

ไข้เลือดออกในสตรีตั้งครรภ์

Dengue hemorrhagic fever in the pregnant

สมโภชน์ กังธีระวัฒน์ พ.บ.,*

Abstract

Dengue hemorrhagic fever is one of the most life threatening infectious disease. The treatment, especially in the pregnant, needs a medical emergency that requires a good medical team. This paper is to report a case of dengue hemorrhagic fever in a 21 years old pregnant at 39 weeks gestational age, presenting with prolonged high grade fever, thrombocytopenia and impending shock. She got the labor pain and delivered the dead fetus with congenital anomaly, encephalocele. The cord blood also revealed fetal thrombocytopenia. Supportive treatment was done and the patient recovered with good result.

Key word : Dengue hemorrhagic fever, pregnant.

บทคัดย่อ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่มีความรุนแรงอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ หากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องและทันเวลาที่ โดยเฉพาะไข้เลือดออกในสตรีตั้งครรภ์ รายงานผู้ป่วยฉบับนี้จึงนำเสนอผู้ป่วยสตรีอายุ 21 ปี ตั้งครรภ์ 39 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการแสดงของการติดเชื้อไข้เลือดออก และเจ็บครรภ์คลอดทารกเสียชีวิตในครรภ์ และตรวจพบความพิการแต่กำเนิดของทารกร่วมด้วย คือ Encephalocele ผลการตรวจเลือดจากสายสะดือทารกพบมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำร่วมด้วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองจนอาการดีขึ้น และกลับบ้านได้

* วว.สุติศาสตร์-นรีเวชกรรม กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อรุนแรง ซึ่งอาจมีอันตรายถึงชีวิตหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ไข้เลือดออกมีการระบาดใหญ่ครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร⁽¹⁾

จากรายงานอัตราการป่วยโรคไข้เลือดออกเมื่อ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2544⁽²⁾ พบอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกทั่วประเทศไทย รวม 124,409 ราย และมีอัตราการตาย 0.17% โดยมีรายงานผู้ป่วยของจังหวัดสกลนคร รวม 501 ราย โดยไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต แต่จากข้อมูล รง.506 / รง.507 ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 8 กรกฎาคม 2545 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร⁽³⁾ พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 435 รายและมีอัตราการตายสูงถึง 17% ซึ่งนับว่าเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยการระบาดพบมากในเดือนมิถุนายน และกรกฎาคม เป็นเพศหญิง 51% และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คืออายุมากกว่า 15 ปี ถึง 17% ดังนั้น สตรีแพทย์จึงควรให้ความสนใจการเกิดโรคไข้เลือดออกในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งจะมีโอกาสพบเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ และมีความยุ่งยากในการให้การรักษา เนื่องจากมีผู้ป่วยถึง 2 ราย ในขณะเดียวกัน คือ มารดาและทารกในครรภ์ โดยจาก รง.506/รง.507 เมื่อปี 2544 ของโรงพยาบาลสกลนคร⁽⁴⁾ ก็เริ่มมีรายงานไข้เลือดออกในสตรีตั้งครรภ์รายแรกที่โรงพยาบาลสกลนคร แต่มีอาการไม่รุนแรงเท่ากับผู้ป่วยที่ได้นำเสนอ

รายนี้ นอกจากนั้นจากการค้นคว้าก็พบว่าเริ่มมีการรายงานโรคไข้เลือดออกในสตรีตั้งครรภ์อยู่ประปราย แต่ยังไม่มากนัก⁽⁵⁾⁽⁶⁾ ผู้จัดทำจึงได้นำเสนอรายงานผู้ป่วยรายนี้ เพื่อศึกษาสาเหตุ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 21 ปี ภูมิลำเนา อ.พังโคน จ.สกลนคร ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร และรับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ 5 กรกฎาคม 2545 เนื่องจาก เจ็บครรภ์คลอดทารกเสียชีวิตในครรภ์ และตรวจพบเกร็ดเลือดต่ำ ประวัติปัจจุบัน : 5 วันก่อน เริ่มมีไข้สูง ปวดศีรษะ ไม่มีอาการไอ เจ็บคอ ไม่มีน้ำมูก ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ

