

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

โรคติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๔๗

ศราวุธ อุตตมาภพวงศ์
วีณา ภักดีสิริวิชัย
นิพัทธ์ พูลสวัสดิ์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑

บทคัดย่อ

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนากาศดัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุของกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุอันเนื่องมาจากโรคติดเชื้อทางห้องปฏิบัติการ และลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุที่มารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่สองจังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ ๓๘.๓ องศาเซลเซียส อายุ ๑๐ ปีขึ้นไป และแพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถหาสาเหตุของไข้ได้ ระยะเวลาศึกษาดังแต่เดือนมกราคมถึงธันวาคม ๒๕๔๖ เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลและตัวอย่างเลือด ๒ ครั้งห่างกัน ๒ สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ๑๒๖ ราย เป็นผู้ป่วยในร้อยละ ๗๓.๘ เพศหญิงร้อยละ ๕๔.๐ กลุ่มอายุ ๒๕-๔๕ ปี ร้อยละ ๓๘.๘ และอาชีพรับจ้างร้อยละ ๕๗.๘ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนมาพบแพทย์น้อยกว่า ๕ วัน ร้อยละ ๗๐.๖ มีอาการหนาวสั่นร้อยละ ๔๑.๓ ไอร้อยละ ๔๐.๕ และปวดกล้ามเนื้อร้อยละ ๓๗.๓ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ Complete Blood Count ร้อยละ ๗๘.๖ Urine Analysis ร้อยละ ๕๘.๖ และ Widal test ร้อยละ ๒๕.๔ แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ ๔๖.๐ ไข้เอนเทอริกร้อยละ ๑๑.๑ และไข้เลือดออกร้อยละ ๖.๔ พบอัตราการติดเชื้อไข้เลือดออกร้อยละ ๒๕.๔ ไข้หวัดใหญ่ร้อยละ ๖.๓ เลปโตสไปโรสิสและเมลิออยโดสิสเท่ากัน ร้อยละ ๔.๐ สกربتไทฟัส ร้อยละ ๒.๔ ไม่พบการติดเชื้อไข้ไทฟอยด์และไข้มาลาเรีย เปรียบเทียบการกระจายของกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุและโรคไข้เลือดออกจำแนกรายเดือนในผลการศึกษากับรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน ๕๐๖) ปี ๒๕๔๖ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นควรมีการกำหนดแนวทางการค้นหาสาเหตุของไข้ไม่ทราบสาเหตุ สนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ได้ตามมาตรฐานและพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคให้มีประสิทธิภาพ เพื่อวางแผนในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้ออย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อ, ไข้ไม่ทราบสาเหตุ

บทนำ

ไข้ไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคในระบบการเผาระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา มีอาการไข้เป็นสิ่งตรวจพบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล รายงานจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบรายงานของโรคนี้นี้มากเป็นอันดับ ๒ หรือ ๓ ในบรรดาโรคที่ต้องเผาระวังทางระบาดวิทยาทั้งหมด โดยพบว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๓, ๒๕๔๔ และ ๒๕๔๕ ทั้งประเทศ มีรายงานผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุทั้งสิ้นจำนวน ๒๐๐,๙๕๗ ๒๖๙,๗๔๐ และ ๒๔๒,๐๒๓ ราย ตามลำดับ^(๑-๓) แสดงให้เห็นว่าโรคนี้นี้ยังคงเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยตลอดมา สาเหตุของโรคติดต่อในกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุในต่างประเทศมีรายงานการตรวจพบ ทิวเบอคิวโลซิส (Tuberculosis), ไซโตเมกกาโลไวรัส (Cytomegalovirus), ลิชเมโนซิส (Leishmaniasis) มักเป็นสาเหตุของไข้ไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มโรคติดต่อที่พบบ่อย^(๔-๖) ส่วนในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาในกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุพบ สตรีปโทฟิลัสร้อยละ ๗.๕ ไข้เลือดออกร้อยละ ๕.๗ มิวรินโทฟิลัสร้อยละ ๕.๓ แบคทีเรีย ร้อยละ ๓.๐ เลปโตสไปโรสิสร้อยละ ๑.๑ และเมลิออยโดสิสร้อยละ ๐.๙ เป็นสาเหตุที่พบบ่อย^(๗)

