

อาการแสดงทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลปราสาท
ปี พ.ศ. 2548-2550

**Clinical manifestation of Dengue infection
in Prasat hospital 2005-2007**

กาญจนา กาญจนรุจิวัฒน์*
Kanjana Kanjanarujawiat

ABSTRACT

- Background** : Dengue infections are endemic in Thailand. There are many unusual manifestations and difficulties in early diagnosis.
- Objective** : To study the manifestations of dengue infection and to determine the accuracy of diagnosis dengue infection in patients in Prasat hospital Surin Province, Thailand.
- Material and Method** : A retrospective review of medical record of Dengue infection in patients who were admitted in Prasat Hospital during 1 January 2005 and 31 July 2007 was carried out. Clinical and laboratory findings were clarified in numbers, percentages and mean. The Ministry of public health diagnostic criteria were compared with the clinical and clinical presentations in order to determine the accuracy of diagnosis.
- Results** : There were 332 patients who were diagnosed dengue infection in Prasat Hospital, 327 patients were met the diagnostic criteria for dengue infection (Dengue fever 263 patients, DHF 64 patients). Most common age group was 9-14 years-old. Manifestation of Dengue infection in DHF were fever (100%), headache (54.6%), nausea and vomiting (71.8%), abdominal pain (85.9%), common cold (28%) and diarrhea (6%). The specific manifestation in DHF were hepatomegaly (31.3%), bleeding (21.8%). Positive Tourniquet test which help in the early diagnosis of dengue was 61.6% in DF patients and 81.3% in DHF patients. Accuracy of Dengue Infection Diagnosis in Prasat Hospital was only 48.7% in DF patients and 43.8% in DHF patients.
- Conclusion** : Accuracy of Dengue Infection Diagnosis in Prasat Hospital should be improved by implement guideline of in Dengue infection diagnosis.
- Key words** : DHF, Accuracy of diagnosis, clinical manifestation.

บทคัดย่อ

เหตุผลของการวิจัย : การติดเชื้อไวรัสเดงกีเป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยในประเทศไทย และมีอาการแสดงที่หลากหลายและวินิจฉัยได้ยากในระยะแรก

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อไวรัสเดงกี และเพื่อทราบความถูกต้องในการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเดงกีในผู้ป่วย โรงพยาบาลปราสาท

วิธีการศึกษา : การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่มาปรึกษาในโรงพยาบาลปราสาท โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและ OPD card ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสเดงกี ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปราสาท ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2548 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 โดยทำการวิเคราะห์อาการและอาการแสดงเป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และทำการศึกษาความถูกต้องของการวินิจฉัยโดยทำการเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา : ผู้ป่วย 327 ราย ที่มีอาการ, อาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัสเดงกีแบ่งเป็น ไข้เดงกี 263 ราย และไข้เลือดออก 64 ราย โดยอายุน้อยกว่า 15 ปี มี 53 ราย, อายุที่พบบ่อยที่สุดอยู่ในช่วง 9-14 ปี อาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วย DHF ได้แก่ ไข้ (ร้อยละ 100), ปวดศีรษะ (ร้อยละ 54.6), คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 71.8), ปวดท้อง (ร้อยละ 85.9), ไข้หวัด (ร้อยละ 28) และถ่ายเหลว (ร้อยละ 6). อาการแสดงที่จำเพาะใน DHF ได้แก่ ตับโต (ร้อยละ 31.3), เลือดออก (ร้อยละ 21.8) พบผู้ป่วยที่มีผลทดสอบทูนิเกตต์เป็นบวกร้อยละ 61.6 และ 81.3 ในไข้เดงกีและไข้เลือดออก ตามลำดับ โดยมีความถูกต้องในการวินิจฉัยเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพียงร้อยละ 48.7 และ 43.8 ใน Dengue Fever และ Dengue Hemorrhagic Fever ตามลำดับ

สรุป : ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีควรนึกถึงโรคไข้เลือดออกในเด็กที่มีไข้สูงทุกรายไม่ว่าจะมีอาการไข้หวัดหรือถ่ายเหลวร่วมด้วยก็ตาม โดยต้องอาศัยการทำทูนิเกตต์และทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน และควรมีการทบทวนแนวทางการวินิจฉัยโรครวมถึงการบันทึกข้อมูลที่ตรวจพบเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเดงกีในโรงพยาบาลปราสาทต่อไป

