

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกพร้อมกับ  
การติดเชื้อโควิด -19 : กรณีศึกษา**  
**Nursing Care for dengue hemorrhagic fever  
patient with COVID-19 infection : Case Study**

พรศักดิ์ ใจชื่น พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

**บทคัดย่อ**

โรคไข้เลือดออกเดงกีมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ไข้ มีอาการเลือดออก ตับโตกดเจ็บและมีการรั่วของพลาสมา ในขณะที่โรคโควิด -19 (COVID-19) จะมีอาการไข้ หายใจเหนื่อยหอบ การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยาก เนื่องจากทั้ง 2 โรคมีลักษณะทางคลินิกที่ทับซ้อนกันและมีพยาธิสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน คือ การรั่วของพลาสมาและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการติดเชื้อเพียงโรคใดโรคหนึ่ง จึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้การพยาบาลซับซ้อนตามไปด้วย พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 17 ปี เข้ารับการรักษาด้วยมีไข้ อาเจียนเป็นเลือด 1 วันก่อนมา ตรวจพบ Dengue IgG ได้ผลบวก เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ ตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ผลบวก แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกพร้อมกับโรคโควิด -19 การรักษาให้สารน้ำ ยาลดไข้และยาต้านไวรัส รักษาตัวในห้องแยกโรคให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและหลักการควบคุมการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทุเลา รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ ผลการติดตามอาการ 1 สัปดาห์ อาการทั่วไปปกติ ผลเลือด เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดปกติ

**คำสำคัญ :** การพยาบาล โรคไข้เลือดออกเดงกี การติดเชื้อโควิด -19

**Abstract**

Dengue hemorrhagic fever presents characterized by fever, hemorrhage, an enlarged liver with pain, and plasma leakage. Meanwhile COVID-19 disease presents with a respiratory syndrome, mostly characterized by fever. It is very difficult to diagnose between COVID-19 and dengue hemorrhagic fever in the same patient due to sharing some common symptoms and exhibit similar pathophysiology for capillary leakage and thrombocytopenia during co-infection. It is associated with severe complications and need for advance of care. Nurses should have knowledge of co-infection and infection control, caring patients with nursing process to ensure patient safety and don't get COVID-19 infection.

**Case study:** A 17-year-old man Thai patient presented with fever, hematemesis 1 day PTA. The laboratory investigation was showed positive dengue IgG, low platelets, low WBC, and positive COVID-19. He was diagnosed dengue hemorrhagic fever with COVID-19. He was treated with Intravenous fluid, fever control drug, and antiviral medicine. He was observed in isolate room, monitored to provide the treatment and nursing care, as nursing care process and infection control. He was admitted 5 days and discharge with improve status, then follow up at 1 week.

**Result:** He was no complication and no spread of COVID-19. He presented with normal symptoms and blood test result during follow-up.

**Keyword :** Nursing care, Dengue hemorrhagic fever, COVID-19 infection

## บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever: DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งพบผู้ป่วยในประเทศในภูมิภาคเอเชียมากถึงร้อยละ 70.1 สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 70.54 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.05 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลของสำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 พบว่ามีอัตราป่วย 120.10 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.11 ต่อประชากรแสนคน<sup>(1)</sup> ซึ่งกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดพิจิตรในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 23.06 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.18 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม พบอัตราป่วย 53.44 ต่อประชากรแสนคน ส่วนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน พบอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 จำนวน 16.11 และ 118.62 ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566) ทั้งนี้กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงมีการรายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 3 เท่า<sup>(2)</sup>

โรคไข้เลือดออก มีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal variation) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้น

ในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน หลังจากนั้นจะเริ่มมีแนวโน้มลดลง<sup>(3)</sup> สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินที่พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2566 มีจำนวน 27 รายและ 35 ราย ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2565 มีจำนวน 5 ราย และ 1 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2566 มากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน<sup>(4)</sup>

โรคไข้เลือดออกเดงกีมีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี ซึ่งมีอยู่หลายตัวเมียเป็นพาหะนำโรค โดยจะกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่มีไข้สูงซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัส และแพร่เชื้อไปสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ระยะฟักตัวประมาณ 5-8 วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรค<sup>(3)</sup> ซึ่งมีรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการเรียงลำดับการเกิดก่อนหลัง คือ ไข้สูงลอย 2-7 วัน มีอาการเลือดออกซึ่งส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง มีตับโตกดเจ็บ และมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวหรือภาวะช็อก นับเป็นภาวะวิกฤติของโรคที่เกิดจากการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี โดยจะพบภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังจากมีไข้ และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อกเนื่องจากมีภาวะการไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น<sup>(5)</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มีการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้เลือดออกที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte Imbalance) รองลงมาคือการบาดเจ็บที่ตับ (mild hepatic injury) และภาวะน้ำเกิน (Fluid overload) ซึ่งมีความสัมพันธ์

กับการเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(6)</sup>

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคไข้เลือดออกพบว่าส่วนใหญ่เม็ดเลือดขาวจะมีค่าต่ำกว่าปกติ โดยอาจจะน้อยกว่า 5,000 เซลล์/ลบ.มม. และเกล็ดเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็วในระยะก่อนไข้ลดและก่อนระยะช็อก โดยค่าเกล็ดเลือดจะลดลงต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม. และต่ำอยู่นาน 3-5 วัน ในระยะนี้จะมีค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) สูงขึ้นเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผลจากการรั่วของพลาสมา<sup>(5)</sup> และการรั่วของพลาสมาอาจทำให้มีน้ำในช่องปอด (pleural effusion) หรือช่องท้อง (ascites) ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 90 ยังตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ Liver transaminase โดยค่าแอสพาเทททรานซามิเนส (AST) จะเพิ่มขึ้นมากกว่าอะลานินทรานซามิเนส (ALT) ประมาณ 2-3 เท่า การตรวจที่ยืนยันการติดเชื้อไวรัสเดงกี คือ NS1Antigen (NS1Ag) และ Dengue antibodies IgG/ IgM ให้ผลบวก<sup>(7)</sup>

ในปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด -19 และมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ขยายวงกว้างไปในหลายประเทศทั่วโลก จนมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 9 โรคโควิด -19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถติดต่อกันระหว่างบุคคลโดยผ่านละอองจากจมูกหรือปากของผู้เป็นโรคขณะไอหรือจาม และแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัส ระยะฟักตัวของโรค 1-14 วัน เฉลี่ย 3-7 วัน อาการมักแสดงภายใน 14 วัน หลังสัมผัสเชื้อผู้ที่ติดเชื้อ อาการและอาการแสดงแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 Asymptomatic คือ ตรวจพบการติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ ระดับที่ 2 Mild illness แสดงอาการที่คล้ายไข้หวัดใหญ่ที่ไม่เฉพะเจาะจง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง อ่อนเพลีย เป็นต้น ระดับที่ 3 Moderate illness มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO<sub>2</sub>) เท่ากับหรือมากกว่า 94% ระดับที่ 4 Severe illness มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ พบน้ำในปอด ค่าความอิ่มตัว

ของออกซิเจนน้อยกว่า 94% และระดับที่ 5 Critical illness มีภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะช็อก และ/หรือความผิดปกติของอวัยวะหลายระบบ<sup>(8)</sup>

โรคโควิด -19 สามารถวินิจฉัยได้ด้วยการตรวจวิธี real-time RT-PCR ซึ่งเป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนการตรวจด้วยชุดทดสอบแอนติเจน (Antigen Test Kit : ATK) เป็นการตรวจหาชิ้นส่วนโปรตีนของเชื้อไวรัส จัดเป็นวิธีตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อและทั้ง 2 วิธี สามารถตรวจได้ตั้งแต่ 3-5 วันหลังจากมีความเสี่ยงหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เมื่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ร่างกายจะไปกระตุ้นให้หลังสารที่ชักนำให้เกิดการอักเสบ (Inflammatory mediators) เช่น ทูเมอร์เนโครติค แฟคเตอร์ (Tumor necrotic factor: TNF) หรืออินเตอร์ลูคิน (Interleukin) เป็นต้น ทำให้ผนังหลอดเลือดเสียหายที่โดยการซึมผ่านของผนังหลอดเลือด (permeability) จะสูงขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการรั่วของพลาสมา นอกจากนี้เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune) ส่งผลให้เกิดเกล็ดเลือดถูกทำลาย<sup>(9)</sup> เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการไข้อยู่ 77 มีอาการไอ ร้อยละ 55.6 และมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 31 ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบจำนวนผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากที่สุด ร้อยละ 23.8 และค่าแอสพาเทททรานซามิเนส (AST) สูงขึ้น ร้อยละ 7.9<sup>(10)</sup>

การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก เนื่องจากอาการแสดงในระยะแรกของทั้งสองโรคมีการทับซ้อนกัน คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และมีการรั่วของพลาสมา นอกจากนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังมีลักษณะที่คล้ายกันคือ เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ต่ำ (lymphopenia) และเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคผิดพลาดหรือได้รับการรักษาล่าช้า อีกทั้งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการติดเชื้อเพียงโรคเดียว โดยผลลัพธ์ที่ร้ายแรงของการติดเชื้อร่วมได้แก่ ภาวะช็อก โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน และ

ความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิต<sup>(11)</sup> มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกกับโรคโควิด -19 มีอัตราการเสียชีวิตอัตรา และการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ร้อยละ 19.1 และ 7.8 ตามลำดับ<sup>(12)</sup> ซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกหรือโรคโควิด -19 เพียงโรคใดโรคหนึ่ง

จากสถิติโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในปี พ.ศ. 2564-2565 ซึ่งเป็นปีที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 พบว่ามีจำนวน 30 ราย และ 15 ราย ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วยจำนวน 1 ราย<sup>(4)</sup> ซึ่งการติดเชื้อไวรัสเดงกีร่วมกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการติดเชื้อร่วมที่ไม่เคยพบมาก่อน อีกทั้งเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนทั้งด้านพยาธิสภาพและการรักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อร่วมดังกล่าว เพื่อเป็นการเรียนรู้และนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด -19
2. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด -19
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด -19

## วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคโควิด-19 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ช่วงปี พ.ศ. 2565
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย งานวิชาการที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และอินเทอร์เน็ต
3. วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล
4. อภิปรายผล และเผยแพร่ผลงาน

## ผลการดำเนินการ

### รายงานผู้ป่วย

ชายไทย อายุ 17 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 38 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI 15.77 kg/m<sup>2</sup> เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 23 ตุลาคม 2565

อาการสำคัญ อาเจียนเป็นเลือด 1 วันก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ เวียนศีรษะ รับประทานยาลดไข้แต่อาการไม่ทุเลา วันนี้อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง ไม่มีถ่ายดำ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด และปฏิเสธการสัมผัสหรือการใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคโควิด -19

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO<sub>2</sub>) 98% แพทย์รักษาโดยการใส่ NG lavage แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ เจาะเลือดตรวจ CBC, Prothrombin time (PT), Partial thromboplastin time (PTT), International normalized ratio (INR) และ Electrolyte ผลการตรวจ CBC พบค่าผิดปกติคือเกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำ 96,000 เซลล์/ลบ.มม., ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) 44.6%, เม็ดเลือดขาว (WBC) 5,470 เซลล์/ลบ.มม. แพทย์สันนิษฐานว่าเป็นโรคไข้เลือดออก จึงส่งตรวจ Dengue NS(Ag), Dengue IgG, IgM เพื่อยืนยันการติดเชื้อเดงกี เอกซเรย์ปอดพบว่าปกติ และตรวจ ATK ก่อนย้ายไปตึกผู้ป่วยใน ผลการตรวจพบ Dengue IgG positive, ATK positive แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue hemorrhagic fever with COVID-19 infection จึงให้รักษาตัวในห้องแยกโรค ให้สารน้ำ 5% D NSS 1,000 cc. IV rate 60 cc./hr. และให้ยา Paracetamol 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง, Domperidone 1 tab oral tid pc, Glyceryl 1 tab oral tid pc, Molnupiravir 4 tabs oral bid x 5 วัน และงดอาหารดำ-แดง



หลังรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย อยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-100/70 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO<sub>2</sub> 97-99% หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดหรืออาการถ่ายดำ ผลเลือดพบ WBC 3,640 cell/mm<sup>3</sup>, Platelet 88,000 cell/mm<sup>3</sup>, Hematocrit 42.1%, มีแผนการรักษาให้เจาะ CBC วันละ 1 ครั้ง ในวันที่ 26, 27 และ 28 ตุลาคม 2565 พบผลดังนี้ Platelet 92,000, 98,000 และ 124,000 cell/mm<sup>3</sup> ตามลำดับ พบ WBC 3,840, 3,920 และ 4,140 cell/mm<sup>3</sup> ตามลำดับส่วน Hematocrit เท่ากับ 41.6%, 42.8% และ 41.4% ตามลำดับ

หลังจากได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอาการทุเลา ขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 68-84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO<sub>2</sub> 97-99% ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือด ไม่พบภาวะเลือดออกง่าย ไม่เกิดภาวะช็อก ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ใอนานๆ ครั้ง SpO<sub>2</sub> 97-99% และไม่มีอาการติดเชื้อที่เกิดจากการนอนโรงพยาบาลรับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ แพทย์จึงจำหน่าย ในวันที่ 28 ตุลาคม 2565 รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 5 วัน นัดตรวจ 1 สัปดาห์เพื่อติดตามอาการและเจาะเลือดตรวจ CBC

ผู้ป่วยมาตามนัด ทำทางปกติ ไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดหรือภาวะเลือดออกง่าย อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไอแห้งๆ นานๆ ครั้ง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ SpO<sub>2</sub> 98% ผลเลือดพบ WBC 4,680 cell/mm<sup>3</sup> และ Platelet 158,000 cell/mm<sup>3</sup> แพทย์ให้กลับบ้านได้

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

อยู่ในภาวะอุณหภูมิสูงเนื่องจากการติดเชื้อ

S: - เป็นไข้มา 1 วัน

O: - อุณหภูมิร่างกายแรกเริ่ม 38.0 องศาเซลเซียส

- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Dengue IgG positive และ ATK positive

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในภาวะปกติ  
**เกณฑ์การประเมิน**

อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้เช็ดตัวลดไข้และสอนวิธีการเช็ดตัวลดไข้ด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยรักษาตัวในห้องพักและสามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตัวเอง
2. ดูแลการได้รับสารน้ำ 5% D NSS 1,000 cc. IV rate 60 cc./hr. ตามแผนการรักษา
3. ดูแลการได้รับยา Paracetamol 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง
4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือจิบ ORS บ่อยๆ เพื่อลดระดับอุณหภูมิในร่างกาย
5. ประเมินสัญญาณชีพหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที และติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

#### การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

S: - อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง

O: - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Platelet 96,000 cell/mm<sup>3</sup>, Dengue IgG positive และ ATK positive

#### วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีภาวะเลือดออกตามอวัยวะในร่างกายหรือออกน้อยลง
- Platelet มากกว่า 100,000 cell/mm<sup>3</sup>

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและติดตามอาการอาเจียนเป็นเลือดและงดอาหารที่มีลักษณะสีดำแดง
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดในอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย เช่น จุดจ้ำเลือด

ตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดกำเดาไหล เป็นต้น

3. เจาะเลือดด้วยความนุ่มนวล กดบริเวณที่เจาะเลือดให้นานพอจนมั่นใจว่าเลือดหยุด และรวบรวมการเจาะเลือดที่เวลาใกล้เคียงกันมาเจาะในครั้งเดียว
4. ระวังการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม การใช้ของมีคม ซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง
6. ติดตามผลการตรวจ Platelet ตามแผนการรักษา

#### การประเมินผล

ไม่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดไม่พบภาวะเลือดออกในอวัยวะของร่างกาย ค่า Platelet เพิ่มขึ้นเป็น  $124,000 \text{ cell/mm}^3$  ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของพลาสมาตามพยาธิสภาพ

- S: -
- O: - ใช้สลด อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Dengue IgG positive และ ATK positive

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะช็อก

#### เกณฑ์การประเมิน

- ระดับการรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก
- ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากพบชีพจรเกิน 100 ครั้ง/นาที มี pulse pressure แคบ คือน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ให้รายงานแพทย์
2. ดูแลการให้สารน้ำ 5% D NSS 1,000 cc. IV rate 60 cc./hr. โดยการใช้เครื่อง infusion

เพื่อควบคุมปริมาณสารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษา

3. เจาะ Hematocrit ทุก 4-6 ชั่วโมง ตวงปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงและบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ตลอด 24-48 ชั่วโมงหลังจากใช้เริ่มลด
4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ และอาการที่แสดงถึงการมีพลาสมารั่วตามอวัยวะของร่างกาย เช่น กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลงหายใจเหนื่อยหอบพบเสียงน้ำในปอด (crepitation) ค่า  $\text{SpO}_2$  น้อยกว่า 95% เป็นต้น

#### การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก อุณหภูมิร่างกายอยู่ช่วง 36.4-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 68-84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 - 120/80 mmHg อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ  $\text{SpO}_2$  97-99%

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนและการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- S: -
- O: - ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC 3,640  $\text{cell/cu.mm/mm}^3$ , Dengue IgG positive และ ATK positive

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนในร่างกายและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

#### เกณฑ์การประเมิน

- ไม่พบการติดเชื้ออื่น ๆ เพิ่มในร่างกาย
- ไม่มีบุคลากรที่ให้การดูแลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องแยกโรค แคนดิลลอป และแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ และไม่ใช้ร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นๆ
2. จัดชุดการวัดสัญญาณชีพและเครื่องวัดความอิมมิตีวของออกซิเจนไว้ในห้องของผู้ป่วย และสอนการใช้อุปกรณ์ตั้งแต่แรกเริ่ม



3. จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น เช่น แก้วน้ำ กระดาษชำระ ยาสีฟัน สบู่ เป็นต้น ไว้ในห้อง และอธิบายการทิ้งขยะอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ดูแลการได้รับยา Molnupiravir 4 tabs oral bid pc x 5 วัน ตามแผนการรักษา
5. วางแผนในการเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลที่เวลาใกล้เคียงกันเพื่อเข้าไปปฏิบัติกิจการในคราวเดียว
6. ใส่ชุด PPE (personal protective equipment) และอุปกรณ์ป้องกันทุกครั้งที่จะเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใส่และถอดอย่างถูกวิธีตามหลักการป้องกันการแพร่เชื้อ
7. ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน
8. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
9. อธิบายให้เข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนเนื่องจากเม็ดเลือดขาวต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม
10. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดจากการติดเชื้ออื่นแทรกซ้อน เช่น เสมหะมีสีเขียว หรืออาการไข้ที่ยาวนานกว่าระยะของโรค เป็นต้น
11. ติดตามผลการตรวจ WBC เพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พบการติดเชื้ออื่นแทรกซ้อน และบุคลากรที่ให้การดูแลรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการติดเชื้อร่วม

- S: - ติดเชื้อที่ละ 2 โรคแบบนี้ จะเป็นอันตรายมากไหม  
 - นอนไม่ค่อยหลับเลย  
 O: - มีภาวะการติดเชื้อร่วม โดยผลตรวจทางห้อง

- ปฏิบัติการ พบ Dengue IgG positive และ ATK positive  
 - ถูกแยกรักษาในห้องแยกโรคแรงดันลบ  
 - สีนหน้าวิตกกังวล

#### วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวล และปรับตัวต่อความวิตกกังวลได้เหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมิน

- มีสีหน้ายิ้มแย้ม
- ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลจากการพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล สังเกตอาการและอาการแสดงด้วยท่าทีที่เป็นมิตร
2. อธิบายให้ทราบถึงการดำเนินโรคและแนวทางการรักษา และอธิบายเหตุผลของการรักษาให้ทราบก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
3. เปิดช่องทางการติดต่อสื่อสารทางไลน์กับพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพูดคุยหรือซักถามข้อสงสัย และมีโอกาสได้พูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลภายนอก
4. ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รวมทั้งกระตุ้นให้บอกความต้องการ เพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
5. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อนของผู้ป่วย

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม ผ่อนคลายความกังวลด้วยการเล่นโทรศัพท์มือถือ นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

- S: - โรคนี้จะกลับมาเป็นอีกได้ไหม  
 O: - อายุ 17 ปี

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนจำหน่าย พบ WBC 4,140 cell/mm<sup>3</sup>

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีความรู้เพียงพอในการดูแลตนเอง

### เกณฑ์การประเมิน

ตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เดิมด้วยการซักถามพูดคุย และสอบถามถึงหัวข้อความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการทราบ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาการรักษารักษา
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อน ของการเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปรับพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดโรค และสามารถประเมินอาการของตนเอง เพื่อเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้ง
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนของผู้ป่วย เนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย
5. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำคือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหลีกเลี่ยงการถูกยุงกัดในช่วงเวลากลางวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสเดงกี ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ให้มีน้ำขัง เพราะจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง
6. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และเน้นการมาตรวจตามนัด

### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถตอบคำถามและบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

### บทวิจารณ์

กรณีศึกษา ชายไทยอายุ 17 ปี มาด้วยอาการไข้และอาเจียนเป็นเลือด แรกรับอุณหภูมิกาย 38.0 องศาเซลเซียส ตรวจพบ Dengue IgG positive, Platelets

96,000 cell/mm<sup>3</sup>, Hematocrit 44.6%, WBC 5,470 cell/mm<sup>3</sup> และ ATK positive แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue hemorrhagic fever with COVID-19 infection ได้รับการรักษาในห้องแยกโรคและยารักษาตามอาการงดอาหารตำแดง เอกเรย์ปอดผิดปกติ มีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ Platelets, Hematocrit, WBC วันละครั้ง ผลการตรวจพบเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งเป็นไปตามพยาธิสภาพร่วมกันของโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด -19 โดยการรั่วของพลาสมาในโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นจาก NSP1 antibodies ทำปฏิกิริยากับเยื่อเซลล์และมีการหลั่งสารไซโตไคน์ที่ทำให้เกิดการอักเสบ จึงทำให้ผนังหลอดเลือดเสียหายที่ โดยการซึมผ่านของผนังหลอดเลือด (permeability) สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการรั่วของพลาสมาเข้าสู่เซลล์ นอกจากนี้ anti-NSP1 antibodies ยังยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือดและทำให้เกิดการสลายของเกล็ดเลือด จึงเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ในขณะที่โรคโควิด -19 จะมีการผลิตสารไซโตไคน์เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอินเตอร์ลูคิน 6 (IL-6) และอินเตอร์เฟอรอน (interferon: IFN) ทำให้เกิดการอักเสบผนังหลอดเลือดจึงหลอดเลือดเสียหายที่ส่งผลให้เกิดการรั่วของพลาสมา และทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากการที่สารไซโตไคน์ทำลายเกล็ดเลือด<sup>(13)</sup>

กรณีศึกษาที่น่าเสนอในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการและอาการแสดงของโรคไข้เลือดออกเป็นหลัก แต่ตรวจพบโรคโควิด -19 ร่วมด้วยเนื่องจากการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ต้องตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งการตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องในระยะแรกมีความสำคัญมากต่อการรักษาที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะช็อกโดยเฉพาะในระยะที่มีการรั่วของพลาสมาตามพยาธิสภาพของทั้ง 2 โรค รวมทั้งสามารถทำการแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องแยกโรคได้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้จึงมีการติดเชื้อร่วมโดยไม่มีอาการรุนแรงถึงชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแทรกซ้อนเนื่องจากมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพียง 4,140 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งปกติควรมีจำนวนเม็ดเลือดขาว 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร<sup>(14)</sup> เนื่องจากเม็ดเลือดขาวเป็นส่วนสำคัญของ



ภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immune system) มีหน้าที่หลักในการกำจัดเชื้อโรค ดังนั้นการที่ผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำจะทำให้มีการติดเชื้อง่ายและติดเชื้อรุนแรงได้ ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 จะมีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์และโมโนไซต์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงโรคเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=.03$  และ  $.05$  ตามลำดับ)<sup>(15)</sup>

โรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 มีลักษณะของอาการทางคลินิกที่ทับซ้อนกัน และลักษณะทางห้องปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กัน ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัยผิดพลาดได้ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยเบื้องต้นโดยการซักประวัติอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติความเสี่ยงสัมผัสทั้งโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความเฉพาะกับโรค โดยการตรวจหา SARS-CoV-2 RNA ด้วยวิธี RT-PCR เพื่อยืนยันโรคโควิด-19 และการตรวจ NS1Ag หรือ Dengue IgG, IgM เพื่อยืนยันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะอาการเลือดออกตามผิวหนังและค่าความเข้มข้นของเลือดที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกของโรคไข้เลือดออก มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย พบว่า ความเข้มข้นของเลือดที่เพิ่มมากขึ้นเป็นอาการเฉพาะของโรคไข้เลือดออกชนิดรุนแรงซึ่งสามารถช่วยแยกแยะโรคไข้เลือดออกจากรหัสโควิด-19 ได้<sup>(5)</sup>

