

การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลชุมชน

กิติภูมิ จุฑาสmit *

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการหลักสำหรับประชาชนในอำเภอต่าง ๆ. ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สถานบริการประเภนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง. บทบทความพิเศษนี้เป็นการนำเสนอความรู้พื้นฐาน และแนวการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่โรงพยาบาลชุมชน อันประกอบด้วยเป้าหมายและการจัดการบริการ, การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก, การจัดองค์กรหน่วยบริการ, การศึกษาการฝึกอบรมและทักษะของบุคลากรทางการแพทย์. จากนั้นเป็นการกล่าวถึงสถานการณ์การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ. ปัจจัยคุณภาพการดูแลและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งตัวชี้วัดใช้ในการประเมินและกลยุทธ์การเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลชุมชน.

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, การดูแลรักษา,โรงพยาบาลชุมชน

Abstract : Care of Dengue Hemorrhagic Fever in a Community Hospital

Kitipoom Jutasmit *

Phusing Hospital, Sisaket Province

Community hospital care providers have the pivotal role in the care of people with dengue hemorrhagic fever, and it is imperative that such care be improved. This short review describes the following issues concerning dengue hemorrhagic fever management in a community hospital : the goals and provision of care for dengue hemorrhagic fever, organization of care, and the education, training and skill of the health-care team. It also describes the current situation of dengue hemorrhagic fever management in community hospitals, both in Thailand and other countries, the predictors of high-quality care, and the barriers to control of dengue hemorrhagic fever, while suggesting indicators for auditing the quality of dengue hemorrhagic fever care and the strategies to be utilized for improving dengue hemorrhagic fever management in a community hospital.

Key words : dengue hemorrhagic fever, community hospital

ภูมิหลัง

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่. ส่วนใหญ่พบในภูมิภาคเขตร้อนของโลก. เริ่มมีรายงานประปรายตั้งแต่ พ.ศ.๒๔๙๒ แต่เกิดระบาดใหญ่เป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อพ.ศ.๒๔๙๗. ในช่วงก่อน พ.ศ.๒๕๑๓ มีเพียง ๙ ประเทศที่มีรายงานการระบาดของโรค เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า ๔ เท่าใน พ.ศ.๒๕๓๘ และแพร่ระบาดมากกว่า ๑๐๐ ประเทศ

ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้, อเมริกาใต้, แถบเมดิเตอร์เรเนียน, แอฟริกาและหมู่เกาะแปซิฟิกตะวันตก, มีอยู่กลายเป็นพาหะแพร่เชื้อ. ไวรัสเดงกีที่ก่อโรคในคนมี ๔ ชนิด ได้แก่ DEN-๑ DEN-๒ DEN-๓ และ DEN-๔. โรคไข้เลือดออกมีความรุนแรง ๓ ระดับ ได้แก่ ไข้เดงกี (dengue fever), ไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever) และกลุ่มอาการช็อคไข้เลือดออก (dengue shock syndrome). โดยปกติโรคไข้เดงกี



(DF) มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ พบในทารก เด็กเล็กและผู้ใหญ่ อาการจะไม่รุนแรงจนทำให้เสียชีวิต. ส่วนโรคไข้เลือดออก (DHF) จะมีอาการที่รุนแรงกว่าโดยมีอาการปวดศีรษะ, ปวดกล้ามเนื้อ, มีไข้สูงลอย ๒-๗ วัน ก็มีผื่นขึ้น, มีเลือดออกตามร่างกาย, ตับโต และอาการจะดีขึ้นในเวลาต่อมา. ในรายที่มีอาการแทรกซ้อนมากขึ้นอาการจะรุนแรงเข้าสู่ภาวะช็อก(DSS) และเสียชีวิตได้ภายใน ๑๒-๒๔ ชั่วโมงถ้ารักษาไม่ถูกต้องและทันห่วงที่.

ประเทศไทยมีการระบาดครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑ พบผู้ป่วยจำนวน ๒,๗๐๖ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๐.๖ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๒๙๖ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๑๐.๙ และมักมีการระบาดเป็นระยะๆทุก ๒-๓ ปี โดยมีการกระจายจากเขตเมืองไปสู่ชนบท ปัจจุบันพบได้ทั่วประเทศ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทยในปี๒๕๔๙ ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม ๒๕๔๙พบผู้ป่วยแล้ว๔๒,๔๕๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย๖๘.๐๒ ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วย ๑๒,๓๑๒ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๗.๗๓ และสำหรับในพื้นที่ที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อจำแนกผู้ป่วยรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราป่วยเกินเป้าหมาย (มากกว่า ๕๐ ต่อประชากรแสนคน) ได้แก่ สกลนคร กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ และมุกดาหาร คิดเป็นอัตราป่วย ๗๖.๘๑, ๕๘.๔๕, ๕๓.๗๓ และ ๕๓.๖๘ ตามลำดับ

คำนิยาม

ไข้เดงกี

“Probable case” คือ ผู้ป่วยที่มีไข้ขึ้นอย่างกะทันหัน ร่วมกับอาการต่อไปนี้อย่างน้อย ๒ข้อ.

๑. ปวดศีรษะ
๒. ปวดเมื่อยตามตัว
๓. ปวดกระบอกตา
๔. ปวดข้อ/ปวดกระดูก
๕. ผื่น
๖. ตรวจเลือดพบมีเม็ดเลือดขาวต่ำ
๗. เลือดออกตรวจพบจุดเลือดที่ผิวหนังโดยวิธี

tourniquet test, มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง, เลือดกำเดา.

“Confirmed case” คือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจแยกเชื้อไวรัส และ/หรือ การตรวจหาแอนติบอดียืนยันการติดเชื้อเดงกี.

ไข้เลือดออกเดงกี

๑. ไข้เกิดเฉียบพลันและสูงลอย
๒. อาการเลือดออก อย่างน้อยมี positive tourniquet test ร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ.
๓. เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม.
๔. เลือดขึ้นขึ้น ดูจากค่า Hct เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของ Hct เดิม ไข้เลือดออกเดงกีที่ช็อก (Dengue shock syndrome ; DSS)

ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ที่มีอาการช็อก คือ มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้

๑. มีชีพจรเบาเร็ว
๒. มีการเปลี่ยนแปลงในระดับแรงดันเลือด ตรวจพบมี pulse pressure แคบ ≤ 20 มม.ปรอท (โดยไม่มี ภาวะความดันโลหิตต่ำเกิน).
๓. poor capillary refill >2 วินาที
๔. มือ/เท้า เย็นขึ้น กระสับกระส่าย

การติดเชื้อไวรัสเดงกี

การติดเชื้อไวรัสเดงกีในเด็ก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็ก เมื่อมีการติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการหรืออาการไม่รุนแรง. องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ตามลักษณะเวชกรรมดังต่อไปนี้

๑. ไข้แยกสาเหตุไม่ได้ (Undifferentiate fever ; UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส มักพบในทารกหรือเด็กเล็ก

จะปรากฏเพียงอาการไข้ ๒-๓ วัน. บางครั้งอาจมีผื่นแบบ maculopapular มีอาการคล้ายคลึงกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยได้จากลักษณะเวชกรรม.

