ความยากลำบากในการรักษาผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกที่มีความรุนแรง

พึงเนตร สฤษดิ์นิรันดร์* ชารียา ธานี* ประภาพร ศรีชัยบาล* วันเพ็ญ เกณฑ์สาคู**

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกมีความสำคัญมากในผู้ป่วยเด็กมีความรุนแรงที่หลากหลาย แต่หากเมื่อมีความรุนแรงมากผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมได้จากภาวะช็อคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ ภาวะตับวาย ภาวะสมองผิดปกติ ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ด้วยองค์ความรู้ที่ถูกต้อง แม่นยำ การเอาใจใส่ติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และความร่วมมือของทีมงานทุกระดับที่สอดคล้องไปด้วยกัน ซึ่งจะทำให้การรักษาผู้ป่วยประสบความสำเร็จและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

คำสำคัญ ไข้เลือดออก ไข้เด็งกี่ ผู้ป่วยเด็ก

*กุมารแพทย์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

ไข้เดงกี่ (dengue fever; DF) และไข้เลือดออก (dengue hemorrhage fever; DHF) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส dengue ซึ่งมี 4 ซีโรทัยพ์ คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 โดยมียุง Aedes aegypti และ Aedes albopictus เป็นแมลงนำโรคที่สำคัญ ในปัจจุบันพบเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มหาสมุทรแปซิฟิก และในตอนกลางและใต้ของทวีปอเมริกา[1] ประเทศไทยก็เป็นอีกพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคบ่อย โดยเฉพาะในชุมชนเมืองที่พบว่าไข้เดงกี่และไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขยายตัวของประชากร การเกิดชุมชนเมืองใหญ่ รวมทั้งการเดินทางอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้มีการกระจายของยุงลายที่นำเชื้อไวรัสเดงกี่หลายซีโรทัยพ์ หรือมีบุคคลที่นำเชื้อนี้ไปด้วย[2]

ในประเทศไทยโรคไข้เลือดออกพบได้ตลอดทั้งปี โดยพบได้บ่อยในช่วงฤดูฝน การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมักมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี ดังเช่น ในปี 2556-2560 พบมีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 241.03, 63.25, 222.58, 96.76 และ 79.55 ตามลำดับ[3] แต่ระยะหลังกลับพบว่าการระบาดไม่มีแผนแน่นอน[2] ทั้งนี้ยังพบว่าอัตราป่วยตายในโรคไข้เลือดออกลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.12 ในปี 2560[3] ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยตายในอดีต สำหรับข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้นำเสนอในตารางที่ 1

กรณีศึกษาผู้ป่วย เรื่องความยากลำบากในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 8 ปี เชื้อชาติไทย ภูมิลำเนา อ.บุณฑริก จ.อุบลราชธานี

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 1) ผู้ป่วยมีไข้ ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และได้รับการรักษาตามอาการ

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 2) ผู้ป่วยยังมีไข้อยู่ จึงได้ไปรักษาที่คลินิกเอกชนใกล้บ้าน แพทย์สงสัยการติดเชื้อไข้เลือดออก ได้ให้น้ำเกลืออยู่ที่คลินิก

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 3) อาการไข้ลดลง แต่อาการโดยรวมของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และมีอาการซึมลง

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 4) ผู้ป่วยยังคงซึม ไม่มีไข้และตัวเย็น ผู้ปกครองพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้น้ำเกลือแร่กลับมากินและนัดไปดูอาการอีกสองวัน หลังกลับบ้านไป เวลาประมาณเที่ยงคืนมีอาเจียนเป็นเลือดสด 1 ครั้ง ประมาณ 1 แก้ว ร่วมกับถ่ายดำ 2 ครั้ง ปริมาณไม่มาก

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 5) ผู้ปกครองได้พาไปรักษาที่คลินิกเอกชนอีก

