

ความเหมือนที่แตกต่างในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก: วัยเด็กและวัยผู้ใหญ่

Different Similarities in Nursing Care for Dengue Hemorrhagic Fever Patients: Childhood and Adulthood

อรุณณี วงศ์ปันดี¹, ชัชวาล วงศ์สารี² และอาภรณ์ ศรีชัย¹

Arunnee Wongpandeed¹, Chutchavarn Wongsaree² and Aporn Srichai²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย

¹Faculty of Nursing, Eastern Asia University

²วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

²College of Nursing and Health, Suansunandha Ratchabhat University

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกจากเชื้อเด็งกีมีการระบาดที่สูงขึ้นในคนวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้การรักษาพยาบาลจะก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังคงพบอัตราการตายจากโรคไข้เลือดออกในอัตราที่สูงเช่นกัน ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา อากาโรวิทยาตามระยะการดำเนินของโรคไข้เลือดออกในวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่อาจมีความคล้ายคลึงกัน แต่ขณะเดียวกัน ก็มีค่าวิกฤตที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังพร้อมจัดการทางคลินิกในแต่ละระยะที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลที่มีองค์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก หลักการประเมินสภาวะผู้ป่วยและการวิเคราะห์อาการวิทยาทางคลินิกที่แม่นยำเท่านั้นจึงจะดูแลผู้ป่วยได้รอดปลอดภัยพ้นจากการคุกคามชีวิตจากโรคนี บทความนี้จึงมุ่งฟื้นฟูความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากเชื้อเด็งกี โดยอธิบายเปรียบเทียบการจัดการทางการพยาบาลตามค่าวิกฤตที่จะปรากฏตามระยะการดำเนินของโรคระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักรู้ในความเหมือนที่มีแตกต่างสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในคนสองวัยและนำทักษะการพยาบาลที่เสนอในบทความนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออกในเด็ก, โรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่, การพยาบาล

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever, caused from the dengue disease, has been increasing rapidly for both children and adults. Although the advancement of medical treatment has increased, it has been found that there is a high death ratio from Dengue Hemorrhagic Fever. Thus, the changing characteristic of its pathophysiology, and the pathological symptoms, according to the period of Dengue Hemorrhagic Fever progression, may be similar in childhood and adulthood. But at the same time, it is critically important that nurses have to stay alert and be ready to arrange for different periods of clinical management. Therefore, only nurses who possess the body of knowledge of Dengue

Hemorrhagic Fever, including knowledge of how to principally assess a patient's condition and the analysis of clinical symptoms semiology accurately should take care of patients to cure them from this deadly disease. This article aims to examine nurses' knowledge and skills in treating Dengue Hemorrhagic Fever by explaining the comparison of nursing management according to critical values of the period and appearance of this disease between childhood and adulthood in order to see the differences clearly. In addition, in order for professional nursing community to realize differences and similarities in caring for the different ages of patients of Dengue Hemorrhagic Fever, nurses must bring nursing skills that are proposed in this article and apply them continuously for the highest benefit when caring for patients with Dengue Hemorrhagic Fever.

Keywords: dengue hemorrhagic fever in childhood, dengue hemorrhagic fever in adulthood, nursing care



บทนำ

ในประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ ทุกจังหวัดและทุกอำเภอ การกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และรูปแบบการเกิดโรคมีความผันแปรไปตามพื้นที่ในแต่ละปี (Department of Disease Control, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาดิตต่อกันหลายปี ในปี พ.ศ.2556 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกช่วงวัยรวมจำนวน 192,613 ราย อัตราป่วย 35.47-461.19 ต่อประชากรแสนคนต่อปี อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0-0.18 สัดส่วนอัตราป่วยในกลุ่ม 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นและพบว่าเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคมมีการระบาดของโรคสูงสุด (Hinjumpa & Charemtanyarak, 2017) จากรายงานของกรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2561 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงวันที่ 20 พฤษภาคมที่ผ่านมา พบจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกในประเทศไทย 11,704 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 16 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.14 กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าปีนี้อาจมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 75,000 คน หรือเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2560 จำนวนร้อยละ 29 ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคอยู่ใน

