

รายงานผู้ป่วย กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกช็อครุนแรง

เจียมใจ สุชาติพยพันธุ์ พย.บ.
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่ระบาดได้เร็ว และอาการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วและรุนแรง อาจเกิดภาวะช็อค (grade III) และถ้าไม่ได้รับการเฝ้าระวัง จะเกิดภาวะช็อครุนแรง (grade IV) ซึ่งมีความยุ่งยากในการดูแลรักษาพยาบาลหากปล่อยไว้นานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ตับวาย ไตวาย เลือดออกมาก จนถึงเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญ และมีทักษะในการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดสามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ (Emergency Care) เพื่อลดอัตราการตาย, อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

นักศึกษาจึงขอเสนอกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กเพศหญิง อายุ 14 ปี 2 เดือน ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่ามีสภาวะ Hypo-volumic Shock จากการซักประวัติผู้ป่วยมีไข้ 2 วัน กินยาลดไข้ Paracetamol เองที่บ้านไม่ได้ไปตรวจที่ไหน ก่อนมาอาเจียน 6 ครั้ง ปวดท้องมาก อ่อนเพลีย จึงให้ญาติพามาโรงพยาบาลถึงห้องตรวจ มือเท้าเย็น ชีต Capillary Refill มากกว่า 3 วินาที ชีพจรคลำไม่ได้ ความดันโลหิตวัดไม่ได้จากการประเมินข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบประเมินภาวะสุขภาพแบบกอร์ซอว์นิจทางการพยาบาลครั้งนี้ผู้ป่วยมีภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเนื่องจากการสูญเสียพลาสมาออกนอกเส้นเลือดเฉียบพลัน, ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกภายใน (Internal bleeding), ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลเกลือแร่แคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia), การทำงานไตไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากปัสสาวะออกน้อย, อาจเกิดอาการทางสมองจากภาวะตับวาย, มีภาวะผิดปกติของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล, อาจเกิดการระบาดของโรคในครอบครัวและชุมชนผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง สามารถป้องกันความเสี่ยงรุนแรงทำให้มีอาการดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ได้รับการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายว่า DHF grade IV (ผู้ป่วยไข้เลือดออกรุนแรง) นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 4 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Case Study: Dengue shock Syndrome (grade IV)

Jiemjai Sukatipphayaphan RN

Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a major health problem because it spreads rapidly on the population. The untreated patient may suffer for a serious consequence from the dengue shock syndrome. The appropriate treatments are needed to protect them from a prolonged shock stage. The negative outcomes of DHF include bleeding and may damage many organs such as liver, kidney, and brain. Eventually, patients may die from a shock stage. As a result, nurses need to be knowledgeable and skillful in close investigation. Nurses need to be able to perform effective caring, especially during emergency care, to decrease mortality rate and complication rate among DHF patients.

The purpose of this study was to examine DHF in a 14 year-of-age female adolescent. This patient was initially diagnosed as Hypovolumic Shock. According to her medical history, she had a fever for 2 days. Then, she consumed antipyretic drug (paracetamol) at home. She did not get any treatment prior to this current admission. Before admission, she reported 6 vomits, severe stomach pain, and a weakness. Therefore, her cousins took her to a hospital. At an investigating room, her hands and foots were freezing. Capillary re-fill was more than 3 seconds, and loss of pulse and blood pressure. After assessing the patient's data using Gordon's Health Assessment Pattern, the nursing diagnoses were concluded as follows: Patient performed a failure blood circulation due to acute loss of plasma; Patient performed risky of internal bleeding; Patient was in electrolyte imbalance, particularly hypocalcemia; Patient's kidney functioned ineffectively; Patient took a risk of brain damage due to hepatic failure; Patient's blood circulation functioned improperly; Patient's family were anxious due to her illness; and there might be an epidemiology of DHF in family and nearby community.

This patient was under an effectively continuous care of a multidisciplinary team. This enabled the patient to take a lower risk, and therefore, patient got well quickly. The last diagnosis was DHF grade IV (a severe DHF). Her length of stay was 4 days. Subsequently, this patient was discharged from the hospital without any disability.