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคได้กำหนดนิยามไข้ไม่ทราบสาเหตุไว้ว่า เป็นผู้ที่มีอาการไข้ หรืออาการไข้ร่วมกับอาการอื่น ๆ และยังไม่อาจให้การวินิจฉัยโรคได้^(๘) กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามหมายถึง ไข้เท่ากับหรือมากกว่า ๓๘.๓ องศาเซลเซียสโดยการวัดหลายครั้ง ใช้นานเท่ากับหรือมากกว่า ๓ สัปดาห์ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเต็มที่โดยแพทย์เฉพาะทางหลังจากได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนาน ๓ สัปดาห์แล้วไม่สามารถหาสาเหตุของไข้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามสากล (classical definition) ที่มีการอ้างอิงส่วนใหญ่ในกลุ่มนักวิจัยต่างประเทศ ส่วนไข้ไม่พบความผิดปกติ (Fever without Localizing Sign: FWLS) ได้นิยามไว้ว่าหมายถึง ผู้ที่มีไข้เท่ากับหรือมากกว่า ๓๘.๓

องศาเซลเซียส โดยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หลังจากซักประวัติการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายแล้ว ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้^(๙)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๕ มีแนวโน้มลดลงจากอัตราป่วย ๓๖๙.๔๐ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๓๐ เป็นอัตราป่วย ๑๒๙.๑๓ ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ สำหรับ พ.ศ. ๒๕๔๕ พบผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔,๖๕๗ ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๑๒๙.๑๓ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่าอัตราป่วยระดับประเทศ (อัตราป่วยของประเทศเท่ากับ ๓๔๔.๕๒ ต่อประชากรแสนคน)^(๑๐) ผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลต้องได้รับการดูแลรักษาและป้องกันโรคที่ถูกต้องทันที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดของโรคในพื้นที่นั้น ๆ กลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุอาจพบโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญได้ ดังนั้นจึงศึกษาสาเหตุของไข้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุอันเนื่องจากโรคติดต่อทางห้องปฏิบัติการ และลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๖ โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ได้สองจังหวัดทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในสองจังหวัดที่สุ่มได้ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไข้ตั้งแต่ ๓๘.๓ องศาเซลเซียสขึ้นไป อายุตั้งแต่ ๑๐ ปีขึ้นไป และแพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายไม่สามารถหาสาเหตุของไข้ได้ แล้วเก็บตัวอย่างเลือดปริมาณ ๗-๑๐ มิลลิลิตร จำนวน ๒ ครั้ง (paired serum) ห่างกัน ๑๒-๑๔ วัน ส่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการใน ๗ โรค ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ เลปโต-

สไปโรซิส มาลาเรีย เมลิออยโดสิส สตรีบโทฟัส และ โทพอยด์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึก ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยและผลการรักษาของโรงพยาบาล และผลการชันสูตร วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบกับ ข้อมูลจากกร. ๕๐๖ ในเขตจังหวัดเดียวกันปี ๒๕๔๖

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไป

จากผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ ๑๒๖ ราย เป็น ผู้ป่วยในร้อยละ ๗๓.๔ เพศหญิงร้อยละ ๕๔.๐ กลุ่มอายุ ๒๕-๔๔ ปี ร้อยละ ๓๘.๙ ตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๒๖.๒ และ ๑๐-๑๔ ปี ร้อยละ ๑๔.๓ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ ๕๗.๙ งานบ้านร้อยละ ๓๑.๐ และเกษตรกรกรรม ร้อยละ ๕.๖ (ตารางที่ ๑)