๒. ไข้เดงกี มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่

มักมีอาการไม่รุนแรง มีเพียงไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว, หรือมีอาการของ DF คือมีไข้สูงกะทันหัน, ปวดศีรษะ, ปวดรอบกระบอกตา, ปวดกล้ามเนื้อ, ปวดกระดูกรุนแรง และมีผื่น. บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนังจากการตรวจ tourniquet test. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำรวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำด้วย. ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้ว จะมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถ

วินิจฉัยจากลักษณะเวชกรรมได้แน่นอน ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลืองหรือการแยกเชื้อไวรัส.

๓. ไข้เลือดออกเดงกี มีลักษณะเวชกรรมเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน คือ มีไข้สูงลอยร่วมกับอาการเลือดออก, ตับโต, และมีภาวะช็อคในรายที่รุนแรง. ในระยะมีไข้จะมีอาการต่างๆ คล้าย DF แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อคเกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS). การรั่วของพลาสมาซึ่งถือเป็นลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของโรคไข้เลือดออกเดงกี สามารถตรวจพบได้จากการที่มีค่าฮีมาโทคริตสูงขึ้น มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง.

ลักษณะเวชกรรม

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ ๕-๘ วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกีไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงเสียชีวิตได้. โรคไข้เลือดออกเดงกีมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบ ค่อนข้างเฉพาะ ๔ ประการ เรียงตามลำดับการเกิดดังนี้

๑. ไข้สูงลอย ๒-๗ วัน
๒. มีอาการเลือดออก ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
๓. มีตับโต กดเจ็บ
๔. มีการไหลเวียนเลือดล้มเหลว / ภาวะช็อค.

การดำเนินโรค

ไข้เลือดออกเดงกีแบ่งได้เป็น ๓ ระยะ คือ ระยะไข้, ระยะวิกฤต / ช็อค, และระยะฟื้นตัว.

๑. **ระยะไข้** ผู้ป่วยทุกรายมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน. ส่วนใหญ่มีไข้สูงเกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียส อาจสูงถึง ๔๐-๔๑ องศาเซลเซียส. บางรายอาจชักโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน หรือในเด็กอายุน้อยกว่า ๖ เดือน. ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง และอาจตรวจพบคอหอยแดง. ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาการนำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรก และโรคทางหายใจได้. เด็กโตอาจบ่นปวดศีรษะ และปวดรอบกระบอกตา. ในระยะไข่นี้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร, บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดโดยทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่ตับโต.

ส่วนใหญ่ไข้สูงลอยอยู่ ๒-๗ วัน. ประมาณร้อยละ ๑๕ อาจมีไข้สูงนานเกิน ๗ วันและบางรายไข้เป็นแบบไบเฟลิก. อาจพบมีผื่นแบบอีริธีมีมา หรือแมคูลอปาลารลักษณะคล้ายผื่นเหือด. อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือ ที่ผิวหนัง โดยหลอดเลือดเปราะ แตกง่าย. ร้อยละ ๘๐-๘๕ tourniquet test ให้ผลบวกตั้งแต่ ๒-๓ วันแรกของโรค ร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน. ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำน้ำลายเจือขาว ซึ่งเป็นการเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่ง ส่วนใหญ่พบร่วมกับภาวะช็อค. รายที่เป็นอยู่นานมักคล้ายพบตับโตในวันที่ ๓-๔ นับแต่เริ่มป่วย. ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ ตับจะนุ่มและกดเจ็บ.

๒. **ระยะวิกฤต/ช็อค** ระยะนี้ ผู้ป่วยทุกรายมีการรั่วของพลาสมา. ระยะรั่วประมาณ ๒๔-๔๘ ชั่วโมง. ผู้ป่วยประมาณ ๑ ใน ๓ มีอาการรุนแรง จากการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากมีพลาสมารั่วเข้าไปในช่องปอด/ช่องท้องมาก เกิดช็อคปริมาตรเลือดน้อยเกิน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดพร้อมๆ กับที่ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว. เวลาที่เกิดช็อคจึงขึ้นอยู่กักระยะไข้ เกิดได้ตั้งแต่วันที่ ๓ ของโรค (ถ้ามีไข้ ๒ วัน) หรือเกิดวันที่ ๘ ของโรค (ถ้ามีไข้ ๗ วัน). ผู้ป่วยมีอาการเลวลง เริ่มกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ซีพจรเบาเร็ว แรงดันเลือดเปลี่ยนแปลง, ตรวจพบ แรงดันซีพจรแคบเท่ากับหรือน้อยกว่า ๒๐ มม.ปรอท โดยมีแรงดันไดแอสทอลิก เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (๑๑๐/๙๐ หรือ ๑๐๐/๘๐ มม.ปรอท). ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่อยู่ในภาวะช็อคส่วนใหญ่รู้สึกดี พูดรู้เรื่อง อาจบ่นกระหายน้ำ. บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกะทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อค จึงบางครั้งวินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะวิกฤตคัลยกรรม (acute abdomen). ภาวะช็อคที่เกิดขึ้นนี้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว. ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงเข้าสู่ระยะ profound shock, ขอบปากเขียว, ผิวกายสีม่วงๆ ตัวเย็น, ชีต, จับซีพจรและหรือวัดแรงดันเลือดไม่ได้, ภาวะรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป และจะเสียชีวิตภายใน ๑๒-๒๔ ชั่วโมง หลังเริ่มช็อค. หากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อคอย่างทันท่วงที และถูกต้อง ส่วนใหญ่ก็จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว. ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลด ผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของซีพจร และแรงดันเลือด ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในการไหลเวียนเลือดจากการรั่วของพลาสมา แต่รั่วไม่มากจึงไม่ทำให้เกิดภาวะช็อค.



ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้นๆ ก็จะมีดีขึ้นอย่างรวดเร็ว.

ภาวะช็อคเกิดจากสาเหตุ ๒ ประการ คือ

๑. ปริมาตรเลือดลดลงเนื่องจากการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะช็อคพร่องเลือดตั้งข้อบ่งชี้ดังนี้

- ๑.๑ ระดับฮีมาโทคริตเพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อค และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา.
- ๑.๒ มีสารน้ำในช่องปอดและช่องท้อง. การวัดดัชนีสารน้ำโพรงเยื่อหุ้มปอดพบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค.
- ๑.๓ ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา.
- ๑.๔ แรงดันเลือดดำส่วนกลางต่ำ.
- ๑.๕ มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้สารคริสตัลลอยด์ และสารคอลลอยด์ทางหลอดเลือดดำเพื่อชดเชย.

