

การรักษาโรคไข้เลือดออกจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไป



ศาสตราจารย์คลินิก ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ

ประสบการณ์การรักษาโรคไข้เลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ในระยะก่อน ปี 2542 ปัญหาในการวินิจฉัยและดูแลรักษาจะแตกต่างกับในปัจจุบัน โดยจะแบ่งประสบการณ์การรักษากันเป็น 2 ระยะที่ต่างกัน

ลักษณะของผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะก่อนปี 2542

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยเด็ก (อายุ < 15 ปี) ส่วนมากจะไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ตึกผู้ป่วยนอก ไม่มีการทำ Tourniquet test ไม่มีการเจาะ Complete blood count (CBC) และไม่มีการนัดตรวจติดตาม ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยไข้เลือดออก (DHF) ที่มีอาการอาเจียนมาก หรือ ปวดท้อง ผู้ป่วยไข้แดงก็จะมีน้อยไม่เกินร้อยละ 10 (อาจจะมียามากแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย) เนื่องจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงประชาชนส่วนใหญ่จะรู้จักเฉพาะโรคไข้เลือดออกเท่านั้น ยังไม่รู้จักโรคไข้แดงก็ไม่คุ้นเคย ไม่รู้ว่าเกิดจากไวรัสแดงก็ เช่นเดียวกับโรคไข้เลือดออก แต่ต่างกันตรงที่ไม่มีการรั่วของพลาสมา และไม่มีภาวะเลือดออกง่าย ผู้ป่วย 4 กลุ่มใหญ่ๆ ที่รับไว้ในโรงพยาบาล คือ

1. กลุ่มที่ช็อก DHF grade III & grade IV (ที่วัดความดัน หรือจับชีพจรไม่ได้) ประมาณร้อยละ 40-60
2. กลุ่มที่เริ่มเข้าระยะวิกฤต และเริ่มมี Plasma leakage คือเริ่มมีไข้สูงและอาการไม่ดีขึ้น เริ่มมีอาการนำของช็อกเช่นปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้ พบประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล
3. กลุ่มที่มีอาการเลือดออกชัดเจน เช่น อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ส่วนมากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับยาแอสไพริน หรือ สเตียรอยด์เพื่อลดไข้มาก่อน ส่วนมากผู้ป่วยจะชื้อยาดังกล่าวรับประทานเองจากร้านขายยา บางส่วนอาจได้จากคลินิกพบประมาณร้อยละ 10
4. กลุ่มที่มีอาการแปลกออกไป (Unusual manifestations) ส่วนมากจะมาด้วยอาการทางสมอง เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้สึก ชัก หรือมาด้วยอาการตัววาย มีตัวเหลือง ตาเหลือง (กลุ่มนี้มีไม่มาก < ร้อยละ 5) ผู้ป่วยส่วนมากจะมี Thrombocytopenia (เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซล/ลบมม.) และมี Hemoconcentration $\geq 20\%$ ชัดเจน

จึงไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย เมื่อแรกเริ่มจะมีปัญหาในการวินิจฉัยอยู่บ้างในผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ที่มีอาการเลือดออกมาก

การดูแลรักษา

1. ไม่มี Dengue National Clinical Practice Guidelines (CPG) แพทย์แต่ละคนมีแนวทางการรักษาของตัวเอง พยาบาลส่วนมากยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา แต่จะคอยรับคำสั่งแพทย์

2. ไม่มีการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีการวินิจฉัยในระยะแรกน้อยมาก ไม่มีการทำ Tourniquet test ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีไข้สูง หรือทำ Complete blood count (CBC) เพื่อติดตามดู White blood count (WBC), Platelet count และ Hematocrit (Hct)

3. ไม่มีการแยกผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ไม่สะดวกในการดูแลรักษา และอาจเป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล

4. ไม่มีการ monitor ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

4.1. ไม่มีการบันทึกอาการ อาการแสดงทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงอย่าง เป็นระบบ เช่น อาการเลือดออก คลื่นไส้/อาเจียน ปวดท้อง การรับประทานอาหาร ฯลฯ

