

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# โรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลมะการักษ์

## พวงทิพย์ กิตติศักดิ์ไชยกุล

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมะการักษ์ กาญจนบุรี

### บทคัดย่อ

ผู้รายงานได้ศึกษาผู้ป่วยแบบย้อนหลังเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ เพื่อศึกษาถึงอาการและอาการแสดงของโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วย 210 ราย ที่รับไว้ในแผนกกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลมะการักษ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2550- 31 ธันวาคม 2550 ได้ส่ง serum ยืนยันการติดเชื้อไวรัสเดงกี พบว่าเป็น not dengue infection 33 ราย (15.71%) dengue infection 177 ราย (84.29%) พบว่าเป็นไข้เดงกี : ไข้เลือดออกเดงกี = 87 : 90 ระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกี แบ่งออกเป็น Grade I จำนวน 8 ราย (9.18%), Grade II จำนวน 64 ราย (71.69%), Grade III จำนวน 18 ราย (19.13%) และไม่พบ Grade IV อาการของผู้ป่วยที่พบบ่อยเรียงตามลำดับคือ ไข้ (100%), อาเจียน (68.2%), ปวดท้อง (65.4%), ตับโต (63.5%), ปวดศีรษะ (51.7%) ผลการทดสอบทูนิกเก็ตให้ผลบวก (86.7%) เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ โดยผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี จะมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า ผู้ป่วยไข้เดงกี อาการและอาการแสดงจะคล้ายคลึงกัน แต่ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี จะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ตับโต และ จุดเลือดออก มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

**คำสำคัญ:** ไข้เดงกี, ไข้เลือดออกเดงกี, โรงพยาบาลมะการักษ์

### บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever-DHF) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี พบระบาดครั้งแรกในประเทศฟิลิปปินส์ ในปี 2497 ระบาดในประเทศไทยปี พ.ศ. 2501 ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีอาการรุนแรง มีภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ แตกต่างจากโรคไข้เดงกีที่รู้จักกันมานานเกิน 200 ปี

จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอด ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10-14 ปี การติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็กส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรกมักไม่มีอาการ หรืออาการรุนแรง แบ่งอาการของโรคได้เป็น 3 แบบ<sup>(1)</sup>

1. Undifferentiated fever (UF) มักพบในเด็กเล็กหรือทารก จะมีอาการไข้ 2-3 วันบางครั้งมีผื่น
2. Dengue Fever (DF) หรือไข้เดงกี มักพบในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ อาจมีอาการไม่รุนแรง อาการที่พบคือผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก มีผื่น บางรายมีจุดเลือดออก ตรวจพบ tourniquet test positive ส่วนใหญ่เม็ดเลือดขาวต่ำ การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนต้องตรวจทางน้ำเหลือง ไข้เดงกีเป็นโรคที่ไม่ทำให้เสียชีวิต (non fatal disease) ตรงกันข้ามกับไข้เลือดออกเดงกี (DHF) ที่ส่วนใหญ่เป็นในเด็กและมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ลักษณะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างไข้เดงกี และ ไข้เลือดออกเดงกี คืออาการช็อก และ hemorrhagic diathesis ในไข้เลือดออกเดงกี

(DHF)<sup>(1-6)</sup>

3. Dengue Hemorrhagic fever (DHF) หรือไข้เลือดออกเดงกี ผู้ป่วยมีไข้สูงลอย มีเลือดออก ตับโต และมีอาการช็อคได้ การรั่วของพลาสมาเป็นลักษณะเฉพาะของไข้เลือดออกเดงกี ผู้ป่วยจะมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ความเข้มข้นของเลือดสูง เกล็ดเลือดต่ำในรายที่ช็อค และ/หรือเลือดออกมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีและทันเวลาที่ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในระยะเวลานั้น

ปัจจุบันไข้เดงกี (DF) และไข้เลือดออกเดงกี (DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในภูมิภาคเขตร้อนรวมทั้งประเทศไทย ไข้เดงกี/ไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดต่อที่สามารถติดต่อได้โดยมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะ (vector) นำโรค ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดของโรคแพร่ขยายมากขึ้น ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรทำให้การอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรเกิดเป็นชุมชนเมืองเพิ่มมากขึ้น (urbanization) เป็นผลให้สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็วเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสนับสนุนให้โรคเกิดการแพร่ระบาด