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนพบแพทย์ ส่วน- ใหญ่ไม่น้อยกว่า ๕ วัน (๗๐.๖%) และรองลงมาคือ ๕-๙ วัน (๑๖.๗%) (ตารางที่ ๒)

อาการและอาการแสดง มีอาการหนาวสั่น (๔๑.๓%) ไอ (๔๐.๕%) ปวดกล้ามเนื้อ (๓๗.๓%) ปวด ศีรษะ (๓๔.๙%) และ เจ็บคอ (๑๙.๐%) ดังตารางที่ ๓

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการตรวจ Com- plete Blood Count ร้อยละ ๗๘.๖ urine analysis ร้อยละ ๕๘.๖ และ widal test ร้อยละ ๒๕.๔ (ตารางที่ ๔)

แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ (fever cause หรือ fever unspecified หรือ acute febrile illness) ร้อยละ ๔๖.๐ ไข้เอนเทอริก ร้อยละ ๑๑.๑ และ ไข้เลือดออก ร้อยละ ๖.๔ (ตารางที่ ๕)

ผลการรักษาผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ หายป่วย ร้อยละ ๙๙.๒ และส่งต่อไปรับการรักษาตัวที่โรง- พยาบาลอื่น ร้อยละ ๐.๘

๒. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พบอัตราการศึกษาเชื้อของโรคไข้เลือดออกร้อยละ

ตารางที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไข้ไม่ทราบ สาเหตุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n = ๑๒๖) จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทผู้ป่วย	
ผู้ป่วยนอก	๓๓ (๒๖.๒)
ผู้ป่วยใน	๙๓ (๗๓.๘)
เพศ	
ชาย	๕๘ (๔๖.๐)
หญิง	๖๘ (๕๔.๐)
กลุ่มอายุ	
๑๐-๑๔ ปี	๑๘ (๑๔.๓)
๑๕-๑๙ ปี	๑๐ (๗.๙)
๒๐-๒๔ ปี	๑๖ (๑๒.๗)
๒๕-๔๔ ปี	๔๘ (๓๘.๙)
> ๔๕ ปี	๓๓ (๒๖.๒)
ค่าเฉลี่ยอายุ ๓๕ ปี ค่าต่ำสุด ๑๐ ปี ค่าสูงสุด ๘๕ ปี	
อาชีพ	
รับจ้าง	๗๓ (๕๗.๙)
งานบ้าน	๓๙ (๓๑.๐)
เกษตรกรกรรม	๗ (๕.๖)
รับราชการ	๔ (๓.๒)
ค้าขาย	๓ (๒.๔)
รวม	๑๒๖ (๑๐๐)

ตารางที่ ๒ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนมาพบแพทย์ของกลุ่ม ตัวอย่าง

ระยะเวลา (n = ๑๒๖)	จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า ๕ วัน	๘๙ (๗๐.๖)
๕-๙ วัน	๒๑ (๑๖.๗)
๑๐-๑๔ วัน	๑๐ (๗.๙)
≥ ๑๕ วัน ขึ้นไป	๖ (๔.๘)

ตารางที่ ๓ อาการและอาการแสดง ของกลุ่มตัวอย่าง

อาการและอาการแสดง (n = ๑๒๖ ราย)	จำนวน (ร้อยละ)
หนาวสั่น	๕๒ (๔๑.๓)
ไอ	๕๑ (๔๐.๕)
ปวดกล้ามเนื้อ	๔๗ (๓๗.๓)
ปวดศีรษะ	๔๔ (๓๔.๙)
เจ็บคอ	๒๔ (๑๙.๐)
ผื่นตามตัว	๑๑ (๘.๗)
อ่อนเพลีย	๑๑ (๘.๗)
การตรวจหูแก้วให้ผลบวก	๘ (๖.๓)
ผื่นขึ้นตามตัว	๖ (๔.๘)
ต่อมน้ำเหลืองโต	๖ (๔.๘)
ปวดท้อง	๔ (๓.๒)
ชัก	๕ (๔.๐)
ตาแดง	๓ (๒.๔)
แผลกดทับ	๒ (๑.๖)
อาการทางสมอง	๑ (๐.๘)

