

ไข้รากสาดน้อย

การศึกษาอันหลังในผู้ป่วย ใน รพ. นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2517-2521

พ.ญ. พรทิพย์ คณาวรงค์ *

น.พ. ธวัชชัย วิวัฒน์วรพันธ์ *

ไข้รากสาดน้อย (Enteric Fever) เป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศเรา ถึงแม้ว่าจะไม่พบมากจนเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ตาม โรคนี้มักเป็นสาเหตุสำคัญของไข้หาสาเหตุไม่ได้ในชั้นต้น จากการศึกษาของศาสตราจารย์นายแพทย์ มุกดา กฤษณานนท์⁽¹⁾ ใน พ.ศ. 2518 พบว่าในผู้ป่วยที่มีไข้หาสาเหตุไม่ได้ ในชั้นต้นจะเป็นไข้รากสาดน้อยถึงร้อยละ 51 โรคนี้จึงเป็นโรคสำคัญที่ผู้รักษาคควรจะให้การวินิจฉัย และการรักษาอย่างถูกต้องทันทั่วทั้งที่เพื่อลดอัตราการตาย, อัตราการเจ็บป่วย และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ โรคนี้ได้มีผู้สนใจศึกษารวบรวมข้อมูลต่างๆ ไว้เป็นจำนวนมาก ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย^{(1) (2) (3)} ในส่วนภูมิภาคของประเทศไทยแม้ว่าจะพบโรคนี้ไม่น้อยก็ตาม แต่ยังไม่ค่อยมีผู้รายงานไว้ คณะผู้รายงานจึงได้รวบรวมและวิเคราะห์ผู้ป่วยด้วยโรคไข้รากสาดน้อย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม รพ. นครราชสีมา เพื่อรายงานถึง อุบัติการ อาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา และผลของการรักษา

* แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลนครราชสีมา

โดยทั่วไปหลักการวินิจฉัยโรคนี้ใช้ (4)

1. ประวัติ มีไข้หลายวันโดยมากมักจะนานกว่า 1 สัปดาห์ อาจมีอาการท้องผูกหรือท้องเดินร่วมด้วย
2. ตรวจร่างกาย ใช้ ชีม ลิ้นฝ้า อาจพบตับหรือม้ามโตร่วมด้วย
3. ตรวจตามห้องปฏิบัติการ
 - ก. พบจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างปกติ และเปอร์เซ็นต์เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลไม่ขึ้น ยกเว้นมีภาวะขาดน้ำหรือมีโรคแทรกซ้อน
 - ข. พบเชื้อ *Salmonella* ในเลือด
 - ค. ปฏิกริยา Widal agglutination เท่ากับหรือสูงกว่า 1:320 หรือมีไตเตอร์สูงขึ้นกว่าเดิม 4 เท่า
 - ง. พบเชื้อในอุจจาระหรือปัสสาวะผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

คณะผู้รายงานได้รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่าเป็นไข้รากสาคน้อย ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม รพ. นครราชสีมา ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2517-30 มิถุนายน 2521 เป็นเวลา 48 เดือน การเลือกเวชระเบียน เลือกเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่า เป็นไข้รากสาคน้อย และจะต้องมีผลการเพาะเชื้อจากเลือดขึ้น *Salmonella Species* เท่านั้น

ผลการวิเคราะห์

ในช่วงเวลาดังกล่าว ได้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้รากสาคน้อย และมีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้น 68 ราย ในจำนวนนี้สามารถค้นหาเวชระเบียนการวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 23 ราย เท่านั้น (คิดเป็นร้อยละ 33.8) เป็นชาย 8 ราย หญิง 15 ราย คิดเป็นอัตราส่วนชาย : หญิง = 1 : 1.9. อายุระหว่าง 13-55 ปี

อายุระหว่าง 23-25 ปี พบได้ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60

อายุมากกว่า 45 ปี พบได้เพียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13

ตาราง 1

อายุ	จำนวนผู้ป่วย (คน)	คิดเป็นร้อยละ
13-15	5	21
16-25	9	39
26-35	3	13
36-45	3	13
46-55	2	9
> 55	1	4
รวม	23	99

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามอายุ

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยเกือบทุกคนมีไข้เมื่อวัดครั้งแรกที่เข้ามาอยู่ใน รพ. ในจำนวนนี้ผู้ป่วย 16 คน (70 %) เป็นไข้ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป (ตารางที่ 2) 8 คน (35 %) มีไข้มากกว่า 10 วัน

จำนวนวันที่มีไข้ก่อนมา รพ.	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
1-2	2	9
3-4	5	21
5-6	5	21
7-8	2	9
9-10	1	4
> 10	8	35
รวม	23	99

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนวันที่มีไข้ก่อนมา รพ.

