

บทคัดย่อ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคไข้เลือดออกช็อกเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เนื่องจากมีผลทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เกิดเลือดเสียหน้าที่การแข็งตัวของเลือดต่ำ เกิดการสูญเสียเลือดจำนวนมาก เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การประเมินภาวะช็อกได้อย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้นและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนมีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลและผลการรักษาพยาบาล ในรายกรณีนี้ นำผลการศึกษามาใช้ประกอบเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในรายต่อไป

กรณีศึกษาและสถานที่

คัดเลือกจากประชากรเด็กป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกช็อกที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอาคาร 6 ชั้น 3 โรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเป็นรายกรณี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 5 – 12 กันยายน 2556

ผลการศึกษา

เด็กชายไทยวัยร่นมาด้วยอาการมีไข้สูง 3 วัน ซึม อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย เมื่อเข้ารับการรักษาได้ 2 วัน มีอาการไข้ลด ชีพจรเบาเร็ว Pulse pressure แคบ 20 mm.Hgเข้าสู่ภาวะช็อก ได้รับการรักษาให้สารน้ำ 5% DSS ตามภาวะช็อกวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาภาวะเลือดออกและสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำ มีเลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ ได้รับสารน้ำ 9% NSS เพื่อทดแทนเลือดได้รับยา Vit K, Ranidine, ทำ Nasal packing เพื่อรักษาภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารและอวัยวะอื่นๆและมีอาการเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง (Hepatic encephalopathy) ได้รับยา Meropenam, 10% Calcium gluconateเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพคือ ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว สูญเสียเลือดออกจากร่างกายและมีโอกาสสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นอาการทางสมองจากโรคตับ ไข้สูงจากการติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออก พร่องสารอาหารสารน้ำและเกลือแร่ ไม่สุขสบายจากการคัน ได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ต่อมาอาการดีขึ้นและจำหน่ายกลับบ้านรวมรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุป

โรคไข้เลือดออก มีอาการและความรุนแรงของโรคหลายระดับตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ช่วงที่วิกฤตคือช่วงที่ไข้เริ่มลง หากเกล็ดเลือดต่ำลงร่วมกับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นก่อนไข้ลง ให้สงสัยว่าจะเกิดช็อก หากเลือดมีความเข้มข้นมากขึ้น 20% แสดงว่ามีการรั่วของพลาสมา จำเป็นต้องได้รับสารน้ำอย่างเหมาะสม และมีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นได้ เช่น ตับวาย ไตวาย สมองทำงานผิดปกติ บุคลากรในทีมต้องมีศักยภาพ มีความรู้ความสามารถเฉพาะ วางแผนให้การพยาบาลและติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการแก้ไขภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนได้ทันท่วงที

คำสำคัญไข้เลือดออก ภาวะช็อก Dengue fever Shock

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออก คือ โรคติดต่อซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) เกิดจากยุงลายเป็นพาหะของโรค นอกจากเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้น และก่อให้เกิดความกังวลต่อผู้ปกครองเวลาเด็กมีไข้ปี ค.ศ. 2007 ทั่วโลกมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เพิ่มขึ้น เด็กทั่วแถบเอเชียมีอัตราป่วยตาย 1-26 % สาเหตุการตายจากภาวะช็อกอย่างรุนแรง 47% (Ranjit, Kisson, & Jayakumar, 2006) ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไข้เลือดออกและช็อกนั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิต มีอัตราตายประมาณ 2.6 -20 % สาเหตุการตายจากช็อกนาน น้ำเกินและเลือดออกมาก การดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้าเป็นปัจจัยนำสู่การเสียชีวิต แต่ถ้าสามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและช่วยเหลืออย่างทันที่ จะลดอัตราตายลงได้เหลือน้อยกว่า 1% (Kittikul, Pitakarnjanakul, Sujirarat, & Siripanichgon, 2007) การรายงานจากประเทศสิงคโปร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย โคลัมเบีย เวียดนาม และ Americus พบผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 133,000 ราย และเสียชีวิต 850 ราย (Kathryn, 2007) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 78,075 คน อัตราป่วย 122.22% ตาย 81 คน อัตราตาย 0.13% อัตราป่วยตาย 0.10%(สำนักงานระบาดวิทยา. งานระบาดวิทยา, 2555) ประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุรินทร์ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 1,393 คน อัตราป่วย 509.52 อัตราตาย 0.73 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลสถิติ รพ.สุรินทร์ ปี 2556)