ตารางที่ 1 ข้อมูลไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อมูลผู้ป่วย	ปี 2556 (ราย)	ปี 2557 (ราย)	ปี 2558 (ราย)	ปี 2559 (ราย)	ปี 2560 (ราย)
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี	1,899	311	931	603	108
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี	1,565	200	1,211	941	161
รวม	**3,464**	**511**	**2,142**	**1,544**	**269**
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี ที่มีภาวะ shock	63 (3.3%)	25 (8.0%)	36 (3.8%)	29 (4.8%)	14 (12.9%)
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี ที่มีภาวะ shock	26 (1.6%)	6 (3%)	39 (3.2%)	29 (3.0%)	8 (4.9%)
รวม	**89**	**31**	**75**	**58**	**22**
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี ที่มีภาวะน้ำเกิน	86 (4.5%)	15 (4.8%)	48 (5.2%)	15 (2.5%)	3 (2.8%)
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี ที่มีภาวะน้ำเกิน	3 (0.2%)	1 (0.5%)	3 (0.3%)	2 (0.2%)	1 (0.6%)
รวม	**89**	**16**	**51**	**17**	**4**
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี ที่เสียชีวิต	9 (0.5%)	3 (0.9%)	5 (0.5%)	0	0
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี ที่เสียชีวิต	5 (0.3%)	2 (1.0%)	4 (0.3%)	8 (0.8%)	1 (0.6%)
รวม	**14**	**5**	**9**	**8**	**1**

ครั้ง ขณะรอพบแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการหมดสติ จึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน

ที่โรงพยาบาลชุมชน เวลาประมาณ 09.00 น. พบความดันโลหิตแรกรับ 100/80 mmHg ความเข้มข้นของเลือด (Hct) 33% แพทย์ได้สั่งให้ 0.9% NSS 4000 ml. IV load หลังให้สารน้ำ ความดันโลหิตอยู่ที่ 100/70 mmHg จึงเปลี่ยนให้ให้น้ำเกลือ (ไม่ระบุชนิดสารน้ำ) 150 ml/hr (1100 ml.) จากนั้น เวลา 11.00 น. ผู้ป่วยมี Hct ลดลงเป็น 25% ชีพจรเบาเร็วที่ 130 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/80 mmHg เด็กมีอาการซึม ปัสสาวะออก 350 ml. เปลี่ยนให้สารน้ำเป็น Dextran IV rate 5 ml/kg/hr และส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

แรกรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (เวลา 12.55 น.) ตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็วและเบา ได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำและเลือด ต่อมาเวลา 14.30 น. ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นเลือดสดประมาณ 300 ซีซี ร่วมกับถ่ายดำ ความดันโลหิตยังต่ำอยู่ จึงได้ให้เลือดโดยการปั๊มเลือดอย่างรวดเร็ว ขณะที่ให้ทั้งสารน้ำ ให้เลือด และส่วนประกอบอยู่นั้น ผู้ป่วยก็ยังมีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำอยู่ตลอดเวลา ปริมาณเลือดของผู้ป่วยที่ออกมานั้นประเมินว่าอยู่ที่ 3,000 ซีซี ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและผ้าเปล่าได้ถูกเปลี่ยนทุก 10-15 นาที

ในการรักษาระยะวิกฤติของผู้ป่วยรายนี้

แพทย์ได้ให้ทั้งเลือด ส่วนประกอบเลือด เกล็ดเลือด และสารน้ำ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับและตรวจติดตามระหว่างการรักษาได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

การให้การดูแลด้วยการปั้มเลือดและการให้ส่วนประกอบเลือดอื่นๆ ตลอดเวลาเพื่อให้ทันท่วงทีกับการเสียเลือด การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 10-15 นาที มีการตรวจสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกตลอดเวลา ซึ่งอยู่ในระยะเวลาถึง 2 วัน 2 คืน ซึ่งประเมินว่าผู้ป่วยมีการเสียเลือดโดยประมาณ 14,300 ซีซี ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการให้เลือด สารประกอบเลือด และเกล็ดเลือดรวมทั้งหมด 39 ยูนิต หลังจากนั้นอาการเลือดออกยังคงมีต่อเนื่องอีก 2-3 วัน แต่ในอัตราที่ช้าลงตามระยะเวลาการดำเนินโรค อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ รวมระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 10 วัน ถึงแม้จะมีความยากลำบากในการรักษาผู้ป่วย แต่ในที่สุดแล้วผู้ป่วยก็สามารถรอดชีวิตได้ด้วยความร่วมมือร่วมแรงใจของทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องเลือดที่เตรียมเลือดได้ทันท่วงที และบุคคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งผู้มีจิตเป็นกุศลที่ร่วมบริจาคเลือดเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

