

การเสียชีวิตจากเลปโตสไปโรสิส จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2551

ประสิทธิ์ นันสดีตย์*

พวงเพชร เมืองสนธิ**

พรทิพย์ ภูสง่า***

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

***โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราป่วยเลปโตสไปโรสิสสูงตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา โดยเฉพาะในปี 2551 มีรายงานผู้ป่วย 381 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 38.68 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงสุดของประเทศ และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากเลปโตสไปโรสิส 15 ราย อัตราป่วยตายเป็นร้อยละ 3.94 เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยและลดอัตราการป่วยตายได้อย่างเหมาะสม จึงได้ศึกษาประวัติการรักษาผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิสที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมทั้งการทบทวนรายงานการสอบสวนโรค สัมภาษณ์เชิงลึกอายุรแพทย์ผู้รักษา และญาติผู้เสียชีวิต

การศึกษพบว่า ผู้เสียชีวิตทั้ง 15 ราย มีผลการตรวจคัดกรอง IgM ให้ผลบวก 5 ราย มีการตรวจ melioidosis titer ให้ผลบวก 3 ราย มี 1 รายที่ผลการตรวจเป็นบวกทั้ง 2 โรค ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันรักษาครั้งแรกของผู้ที่เสียชีวิต คือ 2 วัน สถานที่รักษาครั้งแรกคือโรงพยาบาลชุมชน (66.67%) จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่ไปรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน คือ 3 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลคือ 4 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนถึงวันที่ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ 0 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ 1 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ 5 วัน ผู้ป่วย 14 รายจาก 15 ราย (93.33%) ได้รับการปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาเลปโตสไปโรสิส สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ คือช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) จำนวน 10 ราย (66.67%) มีกลุ่มอาการไวล์ (Weil's syndrome) จำนวน 9 ราย (60.00%) มีภาวะไตวาย (renal failure) จำนวน 9 ราย (60.00%) และมีภาวะเลือดออกในปอด (pulmonary hemorrhage) จำนวน 5 ราย (33.33%)

คำสำคัญ: สาเหตุการเสียชีวิต, เลปโตสไปโรสิส, จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ประเทศไทยมีรายงานเลปโตสไปโรสิสตั้งแต่ปี 2485 โดยนายแพทย์ไช่ ยูนิพันธ์ ได้รายงานการพบผู้ป่วยครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วย 4 ราย เสียชีวิต 2

ราย แยกเชื้อจากปัสสาวะได้ 1 ราย⁽¹⁾ ปัจจุบันเลปโตสไปโรสิสถือเป็น 1 ใน 81 โรค ที่มีการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้นี้ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนถูก

รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโรคเชิงรับ (passive surveillance) กล่าวคือรายงานผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมไปถึงผู้ป่วยในชุมชน และผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคนี้ก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกวินิจฉัยโดยอาศัยอาการทางคลินิก ผู้ป่วยจำนวนน้อยเท่านั้นที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันในช่วง 10 ปีแรกของระบบเฝ้าระวังโรค (พ.ศ. 2515-2524) มีรายงานผู้ป่วยเพียง 10-20 รายต่อปี จากปี 2525-2538 มีรายงานโรคแบบประปรายและมีรายงานการระบาดเป็นครั้งคราวเมื่อมีภาวะน้ำท่วม จำนวนผู้ป่วยที่มีรายงานในช่วงดังกล่าว อยู่ในช่วง 55-275 รายต่อปี (อัตราป่วยเฉลี่ย 0.3 ต่อประชากรแสนคน) ในปี 2540 มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยมา จนถึงปี 2549-2551 อัตราป่วยเลปโตสไปโรสิสในระดับประเทศเริ่มลดลง และอัตราป่วยตายก็ลดลง จากอัตราป่วยตาย ร้อยละ 6.29 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 5.22, 0.07 ในปี 2550, 2551 ตามลำดับ อัตราป่วยตายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2549-2551 เป็น ร้อยละ 0.12, 0.15, 0.13 ตามลำดับ

จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการระบาดของเลปโตสไปโรสิสตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2551 มีอัตราป่วยสูงที่สุดในประเทศไทย คิดเป็น 38.68 ต่อประชากรแสนคน นอกจากอัตราป่วยสูงแล้วอัตราป่วยตายยังสูงกว่าอัตราป่วยตายเฉลี่ยของประเทศและของภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีกด้วย กล่าวคือ พบอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.51, 1.51 และ 3.94 ในปี 2549 - 2551 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี 2551 พบอัตราป่วยตายจากเลปโตสไปโรสิสสูงกว่า ปี 2550 ถึง 2.6 เท่า และสูงกว่าอัตราป่วยตายของประเทศ 2.3 เท่า⁽²⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์จึงได้ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ศึกษาประวัติการรักษาและทบทวนรายงานสอบสวนโรคของผู้ป่วยที่เสียชีวิต เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของ

ผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิส และใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันการเสียชีวิตจากเลปโตสไปโรสิส จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเสียชีวิตจากเลปโตสไปโรสิส และถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค (รง. 506) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2551 ทุกราย (จำนวน 15 ราย) ศึกษาโดยทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทบทวนข้อมูลจากรายงานการสอบสวนโรคของผู้ป่วยที่เสียชีวิต เลือกสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยจำนวน 3 ราย (จาก 5 ราย) โดยเลือกสัมภาษณ์แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานอายุกรรมและแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยอีก 2 ราย ในประเด็นการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย และสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 3 ราย โดยสัมภาษณ์ญาติจำนวน 2-3 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย สัมภาษณ์ในประเด็นระยะเวลาและอาการที่สำคัญในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบคัดลอกข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน แบบคัดลอกข้อมูลจากรายงานการสอบสวนโรค แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ผู้ให้การรักษา และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิต

วิเคราะห์ข้อมูลที่คัดลอกจากแฟ้มเวชระเบียนและรายงานการสอบสวนโรค ใช้สถิติ ร้อยละ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ยเลขคณิต วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสรุปผลการสัมภาษณ์แต่ละประเด็นเพื่อใช้อธิบายหรือสนับสนุนผลการศึกษาเชิงปริมาณที่ได้

นิยามผู้ป่วย

ผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิสที่ศึกษา หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้

จากข้อมูลการรายงานโรค (รง. 506) ตามนियามการ
เฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (suspected case) หมายถึง
ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ไข้เฉียบพลัน
หนาวสั่น ปวดศีรษะรุนแรง ปวดกล้ามเนื้อรุนแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง และมีประวัติเสี่ยงต่อการสัมผัส
โรคแม้ว่าจะไม่ได้เจาะเลือดผู้ป่วยส่งทางห้องปฏิบัติการ
หรือถ้าหากเจาะเลือดผู้ป่วยในขณะที่แรกรับแล้วนำไป
ตรวจคัดกรอง (screening test) แล้วให้ผลลบและไม่
สามารถติดตามเจาะเลือดผู้ป่วยครั้งที่สอง (ส่งตรวจได้
10-14 วันหลังเจาะเลือดครั้งแรก) ให้รายงานเป็นผู้ป่วย
สงสัย

2. ผู้ป่วยที่ยืนยัน (confirmed case) หมายถึง
ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับเจาะเลือดผู้ป่วยในช่วงแรกนำไป
ตรวจคัดกรอง แล้วให้ผลบวก หรือถ้าตรวจเลือดครั้งแรก
ให้ผลลบแต่สามารถติดตามเจาะเลือดครั้งที่สองไป
ตรวจได้ แล้วให้ผลบวกก็ให้รายงานเป็นผู้ป่วยยืนยัน *ถ้า
ผลการตรวจเลือดครั้งที่สองเป็นผลลบให้ตัดจากเลป-
โตสไปโรซิส*