๒๕.๕ ใช้หวัดใหญ่ร้อยละ ๖.๓ เลปโตสไปโรซิสและเมลิออยโดสิส เท่ากัน ร้อยละ ๔.๐ สครับไทฟัส ร้อยละ ๒.๔ ส่วนไทฟอยด์และมาลาเรีย ไม่พบการติดเชื้อ (ตารางที่ ๖)

๓. เปรียบเทียบการกระจายของโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ กับโรคไข้เลือดออก

๓.๑ จากโครงการศึกษาสาเหตุของไข้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ

พบการกระจายของโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ (๑๒๖ ราย) กับไข้เลือดออก (๓๒ ราย) จำแนกตามวันเริ่มป่วยรายเดือน ในปทุมธานี มีการกระจายไปในทิศทางเดียวกัน (รูปที่ ๑)

๓.๒ จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. ๕๐๖) ปี ๒๕๔๖^(๑๑)

พบการกระจายของโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ (๑,๖๔๗ ราย) กับไข้เลือดออก (๒,๑๓๑ ราย) จำแนก

ตารางที่ ๔ ชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = ๑๒๖)	จำนวน (ร้อยละ)
Complete blood count	๕๕ (๔๓.๖)
Urine analysis	๗๔ (๕๘.๖)
Widal test	๓๒ (๒๕.๔)
Chest X-ray	๑๗ (๑๓.๕)
BUN creatinine	๑๒ (๙.๕)
HIV	๕ (๓.๙)
Liver function test	๑ (๐.๘)
Latex agglutination test	๑ (๐.๘)

ตารางที่ ๕ การวินิจฉัยของแพทย์

การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๕๘ (๔๖.๐)
ไข้เนื้อเยื่อ	๑๔ (๑๑.๑)
ไข้เลือดออก	๘ (๖.๔)
คออักเสบ	๔ (๓.๒)
ปอดบวม	๔ (๓.๒)
ติดเชื้อไวรัส	๔ (๓.๒)
ภาวะน้ำตาลต่ำ	๔ (๓.๒)
สครับไทฟัส	๓ (๒.๔)
ไข้ไทฟอยด์	๓ (๒.๔)
เบาหวานร่วมกับไข้	๓ (๒.๔)
ไตอักเสบ	๒ (๑.๖)
ไข้หวัดใหญ่	๒ (๑.๖)
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	๒ (๑.๖)
หลอดลมอักเสบ	๑ (๐.๘)
อุจจาระร่วง	๑ (๐.๘)
กระเพาะอาหาร	๑ (๐.๘)
ติดเชื้อระบบทางหายใจ	๑ (๐.๘)
ไข้สุกใส	๑ (๐.๘)
ติดเชื้อระบบประสาท	๑ (๐.๘)
ไม่ระบุ	๕ (๓.๙)
รวม	๑๒๖ (๑๐๐.๐)