วิจารณ์

กรณีผู้ป่วยรายนี้เป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างของความยากลำบากในการรักษาโรคไข้เลือดออก ซึ่งต้องระดมทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มากมายเพื่อที่จะรักษาผู้ป่วยจนสามารถรอดชีวิตได้ อย่างไรก็ตามในบางรายที่มีอาการรุนแรงมาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ตับวาย ไตวาย ปอดอักเสบ ก็อาจไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ แม้จะได้รับการรักษาอย่างดีที่สุดแล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนั้นอาการแสดงและอาการนำที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยรายใดจะมีอาการรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต การนัดตรวจและประเมินผู้ป่วยทุกวันในช่วง 3 วันแรกของอาการป่วย การตรวจหาเชื้อไข้เลือดออก รวมทั้งดูความเข้มข้นเลือด ปริมาณเกล็ดเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาว การให้การรักษาและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การพิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ ล้วนเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกได้อย่างปลอดภัย

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกนั้น สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่ง คือ การวินิจฉัยแยกโรค ร่วมกับการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ผู้รักษาต้องนึกถึงโรคไข้เลือดออกเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้อย่างเดียว การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการจะเป็นข้อมูลหนึ่งที่ช่วยในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก การตรวจ Tourniquet Test นั้น ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากค่า sensitivity ในการตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกมีเพียง 58% (95% CI, 43%-71%) และค่า specificity อยู่ที่ 71% (95% CI, 60%-80%)

ตารางที่ 2 แสดงสัญญาณชีพและรายละเอียดการให้สารน้ำของผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะวิกฤต

DATE TIME	Hct (vol%)	PR (bpm)	RR (bpm)	BP (mmHg)	สารน้ำ	หมายเหตุ
วันที่ 1 12.55 น.	16	104	24	95/60	Dextran 300 cc/hr PRC 200 cc IV push PRC 200 cc IV push	
14.30 น.		120		60/-	Dextran 300 cc/hr PRC 200 cc IV push	อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง ครั้งละ 500 cc
16.00 น.	37	150	90/60			
16.40 น.	28	180		วัดไม่ได้	Dextran 200 cc/hr PRC 200 cc IV push	ถ่ายเป็น melena 3 ครั้ง
17.20 น.		180		50/-		อาเจียนเป็นเลือดสด 100 cc
17.40 น.		154		วัดไม่ได้	Dextran 100 cc/hr	ถ่ายเป็นเลือดสด 10 cc
17.45 น.		152		70/60	Dextran 100 cc/hr FWB 100 cc IV push	ถ่ายเป็นเลือดสด 10 cc
18.42 น.		158	24	70/50	5% DNSS rate KVO FWB 200 cc IV push FFP 200 cc IV push ทำ Cut down	ถ่าย melena 200 cc อาเจียนเป็นเลือดสด 200 cc
19.30 น.		120		94/64	FFP 200 cc IV push	อาเจียนและถ่ายเป็นเลือดสด 500 cc
20.00 น.		155		79/38	5% DNSS 200 cc/hr	ถ่ายเลือดสด 300 cc
20.30 น.		160		84/56	FWB 400 cc IV push	อาเจียนเลือดสด 200 cc
20.45 น.		154		93/57	Dextran 300 cc/hr PRC 200 cc IV push PRC 200 cc IV push	ถ่ายเลือดสด 100 cc

ตารางที่ 2 แสดงสัญญาณชีพและรายละเอียดการให้สารน้ำของผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะวิกฤต (ต่อ)

วันที่ 2		160	89/58	Dextran 300 cc/hr	
00.00 น.				PRC 130 cc IV push	
01.00 น.		160	90/50		ถ่ายเลือดสด 300 cc
02.00 น.		150	80/50	PRC 260 cc IV push	ถ่ายเลือดสด 400 cc
03.10 น.		142	70/50	FWB 400 cc IV drip free flow	ถ่ายเลือดสด 200 cc
05.25 น.		154	90/60		ถ่ายเลือดสด 400 cc
05.30 น.					ถ่ายเลือดสด 200 cc
07.30 น.		171	80/60	Dextran 300 cc/hr	อาเจียนเลือดสด 200 cc
08.30 น.	14	170	80/50	FWB 200 cc IV push	ถ่าย blood clot 150 cc
09.50 น.		150	80/60		ถ่ายเลือดสด 200 cc
11.20 น.		168	87/60		ถ่ายเลือดสด 300 cc
11.45 น.		165	80/50	PRC 390 cc IV push	ถ่ายเลือดสด 150 cc
13.35 น.	24	178	103/62		ถ่ายเลือดสด 200 cc

