



ประเด็นที่น่าสนใจทางคลินิกสำหรับโรคชิคุงุนยา Interesting point in clinical of Chikungunya Fever



นพ.ธราวิทย์ อูปพงษ์

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

Dr.Tharawit Ouppapong

Bureau of Epidemiology,
Department of Disease Control,
Ministry of Public Health

นับตั้งแต่โรคชิคุงุนยาระบาดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข และทางการแพทย์หลายแห่งได้พยายามศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและอาการ/อาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้มีคุณค่าต่อวงการสาธารณสุขและการแพทย์เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นข้อมูลพื้นฐานของประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยชาวไทยภายใต้บริบทของประเทศไทย ในขณะที่ช่วงเวลาดังกล่าวก็มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคชิคุงุนยาจากประเทศต่างๆ พบการระบาดเช่นเดียวกันทั่วโลก ซึ่งข้อมูลแต่ละแห่งล้วนมีทั้งข้อเด่นและข้อด้อยแตกต่างกันไป

ในบทความนี้ได้พยายามรวบรวมประเด็นที่สำคัญๆ ทางด้านคลินิกที่พบจากการศึกษาทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย เพื่อสำหรับใช้ประโยชน์ในด้านการวินิจฉัยรักษา การเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมโรค เป็นต้น ซึ่งการศึกษาเหล่านี้เป็นเพียงบางส่วนที่ได้รับรวบรวมมาเท่านั้น จำเป็นที่ผู้อ่านจะต้องศึกษาและค้นคว้าเพิ่มเติมในลำดับต่อไป

อาการทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยชิคุงุนยา

ผู้ป่วยชิคุงุนยามักมาด้วยอาการไข้สูงเฉียบพลันร่วมกับอาการปวดข้อรุนแรงและมีผื่น โดยไข้มักเป็น Saddleback pattern คล้ายกับโรคไข้เลือดออก (คือ การที่มีไข้ในระยะหนึ่งแล้วหายไป

หลังจากนั้นจึงกลับมีไข้ขึ้นมาใหม่อีกรอบ) บางรายที่ใช้สูงอาจพบอาการหนาวสั่นร่วมด้วย ส่วนอาการทางข้อ (เช่น ปวดข้อ ข้อบวม ข้ออักเสบ) มักพบในหลายๆ ข้อและเป็นแบบสมมาตร (เป็นทั้งสองข้างของร่างกาย) สามารถพบได้ทั้งข้อเข่า ข้อศอก ข้อเท้า และข้อขนาดเล็กต่างๆ โดยมักพบในข้อที่ถูกใช้งานบ่อยๆ (ขึ้นกับลักษณะงานหรือกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน) อาการปวดข้อมักจะปวดมากเมื่อเริ่มทำกิจกรรมในช่วงเช้า ส่วนผื่นมักจะปรากฏตั้งแต่วันแรกที่เริ่มมีไข้ มักเป็นผื่นนูนแดงและมีอาการคัน ส่วนอาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และแพ้แสง โดยอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยชิคุงุนยามักปรากฏเพียงระยะสั้นๆ ไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ยกเว้นอาการทางข้อที่อาจพบแบบเรื้อรัง (ซึ่งจะกล่าวในลำดับถัดไป) สำหรับอาการของจุดเลือดออกตามผิวหนัง ผลตรวจทูนิเกตต์เป็นบวก หรือ ภาวะช็อกเนื่องจากพลาสมารั่วออกจากหลอดเลือดนั้นไม่ค่อยพบในผู้ป่วยชิคุงุนยาในขณะที่ยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยไข้เลือดออก

สัดส่วนของผู้ติดเชื้อชิคุงุนยาที่ไม่แสดงอาการ

ผู้ติดเชื้อชิคุงุนยาในชุมชนส่วนหนึ่งอาจไม่ได้แสดงอาการเจ็บป่วยใดๆ (Asymptomatic cases) ซึ่งขณะนี้ยังไม่ทราบสัดส่วนที่แน่ชัด ซึ่งกลุ่มดังกล่าวนี้มีความสำคัญในทางสาธารณสุข