3 วันก่อน ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากไข้สูง

ผลการตรวจร่างกาย T 39.3 c HR 118 ครั้ง/นาที BP 92/55 มม.ปรอท FHR 130 ครั้ง/นาที

CBC-Hct 29% WBC 3,250 เซลล์ต่อลบ.มม. Neutrophil 75% Lymphocyte 20% Eosinophil 5% เกร็ดเลือด 184,000 /ลบ.มม.

ได้รับสารน้ำทางเส้นเลือดดำ และให้ยาลดไข้ แต่อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มรับประทาน

อาหารได้น้อยลง มีไข้สูงตลอด ความดันโลหิตปกติ FHRปกติ

2 วันก่อน ตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวก สัญญาณชีพ และ FHR ปกติ

1 วันก่อน พัง FHR ไม่ได้ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่าทารกในครรภ์เสียชีวิตแล้ว

CBC- Hct 31% WBC 6,700 เซลล์ต่อลบ.มม. Neutrophil 44% Lymphocyte 50%

Atypical lymphocyte 3% Eosinophil 1% Monocyte 2% เกร็ดเลือด 56,000 / ลบ.มม.

ผู้ป่วยเริ่มเจ็บครรภ์ จึงส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสกกลนคร

ประวัติการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยรวม 8 ครั้ง เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์

ผลการตรวจความดันโลหิต การตรวจเลือดและปัสสาวะปกติ น้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นรวม 4 กิโลกรัม ขนาดมดลูกเริ่มเล็กกว่าอายุครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์

ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจ คลื่นเสียงความถี่สูงระหว่างฝากครรภ์

ประวัติส่วนตัว : ปฏิเสธโรคประจำตัว การตรวจร่างกายแรกรับ : T 36.5 c HR 118 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 82/55 มม.ปรอท

หัวใจและปอด อยู่ในเกณฑ์ปกติ คลำต่อน้ำเหลืองไม่ได้ ตับโต 1 FB ได้ฉายโครง

ขาพบจุดเลือดออกขนาด 1-2 มม. ทั่วๆ ไปที่บริเวณขาทั้งสองข้าง

ขนาดมดลูกสูง $\frac{3}{4}$ เหนือระดับสะดือ มดลูกหดตัวทุก 2-3 นาที นานครั้งละ 45 วินาที ไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารก

การตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิดหมด คลำได้ถุงน้ำคร่ำ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ อยู่ที่ระดับ +2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ได้ผลภายหลัง) :

CBC- Hct 35% Hb 11.8 กรัม/เดซิลิตร WBC 9,500 เซลล์ต่อลบ.มม. Neutrophil 62%

Lymphocyte 10% Atypical lymphocyte 20% Eosinophil 1% Band form 7% NRC 4%

เกร็ดเลือด 15,000 / ลบ.มม.

การวินิจฉัยเบื้องต้น : ไขเลือดออกในสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ในระยะที่ 2 ของการคลอด และทารก เสียชีวิตในครรภ์

ได้รับผู้ป่วยไว้ที่ห้องคลอดให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำและ Oxytocin ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ ผู้ป่วยคลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,350 กรัม ดายคลอด ลักษณะตายไม่เปื่อยยุ่ย พบมีความพิการแต่กำเนิด คือ Encephalocele แผลฝีเย็บฉีกขาดเล็กน้อย เลือดออกจากแผลไม่มาก ได้เย็บแผลให้ Methergin ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ และให้ Oxytocin ผสมในสารน้ำให้ทาง

เส้นเลือดดำต่อ ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการ
คลอดรวม 300 มิลลิลิตร