4.2. ไม่มีการ Record vital signs บ่อยเท่าที่ควรแม้ในรายที่มีภาวะช็อก

4.3. ส่วนมากยังไม่มีการเจาะ Hematocrit (Hct) ทุก 4-6 ชั่วโมง

4.4. ไม่มีการ record Intake/output โดยเฉพาะไม่มีการ record urine output

4.5. ไม่มีแบบบันทึกการ monitor เฉพาะสำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออก (Dengue chart) ทำให้แพทย์ที่อยู่เวรไม่ทราบรายละเอียดของผู้ป่วย

5. การให้ IV fluid ไม่ได้ให้ Isotonic salt solution เช่น Normal saline solution (NSS) ในผู้ป่วยทุกรายจะให้เฉพาะในรายที่มีอาการช็อกหรือเฉพาะช่วงที่มีภาวะช็อกเท่านั้น ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการช็อกส่วนใหญ่อาจจะได้รับ Hypotonic solution เช่น 5%D/N/2 หรือ 5%D/N/3 ไม่มีการปรับลด rate ของ IV fluid มีแต่การปรับเพิ่ม Rate ในรายที่ผู้ป่วยอาการเลวลง ไม่มีการใช้ Colloidal solution กลุ่ม Plasma expander เช่น 10% Dextran-40 in NSS ที่ได้ผลในรายที่มีการรั่วของพลาสมา (เนื่องจากไม่มีในโรงพยาบาลส่วนใหญ่) ระยะเวลาการให้ IV fluid จะให้นานส่วนใหญ่จะให้จนกว่าผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้หรือจนกว่าจะให้กลับบ้าน ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน

6. ยังไม่มีการแก้ไขปัญหา เรื่อง Electrolyte imbalance (Hyponatremia, hypocalcemia), Acid-base (Metabolic acidosis) หรือ Metabolic disturbance (Hypoglycemia) เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยังทำไม่ได้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ

7. ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกภายใน (concealed/internal bleeding) ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกนาน (DHF grade IV) การตัดสินใจให้เลือดส่วนมากจะช้า เนื่องจากแพทย์ไม่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก ส่วนผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากภายนอกอย่างชัดเจนจะไม่มีปัญหาในการให้เลือดยกเว้นในรายที่มี Blood group ที่หายาก เช่น Group AB, Rh negative

8. สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 60 เกิดจากภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 25 จากการมาโรงพยาบาลช้ามีภาวะช็อกนานและมี multiple

organs failure ร้อยละ 5 จากภาวะช็อกนานในโรงพยาบาลซึ่งเกิดจากการวินิจฉัยช้า ร้อยละ 10 จากการที่มีเลือดออกมากในระยะแรก (เกิดจากการใช้ยาแอสไพรินและสเตียรอยด์เป็นส่วนใหญ่) ผู้ป่วยบางส่วนเสียชีวิตในขณะที่ส่งต่อ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีภาวะชกแทรกซ้อน ซึ่งทำให้พยากรณ์โรคเลวลงอย่างชัดเจน อาการชกอาจเกิดจาก Hyponatremia, hypocalcemia, hypoglycemia ที่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น Hepatic encephalopathy, Intracranial bleeding...

สิ่งที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกเปลี่ยนไปหลังปี พ.ศ. 2542

โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชครบรอบ 72 พรรษา ของกระทรวงสาธารณสุข

ทำให้มีการพัฒนา ทั้งในเรื่องการควบคุมป้องกันและการวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ในแง่การวินิจฉัยและรักษามีการทำหนังสือแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก นำโดยอาจารย์แพทย์หญิงสุจิตรา นิมมานนิตย์ และคณะแพทย์/พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกจากทั่วประเทศ ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกเริ่มเป็นระบบและมีผลดีขึ้นมาก สิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง คือ

1. มีหนังสือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุข แจกแก่แพทย์/พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วประเทศ โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ ทุกๆ 3-5 ปี จากหนังสือแนวทางการวินิจฉัยและรักษา นี้เองทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการดูแลรักษาที่ดีขึ้นชัดเจน

