

การรักษาด้วยยา Ganciclovir ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดที่มีอาการในโรงพยาบาลศิริราช  
ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 ถึงปี พ.ศ. 2562

ณภัทร ว่องวัฒนวิกรม, เกษวดี ลาภพระ, กัญญ์ทอง ทองใหญ่,

นรินทร์ วรรณประภา, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

**บทคัดย่อ**

**บทนำ** การติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดเป็นสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินถาวรที่ไม่ได้เกิดจากพันธุกรรมที่พบมากที่สุดใ  
ทารกและเด็ก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการและถูกวินิจฉัยเมื่อถูกตรวจพบว่ามีอาการสูญเสียการได้ยิน ยาแกนซิโคลเวียร์หรือวาล  
แกนซิโคลเวียร์ได้นำมาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง และมีรายงานว่าถ้าให้การรักษาก่อนอายุ 1 เดือนทำให้  
เด็กที่ติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดมีการได้ยินดีขึ้น ในประเทศไทยยังไม่เคยมีรายงานผลการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวี  
แต่กำเนิดที่มีอาการด้วยยาต้านไวรัสแกนซิโคลเวียร์/วาลแกนซิโคลเวียร์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดที่มีอาการในโรงพยาบาลศิริราชในช่วง 11 ปี (พ.ศ. 2551-  
2562) และประเมินผลการรักษาด้วยยาแกนซิโคลเวียร์ในผู้ป่วยที่มีอาการ โดยดูในด้าน การได้ยิน พัฒนาการระบบประสาท  
และความพิการ

**วิธีการวิจัย** ทำระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดที่มีอาการ  
(ICD10-P351) ในภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2551 ถึง ธันวาคม พ.ศ.  
2562

**ผลการศึกษาโดยสรุป** อุตการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดที่มีอาการในโรงพยาบาลศิริราชในช่วง 11 ปี พบ 0.2-1 ราย  
ต่อทารกที่คลอด1000 คนต่อปี มีผู้ป่วย 52 รายที่ได้รับการวินิจฉัย โดยมี 18 รายที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแกนซิโคล  
เวียร์โดยการฉีดนาน 6 สัปดาห์ และในจำนวนนี้มีทารก 5 รายที่กินยาแกนซิโคลเวียร์ต่อจนครบ 3-6 เดือน ผลการตรวจ  
การได้ยินเมื่ออายุ 6 และ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้ยาต้านไวรัส หรือไม่ได้ยาต้านไวรัส มีผู้ป่วย 24 รายที่  
มีผลตรวจพบการได้ยินที่อายุ 2-3 ปี พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการเกิดก่อนกำหนด นำหนักแรกเกิด หรือขนาดตัวเมื่อเทียบกับอายุ  
ครรภ์ รวมถึงการได้รับยาต้านไวรัสรักษา (attributable risk 0.007, 95%CI -0.4 - 0.4, p =0.973) ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่ม  
เด็กที่การได้ยินปกติหรือดีขึ้นและกลุ่มที่การได้ยินที่ผิดปกติหรือแย่ แต่พบความพิการที่น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสรักษา  
เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยยะทางสถิติ (attributable risk -0.3, 95%CI -0.5 - -0.1, p =0.030)

**สรุป** การศึกษานี้พบว่าภาวะติดเชื้อไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิดส่งผลร้ายต่อการได้ยินและพัฒนาการของเด็ก การให้ยาต้านไวรัสไม่  
ทำให้การได้ยินดีขึ้น แต่ช่วยลดความพิการ ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นความจำเป็นของการรับวินิจฉัยและรักษาภาวะโรคติดเชื้อ  
ไวรัสซีเอ็มวีแต่กำเนิด

**Ganciclovir treatment in symptomatic congenital CMV infection at Siriraj Hospital: 11 year-review (2008-2019)**

**Na-bhadhra Wongwathanavikrom MD<sup>1</sup>, Keswadee Lapphra MD<sup>1</sup>,  
Kanthong Thongyai MD<sup>2</sup>, Nirun Vanprapar MD<sup>1</sup>, Kulkanya Chokephaibulkit MD<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

<sup>2</sup>Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

**Abstract**

**Background:** Congenital CMV infection is the most common non-genetic cause of permanent sensorineural hearing loss in infants and children. Most of the cases are asymptomatic at birth and the diagnosis was delayed when deafness presented. A 6-month course of intravenous ganciclovir or valganciclovir is recommended for treatment patients with moderate to severe symptomatic congenital CMV disease. Hearing status improvement has been reported in those received treatment within the first month of life. In Thailand, there has been no data of antiviral treatment in symptomatic congenital CMV patients.

**Objectives:** To determine the incidence of symptomatic congenital CMV infection in the past 11 years. We also evaluate the hearing, neurological and developmental outcomes of the antiviral treatment and factors associated with hearing outcomes.

**Material and Method:** A retrospective observational study was performed at a tertiary care center, Siriraj Hospital, during January 2008 to December 2019. The medical records of the patients diagnosed of symptomatic congenital CMV infection (ICD10-P351) were reviewed.

**Results:** The incidence of symptomatic congenital CMV infection was 0.2-1 cases per 1000 livebirths. Of the 52 patients, 18 received 6-week course of ganciclovir and 5 had were continued with oral valganciclovir up to 3-6 months. Developmental delayed or abnormalities were found in 36 (69.2%) patients; abnormal speech were affected the most. Microcephaly was found in 38 (73%) and epilepsy in 12 (25%) patients. There was no difference in hearing outcomes at 6 and 12 months of age between the patients who received or not received antiviral treatment. Among 24 (46.1%) children who underwent hearing test at 2-3 years of age, the birth characteristics, as well as antiviral treatment (attributable risk 0.007, 95%CI -0.4 -0.4,  $p = 0.973$ ), were not different between those with abnormal or deteriorate hearing and those with normal hearing or best ear improvement. However, long-term disability was diagnosed in the lower proportion among the patients receiving antiviral treatment (attributable risk -0.3, 95%CI -0.5 - -0.1,  $p = 0.030$ ).

**Conclusion:** Symptomatic congenital CMV infection resulted in poor hearing and developmental outcomes. Antiviral treatment reduced risk of disability but did not improve

hearing outcomes. The results underscore the need for early diagnosis and initiation of antiviral treatment in infants with symptomatic congenital CMV.

**Keywords:** Congenital infection, CMV, hearing loss, ganciclovir, valganciclovir, disability



in symptomatic patients involving central nervous system (CNS) improved audiologic outcomes at 6 months (6). A randomized placebo-controlled trial study comparing 6-week and 6-month course of valganciclovir found that longer duration resulted in hearing improvement at 6- and 12-month of ages and better neurodevelopmental score at 24-month of ages (7). A 6-month course of ganciclovir or oral valganciclovir has been recommended for treatment of patients with moderate to severe symptomatic congenital CMV disease and should be started within the first month of life (5). Therapy is not recommended in those asymptomatic patients. Lack of data suggests benefit in mild symptomatic disease or in isolated SNHL (5). The most