๒. ระดับความต้านทานส่วนรอบเพิ่มขึ้น เห็นได้จากระดับแรงดันชีพจรแคบ โดยมีแรงดันเลือดไดแอสทอลิกสูงขึ้น เช่น ๑๐๐/๙๐, ๑๑๐/๑๐๐, ๑๒๐/๑๐๐ มม.ปรอท ในระยะที่มีภาวะช็อค. นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทางพลวัตเลือดที่สนับสนุนว่าความต้านทานส่วนรอบเพิ่มขึ้น. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในช่วงนี้ ได้แก่ ตับอักเสบ, ตับล้มเหลว, ไตล้มเหลว, โรคสมอง, เลือดออกมาก, เลือดจับลิ่มในหลอดเลือดทั่วกาย (DIC) ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีสิ่งใดมาช่วยทำนายความรุนแรงของโรคในระยะวิกฤตได้.

ระยะฟื้นตัว ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว. ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อค เมื่อใช้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น. ส่วนผู้ป่วยช็อคถึงแม้จะช็อครุนแรง ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะไม่คืนกลับ จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด, ฮีมาโทคริตจะลงมากางที่ และชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้น, แรงดันเลือดปรกติ, มีแรงดันชีพจรกว้าง, ปริมาตรปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น. ผู้ป่วยจะมีความอยากอาหาร. ระยะฟื้นตัวมีช่วงเวลาประมาณ ๒-๓วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน ถึงแม้จะยังตรวจพบสารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด, / ช่องท้อง. ในระยะนี้อาจตรวจพบ

ชีพจรเต้นช้า อาจมีผื่นจุดเลือดออกใต้หนังรวมตัวเป็นกระจุกมีลักษณะเป็นวงกลมเล็กๆ มีสีขาของผิวน้ำปรกติท่ามกลางผื่นสีแดง ซึ่งพบในรายไข้แดงก็เช่นเดียวกัน. ระยะทั้งหมดของไข้เลือดออกเดงกีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ ๗-๑๐ วัน.

ความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เดงกี มี ๔ ระดับดังนี้

- ระดับที่ ๑ การทดสอบรัดแขนให้ผลลบว และหรือผิวน้ำขาเลือดง่าย ไม่มีภาวะเลือดออก และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ.
- ระดับที่ ๒ ผู้ป่วยมีเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดา หรืออาเจียน/ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ.
- ระดับที่ ๓ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ชีพจรเบาเร็ว, แรงดันชีพจรแคบ หรือแรงดันเลือดต่ำ, มีตัวเย็น ผิวน้ำมีเห็งขึ้น, กระสับกระส่าย, ปัสสาวะน้อยลง.
- ระดับที่ ๔ ผู้ป่วยช็อครุนแรง, วัดแรงดันเลือดและหรือจับชีพจรไม่ได้, มีเลือดออกมาก.

ผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงระดับที่ ๑ และ ๒ แยกจากผู้ป่วย DF ได้ จากที่ผู้ป่วย DHF มีการรั่วของพลาสมาสามารถช่วยอาจตรวจพบท้องมานน้ำ, ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีสารน้ำ, หรือภาวะเลือดเข้มข้น. ผู้ป่วย DHF ที่มีความรุนแรงระดับที่ ๓ และ ๔ จัดเข้ากลุ่มอาการช็อคเดงกี.

การดูแลรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาต้านไวรัสเดงกี แต่การรักษาตามอาการและประคับประคอง โดยการแก้ไขชดเชยการรั่วของพลาสมาและหรือเลือดที่ออกสามารถลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเสียชีวิตได้. ทั้งนี้แพทย์ต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค, สามารถวินิจฉัยโรคได้เร็วและถูกต้อง, ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการพยาบาลที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤตในช่วงประมาณ ๒๔-๔๘ ชั่วโมงที่มีการรั่วของพลาสมา.

๑. ติดตามดูอาการและการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยดูระดับเกล็ดเลือดที่ลดลง และระดับฮีมาโทคริตที่เพิ่มขึ้น.

๒. ไม่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในวันแรกๆ ของโรคก่อนมีการรั่วของพลาสมา.

๓. ให้สารน้ำชดเชยเมื่อมีการรั่วของพลาสมาด้วยความระมัดระวัง ให้เพียงพอที่จำเป็นในการรักษาระดับการไหลเวียนเลือดในช่วงที่มีการรั่วเท่านั้น

๔. นึกไว้เสมอว่า อาจจะมีเลือดออกภายใน ซึ่งจำเป็นจะต้องให้เลือดชดเชย.

๕. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด รวมทั้งสารต้านจุลชีพ.

๖. หลีกเลี่ยงการรักษารุนแรงที่ไม่จำเป็น.

หลักปฏิบัติดูแลรักษา

๑. ในระยะไข้ ถ้าไข้สูงมากผู้ป่วยอาจชักได้ โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า ๖ เดือน. การให้ยาลดไข้ ควรใช้พาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน และไอบูโพรเฟนเพราะอาจทำให้เกิดเลือดทำงานผิดปกติ และระคายเคืองทำให้เลือดออกง่ายขึ้น. ที่สำคัญคืออาจทำให้เกิดอาการทางสมอง (Reye Syndrome) จึงควรให้ยาลดไข้เวลาที่ไข้สูงมากเท่านั้น เพื่อลดไข้ลงต่ำกว่า ๓๙ องศาเซลเซียส การใช้ยาลดไข้มากเกินไปจะเป็นพิษต่อตับได้. ควรใช้วิธีเช็ดตัวลดไข้ร่วมด้วย. ยาลดไข้ไม่สามารถทำให้ระยะไข้สั้นลงได้.

๒. ติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อคได้ทันเวลา. ช็อคมักจะเกิดขึ้นพร้อมกัปลายืดลง ประมาณตั้งแต่วันที่ ๓ ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ ๗ วันก็อาจช็อควันที่ ๘ ได้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยครองทราบอาการนำของช็อค ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่บริโภคน้ำหรือดื่มน้ำเลย หรือถ่ายปัสสาวะน้อยลง, มีอาการปวดท้องอย่างมาก, กระสับกระส่าย, มือเท้าเย็น. ควรแนะนำให้พามาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้.

๓. ต้องตรวจปริมาณเกล็ดเลือด และฮีมาโทคริต และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลง และฮีมาโทคริตเริ่มสูงขึ้น บ่งชี้ว่าพลาสมาเริ่มรั่วออกจากหลอดเลือด และอาจช็อคได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย. โดยทั่วไปแล้วไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในช่วงที่ยังมีไข้ โดยให้ยาลดไข้ไปกิน และแนะนำให้ผู้ป่วยครองดูแลเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และพามารับการตรวจติดตามอาการตามที่แพทย์นัด.

๔. ในรายที่ไข้ลด และมีระดับฮีมาโทคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐-๒๐ แต่ไม่มีภาวะช็อค และ

ผู้ป่วยไม่สามารถดื่มน้ำเกลือได้ ต้องให้สารน้ำเกลือน้ำตาลคือเดกซ์โทรส ๕% N/๒ หรือเดกซ์โทรส ๕% ในน้ำเกลือโอร์มัลในปริมาณชดเชยเกินที่พร่องร้อยละ ๕ โดยจัดปริมาณและเวลาการให้ตามการรั่วของพลาสมา ซึ่งประเมินจากอาการ, ฮีมาโทคริต, สัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะที่ถ่าย. ทั้งนี้จะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตลอดช่วงเวลา ๒๔-๔๘ ชม. เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป.