ได้ส่งเลือดจากสายสะดือทารกตรวจ
CBC ได้ผล Hct 30% Hb 9.8 กรัม/เดซิลิตร
WBC 5,600 เซลล์ต่อลบ.มม. Neutrophil 7%
Lymphocyte 89% Atypical lymphocyte 2%
Monocyte 2% เกร็ดเลือด 85,000 / ลบ.มม.
แต่ไม่สามารถทำการตรวจ Dengue IgG และ
IgM ได้ที่โรงพยาบาลสกลนคร จึงไม่ได้ส่งตรวจ

ภายหลังคลอด สัญญาณชีพ อยู่ใน
เกณฑ์ดี ไม่มีภาวะช็อก ไช้ลดลงจนเป็นปกติใน
วันที่ 5 ของการรักษาในโรงพยาบาล ความเข้ม
ชั้นของเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยใน 3 วันแรก หลัง
จากนั้นจึงลดลงจนสู่เกณฑ์ปกติเดิมของผู้ป่วย
เกร็ดเลือดเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ มดลูกหดรัดตัว
ดีและลดขนาดลงตามปกติ แผลฝีเย็บไม่มีเลือด
ออก หรือมีการติดเชื้อ ภายหลังคลอดผู้ป่วยมี
เลือดกำเดาออกในวันแรก ได้ให้ประคบน้ำเย็น
เลือดกำเดาหยุดไหล และไม่ออกซ้ำอีก ผู้ป่วย
สบายดีขึ้นและได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ภาย
หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วัน

บทวิจารณ์

DHF เกิดจาก เชื้อไวรัสเดงกี⁽⁷⁾⁽⁸⁾ มียุง
ลาย Aedes aegypti เป็นตัวนำ เชื้อไวรัสเดงกี
เป็น Single stranded RNA ขนาดประมาณ
20-40 nm มี 4 serotype (DEN 1, DEN 2,
DEN3, DEN4) การติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งแล้ว

จะสามารถมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนั้นได้ตลอดไป แต่
จะสามารถติดเชื้อชนิดอื่นได้ (Secondary infec-
tion)

การวินิจฉัยทางคลินิก ยึดถือตาม WHO⁽⁹⁾
ซึ่งประกอบด้วย

1. อาการทางคลินิก คือ ไข้สูงลอย 2-7
วัน, มีอาการเลือดออก การทดสอบ Tourniquet
test ให้ผลบวก มี Petechiae และอาการเลือด
ออก, ตับโต, มีภาวะการไหลเวียนล้มเหลว หรือ
ช็อก

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ
เกร็ดเลือดต่ำ < 100,000 / ลบ.มม., Hct เพิ่ม
≥ 20% ซึ่งการวินิจฉัยทางคลินิกถ้ามีอาการทาง
คลินิกครบ 4 แบบ และมีเกร็ดเลือดต่ำหรือ Hct
เพิ่ม ≥ 20% จะมีความแม่นยำในการวินิจฉัยถึง
95% ดังนั้นจึงไม่มีข้อสงสัยในการวินิจฉัยผู้ป่วย
รายนี้ แม้ว่าจะไม่ได้ทำการตรวจทางน้ำเหลือง
เนื่องจากไม่สามารถทำการตรวจได้ที่โรงพยาบาล
สกลนคร

ลักษณะทางพยาธิวิทยา ที่มักพบในผู้
ป่วยไข้เลือดออก คือ การมีเลือดออกตามอวัยวะ
ต่างๆ เช่น ที่ผิวหนัง ทางเดินอาหารส่วนต้น หัวใจ
ปอด ตับ ซึ่งเกิดจากการรั่วของพลาสมา และ
ความผิดปกติของการเกิด Hemostasis ทำให้
ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น และมีน้ำในช่อง
ปอดและช่องท้อง

ปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในโรคไข้
เลือดออกที่สำคัญ ได้แก่⁽¹⁰⁾

1. Immune enhancement phenomenon โดยพบว่ามี Pre-existing heterologous antibody ในระดับต่ำๆ ซึ่งกระตุ้นให้ไวรัสแบ่งตัวใน Mononuclear-Macrophage ภายหลังจากที่ Macrophage คายลง Pre-existing heterologous antibody อาจจะเป็น Antibody ที่ผ่านจากมารดาไปทารก

