วารสารควบคุมโรค ปีที 34 ฉบับที 2 เม.ย. - มิ.ย. 2551 Disease Control Journal Vol 34 No. 2 Apr - Jun 2008

นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

โรคมือ เท้า ปาก ในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2549-2551

Hand Foot and Mouth Disease in Pediatric Department of Si Sa Ket Hospital between 2006-2008

สถาพร จันทร์ส่อง พ.บ., ว.ว.กุมารเวชศาสตร์ Sathaporn Jansong M.D., Dip. Thai Board of Pediatric
โรงพยาบาลศรีสะเกษ *Si Sa Ket Hospital*

บทคัดย่อ

โรค Hand-Foot-and-Mouth-Disease (HFMD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กเล็ก มักเกิดจากไวรัสกลุ่ม coxsackie A16 และ enterovirus อื่นๆ ติดต่อโดยการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลายหรืออุจจาระของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ มีแผลในปากเจ็บปาก และมีผื่นเป็นลักษณะตุ่มน้ำใส หรือเม็ดแดงๆ (papulo-vesicular rash) บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า อาการทั่วไปมักไม่รุนแรง และไข้มักจะหายใน 2-3 วัน และผื่นจะค่อยๆ ดีขึ้นใน 7-10 วัน ก่อนหน้านี้โรค HFMD ไม่ได้รับความสนใจนัก เพราะไม่รุนแรงและหายเอง จนกระทั่งมีการระบาดของโรค HFMD ในมาเลเซีย เมื่อปี 2540 มีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต 34 คน การระบาดที่ประเทศไต้หวัน ในปี 2541 เสียชีวิต 78 ราย สำหรับประเทศไทยได้มีการเฝ้าระวังโรค HFMD พบว่าในปี 2550 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 14,530 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ในปี 2551 มีรายงานผู้ป่วย 2,952 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยในปี 2550 จำนวน 15 ราย และปี 2551 จำนวน 12 ราย เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 22 ราย 81.48% อีก 5 ราย 18.52% เป็นผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้คือผู้ป่วยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ และมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 วัน ผู้ป่วย 1 ใน 5 รายนี้มีอาการแทรกซ้อนคือชักเกร็ง และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงผลการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท และผลการตรวจน้ำไขสันหลังเข้าได้กับ viral encephalitis ในที่สุดสามารถหายเป็นปกติ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้ง 27 รายคือ เป็นเพศชาย 21 ราย หญิง 6 ราย อายุที่พบส่วนใหญ่คืออยู่ในระหว่าง 1-3 ปี จำนวน 19 ราย 70.37% รองลงมาคืออายุระหว่าง 3-5 ปี จำนวน 6 ราย 22.23% อายุน้อยกว่า 1ปี จำนวน 1รายและอายุมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ราย 3.70% ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ 19 ราย 70.37% ต่างอำเภอ 6 ราย 22.23% และต่างจังหวัด 2 ราย 7.40% ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในช่วงปลายฤดูฝนจนถึงฤดูหนาวคือระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนมกราคม จำนวน 18 ราย 66.66% นอกจากนั้น พบช่วงฤดูร้อน 7 ราย 25.93% และฤดูฝน 2 ราย 7.41% ในจำนวนผู้ป่วยนอก 22 ราย อาการและอาการแสดงที่พบเสมอ คือ มีผื่น ตุ่มหนอง หรือตุ่มพองที่บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า อาการที่พบรองลงมาคือ มีแผลในปาก 17 ราย 77.3% อาการอื่นๆ ที่พบได้แก่ ไข้ 10 ราย 45.5% อาการไอ/มีน้ำมูกใสๆหรือ URI symptoms 7 ราย 31.8% การรักษาที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและการประคับประคอง มีการให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย จำนวน 10 ราย 45.5% ผลการรักษาผู้ป่วยทุกรายหายเป็นปกติ

