

ไข้เดงกี(DF) และไข้เลือดออกเดงกี(DHF) ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บุษรา เทพวิวัฒนาสุข

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา และวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตั้งแต่วันที่1 มกราคม 2553 ถึงวันที่31 ธันวาคม 2553 พบผู้ป่วย 336 ราย เป็นไข้เดงกี (DF) จำนวน 103 ราย ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) จำนวน 233 ราย ในจำนวนนี้มีไข้เลือดออกที่ช็อก (DSS) จำนวน 13 ราย อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง ใกล้เคียงกัน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-25 ปี พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี เดือนสิงหาคมเป็นเดือนที่มีผู้ป่วยมารักษามากที่สุดผู้ป่วยทุกรายมีอาการไข้มาพบได้ 2-9 วัน อาการที่พบมากในไข้เดงกีคือ ปวดเมื่อยตามร่างกายร้อยละ 73.8 อาการอาเจียน, ปวดท้อง, อาการเลือดออก, ตับโตและกดเจ็บ, ผื่นระยะไขลง พบในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีมากกว่าผู้ป่วยไข้เดงกีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการตรวจ CBC 1 วัน ก่อนไขลง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวลดลง $\leq 5,000$ เซลล์/ลบ.มม. ในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีพบเกล็ดเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยไข้เดงกีโดยร้อยละ 55.8 พบเกล็ดเลือด $< 50,000$ เซลล์/ลบ.มม. ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกีพบมากที่สุด คือ Grade I ร้อยละ 70.4 รองลงไปคือ Grade II ร้อยละ 24, Grade III ร้อยละ 5.6 ไม่พบ Grade IV ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ เลือดออกผิดปกติ, ช็อก, ภาวะน้ำเกิน และหัวใจเต้นช้า การวินิจฉัยได้ถูกต้อง รวดเร็ว โดยอาศัยอาการ อาการแสดงทางคลินิก การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรคทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตลงได้

คำสำคัญ: ไข้เดงกี, ไข้เลือดออกเดงกี

Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever in Chaoprayayomraj Hospital

Budsara Thepawattanasuk
Chaoprayayomraj Hospital

ABSTRACT

The objectives of this retrospective descriptive and analytical study were to determine the early signs, symptoms and laboratory findings in dengue fever (DF) and dengue hemorrhagic fever (DHF) patients admitted to the department of Medicine, Chaoprayayomraj Hospital from January 1 to December 31 2010. Data were collected from medical records. A total of 336 patients were included in this study. There were 103 DF and 233 DHF patients. 13 cases of DHF were Dengue Shock Syndrome (DSS). The male cases were found equal as female cases. Most of patients were 15–25 years old. All of patients had fever about 2–9 days, Myalgia was found in DF patients about 73.8%. Vomiting, abdominal pain, bleeding disorder, hepatomegaly, epigastric or RUQ pain and convalescent rash were found in DHF patients more than DF patients significantly. WBC was less than 5,000 cell/mm³ on 1 day before defervescence in most of patients. Platelet count in DHF cases were lower than those in DF cases especially less than 50,000 cell/mm³ in 55.8% of DHF cases. The severity of DHF patients were classified as Grade I 70.4%, Grade II 24.0%, Grade III 5.6% and no DHF Grade IV. The complications were abnormal bleeding, shock, volume overload and sinus bradycardia. The early signs, symptoms and laboratory findings will help in early correct diagnosis and proper management in critical period which results in lower complications and fatality rate in DHF patients.