เนื่องจากสามารถถ่ายทอดเชื้อผ่านทางยุงไปสู่ผู้อื่น ในชุมชนได้เช่นกัน Sissoko et al. 2008 ได้สำรวจระดับภูมิต้านทานในน้ำเหลือง (Seroprevalence) ของประชาชนบนเกาะ Mayotte ในมหาสมุทรอินเดีย ปี 2548-2549 พบอุบัติการณ์การติดเชื้อซิคุนกุญาเท่ากับร้อยละ 37.2 และในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการร้อยละ 27.7 (122/440) ในประเทศไทย พิสิษฐวุฒิ อยุทธ์ และคณะ ได้ศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อซิคุนกุญาที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-24 ตุลาคม 2551 ในประชากรจำนวน 480 คนจากทั้งหมด 760 คน (ร้อยละ 63.2) พบผู้ติดเชื้อยืนยัน (ด้วยวิธี RT-PCR) ทั้งหมด 117 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 34 จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่เกาะ Mayotte อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งสองเป็นการศึกษาในพื้นที่ซึ่งกำลังพบการระบาด แต่สำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่พบการระบาด คาดว่าสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการอาจมีสัดส่วนที่สูงกว่านี้ (มากกว่าร้อยละ 30)

สัดส่วนอาการทางคลินิกต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยซิคุนกุญาประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

จากการศึกษาอาการ/อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยซิคุนกุญาในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย รวมถึงการศึกษาในต่างประเทศ พบสัดส่วนอาการทางคลินิกแตกต่างกันไป ดังตัวอย่างการศึกษาต่อไปนี้

รจนา วัฒนรังสรรค์ และคณะ ศึกษาอาการทางคลินิกในผู้ป่วยยืนยันซิคุนกุญา (โดยวิธี RT-PCR, HI titer, IgG หรือ IgM) จำนวน 162 คน ในอำเภอเทพาและอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมีนาคม-เมษายน 2552 พบอาการปวดข้อ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีผื่น ปวดกระบอกตา และข้ออักเสบ คิดเป็นร้อยละ 99, 95, 85, 70, 60, 52 และ 29 ตามลำดับ

พิสิษฐวุฒิ อยุทธ์ และคณะ ศึกษาอาการทางคลินิกในผู้ป่วยยืนยันซิคุนกุญา (โดยวิธี RT-PCR) จำนวน 77 ราย ที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ปี 2551 พบอาการไข้ ปวดข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีผื่น ข้อบวม ปวดศีรษะ ปวดตา และมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง คิดเป็นร้อยละ 90.9, 84.4, 77.9, 63.6, 44.2, 40.3, 14.3 และ 1.3 ตามลำดับ

ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยยืนยันซิคุนกุญาจากสถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดนราธิวาส ปี 2551-2552 จำนวน 64 ราย พบอาการไข้ ปวดข้อ ปวดศีรษะ มีผื่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาเจียน คลื่นไส้ ไอ ข้อบวม และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 84.4, 82.8, 54.7, 40.6, 31.3, 21.9, 4.6, 9.4, 3.1 และ 3.1 ตามลำดับ

ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุล และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยยืนยันซิคุนกุญาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปี 2551-2552 จำนวน 49 ราย พบอาการไข้ ปวดข้อ ปวดศีรษะ มีผื่น ข้อบวม อาเจียน ไอ และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 96.3, 89.3, 81.8, 71.4, 57.9, 13.0, 13.0 และ 9.0 ตามลำดับ

ในต่างประเทศ *Staikoski et al. 2009* ได้ศึกษาอาการทางคลินิกในผู้ป่วยซิคุนกุญา (ยืนยันโดย RT-PCR) ที่อายุมากกว่า 15 ปี ที่ The Group Hospitalier Sud-Reunion (GHSR) บนเกาะ Reunion เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2549 จำนวน 180 ราย มีอาการปวดข้อ ปวดศีรษะ อาการของทางเดินอาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีผื่น ตาแดง และต่อมน้ำเหลืองโต คิดเป็นร้อยละ 96.5, 70.0, 63.3, 59.0, 47.8, 23.0 และ 8.9 ตามลำดับ

สำหรับการศึกษาต่างๆ ข้างต้นและการศึกษาอื่นๆ ได้กล่าวไว้โดยสรุปในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ร้อยละของอาการและอาการแสดงต่างๆที่พบในผู้ป่วยซิคุนกุญา

