

รายงานผู้ป่วย

เมลิออยโดสิสในเด็ก : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

นवलจันทร์ ปราบพาล* วิชัย ผลานวงศ์*
ประไพ พงษ์ประสิทธิ์* สมใจ เจริญประยูร* *

Prapphal N, Palanuwig V, Pongprasit P, Rienprayoon S. Childhood melioidosis : unusual clinical presentation. Chula Med J 1986 Jan; 30 (1) : 63 - 73

Melioidosis is an uncommon but serious infectious disease in Southeast Asia caused by Pseudomonas pseudomallei. Although many cases had been reported in adults, the disease is not well recognized in children. Among the reported cases of childhood melioidosis, the presenting manifestations were abscess, chronic ulcer, pneumonia, diarrhea, meningoencephalitis and septicemia. Three cases of bacteriologically proven melioidosis in children were treated at Chulalongkorn Hospital during the one year period (1984-1985). One patient presented with a chronic leg ulcer and was successfully treated with chloramphenicol. The other two were admitted with the diagnosis of dengue hemorrhagic fever complicated by pleural effusion and severe pneumonia; one was successfully treated with ceftazidime, but the other died of septicemic shock and respiratory failure. Melioidosis should be considered in the differential diagnosis of children who have clinical manifestations of dengue hemorrhagic fever complicated by progressive pneumonia.

* ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* * ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Melioidosis เป็นโรคติดเชื้อจาก *Pseudomonas pseudomallei* ซึ่งมีถิ่นระบาดอยู่ในประเทศเขตร้อนระหว่างเส้นขนานที่ 20° เหนือและใต้เส้นศูนย์สูตรรวมทั้งประเทศไทย⁽¹⁾ แต่รายงานส่วนใหญ่เป็นคนไข้ผู้ใหญ่ รายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กมีประมาณ 20 ราย⁽²⁻¹³⁾ อาการนำส่วนใหญ่เป็นไข้, แผลเรื้อรัง, อูจจาระร่วง, ปอดอักเสบ, สมองอักเสบ หรือ septicemia ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (พ.ศ. 2527-2528) มีผู้ป่วยเด็กที่เป็น melioidosis ได้รับการรักษาที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รวม 3 ราย ผู้ป่วย 2 รายมีอาการนำแบบไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever) แล้วต่อมามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดและปอดอักเสบ ซึ่งอาการนำเช่นนี้ยังไม่มีการรายงานไว้

รายงานผู้ป่วย

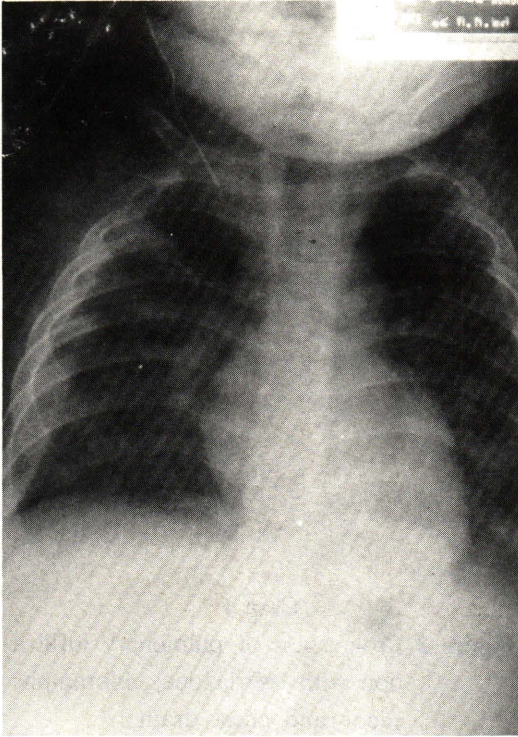
รายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 9 เดือน บ้านอยู่จังหวัดอยุธยา รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2527 ด้วยเรื่องไข้สูงมา 7 วัน โดยมีประวัติว่า 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ต่ำ ๆ และถ่ายเหลวอยู่ 3 วันแล้วหายไปเอง 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง อาเจียน และซึมลงมา 3 วัน รักษาด้วย ampicillin แล้วไม่ดีขึ้น ประวัติอดีตและการพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจร่างกายแรกพบว่ามีอุณหภูมิร่างกาย 38°C ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 mmHg. น้ำหนักตัว 7,050 กรัม ค่อนข้างซีม ตับโต 3 ซม. ต่ำกว่าชายโครงขวามีจุดเลือดออก (petechiae) ตามแขนขาและเลือดซีมออกจากตำแหน่งที่เจาะเลือด การตรวจร่างกายอย่างอื่นรวมทั้งการตรวจทางระบบประสาทอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจเลือดพบว่า hematocrit 30% WBC 5,300/มม.³, lymphocyte 94% neutrophil