กรณีศึกษา

รายละเอียดทั่วไปของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
ช็อครุนแรง ประวัติส่วนตัว เด็กหญิงไทย อายุ 14 ปี
2 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ
นักเรียน

การศึกษา กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก R/O Hypovolemia shock
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย DHF grade IV
รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2552
วันที่จำหน่าย วันที่ 13 เมษายน พ.ศ.2552
รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช
4 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ปวดท้องมาก
อาเจียน 2 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มีไข้ก่อนมาโรงพยาบาล
2 วัน กินยา Paracetamol เองไม่ได้ไปตรวจที่ไหน ก่อน
มาโรงพยาบาล อาเจียน 6 ครั้ง ท้องไม่เสีย ไม่มีไข้ เข้าวัน
มาโรงพยาบาลปวดท้องได้ลื่นปี อาเจียน 2 ครั้ง อ่อนเพลีย
จึงบอกให้ญาติพามาโรงพยาบาล มาถึงห้องตรวจผู้ป่วย
นอกแผนก กุมารเวชกรรม ผู้ป่วยอ่อนเพลีย มือเท้าเย็นซีด
Pulse เบามาก ความดันโลหิตวัดไม่ได้ Load 0.9% NSS
ส่งรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต 22 มกราคม 2551
เคยเป็นโรคไข้เลือดออก Acute dengue fever secondary
PCR-DEN 1

การประเมินสภาพแรกพบ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถาม
ตอบคำถามได้ดียังยิ้มแย้ม แต่ตัวเย็น ผิวขาว มือเท้าเย็น
สีคล้ำ Capillary Refill > 3 sec Pulse เบามากคลำไม่ได้
ความดันโลหิตวัดไม่ได้มี IV 0.9% NSS เปิด free flow
400 cc/hr ที่หลังมือข้างซ้าย วัด O₂ sat ได้ 47% Blood
sugar 90 mg/dl Hct 43% ใน CBC Hct 46%

ผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ

ผล CBC (Complete Blood Count) วันที่ 9
เมษายน 2552 เวลา 10.33 น.

Hb 15.5 g/dl Hct 46%, WBC 5,400 cell/
mm³, Platelet Count 25,000 cell/mm³, Neutrophil
60%, Lymphocytes 29%, Atypical lymphocyte 3%

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วย
มีเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดเลือดต่ำมาก Hct 46% ซึ่งเข้มข้น
แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการมีเลือดออก และ
อาจมีการรั่วของพลาสมาแล้วทำให้ Hct เข้มข้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลว เนื่องจาก
มีการสูญเสียพลาสมาออกนอกเส้นเย็บพ่น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการมือเท้าเย็น ผิวคล้ำ capillary
refill > 3 วินาที
2. ซึ่จรเบามากคลำไม่ได้ความดันโลหิตวัดไม่ได้
3. Hct 46% แสดงว่ามีการรั่วของพลาสมาออก
นอกเส้นเลือดไม่อยู่ในช่องปอด ช่องท้อง

4. O₂ sat 75%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O₂ ผู้ป่วย และ bed rest
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ ให้
มากพอที่จะชดเชยปริมาณพลาสมาที่รั่วออกไปหากผู้ป่วย
ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก

3. ในช่วงแรกให้สารน้ำทางหลอดเลือดที่ไม่มี
Dextrose (0.9 % NSS) เพราะ Rate IV เกิน 1000 cc/
kg/hr ต้องคอยดูอัตราการไหลของสารน้ำให้เป็นไปตาม
แผนการรักษาโดยเคร่งครัด ซึ่งการให้สารน้ำจะมีการปรับ
เปลี่ยนอัตราการไหลเวียนอยู่บ่อยๆ ตามการตอบสนอง
ของผู้ป่วยโดยดูจากอาการทางคลินิก สัญญาณชีพ Hct
และปัสสาวะ การให้สารน้ำต้องใช้ sterile technique อย่าง
เคร่งครัด เลือดหลอดเลือดที่ใหญ่หลีกเลี่ยงบริเวณขา
ข้อพับต่างๆ และรอยที่เคยให้สารน้ำและบาดเจ็บมาก่อน
และควรเปิดเส้น on surflo ไว้อีกเส้น เพื่อแก้ไขภาวะ
Electrolyte Imbalance ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมปริมาณ
สารน้ำทางหลอดเลือดแม่นยำ