๕. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค หรือเลือดออก แพทย์ต้องให้การแก้ไขสภาพดังกล่าวอย่างรวดเร็วด้วยสารน้ำ, เลือดหรือสารคอลลอยด์ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและช่วยชีวิตผู้ป่วย. ภาวะช็อคต้องถือเป็นภาวะเวชกรรมรีบด่วน และให้การรักษาดังต่อไปนี้

๑. ให้น้ำเกลือไอโซโทนิคในรูปน้ำเกลือน้ำตาลปริมาณ ๑๐-๒๐ มล./กก.น.น.ตัว/ชม. ในรายที่มี ภาวะช็อครุนแรง ตัวเย็นมาก ให้ฉีดสารน้ำ ๑๐ มล./กก. เข้าหลอดเลือดดำทันที.

๒. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนแม้จะเป็นเวลาครึ่ง-๑ ชั่วโมง ควรจะลดอัตราให้สารน้ำและปรับต่อไปเรื่อยๆโดยใช้ลักษณะเวชกรรม, ฮีมาโทคริต, สัญญาณชีพ และปริมาณปัสสาวะที่ถ่ายเป็นแนวทางดูแล ซึ่งมักไม่เกิน ๒๔-๔๘ ชม. หลักการที่สำคัญคือ ให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำในปริมาณที่จำเป็นสำหรับการประกอบกรไหลเวียนเลือดในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น.

๓. แก้ไขภาวะเมแทบอลิซึมและอิเล็กโทรไลต์แปรปรวนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะภาวะกระเตี้ยกรด, ภาวะเลือดพร่องน้ำตาล และภาวะเลือดพร่องแคลเซียม. ถ้าอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นต่อนี้ถึงภาวะเลือดออกเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่มักจะออกในทางเดินอาหาร. ผู้ป่วยที่ยังช็อคภายหลังได้รับสารรีย์ทลลอยด์ / คอลลอยด์ปริมาณมากพอ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถลดอัตราให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำลงได้เลย และฮีมาโทคริตได้ลด



ลงแล้ว เช่นลดจากร้อยละ ๕๐ เป็น ๔๐ ต่อกันนี้ กถึงภาวะเลือดออกภายใน ต้องเริ่มให้เลือดซึ่งควรจะเป็นเลือดครบ สดประมาณร้อยละ ๑๕ ของผู้ป่วยที่ช็อค รุนแรงอยู่นาน.

สาเหตุการตายที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยที่ช็อคยึดเยื่อ, ผู้ป่วยที่มีการตกเลือดภายใน, ภาวะสาร์นาเกินจากการให้สารนำทาง หลอดเลือดดำมากเกินไปโดยไม่ให้เลือดทดแทน, และภาวะตับวายแม้ได้รับการรักษาแบบเดียวกับผู้ป่วยตับวายจากโรคตับ อักเสบที่มีอัตราการตายสูงมาก.

ข้อสังเกต

ระยะที่มีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่เป็นเวลาประมาณ ๒๔-๔๘ ชม. การให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำ ก่อนที่มีการรั่วของ พลาสมา (ก่อนระดับเกล็ดเลือดลด < ๑๐๐,๐๐๐เซลล์/ลบ.มม. และก่อนที่ฮีมาโทคริตจะเพิ่มขึ้น) ไม่สามารถป้องกันภาวะช็อค ได้. การให้สารน้ำเข้าไปเพื่อที่จะชดเชยในช่วงที่มีการรั่วของ พลาสมาเท่านั้น ในขณะที่ยังไม่มียาใดๆ ที่สามารถยับยั้งการรั่ว ของพลาสมาได้.

เนื่องจากพลาสมาที่รั่วออกไปจะอยู่ในโพรงเยื่อหุ้มปอด หรือช่องท้อง การให้ชดเชยควรจะให้ให้น้อยที่สุดที่จำเป็นในการ ประคองการไหลเวียนเลือดเท่านั้น การให้มากเกินไปจะทำให้มีการรั่วออกไปมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดปัญหาการหายใจ ลำบากจากมีสารน้ำในโพรงร่างกาย และอาจทำให้มีอันตรายมากกว่าความรุนแรงของโรคเอง.

เนื่องจากสิ่งที่รั่วออกไปคือ พลาสมาและผู้ป่วยที่มี อาการรุนแรงมักมีภาวะเลือดพร่องโซเดียม ดังนั้นชนิดของสาร น้ำที่ใช้ในการรักษาโรคใช้เลือดออกเองก็ควรจะมีส่วนผสมที่ใกล้เคียงกับพลาสมามากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการ ช็อค ที่แนะนำให้ใช้คือเดกซ์โทรส ๕% ในน้ำเกลือความเข้มข้น เดียวหรือน้ำเกลือนอร์มัล. สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปีถ้าไม่อยู่ใน ภาวะช็อคแนะนำให้ใช้เดกซ์โทรส ๕% ในน้ำเกลือ กิ่งนอร์มัล.

ผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกเองก็มีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะ ชำรงดุลที่สำคัญคือ มีเกล็ดเลือดต่ำ (< ๕,๐๐๐ เซลล์/ลบ.มม. ในรายที่ช็อค) และเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ และมีการ เปลี่ยนแปลงในการแข็งตัวของเลือดโดยมี PTT และ TT ผิด ประกติ และในบางรายอาจมี PT ผิดปกติด้วย (มีตับล้มเหลว

ร่วมด้วย). การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมี เลือดออกอย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ช็อคอยู่นานจนมีภาวะกระตืดยตรตเหตุเมแทบอลิสม. ดังนั้นในรายที่ ช็อคอยู่นาน จะต้องนึกถึงการมีเลือดออกภายในซึ่งส่วนใหญ่จะ ออกในทางเดินอาหาร และอาจจะออกในอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ เช่นหัวใจและสมอง. ในรายที่มีเลือดออกในสมองจะทำให้มี อาการกระตุก และชักได้.

การเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอด ระยะ วิฤตเป็นเรื่องสำคัญมากในการรักษาพยาบาลโรคใช้เลือดออก เองก็. ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการชดเชยพลาสมา ที่เสียไปหรือได้รับ ทดแทนเข้าไป แม้จะเป็นช่วงระยะสั้นๆ ก็อาจจะจะมีผลต่อ ผู้ป่วยทำให้ช็อครุนแรงได้ ตลอดจนเกิดภาวะเลือดจับลิ่ม ในหลอดเลือดทั่วๆ (DIC) ตามมา ทำให้การพยากรณ์โรค เลวลงได้.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑. ส่วนใหญ่เม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำกว่าปกติ (น้อยกว่า ๕,๐๐๐ เซลล์/ลบ.มม.). ในวันแรกอาจจะปกติ หรือ สูงเล็กน้อย โดยมีชนิดนูเคลียสหลายสัญญาณ (PMN) ร้อยละ ๗๐-๘๐. เมื่อใกล้ไข้จะลง เม็ดเลือดขาวและ PMN จะลดลง พว้อมๆ กับมีลิมโฟไซต์สูงขึ้น (และมีลิมโฟไซต์ผิดปกติ ร้อยละ ๑๕-๓๕). บางครั้งเม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำมากถึง ๑,๐๐๐-๒,๐๐๐ เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งการตรวจเม็ดเลือดขาวจะช่วย วินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อแบคทีเรีย และช่วยบอกระยะเวลาที่ไข้จะ ลดลงได้.

