



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 44 ฉบับที่ 14 : 12 เมษายน 2556

Volume 44 Number 14 : April 12, 2013

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



การทบทวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2555  
Review of Dengue Death in Epidemiological Surveillance Report, 2012

✉ wacharr@hotmail.com

วัชรี้ แก้วนอกเขา และ ดารินทร์ อารีโยโชคชัย  
สำนักโรคติดต่อ

**บทคัดย่อ**

ปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 78,063 ราย อัตราป่วย 121.63 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 88 ราย อัตราตาย 0.13 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 พบตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-34 ปี เท่ากับ 0.88 ต่อประชากรแสนคน สำนักโรคติดต่อวิทยาได้รับรายงานการสอบสวนโรคเฉพาะรายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จำนวน 45 ราย เป็นเพศชาย 21 ราย เพศหญิง 24 ราย ผู้เสียชีวิตเข้ารับการรักษาครั้งแรกที่คลินิกมากที่สุด ร้อยละ 33.33 เข้ารับการรักษาที่สถานบริการทางการแพทย์ครั้งแรกหลังจากเริ่มป่วยในระยะเวลา 1-2 วัน ร้อยละ 57.78 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยถึงเสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน ร้อยละ 48.89 แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก โดยนับจากวันเริ่มป่วยเป็นระยะ 4-7 วัน ร้อยละ 64.44 อาการเริ่มป่วยของผู้เสียชีวิตทุกราย ได้แก่ อาการไข้สูง แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยครั้งแรกว่าป่วยหรือสงสัยไข้เลือดออกเพียงร้อยละ 22.22 ผู้ป่วยควรพบแพทย์ เมื่อมีอาการไข้สูง และตรวจนับเม็ดเลือดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและวินิจฉัยเพื่อรับการรักษาตั้งแต่นั้นๆ

**คำสำคัญ :** ไข้เลือดออกเสียชีวิต, ปัจจัยเสี่ยง

\*\*\*\*\*

**บทนำ**

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่คุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น<sup>(1)</sup> จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2555 พบอัตราป่วยเท่ากับ 62.59 – 183.59 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิตจำนวน 48 – 139 ราย โดยปี พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วยสูงสุด<sup>(2)</sup> และยังคงสูงต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่า พ.ศ.2555 แนวโน้มของโรคเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยในช่วงปลายปีมีลักษณะคงที่ไปจนถึงต้นพ.ศ. 2556<sup>(3)</sup> ซึ่งแตกต่างจากทุกปีที่ผ่านมาที่พบผู้ป่วยมากกลางปีหรือช่วงฤดูฝนและค่อย ๆ ลดลงในช่วงปลายปี จึงคาดว่า ปี พ.ศ.2556 จะพบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นและผู้เสียชีวิตก็จะมากขึ้นด้วยเช่นกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งรัดมาตรการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต การกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามที่ต้องการนั้น ควรมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องสนับสนุนอย่างเพียงพอ สำหรับผู้เสียชีวิตแหล่งข้อมูลหนึ่งที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างมาก ได้แก่ รายงานการสอบสวนโรคไข้เลือดออกผู้เสียชีวิตทุกราย ดังนั้น จึงทำการทบทวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิตจากรายงานเฝ้าระวัง

◆ การทบทวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2555	209
◆ รายงานความคืบหน้า กรณีพบการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N9 ในคน ในประเทศจีน ณ วันที่ 2 เมษายน 2556	214
◆ สรุปการตรวจหาการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 31 มีนาคม – 6 เมษายน 2556	216
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 14 ระหว่างวันที่ 31 มีนาคม – 6 เมษายน 2556	219

## วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

### รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

### คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประจักษ์ ภูนาตล  
นายแพทย์ธวัช ฉายนโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ  
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร  
นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชดชัย

### กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์

### ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจันท์ ศศิธรณ์ มาแอดิเยน พัชรีย์ ศรีหมอก  
น.สพ. ธีรศักดิ์ ชักนำ สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง เซตชัย ดาราแจ้ง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

## แนวทางการเฝ้าระวังใช้หัตถ์ในคน

- แนวทางการเฝ้าระวังใช้หัตถ์ในคน
- แบบส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถ์ใหญ่/ใช้หัตถ์คน
- แบบแจ้งผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายใช้หัตถ์ใหญ่ (ILI) ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (AI 1)
- แนวทางการส่งตัวอย่างตรวจเชื้อใช้หัตถ์คน
- แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถ์ใหญ่/ใช้หัตถ์คน (AI-2)

