

Flu B อันตรายกว่าที่คิด: ความท้าทายทางการพยาบาล Influenza B Dangerous Than Thought: Challenge Dimension in Nursing

จุฑาภรณ์ ทองบุญชู* กุลธิดา เกตุแก้ว**

Chuthaporn Tongboonchoo* Kulthida Ketkaew**

บทคัดย่อ

หลายคนเชื่อว่า การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ไม่มีความอันตราย เพราะทำให้เกิดอาการไข้ และภาวะปอดอักเสบน้อยกว่าการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A เมื่อติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B จึงไม่ได้ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง และนำมาสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย จนถึงทำให้เกิดความพิการของร่างกายได้ บทความนี้เสนอกรณีศึกษา เด็กหญิง นักกีฬาว่ายน้ำ อายุ 13 ปี ที่แข็งแรง ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ในวันแรก รู้สึกว่าตนเองเริ่มมีไข้ แต่ยังไม่ยอมดื่มน้ำตามปกติ เนื่องจากมั่นใจในความแข็งแรงของตนเอง สุดท้ายทำให้ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงที่น่าตกใจ ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 4 สัปดาห์ เนื่องจากมีภาวะสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้ยังต้องมึนงง มาประหม่อนอาการ รักษาและฟื้นฟูร่ายกายความผิดปกติที่หลงเหลืออยู่คือ อาการกลืนลำบาก ปากเปื่อย ขาลำตัวด้านขวา เป็นเวลา 6 เดือน อาการผิดปกติทั้งหมดจึงหายขาด บทความนี้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจำแนกชนิดของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยา และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยให้มากที่สุด

คำสำคัญ: ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B สมองอักเสบ พร่องออกซิเจน

Received: December 9, 2019

Revised: April 29, 2020

Accepted: May 12, 2020

* Corresponding Author. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย E mail: asstchuthaporn@gmail.com

* Corresponding Author. Assistant Professor, Fundamental of Nursing and Nursing Administration Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. E mail: asstchuthaporn@gmail.com

** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย

** Nursing Instructor. Pediatric Nursing Branch. Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

Abstract

Many people believe that the influenza virus type B is not dangerous because it provokes fewer symptoms of fever and less severity of pneumonia than influenza A. Consequently, when infected with influenza B, many are not prompted to take adequate care of their own health. This can lead to dangerous complications or may develop into physical. This article presents a case study of a strong 13 year old swimmer who suffered infection from influenza B. On the first day, she felt she was starting to catch a cold. However, she continued to swim. The girl was confident in the strength of her body. Finally, this condition made her encounter a terrible alteration. She ended up in the hospital for 4 weeks because of viral encephalitis. After leaving the hospital, she had to visit the outpatient department for initial evaluation, treatment and rehabilitation of dysphagia, wry mouth, and numbness on right side of her body which still remains. The follow-up appointment came 6 months later before when all abnormalities were finally cured. This article also presents information about influenza virus differentiation, details signs, symptoms and complications, and examines laboratory investigations and medication. This article may prove useful for nurses to adjust nursing plans suitable for patients.

Keywords: influenza B, encephalitis, hypoxia

บทนำ

ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 ที่ผ่านมา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข รายงานการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่อย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2558 เกิดการระบาดของเชื้อ influenza virus ชนิด A (H3N2) พ.ศ.2559 พบการระบาดของเชื้อ influenza virus ชนิด A (H1N1) พ.ศ. 2560 มีการระบาดของเชื้อ influenza virus A (H3N2) และไวรัสสายพันธุ์ B ในเด็กและผู้สูงอายุ ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ A (H1N1), A (H3N2) และสาย

พันธุ์ B จำนวนรวม 185,829 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 284.03 ต่อประชากร 1 แสนคน ผู้ป่วยเสียชีวิต 32 คน เด็กอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยด้วยไข้หวัดใหญ่สูงสุด คือ 1,156.55 ต่อประชากร 1 แสนคน และผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีอัตราป่วย 125.05 ต่อประชากรแสนคน¹

โรคไข้หวัดใหญ่จากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ A เป็นโรคที่หลายคนหวาดกลัวและมีความระมัดระวังในการป้องกันตนเองจากการได้รับเชื้อ เนื่องจากทำให้มีอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรืออาจนำไปสู่การมีภาวะปอดอักเสบที่ค่อนข้างรุนแรง ในขณะที่ไข้หวัดใหญ่จากไวรัสสายพันธุ์ B คนส่วนใหญ่คิด

ว่าไม่มีอันตรายและทำให้เกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จึงไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อติดเชื้อนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจนเกิดความพิการของร่างกายดังกรณีตัวอย่างในบทความนี้

โรคไข้หวัดใหญ่ (influenza)

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (influenza virus) เป็นเชื้อไวรัสที่มีเปลือกหุ้ม (envelop) มีสารพันธุกรรมเป็น RNA สายเดี่ยว อยู่ในตระกูล orthomyxoviridae มี 4 สายพันธุ์ คือ A, B, C และ D เชื้อไวรัสสายพันธุ์ A เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดการระบาดกว้างขวางทั่วโลก แบ่งเป็นชนิดย่อย (subtype) ตามชนิดของไกลโคโปรตีนสำคัญที่เปลือกผิวชั้นนอกที่ชื่อว่า hemagglutinin (H) ซึ่งมี 15 ชนิด และ neuraminidase (N) ซึ่งมี 9 ชนิด และมีโปรตีน M2 ที่อยู่ที่ผนังเซลล์ทำหน้าที่เป็น ion channel protein ไวรัสสายพันธุ์ A ที่พบบ่อยในปัจจุบันเช่น A (H1N1), A (H1N2), A (H3N2), A (H5N1) และ A (H9N2) เชื้อไวรัสสายพันธุ์ B ก็มี hemagglutinin (H) และ neuraminidase (N) ที่เปลือกผิวชั้นนอกเหมือนกับเชื้อไวรัสสายพันธุ์ A แต่มีส่วนที่แตกต่างกัน คือ มีโปรตีนที่จับกับสารพันธุกรรมคือโปรตีน NB (nucleoprotein) ปัจจุบันเชื้อไวรัสสายพันธุ์ B แบ่งได้เป็น 2 ตระกูล คือ Victoria และ Yamagata เป็นสาเหตุของการระบาดในระดับประเทศและในภูมิภาคเอเชีย เชื้อไวรัสสายพันธุ์ C มีไกลโคโปรตีนที่เปลือกผิวชั้นนอกเพียงชนิดเดียวคือ Hemagglutinin-esterase-fusion glycoprotein (HEF) การติดเชื้อทำให้เกิดอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการ และไม่ทำให้เกิดการระบาด เชื้อไวรัสสายพันธุ์ D ระบาดในวัวควาย และหมู มีไกลโคโปรตีน O-acetyl