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, ความถูกต้องในการวินิจฉัย, อาการแสดงทางคลินิก

บทนำ

โรคไข้เลือดออกจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย อาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ ไข้สูง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และปวดศีรษะ ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคไข้เลือดออก แต่หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยช้า ทำให้ไม่ได้เฝ้าระวังภาวะเลือดออกและภาวะช็อกที่อาจเกิดขึ้น และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และเนื่องจากมีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีทั้ง Dengue Fever (DF) และ Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) ในประเทศไทย ตั้งแต่อายุ 16 ชั่วโมง ถึง 72 ปี ดังนั้นจึงควรนึกถึงโรคไข้เลือดออกเสมอในผู้ป่วยทุกรายที่มีไข้สูง การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและรวดเร็วจึงมีความจำเป็น ซึ่งนอกจากจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้นแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคอีกด้วย

ในปัจจุบันมีการศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยชุมชนพันธุ์เจริญ และคณะ¹ พบว่ามีอาการหวัดและถ่ายเหลวเพิ่มขึ้นกว่าการศึกษาของสุจิตรา นิมนานิตย์ 1969² และจากการศึกษาของอัจฉรา มิตรปราสาท โรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2546³ พบว่าในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี มีอาการไอและน้ำมูกมากกว่าในเด็กโตแต่ในผู้ป่วยเด็กอายุ 1-15 ปี มีอาการถ่ายเหลวร้อยละ 12.7 แต่ยังไม่มีการศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออกในโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออกในโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2548-2550 เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยรักษาโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ เดือนที่พบในผู้ป่วยไข้เลือดออกในโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์
2. อาการ อาการแสดง และความรุนแรงของผู้ป่วยไข้เลือดออก
3. ความถูกต้องในการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสเดงกีทุกรายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 327 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

เกณฑ์ในการเลือกตัวอย่าง (Inclusive criteria)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกและไข้เดงกี โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยเข้าได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์ในการออกตัวอย่าง (Exclusive criteria)

ผู้ป่วยที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข⁴

เกณฑ์การวินิจฉัย Dengue Fever (DF)

คือ ผู้ป่วยมีไข้ สูงร่วมกับ

- การตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวก และ

- มี WBC < 5,000 เซล/ลบ.มม.

หมายเหตุ เกณฑ์การวินิจฉัยนี้มีโอกาสถูกต้อง (positive predictive value) 83%

เกณฑ์การวินิจฉัยนี้ต่างกับเกณฑ์ของ WHO เนื่องจากเกณฑ์ของ WHO ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลืองอย่างน้อย 1 ครั้ง และอาการอย่างน้อยอีก 2 อย่าง (ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก/ข้อ มีผื่น อาการเลือดออกเม็ดเลือดขาวต่ำ) ซึ่งพบว่ามี PPV ต่ำ

เกณฑ์การวินิจฉัย Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

ผู้ป่วยต้องมีเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก 2 ข้อแรก และเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการอีก 2 ข้อดังต่อไปนี้ เกณฑ์นี้มีความถูกต้องมากกว่า 90-96%

อาการทางคลินิก

1. ไข้แบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน
2. อาการเลือดออก อย่างน้อย positive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่น ๆ
3. ตับโต มักกดเจ็บ
4. มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะช็อก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือด < 100,000 เซล/ลบ.มม.
2. เลือดข้นขึ้น ดูจากมีการเพิ่มขึ้นของ Hematocrit (Hct) เท่ากับหรือมากกว่า 20% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม (Hemoconcentration) หรือมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มี pleural effusion และ ascites

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive research) โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและ OPD card และทำการวิเคราะห์อาการและอาการแสดงเป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และศึกษาความถูกต้องของการวินิจฉัยโดยทำการเปรียบเทียบข้อมูลเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินงาน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยไข้เลือดออก
2. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card)
3. เวชระเบียนผู้ป่วยใน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