2. Immune complex และระบบ Complement ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการ เช่น การเกิด Hemostasis และทำให้ Complement ลดต่ำลง จึงเกิดการรั่วของผนังเส้นเลือดฝอยตามมา

3. Hemoral & CMI ในไข้เลือดออก พบว่ามี Atypical lymphocyte ซึ่งส่วนใหญ่เป็น B cell เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวันแรกที่ไข้ลดลง หรือในวันที่ช็อก โดย T cell จะลดลง, Cytotoxic T cell และ Natural killer cell จะทำลาย Macrophage ที่มีไวรัสอยู่ให้ตายลง และปล่อย Mediator ออกมา ทำให้ผนังเส้นเลือดฝอยรั่วมากขึ้น จนช็อกและมีเลือดออก

เมื่อนำปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน และพยาธิวิทยาต่างๆ ของสตรีตั้งครรภ์⁽¹¹⁾ มาพิจารณาร่วมด้วย จะพบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาวเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากไตรมาสที่ 1, 2 จนเป็น 10,000 เซลล์ต่อลบ.มม. ในไตรมาสที่ 3 การเพิ่มจะเพิ่มเฉพาะปริมาณ Polymorphonuclear โดยไม่มีการเพิ่มทั้ง T cell และ B cell ส่วน Immunoglobulin & CMI ในไตรมาสที่

2 และ 3 จะมีการลดของ Group mean IgG ดังนั้น การตอบสนองทาง ปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นไข้เลือดออก จึงไม่น่าจะมีความรุนแรงเท่ากับผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ซึ่งตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปมาก แม้ว่าเกร็ดเลือดจะลดเหลือเพียง 15,000 /ลบ.มม. ก็ตาม

สำหรับโอกาสในการติดต่อจากมารดาสู่ทารกนั้น การติดต่อจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ขนาดของไวรัสที่จะผ่านรก, Viral receptor site และการเข้าสู่ Syncytiotrophoblast และ Cytotrophoblast ได้หรือไม่⁽¹²⁾

เชื้อไวรัส เดงกีว มีขนาด 20-40 nm⁽⁸⁾ โดยสารที่จะผ่านรกได้ต้องมีขนาดโมเลกุลต่ำกว่า 500⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่าเชื้อไวรัสเดงกีวน่าจะผ่านรกไปสู่ทารกได้⁽¹⁴⁾ ส่วนโอกาสการเข้าสู่ Syncytiotrophoblast และ Cytotrophoblast ได้หรือไม่ ยังต้องทำการศึกษาต่อไป แต่เนื่องจากมีหลักฐานว่าทารกสามารถมี Immunocompetence ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 13 สัปดาห์⁽¹²⁾ ดังนั้นจึงเป็นข้อสนับสนุนว่าทารกในครรภ์น่าจะมีโอกาสติดเชื้อได้

ส่วนระบบทางภูมิคุ้มกัน พบว่า IgG1 และ IgG2 สามารถผ่านรกได้⁽¹⁵⁾ และจากการศึกษาของ พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์ และคณะเมื่อ 1994⁽¹⁶⁾ และ Chang และคณะ เมื่อ 1989⁽¹⁷⁾ ก็พบว่า มี DEN IgG และ DEN IgM เพิ่มขึ้นในเลือด

ของทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้ออยู่ขณะเจ็บครรภ์คลอด ส่วนการที่ทารกแรกเกิดซึ่งมีการติดเชื้อครั้งแรกสามารถป่วยเป็น DHF เมื่อแรกเกิดได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซ้ำ (Secondary infection) ทั่วไป ก็เป็นผลมาจาก IgG จากมารดาที่ส่งผ่านมาทางรกมีระดับลดลงมาเรื่อยๆ จนถึงระดับที่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ แต่กลับทำให้เกิด Immune enhancement phenomenon จึงทำให้ทารกเป็น DHF ได้ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ ได้ส่งเลือดจากสายสะดือทารกส่งตรวจ CBC ก็พบว่าทารกมีภาวะเลือดจาง (Hct 30%) และเกร็ดเลือดต่ำ (85,000 /ลบ.มม.) ร่วมด้วย