เมื่อแรกรับ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีซีฟร่า เมื่อเทียบกับอุณหภูมิ พบว่า 21 คน (91 %) มีซีฟร่าและใช้ต่างกันมากกว่า 16 ชอง (โดยดูจากแบบฟอร์ม การวัดอุณหภูมิ และ ซีฟรามาตรฐาน)

สังตรวพบทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Complete Blood Count พบว่าผู้ป่วยมักจะไม่ว่ายซีด ที่ซีดซีดไม่มาก 52 % มีฮีโมโกลินน้อยกว่า 11 กรัม เปอร์เซ็นต์

การนำจำนวนเม็ดเลือดขาว พบว่าส่วนใหญ่ (14/21) มีจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (5000–10,000/มม.³) ส่วนผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 15,000/มม.³ พบเพียง 5 % (1/21) เท่านั้น ดูตารางที่ 3

จำนวนเม็ดเลือดขาว/มม. ³	จำนวนผู้ป่วย(คน)	ร้อยละ
< 5,000	4	19
5,000–10,000	14	69
10,000–15 000	2	9
> 15,000	1	5
รวม	21	100

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนเม็ดเลือดขาว ต่อ ลบ. มม.

การนับแยกชนิดของเม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (65%) มีผู้ป่วยเพียง 3 คน (15%) เท่านั้นที่มีเม็ดเลือดขาวชนิดโทรฟี่มากกว่า 80%

ผลการตรวจหน้าที่ของตับ พบว่ามีระดับของเอนไซม์ SGOT ชี้นสูงมากกว่า 40 ยูนิต จำนวน 11 คน ในจำนวนที่ส่งตรวจ 12 คน และมี SGOT พบว่าขึ้นสูงกว่า 40 ยูนิตเพียง 4 ใน 12 คน เท่านั้น

ผลการตรวจระดับของ BUN Creatinine ในเม็คเลือดส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีผู้ป่วยที่มีระดับ BUN มากกว่า 60 และ Cr มากกว่า 4 อยู่ 2 ราย และผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้เสียชีวิต

ผลการตรวจ Widal Agglutination พบว่ามีผู้ป่วย 8/19 คน มี O agglutinin และ H agglutinin ขึ้น 1:160 หรือมากกว่าคิดเป็น/ 100 ตารางที่ 4

O Agglutinin Titer	H Agglutinin Titer			รวม	ร้อยละ
	< 1 : 80	1 ; 80	> 1 : 160		
< 1 : 80	1	—	1	2	10
1 : 80	—	—	1	1	5
> 1 : 160	7	1	8	16	85
รวม	8	1	10	19	
ร้อยละ	42	5	53		100

ตารางที่ 4 แสดงผลปฏิกิริยา Widal agglutination

ผลการรักษา

ใช้ยา Chloramphenicol รักษาผู้ป่วย 7 รายเสียชีวิต 2 ราย เฉลี่ยเวลาใช้ลง 3.2 วัน

ใช้ยา Cotrimoxazole รักษาผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิต 2 ราย เฉลี่ยเวลาใช้ลง 5.5 วัน

ใช้ยา Ampicillin รักษาผู้ป่วย 4 ราย เสียชีวิต 2 ราย เฉลี่ยเวลาใช้ลง 6.5 วัน

ใช้ยา Ampicillin Chloramphenicol 1 ราย เสียชีวิต 2 ราย เวลาที่ใช้ลง 14 วัน

อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา พบ 2 ราย มีเลือดออกในทางเดินอาหาร กับภาวะไหลเวียนล้มเหลวทั้งสองราย ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งสองราย

จำนวนวันที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ใน รพ. พบว่า 18 คน รักษาอยู่ใน รพ. เป็นเวลานานกว่า 7 วัน (ดูตารางที่ 5) คิดเป็น 78%

จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ใน รพ.	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ
< 3	—	
3-6	5	21
7-10	10	42
11-14	4	18
> 14	4	18
รวม	23	99

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามเวลาที่รับการรักษาใน รพ.

