⁽⁵⁾ รายงานว่า สครับทัยฟัส เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สองรองจากเชื้อไวรัส Japanese B encephalitis ที่ทำให้เกิดไข้สมองอักเสบในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

รายงานจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รวบรวมผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2532 - 2536⁽¹⁾ พบผู้ป่วยสครับ ทัยฟัสที่มีอาการคอแข็ง ปวดศีรษะมาก และคลื่นไส้ อาเจียน ได้ให้การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง พบมีลักษณะเข้าได้กับ aseptic meningitis คิดเป็นร้อยละ 43.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตรวจพบผู้ป่วยเด็กโรคสครับ ทัยฟัส เรื่อยมาจนกระทั่งปี 2543

ได้ พบผู้ป่วย 2 รายที่มีอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท สมองส่วนซีรีเบลลัม โดยมีอาการเดินเซ มีอาการสั่นของแขนขา และการแกว่งของลูกตา (Ataxia, tremor, nystagmus) จึงทำให้มีความสนใจที่จะรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคสครับ ทัยฟัส

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของโรคสครับทัยฟัสในเด็กที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

อาการ

อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองส่วนซีรีเบลลัม

ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคสครับทัยฟัส ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2542 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2543 รวมระยะเวลา 2 ปี

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสครับ ทัยฟัส

1. อาการทางคลินิก คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ตาแดง มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีต่อมน้ำเหลืองโต ตับโต ม้ามโตและที่สำคัญมากที่สุดคือ พบแผลเอสคาร์ และ/หรือ

2. การตรวจสอบน้ำเหลืองหาเชื้อ Rickettsia tsutsugamushi โดยวิธี Weil - Felix พบมี OX - K titer สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 1:160 และ/หรือ

3. การตรวจสอบน้ำเหลืองวิธี Indirect Immunofluorescent antibody test (IFA) แผลผล Active infection เมื่อ IgG, IgM $\geq 1:400$ หรือพบมี ไซโตเตอร์สูงขึ้นจากการตรวจครั้งแรก 4 เท่า ซึ่งในปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับว่าเป็น Gold standard ในการวินิจฉัย แต่เนื่องจากยังมีปัญหาในการส่งตรวจ ต้องรอนานประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ และมีค่าใช้จ่ายสูง (ในการศึกษานี้จึงมีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วย IFA) และ/หรือ

4. การวินิจฉัยโดยดูจากการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา Doxycycline (Therapeutic diagnosis) คือ อาการไข้ของผู้ป่วยลดลงสู่ระดับปกติอย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 24 - 48 ชั่วโมง หลังได้รับยา Doxycycline

ในรายงานนี้อาศัยการวินิจฉัยโรคจากอาการทางคลินิก คืออาการไข้ ปวดศีรษะ และพบแผลเอสคาร์ ร่วมกับการทดสอบน้ำเหลืองสามารถวินิจฉัยผู้ป่วยได้ 16 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 7 รายให้การวินิจฉัยโรคจากอาการแสดงทางคลินิกร่วมกับการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เช่น ไข้ทัยฟอยด์, ไข้เลือดออก, มาเลเรีย, เลปโตสไปโรซิส โดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับโรคนั้นๆ ร่วมกับการมีอาการไข้ลดลงอย่างรวดเร็วสู่ระดับปกติภายในเวลา 24 - 48 ชั่วโมง หลังได้รับยา Doxycycline

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

อายุ : อายุเฉลี่ย 9 ปี (พิสัย 6-12 ปี)