ตารางที่ ๖ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่าง

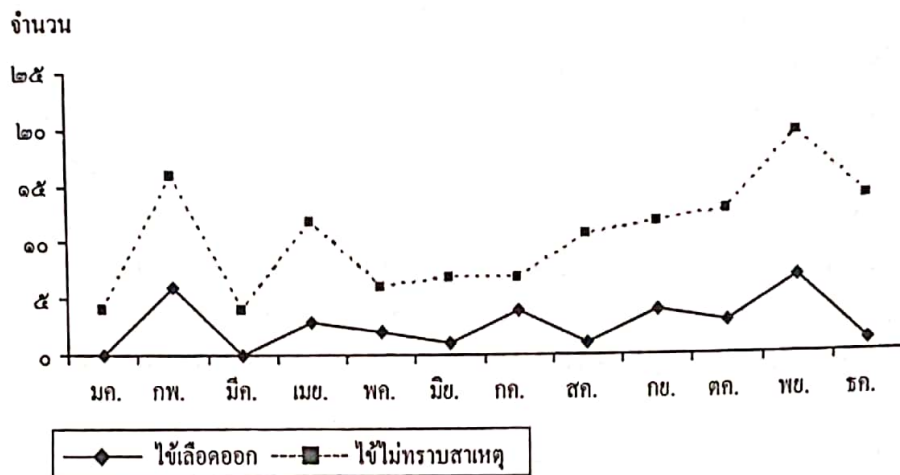
โรค	จำนวน ตัวอย่าง	พบผลบวก (ร้อยละ)
ไข้เลือดออก	๑๑๒	๓๒ (๒๘.๕)
ไข้หวัดใหญ่	๑๑๖	๘ (๖.๙)
เลปโตสไปโรสิส	๑๑๖	๕ (๔.๓)
เมลิออยโดสิส	๑๑๖	๕ (๔.๓)
สครับไทฟัส	๑๑๘	๓ (๒.๕)
มาลาเรีย	๑๒๖	๐ (๐.๐)
ไทฟอยด์	๑๒๐	๐ (๐.๐)

หมายเหตุ: พบว่ามีโรคติดเชื้อมากกว่าหนึ่งโรคจำนวน ๕ ราย

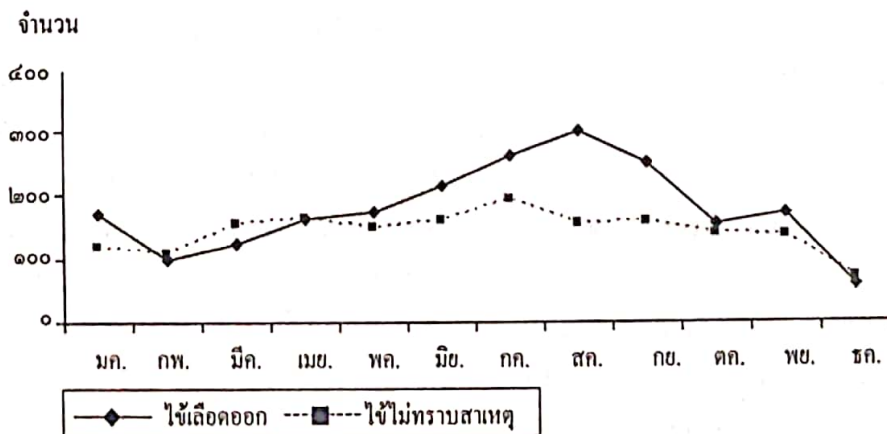
ตามวันเริ่มป่วยรายเดือนจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. ๕๐๖) จังหวัดนนทบุรีและปทุมธานี พบการกระจายของโรคไปในทิศทางเดียวกัน (รูปที่ ๒)

วิจารณ์

ประวัติการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ ตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนมาพบแพทย์ส่วนใหญ่น้อยกว่า ๕ วัน ก่อนมีอาการเฉพาะที่ (localizing sign) สอดคล้องกับนิยามโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุจากสำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคติดต่อทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการไข้เฉียบพลัน การที่ผู้ป่วยรีบมารับการรักษาถือว่าเป็น



รูปที่ ๑ การกระจายของโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุกับไข้เลือดออกในโครงการศึกษาฯ



รูปที่ ๒ การกระจายของโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุกับไข้เลือดออกตามวันเริ่มป่วยในระบบ รง. ๕๐๖ ปี ๒๕๕๖