Key words: *dengue fever, dengue hemorrhagic fever*

บทนำ

โรคไข้เดงกี (Dengue fever, DF) และไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever, DHF) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค เป็นโรคติดต่อที่สำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศเขตร้อน โดยเฉพาะประเทศไทย ถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดมาก (endemic area) เพราะมีไวรัสเดงกีครบทั้ง 4 serotypes คือ *DEN 1*, *DEN 2*, *DEN 3* และ *DEN 4* แต่ที่พบบ่อยมักเป็นการติดเชื้อ *DEN 2* หรือ *DEN 3* ส่วนใหญ่กลุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้บ่อยที่สุดคือ เด็กช่วงอายุ 5-9 ปี แต่มีแนวโน้มการติดเชื้อนี้เพิ่มขึ้นในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุ 15-25 ปีประมาณร้อยละ 20-30 ถึงแม้จะน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเด็กแต่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีการติดเชื้อมักมีอาการมาก และต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เช่น ไข้สูง ปวดตามกล้ามเนื้อ มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับกลุ่มอาการ Dengue Fever (DF) หรือ Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) บางรายอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือภาวะช็อกร่วมด้วย (Dengue Shock Syndrome, DSS) ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีและทันทั่วทั้งที่ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในระยะเวลานั้น¹ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาของประเทศไทย พบมีรายงานระบาดครั้งใหญ่ที่สุดในปีพ.ศ. 2530 อัตราป่วย 325.13 ต่อประชากรแสนคนและอัตราป่วยตายร้อยละ 0.5 ในปีพ.ศ. 2542-2543 มีโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติทำให้อัตราป่วยต่ำสุดเท่ากับ 40.39 และ 30.19 ต่อแสนประชากร² พบการระบาดอีก 2 ครั้งในปีพ.ศ. 2544-2545 ในปีพ.ศ. 2546 จนถึงปีพ.ศ. 2552 มีอัตราป่วยอยู่ประมาณ 60-100 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2553 พบอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 181.71 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.12³ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ปีพ.ศ. 2553 มีอัตราป่วย 72.39 ต่อแสนประชากร⁴ น้อยกว่าภาพรวมของทั้งประเทศแต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าอัตราป่วยต้องไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร⁵ จากสภาพและขนาดของปัญหาของโรคไข้เลือดออกที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับลักษณะ

ทางคลินิกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้เดงกี และไข้เลือดออกเดงกีที่รับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายของโรค

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ซึ่งศึกษาจากเวชระเบียนประกอบด้วย ข้อมูลประวัติส่วนบุคคล อาการทางคลินิก และผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2553

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์วินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก (WHO)⁶ ผู้ป่วยไข้เดงกีต้องมีอาการไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ในกลุ่มอาการดังต่อไปนี้ ปวดศีรษะ, ปวดกระบอกตา, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, ปวดข้อปวดกระดูก, ผื่น, อาการเลือดออก (ที่พบบ่อย คือ positive tourniquet test มีจำนวนจุดเลือดออก > 10 จุด /ตร.นิ้ว จุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง, เลือดกำเดา, ตรวจ CBC พบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ (น้อยกว่า 5,000 เซลล์/ลบ.มม.)

การวินิจฉัยไข้เลือดออกเดงกี อาศัยอาการทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคืออาการทางคลินิก

1. ไข้เกิดแบบเฉียบพลัน และสูงลอย 2-7 วัน
2. อาการเลือดออกอย่างน้อย positive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ
3. ดับโต มักกดเจ็บ
4. มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิตหรือมีภาวะช็อกร่วมด้วย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม.
2. เลือดเข้มข้น (hemoconcentration) Hct เพิ่มขึ้น $\geq 20\%$ เมื่อเทียบกับ Hct เดิมหรือมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น pleural effusion และ ascites หรือมี

ระดับโปรตีน/อัลบูมินในเลือดต่ำ เกณฑ์การวินิจฉัยไข้เลือดออกเด็งกีที่ช็อก (Dengue Shock Syndrome, DSS) คือผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกีที่มีอาการอย่างน้อย 1 อาการดังต่อไปนี้

- ตัวเย็น เหงื่อออก มือเท้าเย็น
- กระสับกระส่าย
- ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะ 4-6 ชม.
- capillary refill > 2 วินาที
- ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตตก (pulse pressure) ≤ 20 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตต่ำหรือมีภาวะช็อกรุนแรงจนวัดความดันหรือจับชีพจรไม่ได้

ความรุนแรงของไข้เลือดออกเด็งกีแบ่งเป็น 4 ระดับ (grade) คือ

Grade I ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่ positive tourniquet test และ/หรือ easy bruising

Grade II ผู้ป่วยไม่ช็อก แต่มีเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดา หรืออาเจียน/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