๒. เกล็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วก่อนไข้ลด และก่อนระยะช็อค. ส่วนใหญ่เกล็ดเลือดจะลดลงต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐เซลล์/ลบ.มม. และต่ำอยู่ประมาณ ๓-๕วัน ในระยะที่มีเกล็ดเลือดต่ำจะมีฮีมาโทคริตสูงด้วย.

๓. ระดับฮีมาโทคริตเพิ่มขึ้นเป็นผลจากการสูญเสียพลาสมา. ระดับฮีมาโทคริตที่สูงขึ้นกว่าปกติเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๒๐ (เช่น เพิ่มจากร้อยละ ๓๕ เป็น ๕๕) ซึ่งถือเป็น ข้อบ่งชี้ว่ามีการรั่วของพลาสมา. ส่วนใหญ่แล้วจะเพิ่มขึ้นพร้อม กับเกล็ดเลือดลดลงหรือภายหลังเกล็ดเลือดลดลง. การ เปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้จะเกิดก่อนไข้ลดและก่อนภาวะช็อค จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค.

๔. ในระยะที่ช็อคจะมีการเปลี่ยนแปลงในการ แข็งตัวของเลือดจะพบ partial thromboplastin time (PTT)

และ thrombin time (TT) ผิดปรกติได้. รายที่ซีคอนานอาจมี prothrombin time (PT) ผิดปรกติได้. การเปลี่ยนแปลงนี้ แสดงว่ามีภาวะ DIC.

๕. การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะพบสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดเสมอ. ส่วนใหญ่พบทางซีกขวา. ในรายที่มีภาวะซีคอนานอาจพบได้ทั้ง ๒ ซีก.

๖. การทดสอบสมรรถภาพตับ (LFT) ส่วนใหญ่จะพบ AST (SGOT) เพิ่มขึ้นเล็กน้อย. ประมาณร้อยละ ๔๐ มี ALT (SGPT) เพิ่มขึ้นด้วย. ระดับ AST มากกว่า ALT ประมาณ ๒-๓ เท่า.

๗. ระดับอัตราเม็ดเลือดแดงนอนกัน (ESR) เป็นปรกติในระยะที่มีไข้ และลดต่ำลงในช่วงที่มีการรื้อของพลาสมาและระยะที่มีภาวะซีค ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค DSS จากภาวะซีคเหตุติดเชื้อได้.

จากผลการตรวจนับเลือดครบพบว่ามีภาวะเลือดขึ้นหน้าจะเกิดจากการที่มีภาวะสารน้ำรั่วออกจากหลอดเลือดไปสู่ภาคนอกเซลล์ (interstitial space), เม็ดเลือดขาวระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปรกติ แสดงถึงการติดเชื้อไวรัส.

ยุทธศาสตร์

๑. พัฒนาขีดความสามารถด้านการควบคุมโรคไข้เลือดออก.

๒. พัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับท้องถิ่นทั่วประเทศ.

๓. พัฒนาระบบการและระบบเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก.

๔. สร้างเสริมความสามารถในการบริหารจัดการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ .

๕. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.

๖. พัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะ การจัดสิ่งแวดลอมและกฎหมายท้องถิ่น เพื่อป้องกันและควบคุมโรค.

นโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

๑. การดำเนินการป้องกันโรคล่วงหน้า อาศัยความร่วมมือของพหุภาคีอันได้แก่หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการทหาร

ตำรวจ และองค์กร เอกชน โดยเน้นให้มีกิจกรรมกำจัดยุงลายในชุมชนบ้านเรือน โรงเรียน ศาสนสถาน สถานที่ราชการ รวมถึงบ้านพักข้าราชการ ค่ายตำรวจทหาร และสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โดยเฉพาะสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้เลือดออก ได้แก่ ชุมชนแออัด โรงเรียน สถานเลี้ยงเด็ก โรงพยาบาล ต้องปลอดลูกน้ำยุงลาย นอกจากนี้ในพื้นที่ท่องเที่ยวต้องเน้นหนักเป็นพิเศษเช่นกัน.

๒. การควบคุมโรคในช่วงฤดูการระบาด เป็นมาตรการสำคัญที่สามารถป้องกันโรคระบาดใหญ่ในฤดูฝนได้ ผู้ป่วยทุกรายในช่วงฤดูแล้งจะต้องมีรายงานการสอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างจริงจัง โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และทำลายยุงตัวเต็มวัยในบ้านผู้ป่วย และบ้านข้างเคียงในรัศมี ๑๐๐ เมตร อย่างน้อย ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑-๒ สัปดาห์.

๓. การควบคุมการระบาดของโรค ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยเกิดขึ้นแม้แต่ ๑ ราย ในชุมชนเป็นการระบาด จะต้องดำเนินการพ่นสารเคมีทำลายยุงตัวเต็มวัย ร่วมกับการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบ้านของผู้ป่วยและบ้านข้างเคียง หรือหากมีผู้ป่วยเกิดขึ้นหลายราย จะต้องดำเนินการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งชุมชน และอาจพิจารณาพ่นเคมี เพื่อป้องกันการระบาดได้.

๔. การบริหารจัดการในการควบคุมโรคและป้องกันโรค เน้นระบบการรายงานเฝ้าระวังที่ครอบคลุม ถูกต้องและทันเวลา การเตรียมพร้อมทีมปฏิบัติการเฉพาะกิจ ต้องมีบุคลากรที่มีความสามารถ และพร้อมที่จะออกดำเนินการได้ทันที รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต้องอยู่ในสภาพพร้อมใช้และพอเพียง.

๕. มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยและระบบส่งต่อ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเป็นอย่างดี มีระบบส่งต่ออย่างรวดเร็วและปลอดภัย รวมทั้งเครื่องมือวัสดุการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย และรักษามีสภาพพร้อมใช้และเพียงพอตลอด ๒๔ ชั่วโมง.

๖. ประเมินผลและติดตามผล เน้นให้มีการประเมินและติดตามผลการปฏิบัติงานในทุกระดับอย่างเข้มข้นจริงจังและสม่ำเสมอ.

แผนงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

๑. เน้นพัฒนาศักยภาพของชุมชน องค์กร



บริหารส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคด้วยองค์กรของเขาเอง.

๒. เน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน และแม่บ้าน ในการเฝ้าระวังกำจัดทำลายลูกน้ำและยุงลายในบ้าน โรงเรียน ศาสนสถาน และชุมชนบริเวณพื้นที่ว่างเปล่าไม่มีเจ้าของ.

๓. จัดโครงการประกวดบ้านนี้ปลอดลูกน้ำยุงลาย.

๔. จัดโครงการโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย.

๕. จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์น้ำยาเคมีภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนทีมสอบสวน และควบคุมโรค.