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 15 ราย เป็นเพศชาย 12 ราย
(80.00%) มีอัตราส่วนเพศ 4:1 อายุเฉลี่ย 49.4 ปี (พิสัย
23-80) ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ 13 ราย และ
รับจ้างทั่วไป 2 ราย อาการทางคลินิกของผู้เสียชีวิต พบ
ว่า ทุกรายมีอาการปวดกล้ามเนื้อทั่วไป มีประวัติเป็นไข้
หรือตัวร้อน จำนวน 11 ราย (73.33%) ไข้หนาวสั่น
จำนวน 7 ราย (46.67%) ตาเหลืองและตัวเหลือง จำนวน
6 ราย (40.00 %) (ตารางที่ 1)

การวินิจฉัยโรค

แพทย์ผู้ตรวจรักษา ได้วินิจฉัยการป่วยและสาเหตุ
การเสียชีวิตทั้ง 15 ราย แต่ละรายจะมีอาการแสดง

หรือภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 2 อาการขึ้นไป โดย
แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแส
เลือด (septic shock) จำนวน 10 ราย (66.67%) มี
กลุ่มอาการไวล์ (Weil's syndrome) จำนวน 9 ราย
(60.00%) มีภาวะไตวาย (renal failure) จำนวน 9 ราย
(60.00%) มีภาวะเลือดออกในปอด (pulmonary hem-
orrhage) จำนวน 5 ราย (33.33%) มีโรคประจำตัว
เป็นเบาหวาน 6 ราย เป็นวัณโรคปอด 1 ราย และแพ้ย
ยาแก้แอกเสบ 1 ราย นอกนั้นแข็งแรงดี (ตารางที่ 1)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้เสียชีวิตทั้ง 15 ราย มีผลการตรวจคัดกรอง หา
แอนติบอดี IgM จำนวน 12 ราย (80.00%) และผล
การตรวจเป็นบวก 5 ราย (33.33%) ให้ผลการตรวจ
เป็นลบ 7 ราย (46.67%) ไม่ได้ตรวจ 3 ราย (20.00%)
นอกจากนี้ยังตรวจ melioidosis titer จำนวน 6 ราย
และผลการตรวจเป็นบวก 3 ราย มี 1 รายที่ผลการ
ตรวจเป็นบวกทั้ง 2 โรค นอกจากการตรวจทางห้อง
ปฏิบัติการเพื่อยืนยันโรคแล้ว การตรวจส่งตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการพื้นฐาน พบว่า มีผลทางห้องปฏิบัติการ
หลายอย่างที่เข้าได้กับเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ เม็ดเลือด
ขาวมากกว่าค่ามาตรฐาน จำนวน 10 ราย (66.66%)
เกล็ดเลือดต่ำกว่าค่ามาตรฐาน จำนวน 13 ราย (86.67%)
ฮีมาโตคริตต่ำกว่าค่ามาตรฐาน จำนวน 13 ราย (86.66%)
ครีเอตินินสูงกว่าค่ามาตรฐาน 13 ราย (86.66%) และ
BUN > 18 mg% จำนวน 14 ราย (93.33%) (ตารางที่
2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการ
วินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย สรุปประเด็นได้ว่า แพทย์ผู้
รักษาให้ความสำคัญกับอาการทางคลินิกร่วมกับประวัติ
ทางระบาดวิทยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
พื้นฐานมากกว่าการยืนยันการวินิจฉัยโรค จะเห็นได้
จากคำตอบที่ได้จากแพทย์ผู้ให้การรักษาของโรง-
พยาบาลกาฬสินธุ์เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคว่า “จังหวัด
กาฬสินธุ์เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของเลปโตสไปโรซิส
เป็นประจำหรือเป็นโรคประจำถิ่น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เสียชีวิตจากเลปโตสไปโรสิส จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2551