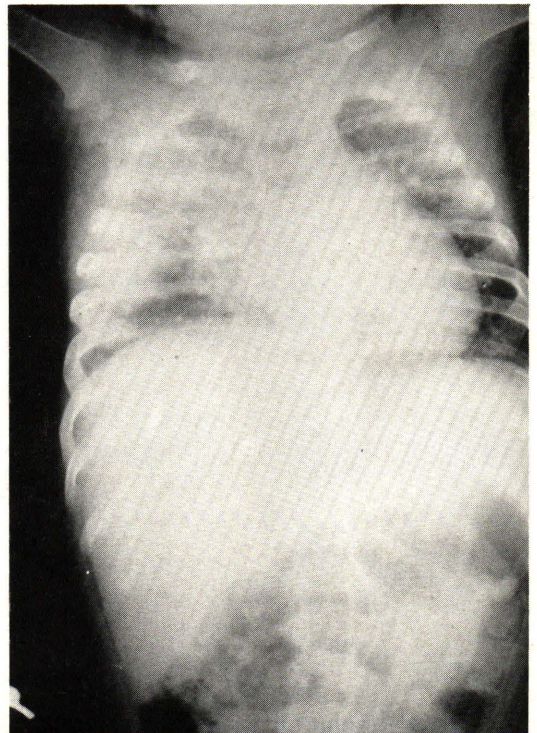
6%, platelet 38,000/มม.³ ตรวจปัสสาวะพบ specific gravity 1.025, albumin 4+, sugar trace, WBC 5-10/HD

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นไข้เลือดออก ร่วมกับการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และได้รับการรักษาด้วยน้ำเกลือทางหลอดเลือด ampicillin และ gentamicin 18 ชั่วโมงต่อมาความดันโลหิตลดลงเหลือ 80/50 mmHg แล้วกลับเป็นปกติหลังให้ plasma และน้ำเกลือทางหลอดเลือดเพิ่มขึ้น วันที่ 4 หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูงขึ้นเป็น 39° - 40° C ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็น 150/100 mmHg ไอ หายใจเร็ว ตรวจพบ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง และเสียงปอดข้างขวาเบาลง ภาพรังสีปอดพบ pulmonary infiltration ทั่วไปและน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (รูปที่ 1) ตรวจเลือดซ้ำพบ WBC 46,400/มม.³ neutrophil 41%, lymphocyte 54%, monocyte 5%, platelet 80,000/มม.³ ตรวจปัสสาวะพบ albumin, sugar negative, no WBC, ทำการเจาะปอดแต่ไม่ได้น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น cefotaxime และ amikacin และให้ hydralazine captopril เพื่อรักษาความดันโลหิตสูงตามลำดับ หลังให้การรักษายู่ 15 วัน ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นยังคงมีไข้สูงและหายใจหอบ ตรวจภาพรังสีปอดซ้ำพบมี pulmonary infiltration และน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้น (รูปที่ 2) จึงทำการเจาะปอดซ้ำได้หนองสีเหลือง เพาะเชื้อได้ *Pseudomonas pseudomallei* ได้ทำ chest drain และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ceftriaxone และ chloramphenicol ตามผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยา หลังให้ยา 2 สัปดาห์ผู้ป่วยยังคงมีไข้ 39° C ภาพรังสีปอดพบมี pulmonary infiltration มากขึ้น (รูปที่ 3) จึงเปลี่ยนยาเป็น ceftazidime 100 มก./กก./วัน



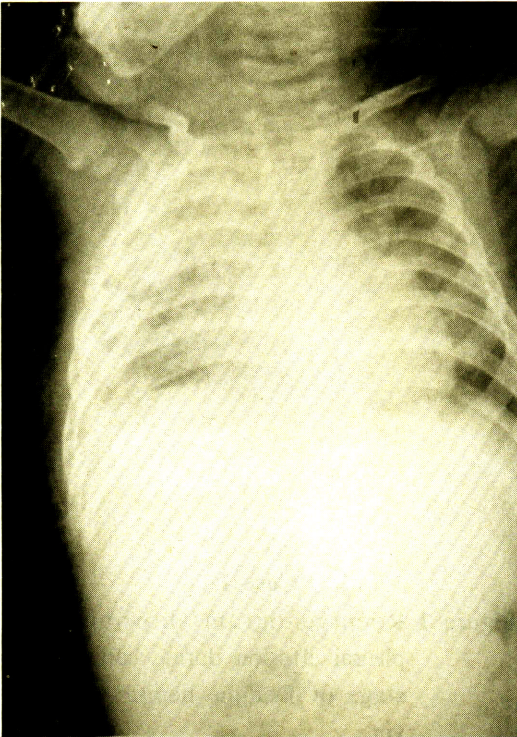
Case I

Figure 1 Roentgenogram showing right pleural effusion during convalescent stage of Dengue hemorrhagic fever.