สามารถดาวน์โหลดได้ทางเว็บไซต์สำนักโรคระบาดวิทยาในกรณีพบผู้ป่วยสงสัยใช้หัตถ์คน ให้กรอกแบบรายงานผู้ป่วยอาการคล้ายใช้หัตถ์ใหญ่ (AI 1) ส่งสำนักโรคระบาดวิทยา ภายใน 24 ชั่วโมง มาที่ outbreak@health.moph.go.th หรือโทรสารที่หมายเลข 0-2591-8579 หรือ แจ้งทางโทรศัพท์ที่หมายเลข 0-2590-1882, 0-2590-1876, 0-2590-1895

ทางระบาดวิทยา พ.ศ.2555 ที่ได้รับจากเครือข่ายระดับตำบล อำเภอและประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### ผลการทบทวน

จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever, Dengue shock) จำนวนทั้งสิ้น 78, 063 ราย อัตราป่วย 121.63 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 88 ราย อัตราตาย 0.13 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 ผู้เสียชีวิตทั้งหมดเป็นเพศชาย 37 ราย เพศหญิง 51 ราย อายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 51 ราย และมากกว่า 15 ปี จำนวน 31 ราย อัตราตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-34 ปี เท่ากับ 0.88 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (0.44) 10-14 ปี (0.40) 0-4 ปี (0.38) 45-54 ปี (0.03) และ 55-64 ปี (0.02) แพทย์วินิจฉัยว่า เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกช็อก (DSS) จำนวน 54 ราย และโรคไข้เลือดออก (DHF) จำนวน 34 ราย

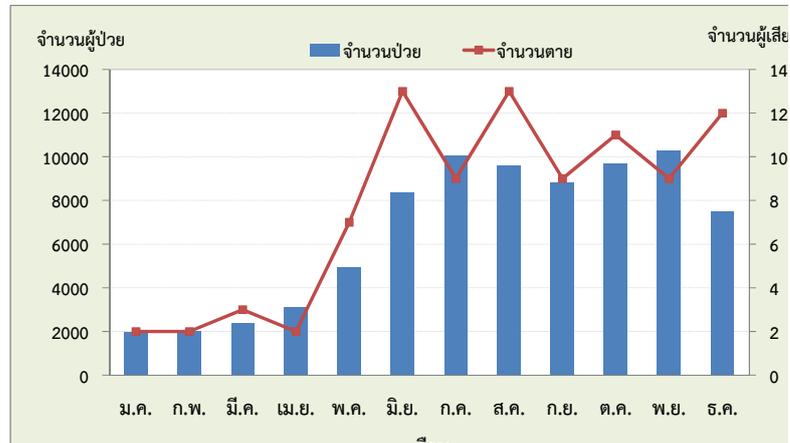
รายงานผู้เสียชีวิต จำนวน 88 ราย ได้รับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) จำนวน 82 ราย อีก 6 ราย ได้รับรายงานจากช่องทางแจ้งข่าวการระบาดของสำนักโรคระบาดวิทยา และได้รับรายงานการสอบสวนเฉพาะรายโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จากเครือข่ายระดับตำบล อำเภอ จังหวัดรวม 45 ราย คิดเป็น ร้อยละ 51.14 จำแนกเป็น DHF จำนวน 16 ราย และ DSS จำนวน 29 ราย มีผลการตรวจ Dengue Serotype 7 ราย พบ Type 1, 2, 4 จำนวน 2, 2, 3 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยเสียชีวิตที่มีรายงานการสอบสวนเฉพาะราย จำแนกเป็นเพศชาย 21 ราย เพศหญิง 24 ราย กลุ่มอายุต่ำกว่า 14 ปี 25 ราย (ร้อยละ 55.56) และมากกว่า 14 ปี จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 44.44) มีภูมิสำเนาอยู่ในภาคกลางมากที่สุดจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 33.33) รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 22.22) ภาคเหนือ และภาคใต้ ภาคละจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 20.00) และกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.44)