4. ตรวจเย็บอาการผู้ป่วยบ่อยๆ พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เอะอะ ความรู้สึกเปลี่ยนต่างๆ รวมทั้ง Conceal bleeding

5. monitor Vital Sign q 10 -15 นาที จนกว่าจะ stable

6. ตวงน้ำ-เข้าออก เป็นชั่วโมง เพื่อประเมินอาการ

7. ติดตามค่า Hct q 2-4 hrs รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น BUN, Electrolyte, Calcium, SGOT, SGPT เพื่อดู ความสมดุลเกลือแร่การทำงานของไต ตับ และเพื่อประเมิน Effective resuscitate shock และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่2

ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Internal bleeding (conceal bleeding) เนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ปวดท้องมาก มีเกล็ด เลือดต่ำ และมีภาวะ Prolong shock

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง อาเจียน ร้องขอให้ญาติพามาโรงพยาบาล

2. ผล CBC พบ Platelet Count 25,000 cell/mm³

3. คลำท้องกดเจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น อาเจียน อุจจาระมีสีดำหรือแดงหรือไม่ ผู้ป่วยมีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดกำเดา ปวดท้อง ท้องอืดขึ้นหรือไม่

2. วัดสัญญาณชีพ ถ้าความดันโลหิตต่ำ Pulse Pressure แคบ ชีพจรเบาเร็ว ไม่มีไข้ปวดท้อง กระสับกระส่าย โดยไม่มีเลือดออกมาให้เห็น อาจมีภาวะเลือดออกภายในได้

3. ห้ามทำหัตถการที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ โดยไม่จำเป็น เช่น ห้ามใส่สาย NG อย่างเด็ดขาด แนะนำให้ผู้ป่วยใช้แปรงฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม

4. หลีกเลี่ยงการกดคลำที่ท้องบ่อยๆ

5. ตรวจดูบริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือด เจาะ Hct และสี urine ว่ามีเลือดปนหรือไม่

6. ให้ Vitamin K ตามแผนการรักษาแพทย์

7. group match เพื่อสำรองเลือดไว้ใช้ใน กรณีเร่งด่วน รวมทั้งเตรียมเปิดเส้นรอก on surflo ไว้อีกเส้นหนึ่ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่3

ผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte Imbalance (Hypo-calcaemia)

ข้อมูลสนับสนุน

ผล BUN ผล Electrolyte, Ca⁺⁺ 6.9 mg/dl, Na 134.1 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ความไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ในรายที่รุนแรง อาจมีอาการชัก

2. สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น แบบแผนการหายใจ เปลี่ยนแปลง ไปอาจช้าหรือเร็วกว่าปกติ ความดันโลหิตลดลง

3. ดูแลความปลอดภัยจากอุบัติเหตุเช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ตกเตียง ชัก

4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ

- ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ หมายถึง มี Na ในพลาสมาต่ำกว่า 130 mEq/L อาจพบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำชนิด Hypotonic solution ในภาวะวิกฤตการแก้ไขจะให้ NaCl

- Hypocalcaemia มักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยช็อค การแก้ไขแพทย์จะพิจารณาให้ 10% Calc gluconate 1 mg/kg/ครั้ง แต่ไม่เกิน 10 cc dilute น้ำกลั่นปราศจากเชื้อเท่าตัว ให้ช้าๆทางหลอดเลือดดำ ต้องสังเกตอาการคลื่นไส้ HR ช้าลง อาจหยุดเต้นได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่4

การทำงานของไตอาจไม่มีประสิทธิภาพ
เนื่องจากภาวะช็อค เลือดอาจถูกส่งมาเลี้ยงไตไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

Urine หลังใส่ catheter ออก 10 cc ซึ่ง < 0.5
cc/kg/hr BUN 22.7 mg/dl (ค่าปกติ 7-18 mg/dl)
ผู้ป่วยไม่ปวดปัสสาวะ Bladder ไม่ full

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และ
ปัสสาวะที่ออกมา (Record Intake-Output) อย่างน้อย
ทุก 1 ชั่วโมง ในระยะวิกฤต และทุก 8 ชั่วโมง เมื่ออาการ
ดีขึ้น เมื่อแพทย์สั่งให้ดื่มน้ำปัสสาวะไว้ได้ใส่สาย
ปัสสาวะต้องทำด้วยความนุ่มนวล และแม่นยำ