esterase ที่เปลือกผิวชั้นนอก ไม่มี neuraminidase (N) เหมือนเชื้อไวรัสสายพันธุ์ C ทำให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดแยกไวรัสสายพันธุ์ C ค่อนข้างยาก ต้องส่งทำ reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) จึงจะสามารถคัดแยกได้²⁻⁴

การแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ทุกสายพันธุ์

เชื้อไข้หวัดใหญ่ มีขนาด 80-200 ไมครอน (10^{-9} เมตร) แพร่กระจายจากการไอและจาม (droplet transmission) โดยเชื้อแพร่กระจายไปกับฝอยละอองน้ำลายที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 5 ไมครอนหรือติดต่อกับมือที่สัมผัสน้ำมูกน้ำลายที่มีเชื้อแล้วนำไปสัมผัสจมูกหรือปาก เชื้อสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วในสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เช่น ชุมชน โรงเรียน โรงงาน เมื่อมีผู้ที่ป่วยปะปนอยู่ด้วยและไม่มีการป้องกันเชื้อการแพร่กระจายเชื้อขณะไอและจาม ไม่สวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) ป้องกัน⁵

ระยะฟักตัวของเชื้อไข้หวัดใหญ่ทุกสายพันธุ์

ระยะฟักตัว ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-3 วัน หรืออาจนานถึง 7 วัน

อาการและอาการแสดง

อาการทั่วไปคล้ายไข้หวัด คือ มีไข้ เจ็บคอ คัดจมูก น้ำมูกใส ๆ ไอแห้ง ๆ แต่จะมีอาการหนักกว่าไข้หวัด คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมาก เบื่ออาหาร มักจะต้องนอนพัก บางรายอาจมีอาการจุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดินร่วมด้วย

อาการไข้จะเป็นอยู่นาน 1-7 วัน (ส่วนใหญ่ 3-5 วัน) อาการไอและอ่อนเพลีย อาจเป็นอยู่นาน 1-4 สัปดาห์ แม้ว่าอาการอื่น ๆ จะทุเลาแล้วก็ตาม ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีการของอาการแทรกซ้อน เช่น มีน้ำมูกหรือเสมหะข้นเหลืองหรือเขียว ปวดหู หูอื้อ หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น⁶

กลไกเมื่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่เข้าสู่ร่างกาย

เมื่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่เข้าสู่เยื่อทางเดินหายใจส่วนบน เชื้อจะเพิ่มจำนวนและจะกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันปกป้องร่างกายดังต่อไปนี้เริ่มทำงาน 1) โพลีมอร์โฟนิวเคลียร์เซลล์ (polymorphonuclear cell: PMN) เม็ดเลือดขาวที่มีนิวเคลียสแยกเป็น lobes ได้แก่ 1.1) นิวโทรฟิล (neutrophil) ใช้ไซโตพลาสซึมเอบล้อมกำจัดเชื้อโรค (ฟาโกไซโทซิส; phagocytosis) 1.2) เบโซฟิล (basophil) หลังฮิสตามีน (histamine) 2) ลิมโฟไซต์ (lymphocytes) สร้าง แอนติบอดี (antibody) และ 3) โมโนไซต์ (monocyte) ที่ลอยอยู่ในกระแสเลือด เปลี่ยนเป็นแมโครฟาจ (macrophage) เข้าสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ แล้วเอบล้อมจับกินเชื้อโรค^{7,8} 2) โมโนไซต์ monocyte และ ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) จะสร้างโปรตีนขนาดเล็กทำหน้าที่สื่อสารระหว่างเซลล์ ที่ส่งเสริมให้เกิดการอักเสบมากขึ้น เช่น อินเตอร์ลิวคิน (interleukins ; IL) ไซโตไคน์ (cytokine) Tumor necrotic factor (TNF)⁹ กระบวนการเหล่านี้ทำให้เกิดการอักเสบและบวมของเยื่อโพรงจมูกและเยื่อทางเดินหายใจส่วนบน ส่งผลให้มีสิ่งคัดหลั่ง มีการโอจามเกิดขึ้น นอกจากนี้ปฏิกิริยาการต่อสู้กับเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาวก็ส่งผลให้มีไข้ ซึ่งมักจะไข้สูงในช่วงแรก