PRC = packed red cells, FWB = fresh whole blood, FFP = fresh frozen plasma

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามความรุนแรงของโรค จะพบได้ว่ามีความแตกต่างกันไป โดยที่ โรคไข้เดงกี่ที่ไม่รุนแรง (non-severe dengue diagnosis) มีค่า sensitivity เท่ากับ 55% (95% CI, 52%-59%) และ specificity เท่ากับ 63% (95% CI, 60%-66%) ขณะที่โรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever diagnosis) มีค่า sensitivity เท่ากับ 62% (95% CI, 53%-71%) และค่า specificity เท่ากับ 60% (95% CI, 48%-70%) แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นกับวันที่มีอาการป่วย (days of illness) ด้วย[4]

ปัจจุบันได้มีวิธีการตรวจหาแอนติเจนของเชื้อไวรัสเดงกี่โดยการใช้ nonstructure protein 1 (NS1 antigen) ซึ่งมีความจำเพาะต่อ Dengue Virus (DENV) ที่สุด และสามารถตรวจเชื้อได้ทั้ง 4 ซีโรทัยพ์ รวมทั้งยังสามารถตรวจหาแอนติเจนของเชื้อไวรัสเดงกี่ในเลือดได้ตั้งแต่วันที่ 1-7 นับตั้งแต่มีอาการไข้[5]

ในช่วง 3 วันแรกของอาการป่วย การติดตามการดำเนินโรคโดยการใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น การติดตาม CBC เพื่อดูแนวโน้มค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit) จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC count) จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด atypical lymphocyte และ monocyte จำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) รวมทั้งการตรวจค่าเอนไซม์ตับชนิด AST จะช่วยให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาสามารถบอกแนวโน้มความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกได้เช่นกัน[6]

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับและตรวจติดตามระหว่างการรักษา

	ที่โรงพยาบาลชุมชน	ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์				
		วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 7
Hct (vol%)	33-25	16	12	6	35	44
WBC (cell/mm^3)	3900	3500	7000	13100	11500	2300
N%	54	47	60	-	-	69
L%	33	51	37	-	-	26
ATL%	7	-	-	-	-	-
M%	6	2	2	-	-	1
Eo%	-	-	-	-	-	4
Platelet (cell/mm^3)	174000	96000	51000	97000	96000	174000
Dengue IgM			+			
BUN (mg%)		18	17	-	-	15
Cr (mg%)		0.8	0.8	-	-	0.7
BS (mg%)		228	161	-	-	103
Na (mEq/L)		152	154	-	-	145
Cl (mEq/L)		115	119	-	-	108
K (mEq/L)		3.0	3.1	-	-	3.5
CO_2 (mEq/L)		18	20	-	-	23
PT (sec)		36.3	32.0	37.8	16.0	15.7
PTT (sec)		75.8	11.1	7.6	42.1	32.4

แนวทางในการรักษาโรคไข้เลือดออก สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค คือ

ระยะที่ 1 ระยะไข้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการไข้อย่างเดียว (fever without localizing sign) การรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาตามอาการ ได้แก่ การให้ยาลดไข้เป็น paracetamol 10 mg/kg ทุก 4-6 ชม. ซึ่งต้องระมัดระวังในการคิดคำนวณขนาดยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานให้คำนวณขนาดยาตาม weight for height หลีกเลี่ยงการให้ยา aspirin หรือ NSAID (ibuprofen, etc.) เพราะอาจทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือ Reye's syndrome จาก aspirin และที่สำคัญต้องมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ แนวทางการเฝ้าระวังอาการ อาการแทรกซ้อนต่างๆ และการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ปกครองเด็กอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันภาวะช็อคที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

หรือให้มาพบแพทย์ทันทีหากมีอาการต่อไปนี้ คือ 1) อาเจียนมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้เพียงพอ 2) ปวดท้องมาก 3) มีอาการของภาวะเลือดออกรุนแรง เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหลไม่หยุดง่าย ไข้ลดลงแล้ว แต่ตัวเย็นผิดปรกติ มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย ไม่ปัสสาวะนานกว่า 6 ชั่วโมง ซึมลง ไม่ค่อยรู้สึกตัว หอบเหนื่อย บวม สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว อายุน้อยกว่า 1 ปี หรือมีภาวะอ้วน[1-2,5,7-8]