การดูแลผู้ป่วยสวนคาสายปัสสาวะ

- ตรวจสอบให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับ ปัสสาวะ
ได้สะดวก สายต่อไม่พันงอหรืออุดตัน
- ถุงรองรับปัสสาวะต้องอยู่ในระดับต่ำกว่า
กระเพาะปัสสาวะและในแนวทิศทางตั้งกับพื้น
- ตวงปัสสาวะ โดยเข็รยต่อด้วย 70% al-
cohol ทุกครั้ง
- ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อย
วันละ 2 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่5

ผู้ป่วยอาจมีอาการทางสมองจากภาวะตัววูบ
จากภาวะช็อคที่รุนแรงและนาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. SGOT 340 U/L (ค่าปกติ 15-37 U/L)
2. SGPT 258 U/L (ค่าปกติ 65 U/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O₂ ผู้ป่วย เพื่อลด enzyme การทำงาน
ของตับ สมองได้รับ O₂ เพียงพอ
2. วัดสัญญาณชีพและอาการทางสมองอย่าง
น้อยทุก 1-2 ชั่วโมง
3. ติดตามผลการตรวจ Blood sugar เวิร์ด
1 ครั้ง กรณีผิดปกติตรวจทุก 1 ชั่วโมง

4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำอย่างเหมาะสม
เคร่งครัดโดยใช้เครื่อง infusion pump ที่รับการ เทียบค่า
แล้ว ทำ I/O

5. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาแพทย์ เช่น
Vitamin K1

ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่6

ผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติของการทำงานของหัวใจ
และหลอดเลือดจาก Prolong Shock

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตวัดไม่ได้ capillary refill >
3 วินาที

2. HR ช้าลง 58-60 ครั้ง

3. EKG พบ Bradycardia

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O₂ วัดความอิ่มตัวของ O₂ ลง Portable
CXR เพื่อช่วยการวินิจฉัย

2. ติด monitor EKG, Record และสังเกต
อาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด

3. ช่วยประสานงานกับ cardio gist เพื่อการ
ดูแลรักษาที่เหมาะสม

4. เตรียมพร้อมการย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (PICU) ที่เหมาะสม

5. ให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์ atropine 0.6
cc 60 mgOv และสังเกตอาการเต้นของหัวใจ อาการข้าง
เคียงของยา เช่น ปากแห้ง กระสับกระส่าย pupil dilate
กระหายน้ำ

6. Monitor Vital Sign, HR อย่างใกล้ชิด

7. สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการ
ให้ความช่วยเหลือ Emergency, Set ทีม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่7

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติซักถามตลอดเวลา สีหน้าไม่สบายใจ ญาติ
มากมาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเต็มใจด้วยความ
นุ่มนวลจัดให้อยู่ใกล้ชิด Nurse Station

2. อธิบายอาการ การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจ
ร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา การดูแล
การดำเนินโรค เป็นระยะๆ และอธิบาย เหตุผลการทำ
กิจกรรมพยาบาลทุกขั้นตอน

3. เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม ดูแลใกล้ชิด
มากกว่า 2 คน ในยามนอกเวลา

4. จัดกิจกรรมกลุ่มการให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน
ในกลุ่มโรคผู้ป่วยโดยมีการพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน และ
ช่วยส่งเสริม

5. Monitor Vital Sign สังเกตอาการ เปลี่ยนแปลง
จนญาติผู้ป่วยอบอุ่นใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

อาจเกิดการระบาดของไข้เลือดออกในครอบครัว
และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกุงที่กัดผู้ป่วย
สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตลอดชีวิตของุง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีเชื้อไข้เลือดออก ผลการวินิจฉัย พบเป็น
AC dengue infection secondary

กิจกรรมการพยาบาล

1. แยกผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่มีมุ้งลวดป้องกัน ยุงกัด
ซึ่งุงที่กัดผู้ป่วยจะสามารถแพร่เชื้อสู่คนอื่น

2. สอบสวนโรคและแจ้งทีมเคลื่อนที่เร็วของ
พื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยโดยประสานงานผ่านกลุ่มงาน
เวชกรรมสังคม

3. สร้างพลังใจให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรับ
ผิดชอบตนเองและสังคมโดยให้ทำลายแหล่งเพาะ
พันธุ์ุงในบ้านตนเองทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว
ในโรงพยาบาล

4. ติดตามการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรส่วน
ท้องถิ่น เช่น สอ. อบต. วัดใกล้บ้าน ครูในโรงเรียนที่ผู้ป่วย
อยู่ว่าได้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ุงแล้วหรือยัง หาก

พบว่ายังไม่ได้รับความร่วมมือจะ feedback ข้อมูลกลับ
ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคมทันทีและเฝ้าระวังการเกิด
case ใหม่อย่างต่อเนื่อง

5. ให้ยาตามแผนการรักษาแพทย์ atropine
0.6 cc 60 mgOv และสังเกตอาการเต้นของหัวใจ อาการ
ข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง กระสับกระส่าย pupil dilate
กระหายน้ำ

6. Monitor Vital Sign, HR อย่างใกล้ชิด

7. สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการ
ให้ความช่วยเหลือ Emergency, Set ทีม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติซักถามตลอดเวลา สีหน้าไม่สบายใจ ญาติ
มากมาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเต็มใจด้วยความ
นุ่มนวลจัดให้อยู่ใกล้ชิด Nurse Station

2. อธิบายอาการ การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจ
ร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา การดูแล
การดำเนินโรค เป็นระยะๆ และอธิบาย เหตุผลการทำ
กิจกรรมพยาบาลทุกขั้นตอน

3. เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม ดูแลใกล้ชิด
มากกว่า 2 คน ในยามนอกเวลา

4. จัดกิจกรรมกลุ่มการให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน
ในกลุ่มโรคผู้ป่วยโดยมีการพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน และ
ช่วยส่งเสริม

5. Monitor Vital Sign สังเกตอาการ เปลี่ยนแปลง
จนญาติผู้ป่วยอบอุ่นใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

อาจเกิดการระบาดของไข้เลือดออกในครอบครัว
และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออกุงที่กัดผู้ป่วย
สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตลอดชีวิตของุง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีไข้เลือดออก ผลการวินิจฉัย พบเป็น
AC dengue infection secondary

กิจกรรมการพยาบาล

1. แยกผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่มีมุ้งลวดป้องกัน ยุงกัด
ซึ่งยุงที่กัดผู้ป่วยจะสามารถแพร่เชื้อสู่คนอื่น
2. สอบสวนโรคและแจ้งทีมเคลื่อนที่เร็วของ
พื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยโดยประสานงานผ่านกลุ่มงาน
เวชกรรมสังคม
3. สร้างพลังใจให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรับ
ผิดชอบต่อตนเองและสังคมโดยให้ทำลายแหล่งเพาะ
พันธุ์ยุงในบ้านตนเองทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว
ในโรงพยาบาล
4. ติดตามการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรส่วน
ท้องถิ่น เช่น สอ. อบต. วัดใกล้บ้าน ครูในโรงเรียนที่ผู้ป่วย
อยู่ว่าได้มีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงแล้วหรือยัง หาก
พบว่ายังไม่ได้รับความร่วมมือจะ feedback ข้อมูลกลับ
ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคมทันทีและเฝ้าระวังการเกิด
case ใหม่อย่างต่อเนื่อง