อาชีพของผู้ปกครอง : ร้อยละ 91 มี

อาชีพทำนา

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยรวม 23 ราย ในระยะเวลา 2 ปี

เพศ : เพศชาย 19 ราย เพศหญิง 4

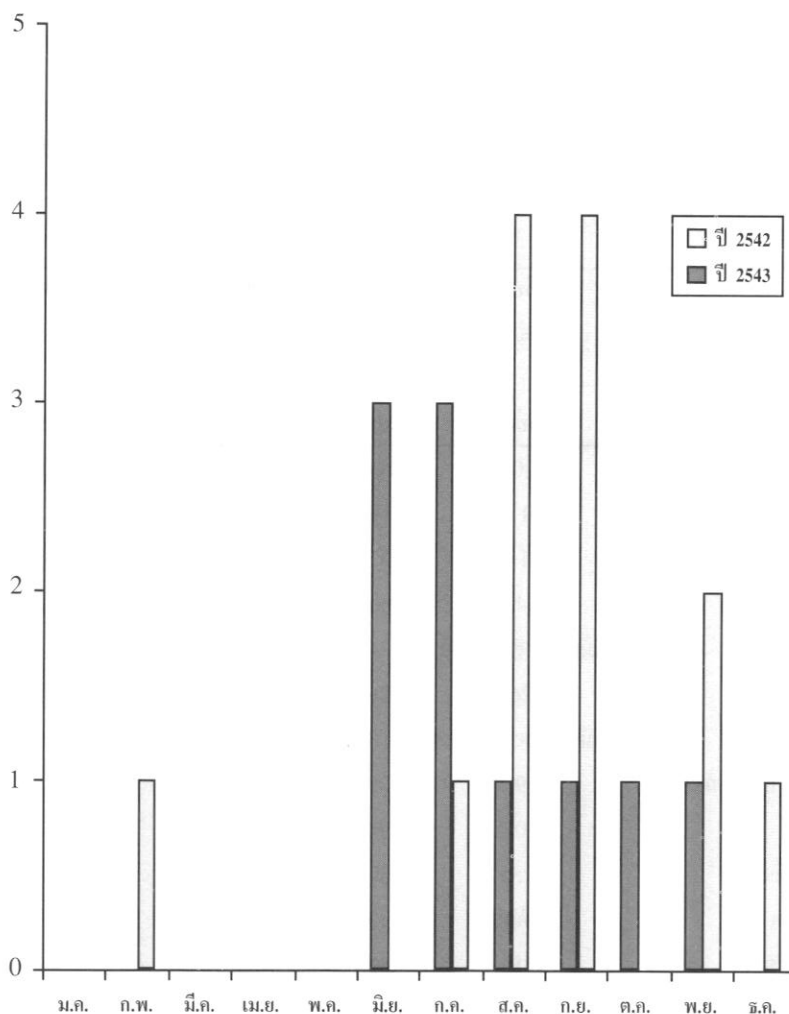
ราย ชายมากกว่าหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 4.75 : 1

ระบาดวิทยา : พบผู้ป่วยมากในช่วง

เดือนมิถุนายน ถึงเดือน กันยายน ซึ่งเป็นช่วง

ฤดูฝน (รูปที่ 1)

จำนวนผู้ป่วย



รูปที่ 1 แสดงการกระจายของผู้ป่วยเด็กโรคสครับ ทัยฟัส

ภูมิลาเนา : ร้อยละ 87 อาศัยอยู่ในเขตชนบท จำนวนวันที่มีไข้เฉลี่ยก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ 8 วัน

อาการและอาการแสดง : ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติอาการไข้ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน พบร้อยละ 61 พบแผลเฮอร์ปีส์ ร้อยละ 30 อาการไอพบร้อยละ 26 พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องมากจนได้รับการวินิจฉัยเป็น peritonitis ร้อยละ 13 ส่วนอาการตาแดง ต่อม้ำเหลืองโต ตับโต มีผื่นขึ้นตามตัว พบน้อย (ตารางที่ 1)

ส่วนอาการ acute cerebellar ataxia พบในผู้ป่วย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9 ซึ่งจะนำเสนอในรายละเอียดของผู้ป่วย 1 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วย Doxycycline คือภาวะไข้ลดลงภายในเวลา 24 ชั่วโมง มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องให้ Chloramphenicol, Ceftazidime, Cotrimoxazole เนื่องจากรับประทานไม่ได้ อาเจียนมาก หรือได้รับการวินิจฉัยโรคอื่นก่อน เช่น ไข้ทัยฟอยด์, เมลิออยโดซิส

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลศรีสะเกษ ขอนแก่น หาดใหญ่ มหาสารคาม เชียงใหม่ และนครพิงค์