Abstract

Hand-Foot-and-Mouth- Disease (HFMD) is a common childhood illness. It is caused by coxsackie A16 and others enterovirus. It spreads easily through coughing, sneezing and direct contact to lesion including

fecal oral route. Clinical syndromes are fever, sore throat with ulcer, and papulo-vesicular rash at both palms and soles, sometimes at the buttock. It usually goes away by itself in a week or so. The outbreak of HFMD in children in Malaysia in 1997 caused 34 deaths and in 1998, it caused 78 deaths in Taiwan. In Thailand there were 14,530 patients in 2007 of which 2 were deaths. In 2008 ,there were 2,952 cases reported, among which one was death. In Si Sa Ket hospital, there were 27 cases , about which 15 reported in 2007 and 12 in 2008. Twenty-two cases (81.48%) had been treated as the out-patients, while 5 (18.52%) had been hospitalized. The indications for admission were fatigue, could not eat and some degree of dehydration. The average days in the hospital were 2 days. One patient had severe complication which were convulsion and alteration of consciousness. The physical examination revealed no abnormal neurological sign. The Cerebro-Spinal Fluid (CSF) profile showed picture of viral encephalitis. He was full recovered after supportive treatment. There were 21 males, and 6 females. Most were in the age of 1-3 year (19 cases =70.37%), the others were in 3-5 year (6 cases =22.23%), 1 case was below 1 year and 1 case was over 5 years (3.70%).The 19 cases (70.37%) are the residents of Mueng District, Si Sa Ket, 6 cases (22.23%) in other districts, and the rest 2 (7.40%) in the other provinces. The 18 cases (66.66%) were found at the end of rainy and winter seasons, during October and January. The other 7 (25.93%) in summer and 2 (7.41%) in rainy season. The out-patient cases always showed clinical signs of vesicle of hands and feet (100%). There were oral ulcer in 17 cases (77.3%), fever in 10 cases (45.5%), upper respiratory tract symptoms in 7 cases (31.8%). The treatment were supportive and symptomatic. Many cases were treated with antibiotic (10 cases =45.5%). The prognosis was very good, because all of them were full recovery.

ประเด็นสำคัญ
เอชไอวี ยาต้านไวรัส อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจัยเสี่ยง

Keywords:
Efavirenz, highly active antiretroviral therapy, HIV, Navirapine, non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor

บทนำ

โรค มือ เท้า ปาก หรือ Hand-Foot-and-Mouth- Disease (HFMD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กเล็ก[1-3] โดยเฉพาะช่วงหน้าฝน มักเกิดจากไวรัสกลุ่ม coxsackie A16 และ enterovirus อื่นๆ อีกหลายตัว มักติดต่อโดยการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลายหรืออุจจาระของผู้ป่วย มีระยะฟักตัว 3-6 วัน ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ เจ็บปาก และมีผื่นเป็นลักษณะตุ่มน้ำใส หรือเม็ดแดงๆ (papulo-vesicular rash) บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า บางครั้งอาจมีตามลำตัว แขน ขา ได้ แผลในปากจะเป็น ulcer กลมเล็กกระจายที่ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม และเพดาน เด็กจะกินอาหารไม่ค่อยได้ และอาการทั่วไป มักไม่รุนแรง และไข้มักจะหายใน 2-3 วัน และผื่นจะค่อยๆ ดีขึ้นใน 7-10 วัน ก่อนหน้านี้โรค HFMD ไม่ได้รับความสนใจนัก เพราะไม่รุนแรงและหายเอง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2540-2541 มีการระบาดของโรค HFMD ในมาเลเซีย ไต้หวัน สิงคโปร์[3-5] โดยการระบาด ที่ประเทศมาเลเซีย ในปี 2540 มีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต 34 คน การระบาดที่ประเทศไต้หวัน ในปี 2541 พบเด็กที่เป็น HFMD ในเครือข่ายที่เฝ้าระวังรวม 129,106 ราย ในจำนวนนี้เป็นโรครุนแรง 465 0.8 % ราย และเสียชีวิต 78 ร้อยละ 0.06 ราย ในจำนวนเด็กที่ตายทั้งหมด 92 % เป็น Enterovirus-712(EV-712) นอกจากนี้ยัง พบรายงานการระบาดอีกหลายแห่งทั่วโลกทั้งใน ทวีปเอเชีย