คณะผู้ศึกษา	รจนา วัฒนรังสรรค์ และคณะ (n=126)	พิสิษฐวุฒิ อยุธยา และคณะ (n=77)	รัชชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ และคณะ (n=64)	ขจรศักดิ์ ศิลปโภชกุล และคณะ (n=45)	Suryawanshi SD et al.2009 (n=87)	Borgherini G et al. Reunion, 2007 (n=157)	Reunion Island, France, 2006	WHO guidelines	ร้อยละของอาการที่พบอยู่ในช่วง
ไข้	95.0	90.9	84.4	96.3	100.0	89.0	96.3	92.0	84.4 - 100.0
ปวดข้อ	99.0	84.4	82.8	89.3	100.0	96.1	96.6	87.0	82.8 - 100.0
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	70.0	77.9	31.3	-	-	-	61.6	-	31.3 - 77.9
มีผื่น	60.0	63.6	40.6	71.4	31.0	40.1	32.5	50.0	32.5 - 71.4
ปวดศีรษะ	85.0	44.2	54.7	81.8	55.1	47.1	58.1	62.0	44.2 - 85.0
ข้อบวม	-	40.3	3.1	57.9	-	31.8	-	-	3.1 - 57.9
ปวดกระบอกตา	52.0	14.3	-	-	-	-	-	-	14.3 - 52.0
มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง	-	1.3	-	-	-	-	-	-	1.3
อาเจียน	3.0	-	21.9	13.0	-	(GI symptoms)	-	-	13.0 - 21.9
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	-	-	3.1	9.0	-	47.1	-	-	3.1 - 9.0
ไอ	-	-	9.4	13.0	-	-	-	-	9.4 - 13.0

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเป็นร้อยละของอาการทางคลินิกที่สามารถพบได้ในโรคซิคุนกุญาจากการศึกษาต่างๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่าอาการต่างๆ นั้นมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยอาการไข้และอาการปวดข้อ สามารถพบได้ในสัดส่วนที่สูงที่สุด คือมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนอาการผื่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะนั้น พบได้ในสัดส่วนที่แตกต่างกันไปตั้งแต่ร้อยละ 30-85 อาการอื่นๆ เช่น ข้อบวม อาเจียน ไอ และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบได้น้อยกว่าร้อยละ 50

ระยะเวลาของอาการทางข้อชนิดเรื้อรัง

อาการทางข้อเป็นอาการเด่น และพบได้บ่อยในผู้ป่วยซิคุนกุญา อาจมีเฉพาะปวดข้อหรือข้อบวมหรือครบทั้งสองอาการ ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นเพียง

ช่วงสั้นๆ ยกเว้นผู้ป่วยบางรายที่อาจพบอาการชนิดเรื้อรังซึ่งสร้างความทรมาน และความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

Sissoko *et al.* 2009 พบผู้ป่วยซิคุนกุญา (ที่มีผลตรวจระดับภูมิคุ้มกันยืนยัน) ร้อยละ 57 (84/147) สามารถพบอาการทางข้อได้นานถึง 15 เดือน ภายหลังจากการวินิจฉัย โดยในจำนวนนี้มีอาการทางข้อชนิดต่อเนื่องร้อยละ 63 และชนิดกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 37 สำหรับข้อบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะพบอาการทางข้อเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีอาการปวดข้ออย่างรุนแรงตั้งแต่ในระยะแรกๆ และผู้ที่มีโรคไขข้อเสื่อมอยู่เดิม ส่วนการศึกษาโดย Brington *et al.* 1983 พบผู้ป่วยซิคุนกุญาเกือบร้อยละ 12 สามารถพบอาการทางข้อได้นานมากกว่า 3 ปี

อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท

จากการศึกษาแบบ Prospective cohort โดย Chandak *et al.* 2009 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ Central India Institute of Medical Sciences (CIIMS) รัฐนาคปุระ (Nagpur) ประเทศอินเดีย จำนวน 300 ราย พบผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางระบบประสาท 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.3 ในจำนวนนี้ แบ่งเป็น Encephalitis 27 ราย (ร้อยละ 55.1) myelopathy, neuropathy และ myeloneuropathy อย่างละ 7 ราย (ร้อยละ 14.3) และ myopathy 1 ราย (ร้อยละ 2) ผู้ป่วยที่พบอาการแทรกซ้อนดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดภายใน 20 วันหลังจากวันเริ่มป่วย ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย ส่วนรายอื่นๆ ผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี สำหรับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาตามอาการ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วย 25 จาก 34 ราย (ร้อยละ 73.5) มีอาการดีขึ้นหลังจากที่ได้รับ corticosteroid ส่วนผล CSF ของผู้ป่วย encephalitis ทั้ง 20 รายนั้น พบระดับโปรตีนสูง 14 ราย ระดับน้ำตาลต่ำ 3 ราย และจำนวนเซลล์สูง 6 ราย ส่วนผล RT-PCR และ real-time PCR ในผู้ป่วยทั้งหมดพบผลเป็นบวกร้อยละ 16 (8/49) และ 18 (9/49) ตามลำดับ สำหรับผลตรวจอื่นๆ เช่น EEG ไม่พบลักษณะที่จำเพาะกับโรค ผล CT brain ของผู้ป่วย encephalitis 20 ราย ไม่พบความผิดปกติ ในขณะที่ผล EMG NCV ของผู้ป่วย 14 รายที่วินิจฉัย myeloneuropathy และ peripheral neuropathy พบ demyelinating neuropathy

สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อชิคุนกุนยาในระบบประสาทในเด็ก Lewthwaite P *et al.* 2009 ได้ศึกษาในเด็กอายุ ≤ 16 ปี ที่มาด้วยอาการทางระบบประสาทจำนวน 66 ราย ที่ Vijayanagar Institute of Medical Science รัฐ

Bellary ประเทศอินเดีย ผลตรวจพบเชื้อชิคุนกุนยาจากตัวอย่างพลาสมาและตัวอย่าง CSF คิดเป็นร้อยละ 14 (8/58) และร้อยละ 5 (3/57) ตามลำดับ

อาการของชิคุนกุนยาในทารก

สำหรับทารกที่ติดเชื้อชิคุนกุนยานั้น อาการทางคลินิกมักมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่หลายประการ Valamparampil *et al.* 2009 ได้ศึกษาอาการทางคลินิกในทารกแรกคลอดจนถึง 1 ขวบ ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคชิคุนกุนยาซึ่งยืนยันด้วย IgM ที่สถาบันสุขภาพเด็กเมือง Kottayam รัฐ Kerala ประเทศอินเดีย จำนวน 56 ราย โดยมีเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยคือ มีไข้ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ดังนี้ seizure, loose stools, peripheral cyanosis, skin manifestations หรือ pedal edema ผลพบว่า seizure, loose stools และ peripheral cyanosis พบได้ร้อยละ 39.3, 41.1 และ 75.0 ตามลำดับ ส่วนอาการชาวม อากการซึม/รับประทานอาหารได้น้อย (Lethargy and poor feeding) และอาการกระวนกระวาย/ร้องกวนผิดปกติ (Irritability and excessive cry) พบร้อยละ 19.6, 21.4 และ 26.8 ตามลำดับ ในขณะที่ไม่พบอาการทางข้อเลยซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจากในผู้ใหญ่ ส่วนอาการแสดงทางผิวหนังสามารถพบได้ในผู้ป่วยทุกรายโดยร้อยละ 44 จะพบอาการทางผิวหนังมากกว่าหนึ่งชนิด ผื่นมักขึ้นทั่วตัวเป็นแบบ generalized erythematous rashes ภายใน 2 วันแรกหลังจากเริ่มมีไข้ ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นชนิด maculopapular rashes ในวันที่ 2 หลังวันเริ่มมีไข้และหายไปในวันที่ 6 ผู้ป่วยบางรายพบ vesicobullous lesion ซึ่งมักปรากฏในวันที่ 4 หลังวันเริ่มมีไข้ โดยอาจพบผิวหนังลอกตามมาในวันที่ 6 สำหรับบริเวณที่พบผื่นดังกล่าว นอกจากตามตัวทั่วไปแล้ว ยังสามารถพบได้ที่ฝ่ามือฝ่าเท้าอีกด้วย (คิดเป็นร้อยละ 67.7) ในขณะที่ศีรษะและใบหน้าไม่ค่อยพบหรือพบได้น้อยมาก

การติดเชื้อซิคุนกุญาในหญิงตั้งครรภ์/ทารกแรกคลอด และปัญหาการติดเชื้อผ่านทางน้ำนมมารดา