2. มีโครงการพัฒนาศักยภาพในการวินิจฉัย/ดูแลรักษา และการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกให้กับแพทย์/พยาบาลที่มีหน้าที่ดูแล และรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกเขตทั่วประเทศ ทุกปี เริ่มตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา โดยเน้นที่กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์/พยาบาลที่จบใหม่

3. มีการทำ Tourniquet test และการทำ CBC เพื่อการวินิจฉัยและติดตามเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อได้ในระยะแรก โดยมีการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่ตีผู้ป่วยนอก และมีการนัดตรวจติดตามพร้อมทั้งการทำ CBC ซ้ำ การวินิจฉัยแบ่งเป็นไข้เดงกี (Dengue fever-DF) ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever-DHF) และไข้เลือดออกที่ช็อก (Dengue shock syndrome-DSS) ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และมีการวินิจฉัยในระยะแรกเป็น Dengue infection หรือ Suspected dengue, DF?, DHF? ตามคำนิยามของสำนักกระบาดวิทยา (ไข้สูงและมี Tourniquet test positive + Leukopenia) ที่มี Positive Predictive Value (PPV) 70-80%

4. มีการจัดให้ผู้ป่วยไข้เลือดออก อยู่รวมเป็นกลุ่ม (Dengue corner) ในบางโรงพยาบาลมีห้องแยกผู้ป่วยไข้เลือดออก เพื่อป้องกันการติดต่อภายในโรงพยาบาลและเพื่อความสะดวกในการดูแลรักษา มีแบบบันทึกโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออก

5. มีการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างแพทย์/พยาบาล ซึ่งทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ผลดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีการ Monitor ผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างเป็นระบบ เช่น มีการ record อาการทางคลินิก, vital signs, Hematocrit (Hct) และ Urine output

6. มีการดูแลพิเศษในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกนาน เด็กทารก อ้วน มีเลือดออกมาก มีโรคประจำตัว มีอาการแปลกออกไป (Unusual manifestations)

7. มีการให้เลือดเร็วขึ้น และลดการให้เกล็ดเลือดในรายที่ไม่จำเป็น

8. มีการพัฒนาเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศให้มียา สารน้ำ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก เช่น มีเครื่องวัดความดันที่มี cuff 3 ขนาดเพื่อทำการตรวจ Tourniquet test มี 10% Dextran-40 in NSS ในโรงพยาบาลชุมชนเกือบทุกแห่ง มีเครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ หรือสามารถทำการตรวจ Clinical blood count (CBC) ได้ตลอดเวลา รวมถึงนอกเวลาราชการ

9. ในปี 2544 เริ่มมีสายด่วนให้คำปรึกษา การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง มีโรคแทรกซ้อนทางโทรศัพท์สายด่วน 24 ชั่วโมง 2 สาย 089-2045522 ตอบโดยแพทย์ 089-2042255 ตอบโดยพยาบาล มีแพทย์โทรศัพท์มาปรึกษาจากทั่วประเทศ ทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยมีผู้ป่วยที่ปรึกษาปีละ 200-300 ราย ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากกว่าร้อยละ 90

10. มีการพัฒนาระบบ การส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการยุ่งยาก ซับซ้อน มีการติดต่อประสานงานและให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่พอสมควร (stable vital signs) ก่อนการส่งต่อที่ถูกต้อง เช่น ต้องแก้ไขภาวะช็อก น้ำตาลต่ำ Acidosis, Hypocalcemia, ให้เลือดหรือปรับ Rate เปลี่ยนชนิดของสารน้ำและการดูแลผู้ป่วยอย่างดีและถูกต้องระหว่างการส่งต่อ

6. มีการดูแลพิเศษในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกนาน เด็กทารก อ้วน มีเลือดออกมาก มีโรคประจำตัว มีอาการแปลกออกไป (Unusual manifestations)

7. มีการให้เลือดเร็วขึ้น และลดการให้เกล็ดเลือดในรายที่ไม่จำเป็น

8. มีการพัฒนาเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศให้มียา สารน้ำ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก เช่น มีเครื่องวัดความดันที่มี cuff 3 ขนาดเพื่อทำการตรวจ Tourniquet test มี 10% Dextran-40 in NSS ในโรงพยาบาลชุมชนเกือบทุกแห่ง มีเครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ หรือสามารถทำการตรวจ Clinical blood count (CBC) ได้ตลอดเวลา รวมถึงนอกเวลาราชการ