อาการและอาการแสดง	รพ.ศรีสะเกษ (n = 23)	รพ.ขอนแก่น (n = 53)	รพ.มหาสาร คาม เชียงใหม่ (n = 25)	รพ.หาดใหญ่ (n = 15)	รพ.นครพิงค์ (n = 70)
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ไข้	100.0	100.0	100.0	100.0	100
ปวดศีรษะ	61.0	60.4	60.0	26.7	55
คลื่นไส้ อาเจียน	61.0	37.7	52.0	46.6	41
ตาแดง	4	45.3	60.0	66.8	35
หนาวสั่น	ไม่มีบันทึกเวชระเบียน	24.5			16
ไอแห้งๆ	26	26.4	28.0	26.7	53
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	ไม่มีบันทึกเวชระเบียน	18.9			10
ผื่นแดงบริเวณใบหน้า ลำตัว	9	25.5			20
อาการชัก	0	6.0	16.0		1
คอแข็ง (stiffneck)	4.35	30.2	44.0	13.3	6
ต่อมน้ำเหลืองโต	ไม่ได้แยก	90.6	76.0		50
ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต	ตำแหน่ง	83.0			
ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต	รวม 13	24.5			
ต่อมน้ำเหลือง epitrochea โต		47.2			

อาการและอาการแสดง	รพ.ศรีสะเกษ (n = 23)	รพ.ขอนแก่น (n = 53)	รพ.มหาสารคาม นครเขื่อนขันธ์ (n = 25)	รพ.หาดใหญ่ (n = 15)	รพ.นครพิงค์ (n = 70)
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ตัวโต ≥ 2 ซม.	13	56.6	88.0	66.8	44
แผลเอสคาร์ (eschar)	30	18.9	28.0		19
อุณหภูมิสูงสุด °C	40.2	39.6	39.7		41
อัตราชีพจร (ครั้ง / นาที)	115 (80-125)	107(68-146)	114(90-140)		ไม่ได้ระบุ
Acute cerebellar ataxia	9	ไม่ได้ระบุ	10	0	0

ที่มา : ศิริจิตต์ วาสนะวัฒนา 2537: 352-63. บุญสม ผลประเสริฐ, วิรัตน์ ศิริสันธนะ, นริลักษณ์ พิทักษ์ดำรงวงศ์, ดุลยา ไชยเศรษฐ์ 2532: 12-24. จจรศักดิ์ ศิลปโกชากุล 2538: 98-106. เพ็ญพัทธ์ สรชัย, สุภารัตน์ กาญจนะวนิชย์ 2544: 19-29.

ในเรื่องผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Weil-Felix รวมจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 52 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลพบมีไตเตอร์ มากกว่าหรือเท่ากับ 1 : 160 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ

มีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการตรวจ indirect immunofluorescent antibody (IFA) ให้ผลบวก ยืนยันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีอาการ acute cerebellar ataxia

ผลการตรวจเลือดสมบูรณ์แบบ (CBC) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ พบมีภาวะโลหิตจางเล็กน้อย

พบภาวะ leukocytosis (จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) มากกว่า 10,000 cell/mm³) ร้อยละ 56 และพบมีผู้ป่วย 4 รายที่มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ โดย 3 รายต่ำกว่า 100,000 และอีก 1 ราย 102,000 (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากไขเลือดออก

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ
ขอนแก่น มหาสารคาม เชียงใหม่ และนครพนธ์

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รพ.ศรีสะเกษ (n = 23)	รพ.ขอนแก่น (n = 53)	รพ.มหาสาร คาม เชียงใหม่ (n = 25)	รพ.นครพนธ์ (n = 70)
Hct (vol%)	32.4	35(24-49)	36(27-45)	31.9
WBC (cell/mm ³)				
Mean	10,760	13,260	11,462	10,115
Range	4900-17,600	1,900-29,000	6,050-25,200	-
PMN (%)	71(44-92.1)	70(41-94)	64(28-84)	55
Lymphocyte (%)	26(6-50)	24(1-54)	30(16-65)	37
Leucocytosis(> 10,000 cell/ mm ³)	56.0%	69.8%	84.0%	ไม่มีข้อมูล
Platelet < 100,000 cell/ mm ³)	13%	5.6%	4.2%	57%
ภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ	-	35.3%	33.3%	89%
มีเซลล์ในน้ำไขสันหลังมากกว่าปกติ	-	43.4%	56.0%	75%