สรุป

ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นไขรากสาคน้อย ซึ่งวินิจฉัยโดยถือการเพาะได้เชื้อในเลือด จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม รพ. นครราชสีมา เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่ 13-25 ปีมีอาการไข้เป็นอาการสำคัญเกือบทุกราย 70% ของผู้ป่วยมีไข้มานานกว่า 5 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิซ้พจรช้าเมื่อเทียบกับไข้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิจำนวนเม็ดเลือดขาว และการนับแยกเม็ดเลือดก็อยู่ในเกณฑ์ปกติ SGOT สูงได้แก่ SGOT ส่วนใหญ่จะไม่สูง ผู้ป่วยที่มี BUN, Cr ขึ้นสูงมีน้อย และมักจะเสียชีวิต การตรวจ Widal Agglutinin พบว่ามีเพียง 42% ที่มี O titer และ H titer ขึ้น 1:160 หรือมากกว่า การรักษาด้วย Chloramphenicol พบว่า เฉลี่ยแล้วใช้ถึงใน 3.2 วัน Cotrimoxazol เฉลี่ยใช้ถึง 5.5 วัน Ampicillin เฉลี่ยใช้ถึง 6.5 วัน พบผป. เสียชีวิต 2 ราย จากโรคแทรกซ้อนคือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร และภาวะไหลเวียนล้มเหลว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการรักษาใน รพ. นานกว่า 7 วัน

วิจารณ์

จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาในรายงานนี้มีจำนวนน้อยเกินไป ทั้งนี้ความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยที่เป็นไข้รากสาดน้อย มีมากกว่านี้หลายเท่า เพราะ

1. รายงานนี้ศึกษาย้อนหลังจาก เวชระเบียน จึงจำเป็นต้องเลือก Case ที่สามารถพิสูจน์ได้ โดยผลของการเพาะเชื้อเท่านั้น

2. การที่ผลเพาะเชื้อขึ้นน้อย (68 ราย) อาจจะเป็นเพราะช่วงที่ศึกษา ทางหน่วยชันสูตร เพิ่งจะเริ่มเพาะเชื้อจากเลือด อาจจะมีผลขาด จากการเก็บ Specimen ได้ นอกจากการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อในแต่ละคน อาจจะไปตรงกับเวลาที่พบ มี Bacteremia โดยเฉพาะหลัง 2 อาทิตย์ไปแล้ว

3. ระบบการเก็บเวชระเบียน ของ รพ. ยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถค้นเวชระเบียนได้ครบ 68 ราย

ดังนั้น ข้อมูลที่ได้มานี้จึงค่อนข้างน้อย จึงอาจจะทำให้มีนัยสำคัญ ทางสถิติน้อย

ผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นหญิงมากกว่าผู้ชาย ซึ่งในรายงานอื่น (2) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างชายกับหญิง มีข้อที่น่าสังเกตคือการศึกษาผู้ป่วยที่วินิจฉัย โดย นพ.บุญเย็น และคณะ (3) พบว่าเป็นหญิงมากกว่าชายใน อัตราส่วน 1.7:1 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานนี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 25 ปี และประมาณครึ่งหนึ่งมีใช้นานกว่า 7 วัน ซึ่งตรงกับรายงานอื่น (3)

ผู้ป่วย 91% มีชีพจรช้า เมื่อเทียบกับไข้ ซึ่งแตกต่างกับรายงานของ พญ.เดือนเพ็ญ ขาวประไพ ซึ่งศึกษาในเด็กพบว่า ชีพจรช้า เมื่อเทียบกับไข้ เพียง 50% ความแตกต่างอันนี้อาจจะเป็นเพราะปรกติเด็กจะมีชีพจรเร็ว เมื่อเทียบกับผู้ใหญ่อยู่แล้ว

การตรวจนับเม็ดเลือดขาว ส่วนใหญ่จำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปรกติ ซึ่งแตกต่างกับการตรวจพบในต่างประเทศ (4) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเม็ดเลือดขาวต่ำ เท่าอัตรากับรายงานอื่นในประเทศไทย (2) (3) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยประมาณ 13-19% (2) (3) ก็มีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปรกติ

ผลการตรวจ Widal Agglutinin ที่มี Titer O และ Titer H ตั้งแต่ 1:160 ขึ้นไป พบได้ในผู้ป่วย 42% ซึ่งใกล้เคียงกับศึกษา พญ.เบญจวรรณ รุ่งปรีตระกูลและคณะ (5) (O Titer ตั้งแต่ 1:80 ขึ้นไป และ H Titer 1:200 ขึ้นไป) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถเพาะเชื้อในเลือดขึ้น 39.4% และแตกต่างกับศึกษาของ นพ.จำรัส ชมภูแสง และคณะ (6) ซึ่งได้ศึกษาผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นไข้รากสาดน้อย โดยอาศัยการทดสอบ Widal เป็นหลัก พบว่าถ้าถือ O Titer ตั้งแต่ 1:80 ขึ้นไป และ H Titer ตั้งแต่ 1:200 ขึ้นไป สามารถให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง 75% ความแตกต่างอันนี้อาจเกิดจากการที่การศึกษาในรายงานนี้อาศัยเฉพาะเชื้อจากเลือดเป็นหลักในการวินิจฉัย จึงได้ผู้ป่วยที่มาในระยะแรกๆ ของโรค เพราะ จะเพาะเชื้อในเลือดได้ในอาทิตย์แรก ถึง 70-90% (4) และจะลดลงเรื่อยๆ ในอาทิตย์ต่อมา ส่วน Widal Agglutinin นั้นจะเริ่มขึ้นในปลายสัปดาห์แรก และขึ้นสูงสุดใน สัปดาห์ที่ 5 หรือ 6 (4) จึงทำให้ผลการตรวจ Widal Agglutinin ในการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตาม นพ.สมพันธ์ ปุณยคุปต์ และ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (7) ได้รายงานการศึกษาที่ รพ.รามธิบดี พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นไข้รากสาดน้อยมี O titer สูงกว่า 1:160 และ H titer สูงกว่า 1:320 เพียง 20% เท่านั้น ถ้ารวมผลการเพาะเลือดอีก 1 สัปดาห์ต่อมาแล้ว พบว่ามี titer สูงขึ้นอีก 4 เท่าแล้ว ก็พบเพียง 46%

ผลการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ พบว่า Chloramphenicol ทำให้ใช้ลงเวลาเฉลี่ย 3.2 วัน ซึ่งดีกว่า Cotrimoxazole และ Ampicillin ซึ่งเฉลี่ยเวลาใช้ลง 5.5 และ 6.5 วันตามลำดับ อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ยังน้อยเกินไปกว่าจะสรุปเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาแต่ละชนิด

การรวบรวมผลความไวต่อยาของเชื้อ Salmonella นี้ ไม่สามารถรวบรวมในช่วงการศึกษาดังกล่าว เพราะข้อมูลไม่สมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาถึงผลความไวของเชื้อ Salmonella typhi และ Paratyphi จำนวน 80 Strain ที่เพาะขึ้นที่ รพ.นครราชสีมา ระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2521 ถึง มิถุนายน 2522 พบผลดังนี้

เชื้อ	เปอร์เซ็นต์เชื้อที่ไวต่อยา		
	Ampicillin (10)*	Chloramphenicol (30)*	Cotrimoxazole (25)*
	73	66	87

*** Disc concentration in micrograma**

ในผู้ป่วยที่ศึกษา 23 รายนี้ พบผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน 2 ราย คือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร, ภาวะไตวาย และช็อค ร่วมด้วย ส่วนผู้ป่วยรายอื่น อาการทุเลาขึ้น และหายเป็นปกติในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ตฤชณานนท์, มุกดา: สลัโมเนลโลสิส แพทยสภาสาร 2519, 5: 69
2. ขาวประไพ, เตือนเพ็ญ: ศึกษาข้อมูล Enteric Fever 180 ราย วชิรเวชสาร 2520, 21; 101
3. ทุมวิภาต, บุญเนียน, วิชัย รุ่งปีตะรังสี, และ เบญจวรรณ รุ่งปีตะรังสี: ไข้รากสาดน้อย, การศึกษาผู้ป่วยใน รพ. ศิริราช ปีพ.ศ. 2517-2519 สารศิริราช 2521, 30: 329
4. Hook, E.W. :Salmonella Infection. In Harrison's Principles Of Internal Medicine. Wintrobe M M., d et al (Ed.) Seventh Edition, Mcgraw-Hill Kogakusha, Japan 1974, P.811
5. รุ่งปีตะรังสี เบญจวรรณ และคณะ : สาลโมเนลลา แอ็กกลูติโนในผู้ป่วยทัยฟอยด์ สารศิริราช 2522, 31: 703
6. ชมภูแสง จำรัส และคณะ : ความสัมพันธ์ระหว่างไทเทอรวัดแอ็กกลูติเนชันกับการเพาะเชื้อจากเลือด สารศิริราช 2520, 29; 1779
7. บุญญคุปย์, สมพนธ์, สมศักดิ์ โลห์เลขา: การวินิจฉัยและการรักษาโรคติดเชื้อที่พบบ่อย. เล่ม 1. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร กรุงเทพ 2521, หน้า 86
8. ทองศรี, สมจิตร, Antimicrobial Sensitivity Of Common Gramnegative Bacilli Isolated At Nakorachasima Hospitol Period From July 1978 June 1979 (ติดต่อด่วนทั่ว)