และค่อย ๆ ลดลงภายใน 3-5 วัน มักจะดีขึ้นในวันที่ 7 ของการติดเชื้อ เพื่อสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ และส่งผลให้มีการอักเสบและบวมของเนื้อเยื่อในอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญและทำให้เกิดพยาธิสภาพและอันตรายได้ เช่น ผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B พบมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือมีกลุ่มอาการสมองอักเสบ หลังมีอาการแสดงของไข้หวัดใหญ่ เฉลี่ย 1-2 วัน มีการเพิ่มของไซโตไคน์ (cytokine) คือ อินเตอร์ลิวคิน 6 (interleukin-6: IL-6) และทูเมอร์เนโครซิสแฟกเตอร์ แอลฟา (tumor necrosis factor alpha: TNF- α) อยู่ในระดับที่สูง และพบว่าการเพิ่มขึ้นของอินเตอร์ลิวคิน 10 (interleukin-10: IL-10) สัมพันธ์กับอัตราการเกิดกลุ่มอาการทางสมองร่วมกับการชักเมื่อมีไข้สูง¹⁰ นอกจากนี้ Kawada J, et al ยังพบว่าผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ที่มีกลุ่มอาการทางสมองมักมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อนนำไปสู่การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดได้¹¹ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางสมองนั้นหมายถึงเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้กระจายไปทั่วร่างกาย และเสี่ยงที่จะเกิดภาวะการอักเสบแพร่กระจายทั่วร่างกาย systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับการอักเสบรุนแรงของปลาเยประสาทที่กล้ำมเนื้อที่อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ เช่น กล้ำมเนื้อหัวใจและกล้ำมเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ทำให้เกิดการทำงานที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่อันตรายมาก¹² การศึกษาของ Junichi Kawada ในปี ค.ศ.2003 พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการชักร่วมด้วยมีระดับ IL-10 = 1100 pg/ mL และมีผู้ป่วย 2 ราย จากการศึกษาที่เสียชีวิตในขณะที่มีระดับ IL-10 สูง และสรุปว่า ระดับ IL-10 ที่

สูงสัมพันธ์กับอาการทางสมองที่รุนแรงในผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B สอดคล้องกับงานวิจัยของ Satoshi Yokota ในปี ค.ศ. 2000 ที่พบว่าผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B มีระดับไซโตไคน์ (cytokine) หลายชนิดที่สูงขึ้นในน้ำไขสันหลัง มีการสร้างเซลล์เกลีย (glial cell) ช่วยเกี่ยวพันกับเซลล์ประสาทถูกทำลายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน^{11,13} และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ และอาจทำให้พัฒนาไปสู่การเกิดกลุ่มอาการ multiple sclerosis (MS) คือ มีการอักเสบของปลอกประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งได้แก่สมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาทตา¹⁴ ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือพิการ หรือต้องใช้เวลาฟื้นฟูร่างกายเป็นเวลานานจึงจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่

1. ภาวะกล่องเสียงและหลอดลมอักเสบ (croup: laryngotracheobronchitis) คือ มีการอักเสบบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน พบการบวมของกล่องเสียงและหลอดลม ผู้ป่วยจะหายใจติดขัดและไอแบบมีเสียงก้อง และมักเป็นสาเหตุให้ทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันเฉียบพลัน จะเป็นอันตรายมากในเด็กเนื่องจากทำให้ขาดออกซิเจนได้รวดเร็วและรุนแรง มักเกิดได้จากการติดเชื้อสายพันธุ์ A มากกว่าสายพันธุ์ B

2. โรคปอดบวม (pneumonia) มักเกิดได้จากการติดเชื้อสายพันธุ์ A มากกว่า สายพันธุ์ B เกิดขึ้นได้ 2 ระยะคือ

2.1 โรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในระยะแรก (primary influenza virus

pneumonia) ผู้ป่วยจะมีไข้สูง 2-4 วัน ไข้อาจขึ้นๆลงๆ ภาพรังสีเอ็กซเรย์มักพบเป็น bilateral interstitial infiltrates (ISIF) มีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอดทั้งสองข้าง เกิดเป็นลักษณะเหมือนร่างแห (fine reticular pattern) มักกระจายอยู่ใกล้ ๆ หลอดลมใหญ่ก่อนเป็นลำดับแรกแล้วค่อยขยายตัวลงมาตามความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยมักมีอาการของภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงและรวดเร็ว เนื่องจากการอุดกั้นของเสมหะบริเวณขั้วปอดและแขนงหลอดลมบริเวณใกล้เคียง ใช้เวลาประมาณ 2-7 วันแล้วอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น เสมหะในปอดค่อนข้างข้นและเหนียว ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำให้มากเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวลง ซึ่งช่วงระยะเวลาที่อาการเริ่มดีขึ้น เม็ดเลือดขาวชนิด นิวโทรฟิล (neutrophil) จะต่ำลงเนื่องจากได้ใช้ในการต่อสู้กับเชื้อไวรัสในช่วงแรก ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อนในปอดขึ้นได้

2.2 โรคปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรียในระยะที่สอง (secondary bacterial infection) เกิดขึ้นหลังโรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในระยะแรก เป็นระยะที่ร่างกายอ่อนแอเนื่องจากใช้เม็ดเลือดขาวโดยเฉพาะชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) ต่อสู้กับเชื้อในระยะแรกไปจำนวนมาก และร่างกายยังผลิตขึ้นมาทดแทนไม่ได้ทัน ในช่วงเวลานี้เองถ้าได้รับเชื้อแบคทีเรียลงสู่ปอดจะเกิดการติดเชื้อในระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้สูงลอย หลังวันที่ 5-7 ภาพรังสีทรวงอกมักพบว่า มีฝ้าขาวกระจายไปทั่วปอด (patchy infiltration) ผู้ป่วยมักมีอาการของภาวะขาดออกซิเจนที่ไม่รุนแรงเท่าระยะที่ติดเชื้อไวรัส แต่มัอันตรายมากกว่าเพราะเนื้อปอดจะค่อย ๆ ถูกทำลายไปตามการกระจาย

ของเชื้อแบคทีเรียในปอด มีเสมหะและสิ่งคัดหลั่งมากในปอด ต้องเคาะปอด ดูดเสมหะให้และต้องได้รับยาปฏิชีวนะให้ทันทั่วทั้งที่

3. non-pulmonary complications of influenza:

3.1 กล้ามเนื้ออักเสบ (myositis) คือภาวะอักเสบของเส้นใยกล้ามเนื้อ พบเกิดได้น้อยมักพบในเด็กและมักพบในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ B เมื่อเส้นใยกล้ามเนื้ออักเสบ ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ในบางรายเกิดที่กล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจทำงานผิดปกติ อาจเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ หรือเป็นอาการเรื้อรังก็ได้ ในบางรายเกิดหนองกระจายในบริเวณที่เส้นใยกล้ามเนื้ออักเสบ¹⁵