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 15 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	80.00
หญิง	3	20.00
อายุ (ปี)		
15-34	2	13.33
35-44	4	26.67
45-54	3	20.00
55-64	5	33.33
> 65	1	6.67
เฉลี่ย 49.4 ต่ำสุด 23 สูงสุด 80		
อาชีพ		
ทำนา ทำสวน ทำไร่	12	80.00
รับจ้างทั่วไป	3	20.00
อาการที่พบขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์		
ปวดกล้ามเนื้อทั่วไป	15	100.00
ประวัติมีไข้หรือตัวร้อน	11	73.33
ไข้หนาวสั่น	7	46.67
ตาเหลืองหรือตัวเหลือง	6	40.00
ปวดศีรษะเฉียบพลันและรุนแรง	4	26.67
ไข้สูง 38 องศา	3	20.00
ตาแดง	2	13.33
ปัสสาวะน้อยหรือไม่ออก	2	13.33
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	6	40.00
วัณโรคปอด	1	6.67
แพ้ยา antibiotic	1	6.67
ภาวะแทรกซ้อน		
septic shock	10	66.67
Weil's syndrome	9	60.00
renal failure	9	60.00
pulmonary hemorrhage	5	33.33
ARDS (acute respiratory distress syndrome)	6	40.00
liver failure	3	20.00

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้เสียชีวิตด้วยเลปโตสไปโรสิส จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2551

รายละเอียด	จำนวน (n=15 คน)	ร้อยละ
จำนวนที่ตรวจคัดกรองโดยวิธี rapid test หาแอนติบอดีชนิด IgM		
ผลการตรวจเป็นบวก	5	33.33
ผลการตรวจเป็นลบ	7	46.67
ไม่มีผลการตรวจ	1	6.67
ไม่ได้ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ	2	13.33
จำนวนเม็ดเลือดขาว (ค่ามาตรฐาน 5,000-10,000 cell/mm³)		
< 5,000	1	6.67
5,000- 10,000	4	26.67
> 10,000	10	66.66
เกล็ดเลือด (ค่ามาตรฐาน 140,000 - 400,000 cell/mm³)		
< 140,000	13	86.67
140,000 - 400,000	2	13.33
> 400,000	0	0.00
ฮีมาโตคริต (ค่ามาตรฐาน 37 - 53 Hct. %)		
< 37	13	86.66
37 - 53	1	6.67
> 53	0	0.00
ไม่มีผล	1	6.67
BUN (ค่ามาตรฐาน 7 - 18 mg %)		
< 7	0	0.00
7 - 18	0	0.00
> 18	14	93.33
ไม่มีผล	1	6.67
Creatinine (ค่ามาตรฐาน 0.6-1.3 mg %)		
< 0.6	0	0.00
0.6-1.3	1	6.67
> 1.3	13	86.66
ไม่มีผล	1	6.67
Potassium (ค่ามาตรฐาน 3.6 - 5.0 mmol/l)		
< 3.6	4	26.66
3.6 - 5.0	9	60.00
> 5.0	1	6.67
ไม่มีผล	1	6.67

ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ มีตัวเหลืองหรือตาเหลือง มีประวัติสัมผัสหรือลุยน้ำ โดยเฉพาะที่มาจากอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ยางตลาด ชักประวัติและตรวจร่างกายแล้วไม่เข้าได้กับโรคอื่น จะสงสัยและให้การรักษาแบบเลปโตสไปโรซิสไว้ก่อน และเก็บ serum ส่งตรวจหาไตเตอร์ (titer) เลปโตฯ เมลลีโอยด์ และสเตรปโทฟิลส พร้อมกัน ในกรณีที่โรงพยาบาลชุมชนส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ ส่วนมากแพทย์ที่ส่งต่อจะวินิจฉัยไว้แล้วว่า เป็นเลปโตสไปโรซิส และผู้ป่วยแต่ละรายที่ส่งมาส่วนมากอาการค่อนข้างหนัก แพทย์ที่นี่จะให้การักษาแบบเลปโตสไปโรซิส โดยไม่รอผลทางห้องปฏิบัติการเนื่องจากชุดตรวจคัดกรองมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ต่ำ และถึงแม้ผลทางห้องปฏิบัติการจะให้ผลบวกหรือลบ ยาที่ให้ก็ไม่แตกต่างมากนัก เพราะยาที่ให้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการดังกล่าวเป็นยาที่มีฤทธิ์ครอบคลุมอยู่แล้ว แต่แพทย์จะให้ความสำคัญกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อดูความก้าวหน้าอาการแสดงของผู้ป่วยมากกว่า”

