

ปัญหาในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ (Adult Dengue)

ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ส่วนมากมักมีอาการไม่รุนแรงและมีลักษณะอาการทางคลินิกคล้ายคลึงกับการติดเชื้อไวรัสอื่น ๆ หรือ ไข้เด็งกี (dengue fever, DF) มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่เป็นไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever, DHF) ซึ่งมี plasma leakage ที่บางครั้งอาจมีความรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อก (dengue shock syndrome, DSS) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่มักพบภาวะเลือดออกในบริเวณเยื่อเมือกต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการกินยาแก้ปวดลดไข้ในกลุ่ม NSAIDs หรือมีผลในกระเพาะอาหาร และภาวะประจำเดือนมามากกว่าปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้ออื่น ๆ ร่วม (co-infections) มักมีลักษณะอาการทางคลินิกที่ผิดไปจากปกติ จึงทำให้วินิจฉัยได้ยากและล่าช้า เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่าง ๆ ตามมา

Problems in Adult Dengue Management:

	ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1	ผู้ป่วยมาช้า จึงมาพร้อมกับภาวะช็อก (DSS) หรือภาวะช็อกนาน (prolonged shock) ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับวาย ไตวาย และ/หรืออาการทางสมอง เป็นต้น	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. ให้นึกถึงโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยที่มาด้วยไข้เฉียบพลัน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีไข้ชัดเจน มีเพียงอาการไม่สบายตัว หรือคลื่นไส้หรืออาเจียน จึงควรทำ CBC และ tourniquet test ร่วมกับค้นหาภาวะเลือดออกผิดปกติ 1.2. ให้คำแนะนำระยะอันตรายของโรคไข้เลือดออก นั่นคือ ช่วงไข้ลง ถ้าไข้ลงหรือไม่มีไข้ แต่อาการไม่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียนมาก หรือเบื่ออาหาร ให้รีบมาโรงพยาบาล
2	แพทย์วินิจฉัยช้า	<ol style="list-style-type: none"> 2.1. ระบุไข้ให้ดู CBC ตั้งแต่วันที่ 3 ของไข้เป็นต้นไป ถ้ามี leukopenia ($WBC \leq 5,000 \text{ cells/mm}^3$) และ/หรือ thrombocytopenia ($\text{platelet} \leq 100,000 \text{ cells/mm}^3$) แสดงว่า ผู้ป่วยน่าจะเข้าสู่ระยะวิกฤต <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1. ควรเริ่มให้ IV fluid เมื่อมีค่า Hct เพิ่มขึ้น กินอาหารไม่ได้ และ/หรือดื่มน้ำไม่ได้ 2.1.2. ควรรับไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร มี warning signs (อาการไม่ดีขึ้นเมื่อเข้าสู่ช่วงไข้ลง ปวดท้อง อาเจียน และภาวะเลือดออกผิดปกติ) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน อายุมาก ตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และมีโรคประจำตัว) หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมาโรงพยาบาลในเวลากลางคืน 2.1.3. ควรพึงระลึกว่าการตรวจหา NS1Ag ในระยะไข้ มีค่าความไวของการทดสอบ 70% และไม่ช่วยในการรักษา 2.2. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (DSS) แล้ววินิจฉัยพลาดเป็น septic shock ควรเจาะหาค่า CBC, LFT, BUN, Cr ฯลฯ <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1. ถ้ามี thrombocytopenia ให้คิดว่าอาจเป็นภาวะช็อก (DSS) ได้ แม้ว่าค่า Hct จะไม่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากภาวะ concealed bleeding 2.2.2. ให้หา evidence ของ plasma leakage โดยดูค่า albumin $\leq 3.5 \text{ gm\%}$ (หรือ $\leq 4.0 \text{ gm\%}$ ในผู้ป่วยอ้วน) และการทำ bedside ultrasound เพื่อหา pleural effusion และ/หรือ ascites 2.2.3. ถ้ามีค่า AST $> 200 \text{ IU}$ ร่วมด้วย น่าจะบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็น DSS และมี concealed bleeding ที่สำคัญคือต้องให้เลือด
3	มีภาวะน้ำเกินมาก	<ol style="list-style-type: none"> 3.1. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (DSS) ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะช็อกอื่น ๆ โดยดูจาก CBC ที่มีภาวะ hemoconcentration และ thrombocytopenia (สำหรับ CBC ควรได้ผลภายใน 15-30 นาที เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้อง) 3.2. สำหรับ IV fluid resuscitation ในภาวะช็อก (DSS) <ol style="list-style-type: none"> 3.2.1. ควรให้ในปริมาณที่น้อยกว่าการ resuscitate ภาวะช็อกจากสาเหตุอื่น ๆ และต้องลดอัตราเร็วของ IV fluid ตามแผนการรักษาและระยะเวลาหลังจากภาวะช็อก (DSS) 3.2.2. ควรให้ 10% Dextran-40 เป็น bolus dose (500 ml/hr) ถ้าผู้ป่วยยังมีภาวะ plasma leakage มาก โดยดูจากค่า Hct ที่ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือ ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน เช่น หน้าตาบวม แน่น อึดอัด ท้องตึง เหนื่อยหอบ และตรวจพบความผิดปกติ เป็นต้น 3.2.3. ไม่ให้ IV fluid ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก แต่ยังไม่เข้าสู่ระยะวิกฤต (ยังไม่มี thrombocytopenia) หรือไม่มีภาวะขาดน้ำ 3.2.4. ไม่ควรให้ IV fluid เกิน 36 ชม.ถ้ามีภาวะช็อก (DSS) และไม่ควรให้ IV fluid เกิน 60 ชม.ถ้าไม่มีภาวะช็อก (DSS)
4	มีภาวะช็อกนาน (prolonged shock) ทำให้เกิด hypoxia นาน เพราะให้เลือดช้า	<ol style="list-style-type: none"> 4.1. ถ้าประเมินได้ว่ามีเลือดออก $> 300 \text{ ml}$ ควรให้เลือดทันที ไม่ควรรอจนมีค่า Hct ลดลง เพราะผู้ป่วยเหล่านี้จะมี prolonged hypoxia ซึ่งจะทำให้มีภาวะตับหรือไตวายตามมา 4.2. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ไม่ควรใส่ NG tube และ/หรือทำการ irrigate เนื่องจากจะทำให้เกิด trauma และ clot ละลาย ทำให้เลือดออกมากขึ้น 4.3. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (DSS) แต่ Hct เพิ่มขึ้นไม่เกิน 20% ของระดับมาตรฐาน ต้องพิจารณาองเลือดและให้เลือด 4.4. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก (DSS) หรือมีภาวะช็อกกลับเป็นซ้ำ (re-shock) ร่วมกับมีอาการปวดท้องมาก มีค่า Hct ลดลง แต่ค่า Hct อยู่ระหว่าง 40-45% ควรให้เลือดทันที (เนื่องจากภาวะ hemoconcentration 20-30% ทำให้มีค่า Hct สูงกว่าปกติ)

ศาสตราจารย์ (คลินิก) แพทย์หญิงศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ
ศาสตราจารย์ (คลินิก) แพทย์หญิงมุกดา หวังวีรวงศ์
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิภา ธนาชาติเวทย์