

ไข้เลือดออกเดงกีในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีร่วมด้วยในประเทศไทย

กองแก้ว ย้วนบุญหลิม¹ วรากรณ์ สมวงษ์² ปานจิต โพธิ์ทอง¹ เอกมณี พัฒนพิพิธไพศาล²

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

²งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: November 14, 2021

Revised: December 27, 2021

Accepted: January 29, 2022

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีร่วมด้วยในประเทศไทยยังพบว่ามีรายงานจำนวนน้อย ส่วนมากจะพบการรายงานผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีหรือซีเพียงชนิดเดียว จากการทบทวนข้อมูลประวัติการรักษาจากเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยชาย อายุ 38 ปี มีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงเป็นไวรัสตับอักเสบบีและซี ผู้ป่วยเดินทางมาฝ่าฟันชุด วัดความดันโลหิต 3 ครั้ง อยู่ในช่วง 180-190/110-125 มม.ปรอท ทันตแพทย์จึงไม่ทำการผ่าฟันคุดให้ จากนั้นผู้ป่วยมีอาการตัวสั่นมาก ปวดศีรษะ จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน พบว่ามีเลือดออกตามไรฟัน วัดค่าความดันโลหิตได้ 210/121 มม.ปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ dengue NS1Ag positive, anti-dengue IgG และ IgM positive ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีพบภาวะผู้ป่วยอยู่ในระยะที่เชื้อไวรัสไม่มีการเพิ่มจำนวนหรือเพิ่มจำนวนในปริมาณน้อย มีภาวะเลือดเป็นกรด มีเลือดออกในปัสสาวะ ค่าเกล็ดเลือดต่ำ ค่าการทำงานของตับผิดปกติ ผู้ป่วยถูกนำตัวส่งหอผู้ป่วยวิกฤติพร้อมได้รับสารน้ำ และเลือด ผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวจนหายเป็นปกติ โดยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

คำสำคัญ: ไข้เลือดออกเดงกี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี

ผู้สนับสนุนผลงาน:

วรากรณ์ สมวงษ์

งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

420/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

อีเมล: waraporn.som@mahidol.ac.th

Dengue hemorrhagic fever with hepatitis B and C virus patients in Thailand

Kongkaew Younboonhlim¹, Waraporn Somwong², Panjit Phothong¹, Akemanee Pattanapitpaisarn²

¹Nurse, Department of Nursing, Hospital for Tropical Diseases, Mahidol University

²Medical Technologist, Diagnostic Laboratory, Hospital for Tropical Diseases, Mahidol University

Abstract

A case report of dengue fever with hepatitis B and C was reported. In Thailand, there are still only a few reports. In most cases, only one type of hepatitis B or C have been reported. From a review of the medical history data from the medical records, it was found that a 38-year-old male patient had a history of alcohol dependence, hypertension, and was infected with hepatitis B and C. The patient came to have wisdom teeth surgery. His blood pressure was measured three times and the value was in the range of 180-190/110-125 mmHg. The dentist did not perform the wisdom tooth removal. Then, the patient had a severe tremors, a headache, and was sent to a tropical medicine hospital and it was found that the patient had scurvy. His blood pressure was 210/121 mmHg. The laboratory test results were dengue NS1Ag positive, anti-dengue IgG and IgM positive. The hepatitis B virus test found that the virus did not multiply or multiply in small quantities. There was acidosis, blood present in the urine, a low platelet count, and abnormal liver function. The patient was taken to the intensive care unit with fluids and blood transfusion. The patient was hospitalized for five days until he recovered.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, hepatitis B, hepatitis C

Corresponding Author:

Waraporn Somwong

Diagnostic Laboratory,

Hospital for Tropical Diseases, Mahidol University

420/6 Ratchawithi Road, Thung Phaya Thai,

Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand.