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม-13 ตุลาคม 2550) มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 50,689 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 80.68 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยตาย 63 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 และเมื่อเทียบกับปี 2549 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วย 35,537 ราย มีผู้ป่วยตาย 45 ราย อัตราป่วย 56.93 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.13 คิดเป็นจำนวนป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2549 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 42.67 ส่วนจังหวัดกาญจนบุรีพบอัตราป่วย 88.48, 45.7<sup>(7)</sup> ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 0.24, 0 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2548, 2549 ตามลำดับ<sup>(8)</sup>

ในเขตอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีในปี 2550 พบไข้เดงกี 40 คน คิดเป็น 30.08 ต่อ แสนประชากร ไข้เลือดออกเดงกี 38 คน คิดเป็น 27.57 ต่อแสนประชากร จากสภาพและขนาดของปัญหาโรคไข้เลือดออกที่กล่าวมา

จึงควรศึกษาลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย ไข้เดงกี/ไข้เลือดออกเดงกี ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรค ลดอัตราการตาย และ ภาวะแทรกซ้อนของโรค

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์นี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากประวัติอาการทางคลินิก และผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เดงกี/ไข้เลือดออกเดงกี ในผู้ป่วยเด็กทุกรายที่รับไว้ในแผนกกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลมหารัชมังคลาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550

**เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย ไข้เดงกี (Dengue fever - DF) และ ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever - DHF)**

ผู้ป่วยไข้เดงกีต้องมีอาการไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ข้อในกลุ่มอาการต่อไปนี้

1. ปวดกระบอกตา
2. ปวดศีรษะ
3. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
4. ปวดข้อ/ปวดกระดูก
5. ผื่น
6. อาการเลือดออก
7. ตรวจ CBC พบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ (5,000 เซลล์/ลบ.มม.)

สำหรับการวินิจฉัยไข้เลือดออกเดงกีใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม WHO โดยอาศัยอาการแสดงทางคลินิก ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

## อาการทางคลินิก

1. ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน
2. อาการเลือดออก อย่างน้อย positive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ
3. ตับโต มักกดเจ็บ
4. มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิตหรือ

มีภาวะช็อก

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือดต่ำ (น้อยกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม.)
2. เลือดชั้นขึ้นน้อยกว่า ดูจากการเพิ่มของ Hct เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับ Hct เดิม หรือมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา

สามารถวินิจฉัยแยกโรค ไข้เดงกี จาก ไข้เลือดออกเดงกี ตรงที่ DF ไม่มี plasma leakage

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกทุกรายได้ส่งตรวจ serology ยืนยันการติดเชื้อ

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล แสดงผลเป็นร้อยละ ใช้ Z-Test เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงตลอดจนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างโรค ไข้เดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกี

### ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะการักษ์ เมื่อปี 2550 ทั้งหมด 210 คน เป็น non dengue infection 33 ราย (15.71%) dengue infection 177 ราย (84.29%) จากการยืนยันทาง serology สัดส่วนการป่วยเป็นไข้เดงกี : ไข้เลือดออกเดงกี = 87 : 90 เพศชาย : เพศหญิง มีสัดส่วนการป่วยเป็นไข้เลือดออก = 1.2 : 1 เด็กที่มีอายุ 5-10 ปี มีอัตราการติดเชื้อมาก แยกผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค เป็น Grade I จำนวน 8 ราย (9.18 %), Grade II จำนวน 64 ราย (71.69 %), Grade III จำนวน 18 ราย (19.13 %) และ ไม่พบ Grade IV รายละเอียดยตามตารางที่ 1

### อาการ และ อาการแสดงของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์

ผู้ป่วยไข้เดงกี ทุกรายจะมีไข้สูง อาการสำคัญที่พบร่วมได้แก่ ปวดเมื่อยตามตัว (84.3%) รองลงมา ปวดศีรษะ (47.8%) คลื่นไส้อาเจียน (29.7%)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกี (DF & DHF) และความรุนแรงของโรคที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลมะการักษ์ ปี พ.ศ. 2550