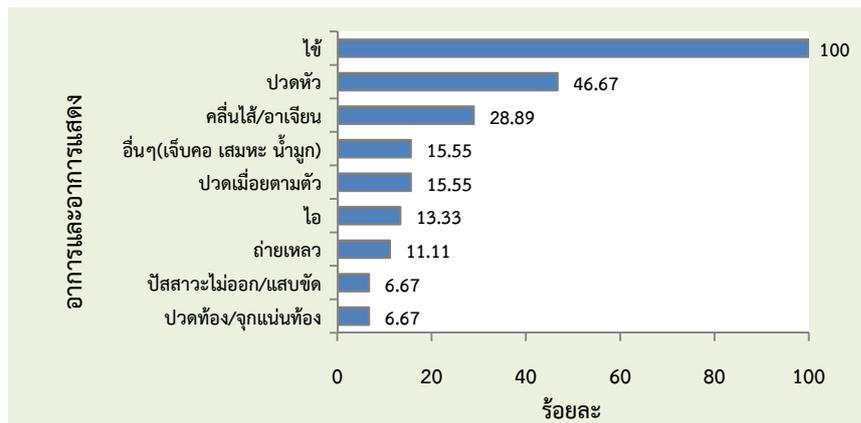
การเข้ารับการรักษาพบว่า เมื่อเริ่มป่วยผู้ป่วยเสียชีวิตเข้ารับการรักษาครั้งแรกที่คลินิกมากที่สุดจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 33.33) ส่วนจำนวนการเข้ารับการรักษาทุกครั้งพบว่า เข้ารับการรักษาจากรพศ./รพท.มากที่สุดจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 88.89) ดังตารางที่ 1 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาสถานบริการทางการแพทย์หลายแห่ง โดยเข้ารับการรักษา 3-5 แห่ง จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 48.89) และ 1-2 แห่ง จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 51.11)

ตารางที่ 1 ประเภทของสถานบริการที่ผู้ป่วยใช้เลือดออกเสียชีวิตเข้ารับการรักษา พ.ศ. 2555

ชนิดสถานบริการ	รพศ./รพท. (ราย)	รพช. (ราย)	คลินิก (ราย)	รพ.สต. (ราย)	รพ.เอกชน (ราย)	ซ้อยา (ราย)
สถานที่เข้ารับการรักษา มากที่สุด	40 (ร้อยละ 88.89)	22 (ร้อยละ 48.89)	17 (ร้อยละ 37.78)	9 (ร้อยละ 20.00)	9 (ร้อยละ 20.00)	-
สถานที่เข้ารับการรักษา ครั้งแรก	4 (ร้อยละ 8.89)	10 (ร้อยละ 22.22)	15 (ร้อยละ 33.33)	7 (ร้อยละ 15.56)	-	9 (ร้อยละ 20.00)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และผู้ป่วยเสียชีวิต รายเดือน ปี พ.ศ. 2555



รูปที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จำแนกตามอาการและอาการแสดงเมื่อเริ่มป่วย ปี พ.ศ. 2555

จำนวนวันตั้งแต่เริ่มป่วยถึงวันเข้ารับการรักษาครั้งแรกจากสถานบริการทางการแพทย์ในระยะเวลา 1 - 2 วัน จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 57.78) และ 3 - 7 วัน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 42.22) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงเสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 48.89) และมากกว่า 7 วัน จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 51.11) หลังจากเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแล้วแพทย์ได้วินิจฉัยผู้เสียชีวิตว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกโดยนับจากวันเริ่มป่วยเป็นระยะ 1 - 3 วัน จำนวน 9 ราย ระยะ 4 - 7 วัน จำนวน 29 ราย และมากกว่า 7 วัน จำนวน 7 ราย อาการเริ่มป่วยของผู้เสียชีวิตทั้งหมดมีดังนี้ ไข้ 45 ราย (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่ ปวดหัว 21 ราย (ร้อยละ 46.67) คลื่นไส้/อาเจียน 13 ราย

(ร้อยละ 28.89) ปวดเมื่อยตามตัว 7 ราย (ร้อยละ 15.55) ไอ 6 ราย (ร้อยละ 13.33) ถ่ายเหลว 5 ราย (ร้อยละ 11.11) ปวดท้อง/จุกแน่นท้อง/ปัสสาวะไม่ออก, แสบขัด/เจ็บคอ อาการละ 3 ราย (ร้อยละ 6.67) เสมหะ/น้ำมูก อาการละ 2 ราย (ร้อยละ 4.44)

การเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของผู้เสียชีวิตพบการวินิจฉัยของแพทย์ครั้งแรกว่าป่วย/สงสัยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเพียง 10 รายเท่านั้น นอกนั้นการวินิจฉัยมักเกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวหรือไข้หวัด/ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ดังนี้

- Gastroenteritis with dehydration, Jaundice unspecified, Hypovolemic shock with severe vomiting, AGE with Anemia R/O Thalassemia

- Fever, Fever - unspecified, Fever course, AFI, PUO, Headache/vomiting
- Acute Tonsillitis, Acute Pharyngitis
- Cystitis, ARF, R/O Acute Pyelonephritis
- Asthma, Flu, Common Cold
- Severe sepsis, Septic shock
- Metabolic acidosis, Thrombocytopenia