3.2 ภาวะสมองอักเสบ (encephalitis) มักเกิดจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ B มากกว่าสายพันธุ์ A อาการสมองอักเสบจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 1-2 วันแรกของไข้ แพทย์จะให้ยา oseltamivir (tamiflu) เพื่อด้านไวรัส ร่วมกับการให้ยา methylprednisolone การให้ภูมิโกลบูลินที่ใช้ได้ทันทีทางหลอดเลือด (intravenous immunoglobulin: IVIG) ในเด็กเล็กถ้าไม่ได้รับยาด้านไวรัสอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว มีรายงานพบเด็กอายุ 2 ปีและ 5 ปี ในประเทศอเมริกา เสียชีวิตหลังติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ B ในประเทศญี่ปุ่นมีรายงานพบในผู้ที่อายุต่ำกว่า 21 ปี พบมีอาการกลืนลำบาก ปากเปื่อย อ่อนแรงของแขนขาแต่ไม่รุนแรงถึงเสียชีวิต และกลับมาเป็นปกติได้ภายใน 9 เดือน¹⁶

3.3 กลุ่มอาการเรย์ (reye's syndrome) พบหลังจากการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ A หรือ B หรือจากการป่วยเป็นสุกใส (varicella zoster) โดยพบภาวะสมองบวม และตับมีการเพิ่มการ

สะสมของไขมันเบียดบังเซลล์ตับที่ดี ทำให้ตับต้องทำงานมากขึ้นจะพบเอ็นไซม์ตับสูงกว่าปกติ ในเด็กถ้าได้รับยาแอสไพริน จะทำให้อาการเรย์มีอาการหนักมากขึ้น ต้องให้ยา Acetaminophen and Ibuprofen แทน

3.4 กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (guillain-barre syndrome: GBS) เกิดขึ้นเมื่อเชื้อไวรัสกระจายเข้าสู่ระบบประสาท และไปที่เยื่อหุ้มของปลายเซลล์ประสาทไมอีลิน แอกซอน (myelin axon) มีเม็ดเลือดขาวมาจับกินเชื้อเกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ส่งผลให้ ไมอีลิน แอกซอนถูกทำลาย ทำให้กล้ามเนื้อที่ถูกควบคุมโดยแอกซอนเส้นนั้นขาดประสาทสั่งการบังคับ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปลายแอกซอนที่ถูกอักเสบจะซ่อมแซมตนเองได้แต่ต้องใช้เวลาเป็นเดือน แต่ถ้ามีการทำลายไปถึงตัวเซลล์ประสาทจะไม่มี การงอกใหม่ของแอกซอน กล้ามเนื้อก็จะเสียการควบคุมอย่างถาวรได้ อาการ GBS จะเกิดหลังอาการจากการติดเชื้อไวรัสดีขึ้นเป็นลำดับ โดยกล้ามเนื้อ แขน ขา มีอาการอ่อนแรงจนถึงขั้นเป็นอัมพาตและถ้ามีภาวะกล้ามเนื้อหายใจเป็นอัมพาต ก็ทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 2-3 วันถ้าไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ¹⁷

การเก็บส่งตรวจ

ในการเก็บส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ จะเก็บจากสิ่งคัดหลั่งจากบริเวณคอหอยหลังโพรงจมูก นำมาใส่ในอาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับชน่ายเชื้อไปยังห้องปฏิบัติการโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. nasopharyngeal wash: ใช้สายยางปราศจากเชื้อสอดลงไปถึงโพรงจมูก ฉีดน้ำเกลือ

0.5-1 มล.แล้วดูดออกโดยเร็ว นำมาใส่ในอาหารเลี้ยงเชื้อ

2. nasopharyngeal aspirate: เป็นการดูดสิ่งคัดหลั่งหรือน้ำมูกจากหลังโพรงจมูกโดยใช้สายดูดปราศจากเชื้อ แล้วนำมาใส่ในอาหารเลี้ยงเชื้อ

3. nasopharyngeal swab คือ ใช้ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อสอดเข้าไปถึงหลังโพรงจมูกหมุน 1-2 รอบแล้วนำมาใส่ในอาหารเลี้ยงเชื้อ

อาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับเก็บไวรัสการส่งตรวจ

อาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับเก็บไวรัสส่งตรวจ (viral transport media หรือ VTM) โดยอาหารเลี้ยงเชื่อนี้มีส่วนประกอบของอัลบูมินจากซีรัมวัว (bovine serum albumin) น้ำตาลซูโครส (sucrose) กรดกลูตามิก (glutamic acid) เจลลาติน gelatin มียาฆ่าเชื้อรา แอมโฟเทอริซิน บี (amphotericin B) และยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย คือ โคลิสติน (colistin) แวนโคไมซิน (vancomycin) จึงทำให้ VTM สามารถใช้ในการขนย้ายเชื้อ influenzae A, influenzae B, respiratory syncytial virus (RSV), herpes simplex ได้

1. การเก็บรักษา VTM ที่ยังไม่ได้ใช้ ต้องเก็บในตู้เย็น 2-8°C เนื่องจากมีส่วนประกอบของซีรัมวัว (bovine serum albumin) น้ำตาลซูโครส (sucrose) และ กรดกลูตามิก (glutamic acid) และยา ถ้าเก็บในอุณหภูมิที่ถูกต้องจะมีอายุหลายเดือนโดยไม่ต้องดูวันหมดอายุที่ข้างขวดด้วยทุกครั้ง

2. การนำส่ง เมื่อใส่สิ่งส่งตรวจลงใน VTM ต้องแช่หลอด VTM ในน้ำแข็ง ส่งทันทีหรือเก็บในตู้เย็น 2-8°C ควรส่งให้เร็วภายใน 48 ชั่วโมง หรือนานที่สุดคือภายใน 7 วัน¹⁸