ที่มา : ศิริจิตต์ วาสนะวัฒนา 2537 : 352-63. บุญสม ผลประเสริฐ, วิรัตน์ ศิริสันธนะ, นริลักษณ์
พิทักษ์ดำรงวงศ์, ดุลยา ไชยเศรษฐ์ 2532: 12-24. เพ็ญพักตร์ สรรชัย, สุภารัตน์ กาญจนะ
วณิชย์ 2544 : 19-29.

ขอนำเสนอรายละเอียดผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทคือ เกิด acute cerebellar ataxia นั้น เป็นเด็กชายอายุ 10 ปี ภูมิลำเนาอยู่ใน อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ บิดามารดา รับราชการครู โดยเด็กมีประวัติการไปเที่ยวทัศนศึกษาในป่าที่อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณหลังจากนั้น 8 วัน เด็กเริ่มมีไข้ หนาวสั่นเล็กน้อย มีอาการปวดศีรษะมาก ไอเล็กน้อย ต่อมาอีก 2 วันเริ่มมีผื่นแดงจางๆ ที่ใบหน้า ซ้อยาที่ร้านเภสัชกรรับประทาน ไม่ดีขึ้น หลังจากมีไข้รวม 9 วันจึงได้

ตรวจพบแผลเอสคาร์ที่ขาหนีบด้านขวา จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสครับ ทัยฟัส ได้ยา Doxycycline รับประทานแล้วมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก จึงมานอนโรงพยาบาลในวันต่อมา หลังจาก admit ไปได้ 2 วัน (เป็นวันที่ 12 ของไข้) เริ่มมีอาการเดินเซ แขนขาสั่น (ataxia) และมีอาการตาแกว่ง (horizontal nystagmus) ได้ทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง พบมีโปรตีนสูงเล็กน้อย (147 mg%) น้ำตาลใน CSF เทียบกับน้ำตาลในเลือดปกติ ไม่พบเซลล์ ผล

ทดสอบ Weil-Felix พบมี OX-K Proteus strain ขึ้น 1:320 ได้ปรึกษาจักษุแพทย์ ตรวจไม่พบมี papilledema พบแต่เพียง horizontal nystagmus

ตรวจทดสอบน้ำเหลืองวิธี indirect immunofluorescent antibody test (IFA) 2 ครั้ง ผลครั้งแรก Rickettsial antibody IgM 1 : 1,600 ผลครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 10 วัน) 1 : 3,200 ผลต่อ IgG 1 : 800 ทั้งสองครั้ง ซึ่งจะแปลผล Active infection เมื่อ IgG, IgM $\geq$ 1:400 ในรายนี้ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการเป็นสครับ ทัยฟัส ชัดเจน และในรายนี้ได้ทำการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองด้วย ผลปกติ ในผู้ป่วยรายนี้อาการดีขึ้น สั่น และตากระตุก ค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งหายเป็นปกติภายในเวลา 8 สัปดาห์

วิจารณ์

ความสำคัญของโรคที่เกิดจากเชื้อริกเกทเซียโดยเฉพาะสครับ ทัยฟัส สำหรับประเทศไทยอยู่ที่อุบัติการณ์ซึ่งมีไม่น้อย จากการศึกษาสาเหตุของไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี⁽⁷⁾ พบว่ามีสาเหตุมาจากสครับ ทัยฟัสร้อยละ 14.2 จากการสำรวจระดับชาติทางปฏิกิริยา น้ำเหลือง (Seroepidemiologic survey) ต่อเชื้อ Rickettsia tsutsugamushi ที่จังหวัดอุบลราชธานี