สำหรับผลการติดเชื้อไวรัสเอดส์ต่อมารดาตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ Mirovsky และคณะเมื่อ 1965⁽¹⁸⁾ พบว่า อุบัติการณ์ของการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และภาวะความพิการในทารก ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในผู้ป่วยรายนี้ พบว่าทารกเสียชีวิตในครรภ์และมีความพิการแต่กำเนิดร่วมด้วย คือ Encephalocele ซึ่งเป็นความผิดปกติในกลุ่มของ Neural tube defect⁽¹⁹⁾ โดยความผิดปกติจะเริ่มตั้งแต่ในไตรมาสที่ 1 และก่อให้เกิดภาวะทารกโตช้าในครรภ์ โดยไม่น่าจะเป็นผลของการติดเชื้อไขเลือดออกของมารดา นอกจากนี้ความพิการของทารกายนี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของทารกด้วย แต่อย่างไรก็ตามจากการตรวจเลือดจากสายสะดือทารกมีหลักฐานสงสัย

การติดเชื้อไขเลือดออกในทารกด้วย ดังนั้นสาเหตุการตายของทารกายนี้น่าจะจากการติดเชื้อไขเลือดออกจึงเป็นสาเหตุอีกประการหนึ่งที่ควรระลึกไว้ด้วยแม้จะยังไม่มีรายงานสนับสนุนอย่างชัดเจนในปัจจุบัน และควรจะได้ทำการรวบรวมรายงานผู้ป่วยเพื่อศึกษาต่อไป

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้ซึ่งอายุครรภ์ครบกำหนด ยังเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ในขณะที่ส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลสกกลนคร โดยตรวจภายในแรกพบ ปากมดลูกเปิดหมดแล้ว จึงต้องพิจารณาให้คลอด โดยได้เลือกการคลอดทางช่องคลอดเนื่องจากทารกในครรภ์เสียชีวิตแล้ว และมารดาจะมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดน้อยกว่าการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด

ในกรณีถ้าทารกยังมีชีวิตอยู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดคงต้องพิจารณาทั้งในด้านของมารดาและทารก โดยในด้านสุขภาพมารดา การคลอดทางช่องคลอดมารดาจะเสียเลือดน้อยกว่า ไม่ต้องเสี่ยงต่อการผ่าตัดหรือการดมยาสลบ แต่การคลอดทางช่องคลอดอาจทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกในสมองมากขึ้น จากภาวะเกร็ดเลือดต่ำซึ่งอาจพบในทารกที่คลอดจากมารดาที่ป่วยเป็นไขเลือดออกขณะคลอดร่วมด้วยได้

การรักษาอื่นๆ ที่ควรเตรียมในขณะคลอดร่วมด้วย เช่น การเตรียมสารน้ำ เลือด และเกร็ดเลือด ยาช่วยเพิ่มการหดตัวของมดลูก รวมทั้งควรทำคลอดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมี

ประสบการณ์ ในสถานที่ที่มีอุปกรณ์และความพร้อมในการให้การช่วยเหลือทั้งมารดาและทารก (กรณีถ้าทารกยังมีชีวิตอยู่) แต่ในกรณีที่สามารรถจะเลื่อนช่วงเวลาการคลอดออกไปได้ เช่นการให้ยาช่วยการคลอด เพื่อให้ผ่านช่วงระยะวิกฤตไปก่อน โดยในโรคไข้เลือดออกจะกินเวลานานประมาณ 24-48 ชั่วโมง เท่านั้น ก็อาจเป็นแนวทางการรักษาอีกประการหนึ่งที่ควรนำมาพิจารณาประกอบด้วย