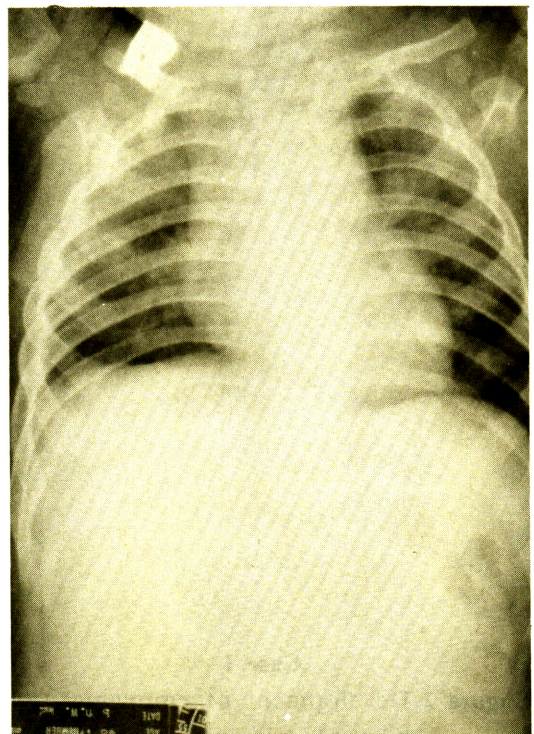
Case I

Figure 2 Development of empyema and bilateral pulmonary infiltration.



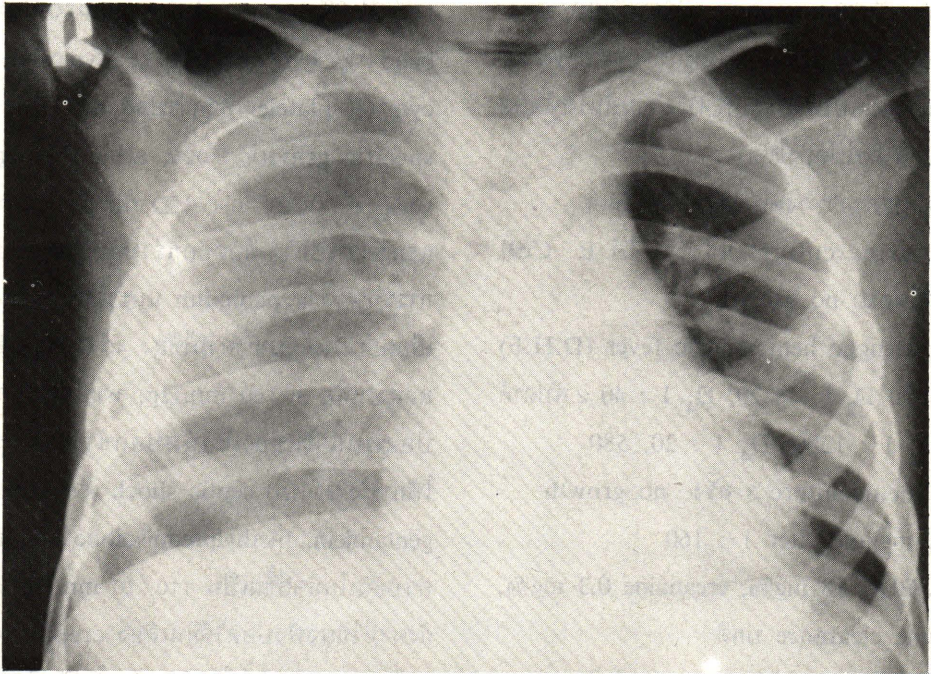
Case I

Figure 3 Progression of pulmonary infiltration with ceftriaxone, chloramphenicol and chest drain.