พบว่า ประชาชนทั่วไปมีภูมิคุ้มกันถึงร้อยละ 11.1 จังหวัดศรีสะเกษซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับอุบลราชธานี ก็น่าจะมีผู้ป่วยสครับ ทัยฟัสเป็นจำนวนมากเช่นกัน

จากการศึกษาผู้ป่วยเด็ก 320 รายที่โรงพยาบาลหาดใหญ่⁽⁸⁾ ที่มาด้วย เรื่องไข้ไม่ทราบสาเหตุโดยมีไข้มานานมากกว่า 7 วัน พบว่า ร้อยละ 8.7 มีสาเหตุมาจากสครับ ทัยฟัสและการติดเชื้อโรคสครับ ทัยฟัส จะไม่เกิดภูมิคุ้มกันที่ยาวนาน⁽⁹⁾ จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเป็นโรคนี้ซ้ำได้หลายครั้ง และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่มีอาการแสดงที่สำคัญของโรค⁽¹⁾ เช่น ไม่พบมีแผลเอสคาร์ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ไม่พบผื่น ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยโรค

จากรายงานฉบับนี้ ซึ่งพบผู้ป่วยเพียง 23 ราย ในช่วงเวลา 2 ปี นานจะน้อยกว่าในความเป็นจริง จากสาเหตุในเรื่องข้อจำกัดในการวินิจฉัยคือ

1) ส่วนใหญ่วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผลเอสคาร์ พบเพียงร้อยละ 30 และในกรณีที่ติดเชื้อมากกว่าหนึ่งครั้งมักจะไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ใช้การทดสอบ Weil-Felix ซึ่งค้นพบโดย Weil และ Felix เมื่อปี ค.ศ.1915⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าซีรัมของผู้ป่วยที่ติดเชื้อริกเกทเซียจะทำปฏิกิริยาข้ามพวกกับ OX-K proteus bacteria ซึ่งในปัจจุบันพบว่า การทดสอบนี้จะให้ผลบวกเพียงร้อยละ 45-75 เมื่อใช้เป็นไตเตอร์ $\geq$ 1 : 160 ถ้า

ใช้ไดเตอร์ $\geq 1 : 320$ จะมีความจำเพาะสูง 0.97 แต่มีความไวเพียง 0.44 ทำให้ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยไปกว่าเดิมได้

จากการศึกษาของเพ็ญพักตร์ สรรชัย⁽¹¹⁾ ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ป่วย 70 รายในช่วงเวลา 8 เดือนโดยใช้การตรวจ IgM antibody โดยวิธี indirect immunoperoxidase เป็นผลบวก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผลการทดสอบ Weil Felix test ซึ่งเริ่มแรกของผู้ป่วยที่มี OX-K (1:160 และ OX-K (1:320 มีเพียงร้อยละ 17 และ 12 (10 ใน 57 และ 7 ใน 57 รายตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เราจะวินิจฉัยโรคได้ต่ำกว่าความเป็นจริงหลายเท่า หากใช้เพียงการทดสอบ Weil-Felix ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความจำเพาะกว่า และมีความไวที่ดีกว่า เช่น indirect immunofluorescent antibody test (IFA) และ indirect immunoperoxidase test (IIP) ยังไม่สามารถทำได้ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่วนการตรวจ polymerase chain reaction (PCR)^(4,12) ซึ่งสามารถทราบผลการตรวจภายใน 6 ชั่วโมง ยังไม่สามารถทำได้แพร่หลาย

จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่พบว่าจำนวนไร่อ่อนที่นำโรคคือ *Leptothrombidium delicense* จะมีมากในช่วงฤดูฝน และจะลดลงมากในช่วงฤดูร้อน^(8,13) เพราะเวลาที่อากาศร้อนไร่อ่อนมักจะหลบลงดิน

จากการศึกษานี้ ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบและภาวะเนื้อสมองอักเสบพบแต่เพียงผู้ป่วยที่มี Acute cerebellar ataxia ซึ่งต่างจากรายงานอื่นๆ ซึ่งพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางสมองส่วนใหญ่มักไม่มี focal neurological sign มักพบเป็น aseptic meningitis^(14,15,16,17) และ encephalitis มากกว่า ซึ่งอาจเป็นเนื่องมาจาก ความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน และการไม่ได้นึกถึงในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มาด้วย aseptic meningitis จึงไม่ได้ส่งตรวจสครับทัยฟัส มักจะนึกถึงในกลุ่มของ Japanese B encephalitis มากกว่า

จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ ร้อยละ 17.3 คล้ายกับการศึกษาของเพ็ญพักตร์ สรรชัย⁽¹¹⁾ ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 สูงถึงร้อยละ 57 ผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาของ วิรติ ศิริสันธนะ และบุญสม ผลประเสริฐ (เกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ร้อยละ 4 และ 10 ตามลำดับ)⁽⁸⁾ จึงเป็นโรคที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากไข้เลือดออก ถึงแม้จะมีเกร็ดเลือดต่ำเหมือนกัน แต่ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ไม่มี hemoconcentration เม็ดเลือดขาวไม่ต่ำมาก ร่วมกับอาการทางคลินิกที่ตัดแต่กดไม่เจ็บ เพราะเป็นโรคที่พบมากในช่วงฤดูฝนเหมือนกัน แต่มียาปฏิชีวนะสำหรับรักษาเฉพาะ

การรักษา

การให้ oral single dose doxycycline ในผู้ป่วยที่มีไข้มา 3-4 วัน อาจมี relapse⁽¹⁸⁾ ปัจจุบันแนะนำให้วันละ 2 ครั้ง จนไข้ลงดี 2-3 วัน หรือนาน 5-7 วัน และอนุโลมให้ใช้ในทุกกลุ่มอายุ⁽⁹⁾ ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยมีรายงานการติดต่อการรักษาด้วย Doxycycline และ chloramphenicol^(12,18) ซึ่งจากการศึกษาในหลอดทดลองพบว่า ยาในกลุ่ม Quinolone เช่น Ciprofloxacin, ofloxacin, pefloxacin หรือ Azithromycin⁽¹⁹⁾ อาจใช้ได้มีประสิทธิภาพมากกว่า

ส่วนการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนซีรีเบลลัมนั้นมีการศึกษาถึงภาวะ Acute cerebellar ataxia ซึ่งพบตามหลังการติดเชื้อไวรัส ไข้ทัยฟอยด์ มาลาเรีย^(20,21) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้การตรวจด้วย CT Scan หรือ MRI ไม่สามารถพบความผิดปกติได้ จะต้องตรวจโดยใช้ single photon emission computed tomography (SPECT) จึงจะพบว่ามีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณซีรีเบลลัม^(22,23) ซึ่งภาวะนี้ ส่วนใหญ่สามารถหายเป็นปกติได้เอง แต่ในบางรายไม่หายหรือกลับเป็นปกติ⁽²⁴⁾ ก็มีรายงานการให้การรักษาด้วย Intravenous immunoglobulin (IVIg)⁽²³⁾, corticosteroid⁽²⁴⁾ ได้ผลดี

ซึ่งในผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ก็ได้ทำ CT Scan ผลปกติ และให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยไม่ให้ corticosteroid ผู้ป่วยก็หายเป็นปกติ โดยยังไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ หลังจากการติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี 4 เดือน

การพยากรณ์โรค

อัตราการตายจากรายงานต่างๆ แตกต่างกันไป ตั้งแต่ร้อยละ 0-30 หลังจากมีการใช้ยาปฏิชีวนะรักษา พบว่าอัตราการตายโดยทั่วไปน้อยกว่าร้อยละ 5 ผู้ป่วยโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ ระบบหายใจ และระบบประสาท จะพบอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคแทรก และอาจพบความผิดปกติตามหลังได้นาน สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษทุกรายหายเป็นปกติดี รวมทั้งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนซีรีเบลลัม

การป้องกัน

1. ป้องกันไม่ให้ไร่อ่อนกัด
2. ใช้ยาฆ่าแมลงเช่น DDT, dimethyl phthalate, dibutyl phthalate หรือ benzyl benzoate ฉีดพ่นบริเวณที่มีไร่อ่อน และอย่าเข้าไปในพุ่มไม้โดยไม่มีคำแนะนำ ถ้าจำเป็นต้องตั้งแคมป์หรือค่ายในป่า ควรกางพุ่มไม้ใบหญ้าให้โล่งเตียนแล้วเผาสีก่อนและไม่ควรอยู่หรือนอนอยู่กับที่นานๆ โดยไม่จำเป็น

3. ทำลายหนูซึ่งเป็นรังของโรค

4. Chemoprophylaxis

ในเด็กอายุมากกว่า 7 ปี ขณะที่อยู่ในแหล่งโรคบริเวณที่มีเชื้อรับประทัน tetracycline หรือ chloramphenicol 1 กรัม/วัน แล้วกินต่ออีก 14 วัน หลังออกจากแหล่งโรคหรือ รับประทัน tetracycline หรือ chloramphenicol 3 กรัม / สัปดาห์ และกินต่ออีก 4 สัปดาห์ หลังจากออกจากแหล่งของโรค หรือการรับประทัน doxycycline 200 มก./ สัปดาห์ และกินต่อไปอีก 6 สัปดาห์ หลังออกจากแหล่งโรค ป้องกันได้ร้อยละ 89 วิธีนี้ได้รับความนิยมมาก

ในเรื่องของวัคซีนนั้น ตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่สอง ซึ่งทหารทั้งฝ่ายอเมริกันและญี่ปุ่น เจ็บป่วยและล้มตายจากโรคนี้นี้มาก จึงมีความพยายามที่จะผลิตวัคซีนสำหรับโรคนี้นี้ แต่ไม่เป็นผลสำเร็จเพราะเชื่อมีสายพันธุ์ที่แตกต่างกันมากกว่า 10 ชนิด

สรุป

สครับ ทัยฟัส เป็นโรคที่มีความรุนแรงแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ไม่มีอาการและหายเองถึงรุนแรงมากจนเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาการแสดงของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ การวินิจฉัยโรคโดยอาศัยแผลเอสคาร์และการทดสอบ Weil Felix จะทำให้พลาดการวินิจฉัยผู้ป่วยไปได้มาก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท แพทย์ควรคำนึงถึงโรคนี้นี้ด้วย ดังนั้นสครับ ทัยฟัส จึงเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุที่ควรอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรคของแพทย์ด้วยเสมอ⁽²⁵⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ

1. นายแพทย์อนุศักดิ์ ตั้งไพบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. นายแพทย์นิมิตร เลิศพัฒนสุวรรณ บรรณาธิการวารสาร ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์
3. นางสาววิไลวรรณ เสาวทอง

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์. สครับ ทัยฟัส. ใน : อรุณี ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์เขตร้อน : โรคเด็กที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ดิไซร์; 2537. หน้า 352-63.
2. ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล. โรคติดเชื้อริกเกตเซีย. ใน: วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญ, สุรางค์ เขียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2544. หน้า 413-5.
3. บุญสม ผลประเสริฐ, วิรัตน์ ศิริสนั่น, นริลักษณ์ พิทักษ์ดำรงวงศ์, ดุลยา ไชยเศรษฐ์. อาการทางระบบประสาทของสครับ ทัยฟัส ในเด็ก. วารสารกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2532; 25(1-2) : 12-24.
4. บุญสม ผลประเสริฐ. Scrub typhus meningoencephalitis. ใน: สุวรรณี พันเจริญ, วิโรจน์ พงษ์พันธุ์เลิศ, ทายาท ดิสุตจิต, บรรณาธิการ. Neurology for pediatricians. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ; 2541. หน้า 17-24.
5. ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล. โรคติดเชื้อของระบบประสาทจากริกเกตเซีย. ใน: พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์, สุรางค์ เขียมจรรยา, ดิษยา รัตนกร, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทในประเทศเขตร้อน. กรุงเทพมหานคร : ส.วิชาญการพิมพ์; 2538. หน้า 98-106.
6. กวี เจริญลาภ. โรคจากเชื้อริกเกตเซีย. ใน: นิภา จรูญเวสน์, บรรณาธิการ. โรคเขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; 2532. หน้า 374-81.
7. อมร ลีลาวิเศษ, ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล. ไข้เฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ. ใน: นลินี อัสวโกตี, บรรณาธิการ. Current therapy of common infectious diseases. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ที.พี.พรินท์; 2537. หน้า 121-59.
8. Silpapojakul K, Chupuppakarn S, Yuthasompub S, et al. Scrub and murine typhus in children with obscure fever in the tropics. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10 (a) : 200-3.
9. American Academy of Pediatrics. Rickettsial Diseases. In: Peter G, editor. Report of the committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village, IL : American Academy of Pediatrics; 1997. p.449-53.
10. Schaftner W. The Rickettsioses. In: Freedberg IM, Eisen AZ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 5th ed. New York : Mc Graw - Hill; 1999. p.2539-46.
11. เพ็ญพักตร์ สรชัย, สุภารัตน์ กาญจนะวณิชย์. การศึกษาผู้ป่วยเด็กสครับ ทัยฟัสใน

- โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2544; 39 (1) : 19-29.
12. Walker D, Raoult D, Dumler S, Marrie T. Rickettsial diseases. In: Braunwald E, Hauser SL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York : Mc Graw - Hill ; 2001. p.1065-73.
 13. Takada N, Khamboonroang C, Yamaguchi T, Thitasut P, Vajrasthira S, et al. Scrub typhus and chiggers in Northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Pub Hlth 1984 ; 15 : 402-6.
 14. ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ. ไข่มองอีกเสปในเด็กที่โรงพยาบาลหาดใหญ่. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2544 ; 40 : 9-19.
 15. Harrell GT. Rickettsial involvement of the nervous system. Med Clin North Am. 1953 ; 37 : 395-422.
 16. Silpapojakul K, Ukkachoke C, Krisanapan S, et al. Rickettsial meningitis and encephalitis. Arch Intern Med 1991 (b) ; 151 : 1753-7.
 17. ประจักษ์ มูลล่อ. Scrub typhus. ใน : บรรณาธิการ, วิทยา ศรีมาดา. อายุรศาสตร์แนวใหม่ : evidence based medicine. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2542 : 144-50.
 18. Saah AJ. Rickettsia tsutsugamushi (scrub typhus). In : Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas and Bennetts principles and practice of infectious diseases. 4th ed. New-York : Churchill Livingstone ; 1995 : 1737-9.
 19. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. Rickettsial disease. ใน : บุญมี สถาปัตยวงศ์, บรรณาธิการ. An Update on Infectious diseases V. กรุงเทพมหานคร : ส.วิชาญการพิมพ์ ; 2541 : 10.
 20. Maggi G, Varone A, Aliberti F, et al. Acute cerebellar ataxia in children. Childs Nerv Syst 1997 Oct ; 13(10) : 542-5.
 21. Abdulla MN, Sukrab TE, Laidan ZA, et al. Post-malarial cerebellar ataxia in adult sudanes patients. East Afr Med J 1997 Sep ; 74 (a) : 570-2.
 22. Nagamitsu S, Matsuishi T, Ishibashi M, et al. Decreased cerebellar blood flow in post infectious acute cerebellar ataxia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999 Jul; 67 (1) : 109-12.

23. Daaboul Y, Vern BA, Blend MJ, et al. Brain SPECT imaging and treatment with IVIg in acute post-infectious cerebellar ataxia : case report. Neurol Res 1998 Jan; 20 (1) : 85-8.
24. Visudtibhan A, Visudtibhan P, Chiemchanya S, et al. Recurrence acute cerebellar ataxia of children following non-specific respiratory tract infection. J med Assoc Thai 1998 Dec ; 81(12) : 1015-8.
25. วิรติ ศิริสันธนะ. ไข้ไม่ทราบสาเหตุในเด็ก. ใน : อุษา ทิสยากร, ทวี โชติพิทยสุนนท์, บรรณาธิการ. Update on Pediatric infectious diseases. กรุงเทพมหานคร : ชัยเจริญ ; 2540. 236-42.