สิ่งที่ตีที่แพทย์สามารถค้นหาสาเหตุการติดเชื้อได้ตั้งแต่แรกเริ่ม

ส่วนใหญ่มีอาการไข้ หนาวสั่น ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (Complete Blood Count) มากที่สุด รองลงมาเป็นการตรวจปัสสาวะ (urine analysis) กับ Widal test แพทย์ได้วินิจฉัยเป็นโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ ๔๖ แสดงว่าในจำนวนเกือบครึ่งนี้ไม่สามารถค้นหาสาเหตุของโรคได้ และเมื่อได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการติดเชื้อเลือดออกสูงสุด ร้อยละ ๒๕.๔ แต่ในการตรวจร่างกายของแพทย์พบมีการทดสอบโดยวิธีทูนิเก้ (tourniquet test) เพียง ๕๖ ราย และให้ผลบวก ๘ ราย (ร้อยละ ๖.๓) ถึงแม้ว่าการตรวจทูนิเก้มีความจำเพาะและความไวไม่มากนักแต่ยังเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ดังนั้นจึงควรเน้นแนวทางการวินิจฉัยที่แพทย์ควรคำนึงถึงในกลุ่มผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ การซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างถี่ถ้วนเป็นอันดับแรก หากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้วยังไม่ชี้แนะสาเหตุหรือยังมีข้อมูลไม่มากพอ การค้นหาทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติลำดับต่อไป

โรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ พบอัตราการติดเชื้อเลือดออกสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับ ยุทธการ ยะนันโต และคณะ^(๑๐) ได้ศึกษาการเฝ้าระวังไข้ไม่ทราบสาเหตุในผู้ป่วยที่มีอาการไข้และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุ พบมีการติดเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus) ร้อยละ ๒๕.๔ การศึกษาของวิชัย สติมัย และคณะ^(๑๑) ได้ตรวจค้นหาการติดเชื้อไวรัสเด็งกี พบมีการติดเชื้อสูงทุกเดือน และส่วนมากเป็นการติดเชื้อซ้ำ สำหรับรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๔๖ พบผู้ป่วยทั้งสิ้น ๔,๓๗๖ ราย อัตราป่วย ๑๐๗.๗๙ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศ (๑๐๑.๑๔ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร)^(๑๒) แสดงให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาโรคติดเชื้อที่สำคัญในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จึงควรวางแผนการดำเนินงานป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนถึงฤดูกาลระบาด เน้นกิจกรรมการป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่นั้น ๆ และสอบสวนโรคเพื่อค้นหาแหล่งรังโรค สาเหตุ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายแรกของหมู่บ้าน

พบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่รองลงมา (ร้อยละ ๖.๓) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณึงคิด ประสิทธิ์เชตร และคณะ ที่ศึกษาผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุจังหวัดสกลนคร พบการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ร้อยละ ๑๒.๐ และเป็นไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ ร้อยละ ๗๔.๖^(๑๓) ส่วนการเฝ้าระวังไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีรายงานการแยกเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้ตลอดปี^(๑๔,๑๕) สถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ปี ๒๕๔๖ พบมากในเขตภาคกลางเป็นอันดับสองรองจากภาคใต้ ในอดีตพบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก (pandemic influenza) เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๑, ๒๕๐๐ และ ๒๕๑๑ มีการคาดการณ์ว่าจะมีการระบาดใหญ่ทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่ในอนาคตอันใกล้ และจากสถานการณ์ปัจจุบันพบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในประเทศเวียดนาม และจีน พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค ได้กำหนดให้มีการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่โดยให้ส่งรายงานทุกสัปดาห์ และสอบสวนโรคผู้เสียชีวิตทุกราย จึงต้องมีการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุเช่นกัน

พบอัตราการติดเชื้อเลปโตสไปรา ร้อยละ ๔.๐ ซึ่งสอดคล้องกับวารางคณา เอี่ยมสกุล และสลักจิตร ชูติพงษ์วิเวท^(๑๖) ที่ศึกษาาระบาดวิทยาของโรคเลปโตสไปโรสิส ในเขตภาคเหนือตอนบนพบผลบวกต่อเชื้อเลปโตสไปรา ร้อยละ ๗.๕ สำหรับสถานการณ์โรคในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ ในปี ๒๕๔๖ พบผู้ป่วยรวม ๒๐ ราย^(๑๗) ส่วนใหญ่โรคนี้ได้รับรายงานผู้ป่วยสูงสุดในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวก มีประชาชนเคลื่อนย้ายตลอดเวลา อาจเป็นพาหะในการแพร่กระจายเชื้อได้ ส่วนเมลิออย-