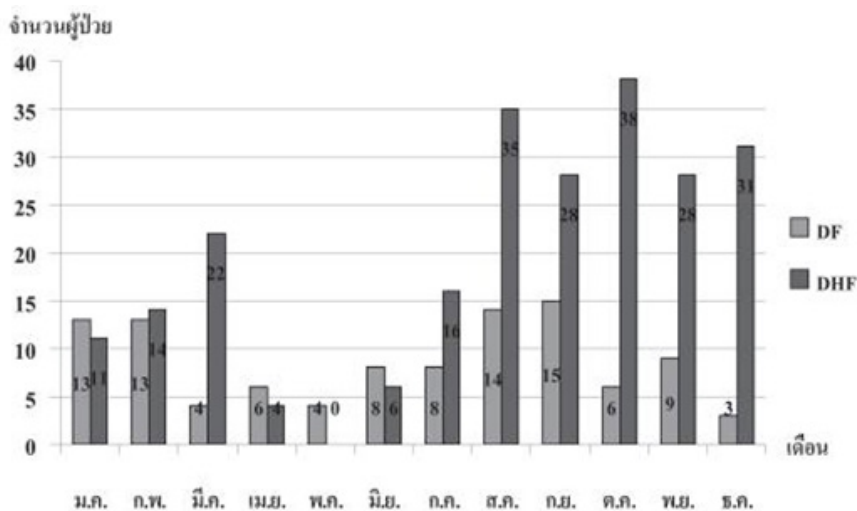
Grade III ผู้ป่วยช็อก โดยมีชีพจรเบาเร็ว, pulse pressure แคบหรือความดันโลหิตต่ำหรือมีตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย

Grade IV ผู้ป่วยที่ช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิตและ/หรือจับชีพจรไม่ได้

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลแสดงผลเป็นร้อยละ และค่าเฉลี่ยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านอาการ, อาการแสดง, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า p -value < 0.05 แสดงความมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

ในช่วง พ.ศ.2553 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นไข้เด็งกี (DF) จำนวน 103 ราย ไข้เลือดออกเด็งกี (DHF) จำนวน 233 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย Dengue Shock Syndrome (DSS) จำนวน 13 ราย โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก (WHO) อาการ, อาการแสดงทางคลินิก และการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยทั้งปีโดยพบมากที่สุดในช่วงเดือนสิงหาคม รวม 49 ราย (ร้อยละ 14.6) รองลงมาคือ เดือนตุลาคมและเดือนกันยายน ตามลำดับ เดือนที่พบผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ เดือนพฤษภาคม (ภาพที่ 1)



ผู้ป่วย DF และ DHF พบสัดส่วนชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 50.3 และ 49.7ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-25 ปีพบ ร้อยละ 61.2 ในผู้ป่วย DF และร้อยละ 59.2 ในผู้ป่วย DHF รองลงมาคือกลุ่มอายุ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.9 ของผู้ป่วย ทั้งหมดผู้ป่วย DF ที่มีอายุสูงสุด คือ 68 ปีขณะที่ผู้ป่วย DHF อายุสูงสุดที่พบ คือ 79 ปี เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มในเรื่องเพศ และอายุไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีค่า $p\text{-value} = 0.408$ และ 0.462 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่1

ตารางที่1 ผู้ป่วยไข้แดงกึ่งและไข้เลือดออกแดงกึ่งจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	DF (n=103)	DHF (n=233)	Total (n=336)	p-value*
เพศ (n, %)				
ชาย	48 (46.6)	121 (51.9)	169 (50.3)	0.408
หญิง	55 (53.4)	112 (48.1)	167 (49.7)	
อายุ (ปี)				
15-25	63 (61.2)	138 (59.2)	201 (59.8)	0.426
26-35	24 (23.3)	43 (18.5)	67 (19.9)	
36-45	9 (8.7)	25 (10.7)	34 (10.1)	
> 45	7 (6.8)	27 (11.6)	34 (10.1)	

* วิเคราะห์โดยใช้ Chi-squareและ Fisher's exact test

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วย DF และ DHF ทุกรายมีอาการไข้สูงระยะเวลาของไข้ 2-9 วัน เฉลี่ย 4.68 วันในผู้ป่วย DF และ 5.38 วัน ในผู้ป่วย DHF ผู้ป่วย DF พบมีอาการปวดเมื่อยตามตัวมากกว่าผู้ป่วย DHF (ร้อยละ 73.8 และ 43.8, $p\text{-value} < 0.01$) อาการปวดท้อง, อาเจียน พบในผู้ป่วย DHF มากกว่าในผู้ป่วย DF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$ และ < 0.01 ตามลำดับ) อาการปวดศีรษะ, คลื่นไส้, ท้องเสีย, ผื่น, เจ็บคอ, ไอ พบได้

ทั้ง 2 กลุ่ม โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่2

อาการเลือดออกได้แก่ เลือดกำเดาไหล, เลือดออกตามไรฟัน, เลือดออกทางช่องคลอด (ที่ไม่ใช่ประจำเดือนปกติ) พบในผู้ป่วย DHF มากกว่าในผู้ป่วย DF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.011$, 0.006 และ 0.003 ตามลำดับ) อาการกดเจ็บที่ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา และอาการตับโตพบในผู้ป่วย DHF มากกว่าผู้ป่วย DF อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดง ของผู้ป่วย DF และ DHF