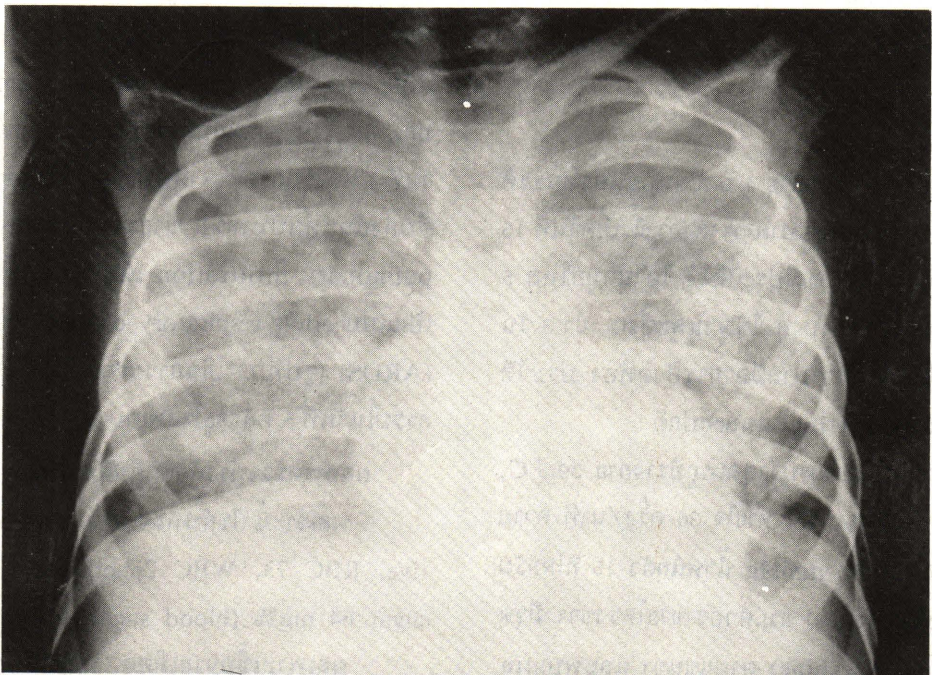
Case I

Figure 4 Resolution with ceftazidime.



Case II

Figure 5 Roentgenogram showing right pleural effusion on the 6th day of illness



Case II

Figure 6 Progression of diffused pulmonary infiltration

หลังให้ยา 2 วันไข้ลดลงและหายใจดีขึ้น เมื่อให้ยาครบ 6 สัปดาห์ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ และภาพรังสีปอดดีขึ้นจนเกือบปกติ (รูปที่ 4) ความดันโลหิตลดลงเป็นปกติโดยไม่ต้องให้ยา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

1. urine culture แรกได้รับ ได้ E. Coli 2 สัปดาห์ต่อมา no growth
2. Dengue hemorrhagic fever (D.H.F) titer แรกได้รับ D₂ 1 : < 20, D₄ 1 : 40 2 สัปดาห์ต่อมา D₂ 1 : 1280, D₄ 1 : 20, 580
3. hemoculture 3 ครั้ง - no growth
4. melioid titer 1 : 160
5. BUN 18 mg%, creatinine 0.3 mg%, creatinine clearance ปกติ
6. I.V.P. และ ultrasound ปกติ
7. urine VMA 1mg/ วัน
8. hemoglobin electrophoresis thalassemia trait (A₂A)

รายที่ 2

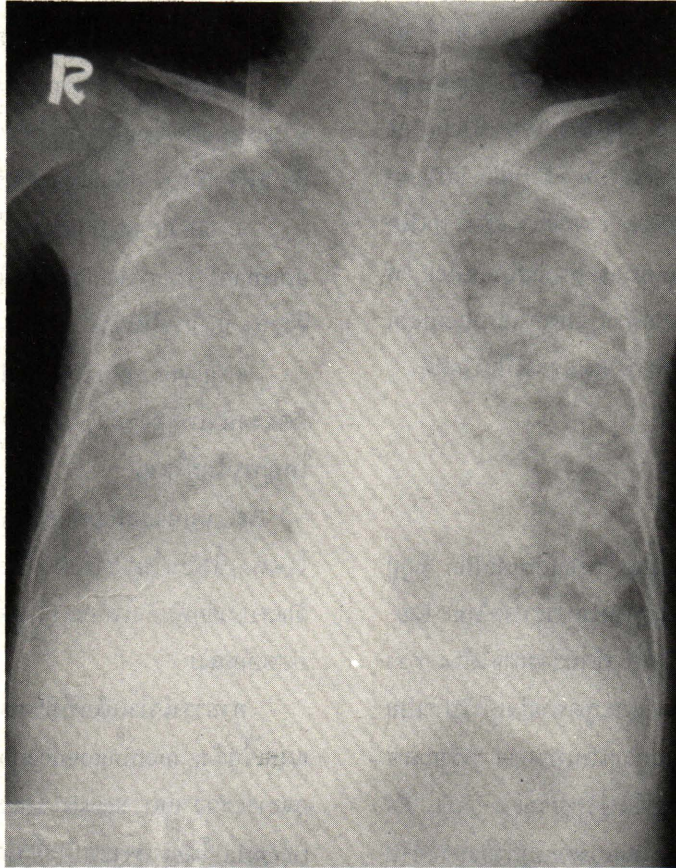
ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 4 ปี บ้านอยู่นครสวรรค์ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2528 โดยมีประวัติไข้ ไอ น้ำมูกไหล 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูงและซีมีลงมา 3 วัน เข้าวันที่เข้าโรงพยาบาลมีอาการปวดท้อง ประวัติอดีตและพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจร่างกายพบว่าอุณหภูมิร่างกาย 39.5°C, ซีพจร 144 ครั้ง/นาที, หายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70 mmHg น้ำหนักตัว 15 กิโลกรัม ก่อนข้างซีมี ดับโต 1 ซม.ต่ำกว่าชายโครงขวา มีจุดเลือดออก (petechiae) ตามแขนขา และพบแผลตื้น ๆ ที่เข้าทั้ง 2 ข้างและข้อเท้าซ้าย การตรวจร่างกายอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจจล็ดพบ hematocrit

43% WBC 12,850/มม.³, neutrophil 73%, band 1%, lymphocyte 21%, atypical lymphocyte 5% platelet ต่ำกว่าปกติ ตรวจปัสสาวะพบ specific gravity 1.026, albumin negative, sugar 1⁺, WBC 0-1/HD ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่าเป็นไข้เลือดออกพร้อมกับ leg ulcers ให้การรักษาด้วย penicillin และน้ำเกลือทางหลอดเลือด 1 วันต่อมาไข้ยังคงมีไข้สูง 40°C ความดันโลหิตลดลงเหลือ 80/60 mmHg, หายใจเร็ว ภาพรังสีปอดพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างขวา (รูปที่ 5) ให้การรักษาแบบ septic shock ด้วย cloxacillin, gentamicin, methylprednisolone และอ็อกซิเจน ความดันโลหิตดีขึ้นเป็น 110/70 mmHg แต่ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูงฟังปอดได้ยินเสียง crepitations ทั้ง 2 ข้าง และเริ่มมีน้ำในช่องท้องในวันที่ 3 หลังอยู่โรงพยาบาล ถ่ายภาพรังสีปอดซ้ำพบ pulmonary infiltration ทั้ง 2 ข้าง (รูปที่ 6) ผลเพาะเชื้อแผลที่ขาได้ Enterobacter จึงเปลี่ยนยาเป็น cefamandole 200 มก./กก./วัน และ gentamicin 5 มก./กก./วัน ตามผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยา วันที่ 4 หลังรับการรักษาผู้ป่วยยังคงมีไข้สูง 40.8°C ซีมีลงและหอบมากขึ้น ถ่ายภาพรังสีปอดซ้ำพบ pulmonary infiltration เต็มทั่วปอดทั้ง 2 ข้าง เป็นแบบ adult respiratory distress syndrome (ARDS) (รูปที่ 7) เกิดภาวะหายใจวายและถึงแก่กรรมในวันที่ 5 หลังอยู่โรงพยาบาล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

- ผลเพาะน้ำไขสันหลัง-สีใส, pandy negative, RBC 73, WBC 2, protein 9 mg%, sugar 64 mg% (blood sugar 144 mg%)
- ผลเพาะเชื้อจากเลือด, น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด, น้ำในช่องท้อง, น้ำไขสันหลัง และ tracheal secretion ได้ Pseudomonas pseudomallei



Case II

Figure 7 Extensive pulmonary infiltration (white out lungs) with cefamandole and gentamicin.

- DHF titer

แรกจับ D₂ 1 : 320, D₄ 1 : 640

5 วันต่อมา D₂ 1 : 640, D₄ 1 : 640

รายที่ 3

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 14 ปี บ้านอยู่บางขุนเทียน กรุงเทพฯ เป็นแผลที่ข้อเท้าขวาเป็น ๆ หาย ๆ มา 1 ปี ไม่เจ็บ ไม่มีไข้ ตรวจร่างกายพบ hyperpigmented atrophic scar มีรูเปิด และ discharge สีเหลือง ตัดหนังตรวจได้ผลเป็น chronic inflammation ไม่พบ granuloma ผลเพาะเชื้อจากเนื้อเยื่อ ได้เป็น *Pseudomonas pseudomallei* ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วย chloramphenicol 2 กรัม/วัน นาน 9 สัปดาห์ แผลหายเป็นปกติดี

วิจารณ์

เชื้อ *Pseudomonas pseudomallei* มีอยู่ในดินและน้ำจากเกือบทุกภาคในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้⁽¹⁴⁾ เข้าสู่ร่างกายได้ 4 ทางที่สำคัญคือ ทางผิวหนัง และสูดหายใจเข้าไป นอกจากนี้อาจติดต่อเข้าทางทางเดินอาหาร หรือเพศสัมพันธ์⁽⁹⁾ มีระยะฟักตัวประมาณ 4-5 วัน ถ้าร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาอย่างยิ่งทางด้าน cell mediated immune เชื่อจะแพร่เข้ากระแสโลหิตเกิดเป็น septicemia และ shock ได้ แต่ถ้าร่างกายมีภูมิคุ้มกันดีเชื่อจะอยู่ในร่างกายเป็น dormant foci ได้นานเป็นปี ๆ คล้ายเชื้อวัณโรค⁽²⁾ เท่าที่มีรายงานไว้มากที่สุด 24 ปี⁽¹⁵⁾ เมื่อใดที่ร่างกายอ่อนแอลงหรือภูมิคุ้มกันด้าน cell mediated immune ลดลง เชื้ออาจแพร่กระจายเกิดเป็นฝีตามอวัยวะต่าง ๆ หรืออาจเกิด septicemia ได้

อาการแสดงของ melioidosis แบ่งเป็น 6 พวก⁽⁹⁾ คือ

1. acute septicemic melioidosis มักมีอาการของปอดอักเสบและเกิด septicemia อย่างรวดเร็ว ซึ่งแยกจาก septicemia ที่เกิดจากแบคทีเรียพวกแกรมลบอื่น ๆ ได้ยากและอัตราการตายค่อนข้างสูง

2. subacute melioidosis อาการค่อยเป็นค่อยไปนานเป็นสัปดาห์หรือเดือน ๆ

3. chronic suppurative melioidosis เป็นหนองฝีหรือแผลเรื้อรังนานเป็นเวลาหลาย ๆ เดือนหรือเป็นปี คล้ายแผลจากเชื้อวัณโรคหรือเชื้อรา

4. latent melioidosis ได้รับเชื้ออยู่แล้วเป็น dormant foci ในร่างกาย เมื่อร่างกายอ่อนแอลงจึงแสดงอาการให้เห็น

5. asymptomatic melioidosis ได้แก่พวกที่ตรวจน้ำเหลืองแล้วได้ผลบวก แต่ไม่มีอาการส่วนใหญ่มักพบในผู้ใหญ่

6. unusual presentations อาการคล้ายโรคติดเชื้ออื่นในระบบต่าง ๆ เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, ปอดอักเสบ

อาการนำในเด็กที่มีรายงานไว้คือ ฝีหนอง, แผลเรื้อรัง, meningoencephalitis, ปอดอักเสบ อูจจาระร่วง และ sepsis และมักเสียชีวิตจาก septicemia โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่ขาดอาหารหรือภูมิคุ้มกันต่ำ⁽²⁻¹³⁾ ดังตารางที่ 1

ผู้ป่วย 2 รายแรกที่รายงานนี้มีอาการนำเป็นไข้เลือดออกซึ่งไม่เคยมีในรายงานที่ผ่านมารายที่ 1 ผลการตรวจน้ำเหลืองบ่งว่าเป็นไข้เลือดออก (secondary dengue hemorrhagic fever) ตั้งแต่แรกจับ แล้วมีปอดอักเสบ empyema จากเชื้อ *Pseudomonas pseudomallei* และเนื่องจากผลการเพาะเชื้อจากดินบริเวณหอผู้ป่วย น้ำและของใช้รอบตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่พบเชื้อ *Ps. pseudomallei* แสดงว่าผู้ป่วยน่าจะมีการติดเชื้อนี้ในร่างกายอยู่เดิมแล้ว

Table 1 Clinical presentations, complications and out-come of childhood melioidosis, (20 reported cases from literatures)⁽²⁻¹³⁾

| Clinical presentations | Complications | Outcome |
|-----------------------------|---|-----------------------|
| abscess 7 cases | osteomyelitis 1 mastoiditis 1 | recovered 7 |
| meningoencephalitis 4 cases | septicemia 1 | died 1 recovered 3 |
| pneumonia 3 cases | septicemia 1 pyopericardium 1 peritonitis 1 | died 2 recovered 1 |
| diarrhea 3 cases | septicemia 3 | died 3 |
| sepsis 2 cases | - | died 2 |
| chronic ulcers 1 cases | - | recovered 1 |

แต่ไม่มีอาการเป็นแบบ latent form เมื่อป่วยเป็นไข้เลือดออกทำให้มีภาวะเครียดหรือภูมิคุ้มกันต่ำลงเช่นเดียวกับการติดเชื้อ Influenza A⁽¹⁶⁾ Streptococcal pneumoniae และมาลาเรีย⁽¹⁷⁾ เชื้อ Pseudomonas pseudomallei จึงแพร่กระจายเกิดเป็น pneumonia และ empyema ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการนำคล้ายไข้เลือดออกและ shock ค่อนข้างเร็ว แต่ผลการตรวจน้ำเหลืองไม่บ่งชี้ชัดเจนว่าเป็น acute infection จาก dengue hemorrhagic fever ในการป่วยครั้งนี้ ดังนั้นอาการแสดงตอนแรกอาจเป็นอาการของ acute septicemic melioidosis ซึ่งคล้ายไข้เลือดออก หรือเป็นไข้เลือดออกแล้วทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงเชื้อ Pseudomonas pseudomallei จึงแพร่กระจายเกิด septicemia เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายแรกแต่อาการรุนแรงกว่าทั้ง ๆ ที่มีภาวะโภชนาการปกติ