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้อายุ 14 ปี 2 เดือน มีไข้มา 2 วัน
กินยา paracetamol เอง นอนพักอยู่ที่บ้าน ผู้ปกครองไม่
อยู่ญาติใกล้เคียงมาเฝ้าลูกที่เป็นไข้เลือดออกอยู่โรงพยาบาล
วันที่มาโรงพยาบาลอาเจียน 6 ครั้ง อ่อนเพลียมาก ปวดท้อง
จึงติดต่อญาติให้พามาโรงพยาบาล ถึงห้องตรวจผู้ป่วยนอก
แผนกกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยตัวเย็นชืด Pulse เบาลมาก นับ
ไม่ไหวความดันโลหิตวัดไม่ได้ capillary refill > 3 วินาที
จึง Load 0.9% NSS ส่งห่อผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 4
ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเพีย ตัวเย็นกำลัง Load 0.9% NSS 400
cc/hr วัด O_2 Sat ได้ 47%, Blood Sugar 90 mg/dl, Hct
43% ได้ให้ O_2 และ Resuscitate shock ตรวจผลเลือดทาง
ห้องปฏิบัติการพบว่า เกล็ดเลือด 25,000 cell/mm³
SGOT 340 U/L, SGPT 258 U/L, HR 56 ครั้ง / นาที
ทีมแพทย์พยาบาลได้ช่วยกันหาสาเหตุของปัญหาทำ
EKG Bradycardia อายุรแพทย์ด้านหัวใจให้แก้ไขด้วย

การฉีด atropine 0.6 mgOv H/C ทีมแพทย์ทีมพยาบาล
ได้ช่วยกันดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งได้ใช้ Hotline ประึกษา
ผู้เชี่ยวชาญด้านไข้เลือดออกที่สถาบันเด็กแห่งชาติจน
สามารถแก้ไขอาการ shock อาการเสี่ยงต่อการทำงานตับ
ผิดปกติ รวมทั้งภาวะเสี่ยงอื่นๆ ได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่สำคัญรายนี้คือ

1. การ Resuscitate ผู้ป่วยมีภาวะ Prolongshock
2. การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเลือด
ออกจากเกล็ดเลือดต่ำมาก
3. การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากภาวะไม่
สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ที่การติดตามการทำงานของ
ไตอาจไม่มีประสิทธิภาพ
5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสมองจาก
การทำงานของตับผิดปกติ
6. การเฝ้าระวังอาการผิดปกติของการทำงาน
ของหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจาก shock นาน
7. การช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย และ
ครอบครัวควบคุมป้องกันภาวะระบาดของไข้เลือดออก
ในครอบครัวชุมชน

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะมีการ
รั่วของพลาสมาออกจากหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในช่องท้อง
และช่องปอด ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 ขึ้นไปจะมีเฉพา
การรั่วของพลาสมา ส่วนอาการเลือดออกมักมีเพียงเล็กน้อย
ที่ผิวหนังหรือทางเดินอาหาร แต่ในทางเดินอาหาร
มักมีอาการไม่เด่นชัดมักแสดงออกด้วยอาการปวดท้อง
รุนแรง และจะทำให้การประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย
ร้อยละ 15-20 ที่มีอาการรั่วของพลาสมาและเลือดออก
มากจนซ้อค และถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดภาวะช็อคคาน
ซึ่งอาการที่มีเลือดออกภายในแต่ไม่มีเลือดออกให้เห็น
(Concealed Bleeding) จะทำให้แพทย์ผู้รักษาไม่นึกถึง
จึงให้แต่สารน้ำทดแทน จนเกิดภาวะน้ำเกินช็อคคานเกิด
ภาวะเลือดเป็นกรด เกิด DIC อาการเลวลงจึงทำให้มี
เลือดออกให้เห็น ปัญหาที่พบบ่อยคือ ตดลื่นใจให้เลือดเข้าไป
หากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มีความตระหนัก พัฒนตนเอง
อยู่เสมอจะทำให้การ Early detect ผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อค
ได้ซึ่งถือว่าเป็น Emergency Case การศึกษาพบว่า การ

ช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วโดยสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้หายโดยเร็ว สามารถลดการสูญเสียทรัพยากรได้มาก ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนนอนโรงพยาบาลไม่นาน

อภิปรายผล

การศึกษาเด็กไข้เลือดออกของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 4 พบว่ามีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมากในรอบ 10 ปี (ปีงบประมาณ 2543–2552) พบผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก จำนวน 2,418 ราย (อายุ 6–15 ปี) แบ่งเป็นช่วงอายุ 6 เดือน 1 ปีจำนวน 30 คน (คิดเป็นร้อยละ 1.24) อายุ 1–5 ปีจำนวน 247 คน (คิดเป็นร้อยละ 10.23) อายุ 5–10 ปีจำนวน 817 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.78) อายุ 10–14 ปีจำนวน 1,167 คน (คิดเป็นร้อยละ 48.26) และอายุ 14–15 ปีจำนวน 157 คน (คิดเป็นร้อยละ 6.49) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้มีอาการรุนแรงเลือดออก 245 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.13 และมีอาการช็อค 279 คน คิดเป็นร้อยละ 11.54 ส่วนอีก 29 รายมีอาการช็อครุนแรง (grade IV, Prolong Shock) คิดเป็นร้อยละ 1.20 ในปี 2544 มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย

จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะ Prolong Shock และ internal bleeding ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากเลือดออกภายในแต่ไม่มีเลือดออกให้เห็นทำให้ได้รับเลือดช้า ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มาจากการขาดทักษะของแพทย์พยาบาลการส่งต่อล่าช้าไม่มีระบบปรึกษาการส่งต่อผู้ป่วยขณะอาการหนักมาก การดูแลระหว่างที่ส่งต่อไม่เหมาะสม ผู้ปกครองไม่เข้าใจระบบสำรองอุปกรณ์เครื่องมือไม่พอ จึงมีการพัฒนาโดย

1. เพิ่มพูนทักษะแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกโรงพยาบาลทุกปี และฟื้นฟูผู้เกี่ยวข้องโดยการอบรม Conference case ทำ CPG ทำแบบฟอร์มการบันทึกต่างๆ (ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 1–5)

2. พัฒนาระบบ การส่งต่อระบบให้คำปรึกษา ระบบพี่เลี้ยง

3. ให้ความรู้ผู้ปกครองด้วยสื่อต่างๆ กระบวนการกลุ่ม การสร้างเสริมพลังการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ

4. ระบบการประสานงานภายใน-ภายนอกโรงพยาบาล (ภาคผนวก เอกสารหมายเลข 6–7)

5. การสร้างทีมเข้มแข็งทั้งเครือข่ายร่วมกับการประชุม War Room เพื่อวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขปัญหาจากการพัฒนาไม่หยุดยั้งทำให้ลดอัตราการตายการส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ที่สำคัญการสูญเสียทรัพยากรด้านต่างๆ ปัจจุบันการเน้นเชิงรุกด้านการป้องกันโรคโดยการเสริมพลังให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้สามารถช่วยแก้ปัญหาทั้งหมดให้ลดลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2501, 2530 และ 2545. นนทบุรี.
2. กองระบาดวิทยา, สำนักอนามัย. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2540. นนทบุรี; 2540.
3. นลินี อิศวโกตี. ประสบการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2540.
4. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, เดวิด จอห์น, สุจิตรา นิมนานิตย์ และคณะ. ดัชนีที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกในระยะแรกใน: กระทรวงสาธารณสุข ผลงานวิชาการดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ปี 2538. เชียงราย: โรงพิมพ์อินเตอร์พริ้นท์; 2539:1–16.
5. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, สุจิตรา นิมนานิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและโรคไข้เลือดออกแดงก็จับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
6. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ. ไข้เลือดออก: การดูแลและรักษา. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็ก มหราชินี; 2541.
7. สุจิตรา นิมนานิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, อรุณ วิทยะศุภกร. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงก็. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

8. คณาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. ภาวะฉุกเฉิน
ทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2541.
9. จันทรนิวัตน์ เกษมสันต์, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์.
กุมารเวชศาสตร์เล่ม 2 (โครงการตำราศิริราช คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล).
กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ การพิมพ์; 2540.
10. อีรัชย์ จันทรโรจน์ศิริ. กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน.
กรุงเทพฯ: สำราญการพิมพ์; 2541.
11. มนตรี ตูจันดา. กุมารเวชศาสตร์เด็ก. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2541.
12. วินัย สวัสดิ์อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ภิกขุ จิรปัญญา.
ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่2;
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2539.
13. เพ็ญจันทร์สุวรรณแสง โมโนยพงศ์. การวิเคราะห์
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล.
กรุงเทพฯ: ภาควิชา พยาบาลศาสตรคณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
14. กำพล ศรีวัฒนกุล. คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์.
กรุงเทพฯ: เมดาร์ท; 2540.
15. คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือการ
ใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่7, เชียงใหม่:
ธนบรรณการพิมพ์; 2539.
16. คณาจารย์วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ:
ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2540.