ระยะที่ 2 ระยะวิกฤต หรือระยะช็อค ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยไข้เลือดออก แม้ว่าจะมีภาวะช็อค ผู้ป่วยมักยังมีอาการรับรู้สติได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากสาเหตุอื่นๆ ที่มักจะมีอาการรู้สติลดลง ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ที่ยังมีภาวะรู้สติดี (แม้ว่าจะอยู่ในช่วงระยะช็อค) ผู้ป่วยมีอาการซึมลง แต่ยังรู้สึกตัวดี และสามารถหลับได้เป็นช่วงสั้นๆ เมื่อเริ่มมีอาการเลือดออกมากขึ้นจึงมีอาการกระสับกระส่าย ดิ้นรนไปมาบนเตียงผู้ป่วย พร้อมกับเรียกขอความช่วยเหลือว่า “คุณหมอช่วยหนูด้วย หนูใจจะขาดแล้ว ช่วยหนูด้วย หนูเหนื่อยมาก” ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสาร บอกอาการ บอกความรู้สึกของตนเองได้จึงเป็นข้อดีที่จะสามารถสื่อสารกับทีมผู้รักษา ทำให้ทีมแพทย์ พยาบาล มาดูแลอาการได้อย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะช็อคอย่างต่อเนื่อง การส่งต่ออาการผู้ป่วยในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ การจดบันทึกเวลาอย่างละเอียด ทั้งสัญญาณชีพ อาการทางคลินิก การให้สารน้ำทดแทน รายละเอียดการเสียเลือด บันทึกการถ่ายอุจจาระหรืออาเจียนเป็นเลือด ทั้งปริมาณและลักษณะ (เป็นลิ่มเลือดหรือเลือดสด ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกปริมาณมาก) การติดตามตรวจค่าความเข้มข้นเลือด เป็นประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ทีมผู้รักษาประเมินความเปลี่ยนแปลงในแนวโน้มของการมีเลือดออกมากได้ ซึ่งส่งผลให้สามารถให้เลือดทดแทนและทำการรักษาภาวะร่วมอื่นได้อย่างทันท่วงที

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว ในระยะฟื้นตัว โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังอาการช็อค หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นอกจากสัญญาณชีพเริ่มคงที่และกลับสู่ปกติ pulse pressure กว้าง แล้ว ยังตรวจพบอาการดังต่อไปนี้ A: Appetite (ความอยากรับประทานอาหาร) B: Bradycardia (อัตราการเต้นหัวใจช้าลง) C: Confluent rash (ผื่นแดงร่วมกับมีวงกลมสีขาวกระจายตามขา แขน บางรายเป็นผื่นแดงคัน พบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย DHF และ DF) และ D: Diuresis (ปัสสาวะออกมาก) โดยปกติพบได้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นเองเป็นปกติได้ภายใน 1 สัปดาห์ หากให้ผู้ป่วยกลับบ้านก่อน ควรแนะนำไม่ให้มีการกระทบกระแทก เช่น การงดออกกำลังกาย ขี่จักรยาน เล่นผาดโผน หรือการทำหัตถการ เช่นการถอนฟัน ภายในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์[7,8]

นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้ว การดูแลฟื้นฟูทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านความยากลำบากในภาวะวิกฤต การฟื้นฟูจิตใจทั้งครอบครัวจะมีส่วนสำคัญให้ผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตนี้ไปได้ สำหรับครอบครัวของผู้ป่วยรายนี้ ในครั้งแรกที่พบกับบิดามารดา เป็นช่วงเวลาขณะที่ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดปริมาณมาก มองดูแดงฉานเต็มผ้าปูเตียง ทีมผู้รักษาจึงตัดสินใจให้ครอบครัวดูไปพร้อมๆกัน และแจ้งครอบครัวให้ทราบว่าเด็กอยู่ในภาวะวิกฤต โอกาสรอดชีวิตค่อนข้างจะน้อย บิดา-มารดาร้องไห้เสียใจอย่างมากแต่ก็มีสติขอให้ทีมงานช่วยลูกเต็มที่ให้ถึงที่สุดและทุกวิถีทาง เมื่อมีภาวะเลือดออกต่อเนื่องตลอดทั้งคืน ทีมผู้รักษาได้ยืนปั้มเลือดให้ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับที่เลือดออกปริมาณมาก ได้ให้บิดา-มารดาเข้ามารับรู้ด้วยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งอธิบายว่าเลือดที่มองเห็นกับที่ยังค้างในลำไส้อีกมากที่ยังไม่ออกมาให้เราเห็น เด็กยังไม่พ้นภาวะวิกฤต ยังต้องการเลือดอีกมาก ขอให้หาคนมาช่วยบริจาคเลือด บิดา-มารดาจึงติดต่อญาติและคนในชุมชนมาร่วมบริจาคเลือดจนเพียงพอกับความต้องการ ระหว่างนั้นก็อธิบายให้บิดา-มารดาทราบถึงพยากรณ์โรคว่าถ้าประคองอาการให้พ้นระยะช็อคภายใน 48 ชั่วโมง ได้ก็น่าจะมีอาการเลือดออกลดน้อยลง เมื่อผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว บิดา-มารดาอนุญาตให้เผยแพร่เรื่องราว ซึ่งเรื่องราวที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ยังทำให้ทีมผู้รักษามีกำลังใจและภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความทุ่มเทอย่างเต็มใจและเต็มกำลังจนกระทั่งสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยกลับคืนมาได้