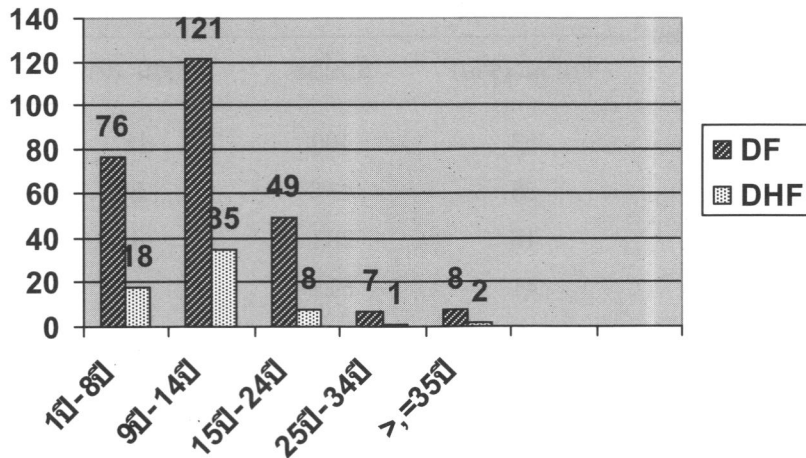
1. บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในลงในแบบเก็บข้อมูล
2. บันทึกข้อมูลในส่วนที่ขาดไปเพิ่มเติมจาก OPD card

สถิติที่ใช้ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อไวรัสเดงกีช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 332 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับการวินิจฉัยโรคอื่น 5 ราย ได้แก่ Viral infection 3 ราย, Malaria 1 ราย, Cirrhosis 1 ราย จึงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง 327 ราย ซึ่งมีอาการและอาการแสดงร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับการวินิจฉัย Dengue Fever จำนวน 263 ราย และ Dengue Hemorrhagic Fever จำนวน 64 ราย

แผนภูมิที่ 1 อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Dengue Fever และ Dengue Hemorrhagic Fever



ไข้เดงกีและไข้เลือดออกในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราสาท สามารถพบได้ทุกช่วงอายุตั้งแต่อายุ 3-41 ปี ในไข้เลือดออกและช่วงอายุ 1-68 ปี ในไข้เดงกี และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 9-14 ปี ทั้งผู้ป่วยไข้เดงกีและไข้เลือดออก ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี พบว่าเป็นไข้เลือดออก 53 ราย, ไข้เดงกี 121 ราย ส่วนในผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี เป็นไข้เลือดออก

11 ราย และไข้เดงกี 142 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.27 : 1 ในไข้เดงกี ส่วนในไข้เลือดออกพบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.37 ในไข้เลือดออก

การกระจายโรคของ Dengue Fever และ Dengue Hemorrhagic Fever พบได้ตลอดปี โดยพบมากที่สุดในเดือนพฤษภาคมและมิถุนายน

ตารางที่ 1 แสดงอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก

อาการและอาการแสดง	อายุ < 15 ปี		อายุ > 15 ปี	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไข้	53	100	11	100
ปวดศีรษะ	28	43.8	8	12.5
ไอ, น้ำมูก	18	28.1	4	6.3
คลื่นไส้ อาเจียน	41	64.1	5	7.8
ถ่ายเหลว	4	6.25	3	4.7
ปวดท้อง	47	73.4	9	14.1
ตับโต	18	28.1	2	3.1
เลือดออก	10	15.6	2	3.1
น้ำในช่องปอด	12	18.8	0	0
ช็อก	12	18.8	0	0

หมายเหตุ เลือดออก คือ เลือดกำเดาไหล, เลือดออกทางเดินอาหาร, มีประจำเดือนมามากผิดปกติ

อาการแสดงทางคลินิกจากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีไข้ ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี พบมีอาการปวดศีรษะร้อยละ 43.8 คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 64.1 ปวดท้อง ร้อยละ 73.4 ไอ ร้อยละ 28.1 ถ่ายเหลว ร้อยละ 6.25 ส่วนในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 15 ปี พบไอ ร้อยละ 6.3 ถ่ายเหลว ร้อยละ 4.7 ส่วนอาการอื่น ๆ พบได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ความรุนแรงของการติดเชื้อเป็นไข้เลือดออกโดยผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี มีระดับความรุนแรงเป็นระดับ 1 และผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกทั้งหมดเป็นผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี โดยไม่พบความรุนแรงระดับ 4

เมื่อนำเกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ พบว่ามีผู้ป่วยไข้เดงกีและไข้เลือดออกที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยครบถ้วนเพียงร้อยละ 48.7 และร้อยละ 43.8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยไข้เดงกี 85 ราย ที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน เนื่องจากผลการทดสอบทูนิเกต์เป็นลบและไม่ได้ทำซ้ำในวันต่อมาและผู้ป่วยไม่ได้ทำการทดสอบทูนิเกต์ 16 ราย