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกและช็อกนั้น บุคลากรต้องมีความรู้เท่าทันธรรมชาติของโรค คาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตรายและดูแลป้องกันแก้ไขได้ทันที่ พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งในการแก้ไขภาวะช็อก ในบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของโรคไข้เลือดออก การรักษาพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกช็อก ในกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อก มีการสูญเสียเลือดและมีอาการทางสมองจากโรคตับเป็นภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษาและเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกในรายต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการดำเนินโรคไข้เลือดออกช็อก และผลการรักษาพยาบาลในกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังโดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกช็อกร่วมกับมีอาการทางสมองจากโรคตับ ทำการศึกษาประวัติการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพและการรักษาพยาบาล ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอาคาร 6 ชั้น 3 โรงพยาบาลสุรินทร์ และติดตามสอบถามข้อมูลอื่นๆที่ไม่มีในเวชระเบียน ผลการรักษา การดูแลปฏิบัติตัว จากผู้ป่วยและผู้ปกครองหลังจำหน่าย

ผลการศึกษากรณีศึกษา

ประวัติการเจ็บป่วย

เด็กชายไทยอายุ 14 ปี 4 เดือน ภูมิลำเนาอำเภอบางละมุง จังหวัดบุรีรัมย์ 3 วันก่อนมา มีไข้สูงรับประทานยาลดไข้ ไข้ลดลง รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียนเป็นเศษอาหาร อ่อนเพลีย ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลและคลินิก เจาะเลือดตรวจ Dengue NS1Ag ผล Positive เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ วันที่ 5 กันยายน 2556

สภาพร่างกายแรกได้รับผลการตรวจร่างกาย

แรกได้รับรู้สึกตัวดี ซึม อ่อนเพลีย ไม่มีเลือดกำเดา ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ น้ำหนัก 46 กิโลกรัม สัญญาณชีพอุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตชัดเจน 110/70 mmHg O₂ Sat 98% ฟังเสียงหัวใจเต้นปกติ จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur ริมฝีปากแห้ง ไม่มีเลือดซึม สีผิวที่ปาก เล็บ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ไม่ซีด มีจุดเลือดออกเล็กๆ (Petechiae) ใต้ผิวหนัง บริเวณข้อพับ Lung clear both Lungs ท้องไม่อืด ปวดท้องเล็กน้อย คลำพบตับโต 2 FB ได้ชายโครงขวา กดเจ็บ ปัสสาวะ อุจจาระปกติ ผลการทำ Tourniquette test positive

การวินิจฉัยโรค: ไข้เลือดออกซึ่งกร่วมกับอาการทางสมองจากโรคตับ (Denque shock syndrome with Hepatic encephalopathy)

แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคไข้เลือดออก

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
5ก.ย.56	รู้สึกตัวดี ตัวร้อน ชี้น้อยเพลีย มีไข้สูง ริมฝีปากแห้ง ไม่มีเลือดกำเดา มีจุดเลือดออก(Petechiae)คลื่นไส้ อาเจียนเป็นเศษอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะ 250 cc. T = 38.4 °C , P = 80 ครั้ง/นาที, R=24 ครั้ง/นาที , BP=110/70 mmHg TT- positive O ₂ Sat 98%	CBC : Hb 12.8 Hct 39.9 % WBC 5,400 cell/mm ³ MCV 59.3 Neutrophill 80.1 % Lymphocyte 11.7 % Plt count 85,000cell/mm ³ Atypical lymph 0 % Dengue NS1Ag ผล Positive	Hct : 15.30 น. = 41 % Hct : 18.00 น. = 39 % Hct : 24.00 น. = 39 %	- 5% D/NSS vein drip 20 cc/hr - CBC - HCT ทุก 6 hrs. - Paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn
6ก.ย.56	ซึม เพลีย มีไข้สูง T = 38.5–39.3 °C			- 5% D/NSS vein drip 30 cc/hr - Hctทุก 6 hrs. ≥ 44% notify - BP < 90/60 mmHg , PP ≤ 20 mmHg notify

แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคไข้เลือดออก

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
7ก.ย.56	ซึม เพื่อย ริมฝีปากแห้ง มีไข้สูง 38.3 – 40.2°C พุดเพื่อ ทำตามคำบอกได้ รับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียนเป็นสีน้ำตาล 1 ครั้ง ถ่าย เหลวเป็นน้ำ 3 ครั้ง 22.00 น. ไช้ลด T = 37.5°C, Pulse แรง 84 ครั้ง/นาที, BP 110/80 mmHg ปัสสาวะออก 1,450 cc.	LFT : Protein 6.7 gm/dl Albumin 3.7 gm/dl TB 1.02 mg/dl DB 0.36 mg/dl ALP 171 IU/dl SGOT 2,090 IU/dl SGPT 1,394 IU/dl PT 15.48 Sec PTT 65.89 Sec INR 1.43	Electrolyte : Na ⁺ 129 mmol/L K ⁺ 4.46 mmol/L Cl ⁻ 99 mmol/L CO ₂ 22 mmol/L Ca ⁺⁺ 8.5 mg/dl PO ₄ 3.19 mg/dl Mg 1.88 mg/dl 12.00 น. Hct = 42%, DTX = 133 mg% 18.00 น. Hct = 42% , DTX = 113 mg% 24.00 น. Hct = 44% , DTX = 123 mg%	- เพิ่ม rate 5% D/NSS เป็น 50 cc/hr - keep PP > 20 mmHg, BP > 90/60 mmHg - Urine > 160 cc/เวร - Film Chest Rt. Lateral Decubitus - G/M จอง PRC 2 Unit , FFP 2 Unit - Vit K ₁ 10 mg vein - ย้ายลง ICU เด็ก

แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคไข้เลือดออก

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
8ก.ย.56	ซึม สับสนเป็นพักๆ เอะอะโวยวาย เพื่อ มีไข้ T = 40 °c รุงมูกซ้ายมีเลือด กำเดาไหล อาเจียนเป็น coffee ground 2 ครั้งและเลือด 1 ครั้ง ประมาณ 100 cc. ถ่ายเหลวเป็นน้ำสี น้ำตาล 2 ครั้ง ชีพจรเร็ว 100 ครั้ง/ นาที,BP=100/80 mmHg ปัสสาวะออก 940 cc.	CBC : Hb 14.3 Hct 43.3 % WBC 2,400 cell/mm ³ MCV 58.0 Neutrophill 50 % Lymphocyte 46 % Plt count 17,000cell/mm ³ Atypical lymph 2 % LFT : Protein 6.4 gm/dl Albumin 3.4 gm/dl TB 1.27 mg/dl DB 0.49 mg/dl ALP 151 IU/dl SGOT 3,407 IU/dl SGPT 1,370 IU/dl	06.00 น. Hct = 44%,DTX = 119 mg% 12.00 น. Hct = 44%,DTX = 125 mg% 18.00 น. Hct = 44%,DTX = 117 mg% 22.00 น. Hct = 43%,DTX = 123 mg%	- 5% D/NSS vein drip 50 cc/hr - HCT, DTX ทุก 6 hrs. - Ranidine 40 mg vein ทุก 8 hrs. - Meropenem 1 gm vein ทุก 8 hrs. - Vit K ₁ 10 mg vein stat x 3 days - Lactulose 30 cc. oral ทุก 4 hrs. - CXR No Pleural effusion - Consult ENT ทำ Anterior Nasal Packing

แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคไข้เลือดออก

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
9ก.ย.56	สับสน เพ้อมากขึ้น วุ่นวาย ถามชื่อไม่ตอบ ทำตามคำบอกได้บ้าง Nasal packing ไม่มีเลือดซึม ไข้ลดลง T = 36.8 – 37.8 °C อาเจียนเป็นเลือดประมาณ 80 cc. ถ่ายดำเป็นน้ำปนเลือด 100 cc. ชีพจรสม่ำเสมอ 86 ครั้ง/นาที ไม่หอบ หายใจ 24 ครั้ง/นาที BP ชัดเจน 100/70 mmHg ปัสสาวะไหลสะดวก 1,250 cc.	CBC : Hb 13.8 Hct 43.2 % WBC 2,800 cell/mm³ MCV 59.3 Neutrophil 24 % Lymphocyte 60 % Plt count 15,000 cell/mm³ Atypical lymph 8% PT 12.12 Sec PTT 77.83 Sec INR 1.12 Stool occult blood : Positive	02.00 น. Hct = 41%, DTX = 102 mg% 06.00 น. Hct = 40%, DTX = 126 mg% 10.00 น. Hct = 40%, DTX = 115 mg% 14.00 น. Hct = 38%, DTX = 135 mg% 18.00 น. Hct = 38%, DTX = 118 mg% 22.00 น. Hct = 37%, DTX = 113 mg% Electrolyte : Na⁺ 136 mmol/L K⁺ 4.54 mmol/L Cl⁻ 103 mmol/L CO₂ 20 mmol/L Ca⁺⁺ 6.2 mg/dl	- Retained Foley Catheter - 0.9% NSS 10 cc/kg vein drip in 1 hr. - 10% Calcium gluconate 10 cc dilute vein drip ทุก 6 hrs. - Hct , DTX ทุก 4 hrs. - ลด rate IV fluid เหลือ 40 cc/hr
10ก.ย.56	ยังพูดสับสนในบางครั้ง ทำตามคำบอกได้ดี อ่อนเพลีย Nasal Packing ไม่มีเลือดซึม ไม่อาเจียน ไม่ถ่ายดำ มีเลือดซึมตามไรฟัน เล็กน้อย มีผื่นแดง ค้นตามลำตัว แขน ขา สัญญาณชีพปกติ ปัสสาวะได้เอง 850 cc.	LFT : Protein 5.7 gm/dl Albumin 2.9 gm/dl TB 1.44 mg/dl DB 0.42 mg/dl ALP 124 IU/dl SGOT 965 IU/dl SGPT 682 IU/dl	02.00 น. Hct = 37%, DTX = 116 mg% 06.00 น. Hct = 37%, DTX = 98 mg% 12.00 น. Hct = 35%, DTX = 93 mg% 18.00 น. Hct = 35%, DTX = 78 mg% 24.00 น. Hct = 34%, DTX = 94 mg% Urine analysis : Blood 1+ Protein 2+	- ลด rate IV fluid เหลือ 20 cc/hr - Off Foley Catheter - Observe Bleeding - Calamine lotion ทา ผื่นคัน

แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคไข้เลือดออก

วันที่	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		การรักษา
11ก.ย.56	รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำบอก ได้ดี ไม่มีภาวะ Bleeding มีผื่นแดง คัน ปัสสาวะปกติ สัญญาณชีพปกติ	CBC : Hb 10.8 Hct 34.2 % WBC 4,300 cell/mm ³ MCV 59.1 Neutrophill 33 % Lymphocyte 46 % Plt count 33,000cell/mm ³ Atypical lymph 7 %	LFT : Protein 5.5 gm/dl Albumin 2.9 gm/dl TB 1.42 mg/dl DB 0.37 mg/dl ALP 116 IU/dl SGOT 495 IU/dl SGPT 481 IU/dl 06.00 น. Hct = 36%,DTX = 95 mg% 14.00 น. Hct = 34%,DTX = 116 mg% 22.00 น. Hct = 34%,DTX = 95 mg%	- Hct , DTX ทุก 8 hrs. - Off IV , On Heparin lock - Off Nasal Packing - Lactulose 30 cc. oral - ย้ายขึ้น 6/3
12ก.ย.56	รู้เรื่องดี ไม่มีเลือดออกซ้ำ ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้ดี ปัสสาวะ เหลืองใส สัญญาณชีพปกติ จำหน่าย กลับบ้าน	CBC : Hb 11.2 Hct 35.7 % WBC 4,900 cell/mm ³ MCV 59.1 Neutrophill 53 % Lymphocyte 36 % Plt count 118,000 cell/mm ³ Atypical lymph 9 %		

การวินิจฉัยและแผนการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะช็อกทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ซีม เพเลีย ไช้ลด 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจรเร็ว 114 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/80 mmHg (PP=20 mmHg) Hct 44 % เพิ่มขึ้นจาก base line 39 % (เพิ่มขึ้น 12.8 %) Platelet count ลดลงอย่างรวดเร็วจาก 85,000 cell/mm³ เหลือ 17,000 cell/mm³ O₂ Sat 98% DTX 133 mg%

เป้าหมายและการประเมิน

ระบบไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพดี เซลล์อวัยวะต่างๆฟื้นคืนสภาพปกติ O₂ Sat 99-100 % อัตราการหายใจ 20 -24 ครั้ง/นาที ชีพจรอยู่ในช่วง 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 120/80mmHg ชัดเจน DTX ปกติ 60- 110 mg% จำนวนปัสสาวะ มากกว่า 0.5 cc/hr

การพยาบาล

ให้นอนพัก ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ติดตามความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด สังเกตภาวะขาดออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/NSS ควบคุมปรับการไหลของสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด วัดประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง และเมื่อครบจำนวนการให้สารน้ำที่กำหนด เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg Pulse pressure $\leq$ 20 mmHg. ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ รวมทั้งรายงานอาการที่เปลี่ยนแปลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณปัสสาวะ ติดตามผลตรวจ Hct , DTX หลีกเลี่ยงการให้ยาที่มีผลทำลายไต สังเกตอาการอะโรวาย ตา ตัวเหลือง ท้องอืดแน่น หายใจหอบ ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ บันทึกปริมาณ Intake /Output ถ้าปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr รายงานแพทย์ทันที (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2550 ; พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2550 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2552 ; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์, 2550 ; เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมนานนิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และคณะ, 2548)

ผลการพยาบาล

ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 98 -100 % ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่เขียวซีด ไม่กระสับกระส่าย อัตราชีพจรสม่ำเสมอ 72-80 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตคงที่ 100/70 – 120/80 mmHg ชัดเจน ปริมาณปัสสาวะ 1,620 cc/24 hrs. (2.93 cc/kg/hr) Hct ลดลง เหลือ 34 % DTX ลดลงจาก 133 mg% เหลือ 95 mg% ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: มีการสูญเสียเลือดออกจากร่างกาย และมีโอกาสสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากความเปราะบางของผนังเส้นเลือดและสารองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง (Petechiae) เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด 4 ครั้ง (350 cc.) ถ่ายดำ 5 ครั้ง (250 cc.) TT Positive ผลการตรวจ Dengue NS1Ag positive Plt = 15,000 cell/mm³ PT และ PTT Prolong (PT=12.12 sec. PTT=77.83 sec.)

เป้าหมายและการประเมิน

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะที่มีเลือดออกในอวัยวะต่างๆของร่างกาย และไม่มีการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น ผลการตรวจเกล็ดเลือดมากกว่า 60,000 cell/mm³ ผล Normal PT=9.5-12 sec. PTT=25.3-35.6 sec.

การพยาบาล

ประเมินสภาพและอาการที่ผิดปกติ จำนวนครั้งและปริมาณเลือดที่ออกจากร่างกาย ได้แก่ เลือดกำเดา หลังทำ Nasal packing เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด รายงานแพทย์ทันที งดการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ระมัดระวังการเกิดบาดแผล ทำการเจาะเลือดด้วยความนุ่มนวลเบามือ หลังถอนเข็มกดไว้ด้วยสำลีแห้งนานพอจนแน่ใจว่าเลือดหยุด ทำหัตถการเฉพาะที่จำเป็น การเจาะเลือดในเวลาใกล้เคียงกันรวมไว้เจาะครั้งเดียวกัน ดูแลทำความสะอาดผิวหนังและบริเวณมีจุดเลือดออก (Petechiae) ให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการกดหน้าท้อง ฝ้าระวังอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ยกยกร่างกายเพียงตลอดเวลาที่ผู้ป่วยนอน ระมัดระวังการใช้ของมีคม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ให้ใช้แปรงสีฟันที่นุ่มบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ สังเกตอาการปวดท้องรุนแรง ท้องอืด ให้ยา Vitamin K และ Ranidine ตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปราณี ทุไฟเราะ, 2550 ; พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2550 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2552 ; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์, 2550 ; เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมนานิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจและคณะ, 2548)