E-mail: Waraporn.som@mahidol.ac.th

บทนำ

เนื่องจากโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มีหน้าที่หลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเขตร้อน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย เป็นต้น จากข้อมูลโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 3 อันดับแรก คือ โรคไข้เลือดออก ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ระหว่างปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2562 มีดังนี้ พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย 1) dengue fever (DF) 354 ราย 2) dengue hemorrhagic fever (DHF) 181 ราย 3) dengue shock syndrome (DSS) 3 ราย (เสียชีวิต) สาเหตุการเสียชีวิต รายที่ 1 อาการช็อก และอวัยวะล้มเหลวและมีภาวะเลือดออกมาก รายที่ 2 ผู้ป่วยอ้วน อาการช็อก อวัยวะล้มเหลว มีภาวะเลือดออกมากและติดเชื้อแทรกซ้อน รายที่ 3 อาการช็อก อวัยวะล้มเหลว มีภาวะเลือดออกมากและติดเชื้อแทรกซ้อน พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย DF 875 ราย DHF 17 ราย DSS 4 ราย (DSS เสียชีวิต 3 ราย) สาเหตุการเสียชีวิต รายที่ 1 อาการช็อก มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ระบบการหายใจล้มเหลว ตับวาย ไตวาย รายที่ 2 อาการช็อก อวัยวะล้มเหลว รายที่ 3 อาการช็อก อวัยวะล้มเหลว มีภาวะเลือดออกมากและติดเชื้อแทรกซ้อน พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย DF 347 ราย DHF 269 ราย DSS 8 ราย (DSS เสียชีวิต 1 ราย) สาเหตุการเสียชีวิต อาการช็อก อวัยวะล้มเหลว มีภาวะเลือดออกมากและติดเชื้อแทรกซ้อน

นอกจากนี้โรคเขตร้อนที่พบบ่อยคือ โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี (hepatitis B virus and hepatitis C virus) รองลงมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่เป็นไวรัสตับอักเสบบี และซีร่วมด้วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะตับวายเฉียบพลันได้สูง จากการศึกษาของ Tafere GG และคณะ เรื่อง repurposing of N-acetylcysteine for the treatment of dengue virus-induced acute liver failure ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่เสียชีวิตประมาณ 20,000 ราย เกิดจากมีภาวะตับวายเฉียบพลันประมาณร้อยละ 62.8¹ และจากกรณีศึกษา

ของ Agarwal MP และคณะ เรื่อง dengue causing fulminant hepatitis in a hepatitis B virus carrier รายงานผู้ป่วยชายอายุ 33 ปี เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเดงกีมีอาการไข้ เกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ² เป็นต้น อีกทั้งในประเทศไทยยังไม่พบว่า มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของกรณีศึกษา

โรคไข้เลือดออกเดงกีติดต่อโดยมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรค เชื้อไวรัสเดงกี (virus dengue) มีทั้งหมด 4 สายพันธุ์ คือ DEN1 DEN2 DEN3 และ DEN4 เมื่อยุงลายตัวเมียดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสเดงกี เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนบริเวณเซลล์ผนังกระเพาะ หลังจากนั้นจะกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อคนถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสเดงกีกัดจนป่วยเป็นโรคไข้เดงกี การติดเชื้อไวรัสเดงกีในคนมีอาการทางคลินิกแตกต่างกันมาก ตั้งแต่การมีไข้เพียงเล็กน้อยเรียกว่า ไข้เดงกี (dengue fever) จนถึงมีอาการเลือดออกมากเรียกว่า ไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever) บางคนมีภาวะช็อกร่วมด้วยเรียกว่า ไข้เลือดออกเดงกีช็อก (dengue shock syndrome) การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นตัว เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤติต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ระวังมิให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกนาน ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกนานจะส่งผลต่อความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นในร่างกายหลายระบบ เช่น เลือดออกมาก มีภาวะเลือดเป็นกรด พบมีการรั่วของพลาสมาออกจากหลอดเลือดส่งผลให้ค่าความเข้มข้นของเลือดสูง ค่าเกล็ดเลือดต่ำ ($\leq 50,000$ cells/mm³) เกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยบางคนเกิดภาวะตับวาย ไตวาย เป็นต้น^{3,4}

ไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus : HBV) เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งพบว่า มีประชากรจำนวนมากในประเทศไทยป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และมีประชากรอีกกลุ่มที่เป็นพาหะ