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 13 ปี วันแรกรู้สึก ว่าตนเองมีไข้เล็กน้อย เจ็บคอ มีน้ำมูกใส เป็น นักกีฬาไปฝึกว่ายน้ำตามปกติ วันรุ่งขึ้นมีอาการ ชาที่หน้า และแขนซีกขวา ปวดศีรษะตามัว เห็นภาพซ้อน ใบหน้าเบี้ยว เดินเซทางด้านขวา ไปโรงพยาบาลเอกชน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น influenza B encephalitis และได้รับการส่งตัว มาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในวันที่ 4 หลังจาก เริ่มมีอาการในวันแรก ได้รับการรักษาอย่างทัน ท่วงที แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีรอยโรคเนื้อสมองเกิด ขึ้นแล้ว ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพทางร่างกาย คือ กลืนอาหารลำบาก ลิ้นซีกขวาชวา หน้าด้านขวาชวา เดินเซ ซึ่งอาการเหล่านี้ต้องใช้เวลาในการรักษา ฟันฟูให้กลับสู่สภาพเดิม ผู้ป่วยต้องถูกฝึกสอนการ กลืน และฝึกเดินโดยนักกายภาพบำบัด ทำให้ต้อง ขาดเรียนและไม่สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ ถึง 6 เดือน ร่างกายจึงจะกลับมาปกติเหมือนเดิม Chief complaint : 3 ชม. PTA มีใบหน้าเบี้ยว มีตามัวเห็นภาพซ้อน ปวดศีรษะ

Present illness :

4 วัน PTA ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีไข้เล็กน้อย เริ่ม เจ็บคอ มีน้ำมูกใส และไอเล็กน้อย ไปว่ายน้ำที่สระ ว่ายน้ำของโรงเรียนนานาชาติ เนื่องจากเป็น นักกีฬาว่ายน้ำของโรงเรียนต้องซ้อมเป็นประจำ

3 วัน PTA เวลาประมาณ 21.00 น. ผู้ป่วย ลูกขึ้นมาเข้าห้องน้ำ รู้สึกชาที่หน้าและแขนซีกขวา ไม่มีอาการชาที่ขา ไม่ได้บอกมารดาให้ทราบ เดิน กลับไปนอนตามปกติ

2 วัน PTA ตอนเช้า ระหว่างรับประทาน อาหาร ผู้ป่วยปวดศีรษะ ตามัวเห็นภาพซ้อน ลูก เดินเซด้านขวา มารดาสั่งเกตว่ามีใบหน้าเบี้ยว

แต่สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ไม่มี
น้ำลายฟูมปาก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มารดาพาไป
โรงพยาบาลเอกชน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น influenza
B encephalitis นอนที่โรงพยาบาลเอกชน 1 คืน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีภาวะสมอง
อักเสบเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สาย
พันธุ์ B

Subjective data

- มือขาไม่มีแรง เดินเซด้านขวา

Objective data

- ผู้ป่วย ไม่สับสน รู้วันเวลาสถานที่

- ตาขวาเหล่เข้าใน ตาขวามัวเห็นภาพซ้อน
แนวตั้ง ตาขวาบิดได้ไม่สนิท ตาซ้ายปกติ

- ใบหน้าด้านขวาเบี้ยว มุมปากด้านขวาดก
ขาใบหน้า และลิ้นด้านขวา

- กลืนอาหารลำบาก พูดไม่ชัดบางคำ แต่
ตอบคำถามได้ถูกต้อง

- ชาบริเวณลำตัวด้านขวา เดินเซด้านขวา
muscle power แขนขวา = 3 ขาขวา = 4 แขน
ขาซ้าย = 5

- MRI: small non enhancing hyper
signal on T2W and flair at Lt medulla and
Lt pontomedullary junction with partial
restained diffusion on DWI + ADC size
1.3x1.1x1.4 cm.

- EKG: sinus bradycardia with sinus
arrhythmia, non specific T wave abnormality

- Nasopharyngeal swab for viral
panal (Influenza A,B, pH1N1) = Influenza
B +ve

PR 58 -60 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ภาวะสมองอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อไวรัส
ลดลง

เกณฑ์การประเมิน

- ระดับความรู้สติปกติ

- ตาขวาเห็นภาพปกติ ไม่มัว ไม่เหล่เข้าใน
บิดได้สนิท ตาซ้ายปกติ

- ใบหน้าด้านขวาไม่เบี้ยว มุมปากไม่ตก ไม่
ชาบริเวณใบหน้า และลิ้นด้านขวา

- ไม่มีกลืนอาหารลำบาก พูดไม่ชัด ตอบ
คำถามได้ถูกต้อง

- ไม่ชาบริเวณลำตัว ไม่เดินเซ

- muscle power แขนขวา และ ข้าง = 5

- MRI normal

การพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ oseltamivir (75mg) ครั้ง
ละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า และเย็น เพื่อด้าน
เชื้อไวรัส

2. ดูแลให้ได้รับ methyl prednisolone
1gm IV drip in 1 hr x 5 day เพื่อลดปฏิกิริยา
การอักเสบโดยเฉพาะที่ปลายประสาทและเนื้อสมอง

3. ดูแลส่ง urine sugar หลังได้ methyl
prednisolone 2 ชม. และเจาะเลือดจากปลาย
นิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาล (point-of-care testing:
POCT) ก่อนมื้ออาหารเช้า กลางวัน เย็น เพื่อ
ประเมินภาวะ methyl prednisolone induce
hyperglycemia ติดตามผลการตรวจเมื่อพบผล
urine sugar $\geq 1+$ หรือ POCT < 70 หรือ $>$
100 mg/dL รายงานแพทย์ทันที

4. ตรวจสอบอัตราการเต้นของชีพจรทุก
2 ชม. และตรวจสอบความดันโลหิตทุก 4 ชม.

เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงอันเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการได้รับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ เมื่อพบอัตราการเต้นของชีพจร < 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 100/60 mmHg รายงานแพทย์ทันที

5. ดูแลให้ได้รับ vislube 1-2 หยด หยดตา 2 ข้าง เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน และ vidisic Gel บำรุงตา 2 ข้าง ก่อนนอน และแนะนำผู้ป่วยใส่แว่นตากันลมและใส่ที่ปิดตาระหว่างนอนหลับ เพื่อป้องกันกระจกตาแห้ง

6. ดูแลพื้นพูกกล้ามเนื้อใบหน้าดังนี้

6.1 นวดใบหน้า ใช้โลชั่นหรือเบบิอออยแต่น้ำมันกึ่งกลางนิ้วนางทั้งสองมือ นวด วน เบา ๆ บริเวณหน้าผาก แก้มและริมฝีปากวันละ 2-3 ครั้ง เพื่อช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อใบหน้า และลดความเจ็บปวดจากการมีกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง

6.2 ประคบน้ำอุ่นบริเวณใบหน้าครั้งละ 15 นาที เช้า เย็น เพื่อบรรเทาอาการปวด

6.3 แนะนำผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า โดยฝึกเกร็งโดยการยิ้มยิงฟัน สลับกับการผ่อนคลายใบหน้าบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพื่อช่วยให้อวัยวะบนใบหน้าเคลื่อนไหวได้อย่างสอดประสาน ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อใบหน้าหดตัวอย่างถาวร

7. ดูแลให้แปรงฟันเช้า เย็น และให้บ้วนปากหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เพื่อป้องกันเชื้ออักเสบหรือฟันผุอันเกิดจากเศษอาหารค้างในช่องปากด้านที่หน้าเบี้ยว

8. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน โดยให้เคี้ยวอาหารให้ละเอียดและกลืนช้า ๆ เพื่อป้องกันการสำลัก

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก diffusion ลดลง

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกว่าหายใจเหนื่อย

Objective data

- ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย

- มีเสียงเสมหะ (secretion sounds) ที่ปอดซ้ายและขวาด้านบน ไอออกมาเองได้ในบางครั้ง

- อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที

- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O₂Sat) 96- 98%

- ผล nasopharyngeal swab for viral panel (influenza A,B, pH1N1) = Influenza B+ve

- CXR มี segmental infiltration LUL

- ผล lab CBC: white cell count 4,290/mm³ neutrophils 55% lymphocytes 35%, monocytes 7%, eosinophils 1%, basophils 1%, atypical lymph 1%

วัตถุประสงค์

ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีการหายใจเร็ว ตื่น อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

- เสียงหายใจ (breath sound) ปกติ ไม่มีเสียงเสมหะหรือเสียงผิดปกติ

- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O₂Sat) 95-100%

- ผลถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ปกติ

- ผล nasopharyngeal swab for viral panel (Influenza A,B, pH1N1) = ไม่พบเชื้อ

white cell count 4,000-11,000/mm³
neutrophils 40-74% lymphocytes 3.4-9%,
monocytes 3.4-9%

การพยาบาล

1. ดูแลให้ออกซิเจน cannula 3 LMP
ตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง (clear airway)
ลดการคั่งค้างของเสมหะดังนี้

2.1 หากผู้ป่วยสามารถไอได้เอง

- สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ (deep breathing) 3-5 ครั้ง และสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) โดยหายใจเข้าออกลึก ๆ 3 ครั้ง กลั้นหายใจ และไอออกมาแรง ๆ ให้ผู้ป่วยชักซ้อมจนทำได้คล่องแคล่ว

- ช่วยเคาะปอด (percussion)

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถขับเสมหะที่คั่งค้างออกมา หลังการเคาะปอดทันที

2.2 หากผู้ป่วยไม่สามารถไอได้ด้วยตนเอง

- ช่วยเคาะปอด (percussion) และดูดเสมหะ (suction) ให้

3. ให้ผู้ป่วยดูดเครื่องเป่าบริหารปอด (Tri-ball incentive spirometry หรือ tri Flow) 5-10 ครั้ง/ชม. ให้ลูกบอลในเครื่องเป่าบริหารปอดลอยอย่างน้อย 2 ลูก ในช่วงกลางวัน เพื่อกระตุ้นให้ปอดได้ขยายและป้องกันการเกิดปอดแฟบ

4. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงตั้งแต่ 45° ขึ้นไป เพื่อให้หายใจสะดวกในช่องท้องหย่อนตัวลงปอดขยายตัวได้มากขึ้น

5. วัดอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O₂Sat) ทุก 4 ชั่วโมง

6. ประเมินอาการของภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (tissue hypoxia) ได้แก่ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย กระสับกระส่าย เหงื่อออกปลายมือปลายเท้าเขียว ถ้ามีอาการเหล่านี้รายงานแพทย์ทันที

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้ม (falls)

Subjective data

- ผู้ป่วยบ่นว่า ง่วง อ่อนเพลีย แขนขาชิวชาไม่มีแรง เวียนศีรษะ

Objective data

- ตาขวาเหล่เข้าใน ตาขวามัวเห็นภาพซ้อน แนวตั้ง ตาขวาบิดได้ไม่สนิท ตาซ้ายปกติ

- สายตาสั้น ต้องใส่แว่นจึงจะอ่านหนังสือได้

- ชาบริเวณลำตัวด้านขวา เดินเข้านขวา muscle power แขนขวา = 3 ขาขวา = 4 แขนซ้าย = 5

- MRI =small non enhancing hyper signal on T2W and flair at Lt medulla and Lt - อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

การพยาบาล

1. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง ในเวลาที่ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ

2. ปรับระดับเตียงที่ผู้ป่วยนอนให้ต่ำ
3. ล็อคล้อเตียงนอนตลอดเวลา เพื่อป้องกันการเลื่อนของเตียงเมื่อผู้ป่วยเกาะเตียงและก้าวเดิน
4. แนะนำผู้ป่วยในการลุกเดินตามลำดับคือ
 - 4.1 พลิกตะแคงตัวหันหน้าไปทางด้านที่จะลุกจากเตียงช้า ๆ
 - 4.2 ใช้มือด้านที่มีแรงช่วยดันตัวค่อย ๆ ลุกนั่งบนเตียงสักครู่ ตรวจสอบว่าตนเองไม่เวียนศีรษะ
 - 4.3 แจ้งพยาบาลให้ตรวจสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา โดยต้องได้รับการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก่อนการเดินทุกครั้ง เมื่อประเมินแล้วได้รับแจ้งว่าให้เดินได้ จึงจะก้าวเดินอย่างระมัดระวัง โดยมีพยาบาลอยู่ด้วยทุกครั้ง
 - 4.4 แนะนำผู้ป่วยสวมแว่นตาก่อนก้าวเดิน
5. ดูแลเปิดไฟทางเดินและห้องนอนผู้ป่วยให้มีแสงสว่างเพียงพอ
6. จัดเรียงของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยในโต๊ะข้างเตียงให้เป็นระเบียบ หยิบใช้สอยได้ง่าย
7. จัดวางปุ่มกดขอความช่วยเหลือไว้ใกล้มือเพื่อให้สะดวกในการหยิบจับ และตรวจสอบเสมอว่าใช้ได้จริง
8. ดูแลห้องอาบน้ำให้แห้งสะอาด มีเก้าอี้ที่แข็งแรงมั่นคงไม่ลื่น แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ลื่นล้มตก เพื่อให้นักการสามารถเปิดเข้าไปช่วยเหลือได้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ¹⁹

unสรุป

ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มพบมีผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B เพิ่มมากขึ้นในฤดูฝนที่มีอากาศเย็นกว่าปกติ ไข้หวัดใหญ่จากเชื้อสายพันธุ์ B มักทำให้เกิดอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย หรือนำไปสู่ภาวะปอดอักเสบได้น้อยกว่าการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่จากเชื้อสายพันธุ์ A ในกรณีศึกษาี้พบว่าการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่จากเชื้อสายพันธุ์ B อาจพัฒนาไปสู่ความพิการได้ ถ้ามาถึงมือแพทย์ได้ไม่ทันเวลา ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดรับเชื้อและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อป่วยจะทำให้โรคไม่ลุกลามพัฒนาไปสู่อาการที่หนักขึ้นได้จึงเป็นสิ่งที่ดีกว่า ในช่วงฤดูฝนที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูง พยาบาลควรแนะนำให้ประชากรทั่วไปใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องไปอยู่ในที่ชุมชน หมั่นล้างทำความสะอาดมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์บ่อย ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสและสำหรับผู้ที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่จากเชื้อสายพันธุ์ B แล้วควรพักผ่อนให้เพียงพอ ใส่ใจดูแลร่างกายให้อบอุ่น รับประทานอาหารที่มีโปรตีนส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดขาวที่ใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายโดยเฉพาะการว่ายน้ำ เนื่องจากการว่ายน้ำทำให้มีการสูดสำลักน้ำ อาจทำให้เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ที่เพิ่งได้รับในเยื่อโพรงจมูกมีโอกาสผ่านเข้าสู่สมองทางเส้นประสาททอลแฟกทอรี (olfactory nerve) เข้าสู่ฮอลแฟกทอรีบัลบี (olfactory bulb) แล้วเข้าสู่ฮอลแฟกทอรีโลบ (olfactory lobe) ของสมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) แล้วกระจายสู่สมองส่วนอื่น ๆ ทำให้เกิดภาวะสมองอักเสบ (encephalitis) ได้²⁰ ในเด็กเล็กถ้ามีภาวะสมองอักเสบเกิดขึ้นอาจทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาที่รวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับยาต้านไวรัส

oseltamivir (tamiflu) ให้ทันภายใน 1-2 วัน ส่วนในผู้ใหญ่หรือเด็กโต อาจทำให้เกิดความพิการขึ้นได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ที่พักรักษาตนเองที่บ้านให้สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

ในโรงพยาบาลการรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่จากเชื้อสายพันธุ์ B ที่มีภาวะสมองอักเสบ แพทย์มักให้ยาต้านไวรัส oseltamivir ร่วมกับการให้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ เช่น methyl prednisolone ในปริมาณที่สูง เพื่อลดกระบวนการอักเสบของเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาท ยานี้ทำให้เซลล์ของร่างกายลดการใช้น้ำตาลกลูโคส (glucose) แต่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น^{21,22} แพทย์จะมีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและปัสสาวะ โรงพยาบาลต้องสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงคือ ปัสสาวะและหิวน้ำบ่อย นอกจากนี้ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B มักทำให้เกิดการอักเสบของเส้นใยกล้ามเนื้อเรียบ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้เนื้อหัวใจอ่อนแรงในการบีบตัวและมีการเต้นของหัวใจช้าลง ซึ่งเป็นอันตรายกับชีวิตมากกว่าไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A ดังนั้นแพทย์มักจะติดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้ผู้ป่วยในช่วงแรกที่มีอัตรากล้ามเนื้ออ่อนแรงและพบการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ โรงพยาบาลต้องเฝ้าสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจ ไม่ให้ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที และความแรงของชีพจรต้องปกติ นอกจากนี้การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ที่มีภาวะสมองอักเสบ (encephalitis) ส่งผลทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการปากเบี้ยว กลืนอาหารลำบาก แขนขาอ่อนแรง ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย

ภาพลักษณ์ และท้อแท้สิ้นหวัง เนื่องจากต้องเสียเวลารักษานานหลายเดือนและไม่อาจทำนายการพิการของตนเองได้ ในช่วงเวลานี้การทำกายภาพบำบัดช่วยให้แขนขาที่อ่อนแรงได้มีการเคลื่อนไหว ผักกาดการกลืนทุกวัน เพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อได้มีการทำงาน จะช่วยให้สามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติได้เร็วหลังอาการจากภาวะสมองอักเสบหายไป และพยาบาลควรให้กำลังใจและประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยอยู่เสมอ นอกจากนี้เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B ยังอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการเรย์ซินโดรม (reye's syndrome) ได้ภายหลังอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหายไปแล้ว 1-2 อาทิตย์ ซึ่งจะพบว่าเซลล์ตับมีการทำงานที่มากขึ้นผิดปกติและมีภาวะสมองบวมได้ เมื่อกลับไปบ้านพยาบาลต้องแนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการตัวตาเหลือง ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากอาการของโรคสงบลงถ้าพบให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

ดังนั้นในฐานะพยาบาลบทความนี้จะมีประโยชน์เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B เพื่อให้ได้เฝ้าระวังอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การเต้นของหัวใจ การประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological signs) ระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของตับ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้เหมาะสมทันที่กับอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ และยังมีประโยชน์ในการให้คำแนะนำให้รักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีโปรตีน พักผ่อนให้เพียงพอ เพราะช่วงที่ป่วยร่างกายต้องใช้เม็ดเลือดขาวต่อสู้กับเชื้อไวรัสและระหว่างการรักษาผู้ป่วยต้องไม่หักโหมออกกำลังกายโดยเฉพาะการว่ายน้ำ ซึ่งอาจทำให้มีการกระจายของเชื้อจากโพรงจมูกสู่สมองได้ในเวลาที่รวดเร็ว²¹

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Risk evaluation summary report of influenza. Nonthaburi: Ministry of Public Health Thailand; 2018.
2. Jorgensen JH, Pfaller MA, Carroll KC, Funke G, Landr ML, Richter SS, Warnock DW, editors. Manual of clinical microbiology. 11th ed. Washington: ASM Press; 2015.
3. King AMQ, Adams MJ, Carstens EB, Lefkowitz EJ, editors. Virus taxonomy, classification and nomenclature of viruses, ninth report of the International Committee on Taxonomy of Viruses. London; Academic Press; 2001.
4. Shtyrya YA, Mochalova LV, Bovin NV. Influenza virus neuraminidase: structure and function. *Acta Naturae* 2009;1(2):26-32.
5. Sautto GA, Kirchenbaum GA, Ross TM. Towards a universal influenza vaccine: different approaches for one goal. *Virol J* 2018;15(1):17.
6. Tokars JI, Olsen SJ, Reed C. The seasonal incidence of symptomatic influenza in the United States. *Clin Infect Dis* 2018;66(10):1511-8.
7. Cox MM, Izikson R, Post P, Dunkle L. Safety, efficacy, and immunogenicity of Flublok in the prevention of seasonal influenza in adults. *Ther Adv Vaccines* 2015;3(4):97-108.
8. Watanabe T, Kawakami E, Shoemaker JE, Lopes TJ, Matsuoka Y, Tomita Y, et al. Influenza virus-host interactome screen as a platform for antiviral drug development. *Cell Host Microbe* 2014;16(6):795-805.
9. Wright P. "Influenza virus." In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HR, editors, Nelson textbook of pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 1072-5.
10. Huang SSH, Banner D, Paquette SG, Leon AJ, Kelvin AA, Kelvin DJ. Pathogenic influenza B virus in the ferret model establishes lower respiratory tract infection. *J Gen Virol* 2014;95 (Pt 10):2127-39.
11. Kawada J, Kimura H, Ito Y, Hara S, Iriyama M, Yoshikawa T, Morishima T. Systemic cytokine responses in patients with influenza-associated encephalopathy. *J Infect Dis* 2003;188(5):690-8
12. Morishima T, Togashi T, Yokota S, Okuno Y, Miyazaki C, Tashiro M, Okabe N. Encephalitis and encephalopathy associated with an influenza epidemic in Japan. *Clin Infect Dis* 2002;35(5):512-7.

13. Yokota S, Imagawa T, Miyamae T, Ito S, Nakajima S, Nezu A, Mori M. Hypothetical pathophysiology of acute encephalopathy and encephalitis related to influenza virus infection and hypothermia therapy. *Pediatr Int* 2000;42(2):197-203.
14. Baghbanian SM. Influenza vaccination in patients with multiple sclerosis is possible with some considerations. *Iran J Neurol* 2016;15(2):109-10.
15. Iwasaki H. Influenza-associated intrapelvic myositis in an elderly person presenting with gait disturbance. *BMJ Case Rep* 2019;12(5): pii: e229355. doi: 10.1136/bcr-2019-229355.
16. Britton PN, Dale RC, Blyth CC, Macartney K, Crawford NW, Marshall H, et al. Influenza-associated Encephalitis/Encephalopathy Identified by the Australian Childhood Encephalitis Study 2013-2015. *Pediatr Infect Dis J* 2017;36(11):1021-6.
17. Goenka A, Michael BD, Ledger E, Hart IJ, Absoud M, Chow G, et al. Neurological manifestations of influenza infection in children and adults: results of a National British Surveillance Study. *Clin Infect Dis* 2014;58(6):775-84.
18. Hubbard K, Pellar G, Emanuel P. Suitability of Commercial Transport Media for Biological Pathogens under Nonideal Conditions. *Int J Microbiol* 2011;2011:463096. doi: 10.1155/2011/463096
19. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar CR. Medical-surgical nursing: concepts for interprofessional collaborative care. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2018
20. Huether SE, McCance KL. Understanding pathophysiology. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
21. Skidmore-Roth L. Mosby's 2018 nursing drug reference. 31st ed. St. Louis: Elsevier. Mosby; 2018.
22. Tamez-Pérez HE, Quintanilla-Flores DL, Rodríguez-Gutiérrez R, González-González JG, Tamez-Pérez AL. Steroid hyperglycemia: prevalence, early detection and therapeutic recommendations: a narrative review. *World J Diabetes* 2015;6(8):1073-81.