ผลการพยาบาล

ไม่มีเลือดกำเดาไหลหลังทำ Nasal packing ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะต่างๆของร่างกายเพิ่มขึ้น ไม่อาเจียนและไม่ถ่ายดำ ไม่ชืด ปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 118,000 cell/mm³ ในวันจำหน่าย

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: มีอาการทางสมอง เนื่องจากโรคตับ

ข้อมูลสนับสนุน

ซึม เพ้อ พูดคุยสับสน รุนแรง ถามไม่ตอบ ทำตามคำบอกได้บ้างไม่ได้บ้าง ตับโต 2 FB กดเจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวา ผลการตรวจ LFT พบว่า ALP = 171 IU/dl , AST=3,407 IU /dl และ ALT=1,394 IU /dl

เป้าหมายและการประเมิน

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่ปกติ พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำบอกได้ ตับทำงานปกติ ผล LFT มีค่าปกติ ALP=34-104 IU/dl, AST=8-40 IU/dl, ALT=5-35 IU/dl

การพยาบาล

จัดให้นอนบนเตียง ยกหลักกันเตียงป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมินสภาพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง รายงานอาการที่เปลี่ยนแปลงแก่แพทย์ทันที ให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อตับ เช่น ยา Paracetamol ใช้เมื่อมีไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สังเกตอาการตา ตัวเหลือง รายงานแพทย์เมื่อพบผิดปกติ

ให้รับประทานยา Lactulose ตามคำสั่งเพื่อขับของเสียแอมโมเนีย (NH_3) ออกจากร่างกาย (ปราณี ทุไพบเราะ, 2550 ; พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2550 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2552 ; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์, 2550 ; เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมมานนิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และคณะ, 2548)

ผลการพยาบาล

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยรู้เรื่องทำตามคำบอกได้ดี GCS = 15 คะแนน $\text{E}_4\text{V}_5\text{M}_6$ ผลการตรวจ LFT ก่อนจำหน่ายดีขึ้น AST = 965 IU/dl ALP = 682 IU/dl

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: มีไข้สูง ปวดศีรษะเนื่องจากติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน

มีไข้สูง อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน อุณหภูมิ $38 - 40^\circ\text{C}$ WBC $2,800 \text{ cell/mm}^3$
Lymphocyte 60 % Atypical lymph 8 %

เป้าหมายและการประเมิน

ไม่มีไข้ ป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น อุณหภูมิร่างกายปกติ $36.5-37.5^\circ\text{C}$ ผลการตรวจ CBC ปกติ

การพยาบาล

ดูแลเช็ดตัวลดไข้เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย ให้พักผ่อนในท่าที่สุขสบายเพื่อช่วยลดการใช้พลังงาน ให้ยาลดไข้ในกลุ่ม Acetaminophen ทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา คือ Paracetamol เมื่ออุณหภูมิสูงกว่า 39°C งดอาหารและยาที่มีผลต่อเกล็ดเลือด เช่น ASA , Brufen ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem ฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา กระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือจิบ ORS บ่อยๆ เพื่อลดระดับอุณหภูมิในร่างกาย วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจ CBC รายงานแพทย์(ปราณี ทุไพบเราะ, 2550 ; พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2550 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2552 ; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์, 2550 ; เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมมานนิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และคณะ, 2548)

ผลการพยาบาล

ไข้ลดลงสู่ระดับปกติเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะพักฟื้น อุณหภูมิร่างกาย $36.6-37.4^\circ\text{C}$ งดอาหารและยา ผล CBC ก่อนจำหน่าย WBC $4,900 \text{ cell/mm}^3$ Lymphocyte 36%