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	98	55.37
หญิง	81	44.63
<b>อายุ (ปี)</b>		
0 - 5	39	22.03
>5 - 10	81	45.76
>10 - 15	57	32.21
<b>ความรุนแรงของโรค</b>		
Grade I	8	9.18
Grade II	46	71.69
Grade III	18	19.13
Grade IV	0	0

ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ทุกรายจะมีไข้สูง อาการอื่นที่พบร่วมได้แก่ อาเจียน (68.2%) ปวดท้อง (65.4%) ตับโต (62.5%) ปวดศีรษะ (51.7%)

อาการและอาการแสดงของไข้เดงกี จะคล้ายคลึงกับไข้เลือดออกเดงกี แต่จะพบความแตกต่างกันในเรื่องคลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ตับโต เลือดออก โดยจะพบอาการดังกล่าวสูงในกลุ่มไข้เลือดออกเดงกี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการปวดเมื่อยตามตัวจะพบมากในผู้ป่วยไข้เดงกี อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ตารางที่ 2)

การทดสอบทูนิเกต (tourniquet) ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดว่า ถ้ามีจำนวน petichiae มากกว่าหรือเท่ากับ 10 จุด / ตารางนิ้วให้แปลผลว่าการทดสอบเป็นบวก จะพบว่า ในผู้ป่วยที่เป็นไข้เดงกี มีผลทูนิเกต เป็นบวกร้อยละ 57.5 ในขณะที่ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ให้ผลบวกร้อยละ 86.7 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เดงกี 1 วันก่อนไข้ลงพบว่าผู้ป่วยมีปริมาณเกล็ดเลือดอยู่ระหว่าง 100,000 - 150,000

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไข้แดงกึ่งและไข้เลือดแดงกึ่ง (DF & DHF) ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลมะการักษ์ พ.ศ. 2550

อาการ/อาการแสดง	DF (n = 87)		DHF (n = 90)		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไข้	87	100	90	100	>0.05
ปวดท้อง	19	22.50	58	65.40	<0.05
คลื่นไส้/อาเจียน	25	29.70	61	68.20	<0.05
ปวดศีรษะ	41	47.80	46	51.70	<0.05
ปวดเมื่อยตามตัว	73	84.30	11	12.70	<0.05
จุดเลือดออก	0	0	37	41.30	<0.05
ตับโต	9	10.20	56	62.50	<0.05

หมายเหตุ ผู้ป่วยอาจมีอาการมากกว่าหนึ่งอาการ  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ทดสอบโดยใช้ Z - Test

ตารางที่ 3 ผลทดสอบ ทูนิเกต ในกลุ่มผู้ป่วยไข้แดงกึ่ง และไข้เลือดออกแดงกึ่ง

ผลการทดสอบ tourniquet	DF (n = 87)		DHF (n = 90)		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผลบวก*	49	47.50	77	86.70	<0.05
ผลลบ*	38	42.50	13	13.30	<0.05

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p = 0.05$  โดยใช้ Z - Test

ตารางที่ 4 ผู้ป่วยไข้แดงกึ่ง ไข้เลือดออกแดงกึ่ง ที่มี การเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจเลือดจากห้องปฏิบัติการ 1 วันก่อนไข้ลง

อาการ/อาการแสดง	DF (n = 87)		DHF (n = 90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปริมาณเกล็ดเลือด เซลล์/มม.<sup>3</sup></b>				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000	0	0	5	5.30
50,001 - 100,000	0	0	51	56.50
100,001- 150,000	72	83.50	28	31.40
150,001 - 200,000	15	16.50	6	6.80
มากกว่า 200,000	0	0	0	0
<b>จำนวนเม็ดเลือดขาว (เซลล์/มม.<sup>3</sup>)</b>				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	12	14.10	41	41.10
5,001 - 8,000	60	69.60	35	39.20
8,001 - 10,000	15	16.30	14	14.70
มากกว่า 10,000	0	0	0	0

เซลล์/ มม.<sup>3</sup> ร้อยละ 83.5 ไม่พบผู้ป่วยไข้เดงกี ที่มีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 เซลล์/มม.<sup>3</sup> ในเวลา 1 วันก่อนไข้ลง และปริมาณเม็ดเลือดขาว 1 วันก่อนไข้ลง พบว่า ร้อยละ 83.7 มีเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 8,000 เซลล์/มม.<sup>3</sup> ตารางที่ 4

ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี 1 วันก่อนไข้ลงพบว่าผู้ป่วยมีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 เซลล์/มม.<sup>3</sup> ร้อยละ 61.8 และปริมาณเม็ดเลือดขาว 1 วันก่อนไข้ลง พบว่าร้อยละ 85.3 มีเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 8,000 เซลล์/มม.<sup>3</sup> ตารางที่ 4

### วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยใช้อาการและอาการแสดงทางคลินิก และตรวจยืนยันทางน้ำเหลืองซึ่งพบว่าสามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้เลือดออกได้ถูกต้อง ร้อยละ 84.29 ใกล้เคียงกับที่เคยศึกษาโดยอรุณ ถวายสัตย์ที่โรงพยาบาลระนอง<sup>(9)</sup>

ผู้ป่วยไข้เลือดออกพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (อัตราส่วน 1.2 : 1) โดยจะพบมากในกลุ่มอายุ 5-10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริเพ็ญและคณะ<sup>(10)</sup> และการศึกษาไข้เลือดออก ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์<sup>(11,12)</sup>

สำหรับประวัติการเจ็บป่วยก่อนมาพบแพทย์ จะพบว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งไข้เดงกี และไข้เลือดออกเดงกี มีไข้ทุกคน ในกลุ่มไข้เดงกี จะพบอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดศรีษะ คลื่นไส้/อาเจียน ปวดหัว ตับโต เลือดออก อาการและอาการแสดงของไข้เดงกี จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับไข้เลือดออกเดงกีแต่จะพบความแตกต่างกันในเรื่องคลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง ตับโต จุดเลือดออก ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่เคยมีมาก่อนหน้านี้<sup>(11,12)</sup>

ผลการทดสอบ ภูนิเกต์ ในกลุ่มไข้เดงกี ส่วนใหญ่ให้ผลลบ ส่วนในกลุ่มไข้เลือดออกเดงกี ส่วนใหญ่ให้ผลบวก ก็เป็นตัวหนึ่งในการแยกวินิจฉัย ไข้เดงกี และไข้

เลือดออกเดงกีได้<sup>(9,12)</sup>

ในเรื่องของจำนวนเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออก เมื่อเทียบกับการศึกษาที่เคยมีมาในอดีตก็พบว่าสอดคล้องกัน<sup>(9,11,12)</sup> กล่าวคือ ผู้ป่วยมักจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ<sup>(13)</sup> โดยเฉพาะในรายที่เป็นไข้เลือดออกเดงกี เกือบ ร้อยละ 50 ที่มี WBC น้อยกว่า 5,000 ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการไข้ อาเจียน ปวดท้อง ไม่มีอาการทางศีลยกรรม WBC มีปริมาณต่ำ ก็น่าจะคิดถึงโรคไข้เลือดออกไว้ด้วยเสมอ

ปริมาณเกล็ดเลือดที่ต่ำในผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออกก็ยังเป็นดัชนีหนึ่งสำหรับเฝ้าติดตามอาการของโรคได้ ซึ่งการศึกษานี้ 1 วันก่อนไข้ลง ผู้ป่วยที่เป็นไข้เลือดออกจะมีปริมาณเกล็ดเลือดลดลงกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาที่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้าระยะวิกฤต

ในกลุ่มผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มารับการรักษานั้น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น ไอ มีน้ำมูก ถ่ายเหลว ทอนซิลอักเสบ แต่เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีข้อจำกัดของการศึกษาทำให้ได้ประวัติไม่ครบถ้วนจึงไม่ได้นำมาแสดงณ.ที่นี้

