



จดหมายข่าว

Newsletter

พฤษภาคม-สิงหาคม 2547

ปีที่ 21 Suppl. 2

คณะกรรมการสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

พ.ศ. 2547-2548

ที่ปรึกษา	มุกดา ตฤณานนท์
ที่ปรึกษา	สมพันธ์ บุญขลุ่ย
ที่ปรึกษา	สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ที่ปรึกษา	อมร ลีลารัศมี
ที่ปรึกษา	นลินี อัสวโกภี
นายกสมาคม	พรรณพิศ สุวรรณกุล
อุปนายก	อุษา ทิสยากร
เลขาธิการและนายทะเบียน	ธีระพงษ์ ตันทาวีเชียร
บรรณาธิการวารสาร	ชัชฌา สวนกระต่าย
Webmaster	ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ
เหรียญกิตติมศักดิ์	ศศิธร ลิขิตนุกุล
ปฎิคม	ธนาสนธิ์ ธรรมกุล
ประธานฝ่ายวิชาการ	นลินี อัสวโกภี
ประธานฝ่ายวิจัย	วิญญู ธรรมลิขิตกุล
กรรมการกลาง	วิญญู ธรรมลิขิตกุล
กรรมการกลาง	สมหวัง ค่านชัยวิจิตร
กรรมการกลาง	สุรพล สุวรรณกุล
กรรมการกลาง	บุญมีสถาปัตยวงศ์
กรรมการกลาง	สมบัติ ลีลาสุภาศรี
กรรมการกลาง	ภิรุญ มุตสิกพันธ์
กรรมการกลาง	ชัชฌา พันธุ์เจริญ

คณะผู้จัดทำข่าว

ชัชฌา สวนกระต่าย

วันลา กุลวิจิต

ภิรุญ มุตสิกพันธ์

อนุชา อภิสารธนรัถย์

สำนักงานสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 ซ.ศูนย์วิจัย

ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6874, โทรสาร 0-2716-6807

Website: WWW.idthai.org

คำนำ

วารสารฉบับนี้นับเป็นฉบับที่ 2 ของปีพ.ศ. 2547 ที่ทางกองบรรณาธิการชุดใหม่ได้พยายามออกพิมพ์ให้รวดเร็วที่สุดตามหลังฉบับที่ 1 ที่พึ่งออกไป เนื่องจากมีความล่าช้าในกระบวนการจัดพิมพ์มาก หวังว่าสมาชิกสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย และผู้อ่านคงให้อภัยในความผิดพลาด ทางกองบรรณาธิการจะพยายามเร่งออกฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2547 ให้เสร็จภายในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 นี้ สำหรับฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ. 2548 ขณะนี้ก็รวบรวมบทความต้นฉบับและบทความทบทวนเกือบครบสมบูรณ์แล้ว คาดหวังว่าคงสามารถออกให้ทันภายในเดือนเมษายนนี้ ทางอาจารย์วันลา กุลวิจิต รองบรรณาธิการ. ในขณะนี้ก็พยายามนำบทความที่ลงในวารสารทั้งฉบับเก่าและฉบับใหม่มาเข้าไปใน website ของทางสมาคมฯ เพื่อความสะดวกของท่านสมาชิกทั้งหมด สำหรับอาจารย์อนุชา อภิสารธนรัถย์ รองบรรณาธิการอีกท่านหนึ่งก็สามารถหาบทความทบทวนจากผู้เขียนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมากมาย ถ้ามีมากพออาจสามารถลงในวารสารได้ฉบับละ 2 เรื่อง

สำหรับวารสารฉบับนี้ที่ประกอบด้วยบทความนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 4 เรื่อง รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ 1 ราย และ Letter to the Editor ซึ่งมาจากอาจารย์สมนึก สังฆานุภาพ และ Professor William Powderly ซึ่งกล่าวถึงการควรมียา tenofovir disoproxil fumarate ซึ่งเป็นยาต้านไวรัส HIV ในประเทศไทย เนื่องจากมีการใช้ GPO-VIR อย่างแพร่หลายในประเทศในขณะนี้ อาจทำให้มีการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสืบเนื่องกับกรณีดังกล่าวในวารสารฉบับนี้ก็มีความนิพนธ์ต้นฉบับมาจากอาจารย์สมนึก สังฆานุภาพและคณะ ซึ่งศึกษาถึง genotypic resistance ในผู้ป่วยเอดส์ที่ล้มเหลวจาก GPO-VIR ท่านสมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดต้องการวิจารณ์หรือให้คำแนะนำบทความดังกล่าว สามารถเขียนหรือ email มายังกองบรรณาธิการได้ตลอดเวลา ยินดีน้อมรับและพร้อมจะลงในวารสารตามเห็นสมควร

รศ.นพ.ดร.ชัชฌา สวนกระต่าย
หัวหน้าบรรณาธิการ

อัตราค่าสมาชิกสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

สมาชิกสามัญตลอดชีพ 2,000 บาท

สารบัญ

เรื่องย่อประจำฉบับ 2-4

เรื่องย่อประจำฉบับ

ฤทธิ์ในหลอดทดลองของ penicillin G, cefotaxime, fosfomycin, fusidic acid และ vancomycin ต่อเชื้อ *Streptococcus pneumoniae*

พรรณทิพย์ ฉายากุล, พ.บ.

ราตรี หอทิวกุล, วท.ม. (จุลชีววิทยา)

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

ได้ศึกษาฤทธิ์ของ penicillin G, cefotaxime, fosfomycin, fusidic และ vancomycin ด้วยวิธี E-test ต่อเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ที่แยกได้จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 53 isolates อย่างต่อเนื่องในระหว่างปีพ.ศ. 2544 -2545. ผลการศึกษาพบว่าเชื้อ *S. pneumoniae* ไวต่อ penicillin ร้อยละ 24.5 คือแบบ intermediate ร้อยละ 56.6 และคือระดับสูง ร้อยละ 18.9. เชื้อทุก isolate ไวต่อ vancomycin และ fosfomycin. เชื้อร้อยละ 54.7 และร้อยละ 15.1 ไวต่อ cefotaxime และ fusidic acid ตามลำดับ. เชื้อที่แยกได้จากน้ำไขสันหลัง 5 จาก 6 isolates (ร้อยละ 83.4) ไวต่อ cefotaxime แต่อีก 1 isolate คือระดับสูงต่อ cefotaxime. เชื้อที่แยกได้จากตัวอย่างที่อื่นๆ ไวต่อ penicillin และ cefotaxime น้อยกว่า. เชื้อที่คือระดับสูงคือ penicillin จำนวน 10 isolates คือต่อ fusidic acid ทั้งหมดและไวต่อ cefotaxime เพียง 1 isolate. ในผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบจาก pneumococci ทุกราย จำเป็นต้องส่งตรวจหาความไวของเชื้อต่อ penicillin และ cefotaxime โดยการหาค่า minimal inhibitory concentrations. (*J Infect Dis Antimicrob Agents* 2004;21:41-6.)



การทดสอบความไวของเชื้อ *Enterococcus* species ต่อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปีพ.ศ. 2537 และ 2544

สมพร ศรีเฟื่องฟู้ง, ปร.ด. (จุลชีววิทยา)*

วนิดา เตชะไชยวิวัฒน์, วท.ม. (เภสัชศาสตร์ชีวภาพ)*

ศุภลักษณ์ แสนปัญญา, ป. พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์*
เชิดศักดิ์ วีระบุตร, พ.บ., วท.ม. (จุลชีววิทยา)*

* ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

เชื้อ *Enterococcus* spp. จำนวน 2,452 สายพันธุ์ที่แยกได้จากผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปีพ.ศ. 2537-2544 เมื่อนำมาทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ พบว่าเชื้อ *Enterococcus* spp. มีความไวต่อยา vancomycin แยกตามปีเท่ากับร้อยละ 88, ร้อยละ 99, ร้อยละ 96, ร้อยละ 100, ร้อยละ 86, ร้อยละ 94.23, ร้อยละ 99.53 และร้อยละ 98.98 ตามลำดับ โดยสรุปเชื้อ *Enterococcus* spp. จากสายพันธุ์ทั้งหมดที่แยกได้ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2544 มีความไวต่อยา ampicillin (76%), amoxicillin/clavulanate (77%), ampicillin/sulbactam (81%), piperacillin/tazobactam (71%), imipenem (81%) และ teicoplanin (93%) มีความไวเล็กน้อยต่อยา penicillin G (51%), fosfomycin (53%) และคือต่อยา meropenem, erythromycin, high-level gentamicin, fusidic acid, norfloxacin, ciprofloxacin และ ofloxacin สำหรับเชื้อ *E. faecium* พบว่าคือต่อยาปฏิชีวนะที่ใช้กันทั่วไปมากกว่า เชื้อ *E. faecalis* (*J Infect Dis Antimicrob Agents* 2004;21:47-52.)



Extended-Spectrum Beta-Lactamase ในแบคทีเรีย
แกรมลบที่แยกได้จากในเลือด

Lata Kapoor, M.D.

Monorama Deb, M.D.

Department of Microbiology, Lady Hardinge Medical

College and Associated Hospitals, Delhi, India – 110001.

จุดประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อหาความชุกของ extended-spectrum beta-lactamases (ESBLs) ในแบคทีเรียที่แยกได้จากเลือด และหาความไวต่อยาปฏิชีวนะในกลุ่ม non-beta-lactam ผลการศึกษามี 130 สายพันธุ์ที่ได้จากผู้ป่วยทุกอายุในช่วงประมาณ 4 เดือน ทดสอบการสร้าง ESBL โดยวิธีการทดสอบแบบ Jarlier's double disc diffusion synergy test (DDST) และวิธีตัดแปลงโดยลดระยะห่างระหว่าง disc ลง และหาความไวต่อยาปฏิชีวนะ amikacin, chloramphenicol, ciprofloxacin, gentamicin และ netilmicin ผลการศึกษาพบร้อยละ 10 ของแบคทีเรียที่สร้าง ESBL โดยวิธีตัดแปลงของ DDST และไม่พบ ESBL เลยจากวิธี DDST ผลการทดสอบความไวมีร้อยละ 69 ไวต่อ ciprofloxacin และ ร้อยละ 54 ไวต่อ chloramphenicol และพบ *Klebsiella pneumoniae* เป็นแบคทีเรียส่วนใหญ่ที่สร้าง ESBL จากการศึกษาแนะนำให้ใช้วิธี DDST แบบตัดแปลงในการหา ESBL ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายไม่ยุ่งยาก เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในห้องปฏิบัติการที่มีจำนวนตัวอย่างส่งตรวจมากในโรงพยาบาลของผู้ศึกษา (*J Infect Dis Antimicrob Agents 2004;21:53-60.*)



การดื้อต่อยาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ล้มเหลวจากสูตรยา d4T/3TC/NVP

สมนึก สังฆานุกาพ, พ.บ. *
วีรวัดน์ มโนสุทธิ, พ.บ. *
ศศิโสภณ เกียรติบุญกุล, พ.บ. *
วสันต์ จันทราทิตย์, ด.บ.**

*หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400
**หน่วยไวรัสวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือเพื่อค้นหารูปแบบการดื้อยาทาง genotypic ในผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากสูตรยาแรกที่เป็น d4T/3TC/NVP มีจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ 16 ราย 10 รายเป็นเพศหญิงและ 6 รายเป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 30.3±6.5 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มให้ยาจนถึงการล้มเหลวทางไวรัสวิทยา คือ 20.0±13.5 เดือน ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดี 4 เฉลี่ยและค่ามีเดียนของปริมาณไวรัสเอชไอวี คือ 367.6±340.1 เซลล์/มม³ และ 5,650 ก๊อปปี้/มล (พิสัย, 949-49086) ตามลำดับจากผู้ป่วยทั้งหมด 16 ราย มี 12 ราย (ร้อยละ 75) ที่พบว่ามี การดื้อต่อทั้งยาในกลุ่ม NRTI และ NNRTI การดื้อต่อยา NRTI ทาง genotypic ที่เป็นการกลายพันธุ์หลักคือ M184V (ร้อยละ 87.5), D67N (ร้อยละ 18.8), K70R (ร้อยละ 12.5), T215Y (ร้อยละ 12.5), และ K219Q (ร้อยละ 12.5) ไม่มีผู้ป่วยที่พบการกลายพันธุ์ที่ดื้อต่อยาไคโดโนซีน (ddI) หรือ ทีโนโฟเวีย (TDF) (K65R หรือ L74V) การดื้อต่อยา NNRTI ทาง genotypic ที่เป็นการกลายพันธุ์หลัก คือ K103N (ร้อยละ 50), Y181C (ร้อยละ 18.8), G190A/S (ร้อยละ 18.8) และ V108I (ร้อยละ 12.5). การคัดเลือกให้เกิดการดื้อต่อยา NVP และ 3TC รวมถึงการกลายพันธุ์ที่เป็น TAM ตัวอื่นในบางครั้ง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดื้อยาทางไวรัสวิทยาบ่อยในผู้ป่วย จากการศึกษาการส่งตรวจการดื้อยาในผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากสูตรยา d4T/3TC/NVP จะช่วยให้สามารถเลือกสูตรยาต่อไปอย่างถูกต้องได้จำเป็นต้องมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเกี่ยวกับการดื้อยาแบบ genotypic ในจำนวนผู้ป่วยมากกว่านี้ ก่อนที่จะสามารถแนะนำสูตรยาต่อไปที่ได้ผลในผู้ป่วยเหล่านี้ (*J Infect Dis Antimicrob Agents 2004;21:61-7.*)



ต่อมหน้าเหลืองที่รักแร้โตร่วมกับมีน้ำเหลืองจากหัวนม
2 ข้าง: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ปณิธาน สันติวงค์, พ.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000

รายงานผู้ป่วยที่สงสัยเป็นวัณโรคของต่อมหน้าเหลือง

และเต้านมที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัด นครสวรรค์ ผู้ป่วยหญิงไทยโศคอายุ 59 ปี พบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ซ้ายโต 2 ซม. จากการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ป่วยมีน้ำสีเหลืองอ่อนหลังจากห้วนนม 2 ข้าง เป็นๆ หายๆ นาน 2-3 เดือน ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เรื้อรังหรือรับประทานยาเป็นประจำ ผลการใช้เข็มดูดเจาะและการตัดชิ้นเนื้อเป็น reactive hyperplasia สองปีครั้งต่อมาพบมีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ขวาโตขนาด 1.5 ซม. ผลการตัดชิ้นเนื้อเป็น caseous granuloma ผลการข้อม acid-fast bacilli (AFB) เป็นลบ การวินิจฉัยสุดท้ายสงสัยเป็นวัณโรคของต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และเต้านม



และได้รับการรักษาแบบ empirical ด้วยต้านวัณโรค สูตรมาตรฐานระยะสั้นได้ผลดี ผู้ป่วยมาติดตามจนถึงขณะนี้ประมาณ 1 ปีหลังหยุดการรักษาและไม่มีอาการ และอาการแสดงของการกลับเป็นใหม่

วัณโรคของต่อมน้ำเหลืองร่วมกับเต้านมพบได้น้อยมาก การวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจชิ้นเนื้อ การไม่พบเชื้อวัณโรคจากการข้อม AFB ในต่อมน้ำเหลืองและน้ำที่หลั่งจากห้วนนม ไม่ปฏิเสธการวินิจฉัย ควรคำนึงถึงวัณโรคในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต และ/หรือ มีน้ำที่หลั่งจากห้วนนมโดยเฉพาะในถิ่นที่มีวัณโรค ชุกชุม (*J Infect Dis Antimicrob Agents* 2004;21:69-73.)