Gerardin *et al.* 2008 ได้ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งบนเกาะ Reunion ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2548 ถึงเดือนธันวาคม 2549 จำนวน 7,504 ราย พบมารดาที่ติดเชื้อซิคุนกุญาระหว่างการคลอดบุตรสามารถถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารก (Vertical transmission) ได้สูงถึงร้อยละ 48.7 (19/39) โดยทารกที่ติดเชื้อจะเริ่มป่วยโดยเฉลี่ยในวันที่ 4 ภายหลังจากคลอด (พบในช่วงตั้งแต่วันที่ 3-7 ภายหลังจากคลอด) อาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ป่วยทารกคิดเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ ไข้ ตีมนมไม่ค่อยได้ และอาการเจ็บปวด ส่วนอาการทางข้อและผิวหนังพบเพียงร้อยละ 78.9% (15/19) สำหรับอาการรุนแรงพบร้อยละ 52.6 (10/19) ซึ่งส่วนใหญ่ คือ encephalopathy (9/10) โดยการผ่าตัดคลอดแบบไม่เตรียมการ (Non elective caesarian section) จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบที่สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้แต่อย่างใด และจากการส่งตรวจยืนยันเชื้อทางห้องปฏิบัติการ (ด้วยวิธี PCR) ในตัวอย่างน้ำนมมารดาที่ตรวจพบเชื้อซิคุนกุญาในกระแสเลือดขณะนั้นจำนวน 22 ราย จากทั้งหมด 30 ราย ผลทั้งหมดพบว่า เป็นลบ ดังนั้นในขณะนี้จึงยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในกรณีการถ่ายทอดเชื้อผ่านทางน้ำนม

การติดเชื้อซิคุนกุญาร่วมกับเชื้อชนิดอื่นๆ

โดยปกติการติดเชื้อซิคุนกุญาร่วมกับเชื้อชนิดอื่นๆ นั้นพบได้ไม่บ่อย ตัวอย่างที่มีรายงาน เช่น Ezzedin *et al.* 2008 ได้รายงานกรณีผู้ป่วยชายชาวฝรั่งเศสรายหนึ่งที่มีประวัติเดินทางไปประเทศอินเดียแล้วติดเชื้อซิคุนกุญาร่วมกับเชื้ออะมีบิค (*Entamoeba histolytica*) โดยผู้ป่วยแสดงอาการ

ของซิคุนกุญาร่วมกับการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด หลังจากรับการรักษาครบทั้ง 2 โรคดังกล่าวสามารถหายป่วยเป็นปกติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ส่วน Schilling *et al.* 2009 ได้รายงานผู้ป่วยชาวเยอรมันรายหนึ่งที่มาท่องเที่ยวในประเทศอินเดียเช่นกัน ภายหลังได้ป่วยด้วยโรคซิคุนกุญาร่วมกับไข้เลือดออก ซึ่งรายนี้พบอาการที่ผสมและเข้าได้กับทั้งสองโรค (ซึ่งคล้ายกันมาก) หากอาศัยเพียงอาการทางคลินิก อาจแยกจากกันลำบาก กรณีนี้จำเป็นต้องอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยยืนยันการวินิจฉัย

สรุป

อาการทางคลินิกของโรคซิคุนกุญา ซึ่งระบาดอยู่ในประเทศไทยขณะนี้ สอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศ โดยอาการ/อาการแสดงของโรคซิคุนกุญาที่สำคัญและพบในสัดส่วนที่สูง ได้แก่ อาการไข้ และอาการทางข้อ โดยอาจพบร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น มีผื่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ เป็นต้น โดยอาการทางข้อสามารถเป็นชนิดเรื้อรังได้ ในขณะที่อาการอื่นๆ มักพบเพียงระยะเวลาสั้นๆ สำหรับอาการแทรกซ้อนที่พบได้ เช่น อาการทางระบบประสาท

การติดเชื้อซิคุนกุญาสามารถถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกแรกคลอดได้ และทารกติดเชื้อมีโอกาสแสดงอาการที่รุนแรงได้มากกว่าในผู้ใหญ่ โดยการติดเชืวดังกล่าวสามารถพบร่วมกับการติดเชื้อชนิดอื่นๆ ได้ เช่น ไข้เลือดออก สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะแสดงอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือเป็นชนิดเรื้อรังเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคทางข้อเป็นโรคประจำตัว เด็กเล็ก ทารกแรกคลอด และหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ขจรศักดิ์ คิลปะโภชากุล. PSU Chikungunya cases, symptoms and signs. Technical Consultation on the Reemergence of Chikungunya Fever ; วันที่ 26-28 สิงหาคม 2552; ณ ห้องประชุมโรงแรมเกรซแลนด์, ภูเก็ต. 2552
2. รังชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์. Technical Consultation on the Reemergence of Chikungunya Fever; วันที่ 26-28 สิงหาคม 2552; ณ ห้องประชุมโรงแรมเกรซแลนด์, ภูเก็ต. 2552
3. รจนา วัฒนรังสรรค์ วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย สุวิษ ธรรมปาโล สรรพพงษ์ ฤทธิรักษา สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ สุภัทร ฮาสวรรณกิจ และคนอื่นๆ. การศึกษาการระบาดของโรคชิคุงุนยา อำเภอเทพาและอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เดือนมีนาคม-เมษายน 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 41(3): 36-40.
4. Borgherini G, Poubeau P, Staikowsky F, Lory M, Le Moullec N, Becquart JP et al. Outbreak of chikungunya on Reunion Island: early clinical and laboratory features in 157 adult patients. *Clin Infect Dis*. 2007 Jun 1; 44(11):1401-7.
5. Brington SW, Prozesky OW, Harpe AL. Chikungunya virus infection. A retrospective study of 107 cases. *S Afr Med L* 1983; 63: 313-5.
6. Chandak NH, Kashyap RS, kabra D, Karandikar P, Sonali S, Morey SH et al. Neurological complications of Chikungunya virus infection. *Neurology India* 2009 march-April; 57(2): 177-80.
7. Ezzedine K, Cazanave C, Pistone T, Receveur MC, Neau D, Ragnaud JM et al. Dual infection by Chikungunya virus and other imported infectious agent in a traveller returning from India. *Travel Medicine and infectious disease* 2008 Feb; 6:152-4
8. Gerardin P, Barau G, Michault A, Bintner M, Randrianaivo H, Choker G et al. Multidisciplinary Prospective Study of Mother-to-Child Chikungunya infections on the Island of La Reunion. *PLoS Medicine* 2008 Mar; 5(3): 413-423.
9. Lewthwaite P, Vasanthapuram R, Osborne JC, Begum A, Plank JLM, Shankar MV et al. Chikungunya virus and central nervous system infections in children, India. *Emerging infectious diseases* 2009 February; 15(2): 329-31.
10. Pisittawoot Ayood, Thonchai Leatvilairatapong, Suwit Thumapalo, Jariya Naratippaput, Sawanya Juntutanon, Sulapee Anuntaprecha et al. Risk factors and Chikungunya viral sero-survey in a village, Yi-gno District, Narathiwat Province, October 2008. Monday meeting; 2009 May 4; Bureau of Epidemiology, Nonthaburi; 2009.
11. Ramful D, Carbonnier M, Pasquet M, Bouhmani B, Ghazouani J, Noormahomed T et al. Mother-to-child transmission of Chikungunya virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2007 Sep; 26(9):811-5.
12. Sissoko D, Moendandze A, Malvy D, Giry C, Ezzedine K, Solet LJ et al. Seroprevalence and risk factors of Chikungunya virus infection in Mayotte, Indian ocean, 2005-2006: A population-based survey. *PLoS Medicine* 2008 August; 3(8): e 3066, 1-9.
13. Sissoko D, Malvy D, Ezzedine K, Renault P, Moschetti F, Ledrans M et al. Post Epidemic Chikungunya Disease on Reunion Island: Course of Rheumatic Manifestations and Associated Factors over a 15-Month Period. *PLoS Medicine* 2009 Mar; 3(3): e389, 1-6.
14. Suryawanshi SD, Dube AH, Khadse RK, Jalgaonkar SV, Sathe PS, Zawar SD et al. Clinical profile of chikungunya fever in patients in a tertiary care centre in Maharashtra, India. *Indian J Med Res* 2009 Apr; 129(4):438-41.
15. Schilling S et al. Dengue and Chikungunya virus co-infection in a German traveler. *J Clin Virol*. 2009; in press.
16. Staikowsky F, Talarmin F, Grivard P, Souab A, schuffenecker I, Roux KL et al. Prospective Study of Chikungunya virus acute infection in the island of La Reunion during the 2005-2006 outbreak. *PLoS ONE* 2009 Oct; 4(10): e7603.
17. Valampampil JL, Chirakkart S, Letha S, jayakumar C, Gopinathan KM. Clinical profile of Chikungunya in infants. *Indian J Pediatr*. 2009 Feb; 76(2): 151-5.
18. WHO. Guidelines for prevention and control of Chikungunya fever. New Delhi: World Health House 2009.