ปัญหาที่ยังพบได้เรื่อยๆมักเป็นเรื่องการวินิจฉัยที่ล่าช้า อาจเป็นเพราะแพทย์ไม่ได้คิดถึงโรคไข้เลือดออกหรือผู้ป่วยทิ้งระยะเวลาหลายวันก่อนมาพบแพทย์ แต่ปัจจุบันรณรงค์ให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกแก่ประชาชนที่จังหวัดกาญจนบุรีโดยเฉพาะที่เขตอำเภอท่ามะกามากขึ้นกว่าในอดีตมาก ผู้ปกครองตื่นตัวในไข้เลือดออกมากขึ้นจึงพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เร็วขึ้น ทางโรงพยาบาลมะการักษ์เองก็มีแนวทางทั่วไปทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) สำหรับดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีทีมเวชกรรมสังคมคอยทำหน้าที่ทั้งที่มรุกและรับ ประสานกับทาง คปสอ. อสม. แนะนำการกำจัดยุงลาย ตลอดจนออกสืบสวนโรคอย่างรวดเร็วเพื่อตัดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

อย่างไรก็ตาม ในการเฝ้าระวังโรคนี้ เมื่อใดที่ผู้ป่วย

มีอาการไข้ ตับโต มีเลือดขาวต่ำ และปริมาณเกล็ดเลือดต่ำ ให้คำนึงถึงโรคไข้เลือดออกแล้วทำการทดสอบทูนิเกต์ หากผลเป็นบวกและเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 5,000 เซลล์/มม.<sup>3</sup> จะสามารถวินิจฉัยว่าเป็นไข้เดงกี ได้โดยมีการทำนายในกรณีนี้ที่ตรวจได้ผลบวก (PPV) ร้อยละ 83<sup>(14)</sup>

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยช็อก Grade IV น่าจะเป็นจากการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับไข้เลือดออกดีขึ้น ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น มีการเพิ่มมาตรฐานการรักษาของแพทย์และพยาบาลดีขึ้น ในโรงพยาบาลมะเร็งเคยมีผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกเสียชีวิตเมื่อ ๖.ค. 2548 1 ราย ด้วยเรื่อง severe bleeding c profound shock ทาง PCT กุมารได้จัดวางแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีปัญหา bleeding โดยให้มีการปรึกษาแพทย์ โสต ศอ นาสิก ทำ nasal packing ในรายที่มี epistaxis การปรึกษาสูตินารีแพทย์ในเรื่องการให้ hormone แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงมีประจำเดือน เพื่อเลื่อนการมีประจำเดือนออกไป ตลอดจนการให้ผลิตภัณฑ์ของเลือดในเวลาที่เหมาะสมและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

### สรุป

ไข้เลือดออกยังพบบ่อยในเด็กช่วงอายุ 5-10 ปี โดยชาย : หญิง = 1.2 : 1 อาการและอาการแสดงที่ทำให้ต้องคำนึงถึงโรคนี้ คือ ไข้สูง คลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีเลือดออก โดยทั่วไปผู้ป่วยไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกี มีอาการคล้ายกัน แต่ถ้าตรวจพบผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนปวดท้อง ตับโต จุดเลือดออก มีโอกาสที่จะเป็นไข้เลือดออกเดงกีมากกว่า การเฝ้าติดตามอาการและอาการแสดงผู้ป่วย ปริมาณ เกล็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือด การให้สารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือดให้พอเหมาะและทันเวลา จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ ปัญหาที่ยังพบได้บ่อย ๆ มักเป็นเรื่องการวินิจฉัย ที่ล่าช้า เนื่องจากอาจมีอาการป่วยอื่น ๆ โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหารร่วมด้วย การให้สารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือดไม่เหมาะสม ไม่ทันต่อเหตุการณ์

### เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา นิมมานิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, อรุณ วิฑยะศุกร. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
2. สุจิตรา นิมมานิตย์ โรคไข้เลือดออก ใน: สุจิตรา นิมมานิตย์, ประมวญ สุนากร, บรรณาธิการ. ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2541. หน้า 1-4.
3. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. Dengue Hemorrhagic Fever. ใน: สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, นลินี จงวิริยะพันธุ์, ปานยา เพียรวิจิตร, ปรียสุดา เหตุระกุล, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์: แนวทางวินิจฉัยและรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2547. หน้า 577-84.
4. สิวิกา แสงธาราพิทย. โรคไข้เลือดออก. จุลสารควบคุมโรค 2545; 13:5-6.
5. World Health Organization. Prevention and control of dengue and dengue hemorrhagic fever: comprehensive guidelines. Geneva: WHO; 2000.
6. World Health Organization. Dengue hemorrhagic fever; diagnosis, treatment and control. Geneva: WHO; 1986.
7. ศุภกิจ ศิริลักษณ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคระบาดที่สำคัญ “โรคไข้เลือดออก”. รายงานการประชุม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 9/2550; วันที่ 22 ตุลาคม 2550; ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
8. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก กลุ่มโรคไข้เลือดออก. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง [Online] 2550 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2551]; แหล่งข้อมูล : URL: <http://dhf.ddc.moph.go.th/>
9. อุทัย สิริวัตถานันต์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, วารุณี วัชรเสวี, บรรณาธิการ โรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลระนอง. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเฉลิมพระเกียรติเพื่อพัฒนาการรักษาและป้องกันโรคไข้เลือดออก; 23 - 24 ธันวาคม 2542; ณ โรงแรมเอเชีย. กรุงเทพมหานคร: ร.ส.พ; 2543.
10. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, สุจิตรา นิมมานิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
11. อุทัย สิริวัตถานันต์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, วารุณี วัชรเสวี, บรรณาธิการ โรคไข้เลือดออกที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการเฉลิมพระเกียรติเพื่อพัฒนาการรักษาและป้องกันโรคไข้เลือดออก; 23-24 ธันวาคม 2542; ณ โรงแรมเอเชีย. กรุงเทพมหานคร: ร.ส.พ; 2543.
12. จอมเทพ หวังสันติตระกูล. ไข้เดงกี (DF) และไข้เลือดออกเดงกี (DHF) ในโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์. วารสารกรมการแพทย์ 2004; 29:83-94.
13. อุษา ทิสยากร. Acute febrile illness. Pediatric Infectious Disease. ใน: อังกูร เกิดพานิชย์, รังสิมา โฉมเลขา, วีระชัย

วัฒน์วีระเดช, ทวี โชติพิทยสุนนท์, บรรณาธิการ. Update Pediatrics infecteous disease 2007. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2550. หน้า 261-5.  
14. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ชัชฌ์ พันธุ์เจริญ,

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, ทิพย์สุดา วงศ์ภิรมย์สานต์, ศิริจิตต์ วาสนวัฒน์ และคณะ. ดัชนีที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกในระยะแรก, ผลงานวิชาการดีเด่น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2538.

**Abstract    Dengue Fever and Dengue Hemorrhagic Fever in Makarak Hospital  
Puangtip Kitisakchaikul**

Department of Pediatrics, Makarak Hospital, Kanchanaburi  
*Journal of Health Science* **2008; 17:SIII852-58.**

A retrospective descriptive and analytical study was done on 210 dengue fever and dengue hemorrhagic fever cases admitted to the department of pediatrics, Makarak hospital, during January 1, 2007 - December 31, 2007. Out of 210 hospitalized cases, 33 case( 15.71%) were not dengue infection, and 177 cases (84.29%) were confirmed by serology test as dengue infection showing DF:DHF 87:90. Rated by its severity, 76.69 percent fell in grade II , 19.13 percent in grade III, and only 9.18 percent in grade I. No critical patient (grade IV) was found in the study. The most common signs and symptoms were fever (65.4%), vomiting(68.2%), abdominal pain(65.4%), hepatomegaly(63.5%), and headache(51.7%). Also positive tourniquet results were found in most of them (86.7%). WBC was reportedly lower than normal. Levels of platelets in DHF case was lower than those in DF. Symptoms and signs of DF and DHF were likely to be the same but differed in nausea /vomiting, abdominal pain, hepatomegaly and petichiae.

**Key words: dengue fever, dengue hemorrhagic fever, Makarak hospital**