๖. เน้นกิจกรรมด้านการให้สุขศึกษา และประชาชนสัมพันธ์ในทุกรูปแบบ เช่น การรณรงค์การจัดนิทรรศการ การแข่งขันตอบคำถามการเผยแพร่ทางสื่อสารมวลชนทุกประเภท .

๗. จัดให้มีระบบเฝ้าระวังโรคและพาหนะนำโรคที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งมีระบบการรายงานที่ถูกต้องและทันเวลา .

๘. จัดการสำรวจความสมบูรณ์พร้อม HI / CI ในทุกหมู่บ้านและโรงเรียน.

แผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

๑. วิเคราะห์ข้อมูลวิทยาการระบาดรายหมู่บ้านและพิจารณาค่า HI / CI ทำแผนที่ระดับหมู่บ้านแสดงบ้านผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งแสดงให้เห็นทิศทางการกระจายของโรค รวมทั้งให้พิจารณาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในหมู่บ้านและหมู่บ้านข้างเคียง ดัชนีลูกน้ำเพื่อให้อำนาจเป็นพื้นที่เสี่ยงหรือไม่ รวมทั้งการพิจารณาการเกิดผู้ป่วยจำนวนมากในฤดูแล้งหรือไม่เพื่อทำนายการระบาดของปีต่อไป.

๒. จัดทีมเคลื่อนที่เร็วของ CUP มีหน้าที่หลัก คือ

- สอบสวนค้นหาแหล่งรังโรค
- กำจัดลูกยุงลายด้วยวิธีกายภาพชีวภาพ และเคมี
- ฆ่ายุงลายด้วยการพ่นสารเคมีบ้านผู้ป่วยและบ้านใกล้เคียง รัศมี ๑๐๐ เมตร จำนวน ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑-๒ สัปดาห์.
- ให้ สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ในชุมชน เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องอีก ๑๐ วัน.

๓. จัดทีมเคลื่อนที่เร็วระดับจังหวัดมีหน้าที่หลัก คือ

- ติดตามประเมินผลการควบคุมโรคของทีมเคลื่อนที่เร็วของ CUP
- สนับสนุนทรัพยากรตามความเหมาะสม
- รายงานผลให้ผู้บังคับบัญชาทราบ

แผนงานการรักษา ส่งต่อผู้ป่วย และสนับสนุนด้านวิชาการ

๑. จัดให้มีการปรับปรุงคู่มือแนวทางการวินิจฉัยโรคและรักษาโรคไข้เลือดออก.

๒. จัดอบรมวิชาการเรื่องการวินิจฉัยดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกในกลุ่มแพทย์ พยาบาล รพศ. / รพท. / รพช. ทุกแห่ง.

๓. จัดอบรมวิชาการให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล.

๔. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ สอ. ทุกแห่ง ในการดูแลผู้ป่วยและส่งต่อ.

๕. จัดตั้งคณะแพทย์เป็นทีมที่ปรึกษาวิชาการโรคไข้เลือดออก.

มาตรการในการควบคุมยุงลาย

เนื่องจากในวงจรชีวิตหนึ่งๆ ของยุงลายประกอบด้วยระยะต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันทางชีววิทยาและนิเวศวิทยา ทำให้วิธีการควบคุมกำจัดยุงลายในแต่ละระยะจะต่างกันด้วย.

๑. ระยะไข่ ไข่ยุงลายมีขนาดเล็กมาก ทนต่อความแห้งแล้ง และสารเคมี การกำจัดระยะไข้อย่างง่าย ๆ กระทำได้โดยการขจัดล้างตามผิวภาชนะต่างๆ แต่มักไม่สะดวกในทางปฏิบัติ.

๒. ระยะลูกน้ำและตัวโม่ง การควบคุมกำจัดระยะลูกน้ำและตัวโม่งกระทำได้ง่าย และสะดวกที่สุด เนื่องจากลูกน้ำยุงลายและตัวโม่งอยู่ภายในภาชนะขังน้ำต่างๆ ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกบ้าน จึงเป็นเป้าหมายให้ควบคุมกำจัดได้ผลดีกว่าระยะอื่นๆ วิธีที่ง่ายและสะดวกในการควบคุมกำจัดลูกน้ำและตัวโม่ง คือ การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ซึ่งมีหลายวิธี.

๓. ระยะยุงเต็มวัย ควบคุมกำจัดโดยการ ใช้พ่นสารเคมี การใช้กับดัก และการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด ดังนี้

ก. การพ่นสารเคมี แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. การพ่นฝอยละอียด (ULV) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีจากเครื่องพ่น โดยใช้แรงอัดอากาศผ่านรูพ่นกระจาย

น้ำยาออกมาเป็นละอองที่มีขนาดเล็กมาก ละอองน้ำยาจะกระจายอยู่ในอากาศ และสัมผัสกับตัวยุงที่บินอยู่ เครื่องพ่นน้ำยาประเภทนี้มีทั้งแบบสเปรย์หลังและแบบที่ติดตั้งบนรถยนต์.

๒. การพ่นหมอกควัน (Fogging) เป็นการพ่นน้ำยาเคมีออกจากเครื่องพ่น โดยใช้อากาศร้อนพ่นเป็นหมอกควัน ให้น้ำยาฟุ้งกระจายในอากาศเพื่อให้สัมผัสกับตัวยุง เครื่องพ่นหมอกควันมีทั้งแบบหิ้วและแบบติดตั้งบนรถยนต์.

ข. การใช้กับดัก เป็นการล่อให้ยุงบินเข้ามาติดกับดักเพื่อทำให้ตายต่อไป.

ค. การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด

ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

พาราเซตามอล ใช้เป็นยาลดไข้ ลดอาการปวด ที่ไม่ค่อยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดประจำเดือนและปวดแผลหลังผ่าตัด ไม่มีผลในการต้านการอักเสบ นับเป็นยาปลอดภัย แต่ถ้ากินยาเกินขนาด อาจทำให้ตับวายได้ และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้.

ผู้ใหญ่ใช้ ๓๒๕-๑,๐๐๐ มิลลิกรัม ทุก ๔ ชั่วโมง เมื่อจำเป็น ขนาดที่ใช้สูงสุดไม่ควรเกิน ๔,๐๐๐ มิลลิกรัม / วัน.

เด็กให้ขนาด ๑๐-๑๕ มิลลิกรัม / กก./ ครั้ง, ทุก ๔-๖ ชม.ขนาดยาที่ให้ได้มากที่สุดสำหรับเด็กไม่ควรเกินวันละ ๑,๒๐๐ มิลลิกรัม.

ถ้ากินยามากเกินไป อาจทำให้ตับวายและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ มีผู้รายงานว่าอาการพิษนี้จะเกิดในผู้ใหญ่ที่กินยาเกินขนาดถึง ๑๐-๑๕ กรัม ในครั้งเดียว หรือเด็กกินมากกว่า ๓ กรัม ในครั้งเดียว และอาจเสียชีวิตภายใน ๒-๓ วัน หลังกินยา.