โดสิส พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ ๔.๐ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ *Burkholderia pseudomallei* ทนต่อสภาพแวดล้อมได้ดีมากและสามารถหลบซ่อนในดินตลอดทั้งปี^(๑๗) แม้โรคนี้อยู่ไม่อยู่ในระบบรายงานเฝ้าระวังโรค แต่เป็นโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป และสคริปโทฟิส พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ ๒.๔ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา ปี ๒๕๔๖ พบผู้ป่วยมากสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร ชินประเสริฐศักดิ์ และคณะ ได้ศึกษาการติดเชื้อสคริปโทฟิสในกลุ่มอาการไข้เฉียบพลันในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบเชื้อสคริปโทฟิสถึงร้อยละ ๓๔.๗^(๑๘) สถานการณ์โรคในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ พบผู้ป่วยจำนวน ๔๑ ราย^(๑๙) ดังนั้นโรคเลปโตสไปโรสิส เมลิออยโดสิส และสคริปโทฟิส จึงควรคำนึงถึงและมีการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุต่อไป

การกระจายของการเกิดโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุกับไข้เลือดออก ของจังหวัดนนทบุรีและปทุมธานี พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งในผลการศึกษาคั้งนี้ และจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน ๕๐๖) แสดงให้เห็นว่าเมื่อเกิดโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุสูงชันนั้น จะมีโอกาสพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

๑. ผู้บริหารควรกำหนดแนวทางการค้นหาสาเหตุของไข้ โดยเริ่มจากการยืนยันผู้ป่วยก่อนการค้นหาสาเหตุต่อไป การซักประวัติ และการตรวจร่างกายอย่างละเอียด เป็นการนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้อง

๒. เจ้าหน้าที่ชั้นสูต ควรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรได้รับการพัฒนา

ระบบเฝ้าระวังโรค โดยการรายงานผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อทราบสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน และวางแผนป้องกันควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง สำหรับการศึกษาคั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อศึกษาแนวทางการวินิจฉัยไข้ไม่ทราบสาเหตุในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลต่อการรายงานโรคนี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ นายแพทย์สมศักดิ์ไชยวัฒน์ นายแพทย์ ๙ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพฯ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี และปทุมธานี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๓. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๔๓. หน้า ๒๘๕.
๒. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๔. หน้า ๑๗๑.
๓. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๕. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๕. หน้า ๓๒๑.
๔. Bissuel F, Leport C, Perronne C, Longuet P, Vilde JL. Fever of unknown origin in HIV-infected patients: a critical analysis of a retrospective series of 57 cases. *J Intern Med* 1994; 236:529-35.
๕. Knockaert DC, Vanneste LJ, Vanneste SB, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in the 1980s: an update of the diagnostic spectrum. *Arch Intern Med* 1992; 152:51-5.
๖. Shoji S, Imamura A, Imai Y, Igarashi A, Yazawa M,