จากการสอบถามประวัติการเดินทางและการสำรวจสภาพแวดล้อมพบสาเหตุที่น่าจะทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกดังนี้

- ผู้เสียชีวิตเดินทางในช่วง 14 วันก่อนป่วย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 26.67) ไม่มีการเดินทางจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 35.56) และไม่ทราบ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 37.78)
- ผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่ใกล้กับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายก่อน ๆ จำนวน 5 ราย

นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ โรคประจำตัว/พฤติกรรมเสี่ยง พบว่าผู้เสียชีวิตไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 35.56) ไม่ทราบข้อมูล จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 11.11) และมีโรคประจำตัว/พฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 53.33) ได้แก่ โรคลมชัก (3 ราย) ไขมันสูง (2 ราย) ความดันโลหิตสูง (1 ราย) เบาหวาน (1 ราย) เกาต์ (1 ราย) โรคหัวใจ (2 ราย) ตับอักเสบชนิดบี (1 ราย) หอบ (2 ราย) ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (1 ราย) น้ำหนักเกิน/ต่ำกว่ามาตรฐาน (6 ราย) พิการทางสมองและปัญญา (1 ราย) ต่อมสุราประจำ (3 ราย)

#### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ไข้เป็นอาการเริ่มแรกของผู้เสียชีวิตทุกรายผู้เสียชีวิตจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 20) ที่กินยาแก้ปวดลดไข้และรอดูอาการอยู่ 2-7 วัน เมื่อไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนว่าการเริ่มป่วยจากอาการไข้ หากเข้ารับการรักษาที่แพทย์เพื่อติดตามอาการของโรคเข้าเฝ้าไปอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก (อาการไข้สูงลอยอยู่ประมาณ 2-7 วัน) (4) หลังจากเริ่มป่วยผู้เสียชีวิตเข้ารับการรักษาครั้งแรกจากสถานบริการทางการแพทย์ในระยะเวลา 1 - 2 วัน จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 57.78) แสดงถึงความตระหนักต่อการเข้ารับการรักษาเร็ว หากอาการของโรคจะไม่รุนแรงการรักษาจะง่ายและจะทำให้หายเป็นปกติได้ แต่พบว่าในระยะ 2 - 3 วันแรกแพทย์ไม่ได้นึกถึงโรคไข้เลือดออกจึงไม่ทำ Tourniquet test หรือ CBC (5) ผู้เสียชีวิตมีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงเสียชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 48.89) ซึ่งเป็นไปตามลักษณะการดำเนินของโรคไข้เลือดออกโดยระหว่างวันที่ 3 - 7 ถือว่าเป็นช่วงวิกฤติของโรค อาการไข้จะเริ่มลดลงแต่ผู้ป่วยกลับมีอาการ

ทรุดหนักหากไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่อาจเสียชีวิตได้ภายใน 1 - 2 วัน (4) แพทย์วินิจฉัยครั้งแรกว่าผู้เสียชีวิตป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในระยะ 1-3 วันนับจากวันเริ่มป่วยจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 20) ซึ่งนับว่าสามารถวินิจฉัยโรคได้เร็วแต่กลับพบว่าผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัว เช่น Down syndrome, Asthma, Thalassemia, น้ำหนักเกินมาตรฐานมีเพียง 3 รายที่มีสุขภาพแข็งแรงดี (อายุ 13-17 ปี) สถานที่ที่ผู้เสียชีวิตเข้ารับการรักษามากที่สุด ได้แก่ รพศ. และ รพท. เนื่องจากมีการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการอื่นไปรักษาในระยะสุดท้ายของโรคซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

ด้านการรักษาผู้เสียชีวิตจากการทำ Dead Case Conference เพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลในเดือนพฤศจิกายน 2555 ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ทีมแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยทีมพยาบาลผู้ดูแลคนไข้ และทีมระบาดวิทยาและควบคุมโรคจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่พบมาก ได้แก่

- พบแพทย์ช้า การวินิจฉัยโรคช้าหรือวินิจฉัยโรคผิด
- มีน้ำเกิน ให้ IV fluid มาก และนานเกินไป ทำให้ Heart failure หรือ pulmonary edema
- เลือดออกมาก ไม่ได้ให้เลือดทดแทน หรือให้ช้าเกินไป
- อาการแสดงแตกต่างจากโรคไข้เลือดออก/มีอาการทางสมอง/มีโรคประจำตัวหรือมีการติดเชื้ออื่น
- ไม่ได้ตรวจ CBC ติดต่อกันหลาย ๆ วันเพื่อทราบค่าเปลี่ยนแปลงของ WBC, Hct และ Plt