9. ในปี 2544 เริ่มมีสายด่วนให้คำปรึกษา การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง มีโรคแทรกซ้อนทางโทรศัพท์สายด่วน 24 ชั่วโมง 2 สาย 089-2045522 ตอบโดยแพทย์ 089-2042255 ตอบโดยพยาบาล มีแพทย์โทรศัพท์มาปรึกษาจากทั่วประเทศ ทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยมีผู้ป่วยที่ปรึกษาปีละ 200-300 ราย ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากกว่าร้อยละ 90

10. มีการพัฒนาระบบ การส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอาการยุ่งยาก ซับซ้อน มีการติดต่อประสานงานและให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่พอสมควร (stable vital signs) ก่อนการส่งต่อที่ถูกต้อง เช่น ต้องแก้ไขภาวะช็อก น้ำตาลต่ำ Acidosis, Hypocalcemia, ให้เลือดหรือปรับ Rate เปลี่ยนชนิดของสารน้ำและการดูแลผู้ป่วยอย่างดีและถูกต้องระหว่างการส่งต่อ

ระบาดวิทยาของการติดเชื้อไวรัสเดงกี

- ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (2547-2551) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ กลุ่มอายุ 10-14 ปี และอายุที่พบมาก คือ 5-24 ปี พบผู้ป่วยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยพบผู้ป่วยผู้ใหญ่ร้อยละ 43.6 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่ามีการควบคุมป้องกันโรคที่ดีขึ้น ทำให้ Transmission rate ลดลงโอกาสที่ผู้ป่วยจะติดเชื้อซ้ำ (ปัจจัยที่จะทำให้เกิดโรคซ้ำเล็ดออก) จึงห่างขึ้น

- มีการพบเชื้อ Dengue 3 และ 4 เป็นสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้เพิ่มขึ้น มีรายงานว่าพบผู้ป่วยที่มี Liver involvement เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่มี Dengue 3 ซึ่งมีรายงานว่าทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ/ตับวายมากกว่า Dengue serotype อื่นๆ

พฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ

- เนื่องจากมีการรณรงค์ให้ประชาชนรู้จักโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะก่อนฤดูกาลที่จะมีการระบาดของโรค อย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้ประชาชนตระหนัก รู้จักวิธีดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น มารับการรักษาเร็วขึ้นกว่าเดิมมาก ส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่มีไข้ในระยะ 2-3 วันแรก หรือก่อนที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรค (ระยะไข้ลง) หรือก่อนที่จะมีภาวะช็อก

- เนื่องจากได้รับรู้มากขึ้น ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จึงอยากรับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

- ต้องการได้ IV fluid เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล เพราะมีความเชื่อว่าจะลดความรุนแรงของโรคได้

พฤติกรรมของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- มีแนวโน้มที่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเร็วขึ้น เนื่องจากกลัวความผิดพลาดและถูกฟ้องร้องภายหลัง

- ให้ IV fluid แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะไข้ และให้ในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลทุกราย

- มีการให้ยาลดไข้กลุ่ม NSAID เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยผู้ใหญ่

การรักษาโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน เน้น 2 ประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ภาวะน้ำเกินและช็อกนานในโรงพยาบาล เนื่องจากวินิจฉัยช้า และมาโรงพยาบาลช้า)

1. การวินิจฉัยการติดเชื้อเดงกีในระยะแรก และในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