เนื่องจากอาการแสดงของ melioidosis ไม่มีลักษณะเฉพาะ การวินิจฉัยที่แน่นอนจึงได้จากผลเพาะเชื้อจากเลือด เนื้อเยื่อ น้ำในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย และการหาระดับ titer ในน้ำเหลือง ลักษณะ colony ของเชื้อ Pseudomonas pseu-

domallei ค่อนข้างเฉพาะ คือ มีผิวหนามัน 3 วันต่อมาจะมีลักษณะจับเหนียวข้น ย้อมสีแกรมจะพบ bacilli ติดสีแกรมลบ และติดสีจัดที่ปลายหัวท้าย ดูคล้ายเข็มกลัดซ้อนปลาย⁽¹⁸⁾ ส่วนการหา titer ในน้ำเหลืองที่ระดับ H.I. $\geq 1 : 40$ และ C.F. $\geq 1 : 10$ ช่วยในการวินิจฉัยพวกที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ หรือช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ แต่ประมาณ 19% ของผู้ป่วยให้ระดับ titer ต่ำหรือให้ผลลบแม้ว่าจะเพาะเชื้อขึ้น⁽¹⁹⁾ ผู้ป่วยแรกในรายงานนี้ระดับ titer ขึ้นสูงหลังจากเริ่มมีอาการ 3 เดือนแล้วซึ่งค่อนข้างช้ากว่าปกติ

การรักษาที่สำคัญคือ การให้ยาปฏิชีวนะที่ไวต่อเชื้อ ถ้าเป็นชนิดแพร่กระจาย (systemic melioidosis) แนะนำให้ใช้ยาหลายตัวซึ่งมักมี chloramphenicol และ aminoglycosides รวมอยู่ด้วย และให้นานอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการเกิด relapse⁽⁹⁾ ในกรณีที่เป็นการติดเชื้อเฉพาะ soft tissue อาจใช้ co-trimoxazole ได้ ในระยะหลังมีการศึกษาความไวของเชื้อต่อยาพวก cephalosporins พบว่าเชื้อไวต่อ third generation cephalosporins ส่วน first และ second generations

มีระดับ M.I.C. สูง⁽²⁰⁾ จึงใช้ไม่ค่อยได้ผล และมีรายงานการใช้ ceftazidime ซึ่งเป็น third generation cephalosporin รักษา melioidosis จากเชื้อที่ดื้อยาหลายชนิดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็น compromised host ได้ผลดี⁽²¹⁾ คณะผู้รายงานจึงนำยา ceftazidime มารักษาผู้ป่วยรายแรกและได้ผลดี หลังจากใช้ยาตัวอื่นแล้วไม่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะเชื้อ *Pseudomonas pseudomallei* เป็น intracellular organism ระดับยาในเลือดไม่สูงพอที่จะเข้าไปฆ่าเชื้อในเซลล์ได้แม้ว่าเชื้อจะไวต่อยาชนิดนั้น ๆ ส่วน ceftazidime มีระดับ MIC และ MBC ต่ำ (น้อยกว่า 4 mcg/ml)⁽²²⁾ ระดับยาในเลือดจึงสูงพอที่จะเข้าไปฆ่าเชื้อในเซลล์ได้

การระบายนองออกจะช่วยให้โรคหายเร็วขึ้น สำหรับสารกระตุ้น immune พวก levamisole และ lymphocyte transfer factor มีรายงานว่าใช้ได้ผลในผู้ใหญ่⁽²³⁾ แต่ในเด็กยังไม่มีรายงาน

อ้างอิง

1. Howe C, Sampath A, Spontitz M. The *Pseudomallei* group : a review. *J Infect Dis* 1971 Dec ; 124 (6) : 598-606
2. สมพนธ์ บุญยกุปต์. Melioidosis : the great imitator. *รามารับตีเวชสาร* 2526 เมษายน-มิถุนายน ; 6 (2) : 147-153
3. Jayanetra P, Pipatanagul S, Punyagupta S, Rattanabanangkoon K, Varavithya W. *Pseudomonas pseudomallei* : I. Infection in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1974 Dec ; 5 (4) : 487-491
4. Pattamasukon P, Pichyangkura C, Fischer G.W. Melioidosis in childhood. *J Pediatr* 1975 Jul ; 87 (1) : 133-136
5. Bhakdikul J. Melioidosis : report of 8 cases. *Thai J Intern Med* 1981 Oct - Dec ; 1 (4) : 155-161