ออสเตรเลีย และในประเทศอังกฤษ[4] ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus-71 (EV-71) ซึ่งมักมีการติดเชื้อในระบบประสาท มีภาวะสมองอักเสบ หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 สำหรับประเทศไทยได้มีการเฝ้าระวังพบว่ามีโรค HFMD เกิดขึ้นจำนวนหลายพันราย และพบการระบาดใหญ่ของเชื้อ Entrovirus 71 ในปี 2549 มีผู้เสียชีวิต 8 ราย 1 ในจำนวนนี้พบมีลักษณะผื่นที่มือและเท้าเข้าได้กับโรค HFMD ในปี 2550[6] มีรายงานผู้ป่วย HFMD จำนวน 14,530 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ในปี 2551 มีรายงานผู้ป่วย 2,952 ราย พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายที่จังหวัดสมุทรสาคร[6] รพ.ศิริราชได้ศึกษาสาเหตุของ HFMD ในเด็กจำนวน 33 ราย พบว่า 23 ราย 70% เกิดจากเชื้อ EV-71 4 12% เกิดจากเชื้อ coxsackie A16 และ 1 ร้อยละ 3 เกิดจากเชื้อ HSV สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ พบรายงานผู้ป่วยในปี 2549 จำนวน 1 ราย ปี 2550 จำนวน 17 ราย และปี 2551 จำนวน 12 ราย[7] ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรค HFMD มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้จัดทำขึ้น เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ อายุ เพศ ภูมิลำเนา เดือนที่ป่วย อาการและอาการแสดง วิธีการรักษาและผลการรักษา เพื่อเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นในงานระบาดวิทยา งานวิจัยอื่น ๆ ตลอดจนเป็นข้อมูลในการหาแนวทาง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ อายุ เพศ ภูมิลำเนา เดือนที่ป่วย อาการและอาการแสดง วิธีการรักษาและผลการรักษาเพื่อเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นในงานระบาดวิทยา งานวิจัยอื่น ๆ ตลอดจนเป็นข้อมูลในการหาแนวทางเพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

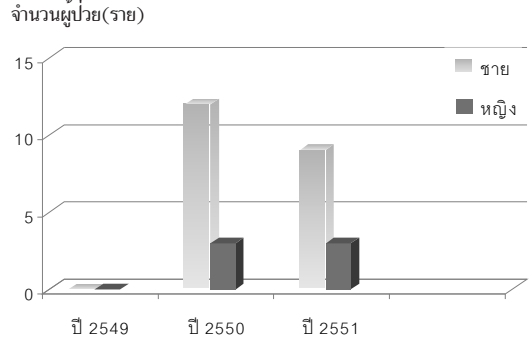
เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Descriptive Retrospective Study) โดย ค้นประวัติผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก (HFMD) จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และบัตรผู้ป่วยนอก (OPD card) โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในระหว่างปี 2549-2551 เก็บข้อมูลแยกตามอายุ เพศ ภูมิลำเนา เดือนที่ป่วย อาการและอาการแสดง วิธีการรักษาและผลการรักษา นำมาวิเคราะห์อัตราส่วนเป็นร้อยละ

ผลการศึกษา

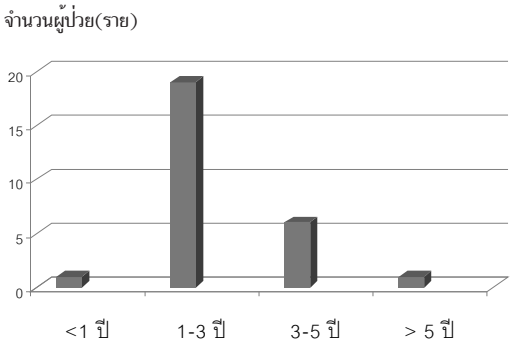
เมื่อนำเวชระเบียนและบัตรผู้ป่วยนอกที่วินิจฉัยว่าเป็น HFMD และรายงานด้านระบาดวิทยาในช่วงปี 2549-2551 จำนวน 30 ราย มาตรวจสอบการวินิจฉัย พบว่าเป็นผู้ป่วย HFMD เพียง 27 ราย อีก 3 ราย เป็นผู้ป่วย Herpangina โดยพบผู้ป่วยในปี 2550-2551 เท่านั้นคือ 15 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 22 ราย 81.48% อีก 5 ราย 18.52% เป็นผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้คือผู้ป่วยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ และมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) 1 ใน 5 รายนี้มีอาการแทรกซ้อนคือชักเกร็ง และระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงแต่ในที่สุดสามารถหายเป็นปกติ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้ง 27 รายคือ เป็นเพศชาย 21 ราย หญิง 6 ราย อายุที่พบส่วนใหญ่คืออยู่ในระหว่าง 1-3 ปี จำนวน 19 ราย 70.37% รองลงมาคืออายุระหว่าง 3-5 ปี จำนวน 6 ราย 22.23% ดังแผนภูมิที่ 2 ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ 19 ราย 70.37% ต่างอำเภอ 6 ราย 22.23% และต่างจังหวัด 2 ราย 7.40% คือจังหวัดอุบลราชธานี และสุรินทร์ ดังแสดงในตารางที่ 1 เดือนที่พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ พบในช่วงปลายฤดูฝนจนถึงฤดูหนาวคือ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนมกราคม จำนวน 18 ราย 66.66% นอกจากนั้น พบช่วงฤดูร้อน 7 ราย 25.93% และฤดูฝน 2 ราย 7.41% ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 3 สำหรับอาการ/