- Hirahara K, et al. Fever of unknown origin : a review of 80 patients from the Shin'etsu area of Japan from 1986-1992. Intern Med 1994; 33:74-8.
๑๗. อมร ถิลาธรรมิ. ไข้เฉียบพลันที่ไม่ทราบสาเหตุ. ใน: สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, บุญมี ตตาปัดขวงค์, บรรณาธิการ. An update on infectious diseases I. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย; ๒๕๓๖.
 ๑๘. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๖. ๕๓-๕.
 ๑๙. กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดเชื้อ ประเทศไทย ๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๔.
 ๑๐. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ๒๕๔๖. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๖. หน้า ๔๐-๖.
 ๑๑. บุทธการ ชะนันโต, วารินทร์ บุญเย็น, สลักจิตร ชูติพงษ์วิเวท. การเฝ้าระวังไข้ไม่ทราบสาเหตุทางห้องปฏิบัติการ. วารสารศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่ ๒๕๓๕; ๓๑:๒๒-๖.
 ๑๒. วิชัย สติมย์, ถักษณา หลายทวีวัฒน์, ผ่องพรรณ วงศ์หิรัญรัตน์. การตรวจค้นหาการติดเชื้อไวรัส Dengue ในผู้ป่วยกลุ่มไข้ไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยวิธีน้ำเหลืองวิทยา. วารสารโรคติดต่อ ๒๕๔๑; ๒๔:๕๓๘-๔๕.
 ๑๓. คณิศกร ประสิทธิ์เขตร, ปราณี ชวัชสุภา, สุทัศน์ วิมลเศรษฐ.
- การค้นหาคัดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร โดยวิธีน้ำเหลืองวิทยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๘๕๕-๕๐๔.
๑๔. ปราณี ชวัชสุภา, ไพบูลย์ มณีวงศ์, คณิศกร ประสิทธิ์เขตร. สายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่แยกได้ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๐. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๑; ๗:๔๔๗-๕๔.
 ๑๕. ปราณี ชวัชสุภา, ไพบูลย์ มณีวงศ์, คณิศกร ประสิทธิ์เขตร. สายพันธุ์ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่แยกได้ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๒. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๓; ๕:๕๕๑-๗.
 ๑๖. วรางคณา เอี่ยมสกุล, สลักจิตร ชูติพงษ์วิเวท. การศึกษาระบาดวิทยาของโรคเลปโตสไปโรซิสในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ ๒๕๓๕; ๒๕:๖๐-๗๐.
 ๑๗. Wuthiekanan V, Smith MD, Dance DAB, White N. Isolation of *Pseudomonas pseudomallei* from soil in Northeastern Thailand. Trans R Soc Trop Med Hygiene 1995; 89:41-3.
 ๑๘. Chinprasatsak S, Pawadee S, Chirapa E, Vichai S, Pochaman W. Scrub Typhus in acute F.U.O. at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Med J 1997; 21:159-71.

Abstract Infectious Diseases in Pyrexia of Unknown Origin Patients in Community Hospitals in Public Health Region 1, 2004

Sarayuth Uhttamangkpong, Veena Bhakdisirivichai, Nipat Poonsawat

Office of Disease Prevention and Control 1. (Bangkok)

Journal of Health Science 2006; 15:141-9.

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to study the etiology of acute febrile illness based on laboratory investigations and epidemiology characteristics in community hospitals in two provinces in Public Health Region 1 selected by simple random sampling, during January - December 2003. Target patients were those over 10 years old, running temperature at over 38.3°C without definite diagnosis emerging from histories and physical examinations. Paired serum of each patient were collected at a 12-14 day interval for laboratory examinations. Their medical records were assessed and compilation of data was made by descriptive statistical analysis and comparison was made with epidemiological reports in respective areas.

Among 126 subjects in the study, 73.8 percent were in-patients, 54.0 percent females, 38.9 percent aged 25-45 years and 57.9 percent employees. It took 70.6 percent of them less than 5 days from the onsets of illness to see physicians. The subjects reported the symptoms of chill (41.3%), cough (40.5%) and myalgia (37.3%). Laboratory examinations were complete blood count (78.6%), urine analysis (58.6 %) and Widal test (25.4%). Their diagnoses included pyrexia of unknown origin (46.0%), enteric fever (11.1%) and dengue infection (6.4%). However the laboratory investigations of their paired serums revealed dengue viral infection (25.4%), influenza (6.3%), leptospirosis (4.0%), melioidosis (4.0%) and scrub typhus (2.4%). No case of typhoid and malaria were reported. Such similarities were also observed when data from epidemiological reports in respective areas were compared. There should be efforts to develop guideline to identify the causes of acute febrile illnesses, supporting standard laboratory examinations and effective surveillance system to properly prevent and control infectious diseases.

Key words: infectious disease, acute febrile illness