แอสลิมิลด์ ทำปฏิกิริยากับกรด, ทำให้เพปซินหมดฤทธิ์, จับกับกรดน้ำดี, เกิด acid rebound จากเกลือแคลเซียมคาร์บอเนต. จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการใช้ยาลดกรด คือ ต้องการให้กรดในกระเพาะสูงกว่า ๓.๕ ซึ่งจะมีผลให้เพปซินหมดฤทธิ์. ใช้ในโรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น, ใช้ในโรคแผลในกระเพาะอาหาร, ในการป้องกันการเกิด Stress ulcer การใช้ยาลดกรดในขนาดสูงได้ผลดีกว่าการใช้ไคเมทีดินในการป้องกันการตกเลือดในทางเดินอาหารเฉียบพลัน.

ยาลดกรดทุกชนิดย่น้ำ ใช้ ๑-๒ ซ้อนโต๊ะ/ครั้ง.

ยานี้เมื่อใช้ไปนานๆ จะทำให้เกิดสภาวะความเป็นต่างใน

ร่างกาย เพราะไปคาร์บอนเนตที่เหลือ จะไปทำปฏิกิริยากับกรดแล้วจะดูดเข้ากระแสเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆ และคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากยา จะทำให้กระเพาะพองออกทำให้รู้สึกไม่สบาย แน่นท้อง ท้องอืด.

มัลทอร์เฟนิรามีน เป็นยาแก้แพ้ ออกฤทธิ์ต่อต้านฮิสตามีน และจะมีการออกฤทธิ์ที่พึ่งประสงค์เกี่ยวกับการกระตุ้นสมอง. ยาจะออกฤทธิ์ป้องกันปฏิกิริยาฮิสตามีนที่จะไปกระตุ้นให้เกิดความสามารถซึมผ่านได้, การบวม, การหดตัวของทางหายใจ ทางเดินอาหาร และกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด.

ยานี้ใช้บรรเทาอาการแพ้ต่างๆ อันเนื่องมาจากการแพ้ฮิสตามีน และใช้รักษาภาวะอาการแพ้ที่มีปฏิกิริยารุนแรงจากยา, ปฏิกิริยาแพ้รุนแรงจากการให้เลือด.

ผู้ใหญ่ครั้งละ ๒-๔ มิลลิกรัม วันละ ๓-๔ ครั้ง. ขนาดที่ใช้สูงสุดไม่ควรเกินวันละ ๒๔ มิลลิกรัม.

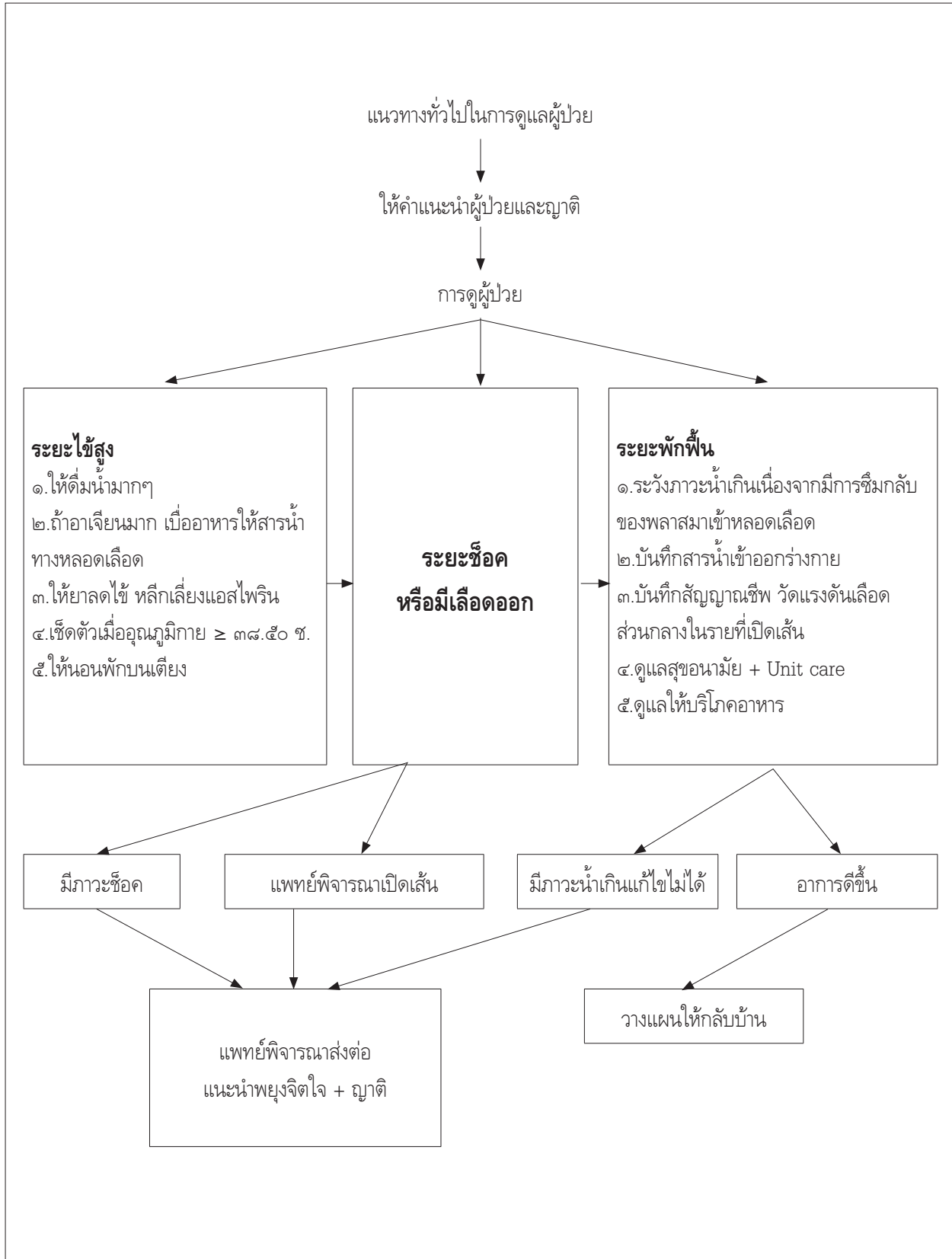
เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ให้ ๒ มิลลิกรัม ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ขนาดที่ใช้สูงสุดไม่ควรเกินวันละ ๑๒ มิลลิกรัม.