บทสรุป

รายงานนี้เป็นรายงานสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าทารกเสียชีวิตในครรภ์ และเริ่มเจ็บครรภ์คลอด ผู้ป่วยคลอดบุตรทางช่องคลอด ได้ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,350 กรัม มีความพิการแต่กำเนิด คือ Encephalocele ผลการตรวจเลือดจากสายสะดือทารก พบมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำร่วมด้วย ภายหลังคลอดมารดาอยู่โรงพยาบาล 7 วัน ไข้ลดลง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ มดลูกลดขนาดลงตามปกติ แผลฝีเย็บไม่บวมไม่มีเลือดออกและไม่มีการติดเชื้อ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาญชัย ประมวลเจริญกิจ อายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลสกลนคร เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน ที่ร่วมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างดี และขอ

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร นายแพทย์อุโฆษ ปฐมาจารย์กุล ที่อนุญาตให้นำผู้ป่วยรายนี้มารายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา นิมนานิตย์. ไข้เลือดออกเดงกีว. ใน : อุษา ทิสยากร, จุล ทิสยากร, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ เขตร้อน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด ; 2536. 1-17.
2. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน 2544 ; 32 : 414 -7.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รง. 506 / รง.507. 1 มกราคม -8 กรกฎาคม. สกลนคร ; 2545.
4. หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลสกลนคร. รง.506 / รง.507. 1 มกราคม - 31 ธันวาคม. สกลนคร ; 2544.
5. Techakraichana N, Limpaphayom K. Dengue hemorrhagic fever in pregnancy. Chula Med J 1989 ; 33 : 213-8.
6. Bunyavejchevin S, Tanawattanacharoen S, Taechakraichana N, Thisyakorn U, Tannirandorn Y, Limpaphayom K. Dengue hemorrhagic fever during pregnancy : antepartum, intrapartum and postpartum management. J Obstet Gynaecol Res 1997 ; 23 : 445-8.
7. สุจิตรา นิมนานิตย์. Dengue hemorrhagic fever. ใน : สุจิตรา นิมนานิตย์,

- ประมวญ สุนากร, บรรณาธิการ. ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร : โปรแอกซ์ ; 2530.113-28.
8. สุจิตรา นิมนานินิตย์. ไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด ; 2540. 2-8.
 9. WHO. Dengue hemorrhagic fever : diagnosis, treatment and control. Geneva ; 1986.
 10. Kurane I, Ennis FE. Immunity and immunopathology in dengue virus infection. Seminars in immunology 1992 ; 121-7.
 11. Branch D, James RS. The immunology of pregnancy. In : Creasy R, Resnik R, eds. Maternal and fetal medicine. Philadelphia : WB Saunders ; 1994. 115-24.
 12. Cunningham F, Gant NF, Kenneth JL, Gilstrap LC, Hanth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21 st ed. New York : McGraw - Hill ; 2001. 148-9.
 13. Cunningham F, Gant NF, Kenneth JL, Gilstrap LC, Hanth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21 st ed. New York : McGraw - Hill ; 2001. 138.
 14. South MA, Sever JL. Viral and protozoan diseases. In : Danforth DN, Scott JR, eds. Obstetrics and Gynecology. 5th ed. Philadelphia : JB Lippincott ; 1986. 558.
 15. Monif GRG. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2nd ed. Philadelphia : Harper and Row Publishers ; 1982. 46-53.
 16. Thaithumyanon P, Thisayakorn U, Deerojnawong J, Bruce L. Dengue infection complicated by severe hemorrhage and vertical transmission in a parturient woman. Clinical infectious diseases 1994 ; 18 : 248-9.
 17. Chang K, Lin KG. A preliminary report of the fetal effects of dengue infection in pregnancy. Kaohsiung Journal of Medical Sciences 1989 ; 5 : 31-4.
 18. Mirovsky J, Holub J, Nguyen-Ba-Can. Influence de la dengue sur la grossesse et le fortus. Gynecology and Obstet 1965 ; 64 : 673-6.
 19. Cunningham F, Gant NF, Kenneth JL, Gilstrap LC, Hanth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 21 st ed. New York : McGraw - Hill ; 2001. 958-9.