นอกจากนี้พยาบาลยังควรติดตามลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่เป็นลักษณะคล้ายคลึงกันของการติดเชื้อร่วม ได้แก่ เม็ดเลือดขาวต่ำเกล็ดเลือดต่ำ และการรั่วของพลาสมา เพื่อให้สามารถวางแผนการให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีรายงานกรณีศึกษาที่คล้ายกันพบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 4 วันต่อมามีอาการหายใจลำบาก เอกซเรย์พบน้ำในปอดและตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการวินิจฉัยโรคโควิด-19 ล่าช้าทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยพบว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีการติดเชื้อจำนวน 1 ราย และยังมีแพร่เชื้อไปยังบุคคลในครอบครัวด้วย

## บทสรุป

โรคโควิด-19 มีลักษณะทางคลินิกที่ไม่เฉพาะเจาะจงและมีความคล้ายกับการติดเชื้อไวรัสเด็งกี ดังนั้นสถานพยาบาลจึงควรมีการกำหนดให้มีการคัดกรองโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่สันนิษฐานว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกรายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคไข้เลือดออกและโรคโควิด-19 มีพยาธิสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน คือ การรั่วของพลาสมาเม็ดเลือดขาวต่ำและภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าการป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อร่วมจึงมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการแพร่ระบาดได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลมีความซับซ้อนตามไปด้วย พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถให้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก [http://doe.moph.go.th/surdata/506wk/y65/d262766\\_5265.pdf](http://doe.moph.go.th/surdata/506wk/y65/d262766_5265.pdf)
2. กองโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง. สถานการณ์ไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://spbo3.moph.go.th/ket/wp-content/uploads>
3. สุภาวดี พวงสมบัติ, อีราวดี กอพยัคฆินทร์. วราภรณ์ เอมะรุจิ และศรีณรัชต์ ชาญประโคน. คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์; 2558.
4. ตึกผู้ป่วย 2. สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน 2565.

5. Nasomsong W, Luvira V, Phiboonbanakit D. Case Report: Dengue and COVID-19 Coinfection in Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 2021;104(2):487–89.
6. ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา, พักต์เพ็ญ สิริคุตต์, รศนา วลีรัตน์ภา และสุจิตรา นิมนานนิตย์. ไข้เลือดออกเดงกี ใน สมภพ แสงกิตติไพบูลย์ และสุกิจ ทัศนสุนทรวงษ์ (บรรณาธิการ). Thailand Medical Services Profile 2015-2018 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๘-๒๕๖๑) 2 nd Edition. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561
7. ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร และ อุษา ทิสยากร. เดงกี. กรุงเทพฯ; เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น. 2561.
8. National Institutes of Health. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) treatment guidelines [Internet]. 2023 (เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก <https://www.ovid-19treatmentguidelines.nih.gov/>
9. Henrina J, Santosa Putra IC, Lawrensia S, Handoyono QF, Cahyadi A. Coronavirus Disease of 2019: a Mimicker of Dengue Infection? *SN Compr Clin Med* 2020; 2(8):1109–19.
10. Alfonso J Rodriguez-Morales, Jaime A Cardona-Ospina, Estefanía Gutiérrez-Ocampo, Rhuvi Villamizar-Peña, Yeimer Holguin-Rivera, Juan Pablo Escalera-Antezana, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis* 2020;34(10):16-23.
11. สุพัตรา รุ่งไมตรี. ผลกระทบของการระบาดของ Covid-19 ต่อไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://drive.google.com/file/d/1WX6Dy/view>
12. El-Qushayri AE, Ahmed Kamel AM, Reda A. & Ghazy S. Does dengue and COVID-19 co-infection have worse outcomes? A systematic review of current evidence [Internet]. 2022 [cited 5 September, 2023]. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9111070/pdf/RMV-32-0.pdf>
13. Prapty CNBS, Rahmat R, Araf Y, Shounak SK, Noor-A-Afrin, Rahaman TI, Hosen MJ, Zheng C, Hossain MG. SARS-CoV-2 and dengue virus co-infection: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and management [Internet]. 2023 [cited 24th October, 2023]. Available from doi: 10.1002/rmv.2340.
14. ชมชนก วงษ์ฐากร. คู่มือแปลผล Lab ตรวจเลือด กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2562.
15. Teotonio IMSN, Carvalho JL, Castro LC, Nitz N, Hagstrom L, Rios GG, Oliveira M, Dallago BSL, Hecht M. Clinical and biochemical parameters of COVID-19 patients with prior or active dengue fever [Internet]. 2021 [cited 25th October 2023]. Available from doi: 10.1016/j.actatropica.2020.