- ที่ตึกผู้ป่วยนอก เน้นให้ทำ Tourniquet test และเจาะ CBC พร้อมทั้งนัดตรวจติดตาม รวมถึงทำ CBC ติดตามด้วย เมื่อพบ Leukopenia ($WBC \leq 5,000$ เซล/ลบ.มม.) ให้ระวังว่าใกล้ไข้ลง หรือ ใกล้เข้าสู่ระยะวิกฤตของโรค ถ้าพบ Thrombocytopenia ($platelet\ count \leq 100,000$ เซล/ลบ.มม.) ให้ตระหนักว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะวิกฤตที่มีการรั่วของพลาสมาถ้าเป็นผู้ป่วยไข้เลือดออก ข้อสำคัญอีกอันหนึ่งคือ ต้องเน้นย้ำอาการสำคัญ/อาการนำของช็อกให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และต้องมาโรงพยาบาลทันที (ควรมีแผ่นพับแจก) เพื่อป้องกันภาวะช็อกนานที่ทำให้การรักษายุ่งยาก และผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคไม่ดีแม้จะได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง

- ที่ตึกผู้ป่วยใน เน้นการทำ Tourniquet test และ CBC เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเดงกี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคอื่น เช่น Acute febrile illness, Viral infection, Acute Gastritis, Acute Gastroenteritis... และอาการไม่ดีขึ้น

2. Proper IV fluid management เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

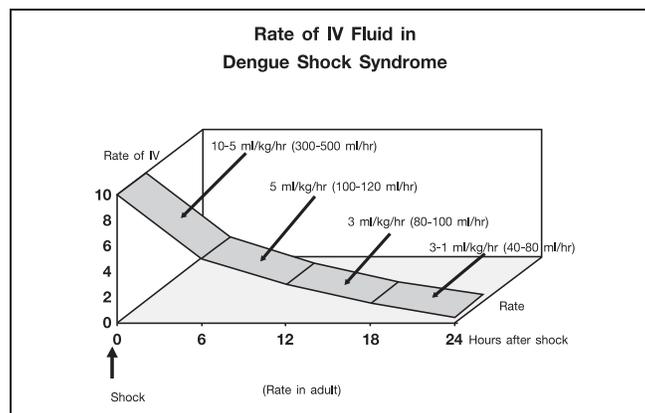
- ไม่ให้ IV fluid ในระยะไข้ ถ้าไม่จำเป็น (Platelet count > 100,000 เซล/ลบมม.) หรือให้ในปริมาณน้อย

- ให้ Isotonic salt solution ในผู้ป่วยทุกรายที่มี thrombocytopenia และไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเกลือแร่ได้

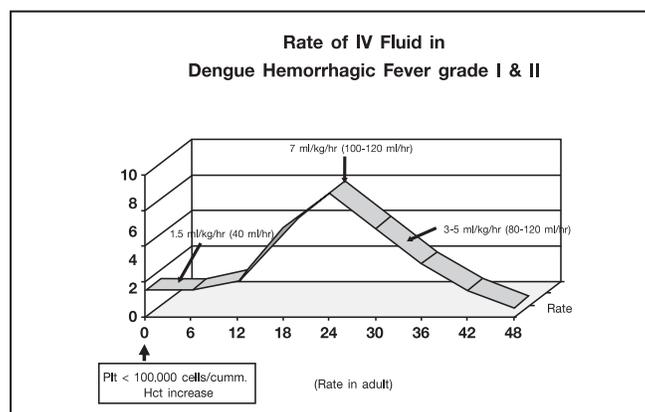
- ปริมาณ IV fluid = Maintenance +5% Deficit ในระยะวิกฤต 24-48 ชั่วโมง โดยคิดตาม Ideal body weight

- ปรับลด Rate ตามอาการทางคลินิก Vital signs, Hct และ Urine output โดยหลักการให้ IV fluid as minimal as possible to maintain intra-vascular volume โดยปรับตามกราฟที่ 1 ถ้าผู้ป่วยมีอาการช็อก และตามกราฟที่ 2 ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการช็อก

กราฟที่ 1



กราฟที่ 2



- ให้ Hyper-oncotic colloid (10% Dextran-40) ในผู้ป่วยที่มีการรั่วของพลาสมา

- ปรับ Rate IV fluid ในผู้ใหญ่ตามตารางที่ 1 ไม่ใช่ Rate เหมือนในผู้ป่วยเด็กที่คิดเป็น ซีซี/กก./ชม

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบ Rate การให้ IV fluid ในเด็กและผู้ใหญ่