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5: ร่างกายพร่องสารอาหารสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

รับประทานอาหารได้น้อยมากมีอยู่ 2-5 ชั่วโมง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและถ่ายเหลว
อ่อนเพลีย ปากแห้ง ผล Na^+ 125 mmol/L

เป้าหมายและการประเมิน

ร่างกายได้รับสารอาหาร สารน้ำและเกลือแร่เพียงพอ สีหน้าสดชื่น รับประทานอาหารได้มีอยู่ครั้ง-1 ถาด ไม่มีภาวะของการขาดสารอาหาร น้ำและเกลือแร่ ได้แก่ ชีต ปากแห้ง เบ้าตาลึก ผิวหนังแห้ง น้ำหนักตัวลด ผล Na^+ = 136-146 mmol/L

การพยาบาล

อธิบาย กระตุ้น ส่งเสริมการรับประทานอาหารให้มากขึ้น โดยให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละน้อยๆแต่บ่อย งดอาหารและน้ำที่มีสีดำ แดง น้ำตาล ให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อให้ช่องปากและฟันสะอาด ลื่นรับรสได้ดียิ่งขึ้น สังเกตอาการผิดปกติ หากอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด รายงานแพทย์ทันที ดูแลให้ได้รับ IV fluid ปรับหยดน้ำตามแผนการรักษา Record Intake/Output สังเกตบันทึก ประเมินความเพียงพอจำนวนอาหารที่รับประทานได้(ปราณี ทุ้ไพเราะ, 2550 ; พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์, 2550 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2552 ; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์, 2550 ; เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมนานินิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และคณะ, 2548)

ผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มีอิสระครั้งถัด ดื่มน้ำเกลือแร่ได้ 500 cc/เวร ไม่มีอาการเหนื่อยเพลีย สีหน้าสดชื่น ผิวหนัง ริมฝีปากชุ่มชื้น ผล $\text{Na}^+ = 136 \text{ mmol/L}$

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6: ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการคันตามร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

มีผื่นแดง คัน บริเวณแขน ขา นอนไม่ได้

เป้าหมายและการประเมิน

สุขสบาย ไม่มีอาการคัน ผื่นแดงจางลง ไม่มีเพิ่มขึ้น

การพยาบาล

สังเกตลักษณะ ปริมาณของผื่น อาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้รักษาความสะอาดของร่างกาย ไม่แกะเกาผื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัส ดูแลให้ทายา Calamine lotion เพื่อลดอาการคัน แนะนำการรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนเพื่อช่วยการหายของแผล (ปราณี ทุ้ไพเราะ, 2550 ; พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์, 2550 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2552 ; เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์, 2550 ; เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมนานินิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และคณะ, 2548)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการคันน้อยลง ยังคงมีผื่นซึ่งจะค่อยๆจางลง ร่างกายสะอาด นอนหลับได้

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย ความกลัวเสียชีวิต และญาติขาดประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าเคร่งเครียดวิตกกังวล มารดาผู้ป่วยร้องไห้ตลอดกลัวลูกเสียชีวิต เพราะผู้ป่วยไม่เคยเป็นโรคไข้เลือดออกมาก่อน ซักถามบ่อยๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการช่วยเหลือผู้ป่วย

เป้าหมายและการประเมิน

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

การพยาบาล

ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและความก้าวหน้าของอาการแก่ญาติและผู้ป่วยทุกเวรและเมื่อซักถาม อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพโรค อาการของภาวะสมองเสื่อม ไข้สูง ผื่นคันและแนะนำการดูแลตนเอง อธิบายเหตุผลของการรักษาพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติ ให้การดูแลอาการอย่างใกล้ชิดด้วยความเอาใจ

ใส่สมำเสมอ กระตือรือร้น ให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา (กรรณิกา ลวณะสกล, 2547; ดารุณีจงอุดมการณ์, 2546)

ผลการพยาบาล

ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นบอกว่าลดความกังวลลง ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ญาติสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร น้ำ การดื่มน้ำ การระวังอุบัติเหตุได้ถูกต้อง