สรุป

การรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีปัญหาแทรกซ้อนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ส่วน ความรวดเร็ว ฉับไว และร่วมแรงร่วมใจอย่างแข็งขัน รวมทั้งความละเอียดรอบคอบและการทบทวนการรักษาตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย โดยองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จ คือ

1.ความถูกต้องแม่นยำของการวินิจฉัย การติดตามสัญญาณชีพ การให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดอย่างทันเวลา

2.ความร่วมมือร่วมใจของทีมรักษาพยาบาลทุกระดับชั้น ทั้งแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ห้องคลังเลือด พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน เจ้าหน้าที่เดินรับส่งเลือดให้กับผู้ป่วย ล้วนเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การรักษาเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ฉับไว ซึ่งส่งผลให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้สำเร็จ

3.ตัวผู้ป่วยที่ยังสามารถรับรู้ได้ถึงความเปลี่ยนแปลงในร่างกาย การแสดงออกด้วยความเหนื่อยเหมือนจะขาดใจและการร้องขอขอให้ช่วยเป็นดังเสียงเรียกร้องที่ทำให้ทีมรักษาพยาบาลต้องเข้ามาช่วยเหลือทุกวิถีทางอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินอาการและอาการแสดงได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

4.การมีปริมาณเลือดให้ใช้อย่างเพียงพอ ทั้งปริมาณเลือดสำรองที่ธนาคารเลือด รวมทั้งการกระตุ้นญาติผู้ป่วยในการบริจาคเลือดเพื่อนำมาใช้ในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New edition 2009. Available from: http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf. access July 31, 2017.
2. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever, revised and expanded edition. 2011. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204894/1/B4751.pdf access July 31, 2017.
3. สำนักระบาดวิทยา. ไข้เลือดออก. สืบค้นจาก www.thaivbd.org/n/dengues/download/1 g-เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2561
4. Grande AJ, Reid H, Thomas E, et al. Tourniquet Test for dengue diagnosis: systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(8):e0004888.
5. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2558.
6. Potts JA, Gibbons RV, Rothman AL, et al. Prediction of dengue disease severity among pediatric Thai patients using early clinical laboratory indicators. PLoS Negl Trop Dis. 2010;4(8):e769.
7. ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, จารุณี วัชรเสวี, บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2556.
8. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมวิชาชีพ. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ ปี พ.ศ. 2556. สืบค้นจาก: http://www.rcpt.org/index.php/2012-10-03-16-53-39/category/6-2013-02-02-09-02-52.html?download=109%3Adengue-guideline-rcpt-2013. เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2560.

Difficulties in Treating Severe Dengue Hemorrhagic Fever in Children

Puengnetr Saritniran* Chareeya Thanee* Prapaporn Srichaiban* Wanpen Kensakoo**

Abstract

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is the most significant disease with various clinical manifestation and severity in children. The critical severities can make patients die from prolonged shock and complications, such as massive hemorrhage, hepatic failure, or encephalopathy that need rapid management. With accurate and precise knowledge, careful attention and monitoring, and the cooperation of the team at all levels consistent, the treatment of patients will be successful without serious complications.

Keywords : dengue hemorrhagic fever, dengue fever, children

* Pediatrician. Department of Pediatric, Sanpasitthiprasong Hospital, UbonRatchathani.