

บทบรรณาธิการ

โรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ธาลัสซีเมีย เป็นโรคที่พบบ่อยในคนไทย โดยมีอุบัติการณ์ของพาหะธาลัสซีเมียชนิดอัลฟาในคนไทย ประมาณร้อยละ 20-30 และชนิดเบต้าประมาณร้อยละ 3-9¹ ในขณะเดียวกัน โรคไข้เลือดออกจากเชื้อไวรัสเดงกีเป็นโรคติดต่อประจำถิ่นในประเทศไทยมานาน อุตสาหกรรมโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยที่รายงานโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉลี่ยประมาณ 100 ต่อประชากรแสนคน² ซึ่งในจำนวนนี้ น่าจะมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รายงาน และยังมีผู้ป่วยอีกกว่า 10 เท่าที่ติดเชื้อเดงกีโดยไม่มีอาการ หรืออาการน้อยมากจนไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาพบว่าเมื่อเด็กอายุประมาณ 10 ปี ร้อยละ 80 จะติดเชื้อเดงกีไปแล้ว โดยทั่วไปร้อยละ 10 ของการติดเชื้อเท่านั้นที่จะเกิดอาการไข้ ซึ่งอาจเป็นโรคไข้เดงกีหรือโรคไข้เลือดออก

ดังนั้นผู้ป่วยธาลัสซีเมียในประเทศไทยย่อมมีโอกาสติดเชื้อเดงกีอย่างแน่นอน อัตราการติดเชื้อน่าจะใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป แต่สิ่งที่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนคือ ความรุนแรงของโรค เช่น อัตราการเกิดเป็นโรคไข้เดงกีหรือโรคไข้เลือดออก เมื่อมีการติดเชื้อเดงกีจะเหมือนหรือแตกต่างจากประชากรทั่วไปหรือไม่ พยาธิกำเนิดของโรคไข้เลือดออก อาศัยระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยในการต่อต้านไวรัส ผู้ป่วยธาลัสซีเมียอาจมีระบบภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าคนทั่วไปบ้างจากการทำงานผิดปกติของตับและม้าม แต่ปัจจุบันนี้ จะทำให้มีการเกิดโรคหลังติดเชื้อมากขึ้นหรือน้อยลง ยังไม่เป็นที่ชัดเจน

อย่างไรก็ดี เป็นที่คาดได้ว่าเมื่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียเกิดเป็นโรคไข้เลือดออกขึ้น อาจมีความรุนแรงมากขึ้นกว่าผู้ป่วยทั่วไป หรืออาการที่ไม่ตรงไปตรงมา เพราะสภาวะพื้นฐานทางโลหิตวิทยามีความบกพร่องอยู่ก่อน มีรายงานผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นโรคไข้เลือดออกจำนวน 20 ราย จะเกิดโรครุนแรงได้ถึงร้อยละ 25 และเกือบทั้งหมดต้องการเลือดหรือสารประกอบของเลือดในการรักษา³

ในวารสารฉบับนี้ มีการรายงานการศึกษาย้อนหลังถึงลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เป็นโรคเดงกีจำนวน 22 ราย และโรคไข้เลือดออกจำนวน 60 ราย จากโรงเรียนแพทย์ 3 แห่งในช่วง 16 ปี ซึ่งนับเป็นการศึกษารวบรวมจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดที่เคยมีมา⁴ การศึกษานี้พบผู้ป่วยธาลัสซีเมียเป็นโรคไข้เลือด

ออกรุนแรงคือ dengue hemorrhagic fever (DHF) grade III-IV 17 ราย (ร้อยละ 21) และมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน 8 ราย (ร้อยละ 10) แม้จะไม่สามารถเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั่วไปได้ว่า อัตราการเกิดโรครุนแรงนี้สูงกว่าหรือไม่ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงเรียนแพทย์ มีแนวโน้มจะเป็นผู้ป่วยที่หนักกว่าผู้ป่วยทั่วไป แต่การศึกษานี้ได้แสดงถึงภาวะโรคที่ซับซ้อนและจำเพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งแพทย์ต้องเข้าใจและให้การรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจไม่เหมือนผู้ป่วยทั่วไป เช่น ภาวะซีดจากเม็ดเลือดแดงแตกในธาลัสซีเมียเมื่อมีการติดเชื้อ ทำให้ไม่พบภาวะ hemoconcentration เหมือนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั่วไป และอาจต้องให้เลือดมากกว่าปกติ รวมทั้งภาวะตับทำงานบกพร่องเพราะภาวะเหล็กเกิน ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบรุนแรงได้มากขึ้นเมื่อเป็นโรคไข้เลือดออก ทั้งหมดนี้อาจทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคพลาด หรือให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม

เป็นที่น่าสนใจจากรายงานนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาซีด อันเกิดจาก acute hemolysis มีปัสสาวะสีดําจาก hemoglobinuria ร่วมกับค่าเอ็นไซม์ตับที่สูงขึ้น และประมาณร้อยละ 20 มีปัญหาเลือดออก โดยเฉพาะเลือดกำเดา เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วย beta thalassemia/Hb E จะมีอัตราการเกิด DHF grade III-IV หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าธาลัสซีเมียชนิดอื่น รองลงไปคือ Hb H with HbCS

การศึกษานี้ก็นำไปสู่การศึกษาแบบไปข้างหน้า ซึ่งจะให้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยต่อไป รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้แพทย์ได้มีความระมัดระวังในการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียซึ่งมีไข้ที่อาจจะเกิดจากโรคไข้เลือดออก ปัจจุบันได้มีการพัฒนาวัคซีนโรคไข้เลือดออกซึ่งมีประสิทธิผลร้อยละ 30-66 แต่ป้องกันการนอนโรงพยาบาลได้ร้อยละ 67-80⁵⁻⁷ ซึ่งคาดว่าน่าจะมีจำหน่ายเร็ว ๆ นี้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาอุบัติการณ์โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยธาลัสซีเมียแต่ละชนิดว่ามีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกชนิดรุนแรงมากกว่าประชากรทั่วไปเพียงใด มีปัจจัยเสี่ยงอะไรที่ทำให้เป็นโรครุนแรง มีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงเพียงใด และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงเพียงใด เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาคำนวณความคุ้มค่าของการให้วัคซีนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย. Public articles. http://thalassemia.or.th/thal-book/CPG_Thalassemia_2014-content.pdf
2. สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย Public articles. <http://www.thaivbd.org/n/dengues/view/392>.
3. Natesirinkul R, Tantiworawit A, Charoenkwan P. Clinical course of dengue in patients with thalassaemia. *Paediatr Int Child Health* 2013;33:32-6.
4. Chuansumrit A, Natesirinkul R, Pongtanakul B, Tangnaratchakit K, Sirachainan N, Tantiworavit A, et al. Dengue infection in pediatric patients with thalassemia: aggravation of anemia. *J Hematol Transfus Med* 2015;25:209-19.
5. Sabchareon A, Wallace D, Sirivichayakul C. Protective efficacy of the recombinant, live-attenuated, CYD tetravalent dengue vaccine in Thai schoolchildren: a randomised, controlled phase 2b trial. *Lancet* 2012;380(9853):1559-67.
6. Villar L, Dayan GH, Arredondo-García JL. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in children in Latin America. *N Engl J Med* 2015;372:113-23.
7. Capeding MR, Tran NH, Hadinegoro SR. Clinical efficacy and safety of a novel tetravalent dengue vaccine in healthy children in Asia: a phase 3, randomised, observer-masked, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2014;384(9951):1358-65.