ของโรค ไวรัสตับอักเสบบีจัดเป็นกลุ่มก่อโรคติดต่อ (hepatotropic virus) ช่องทางการติดเชื้อ ได้แก่ 1) การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (vertical blood borne) 2) การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อไวรัส (sexual transmission) 3) การติดเชื้อจากการรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด (transfusion of blood and blood component) 4) การติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ (percutaneous transmission)⁵ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี แสดงได้หลายแบบ ทั้งแบบอาการทางตับและอาการทางระบบอื่น ได้แก่ 1) ภาวะตับอักเสบบีเฉียบพลัน (acute hepatitis B) มีระยะพักตัวประมาณ 60-90 วัน อาการทั่วไปของผู้ป่วยมีไข้ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปัสสาวะสีเข้ม ตัวเหลืองตาเหลือง อาการต่างๆ นี้จะดีขึ้นและหายได้เองภายในระยะเวลา 1-3 เดือน ถ้าตรวจเลือดผู้ป่วยแล้วได้ผล HBsAg บวกแสดงว่าผู้ป่วยเข้าสู่การป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง 2) ภาวะตับอักเสบบีเรื้อรัง (chronic hepatitis B) มีการดำเนินโรค 4 ระยะประกอบด้วย ระยะ immune tolerance ระยะ low replicative phase ระยะ immune clearance และระยะ reactivation phase อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับระยะที่ป่วย 3) ภาวะตับแข็ง 4) ภาวะมะเร็งตับ การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ การตรวจ serological marker ประกอบด้วย HBsAg Anti-HBs Anti-HBc HBeAg และ Anti-HBe การตรวจการทำงานของค่าเอนไซม์ตับ ได้แก่ ALT และ AST จะพบว่ามีค่าสูงขึ้น โดยค่า ALT มักจะสูงกว่าค่า AST และการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส (HBV DNA) ซึ่งเป็นการตรวจที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการรักษาใช้ในการติดตามการดำเนินของโรคและการประเมินการตอบสนองต่อยาต้านไวรัส

ไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis C virus : HCV) เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อโรคไวรัสตับอักเสบบี การติดต่ออาการและอาการแสดงคล้ายกับไวรัสตับอักเสบบี ตรวจการทำงานของค่าเอนไซม์ตับ ได้แก่ ALT และ

AST จะพบว่ามีค่าสูงขึ้น โดยค่า ALT มักจะสูงกว่าค่า AST การตรวจหา anti-HCV หากตรวจพบแสดงว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แต่ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นการติดเชื้อแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การตรวจ HCV RNA หรือ HCV viral load เพื่อดูปริมาณเชื้อในร่างกายใช้ในการติดตามการดำเนินของโรคและการประเมินการตอบสนองต่อยาต้านไวรัส และการตรวจสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบบี (HCV genotype) เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาเนื่องจากไวรัสตับอักเสบบีมีหลายสายพันธุ์

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 38 ปี มีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง ดื่มสุรา 40 ดิกรี วันละ 1 ขวด มีความดันโลหิตสูง เป็นไวรัสตับอักเสบบีและซี 1 เดือนที่ผ่านมามีอาการปวดศีรษะ เหน็บขาบริเวณท้ายทอย มีเลือดออกที่ฟันกรามล่างด้านซ้าย ไปพบแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้รับการรักษาความดันโลหิตสูง จากนั้นมาอีก 1 สัปดาห์ มีเลือดออกที่โพรงจมูก รู้สึกปวด ตื่นตอนเช้ามีเลือดออกในปาก จึงไปพบทันตแพทย์พบว่า มีฟันผุต้องทำการผ่าตัด ทันตแพทย์จึงแนะนำให้รักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนและนัดมาตรวจติดตามอาการ ก่อนทำการผ่าฟันผุ ผู้ป่วยเดินทางมาผ่าฟันผุตามนัด วัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ค่าอยู่ในช่วง 180-190/110-125 มม.ปรอท ทันตแพทย์จึงไม่ทำการผ่าฟันผุให้ จากนั้นผู้ป่วยมีอาการตัวสั่นมาก ปวดศีรษะ จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง พบว่ามีเลือดออกตามไรฟัน สัญญาณชีพแปรปรวน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 16 ครั้ง/นาที วัดค่าความดันโลหิต 210/121 มม.ปรอท ค่าออกซิเจนในเลือดย้อยละ 98 ผลการตรวจคลื่นหัวใจ พบว่าชีพจรเร็ว (supraventricular tachycardia) ให้ออกซิเจนทางจมูก (on O2 cannula) 3 ลิตรต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรกได้รับแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรกรับ

การทดสอบ	ผล	หน่วย	ค่าปกติ	การทดสอบ	ผล	หน่วย	ค่าปกติ
Dengue NS1 Ag	POS		NEG	Atypical lymphocyte	1	%	0-5
Dengue IgG Ab	POS		NEG	PT	14.2	sec	10.1-13
Dengue IgM Ab	POS		NEG	INR	1.33		0.8-1.1
BUN	10	mg/dL	6-20	PTT	23.7	sec	21.8-29.8
Creatinine serum	0.9	mg/dL	0.51-0.95	Urine analysis			
Direct bilirubin	1.3	mg/dL	0.0-0.3	Color	Yellow		Yellow
Total bilirubin	2	g/dL	0.0-1.21	Appearance	Clear		Clear
Total protein	9	g/dL	6.6-8.7	Specific Gravity	1.011		1.002-1.030
AST	567	U/L	0-32	pH	6.5		4.6-8.0
ALT	130	U/L	0-33	Protein	1+		NEG
Lactate	41.3	mg/dL	4.5-19.8	Glucose	NEG		NEG
Sodium	140	mmol/L	136-145	Bilirubin	NEG		NEG
Potassium	3.3	mmol/L	3.5-5.1	RBC	5-10	0-4	cells/HPF
Chloride	94	mmol/L	98-107	WBC	0.1	0-2	cells/HPF
Carbondioxide	23	mmol/L	22-29	Epithelium	0.1	0-6	cells/HPF
WBC	2.5	10 ³ /μL	5-10	Bacteria	NEG		NEG
Hematocrit	34.4	%	37-47	Leukocyte Esterase	NEG		NEG
Platelet	36	10 ³ /μL	150-450	Blood	1+		NEG

หมายเหตุ BUN = Blood urea nitrogen, Pos = Positive, AST = Aspartate aminotransferase, ALT = Alanine aminotransferase, WBC = White blood cell count, RBC = Red blood cell count, PT = Prothrombin time, INR = International normalized ratio, PTT = Partial thromboplastin time, NEG = Negative

แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสม vitamin B complex 2 มิลลิลิตร อัตราการให้ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้ยารักษาการขยายตัวของหลอดเลือด เพื่อให้ความดันลดลง ช่วยให้หัวใจไม่สูบฉีดเลือดหนักเกินไปและช่วยควบคุมอาการเจ็บหน้าอก (nicardipine 20 มิลลิกรัม กับ NSS 80 มิลลิลิตร (สัดส่วน 1:5) ทางหลอดเลือดดำ อัตราการให้ 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง) วัดความดันทุก 15 นาที รักษาระดับความดันให้อยู่ระหว่าง 160-180 มม.ปรอท

ให้ thiamine (vitamin B1) 100 มิลลิกรัม ให้ภายใน 30 นาที เพื่อดูแลการเคลื่อนไหวและเสริมสร้างการเจริญเติบโตของระบบหัวใจ ให้ 50% MgSO₄ 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 2 วัน เพื่อรักษาระดับ Mg ที่ต่ำให้ยานอนหลับ valium 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4 ชั่วโมง จากนั้นย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติ แพทย์ส่งตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบปี ผลการตรวจดังตารางที่ 2 ได้ผลการทดสอบดังนี้ Hepatitis B

surface antigen (HBsAg) positive หมายถึง ผู้ป่วย มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg เป็นโปรตีนที่อยู่บน เปลือกนอกของเชื้อไวรัส คนที่ติดเชื้อจะพบชิ้นส่วนนี้ ในกระแสเลือด surface antibody (Anti-HBs) negative หมายถึง แอนติบอดีที่ป้องกันการติดเชื้อ (protective antibody) แสดงถึงผู้ป่วยไม่มีภูมิคุ้มกัน ต่อเชื้อ total core antibody-IgM and IgG (Anti-HBc) positive หมายถึง ตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วย

เคยได้รับเชื้อมาหรือกำลังมีเชื้อในร่างกาย e-antigen (HBeAg) negative หมายถึง ไม่พบตัวบ่งชี้การแบ่งตัว ของเชื้อไวรัส และ e-antibody (Anti-HBe) negative หมายถึง ปริมาณของเชื้อไวรัสในกระแสเลือดลดลง แปลผลได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่เชื้อไวรัสไม่มีการ เพิ่มจำนวนหรือเพิ่มจำนวนในปริมาณน้อย (chronic infection inactive or low viral replicative phase)⁶