ลักษณะประชากร	DF (n=103, %)	DHF (n=233, %)	p-value*
ปวดศีรษะ	65 (63.1)	153 (65.7)	0.710
ปวดเมื่อยตามตัว	76 (73.8)	102 (43.8)	0.000*
ปวดท้อง	14 (13.6)	65 (27.9)	0.004*
คลื่นไส้	40 (38.8)	110 (47.2)	0.190
อาเจียน	31 (30.1)	125 (53.6)	0.000*
ท้องเสีย	10 (9.7)	21 (9.0)	0.839
ผื่น	3 (2.9)	11 (4.7)	0.444
เจ็บคอ	15 (14.6)	32 (13.7)	0.840
ไอ	26 (25.2)	47 (20.2)	0.317
จุดเลือดออก	0 (0.0)	8 (3.4)	0.057
เลือดกำเดาไหล	0 (0.0)	14 (6.0)	0.011*
เลือดออกตามไรฟัน	1 (0.1)	21 (9.0)	0.006*
เลือดออกทางเดินอาหาร	0 (0.0)	7 (0.3)	0.075
เลือดออกทางช่องคลอด**	0 (0.0)	19 (16.9)	0.003*
กดเจ็บตรงลิ้นปี่, ได้ชายโครงขวา	4 (3.9)	29 (12.4)	0.015*
ตับโต	0 (0.0)	13 (5.6)	0.014*
Convalescent rash	10 (9.7)	59 (25.3)	0.001*

*p-value < 0.05 แสดงความมีนัยสำคัญทางสถิติ, ** เฉพาะผู้ป่วยเพศหญิง

ระยะไข้สูง พบผื่นขึ้นร่วมกับมีอาการคันตามผิวหนัง (convalescent rash) ในผู้ป่วย DHF มากกว่าผู้ป่วย DF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2 มีการทดสอบ tourniquet test ในผู้ป่วย DHF จำนวน 45 ราย ร้อยละ 19.3 และผู้ป่วย DF จำนวน 18 ราย ร้อยละ 17.5 ให้ผลทดสอบเป็นบวก คือ มีจำนวนจุดเลือดออก ≥ 10 จุด/ตารางนิ้ว ในผู้ป่วย DHF พบร้อยละ 80 และผู้ป่วย DF พบร้อยละ 61

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ CBC 1 วันก่อนไข้ลง พบว่าผู้ป่วย DHF ทุกรายมีความเปลี่ยนแปลงของค่า Hct (Hemoglobin concentration) มากกว่าหรือเท่ากับ 20% เป็นไปตามเกณฑ์วินิจฉัยพบจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) 1 วัน

ก่อนไข้ลง $\leq 5,000$ เซลล์/ลบ.มม. ร้อยละ 92.2 ในผู้ป่วย DF และร้อยละ 77.7 ในผู้ป่วย DHF แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่พบผู้ป่วย DF ที่มี WBC > 8,000 เซลล์/ลบ.มม. ค่าเฉลี่ยของ WBC ในผู้ป่วย DF และ DHF เท่ากับ 3,701 เซลล์/ลบ.มม. และ 3,265 เซลล์/ลบ.มม. ตามลำดับ

ในผู้ป่วย DHF พบจำนวนเกล็ดเลือด (Platelet) 1 วันก่อนไข้ลง < 50,000 เซลล์/ลบ.มม. ร้อยละ 55.8 และพบเพียงร้อยละ 3.9 ในผู้ป่วย DF จำนวนเกล็ดเลือด > 100,000 เซลล์/ลบ.มม. พบในผู้ป่วย DF มากกว่าผู้ป่วย DHF คือร้อยละ 71.8 และ 3.4 ตามลำดับแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของเกล็ดเลือดในผู้ป่วย DF และ DHF เท่ากับ 123,960 เซลล์/ลบ.มม. และ 53,336 เซลล์/ลบ.มม. ตามลำดับขณะที่ผู้ป่วย DSS พบค่าเฉลี่ยของเกล็ดเลือดเพียง 32,999 เซลล์/ลบ.มม.