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วย melioidosis 3 ราย เป็นแผลเรื้อรัง 1 ราย อีก 2 ราย มีอาการนำเป็นไข้เลือดออกซึ่งต่างจากรายงานในอดีต ความสัมพันธ์ระหว่างไข้เลือดออกและ melioidosis ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเด็กที่มีอาการแบบไข้เลือดออกแล้วมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดอักเสบก่อนข้างรุนแรงร่วมด้วย ควรนึกถึง melioidosis ไว้ในการวิเคราะห์แยกโรคด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุดี ชมเดช, ศาสตราจารย์แพทย์หญิงเสาวนีย์ จำเดิมเม็ดจติก ที่ให้ความช่วยเหลือและแนะนำในรายงานนี้

6. ทวานจิตต์ เกิร์นพงษ์. เมลิออยโดสิส รายงานผู้ป่วย 17 รายที่พบในโรงพยาบาลศิริราช สารศิริราช 2524 พฤศจิกายน ; 33 (11) : 767-780
7. Panamonta M, Panamonta O, Nawacharoen N. Melioidosis in a child : a case report. *Chiangmai Med Bull* 1982 May ; 21 (3) : 251-257
8. สุภาภรณ์ พัวเพิ่มพูลศิริ, ประจักษ์ พัวเพิ่มพูลศิริ. เมลิออยโดสิส. รายงานผู้ป่วย 43 รายที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *รามารับตีเวชสาร* 2526 เมษายน-มิถุนายน ; 6 (2) : 96-105
9. Pattamasuon P, Schaad U B, Nelson JD. Melioidosis. *J Pediatr* 1982 Feb ; 100 (2) : 175-182
10. Osteras GR, Hardman JM, Bass J, Wilson C. Neonatal melioidosis. *Am J. Dis Child* 1971 Nov ; 122 (5) : 446-448
11. De Buse PJ, Henderson A, White M. Melioidosis in a child in Papua

- New Guinea : successful treatment with kanamycin and trimethoprim-sulphamethoxazole. *Med J Aust* 1975 Sept 20 ; 2 (12) : 476-478
12. Singh N. Melioidosis presenting as encephalitis. *Aust NZJ Med* 1976 Apr ; 6 (2) : 156-157
 13. Lin HP, Puthuchery SD, Sinniah D. Acute septicemic melioidosis occurring in a child with acute lymphoblastic leukemia. *Clin Pediatr* 1980 Oct ; 19 (10) : 697-699
 14. Atthasampunna P, Grossman RA, Noyes HE. Melioidosis Annual Report Seato Med Res Lab 1969-1970.
 15. Kingston C.W. Chronic or latent melioidosis. *Med J Aust* 1971 Sept 18 ; 2 (12) : 618-621
 16. Mackowiak PA, Smith JW. Septicemic melioidosis occurrence following acute influenza. a Six years after exposure to Vietnam. *JAMA* 1978 Aug ; 240 (8) : 764-766
 17. Spotnitz M, Rudnitzky J, Ramband JJ. Melioidosis pneumonitis: mine cases of benign form of melioidosis. *JAMA* 1967 Dec 4 ; 202 (10) : 950-954
 18. Jayanetra P, Vorachit M, Bhatarakamol S *Pseudomonas pseudomallei* : II. Laboratory and experimental studies in animals. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* Mar ; 6 (1) : 10-17
 19. Alexander AD, Huxsall DL, Warner AR, Jr. Melioidosis : serologic diagnosis with indirect hemagglutination and complement fixation test. *Appl Microbiol* 1970 May ; 20 (5) : 825-833
 20. Ashdown LR, Frettingham RJ. In vitro activity of various cephalosporins against *Pseudomonas pseudomallei*. *J Infect Dis* 1984 Nov ; 150 (5) : 779-780
 21. So SY, Chan PY, Leung YK, Lam WK, Yu DYC. Successful treatment of melioidosis caused by a multiresistant strain in an immunocompromised host with third generation cephalosporins. *Am Rev Respir Dis* 1983 May ; 127 (5) : 650-654
 22. Lolekha S, Charernpipop D, Deancham S. Antimicrobial susceptibility of *Pseudomonas pseudomallei*. รายงานในที่ประชุมวิชาการสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 23 พฤศจิกายน 2527.
 23. Tanphaichitra D, Vanwari S, Siristonpun Y, Promjunyakul K. Melioidosis : therapy with multiple antimicrobial agents and cellular immunity. *Chest* 1979 May ; 75 (5) : 646