ช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.58 (Department of Disease Control, 2018)

การป้องกันการเกิดไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด แต่เนื่องจากสภาพภูมิประเทศของไทยมีแม่น้ำและแหล่งน้ำขังจำนวนมากจึงยากที่จะควบคุมการเกิดโรคได้ และในพื้นที่ชุกชุมของยุงอาจพบการระบาดถึง 3-4 ครั้ง/ปี รูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันมักพบว่ามีระบาดนอกฤดูกาลซึ่งพบบ่อยในเขตกรุงเทพมหานคร ลำพูน ลำปาง พิจิตร นครสวรรค์ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ โดยเชื้อไวรัสชนิด DEN-2 พบการระบาดและมีความรุนแรงสูงสุดในประเทศไทย (Department of Disease Control, 2018) ด้วยอาการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะเริ่มแรกไม่ค่อยเด่นชัดและไข้เลือดออกร้อยละ 90 จะไม่มีอาการปรากฏที่ชัดเจนในเด็ก (Pakdeto, Arpaichiraratana & Onto, 2017) ทำให้พ่อแม่ของเด็กบางคน คิดว่าอาการร้องไห้ งอแง และน้ำมูกไหล ตัวร้อน ๆ ของเด็กเป็นอาการไม่สบายจากไข้หวัดทั่วไป ให้รับประทานยาและดูแลอาการเองที่บ้านด้วยตนเองก็คงจะดีขึ้น ร่วมกับไข้เลือดออกในปัจจุบันมีการระบาดนอกฤดูกาลมากขึ้นเมื่อพ่อนำพาบุตรมารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเหมือนไข้หวัดทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้คำนึงถึงว่าเด็กจะเป็นโรคไข้เลือดออกจึงขาดการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

โดยทั่วไปทั้งในเด็กและผู้ใหญ่อาการของโรคไข้เลือดออกจะเริ่มปรากฏใน 5-8 วันหลังจากที่ได้รับเชื้อจากยุงลาย การดำเนินของโรคไข้เลือดออกในคนจะอยู่ในช่วง 3-14 วัน แต่ที่พบอาการทางคลินิกส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 5-8 วัน (Kaewnokkho et al., 2013)

จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ค้นพบว่าไข้จะสูงมากใน 2-4 วันหลังจากผู้ป่วยมีไข้ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดที่ขึ้นสูงสุด การดำเนินของโรคไข้เลือดออกแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะไข้สูง ระยะช็อก และระยะฟื้นตัว อาการวิทยาที่ปรากฏให้เห็น อาทิ ไข้สูงลอย 2-7 วัน ตับโตกดเจ็บ มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง หรือบางรายมีเลือดปนออกทางปัสสาวะ อุจจาระ ช็อก จากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว สรุปรายงานการวิจัยพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในวัยเด็กและผู้ใหญ่เกิดความรุนแรงของโรคต่างกัน และอัตราการตายต่างกันด้วย โดยความรุนแรงของโรคที่ระดับสูงทำให้เด็กเสียชีวิตได้สูงสุด โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่ไม่สามารถบอกอาการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของตนเองได้ รองลงมาคือภาวะน้ำเกิน

การดำเนินของโรคไข้เลือดออกในวัยผู้ใหญ่ พบว่าการช็อกที่ยาวนานซึ่งมีสาเหตุมาจากการมารักษาซ้ำของผู้ป่วย การประหม่น การวินิจฉัยล่าช้าของบุคลากรทางการแพทย์ การเฝ้าระวังทางอาการวิทยาของไข้เลือดออกไม่แม่นยำหรือเกิดจากการแก้ไขภาวะช็อกได้ช้ากว่าปกติ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว อวัยวะหลายระบบเกิดการล้มเหลวต่อเนื่องเป็นสาเหตุการตายหลัก รองลงมาคือผู้ป่วยผู้ใหญ่กลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเลือด โรคทางระบบประสาท โรคอ้วน และคนที่ติดสุรา สารเสพติด (Liu et al., 2008; Woon et al., 2016; Campos et al., 2015) และยิ่งพบว่าระยะของโรคไข้เลือดออกก่อให้เกิดพยาธิสรีระภาพที่แตกต่างกัน อายุวัยที่แตกต่างกันทำให้การแสดงอาการ ความรุนแรงของผู้ป่วยแตกต่างกันด้วย โดยพบว่าระยะช็อกเป็นระยะที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด ซึ่งมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 55 ปีและมีโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดการช็อกที่ยาวนานกว่าปกติ ร่วมกับ

มีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเลือดน้อยกว่า 30% ค่าการทำงานของตับและไตผิดปกติ เป็นปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงจากโรคจนทำให้เสียชีวิตตามมา ดังนั้นผู้นิพนธ์จึงได้เขียนบทความนี้จึงมุ่งฟื้นฟูความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากเชิงเตงกี โดยอธิบายเปรียบเทียบการจัดการทางการพยาบาลตามคำวิฤตที่จะปรากฏตามระยะการดำเนินของโรคระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักรู้ในความเหมือนที่มีแตกต่างสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในคนสองวัยและนำทักษะการพยาบาลที่เสนอในบทความนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต่อไป

สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก

สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเตงกี (Dengue virus) ซึ่งเป็น single-strand RNA จัดอยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิด จึงทำให้มี cross reaction และ cross protection ได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเตงกีชนิดหนึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเตงกีชนิดนั้นตลอดไป (long lasting homotypic immunity) และจะมีภูมิคุ้มกัน cross protection ต่อชนิดอื่น (heterotypic immunity) ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (Campos et al., 2015)

วิธีการติดต่อ โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ และในชนบทบางพื้นที่ จะมียุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรคร่วมกับยุงลายบ้าน เมื่อยุงลายตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้ ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง และเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมที่จะเข้าสู่คนที่ ถูกกัดต่อไป เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเตงกีไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัดทำให้นั้นป่วยได้

อาการของโรคไข้เลือดออก

ระยะเวลาในการติดต่อของเชื้อไข้เลือดออกในเด็กและผู้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังนี้

ระยะฟักตัว ระยะเพิ่มจำนวนของไวรัสแดงก็ในยุ่งประมาณ 8-10 วัน ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสแดงก็ในคนประมาณ 3-14 วัน โดยทั่วไปประมาณ 5-8 วัน

ระยะติดต่อ โรคไข้เลือดออกไม่ติดต่อจากคนสู่คนติดต่อกันได้โดยมียุงลายเป็นแมลงนำโรคการติดต่อจึงต้องใช้เวลาในผู้ป่วยและในยุ่ง ระยะที่ผู้ป่วยมีไข้สูงประมาณวันที่ 2-4 จะมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก ระยะนี้จะเป็นระยะติดต่อจากคนสู่ยุง และระยะเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสในยุ่งจนมากพออีกประมาณ 8-10 วัน จึงจะเป็นระยะติดต่อจากยุงสู่คน

อาการแสดงและอาการ การดำเนินโรคแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (Pakdeto, Arpaichiraratana & Onto, 2017; Department of Disease Control, 2018) โดยผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่มีอาการคล้าย ๆ กันในแต่ละระยะ ได้แก่

1. ระยะไข้สูงเฉียบพลัน (acute febrile stage) ผู้ป่วยทุกรายจะมีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นกะทันหันพร้อมอาการปวดกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีไข้สูงลอย 2-7 วัน ซึ่งอุณหภูมิร่างกายจะอยู่ในช่วง 38.9-40.6°C มักมีอาการปวดกล้ามเนื้อบางรายมีหน้าแดง (flushed face) อาจมีจุดเลือดออกหรือมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular บางรายมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีอาการปวดท้องหรือมีตับโตโดยเฉพาะในช่วงท้ายของระยะไข้

2. ระยะวิกฤติหรือช็อก (critical stage) เป็นช่วงเวลาที่การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น โดยจะมีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดจำนวนมากและต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่การรั่วของพลาสมาจะเกิดขึ้นประมาณ 24-48 ชั่วโมง ในช่วงท้ายของระยะไข้สูงเฉียบพลัน ซึ่งจะพบว่าระยะที่พลาสมารั่วนี้อุณหภูมิร่างกายจะลดต่ำลงด้วย เพราะพลาสมาที่คั่งในระหว่างเซลล์จะทำให้ผิวหนังเย็นลง ไข้จึงลดลงอย่างรวดเร็ว

ระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลาอันตรายของผู้ป่วยที่พยาบาลต้องดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที บางรายจะมีระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะช็อก บางรายอาจมีอาการปวดท้องด้านขวา ตรวจพบตับโต กดเจ็บ มีอาการเลือดออกผิดปกติ ตามผิวหนังตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โรคไข้เลือดออกระยะนี้จะแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 เกรด ซึ่งในเด็กและผู้ใหญ่ใช้เกณฑ์เดียวกัน ดังนี้

เกรด 1 ไม่มีภาวะช็อก แต่ตรวจพบ tourniquet test ให้ผลบวก และ/หรือมีจุดจ้ำเลือดเกิดขึ้นตามผิวหนังได้ง่ายกว่าปกติ (easy bruising)

เกรด 2 ไม่มีภาวะช็อกแต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาไหลหรืออาเจียนปนเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ

เกรด 3 มีภาวะช็อก โดยมีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure ที่น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออกกระสับ กระส่าย Capillary refill นานกว่าปกติ 2 วินาทีระดับการรู้ สติที่เปลี่ยนแปลงไป การวัดรอบท้องในเด็กจะได้ความยาวที่เพิ่มขึ้น

เกรด 4 มีภาวะช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต และจับชีพจรไม่ได้ การรับรู้สติของผู้ป่วยจะลดลงมาก บางรายมาเลือดไหลออกตามไรฟัน เลือดออกตามปัสสาวะ อุจจาระ

อนึ่งเกรด 1 และเกรด 2 ของโรคไข้เลือดออกจะมีการรั่วของพลาสมาพร้อมกับจำนวนเกล็ดเลือดที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000 ตัว/ลบ.มม. ($<100 \times 10^9/L$) และเมื่อการดำเนินของโรคถึงเกรดที่ 3 ขึ้นไป จะจัดความรุนแรงเป็น dengue shock syndrome (DSS)

3. ระยะฟื้นตัว (convalescent stage) เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ตรวจพบความดันโลหิตปกติ ชีพจรเต้นช้าลงและแรงขึ้นค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit --Hct) ลดลงมากที่สุด อาจตรวจพบ ผื่น (convalescent rash) ที่มีลักษณะเป็นวงกลมเล็ก ๆ สีขาวของผิวหนังปกติท่ามกลางผื่นสีแดง

ในระยะพ่นตัวจากไข้เลือดออกของผู้ป่วยเด็ก พยาบาลต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด (volume overload) เพราะในช่วงระยะช็อกจะได้รับสารน้ำ บำบัดจำนวนมากและรวดเร็วเกินกว่าเด็กจะขับออกได้ทัน จากประสบการณ์จะพบว่าในระยะพ่นตัวนี้ผู้ป่วยเด็ก มักมีอาการไข้ต่อเนื่องเนื่องจากปวดบวม หายใจลำบาก และภาวะแทรกซ้อนนี้ยังเป็นสาเหตุการตายของเด็กในระยะพ่นตัวจากโรคไข้เลือดออก ส่วนวัยผู้ใหญ่จะไม่พบ ความผิดปกติอื่น เว้นแต่ในรายที่เกิดการช็อกยาวนานจน ทำให้เกิดระบบภายในหลายระบบล้มเหลว ซึ่งจะมีผลต่อ

ระบบไหลเวียนตามมา บางรายอาจได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมร่วมด้วย เพื่อขจัดน้ำส่วนเกินออก (Wongsaree, 2016; Wongsaree & Kittiyawan, 2017)

เนื่องจากการมีช่วงวัยที่แตกต่างทำให้ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการดำเนินของโรคไข้เลือดออกจากการติดเชื้อ เดงก็แตกต่างกันไปด้วย ผู้นิพนธ์จึงขอเสนอความแตกต่าง ตามหลักวิชาการที่อธิบายร่วมกับประสบการณ์ตรงของผู้นิพนธ์ ที่เคยดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากการติดเชื้อ เดงก็ทั้งวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

ตาราง 1

เปรียบเทียบพยาธิสรีรวิทยาและการพยาบาลโรคใช้เลือดออกจากเชื้อเด็งกีของผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกด้วยเด็กและผู้ใหญ่

พยาธิสรีรวิทยาและการดำเนินของโรคใช้เลือดออกจากเชื้อเด็งกี

ผู้ป่วยวัยเด็ก

อาการทางคลินิก

พบไข้เฉียบพลันและใช้สับสนเล็กน้อย ร่วมกับอาการข้อต่อข้อหนึ่ง ดังนี้

1. ภาวะเลือดออก
2. ทำ Tourniquet test ได้ผลบวก
3. ตับโตมักกดเจ็บ มีอาการปวดท้องที่รุนแรง
4. มีภาวะช็อก (pulse pressure น้อยกว่า 20)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือดที่มีค่าน้อยกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม. ($<100 \times 10^9/L$)
2. มีการเพิ่มขึ้นของค่า Hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับค่า Hematocrit ครั้งล่าสุด
3. มีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ท้องมาน (ascites)
4. ระดับอัลบูมินในเลือด โดยอาจพบค่าอัลบูมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3.5 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคขาดการบริโภคน้ำ) หรือค่าอัลบูมินน้อยกว่า 4 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคใช้เลือดออก

บทบาทพยาบาลกับการประเมินอาการและจัดการอาการทางคลินิก

1. ชักประวัติถึงอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและมีอาการไข้สูงลอย (ไข้มากกว่า 38.5°C นาน 2-7 วัน) พร้อมถามคำถามเพื่อคัดกรองว่าผู้ป่วยเคยเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงของใช้เลือดออก 8 -10 วันก่อนมีไข้ ขณะชักประวัติให้ค้นหาภาวะเลือดออกตามผิวหนังหรือชักประวัติเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะ/อุจจาระร่วมด้วย และในผู้ใหญ่ต้องประเมินภาวะอ้วน ชักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว โรคเรื้อรังต่าง ๆ เพราะมีผลต่อการดูแลรักษาและความรุนแรงของโรค

2. ประเมินขีดครื่องหาโรคใช้เลือดออกจากเชื้อเด็งกี ดังนี้ (1) ทำ Tourniquet test ได้ผลบวก โดยวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดที่มีขนาด cuff พอเหมาะกับขนาดต้นแขนของผู้ป่วย คือ ครอบคลุมประมาณ 2 ใน 3 ของต้นแขน ปีความดันโลหิตที่กึ่งกลางระหว่าง systolic และ diastolic pressure วัดค้างไว้ประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นจึงคลายความดัน รอ 1 นาที หลังคลายความดันจึงอ่านผลการทดสอบ ถ้าตรวจพบจุดเลือดออกเท่ากับหรือมากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้ว ถือว่าให้ผลบวก ให้บันทึกผลเป็นจำนวนจุดต่อตารางนิ้ว (2) ประเมินสัญญาณชีพ และตรวจร่างกายผู้ป่วย (3) วิเคราะห์ค่าการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยาโดยในวัยผู้ใหญ่เกิดเลือดเท่ากับ 100,000 เซลล์/ลบ.มม. และติดตามค่า Hematocrit ตามแผนการรักษา ข้อพึงระวังในการติดตามค่าเกิดเลือดในผู้ป่วยวัยเด็กจะรับประทานอาหารได้น้อยทำให้เกิดเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังมากกว่า

ตาราง 1

เปรียบเทียบพยาธิสรีรวิทยาและการพยาบาลโรคไข้เลือดออกจากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกวัยเด็กกับผู้ใหญ่ (ต่อ)

พยาธิสรีรวิทยาและการดำเนินของโรคไข้เลือดออกจากเชื้อเด็งกี	บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
<p>ผู้ป่วยวัยเด็ก</p> <p>5. ค่าความสมบูรณ์ของเลือด (Complete Blood Count—CBC) พบเม็ดเลือดขาวต่ำ นิวโทรฟิลต่ำ และลิมโฟไซต์สูง platelet <100,000 cells/mm³ และค่า Hct ≥20% จากเดิม</p>	<p>ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งระดับเกล็ดเลือดจะลดลงอย่างช้า ๆ และสามารถปรับเพิ่มขึ้นได้เร็วหากผู้ป่วยยังรับประทานอาหารและน้ำได้</p> <p>3. ค้นหาภาวะวิกฤตที่บ่งบอกการช็อกจากการกระจายของพลาสมาออกจากหลอดเลือด โดยประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องพร้อมติดตามค่า CBC ในผู้ป่วยใหญ่</p>
<p>ผู้ป่วยเด็กที่ต้องให้การดูแลแบบใกล้ชิด</p> <p>เมื่อประเมินพบอาการแสดงและอาการตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีอาการอ่อนเพลียมาก รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำไม่ได้เลยหรือดื่มน้ำไม่ได้เลย มีอาการเลือดออกมาก เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด อาเจียนปนเลือดสด และมีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง (petechiae and ecchymosis) CBC พบ เม็ดเลือดขาว (WBC) ต่ำกว่า 5,000 เซลล์/ลบ.มม. และพบค่าลิมโฟไซต์สูงกว่าปกติ (สูงมากกว่า 40%) และเกล็ดเลือด (platelet) น้อยกว่า 100,000 เซลล์/ลบ.มม. ค่า Hematocrit สูงขึ้นกว่าเดิมตั้งแต่ 10% ขึ้นไป 	<p>4. ติดตามอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง อธิบายให้ญาติ/ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับระยะของโรค การดำเนินของโรค การรักษาที่จะได้รับ ความจำเป็นที่ต้องเจาะเลือดที่บ่อยกว่าปกติ</p> <p>5. จัดระดับความรุนแรงของภาวะวิกฤตพร้อมให้สารน้ำตามแผนการรักษา ซึ่งในระยะที่พบค่า Hematocrit เพิ่มขึ้นจะเป็นช่วงเดียวกันกับการร่วงของพลาสมาและมีไข้ลด ระยะนี้จะมีการบำบัดสารน้ำทดแทนจำนวนมากเพื่อป้องกันภาวะช็อก ข้อพึงระวังในการบำบัดด้วยสารน้ำในเด็กเล็ก คือ ภาวะน้ำเกิน ซึ่งจะเพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาที่จะนำมาสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กได้ พยาบาลอาจต้องนำส่งผู้ป่วยไปประเมินภาวะน้ำเกิน พลาสมาเร็ว เช่น ส่งไปเอกซเรย์ หรืออัลตราซาวด์ เป็นต้น</p>
<p>ผู้ป่วยผู้ใหญ่</p> <p>5. ค่าความสมบูรณ์ของเลือด (Complete Blood Count—CBC) พบเม็ดเลือดขาวต่ำ นิวโทรฟิลต่ำ และลิมโฟไซต์สูง platelet < 100,000 cells/mm³ และค่า Hct ≥20% จากเดิม</p>	

ตาราง 1

เปรียบเทียบพยาธิสรีรวิทยาและการพยาบาลโรคไข้เลือดออกจากเชื้อเด็งกีของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกวัยเด็กกับผู้ใหญ่ (ต่อ)

พยาธิสรีรวิทยาและการดำเนินของโรคไข้เลือดออกจากเชื้อเด็งกี

ผู้ป่วยวัยเด็ก

5. ใช้ลดลงแต่พบอาการไม่ดีขึ้น ยังพบอาการอ่อนเพลียที่มากกว่าปกติ
6. มีอาการอาเจียนมากหรือตรวจพบอาการปวดท้อง
7. ตรวจพบอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะช็อกจากโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 'ใช้ลดลงแต่พบชีพจรเต้นเร็ว/ตรวจพบการไหลกลับของเลือด (capillary refill) ช้ากว่า 2 วินาที/ตมเย็นขึ้น เหงื่อออก กระสับกระส่าย/ pulse pressure น้อยกว่า 20 มม.ปรอท
8. WU urine specific gravity สูงขึ้นกว่าปกติ คือ มากกว่า 1.030