การได้รับยาปฏิชีวนะ

การได้รับยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาเลปโตสไปโรซิส 14 ราย คือ ได้รับ Penicillin G Sodium (PGS) ขนาด 1.5 ล้านหน่วย ทุก 6 ชั่วโมง อย่างเดียว จำนวน 4 ราย ceftriaxone ขนาด 1 กรัม วันละครั้ง อย่างเดียว จำนวน 7 ราย ได้รับทั้ง PGS และ ceftriaxone จำนวน 3 ราย ไม่ได้รับทั้ง PGS และ ceftriaxone จำนวน 1 ราย (ตารางที่ 3)

ระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงเสียชีวิต

ฐานนิยมของจำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันรักษาครั้งแรก คือ 2 วัน (พิสัย 0 - 5 วัน) มี 2 รายที่ซื้อยามากินเองตั้งแต่วันเริ่มป่วย สถานที่รักษาครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน 10 ราย (66.66%) รองลงมาเป็นคลินิกแพทย์/พยาบาล 3 ราย (20.00%) ฐานนิยมของจำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่ไปรักษาที่

ตารางที่ 3 การได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่เสียชีวิต ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ยาที่รักษา	จำนวน	ร้อยละ
PGS อย่างเดียว	4	26.66
Ceftriaxone อย่างเดียว	7	46.67
PGS ร่วมกับ Ceftriaxone	3	20.00
ไม่ได้รับยาอื่น ๆ (ระบุ)	1	6.67

โรงพยาบาลชุมชน คือ 3 และ 4 วัน (พิสัย 0 - 5 วัน) ฐานนิยมของจำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลคือ 4 วัน (พิสัย 0 - 5 วัน) ฐานนิยมของจำนวนวันตั้งแต่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนถึงวันที่ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ 0 วัน (พิสัย 0 - 5 วัน) ฐานนิยมของจำนวนวันตั้งแต่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ถึงวันที่ส่งผู้ป่วยเสียชีวิตคือ 1 วัน (พิสัย 0 - 13 วัน) ฐานนิยมของจำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตคือ 5 วัน (พิสัย 3 - 18 วัน) (ตารางที่ 4)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้เสียชีวิตเกี่ยวกับการนำผู้ป่วยไปรับการรักษาผู้ป่วย สรุปประเด็นได้ว่าการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เร็วหรือช้าขึ้นกับอาการของผู้ป่วย คือถ้าอาการเริ่มแรกมีไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะมาก ก็จะพาไปพบแพทย์ตั้งแต่วันแรก แต่ถ้าอาการไม่มากก็จะซื้อยาที่หมู่บ้านกินเองหรือไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้านก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงมากขึ้นจึงจะไปพบแพทย์ ดังญาติผู้เสียชีวิตคนหนึ่งบอกว่า “คนเราทุกคนก็กลัวตายเหมือนกันทั้งนั้นแหละ เมื่อเจ็บไข้หรือไม่สบายก็ต้องไปหาหมอ แต่ถ้ามันเป็นไม่มาก วันแรก ๆ ก็จะไปซื้อยาตามร้านค้าในหมู่บ้านมาก่อน เมื่อกินยาแล้วไม่ดีขึ้น วันต่อมาจึงจะไปอนามัยหรือคลินิกใกล้บ้านหรือโรงพยาบาล ถึงแม้จะกลัวตาย ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่อยากเสียเวลาไปโรงพยาบาลเหมือนกัน เพราะนอกจากจะเสียเวลาทำมาหากินแล้ว การเดินทางก็ลำบาก ค่าใช้จ่ายในการเหมารถก็หลายบาท แต่ถ้าเป็นหลายวัน

ตารางที่ 4 จำนวนวันจากวันเริ่มป่วยถึงวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนถึงเสียชีวิต

รายที่	ป่วย-รักษา (วัน)	ที่รักษา ครั้งแรก	ป่วย-รพช. (วัน)	ป่วย-นอน รพช.	รพช.-ส่งต่อ รพท.	ตาย-รักษา ที่ รพท.	ตาย -ป่วย
1	0	รพช	0	0	5	13	18
2	0	สอ	4	4	0	1	5
3	0	รพช.	1	2	0	1	3
4	1	รพช	1	1	1	2	4
5	1	รพช	1	1	0	4	5
6	2	คลินิก	5	5	0	0	5
7	2	คลินิก	4	4	0	4	8
8	2	คลินิก	3	4	0	1	5
9	2	รพช	2	2	0	2	4
10	3	รพช	3	3	0	1	4
11	3	รพช	3	3	0	4	7
12	3	รพช	3	3	0	0	3
13	4	รพช	4	4	1	0	5
14	4	รพท.	4	4	0	1	5
15	5	รพช	5	5	0	1	6
ฐานนิยม	2	รพช.	3,4	4	0	1	5

แล้วไม่หายจึงจะไปโรงพยาบาลหรือมีไข้สูงตั้งแต่วันแรกก็จะไปโรงพยาบาลในวันแรกเลย”

วิจารณ์

ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 ซึ่งสอดคล้องกับที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 49.4 ปี มีอาชีพเกษตรกร พบผู้ป่วยได้ทุกเดือนและครอบคลุมพื้นที่ทุกอำเภอ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดที่มีเขื่อนขนาดใหญ่เก็บกักน้ำอยู่บริเวณพื้นที่ส่วนบนของจังหวัดและปล่อยน้ำไหลตามระบบชลประทานเพื่อใช้สำหรับทำการเกษตรกรรมในส่วนล่างของจังหวัด พื้นที่มากกว่าร้อยละ 50 ของจังหวัด ทำนาได้ปีละ 2-3 ครั้ง กลุ่มผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยแรงงานซึ่งต้องออกไปทำไร่ทำนาสัมผัสน้ำตลอดทั้งปี รวมทั้งความจำเป็นต่อ

การทำมาหากินเลี้ยงชีพ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำได้ จึงทำให้มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคและมีอาการป่วยได้

ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 15 ราย มีเพียง 5 ราย (33.33%) เป็นผู้ป่วยยืนยันตามนิยามของสำนักกระบาดวิทยา เนื่องจากให้ผลบวกต่อการตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgM ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (10 ราย) เป็นผู้ป่วยสงสัยว่าเป็นเลปโตสไปโรสิสตามนิยามของสำนักกระบาดวิทยา เพราะตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อเลปโตสไปโรส ซึ่งอาจเนื่องมาจากแอนติบอดีในผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิสจะเพิ่มขึ้นหลังแสดงอาการไปแล้ว 1 สัปดาห์ และสูงสุดใน 4 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาสวนมากจะมาในวันที่ 3 ของการป่วย ซึ่งร้อยละของการยืนยันการป่วยสอดคล้องกับธนชัย พนาพุฒิ และคณะ⁽³⁾ ศึกษาประสิทธิภาพและความเหมาะสมของการประเมิน leptoscore ในการลดความรุนแรงของผู้ป่วยสงสัยเลปโต-

สไปโรซิลที่ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยสงสัยเลปโตสไปโรซิลที่ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วย ร้อยละ 38.9 และสอดคล้องกับสภาวะชัชย ศิลาวรรณ และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาการคัดกรองผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิลในระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย พบว่าผู้ที่สงสัยเป็นผู้ป่วยจริง ร้อยละ 43.49 ผู้ป่วย 3 ราย ผลการตรวจ melioidosis titer เป็นบวกมี 1 รายที่ผลการตรวจเป็นบวกทั้ง 2 โรค ผู้ป่วยทั้ง 15 รายไม่ได้มีการเก็บตัวอย่างเพื่อหาแอนติเจนของเชื้อเลปโตสไปรา โดยวิธีมาตรฐาน (Microscopic agglutination test : MAT) รวมทั้งเก็บตัวอย่างซีรัมเพื่อตรวจหาชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค นอกจากนี้ยังไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหาสาเหตุอื่นๆ ที่เป็นไปได้เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค ทำให้ไม่สามารถยืนยันการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนได้⁽⁵⁾ นั้นหมายความว่าผู้ป่วยที่รายงานเสียชีวิตจากเลปโตสไปโรซิลทั้ง 15 ราย อาจเป็น melioidosis จำนวน 2 ราย และติดเชื้อมาร่วม 1 รายก็ได้ แต่เมื่อพิจารณาอาการทางคลินิกร่วมกับประวัติทางระบาดวิทยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานอื่นที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยน่าจะเข้าได้กับเลปโตสไปโรซิล⁽⁶⁻⁸⁾