	เด็ก (ml/kg/hr)	ผู้ใหญ่ (ml/hr)
Maintenance/2	1.5	40
Maintenance	3	80
Maintenance + 5% Deficit	5	120
Maintenance + 7% Deficit	7	150
Maintenance + 10% Deficit	10	300-500

ข้อควรระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก

- ให้การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (อ้วน ช็อกนาน เลือดออกมาก ทารก มีโรคประจำตัว มีอาการทางสมอง) รวมถึงผู้ป่วยผู้ใหญ่ด้วย ในปัจจุบันอาจตรวจ Rapid test เช่น NS1 Ag (มี sensitivity 60-70%) หรือ Polymerase chain reaction (PCR-Sensitivity > 90% แต่ราคาแพง) เพื่อการวินิจฉัยระยะแรกที่มีใช้ได้

- ผู้ป่วยผู้ใหญ่ให้คำเนิ่งถึงว่า อาจมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดัน โรคกระเพาะที่อาจทำให้การดูแลรักษายุ่งยากเพิ่มมากขึ้น

- ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก/มีภาวะแทรกซ้อน/กลุ่มเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติ (Conventional IV fluid management) ต้องแก้ไขภาวะผิดปกติที่พบได้เสมอคือ

- ❖ A (Acidosis ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยช็อกนาน ซึ่งต้องตรวจดูการทำงานของตับ ไตเพิ่มขึ้น)

- ❖ B (Bleeding - คิดถึง เมื่อ Hct ไม่เพิ่มขึ้น หรือลดลงโดยที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลง)

- ❖ C (Calcium - พบต่ำเสมอในผู้ป่วยไข้เลือดออก แต่จะให้เฉพาะรายที่มีอาการรุนแรง/มีภาวะแทรกซ้อน และไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามปกติ) และ

- ❖ S (Sugar - Hypoglycemia)

- ในผู้ป่วยที่มี Massive pleural effusion/ascites และมี Respiratory distress ต้องพิจารณาให้ยา Furosemide ทางหลอดเลือดดำระยะๆ จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นชัดเจน ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ Furosemide คือ ไม่มีปัสสาวะออกมา คือ มี Oliguric renal failure ให้วางแผนการรักษาขั้นต่อไป โดยการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงโดยเร็ว เช่น การทำ Peritoneal dialysis, Hemodialysis, Plasmapheresis, Continuous Veno-venous Hemoperfusion, Renal Replacement Therapy หรือ Exchange Transfusion

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนปี 2542 และปี 2552

	ก่อนปี 2542	ปัจจุบัน (พ.ศ. 2552)
ผู้ป่วยเด็ก	ร้อยละ 90	ร้อยละ 56.4
ผู้ป่วยผู้ใหญ่	< ร้อยละ 10	ร้อยละ 43.6
DF	ร้อยละ 10	ร้อยละ 40-60
DSS	ร้อยละ 40-60	ร้อยละ 10-40
Causes of death		
● Delayed diagnosis after admission	< ร้อยละ 10	ร้อยละ 74
● Prolonged shock from home	ร้อยละ 40	ร้อยละ 14
● Prolonged shock in the hospital	ร้อยละ 5 ร้อยละ 60	ร้อยละ 77 ร้อยละ 75
● Fluid Overload		
CFR	ร้อยละ 0.34-0.5	ร้อยละ 0.09

เอกสารอ้างอิง

- ศิริเพ็ญ กัลยานรุจ. ไข้เลือดออก : การดูแลรักษา. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีบริษัทดีไซร์ จำกัด. กรุงเทพฯ. 2541
- สุจิตรา นิมมานนิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยานรุจ, อรุณ วิทศุภกร บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี พิมพ์ครั้งที่ 1, 2” กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2542, 2543.
- ศิริเพ็ญ กัลยานรุจ, สุจิตรา นิมมานนิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2552.
- Kalayanarooj S. Standardized clinical management : evidence of reduction of dengue hemorrhagic fever case-fatality rate in Thailand. Dengue Bulletin 1999; 23: 10-16.
- Kalayanarooj S, Nimmannitya S. Guidelines for Dengue Hemorrhagic Fever Case Management. Queen Sirikit National Institute of Child Health. Bangkok Medical Publisher 2004.