ตารางที่ 2 ผลการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การทดสอบ	ผลการทดสอบ
HBsAg	Positive
Anti-HBs	Negative
Anti-HBc	Positive
HBeAg	Negative
Anti-HBe	Positive

วันต่อมาผู้ป่วยมีเลือดกำเดาไหล ค่าเกล็ดเลือด ลดลง ($21,000 \text{ cells/mm}^3$) ในปัสสาวะพบเม็ดเลือดแดง 5-10 cells/HPF และ blood 1+ แพทย์ให้เม็ดเลือดแดง เข็มชั้นที่แยกเม็ดเลือดขาว (leukocyte-poor packed red blood cells; LPRC) จำนวน 1 ถุง ก่อนให้เลือด ให้ chlorpheniramine 1 amp เพื่อป้องกันการเกิด อาการแพ้เลือด ให้สารน้ำ หลังให้เลือดหมดให้ 10% D/NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสม vitamin B complex 2 มิลลิลิตร อัตราการให้ 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อ บำรุงร่างกายและสมอง valium 10 มิลลิกรัม ทาง หลอดเลือดดำ ภายใน 4 ชั่วโมง ให้ยา augmentin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เป็นยาฆ่าเชื้อ ที่ผสมระหว่าง amoxicillin กับ clavulonic acid

ในวันที่ 2 ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะช็อกมีอาการ กระสับกระส่าย เห็นภาพหลอน (hallucination) เอะอะ โวยวาย ให้คะแนน fall score เท่ากับ 80 คะแนน แพทย์ให้ Valium 10 มิลลิกรัม ทาง หลอดเลือดดำ ทุก 2 ชั่วโมง เวลาที่มีอาการ ในวันนี้ แพทย์เริ่มให้ยาลดความดันเลือด enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น ให้ยาลดกรดในกระเพาะ miracid 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า-เย็น และยาระบาย lactulose 30 มิลลิกรัมก่อนนอน

วันต่อมาผู้ป่วยย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตไป หอผู้ป่วยสามัญ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤติไปหอผู้ป่วยสามัญ

การทดสอบ	ผลการทดสอบ	หน่วย	ค่าปกติ
Direct bilirubin	1.6	mg/dL	0.0-0.3
Total bilirubin	2.5	mg/dL	0.0-1.21
Total protein	7.8	g/dL	6.6-8.7
Albumin	4.6	g/dL	3.5-5.2
Globulin	3.2	g/dL	2.5-3.5
Alkaline phosphatase	74	U/L	40-129
AST	264	U/L	0-32
ALT	101	U/L	0-33
Sodium	138	mmol/L	136-145
Potassium	3.8	mmol/L	3.5-5.1
Chloride	97	mmol/L	98-107
Carbondioxide	26	mmol/L	22-29
Magnesium	1.9	mg/dL	1.6-2.6
Lactate	9.5	mg/dL	4.5-19.8
WBC	1.8	$10^3/\mu\text{L}$	5-10
Hematocrit	34.6	%	37-47
Platelet	21	$10^3/\mu\text{L}$	150-450

ในวันที่ 4 แพทย์ให้ยา augmentin 1 กรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็นเป็นยาฆ่าเชื้อและให้ vitamin B complex หลังอาหารเช้า-เย็น

ในวันที่ 5 แพทย์ให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ เนื่องจากผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจห้องปฏิบัติการเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ค่าเกล็ดเลือด $50,000 \text{ cells/mm}^3$ (ค่าปกติ $150,000\text{-}450,000 \text{ cells/mm}^3$) ค่าการแข็งตัวของเลือดปกติ ประกอบด้วยค่า prothrombin (PT) 12.5 second (ค่าปกติ 10-14 second) international normalized ratio (INR) 1.17 (ค่าปกติ 0.8-1.1) partial thromboplastin time (PTT) 22.7 second (ค่าปกติ 21.6-31.2 second) thrombin time (TT) 20.9 second (ค่าปกติ 14.4-21.2 second)

สรุปผล

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติดื่มสุราเรื้อรังและเป็นไวรัสตับอักเสบบีและซีร่วมด้วย ดังนั้น ก่อนทันตแพทย์จะทำการตัดการต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อน 1) ซักประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินสภาพการทำงานของตับ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับ 2) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ค่าความสมบูรณ์ของเลือด ตรวจเอนไซม์ตับ ได้แก่ ALT และ AST เพื่อดูว่ามีการอักเสบของเซลล์ตับ (hepatocellular injury) หรือไม่ ตรวจการทำงานของตับ (test of liver function) ได้แก่ ประเมินระดับความรุนแรงของตับ ได้แก่ serum albumin prothrombin time และ serum bilirubin 3) ปรีกษาอายุรแพทย์เพื่อร่วมประเมิน

เมื่อประเมินร่างกายพบว่าผู้ป่วยรายนี้มี ความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ค่าอยู่ใน ช่วง 180-190/110-125 มม.ปรอท และมีอาการสั่น มีเลือดออกตามไรฟัน ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาโรงพยาบาล เวชศาสตร์เขตร้อน แพทย์สั่งตรวจเลือดพบว่า ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC) $2,500 \text{ cells/mm}^3$ (ค่าปกติ $5,000-10,000 \text{ cells/mm}^3$) ค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) 34.4% (ค่าปกติ 37-47%) ค่าเกล็ดเลือด (platelet) $36,000 \text{ cells/mm}^3$ (ค่าปกติ $150,000-450,000 \text{ cells/mm}^3$) direct bilirubin 1.3 mg/dL (ค่าปกติ 0.0-0.3 mg/dL) total bilirubin 2 g/dL (ค่าปกติ 0.0-1.21 g/dL) total protein 9 g/dL (ค่าปกติ 6.6-8.7 g/dL) AST 567 U/L (ค่าปกติ 0-32 U/L) ALT 130 U/L (ค่าปกติ 0-33 U/L) จากผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด ค่าการทำงานของตับ และการพบเลือดออกตามไรฟัน แพทย์สงสัยไข้เลือดออกจึงส่งตรวจเพิ่มพบว่า dengue NS1 Ag positive และ dengue IgM/IgG Ab positive จากผลการทดสอบแพทย์สรุปว่า ผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออก เติบโต ส่วนผลการตรวจปัสสาวะ พบโปรตีน (protein) 1+ (ค่าปกติ negative) เม็ดเลือดแดง 5-10 cells/HPF (ค่าปกติ 0-4 cells/HPF) และมีเลือดปน ในปัสสาวะ ค่า blood 1+ (ค่าปกติ negative) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในปัสสาวะ แพทย์จึงให้เลือด 1 ถัง ค่า lactate 41.3 mg/dL (ค่าปกติ 4.5-19.8 mg/dL) แสดงถึงภาวะเลือด เป็นกรด อาจเกิดจากผู้ป่วยดื่มสุราเรื้อรังหรือเกิดจาก ภาวะช็อกนานจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน จึงสามารถกลับบ้านได้ และแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วย หยุดการดื่มสุรา เพราะจากการตรวจค่าการทำงานของตับพบค่าเอนไซม์ตับ ได้แก่ ALT และ AST มีค่าสูง อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูง เป็นไวรัส สตับอักเสบบีและซีด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Tafere GG, Wondafrash DZ, Demoz FB. Repurposing of N-Acetylcysteine for the treatment of dengue virus-induced acute liver failure. *Hepat Med* 2020;12:173-4.
2. Agarwal MP, Giri S, Sharma V, et al. Dengue causing fulminant hepatitis in a hepatitis B virus carrier. *BioScience Trends* 2011; 5:44-5.
3. Kanlayanaruj S, Wangraweewong M, Watcharaseri W, editors. Guidelines for diagnosis and treatment of Dengue fever version commemorative edition for doctors. 4th ed. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2018. (in Thai)
4. World Health Organization (WHO). Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. 4th ed. Geneva. Switzerland: World Health Organization; 1997 (cited 2021 May 1). Available from: <http://www.who.int/csr/resources/pu>.
5. Boyer TD, Manns MP, Sanyal AJ. Zakim and Boyer's hepatology; A text book of liver disease. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
6. Khamduang W, Kongyai N, Hongjaisee S. Laboratory diagnosis and monitoring tests for hepatitis B virus infection. *J Med Tech Assoc Thai* 2019;47:7061-76. (in Thai)