อาการแทรกซ้อนหรือสาเหตุการเสียชีวิต ที่สำคัญคือ ช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 66.67 มีกลุ่มอาการ Weil's syndrome ร้อยละ 60.00 มีภาวะไตวาย ร้อยละ 60.00 และภาวะเลือดออกในปอด ร้อยละ 33.33 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของธนชัย พนาพุฒิ และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย คือ ภาวะเลือดออกในปอด 8 ราย (47.10 %) ไตวายเฉียบพลัน 3 ราย (17.60 %) อวัยวะไม่ทำงานหลายแห่ง 3 ราย (17.60 %) และภาวะหายใจล้มเหลวจากปอด 2 ราย (11.80 %) ปัจจัยอิสระที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ปัจจัย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำที่

ต้องใช้อาบน้ำเส้นเลือด ภาวะปัสสาวะออกน้อยกว่า 400 มล.ต่อวัน โปแตสเซียมในเลือดสูง และการตรวจพบเสียงแกรบของปอด 2 ซ้ำง ดังนั้น แพทย์จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิลหรือสงสัยจะเป็นเลปโตสไปโรซิล อย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย 4 อย่างข้างต้น

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันรักษาครั้งแรกของผู้ที่เสียชีวิต คือ 2 วัน สถานที่รักษาครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 66.67 จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่ไปรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน คือ 3 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล คือ 4 วัน นั้นหมายความว่ายังมีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในวันที่ 3 ของการป่วยแต่แพทย์ผู้ให้การรักษายังให้กลับบ้านและมาอีกครั้งในวันถัดมา (วันที่ 4 ของการป่วย) จำนวนวันตั้งแต่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนถึงวันที่ส่งผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ 0 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ถึงวันที่ส่งผู้ป่วยเสียชีวิตคือ 1 วัน จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตคือ 5 วัน เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันรักษาและได้รับยาปฏิชีวนะกับเกณฑ์ที่แนะนำ (ภายใน 4-5 วัน)⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก็มาพบแพทย์ไม่ช้าเกินไป ดังนั้นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้องควรศึกษาข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในภาพรวมของประเทศ รวมทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในการพบแพทย์ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการให้ความรู้แก่ประชาชนและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องให้ความสำคัญกับการพบแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังทำมีข้อจำกัดในการสรุปหลาย ๆ ประเด็นอาจไม่ชัดเจนนัก อาจจะเป็นแนวทางการวิจัยไปข้างหน้า (prospective research) ต่อไป เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเพื่อลดการตายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงวรลักษณ์ ตั้งคณะกุล นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย และ ดร. เกษร แถวโนนจิว ที่ให้คำแนะนำการออกแบบและเขียนรายงานผลการศึกษาคั้งนี้ ขอขอบคุณแพทย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย และขอขอบคุณญาติผู้เสียชีวิต ที่ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการไปรับการรักษาของผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิส

เอกสารอ้างอิง

1. วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล. เลปโตสไปโรสิส, ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548;14:299-310.
2. สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์เลปโตสไปโรสิสของประเทศไทย [Serial online] ม.ป.ป. [สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2552]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://203.157.15.4/d506-1>.
3. ธนชัย พนาพุดิ, วัฒนชัย สุแสงรัตน์, วรรณ ปิยะเสวตกุล, ปริศนา วงศ์ศิริจันทร์, บัณฑิต ถินคำรพ. ประสิทธิภาพและความเหมาะสมการประเมิน lepto-score ในการลดความรุนแรงของผู้ป่วยสงสัยเลปโตสไปโรสิสที่ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลขอนแก่น: การวิจัยแบบสุ่มชั้นภูมิและมีกลุ่มเปรียบเทียบในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13:16-26.
4. สุระชัย ศิลาวรรณ, ชวนพิศ สุทธิพันธ์, ปนัดดา ไชยชมพู, สมชาย ตั้งสุภราชย์. การคัดกรองผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิสในระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย [Serial online] ม.ป.ป. [สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2552]; แหล่งข้อมูล: URL: http://thaigcd.ddc.moph.go.th/lepto_reach_prevent_1.html.
5. ประทีป ตลับทอง, วรลักษณ์ ตั้งคณะกุล, สุวรรณิ์ เศรษฐศักดิ์, เกียรติศักดิ์ เอวา. การเสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรสิส จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2550. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีคัปดาห์ 2551;39(14):233-5.
6. ดาริกา กิ่งเนตร. ธรรมชาติของเลปโตสไปโรสิส. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. คู่มือวิชาการเลปโตสไปโรสิส. นนทบุรี: สำนักงานโครงการควบคุมเลปโตสไปโรสิส กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548. หน้า 7-23.
7. ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี, จิราพร เขียวอยู่. การทำนายผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิสด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและลักษณะทางคลินิก.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12:678-88.
8. สุริยา รัตน์ปริญญา, ประสิทธิ์ นันสถิตย์, สุวัฒนา มิตรภานนท์. การวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรสิสตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก เปรียบเทียบกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยปี 2542 จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545; 11:294-300.
9. Panaphut T, Domrongkitchaiporn S, Thinkamrop B. Prognostic factors of death in leptospirosis : a prospective cohort study in Khon Kaen, Thailand. Int J Infect Dis 2002;6:52-9.
10. ขจรศักดิ์ ศิลปโกชากุล, ชวนพิศ สุทธิพันธ์, รุ่งเรือง ลี้มไพบูลย์. การรักษาผู้ป่วยเลปโตสไปโรสิส. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์, บรรณาธิการ. คู่มือวิชาการเลปโตสไปโรสิส. นนทบุรี : สำนักงานโครงการควบคุมเลปโตสไปโรสิส กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548. หน้า 33-4.

Abstract Leptospirosis as a Cause of Death in Kalasin Province, 2008

Prasit Nunsatit*, Paungphet Maungson, Pornthip Phoosa-nga*****

*Kalasin Public Health Office, **Office of Disease Prevent and Control 6 Khon Kaen, ***Kalasin Hospital

Journal of Health Science 2012; 21:529-37.

Leptospirosis incidence has been high in Kalasin province since 1998. There were 381 cases reported with incidence rate of 38.68 per 100,000 population, the highest incidence in Thailand. In 2008, 15 cases died from leptospirosis, case fatality rate was 3.94 percent. For prevention of case morbidity and mortality, review of medical report including in depth interview of related medical doctors and their relatives of fatal cases in 2008 were undertaken in this study.

Of 15 dead cases, 5 were positive for rapid test leptospirosis IgM; 3 were positive for melioidosis titer and 1 was positive for both leptospirosis and melioidosis. The duration from the onsets of symptoms until treatment was 2 days. Community hospital was the first health service of treatment (66.67%). The duration from the onsets of symptoms until admission in the community hospitals was 4 days. The period of treatment in Kalasin province hospital since referring from community hospital until death was 1 day. The causes of death were septic shock (10 cases, 66.67%), Weil's syndrome (9 cases, 60.00%), renal failure (9 cases, 60.00%) and pulmonary hemorrhage (5 cases, 33.33%).

Key words: cause of death, leptospirosis, Kalasin province