ซึ่งมีสาเหตุลักษณะเดียวกันกับข้อสรุปสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ (5) ดังนั้นเพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยควรพบแพทย์ตั้งแต่เริ่มมีอาการไข้ และตรวจเลือดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของ WBC, Platelet, Lymphocyte, Haematocrit รวมทั้งวิธีการรักษาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง

นอกจากปัจจัยด้านบุคคลแล้วปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นมาตรการควบคุมป้องกันโรคโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายนั้นต้องทำอย่างจริงจังให้ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทยและปฏิบัติการทุกฤดูกาลมิใช่เพียงฤดูฝนเท่านั้น และต้องทำอย่างถูกวิธีด้วย

ข้อสรุปเบื้องต้นดังกล่าวที่ได้จากรายงานการสอบสวนโรคนั้นพบว่าข้อมูลของผู้เสียชีวิตแต่ละรายขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่สำคัญอยู่หลายประเด็น ฉะนั้นข้อสรุปจากการสอบสวนโรคที่ จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขทุกด้านเช่น การตัดสินใจเข้ารับการรักษา วิธีการรักษา การให้บริการทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ควรมีประเด็นต่าง ๆ ครบถ้วนทุกรายดังนี้

1. วันเริ่มป่วย/วันที่เสียชีวิต
2. อาการเริ่มป่วย
3. การเข้ารักษาหลังมีอาการป่วย เช่น รับประทานยาที่มีในบ้านหรือซื้อจากร้านค้า/พบแพทย์คลินิก
4. วันเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลครั้งแรก เช่น คลินิก, รพ.สต./สถานบริการที่รักษาทุกแห่ง
5. รายละเอียดการรักษาของแพทย์
6. โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง
7. การเดินทางก่อนป่วย 14 วัน
8. การสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน/รอบบ้านผู้เสียชีวิต
9. ผลการวินิจฉัยของแพทย์ครั้งแรก/ครั้งสุดท้าย (แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกเมื่อใด)
10. สรุปสาเหตุการเสียชีวิต

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา (ออนไลน์). โรคไข้เลือดออก. [สืบค้นวันที่ 5 มีนาคม 2556] เข้าถึงได้จาก [http://www.boe.moph.go.th/fact/Dengue\\_Haemorrhagic\\_Fever.htm](http://www.boe.moph.go.th/fact/Dengue_Haemorrhagic_Fever.htm)
2. วัชร แก้วนอกเขา. โรคไข้เลือดออก. ใน: ภาสกร อัครเสวี, บรรณาธิการ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยประชาชน กรมราชูปถัมภ์; 2554. หน้า 21-23.

3. ธราวิทย์ อุปพงษ์และคณะ. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ไข้เลือดออกช็อกและไข้แดงปี วันที่ 26 ธันวาคม 2555. เข้าถึงได้จาก [http://www.boe.moph.go.th/files/report/20130208\\_29383592.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20130208_29383592.pdf)
4. สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. โรคไข้เลือดออก. [สืบค้นวันที่ 5 มีนาคม 2556] เข้าถึงได้จาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/1647>
5. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548.

#### แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วัชร แก้วนอกเขา และดารินทร์ อารีโยชคชัย. การทบทวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44: 209-213.

#### Suggested Citation for this Article

Kaewnorkkao V, Areechokchai D. Review of Dengue Death in Epidemiological Surveillance Report, 2012. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2013; 44: 209-213.

### Review of Dengue Death in Epidemiological Surveillance Report, 2012

**Authors:** Kaewnorkkao V, Areechokchai D

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

#### Abstract

In 2012, 78,063 Dengue cases were reported in Thailand, mortality rate was 121.63 per 100,000 population, of which eighty eight died. Mortality rate was 0.13 per 100,000 population, with the highest among 25-34 years old (0.88 per 100,000 pop.), and case fatality rate was 0.11%. Bureau of Epidemiology was informed about 45 dengue deaths through investigation reports. Twenty four were female, and most of them were treated in private clinics or hospitals. Duration between onset of illness and first visit to physician was mostly 1 – 2 days (57.78%) while duration from onset of illness until death was mostly 7 days or less (48.89%). Most doctors diagnosed as dengue infection at 4 – 7 days after onset of illness (64.44%). However, only 22.22% had been diagnosed as dengue infection since the first visit. All of cases presented with high-grade fever. In conclusion, to reduce the fatality, people should visit physicians as early as when they develop high-grade fever. Complete Blood Count (CBC) should be monitored for early diagnosis and treatment of dengue.

**Keywords:** Dengue Death, Risk Factor