ตารางที่3 ผลการตรวจเลือด CBC 1 วัน ก่อนไขลง ของผู้ป่วย DF และ DHF

ผลเลือด	DF (n=103, %)	DHF (n=233, %)	p-value*
Hemoconcentration			
< 20	103 (100)	0 (0.0)	0.000*
≥ 20%	0 (0.0)	233 (100)	
WBC (cell/mm3)			
≤ 5,000	95 (92.2)	181 (77.7)	0.005*
5,001-8,000	8 (7.8)	47 (20.2)	
8,001-10,000	0 (0.0)	4 (1.7)	
> 10,000	0 (0.0)	1 (0.4)	
Platelet (cell/mm3)			
< 50,000	4 (3.9)	130 (55.8)	0.000*
50,000-100,000	25 (24.3)	95 (40.8)	
> 100,000	74 (71.8)	8 (3.4)	

*p-value < 0.05 แสดงความมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการตรวจ liver enzyme ส่งตรวจในผู้ป่วย DF จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 43.7) พบค่าเฉลี่ย $\pm$ พิสัยของค่า SGOT (AST) เท่ากับ 73.2 ± 56.6 U/L และของค่า SGPT (ALT) เท่ากับ 61.07 ± 40.9 U/L ในผู้ป่วย DHF ส่งตรวจ liver enzyme จำนวน 181 ราย (ร้อยละ 77.7) พบค่าเฉลี่ย $\pm$ พิสัยของค่า SGPT เท่ากับ 171.5 ± 142.7 U/L ของค่า SGOT เท่ากับ 115.3 ± 92.5 U/L มีผู้ป่วยเพียง 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 จากจำนวนผู้ป่วย

ทั้งหมด 336 ราย ที่ส่งตรวจ serology คือ dengue IgM และ dengue IgG ร่วมด้วย พบผลบวก ร้อยละ 55 ผู้ป่วย DHF เมื่อแยกพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรค พบว่า Grade I พบมากที่สุด 164 ราย ร้อยละ 70.4 รองลงมา Grade II พบจำนวน 56 ราย ร้อยละ 24.0 Grade III พบ 13 ราย ร้อยละ 5.6 ไม่พบผู้ป่วย Grade IV ดังแสดงในตารางที่4

ตารางที่4 ผู้ป่วย DHF จำแนกตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Grade I	164	70.4
Grade II	56	24.0
Grade III	13	5.6
Grade IV	0	0.0

ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก (Dengue Shock Syndrome, DSS) 13 ราย ร้อยละ 61.5 ได้รับ colloidal solution คือ Dextran ผู้ป่วย 1 ราย ได้ pack red cell เนื่องจากมีเลือดออกมากในทางเดินอาหาร และ Hct ลดต่ำ

ผู้ป่วย 1 รายได้รับ platelet concentrate เนื่องจากอาเจียนเป็นเลือดมาก และมี platelet 16,000 เซลล์/ลบ.มม. ผู้ป่วย 2 ราย มีภาวะน้ำเกิน ต้องได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วย 3 ราย มี sinus bradycardia ในช่วงไขลงแต่ไม่มี

อาการผิดปกติพบผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะตับวายระดับ liver enzyme สูงเป็นหลักพบมี jaundice, coagulopathy และ hepatic encephalopathy ร่วมด้วย จากการศึกษาไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต

อภิปรายผล

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย DF และ DHF ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 336 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยอาจมีมากกว่านี้เนื่องจากผู้ป่วย DF และ DHF บางส่วนที่มีอาการไม่มาก ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกพบอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง พบมากในกลุ่มอายุ 15–25 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร⁷ และสถาบันบำราศนราดูร⁸ อย่างไรก็ตามควรนึกถึงโรคนี้ไว้ด้วยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยไข้สูงนาน และยังหาสาเหตุของไข้ไม่พบในปีพ.ศ.2553 ช่วงเวลาที่พบผู้ป่วยมาก คือ ช่วงปลายฤดูฝน ต่อต้นฤดูหนาว คือ เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2553 เดือนที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ เดือนสิงหาคมร้อยละ 14.6 สอดคล้องกับรายงานของสำนักโรคระบาดวิทยาในปีเดียวกัน³ ส่วนเดือนที่พบผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ เดือนพฤษภาคมร้อยละ 1.19 ส่วนใหญ่พบผู้ป่วย DHF เป็นสัดส่วนมากกว่าผู้ป่วย DF