ผู้ป่วยไข้เลือดออก 36 ราย ที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน ส่วนใหญ่เนื่องจากไม่ได้รับการบันทึกการตรวจว่ามีตับโตขึ้นหรือไม่ มีผู้ป่วย 3 ราย ไม่ได้ทำการทดสอบทูนิเกต์ และผลการตรวจติดตามฮีมาโตคริตเพิ่มไม่ถึง 20% จำนวน 6 ราย โดยเป็นผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี 2 ราย ที่เหลืออายุน้อยกว่า 15 ปี

อภิปรายผล

จากข้อมูลผู้ป่วย Dengue Fever และ Dengue Hemorrhagic Fever ในผู้ป่วยโรงพยาบาล ปราสาท จังหวัดสุรินทร์ แสดงให้เห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงพบได้ทุกช่วงอายุ โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 9-14 ปี ซึ่งตรงกับการศึกษาของ อัจฉรา มิตรปราสาท³ (พบมากช่วง 6-10 ปี ในปี 2546) และข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข⁵ ที่พบว่าในช่วง ปี 2541-2545 พบไข้เลือดออกบ่อยในกลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 1.14 : 1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอัจฉรา มิตรปราสาท³ (ชายต่อหญิงเท่ากับ 1.08 : 1) โดยมีการกระจายโรคตลอดปี โดยพบว่าพบมากที่สุดในเดือนพฤษภาคม

ถึงมีภูมายนแสดงให้เห็นว่าการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย นับว่าเป็นหลักในการควบคุมโรคที่สำคัญของอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

เมื่อเปรียบเทียบอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออกกับการศึกษาของอัจฉรา มิตรปราสาท³ ดังตารางที่ 2 พบว่าการศึกษานี้ในเด็กโตพบอาการหวัด, คลื่นไส้, อาเจียน, ตับโต และภาวะเลือดออกได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของอัจฉรา มิตรปราสาท³ แต่พบอาการปวดท้องได้มากกว่าการศึกษาของอัจฉรา มิตรปราสาท³ อาจจะเป็นเพราะการศึกษานี้ศึกษาอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างเดียวจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของผู้ป่วยไข้เดงก็ด้วยน่าจะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

ตารางที่ 2 แสดงอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กโต

อาการและอาการแสดง ในผู้ป่วยอายุ 1-15 ปี	ร้อยละ	
	การศึกษานี้	อัจฉรา มิตรปราสาท ³
ไข้	100	100
ปวดศีรษะ	43.8	26.2
ไอ, น้ำมูก	28.1	33.1
คลื่นไส้ อาเจียน	64.1	59.8
ถ่ายเหลว	6.25	12.7
ปวดท้อง	73.4	39.5
ตับโต	28.1	33.4
เลือดออก	15.6	22.7
น้ำในช่องปอด	18.8	NA
ซีด	18.8	NA

อาการและอาการแสดงในผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของธีระพงษ์ และคณะ⁶ เมื่อปี 2540-2541 ที่กรุงเทพมหานคร โดยในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วยไข้เลือดออกมีความรุนแรงของโรคน้อย คือ ส่วนใหญ่พบว่าเข้าได้กับไข้เลือดออกเกรต 1 ไม่มีผู้มีภาวะช็อกรุนแรง เข้ากับไข้เลือดออก เกรต 4 เลย และไม่พบอัตราตายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาซึ่งต่างจากการศึกษาของอัจฉรา มิตรปราสาท ปี 2546³ พบเกรต 4 อยู่ 6 ราย

การไม่ได้ทำทูนิกเกต และไม่ได้เจาะ CBC ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะไข้เลือดออกในระยะแรกหรือระยะวิกฤตได้⁷ แต่จากข้อมูลการศึกษาของจังหวัดฉะเชิงเทรา⁷ พบว่ามีการทดสอบทูนิกเกตร้อยละ 56 น้อยกว่าการศึกษาที่จังหวัดสกลนคร⁸ ที่มีการทำทดสอบทูนิกเกตถึงร้อยละ 87.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แต่ยังมีควมจำเป็นต้องเพิ่มเติมการทดสอบทูนิกเกตในผู้ป่วยที่มาด้วยไข้ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการตรวจแยกโรคไข้เลือดออกออกจากไข้สูงลอยจากสาเหตุอื่น