อาการแสดง การรักษา ตลอดจนผลการรักษาได้แยกเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พบว่า เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 22 ราย อาการและอาการแสดง ที่พบเสมอทั้ง 22 ราย 100% คือ มีผื่นตุ่มหนองหรือ ตุ่มพองที่บริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า อาการที่พบรองลง มาคือ มีแผลในปาก 17 ราย 77.3% อาการอื่นๆที่พบ ได้แก่ ไข้ 10 ราย 45.5% อาการไอ/มีน้ำมูกใสๆหรือ URI symptoms 7 ราย 31.8% การรักษาที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและการประคับประคอง มีการให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยจำนวน 10 ราย 45.5% ดังแสดงในตารางที่ 3 ผลการรักษาผู้ป่วยทุกรายหายเป็นปกติ สำหรับผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล มีจำนวน 5 ราย พบว่ามีอาการไข้ มีแผลในปาก และมีผื่นตุ่มหนอง หรือตุ่มพองที่บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าทุกราย 100% มี URI symptoms จำนวน 3 ราย 60% และเป็น ที่น่าสนใจว่ามีผู้ป่วยมีอาการระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน แปลงและชักเกร็ง จำนวน 1 ราย ผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยรายนี้ไม่พบความผิดปกติ ของระบบประสาท และผลการตรวจน้ำไขสันหลังเข้าได้กับ viral encephalitis (CSF profile : no cell, protein= 34mg/dl, sugar= 115 mg% CSF culture= no growth, Blood sugar=128 mg%) การรักษาส่วนใหญ่ให้การรักษาแบบประคับ ประคองตามอาการ มีการให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย 2 ราย จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 วัน ผลการรักษาทุกรายหายเป็นปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5 ไม่มีรายใดทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในได้รับ การส่งตรวจ Viral study หรือ Serum Antibody for Enterovirus

แผนภูมิที 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี 2549-2551



แผนภูมิที 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปี 2550-2551 แยกตามอายุที่พบ



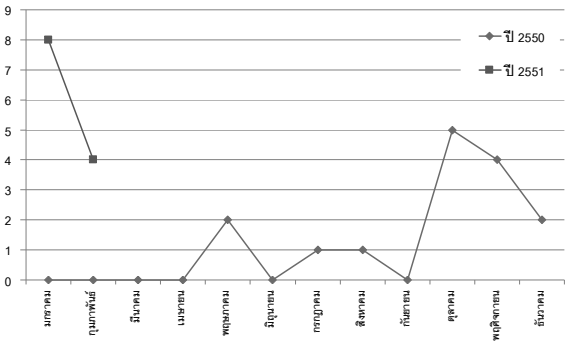
ตารางที 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งแต่ปี 2550-2551

ข้อมูล		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ	เพศชาย	21	77.78
	เพศหญิง	6	22.22
อายุ	น้อยกว่า 1ปี	1	3.70
	1-3 ปี	19	70.37
	3-5 ปี	6	22.23
	มากกว่า 5 ปี	1	3.70
ประเภทผู้ป่วย	ผู้ป่วยนอก	22	81.48
	ผู้ป่วยใน	5	18.52
ภูมิลำเนา	เขตอำเภอเมือง จว.ศรีสะเกษ	19	70.37
	ต่างอำเภอ จว.ศรีสะเกษ	6	22.23
	จังหวัดอื่น	2	7.40
	รวม	27	100

ตารางที 2 แสดงจำนวนทีพบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ แยกเป็นช่วงเดือนในระหว่างปี 2550-2551

เดือน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กุมภาพันธ์-พฤษภาคม	7	25.93
มิถุนายน-กันยายน	2	7.41
ตุลาคม-มกราคม	18	66.66
รวม	27	100

แผนภูมิที 3 แสดงจำนวนทีพบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในแต่ละเดือนในระหว่างปี 2550-2551



ตารางที 3 แสดงอาการ/อาการแสดง การรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (N=22)

อาการ/อาการแสดง/การรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไข้	10	45.5
ไอ/น้ำมูกใส	7	31.8
มีแผลในปาก	17	77.3
มีผื่น/ตุ่มหนอง/ตุ่มพองบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า	22	100
การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ	22	100
การให้ยาปฏิชีวนะ	10	45.5
ผลการรักษาหายเป็นปกติ	22	100

ตารางที 4 แสดงอาการ/อาการแสดง การรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ทีได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (N=5)

อาการ/อาการแสดง/การรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไข้	5	100
ไอ/น้ำมูกใส	3	60
มีแผลในปาก	5	100
มีผื่น/ตุ่มหนอง/ตุ่มพองบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า	5	100
อาการอื่น ๆ	1*	20
การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ	5	100
การให้สารน้ำทางเส้นเลือด	5	100
การให้ยาปฏิชีวนะ	2	40
ผลการรักษาหายเป็นปกติ	5	100

*มีอาการชักเกร็ง ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง

ตารางที 5 แสดงผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ (CBC) ของผู้ป่วยทีโรคมือ เท้า ปาก ทีได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีสะเกษในปี 2550-2551 (N=5)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Leucocytosis	5	100
PMN predominate	2	40
Lymphocyte predominate	3	60

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วย HFMD ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่ตามตำราวิชาการและการรายงานอื่น ๆ พบว่าเป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่า ๆกัน 3 อายุที่พบส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุระหว่าง 1-3 ปี เช่นเดียวกับรายงานอื่น ๆ [2 3] ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 10 ปี การระบาดของโรคพบได้มากในช่วงปลายฤดูฝนและในฤดูหนาว (ระหว่างเดือนตุลาคม-เดือนมกราคม) สำหรับในประเทศตะวันตกมักพบผู้ป่วยในช่วงฤดูร้อน ฤดูใบไม้ผลิ และฤดูใบไม้ร่วง[4,8,9] การวินิจฉัยผู้ป่วยได้จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายโดยไม่จำเป็นต้องมี การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ (Clinical Diagnosis)[3] โดยเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทุกรายต้องมีผื่น ตุ่มหนอง ตุ่มพองที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า และส่วนใหญ่มักมีแผลในปากร่วมด้วย สำหรับอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ปวดศรีษะ ก็พบได้เช่นเดียวกัน แต่ไม่พบผื่นบริเวณก้น หรือขาหนีบ (buttock or diaper area) ในการศึกษาครั้งนี้ ในขณะที่รายงานฉบับอื่น ๆ พบว่ามีผื่นในบริเวณดังกล่าวนี้ได้[9,10] การรักษาผู้ป่วยไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง การให้การรักษาประคับประคองตามอาการเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การให้ยาลดไข้ ยาทาบรรเทาอาการปวดและอักเสบของแผลในปาก การให้สารน้ำทางปาก และเส้นเลือด[11] เป็นต้น ส่วนการให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ไม่ได้ช่วยให้โรคดีขึ้น ยกเว้นเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อแทรกซ้อน[3,4,9] การพยากรณ์โรคส่วนใหญ่

หายเป็นปกติใน 7-10 วันไม่ค่อยพบภาวะแทรกซ้อน สิ่งสำคัญคือการป้องกันการแพร่กระจายของโรคไปยังผู้อื่น ดังนั้นควรให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครองได้แก่ การหลีกเลี่ยงไม่สัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย เน้นเรื่องการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การล้างมือบ่อย ๆโดยเฉพาะหลังจากสัมผัสผู้ป่วย การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และภายหลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้ง ควรแยกสิ่งของเครื่องใช้ และอาหารของผู้ป่วยไม่ให้ปะปนกับผู้อื่น การกำจัดอุจจาระที่ถูกต้อง และควรแยกผู้ป่วยไม่ให้คลุกคลีกับเด็กอื่นโดยให้ผู้ป่วยหยุดเรียนหรือไม่นำไปฝากสถานรับเลี้ยงเด็กจนกว่าตุ่มหนองจะแห้งสนิท ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก (HFMD) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากที่ไม่มีผู้ป่วยเลยในปี 2549 เป็นพบผู้ป่วยจำนวน 15 รายในปี 2550 และพบถึง 12 รายในปี 2551 ซึ่งเป็นเวลาเพียง 2 เดือนเท่านั้น และยังไม่ถึงฤดูกาลแพร่ระบาดของโรค คาดว่าในปีนี้จะมีผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่ง ที่ไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งทำให้ตัวเลขที่รายงานน้อยกว่าค่าที่เป็นจริง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของการติดต่อและระบาดของโรคได้ดังนั้นการเฝ้าระวังป้องกันการติดต่อ การรายงานอาการผู้ป่วย การสืบสวนโรคเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต้องให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค นอกจากนี้เมื่อพบผู้ป่วยควรเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงด้วยเสมอ เช่น อาการกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หัวใจวาย น้ำท่วมปอด การติดเชื้อในระบบประสาทกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย HFMD โดยพบว่ามักเกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus 71

ข้อเสนอแนะ

การตรวจพิเศษเพื่อหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค โดยการทำ viral study หรือการตรวจ Antibody for enterovirus ควรทำเมื่อพบว่ามีการระบาดใหญ่ของโรค HFMD เกิดขึ้นในพื้นที่ เนื่องจากอาจเกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus 71 ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้โดยเฉพาะในเด็กเล็ก[12-14] ดังเช่นการระบาดใหญ่ในประเทศมาเลเซีย และไต้หวันที่ผ่านมา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ชาย ธีระสุต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, รศ.พญ. (2549). (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://www.thaipediatrics.org/detail_act.php?mews_id=55. วันที่สืบค้น 4 มีนาคม 2551.
2. Voravouth Charoensiri, M.D. (1998). Hand-Foot-Mouth Disease. (Online). Available: http://www.thailabnoline.com/sec8hfm.htm . Retrieved March 4, 2008.
3. Pediatrics, Hand-Foot-and-Mouth Disease. (2007). (Online). Available: http://www.emedicine.com/emerg/topic383.htm . Retrieved March 4, 2008.
4. Hand, Foot and mouth disease. (2008). (Online). Available: http://enwikipedia.org/wiki/Hand,_foot_and_mouth_disease . Retrieved March 4, 2008.
5. Hand, Foot & Mouth Disease. (2006). (Online). Available: http://www.hpb.gov.sg/hpb/default.asp?pg_id=856&aid=272 . Retrieved March 4, 2008.
6. สรุปรายสัปดาห์โรคที่มีความสำคัญสูง (2550). สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์) แหล่งที่มา : http://

203.157.15.4/index.php?send=prior . วันที่สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2551.

7. โปรแกรมรายงานระบาดวิทยา (รง.506) ณ.วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
8. Hand, Foot, & Mouth Disease (2006) (Online). Available: http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/enterovirus/hfhf.htm . Retrieved March 4, 2008.
9. Medical Encyclopedia: Hand-foot-mouth disease. (2007). (Online). Available: http://www.nlm.nih.qov/medlineplus/print/ency/article/000965.htm . Retrieved March 4, 2008.
10. Hand, foot & mouth disease information sheet. (2008). (Online). Available: http://www.health.vic.gor.au/ideas/bluebook/hand_foot_info . Retrieved March 4, 2008.
11. Hand-Foot-and-Mouth Disease- Topic Overview. (2007). (Online). Available: http://children.webmd.com/tc/hand-foot-and-mouth-disease-topic-overview . Retrieved March 4, 2008
12. สุวรรณา เทพสุนทร, ธีรศักดิ์ ชักนำ, รุ่งนภา ประสานทอง. (2548).ระวังการระบาด enterovirus 71. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://epid.moph.go.th/weekly/w_2548/Weekly48_homepge/wk48_21/wk_21_1.html. วันที่สืบค้น 5 เมษายน 2551.
13. เยาวภา พงษ์สุวรรณ,ดร.(2544). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคติดเชื้อและพาหะนำโรคไวรัสเอนเตอโร 71 (Enterovirus 71). (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=1065. วันที่สืบค้น 5 เมษายน 2551.
14. A case of Enterovirus Outbreak: Enterovirus 71. (2000). (Online). Available: http://www.standford.edu/group/virus/picorna/2000/virus4.html. Retrieved April 5, 2008.
15. Sentinel surveillance for human enterovirus 71 in Sarawak, Malaysia: lessons from the first 7 years. (2006). (Online). Available: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/180. Retrieved April 5, 2008.