

โรคชิคุนคุนย่า

(Chikungunya)



โดย อมรัตน์ ชูถิ



ลักษณะโรค

- โรคซิกุนกูญา เป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกุนกูญาที่มีอยู่ตาย เป็นพาหะนำโรค อาการคล้ายไข้แดงก็ต่างกันที่ไม่มีการรื้อ ของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด ผู้ป่วยจึงไม่รุนแรงถึงช็อก

ระบาดวิทยาของโรค

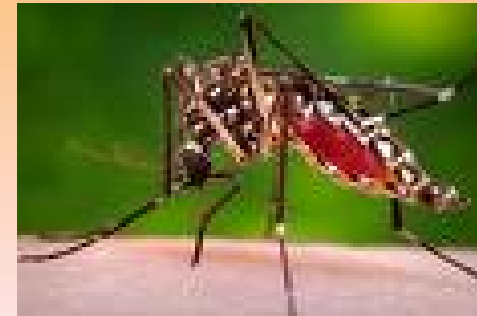
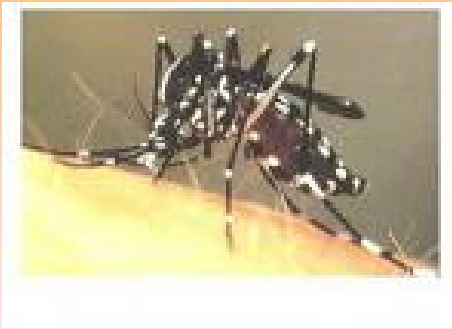
- การติดเชื้อซิคุนกุญา เดิมมีรกรากอยู่ในทวีปแอฟริกา
- ในไทยพบครั้งแรกพร้อมกับที่มีไข้เลือดออกระบาดเป็นครั้งแรกในทวีปเอเชียเมื่อ พ.ศ.2501 แยกเชื้อซิคุนกุญา ได้จากผู้ป่วยโรงพยาบาลเด็ก
โรคนี้นพบมากในฤดูฝน

ในประเทศไทย พบมีการระบาดของซิคุนกุญา 6 ครั้ง พ.ศ.2531 ที่
จังหวัดสุรินทร์พ.ศ.2534 ที่ขอนแก่น และปราจีนบุรี

พ.ศ.2536 พบ 3 ครั้งที่ นครศรีธรรมราช และ หนองคาย

สาเหตุ

- เกิดจากเชื้อ **Chikungunya virus** ซึ่งเป็น **RNA Virus**
มียุงลาย **Aedes aegypti, Ae. albopictus** เป็นพาหะนำโรค



วิธีการติดต่อ

- ติดต่อกันโดย ยุงลายตัวเมีย กัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงและเพิ่มจำนวนมากขึ้นและเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อยุงไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้เกิดอาการไข้ได้



ระยะฟักตัว

- โดยทั่วไปประมาณ 1 – 12 วัน แต่ที่พบบ่อย ประมาณ 2 – 3 วัน

ระยะติดต่อ

- ระยะไข้สูงประมาณวันที่ 2 – 4 เป็นระยะที่มีไวรัส อยู่ในกระแสเลือดมาก

อาการและอาการแสดง

- ใช้สูงเฉียบพลัน มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย มีอาการคันร่วมด้วย พบตาแดง แต่ไม่ค่อยพบจุดเลือดออกในตาขาว อาการในเด็กไม่รุนแรงเท่าผู้ใหญ่
- ในผู้ใหญ่อาการที่เด่นชัด คือปวดข้อ พบข้ออักเสบที่ข้อเล็กๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ซึ่งพบได้หลายๆข้อ เปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อยๆ อาการรุนแรงยับข้อไม่ได้ จะหายไปเองใน **1 - 12** สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดข้อได้อีกภายใน **2-3** สัปดาห์ บางรายปวดข้ออยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปี ไม่รุนแรงถึงข้อ **Tourniquet test** บวกพบจุดเลือดออก (**petichiae**) บริเวณผิวหนังได้

petichiae



maculopapular rash



ความแตกต่างระหว่าง DF ,DHF กับ Chikungunya

- Chikungunya ไข้สูงอย่างเฉียบพลันกว่า DHF ,คนไข้มาโรงพยาบาลเร็วกว่า
- ระยะไข้สั้นกว่า (2 วัน) DHF ส่วนใหญ่ไข้ลงในวันที่ 4
- พบจุดเลือดออกและทดสอบทูนิเกต์ผลบวก พบน้อยกว่า ใน DHF
- ไม่พบconvalescent petechial rash ที่มีวงขาวๆใน Chikungunya
- พบผื่นแบบmaculopapular rash และ conjunctival injectionน้อยกว่าDHF
- พบมีอาการชักร่วมด้วยสูงกว่า DHF 3 เท่า (15%)

การรักษา

- ไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจง (specific treatment)
การรักษาเป็นแบบประคับประคอง (supportive treatment) เช่น ให้ยาลดอาการไข้ ปวดข้อ และการพักผ่อน

นียมามในการเฝ้าระวังโรค

1.เกณฑ์การเฝ้าระวังโรค

1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (clinical criteria) มีไข้สูง

ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 อาการ

- ปวดกระดูกหรือข้อ/ ข้อบวม/ข้ออักเสบ
- มีผื่น
- ปวดกล้ามเนื้อ
- ปวดกระบอกตา
- ปวดศีรษะ

1.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ(laboratory criteria)

- **ทั่วไป**

- CBC มีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ,เกล็ดเลือดปกติ

- **จำเพาะ**

- ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาในน้ำเหลืองคู่ด้วยวิธี haenagglutination inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือน้ำเหลืองสายเดี่ยว พบแอนติบอดี $\geq 1:2,560$ หรือ

- พบแอนติบอดีชนิดIgM ต่อเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ≥ 40 unit โดยวิธี ELISA หรือ

- ตรวจพบไวรัสจีโนมโดยวิธี PCR

- แยกเชื้อได้จากเลือด(Viral Isolation)

2. ประเภทผู้ป่วย

- 2.1 ผู้ป่วยที่สงสัย (suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก
- 2.2 ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
 - มีผลการตรวจเลือดทั่วไป
 - มีการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ
- 2.3 ผู้ป่วยที่ยืนยันผล (confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีผลทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3. การรายงานผู้ป่วยตามแบบฟอร์มกระทรวง.506

- ให้รายงานผู้ป่วยตั้งแต่สงสัย โดยรายงานเป็นโรคในลำดับที่ 84 ของรายการโรคในใบรายงานรง.506 รวมทั้งผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชน

4.การสอบสวนโรค

4.1 สอบสวนเฉพาะราย เมื่อมีรายงานให้สอบสวนโรค ยืนยันการตรวจวินิจฉัย ค้นหาแหล่งติดเชื้อและควบคุมโรค

4.2 สอบสวนการระบาด

การเก็บตัวอย่างและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 1.การแยกเชื้อไวรัสจากซีรัม
- 2.การตรวจทางน้ำเหลือง มีการตรวจยืนยันหลายวิธี เช่น ELISA HI Test

1.การแยกเชื้อไวรัสจากซีรัม

เก็บตัวอย่างโลหิตโดยเจาะจากเส้นโลหิตดำที่แขนประมาณ 5 cc ใส่ในหลอดที่ปราศจากเชื้อ ทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 15 – 30 นาที แชน้ำแข็ง หรือเก็บไว้ในตู้เย็นธรรมดา (ห้ามแช่แข็ง) นำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชม.

2. การตรวจทางน้ำเหลือง

- น้ำเหลืองประมาณ 1 – 2 cc เก็บ 2 ครั้ง ห่างกัน 7 – 14 วัน ครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 7 – 14 วัน

การเก็บตัวอย่าง

เจาะเลือดจากหลอดเลือดดำโดยวิธีปลอดเชื้อ ใส่หลอดแก้วปราศจากเชื้อ ประมาณ 3 – 5 cc ปั่นแยกเฉพาะน้ำเหลืองใส่ในหลอดปราศจากเชื้อ ปิดจุกและพันด้วยพาราฟิล์มหรือเทปให้แน่น ปิดฉลากและเขียนชื่อสกุลผู้ป่วย วันที่เก็บเลือด และการตรวจทางน้ำเหลืองที่ต้องการ เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส รอจนได้ตัวอย่างที่ 2 จึงส่งพร้อมกัน

วิธีการเก็บตัวอย่าง โดยใช้กระดาษซับเลือดมาตรฐาน

ข้อจำกัด คือราคาสูง และผลการตรวจผิดพลาด

- สถานการณ์โรคซิกนุกุนยาในประเทศไทย(1 – 22 มกราคม 2552)

จากข้อมูลตรง.506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ได้รับรายงานผู้ป่วย **1,661** ราย

❖ จังหวัดนครราชสีมา **905** ราย (เชียงใหม่,บาเจาะ,เรือเสาะ)

❖ จังหวัดสงขลา **557** ราย (พบ 4 อำเภอใน 16 อำเภอ พบมาก โดยเฉพาะอำเภอ สะบ้าย้อย)

❖ จังหวัดปัตตานี **131** ราย (สายบุรี,ทุ่งยางแดง,มายอ)

❖ จังหวัดยะลา **68** ราย

สถานการณ์โรคซึคนกุนยา จังหวัดสงขลา

(ตั้งแต่วันที่ 5 พย. – 31 ธค. 2552)

- จากข้อมูล รง.506 งานระบาดวิทยา ฝ่ายควบคุมโรค สสจ.สงขลา ได้รับรายงานพบผู้ป่วยรายแรกที่ตำบลห้วยบอน อำเภอสะบ้าย้อย และยังคงพบอย่างต่อเนื่อง พบสูงสุดถึง(534ราย)และพบเพิ่มที่อำเภอเทพา อำเภอสะเดา และอำเภอหาดใหญ่ จำนวน (1 ราย) ที่มอ. อายุที่พบมาก คือ 25 – 34 ปี อาชีพ ที่มีผู้ป่วยสูงสุด คือ อาชีพเกษตรกร จำนวน 540 ราย