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

- เสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กได้ พยาบาลอาจต้องนำส่งผู้ป่วยไปประเมินภาวะน้ำเกิน พลาสมาเร็ว เช่น ส่งเอกซเรย์ หรืออัลตราซาวด์ เป็นต้น
6. ระวังน้ำตองเคร่งครัดในการประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกรู้ตัวที่ต่ำกว่าปกติและบันทึกสารน้ำเข้าออกทุกชั่วโมง พร้อมรายงานแพทย์ใน การจัดการอาการวิกฤตอย่างทันที
 7. ดูแลแนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้อนอาหาร น้ำ ที่มีสีเข้ม เช่น สีดำ สีแดง
 8. ประเมินเลือดออกทางระบบทางเดินปัสสาวะ/อุจจาระอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่ง ในผู้ป่วยผู้ใหญ่พยาบาลอาจวางกระบอกเก็บปัสสาวะ (urinal) ไว้ให้ผู้ป่วย ได้ปัสสาวะใส่เพื่อจะได้ประเมินสีและจำนวนได้ถูกต้อง ส่วนผู้ป่วยเด็กอาจต้อง คาสายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อประเมินเช่นกัน
 9. เขียนใบ รง.506 ส่งต่อกระทรวงสาธารณสุข

บทสรุป

ไข้เลือดออกมีอาการไม่ตรงไปตรงมา ร่วมกับมีการระบาดนอกฤดูมากขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่คิดถึงว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคนี การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจากการติดเชื้อเดงกีของพยาบาลที่มีความรู้และทักษะเฉพาะตัวที่สูง ซึ่งการดูแลที่แตกต่างตามลักษณะของช่วงวัยมีความสำคัญ พยาบาลที่เชี่ยวชาญจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายได้มาก

เพราะเมื่อผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหน้าที่หลักในการประเมิน วิเคราะห์อาการ ติดตามค่าวิกฤตต่าง ๆ พร้อมร่วมดูรักษาผู้ป่วยจะตกเป็นบทบาทหลักของพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดให้การดูแลทางการพยาบาล ร่วมกับแพทย์ที่ต่อเนื่องสอดคล้องกับอาการทางคลินิกและระยะของไข้ ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้ที่ชัดเจนในการดำเนินของโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างตามวัยและปัจจัยส่วนบุคคลดังที่กล่าวมาข้างต้น จะทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



References

- Department of Disease Control. (2018). *Prognosis dengue fever in 2018*. Retrieved from www.thaivbd.org/n/uploads/file/file_PDF/Dengue/2561/DHF%202561.pdf (in Thai)
- Campos, K. B., Amâncio, F. F., De Araújo, V. E. M., & Carneiro, M. (2015). Factors associated with death from dengue in the state of Minas Gerais, Brazil: Historical cohort study. *Tropical Medicine & International Health*, 20(2), 211-218.
- Hinjumpa, J., & Charentanyarak, L. (2017). Changing epidemiology of dengue diseases in 1996-2016, Bangkok, Thailand. *Disease Control Journal*, 43(4), 342-355. (in Thai)
- Liu, C. C., Huang, K. J., Huang, M. C., Lin, J. J., Wang, S. M., Liu, J. J., ... Yeh, T. M. (2008). High case-fatality rate of adults with dengue hemorrhagic fever during an outbreak in non-endemic Taiwan: Risk factors for dengue-infected elders. *American Journal of Infectious Diseases*, 4(1), 10-17.
- Pakdeto, R., Arpaichiraratana, C., & Onto, P. (2017). Dengue hemorrhagic fever in children: Nurses' important role. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(1), 55-65. (in Thai)
- Wongsaree, C. (2016). *Kidney and urinary disease: Medical and surgical nursing care*. Bangkok: NP. (in Thai)
- Wongsaree, C., & Kittiyawan, J. (2017). An intensive educational program on therapeutic volume over load for end stage chronic renal disease patients receiving hemodialysis: Hemodialysis nurses' roles. *HCU Journal*, 21(41), 137-150. (in Thai)
- Woon, Y. L., Hor, C. P., Hussin, N., Zakaria, A., Goh, P. P., & Cheah, W. K. (2016). A two-year review on epidemiology and clinical characteristics of dengue deaths in Malaysia, 2013-2014. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10(5), e0004575.