เมื่อนำเกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้พบว่าผู้ป่วยไข้เดงกี และไข้เลือดออกที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยครบถ้วนทั้งอาการและอาการแสดงรวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงร้อยละ 48.7 และร้อยละ 43.8 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่างานวิจัยที่จังหวัดสกลนคร⁸ ซึ่งใช้การวินิจฉัยตามเกณฑ์ WHO ร้อยละ 61.4 ความถูกต้องของการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์ WHO ร้อยละ 72.6 การทดสอบทูนิกเกต และตรวจติดตามฮีมาโตคริตเป็นระยะและการตรวจร่างกายเพื่อบันทึกขนาดของตับที่โตขึ้นหรือตรวจหาหลักฐานการรั่วของพลาสมา น่าจะทำให้การวินิจฉัยครบตามเกณฑ์ได้มากขึ้น ส่วนในผู้ป่วยที่ฮีมาโตคริตเพิ่มไม่ถึง 20% เป็นไปได้ว่าอาจเกิด

จากการได้น้ำเกลือทางเส้นเลือดดำตั้งแต่วันแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สรุป

การศึกษาผู้ป่วยไข้เดงกีและไข้เลือดออกในผู้ป่วยโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ แสดงให้เห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงพบได้ทุกช่วงอายุ โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 9-14 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยและมีการกระจายโรคที่พบได้ตลอดปี สูงที่สุดในเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน

อาการและอาการแสดงที่พบ ได้แก่ ไข้ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 31.3 เท่านั้นที่มีตับโต และร้อยละ 21.8 เท่านั้นที่มีอาการเลือดออกแต่พบว่ามีอาการของไข้หวัด (28%) และถ่ายเหลว (6%) ได้ ดังนั้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีควรนึกถึงโรคไข้เลือดออกในเด็กที่มีไข้สูงทุกรายไม่ว่าจะมีอาการไข้หวัดหรือถ่ายเหลวร่วมด้วยก็ตาม โดยต้องอาศัยการทำทูนิกเกตและทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน

พบว่ามีผู้ป่วย Dengue Fever และ Dengue Hemorrhagic Fever ที่มีเกณฑ์การวินิจฉัยครบถ้วนตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ 48.7 และร้อยละ 43.8 ตามลำดับ จึงควรมีการทบทวนแนวทางการวินิจฉัยโรคและการให้ความสำคัญในการบันทึกข้อมูลเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อไวรัสเดงกีนั้นต้องอาศัยการบันทึกข้อมูลที่ละเอียด ดังนั้นควรมีการปรับปรุงเวชระเบียนเพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนเพื่อเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่ายังมีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคสูง การสรุปเวชระเบียนจึงควรมีการทบทวนให้ถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อเก็บสถิติและควบคุมการระบาดได้ถูกต้องแม่นยำขึ้น

3. ควรมีการจัดทำแบบประเมินการวินิจฉัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสเดงกี เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ขุมนุม วิทยานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาทที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและรายงานผลการศึกษานี้

ขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและเจ้าหน้าที่ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ (คุณจรรยารัตน์ ดวงใจ) ที่ได้ช่วยค้นหาข้อมูลผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ทำให้การศึกษาล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Pancharoen C, Thisyakorn U. Dengue Virus infection during infancy. Trans R Soc Trop Med Hyg 2001 ; 95 : 307-8.
2. สุจิตรา นิมมานนิตย์. ไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ : ยินดีพับลิเคชั่น, 2534 : 10
3. อัจฉรา มิตรปราสาท. การติดเชื้อไวรัสเดงกีในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสุรินทร์ ปี 2546. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2547; 3 : 63-74.
4. กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. ขุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2548
5. กระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2530-2549. กรุงเทพมหานคร : กองระบาดวิทยา
6. อีรพงษ์ ศศิธร จันทรทิณ. อาการทางคลินิกและการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ช็อกที่โรงพยาบาลปทุมธานี ขอนแก่นเวชสาร; 31:3: 210-9
7. สิ้นชัย ต่อวัฒนกิจกุล. ความถูกต้องของการวินิจฉัยและการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จังหวัดฉะเชิงเทรา วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 5: 811-8
8. ตระกูลไทย ฉายม้วน. ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) จังหวัดสกลนคร ปี 2548 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร บทคัดย่อผลงานวิชาการนำเสนอในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2549 วันที่ 4-6 กันยายน 2549 ณ โรงแรมปริญ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร