



# จดหมายข่าว

Newsletter

กันยายน-ธันวาคม 2547

ปีที่ 21 Suppl. 3

คณะกรรมการสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

พ.ศ. 2547-2548

ที่ปรึกษา	มุกดา ตฤณานนท์
ที่ปรึกษา	สมพงษ์ บุญขุปลัด
ที่ปรึกษา	สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ที่ปรึกษา	อมร ลีลารัศมี
ที่ปรึกษา	นลินี อัสวโกที
นายกสมาคม	พรรณพิศ สุวรรณกุล
อุปนายก	อุษา ทิสยากร
เลขาธิการและนายทะเบียน	ธีระพงษ์ ตันทิวีเชียร
บรรณาธิการวารสาร	ชัชญา สวนกระด้าย
Webmaster	ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ
เหรียญกิตติมศักดิ์	ศศิธร ลิขิตนุกุล
ปลัด	ธนาสนธิ์ ธรรมกุล
ประธานฝ่ายวิชาการ	นลินี อัสวโกที
ประธานฝ่ายวิจัย	วิษณุ ธรรมลิขิตกุล
กรรมการกลาง	วิษณุ ธรรมลิขิตกุล
กรรมการกลาง	สมหวัง คำนชัยจิต
กรรมการกลาง	สุรพล สุวรรณกุล
กรรมการกลาง	บุญมี สถาปัตยกรรมศาสตร์
กรรมการกลาง	สมบัติ ลีลาสุภาศรี
กรรมการกลาง	ภิญญา มุตสิกพันธ์
กรรมการกลาง	ชัชญา พันธุ์เจริญ

### คณะผู้จัดทำข่าว

ชัชญา สวนกระด้าย  
วันลา กุลวิจิต  
ภิญญา มุตสิกพันธ์  
อนุชา อภิสารธนรักษ์

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

เรียน ท่านสมาชิกสมาคมฯ และผู้อ่านวารสารฯ ที่เคารพ

วารสารฉบับนี้นับเป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2547 ซึ่งออกห่างจากกำหนดเดิมมามาก จึงกราบขออภัยต่อท่านสมาชิกสมาคมฯ และผู้อ่านวารสารฯ มา ณ ที่นี้อีกครั้ง ในเล่มมีนิพนธ์ต้นฉบับ 2 เรื่อง รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ 2 ราย และบทความพื้นฟูวิชาการ เรื่อง Avian influenza infection in human ซึ่งกำลังเป็นที่น่าสนใจของทั้งในประเทศไทย และทั่วโลก โดยเฉพาะในขณะนี้ก็ยังมีรายงานโรคที่ประเทศเวียดนาม บทความนี้ได้รับเกียรติจาก อาจารย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, อาจารย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ และอาจารย์รังสิมา โล่ห์เลขา หวังว่าคงได้ประโยชน์สำหรับท่านสมาชิกฯ และผู้อ่านบ้างไม่มากก็น้อย

สุดท้ายนี้ใคร่ขอเรียนเชิญท่านสมาชิกฯ และผู้อ่านวารสารฯ ส่งนิพนธ์ต้นฉบับ หรือรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจมาถึงกองบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ และหากผู้ใดต้องการให้คำแนะนำหรือติชม ขอให้เขียนหรือส่งมาทาง email ได้ตลอดเวลาครับ

รศ.นพ.ดร.ชัชญา สวนกระด้าย

หัวหน้าบรรณาธิการ

## อัตราค่าสมาชิกสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

สมาชิกสามัญตลอดชีพ ..... 2,000 บาท

## สารบัญ

เรื่องย่อประจำฉบับ ..... 2-3

# เรื่องย่อประจำฉบับ

ฤทธิ์ของยา Telithromycin ในการยับยั้งเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ที่แยกจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช

สมพร ศรีเพ็ญ, ปร. ด.\*

วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, พ.บ. \*\*

\* ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
กรุงเทพฯ ๑ 10700

\*\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑ 10700

การทดสอบความไวของเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* จำนวน 71 สายพันธุ์ที่แยกจากผู้ป่วยหลายภาควิชาในโรงพยาบาลศิริราชระหว่าง พ.ศ. 2545 ถึง 2546 ต่อยา penicillin, clindamycin, tetracycline, erythromycin, vancomycin และ telithromycin พบว่า 31 สายพันธุ์ (ร้อยละ 43.7) ไวต่อยา penicillin, 5 สายพันธุ์ (ร้อยละ 7) คือปานกลางต่อยา penicillin และ 35 สายพันธุ์ (ร้อยละ 49.3) คือมากต่อยา penicillin อัตราความไวของเชื้อดังกล่าวต่อยา clindamycin, tetracycline, erythromycin, vancomycin และ telithromycin คือ ร้อยละ 74.6, 42.3, 59.2, 100 และ 100 ตามลำดับ ดังนั้นยา telithromycin ซึ่งเป็นยารับประทานน่าจะมียุทธศาสตร์ในการรักษาโรคติดเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยา penicillin (*J Infect Dis Antimicrob Agent* 2004;21:79-82.)



ความชุกของเชื้อ *Vibrio species* ที่แยกได้จากอุจจาระของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2544

สมพร ศรีเพ็ญ, ปร.ด.

พจนีย์ โกมลภิส, พ.บ.

ธิตยา ยั่งยืน, วท.ม.

วนิดา เตชะไชยวิวัฒน์, วท.ม.

ชาญวิทย์ ตรีพุทธรัตน์, พ.บ.

ภาควิชาจุลชีววิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล,  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ 10700

รายงานฉบับนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคอุจจาระร่วงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2537 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2544 จำนวน 33,334 ราย พบว่ามีเชื้อแบคทีเรียก่อโรคจำนวน 2,229 ตัวอย่างตรวจ (6.68%) ซึ่งในจำนวนนี้เชื้อที่ตรวจพบมากที่สุดเป็นเชื้อ *Vibrio spp.* จำนวน 1,183 สายพันธุ์ (53%) เป็นเชื้อ *V. parahaemolyticus* 420 สายพันธุ์ (35.5%), *V. cholerae* (Ogawa) 279 สายพันธุ์ (23.6%), *V. cholerae* O139 240 สายพันธุ์ (20.3%), *V. cholerae* non-O1/non-O139 167 สายพันธุ์ (14.1%), *V. fluvialis* 44 สายพันธุ์ (3.7%), *V. alginolyticus* 22 สายพันธุ์ (1.9%) และ *V. cholerae* (Inaba) 11 สายพันธุ์ (0.9%) จากการศึกษาแยกเชื้อ *Vibrio spp.* ได้สูงสุดคือ ร้อยละ 76.01 ในปี พ.ศ. 2538 แล้วลดลงเรื่อยๆ จนถึงร้อยละ 30.51 ในปีพ.ศ.2544

เชื้อ *V. cholerae* มีความไวต่อยา ampicillin (81.69-99.5%), ยา chloramphenicol (81.68-100%) ยกเว้น *V. cholerae* O139 (ไวเพียง 0.5%), ยา tetracycline (63.33-100%) ยกเว้น *V. cholerae* O139 (ไวเพียง 29.3%) และยา trimethoprim/sulfamethoxazole (70.05%-100%). (*J Infect Dis Antimicrob Agent* 2004;21:83-8.)



การรักษาการติดเชื้อที่หน้าจะเกิดจาก *Pseudomonas aeruginosa* ที่ดื้อยาปฏิชีวนะหลาย

**ชนิดด้วย Piperacillin/Tazobactam, Amikacin และ Fosfomycin: รายงานผู้ป่วย**

จิระชัย วัชรารัฐ, พ.บ.

หน่วยโรคติดเชื้อ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยชายอายุ 50 ปี ที่เป็น necrotizing fasciitis ที่น่าจะติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* ที่ติดต่อจากผิวหนังหลายชนิด การรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับความสำเร็จจากการผ่าตัดตัด debridement และการให้ยาต้านระหว่าง piperacillin/tazobactam, amikacin และ fosfomycin เป็นระยะเวลา 21 วัน มีหลายการศึกษาแสดงการเสริมฤทธิ์ของ fosfomycin เมื่อให้ร่วมกับยาปฏิชีวนะกลุ่ม antipseudomonal betalactam นอกจากนี้ aminoglycoside ยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อของ fosfomycin และ antipseudomonal betalactam ในการรักษาการติดเชื้อ *P. aeruginosa* ยาปฏิชีวนะ antipseudomonal betalactam, aminoglycoside และ fosfomycin อาจเป็นสูตรการรักษาอีกสูตรหนึ่งสำหรับการติดเชื้อ *P. aeruginosa* ที่คือยาปฏิชีวนะหลายชนิด (*J Infect Dis Antimicrob Agents* 2004;21:89-91.)



**บททบทวนบทความเรื่อง การติดเชื้อไขว้หวัดนกในคน**

รังสิมา โล่ห์เลขา, พ.บ.\*

ทวี โชติพิทยสุนนท์, พ.บ.\*\*

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, พ.บ.\*\*\*

\*ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

\*\*หน่วยโรคติดเชื้อในเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพฯ 10400



\*\*หน่วยโรคติดเชื้อในเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลลาดพร้าว กรุงเทพฯ

โดยทั่วไปเชื้อไวรัสไขว้หวัดนกไม่ติดต่อมายังคน อย่างไรก็ตามมีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไขว้หวัดนกชนิดเอ (H5N1, H9N2, H7N7 and H7N2) ในประเทศฮ่องกง เนเธอร์แลนด์ เวียดนาม ไทย แคนาดา และสหรัฐอเมริกา มาตั้งแต่ปี 2540 โดยเชื้อไวรัสสายพันธุ์ H7 มีความรุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์ H5 โดยสายพันธุ์ H7 มักสัมพันธ์กับอาการตาอักเสบและอาการไขว้หวัดที่ไม่รุนแรง ในขณะที่สายพันธุ์ H5 มักสัมพันธ์กับการหายใจล้มเหลวและมีอัตราการตายที่สูง ในปัจจุบันการทดสอบทางห้องปฏิบัติการต่อเชื้อไวรัสไขว้หวัดใหญ่ทำได้รวดเร็วและมีผลที่น่าเชื่อถือ ยาด้านไวรัสสามารถใช้ได้ทั้งป้องกันและรักษาการติดเชื้อไขว้หวัดใหญ่ชนิดเอในเด็กและผู้ใหญ่ปกติแต่ยายังมีราคาแพงและมีข้อจำกัดในการจัดหา การผลิตวัคซีนยังต้องพิจารณาเนื่องจากสายพันธุ์ไวรัสของไขว้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทุกปีเนื่องจากเชื้อมีการกลายพันธุ์ อย่างไรก็ตามวัคซีนใหม่สามารถผลิตได้หลังไดแอนติเจนของเชื้อสายพันธุ์ใหม่โดยใช้เวลาประมาณ 4 เดือน ในปัจจุบันข้อมูลการติดต่อเชื้อไขว้หวัดนกจากคนสู่คนยังมีจำกัด อย่างไรก็ตามเชื้อไวรัสไขว้หวัดนกสามารถกลายพันธุ์ได้เร็ว และมีโอกาสที่จะนำยีนจากสัตว์อื่นมาผสมสายพันธุ์ได้ ถ้ามีการติดเชื้อในคนและสัตว์ปีกในผู้ป่วยคนเดียวกันมีโอกาสเกิดการผสมสายพันธุ์ทำให้เกิดสายพันธุ์ใหม่ที่มีพันธุกรรมของคนซึ่งสามารถกระจายจากคนสู่คนได้ ซึ่งอาจนำมาสู่การเกิดการระบาดครั้งใหญ่ของไขว้หวัดใหญ่ทั่วโลก ดังนั้นทั่วโลกมีความจำเป็นต้องเตรียมพร้อมต่อการเกิดการระบาดครั้งใหญ่ของไขว้หวัดใหญ่ การปรับปรุงการตรวจหาเชื้อ เครื่องข่ายทางสาธารณสุขที่แข็งแกร่ง การพัฒนาวัคซีนไวรัสและการพัฒนาวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมต่อการระบาดครั้งต่อไป (*J Infect Dis Antimicrob Agents* 2004;21:99-110.)