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย พบว่าทั้งผู้ป่วย DF และ DHF มีไข้สูงทุกรายระยะเวลาไข้ 2–9 วัน ใกล้เคียงกับการศึกษาของธีระพงษ์ และคณะ⁹ และการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช¹⁰ โดยผู้ป่วย DF มีอาการปวดเมื่อยตามตัวเป็นอาการเด่นสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์¹¹ สวาทยานนท์สมุทรปราการ ผู้ป่วย DHF พบ อาการอาเจียน และปวดท้องมากกว่าผู้ป่วย DF เช่นเดียวกับรายงานอื่น^{9,10} ส่วนอาการปวดศีรษะ, คลื่นไส้, ท้องเสีย, ผื่น, เจ็บคอ, ไอ พบใกล้เคียงกัน จากอาการดังที่กล่าวมา ผู้ป่วย DF และ DHF ที่มาด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจทำให้แพทย์ วินิจฉัยเป็น URI หรือ Acute pharyngitis ได้ แต่อาการ เจ็บคอ, ไอ พบได้บ้างในผู้ป่วยกลุ่มนี้แต่มีน้อยมาก¹ บางรายมาด้วยอาการของระบบทางเดินอาหารทำให้วินิจฉัยเป็น Acute

gastroenteritis หรือ Acute diarrhea ได้ทำให้แพทย์ไม่ได้ตรวจติดตามผล CBC เนื่องจากไม่คิดถึง DHF อาจเกิดผลเสียถ้ารักษาช้า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรค

อาการเลือดออก ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน, เลือดกำเดาไหล, เลือดออกในทางเดินอาหาร เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด พบในผู้ป่วย DHF มากกว่า ผู้ป่วย DF เนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าจึงพบอาการเลือดออกได้มากกว่า แต่ส่วนใหญ่อาการมักไม่รุนแรง ผู้ป่วย DHF เพศหญิงพบมีเลือดออกทางช่องคลอดที่ไม่ใช่ประจำเดือนปกติ ร้อยละ 16.7 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้พบถึงร้อยละ 24.6⁹ และผู้ป่วยทุกรายได้รับฮอร์โมนเพื่อให้เลือดหยุด การตรวจพบตับโต และกดเจ็บ พบในผู้ป่วย DHF มากกว่าผู้ป่วย DF แต่พบน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น^{9,11} อาการผื่นขึ้นช่วงไข้ลง (convalescent rash) พบได้มากกว่าผื่นในช่วงแรกของไข้และพบในผู้ป่วย DHF มากกว่าผู้ป่วย DF

การทดสอบ tourniquet test ในการศึกษานี้มีเพียงร้อยละ 18.8 ถือได้ว่าน้อยมากเนื่องจากแพทย์ที่ทำการรักษาเน้นการติดตามอาการ, อาการแสดง และผล CBC เป็นสำคัญ การทำ tourniquet test ช่วยวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเดงกีในระยะแรกได้เป็นอย่างดีจากการศึกษาของศิริแพทย์ และคณะ¹² พบว่า ผู้ป่วยที่มีไข้สูงร่วมกับ tourniquet test ให้ผลบวก และ WBC $\leq 5,000$ เซลล์/ลบ.มม. เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยไข้เดงกีมีโอกาสถูกต้อง (Positive predictive value) 83% สูงกว่าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก และพบว่าความไวของการทำทดสอบเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาของโรค ดังนั้นแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่สงสัยโรค DF และ DHF ควรทำ tourniquet test ทุกรายเพราะเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก (ยกเว้นในรายที่มีจุดเลือดออกแล้ว) แม้ผลออกมาเป็นลบก็ควรติดตามทำซ้ำ เพื่อช่วยประกอบการวินิจฉัยโรค

การติดตาม CBC เพื่อดูการเพิ่มขึ้นของ Hematocrit (Hct) มากกว่าร้อยละ 20 บ่งว่ามี plasma leakage เป็นตัวช่วยวินิจฉัยแยกโรค DF และ DHF การตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาว พบว่าจะลดลงต่ำสุดก่อนไข้ลงประมาณ 1–2 วัน จากการศึกษาพบ WBC $\leq 5,000$

เซลล์/ลบ.มม ร้อยละ 92.2 ในผู้ป่วย DF และ ร้อยละ 77.7 ในผู้ป่วย DHF ใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร⁷ ปริมาณเกล็ดเลือด (Platelet) ที่ต่ำเป็นดัชนีหนึ่งสำหรับเฝ้าติดตามอาการของโรคและแยกโรค DF และ DHF¹² การศึกษานี้พบว่า 1 วัน ก่อนไข้ลง Platelet > 100,000 เซลล์/ลบ.มม. นึกถึง DF มากกว่า DHF และถ้ามี Platelet < 50,000 เซลล์/ลบ.มม. นึกถึง DHF มากกว่าเพราะฉะนั้นในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำมาก ๆ ต้องคอยเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติอย่างใกล้ชิดถ้าผู้ป่วยไม่มีเลือดออกมากไม่จำเป็นต้องให้เกล็ดเลือดเพราะจะถูกทำลายอย่างรวดเร็ว^{1,2}