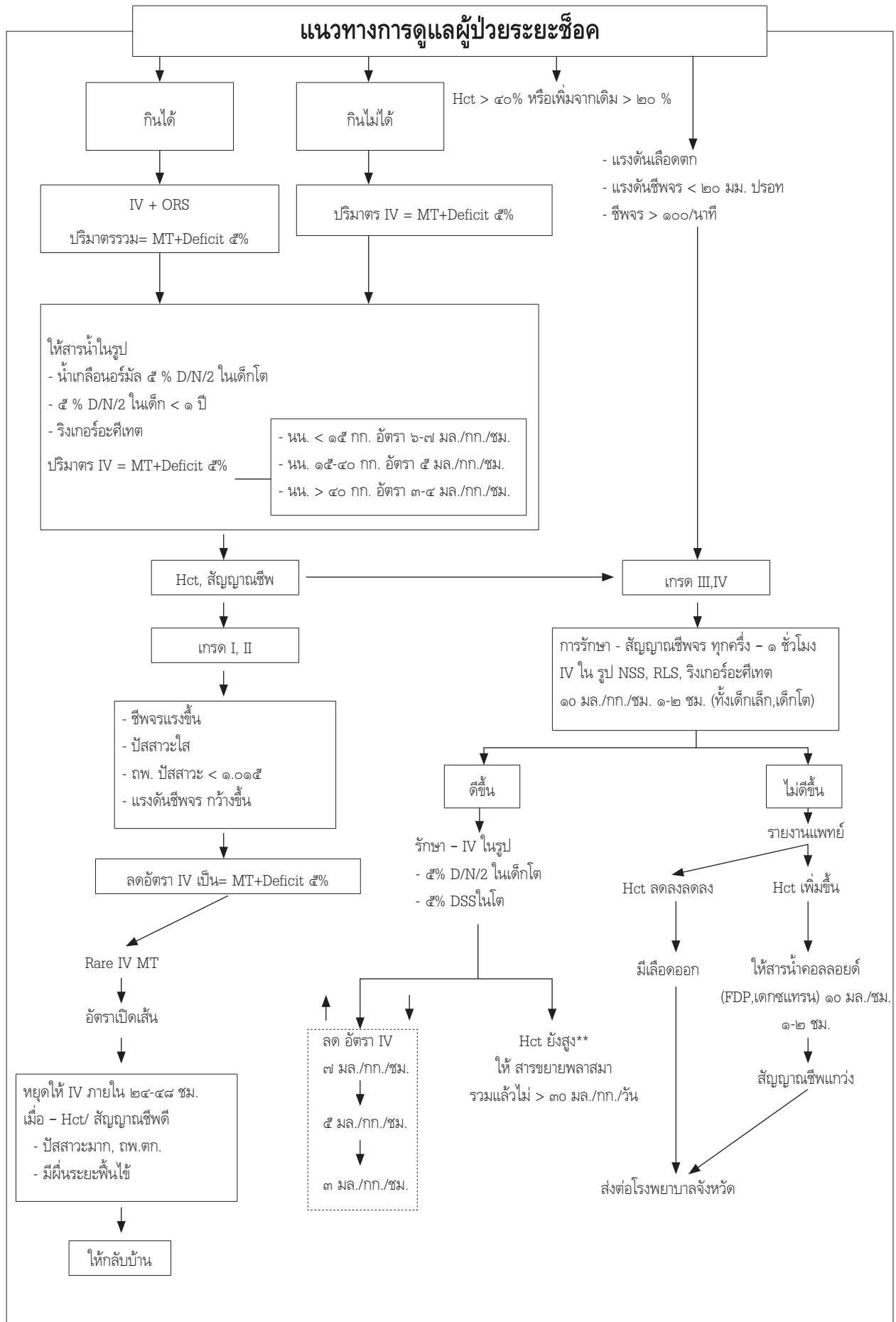
อาการข้างเคียงของยาเกิดกับระบบประสาทกลาง มีอาการมึน ซึม ง่วงหลับ เวียนศีรษะ หูอื้อ อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ใจสั่น ชีพจรเร็ว, แรงดันเลือดต่ำหรือสูงเล็กน้อย, อาการทางหูคอจมูก, ตามัว, ปากคอแห้ง.

ข้อเสนอแนะการทบทวนข้อมูล

จากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงก็ในเด็กและวัยรุ่น ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาการ และก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต. ผู้ป่วยต้องปรับบทบาทของตัวเองให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงที่กระทบพัฒนาการ, การวางแผนการดูแลต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับระยะของโรคที่มีผลต่อการพัฒนาการของผู้ป่วย เพื่อเอื้ออำนวยในการตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง. นอกจากนี้ระบบการพยาบาลที่กำหนดขึ้นยังได้วางอยู่บนพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้นโดยใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและตระหนักถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออกที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง.

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต้องประสบกับความเจ็บปวดที่มีผลกระทบต่อชีวิต ร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ, ผู้ป่วยต้องต่อสู้และเผชิญกับภาวะ





วิกฤตของภาวะช็อคจากพลาสมารั่วออกไปกะทันหัน. ปัญหาทางด้านร่างกายที่สำคัญดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ดังนั้นการช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่ทำให้รอดพ้นจากภาวะช็อคและภาวะแทรกซ้อน จึงต้องมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับระยะต่างๆ ของโรค. รับรู้ถึงความสำเร็จ และสามารถดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่องและป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อถึงผู้อื่นได้.

สรุปว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนั้น ผู้ที่ให้การดูแลรักษา ต้องมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการประเมินอาการ และอาการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนประเมินการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการและสามารถวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะช็อคมีความสำคัญมากและทีมแพทย์พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ตลอดจนให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่บ้าน รวมทั้งการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ตลอดจนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างสม่ำเสมอด้วย.

การควบคุมโรค จะเห็นได้ว่าจากในอดีตที่ผ่านมาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น ส่วนใหญ่จะเน้นที่หน่วยงานของรัฐ (หน่วยงานด้านสาธารณสุข) เป็นฝ่ายดำเนินการให้โดยที่องค์กรอื่นๆ ในชุมชน หรือประชาชนในชุมชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและดำเนินการควบคุมป้องกันโรคร่วมกัน ทำในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในอดีตที่ผ่านมาไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และไม่คุ้มกับการลงทุน.

ดังนั้นในปัจจุบันทุกหน่วยงานได้พยายามหาแนวทางในการแก้ไขโดยเริ่มให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน การรับรู้ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยการ

ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและวัสดุที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งปัจจุบันถือว่าสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นกว่าเดิมในระดับหนึ่ง อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณการซื้อวัสดุ เพียงแต่ให้มีการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนให้เกิดความยั่งยืนมั่นคงมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ต้องพยายามทำต่อไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนตลอดไป.

เอกสารประกอบการเรียบเรียง

๑. นิภา จุญแจวัฒน์ (บรรณาธิการ). โรคเขตร้อน พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๓๒. หน้า ๓๙๒-๔๙๓.
๒. นิรันดร พันธุ์โยศรี. โรคไข้แดงกึ่งและไข้เลือดออกแดงกึ่ง. กลุ่มงานไวรัสระบบไหลเวียนโลหิตกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, นนทบุรี; ๒๕๔๙.
๓. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง. การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. โรคไข้เลือดออก. มิตรเจริญการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๕.
๔. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ. โรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ ฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; ๒๕๔๑. หน้า ๓-๔.
๕. สัจจิตรา นิมมานนิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, อรุณ วิทยาศาสตร์. ไข้เลือดออก : การดูแลรักษา. กรุงเทพฯ ฯ: ดีไซน์พับลิเคชั่น; ๒๕๕๒.
๖. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงกึ่ง, ๒๕๔๙.
๗. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือป้องกันโรคไข้เลือดออก, ๒๕๔๙.
๘. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคในระบบเฝ้าระวังไข้แดงกึ่ง, ๒๕๔๙.