การตรวจ SGOT และ SGPT ในการศึกษาี้ประมาณ 67% ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่ามีค่าสูงขึ้นก่อนไข้ลดลง 24-48 ชั่วโมง พบว่าค่าเฉลี่ยของ SGOT และ SGPT มีค่าสูงกว่า 3-4 เท่าในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี และสูงกว่า 1.5-2 เท่าในผู้ป่วยไข้เดงกีโดยทั้ง 2 กลุ่มค่า SGOT สูงกว่าค่า SGPT เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยแต่ละกลุ่มสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{9,13} เพราะฉะนั้นควรส่งตรวจ SGOT และ SGPT ในผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสเดงกีทุกราย โดยเฉพาะในรายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากหรือสงสัยภาวะตับอักเสบร่วมด้วย เพื่อให้แพทย์มีความระมัดระวังในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะยาพาราเซตามอลเพื่อลดไข้รวมถึงยาอื่น ๆ ที่ส่งผลเสียต่อดับการศึกษาที่ส่งตรวจทาง serologic test ได้แก่การตรวจ dengue IgM, dengue IgG โดยวิธี rapid test ร้อยละ 6.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่า ให้ผลบวกร้อยละ 55 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า test นี้มี specificity ร้อยละ 88 ในรายที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสเดงกีให้ผลบวกร้อยละ 50 ในวันที่ 3 ของไข้ และร้อยละ 80-100 ในวันที่ 7-8 ของไข้¹⁴ แม้ว่าการส่งตรวจทาง serology ไม่ได้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรกเนื่องจากความไวและความจำเพาะของ test น้อยกว่าการตรวจหาเชื้อไวรัสโดยตรงโดยวิธี PCR ซึ่งมีราคาแพงและไม่แพร่หลาย¹⁵ นอกจากนี้ยังขึ้นกับการส่งตรวจในระยะเวลาใดของโรค ซึ่งถ้าส่งตรวจใน 2-3 วันแรก ผลการทดสอบเป็นลบก็ไม่สามารถตัดโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีออกจากการวินิจฉัยได้ และการ

ตรวจดังกล่าวยังไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็น DF หรือ DHF การติดตามอาการและอาการแสดงทางคลินิก ร่วมกับผล CBC จึงยังเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การส่งผลตรวจ serology เพื่อยืนยันการติดเชื้อเดงกีทำในรายที่มีอาการผิดไปจากปกติ (unusual manifestation), รายที่เสียชีวิต, ทำวิจัยในแง่ระบาดวิทยา, การเฝ้าระวังในพื้นที่ที่ยังไม่มีรายงานโรค²

ผู้ป่วย DF และ DHF ทุกรายได้รับการรักษาตามอาการ และรักษาประคับประคองมีความจำเป็นต้องให้ PRC ในผู้ป่วย DHF ที่ถ่ายดำ 1 ราย และให้เกล็ดเลือดเข้มข้น 1 รายในผู้ป่วย DHF ที่มี active bleeding จากอาเจียนเป็นเลือดและมีเกล็ดเลือดต่ำมาก ผู้ป่วย 1 ราย มีภาวะตับวายจากตัวโรค และการใช้ยาที่มีผลต่อดับเกิดภาวะ hepatic encephalopathy ได้รับการรักษา และแก้ไขสาเหตุ ติดตาม LFT จนอาการกลับมาเป็นปกติผู้ป่วย 3 ราย มี sinus bradycardia ช่วงไข้ลงอัตราการเต้นของหัวใจ 40-50 ครั้งต่อนาทีผู้ป่วยไม่มีอาการจากภาวะหัวใจเต้นช้าและไม่จำเป็นต้องให้การรักษา เช่นเดียวกับรายงานก่อนหน้านี้⁷ มีผู้ป่วย DSS 2 ราย ที่มีภาวะน้ำเกินจากการได้รับสารน้ำมากในช่วงที่ช็อกได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ

ความรุนแรงของโรค DHF ที่พบในการศึกษาี้ส่วนมากมีความรุนแรงน้อย คือ Grade I และ Grade II ส่วน Grade III พบร้อยละ 5.6 ไม่พบผู้ป่วย Grade IV และไม่มีผู้ป่วยรายใดเสียชีวิต ซึ่งมีเหตุผลหลายประการ เช่น การเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การวัดสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต การติดตาม CBC ดูการเปลี่ยนแปลงของ Hct, WBC, Platelet เฝ้าระวังภาวะเลือดออก การให้สารทดแทนพลาสมา และผลิตภัณฑ์เลือดได้ทันทั่วทั้งที่ร่วมกับรักษาตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

สรุป

ไข้เลือดออกในผู้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นพบมากในช่วงอายุ 15-25 ปี เพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง พบมากช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม แต่สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แพทย์ผู้รักษาจึงต้อง

คิดถึงโรคนี้ไว้ด้วยเสมอในผู้ป่วยที่มีไข้สูงยังหาสาเหตุอื่นไม่พบอาจมาด้วยอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น เจ็บคอ, ไอ หรือ ระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ทำให้แพทย์วินิจฉัยผิดพลาดและเกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย และรักษาได้จึงควรทำ tourniquet test ทุกรายในผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อไวรัสเดงกี และทำซ้ำแม้ test ให้ผลลบการติดตามค่า CBC เพื่อเฝ้าระวังการรั่วของพลาสมาการแก้ไขภาวะช็อกได้ทันทั่วทั้งที่ แม้การศึกษานี้จะพบผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อย การรักษาได้ผลดีไม่มีผู้ป่วยรายใดเสียชีวิต แต่อัตราป่วยในจังหวัดสุพรรณบุรีสูงกว่าเป้าหมายการควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไม่ให้มีอัตราป่วยเกิน 50 ต่อแสนประชากรจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นปัญหาที่ท้าทายของการสาธารณสุขไทย

เอกสารอ้างอิง

- ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร. Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever ในผู้ใหญ่ และแนวทางการรักษา. ใน: พรรณพิศ สุวรรณกุล, ชุณนา สวนกระต่าย, ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร, บรรณาธิการ. An Update on Infectious Diseases. กรุงเทพมหานคร: สทรีทพรีนติ้ง; 2549. หน้า 237-65.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, สัจจิรา นิมนานิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี, ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่1. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2551, 2552, 2553.
- งานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกกรม 2553. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี; 2553.
- คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. สถานการณ์และแนวโน้มของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในประเทศไทย. ใน: ชัชฎ์ พันธุ์เจริญ, วันลา กุลวิจิต, ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ. ไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร: เพนตา-กอนแอ็ดเวอร์ไทซิง; 2546. หน้า 11-4.
- WHO. Technical guides for diagnosis, treatment and control of dengue hemorrhagic fever. W H O 1997: 1-23.
- รจนา ขอนทอง. โรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร พ.ศ.2550. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17 Suppl 3: S757-68.
- รุจน์ สุนทรขจิต. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก และไข้เดงกีในรอบ 10 ปีสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2009; 3(1): 1-9.
- Tantawichien T, Thisyakorn U, Pisarnpong A, Israsena S, Suwangool P. Dengue fever and dengue hemorrhagic fever in adult. The First International Conference on dengue and dengue hemorrhagic fever [Abstract]; 2000 November 20-24; Chiang-Mai, Thailand; 2000. p.16-7.
- Rongrungruang Y, Leelarasamee A. Characteristics and outcomes of adult patients with symptomatic dengue virus infections. J Infect Dis Antimicrob Agents 2001; 18(1): 19-23.
- จอมเทพ หวังสันติตระกูล. ไข้เดงกี (DF) และไข้เลือดออกเดงกี (DHF) ในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาท-ยานนท์. วารสารกรมการแพทย์ 2004; 29: 83-94.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ชัชฎ์ พันธุ์เจริญ และคณะ. ดัชนีที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค ไข้เลือดออกในระยะแรก, ผลงานวิชาการดีเด่น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2538.
- Punchaen C, Rungsavannunt A, Thisyakorn U. Hepatic dysfunction in dengue patients with various severity. J Med Asso Thai 2002; 85 Suppl: s298-301.

14. Kittigul L, Suankeow K. Use to a rapid immuno-
chromatographic test for early diagnosis of den-
gue virus infections. Eur J Clin Microbiol Infect
Dis 2002; 21: 224-6.
15. Lorekha R, Chokephaibulkit A. Yoksan S, et al.
Diagnosis of dengue infection using various di-
agnosis tests in the early stage of illness. South-
east Asian J Trop Med Public Health 2004; 35
(2): 391-5.