การวางแผนจำหน่าย

ประเมินความสามารถ ความพร้อมและความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติตามหลักทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โดยให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดในภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกและสมองเสื่อมจากตับสูญเสียน้ำที่ เมื่ออาการทุเลาลง ให้การพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน และสนับสนุนให้ความรู้ ขณะให้การพยาบาลมีการสอดแทรกความรู้และฝึกผู้ปกครองให้ปฏิบัติจริง การดูแลผู้ป่วยให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน แผนการรักษาพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเมื่อที่บ้าน

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

เชื้อไข้เลือดออกที่พบในปัจจุบันมีสัดส่วนเป็นสายพันธุ์ที่ 3 มากขึ้น สายพันธุ์นี้ทำให้เกิดเลือดต่ำ เลือดจะออกง่าย พื้นที่เกิดโรคพบทั่วประเทศไทย การระบาดของโรคไข้เลือดออกไม่เฉพาะตามฤดูกาล อย่างเช่นในอดีตที่มักพบการระบาดสูงสุดอยู่ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม ของทุกปี สาเหตุ/ปัจจัยของการระบาดที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมรวมไปถึงฤดูกาลของโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงอยู่ในขณะนี้ ดังนั้นจะต้องเร่งกำจัดลูกน้ำยุงลายให้หมดโดยเร็ว เนื่องจากยุงลายมีการพัฒนาตัวเองสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ตลอดปีและทุกพื้นที่

โรคไข้เลือดออกมีอาการและความรุนแรงของโรคหลายระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย ไปจนถึงเกิดภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่มีการรักษาเฉพาะ การรักษาเพียงประคับประคองอย่างใกล้ชิดโดยการเฝ้าระวังภาวะช็อก และเลือดออก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม และการให้การพยาบาลที่รวดเร็วทันทีเมื่อเกิดภาวะวิกฤต จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงต่ำกว่าร้อยละ 1 ส่วนวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก การผลิตวัคซีนกำลังอยู่ในขั้นพัฒนาแต่มีปัญหาเนื่องด้วยเชื้อมี 4 สายพันธุ์จึงทำให้ล่าช้า คาดการณ์ว่าจะสำเร็จและใช้ได้ในอนาคตอันใกล้ วิธีป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการควบคุมการแพร่กระจายของยุงลาย

สรุป

โรคไข้เลือดออกช็อก มีพยาธิสภาพที่แตกต่างไปจากช็อกทั่วไป เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจเสียชีวิตหลังแก้ไขช็อกได้แล้วยังเกิดพยาธิสภาพแทรกซ้อนขึ้นทุกระบบของร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ ดังนั้นบุคลากรในทีมต้องมีศักยภาพ มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกจึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา ลวณะสกล.(2547).ผลของการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนโรคไข้เลือดออกในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2546). *ปวดในเด็ก: การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริออฟเซต.
- ปราณี ทุไพบเราะ. (2550). คู่มือยา. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2550). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี : ยุทธินทร์การพิมพ์
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์. (2550). *คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก*. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง
- รจนา ภูไพบูลย์. (2552). *แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก*. กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณาการ
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- เสรี ตูจินดา, สุจิตรา นิมนานิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรจ, และคณะ. (2548). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานระบาดวิทยา. งานระบาดวิทยา. (2555). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก DF+DHF+DSS*.เข้าถึงได้จาก <http://dhf.ddc.moph.go.th/2555.html>
- Ranjit, S., Kisson, N., & Jayakumar, I. (2006). Aggressive management of dengue shock syndrome may decrease mortality rate: A suggest protocol. *Pediatric Critical Care Medicine*, (4), 412-419.
- Kittikul, L., Pitakarnjanakul, P., Sujirarat, D., & Siripanichgon, K. (2007). The difference of clinical manifestations and laboratory findings in children and adults with dengue virus infection. *Journal of Clinical Virology*, 39, 76-81.
- Kathyn, S. (2007). Dengue fever : What hope for control? *The Lancet*, 7(10), 636. Retrieved from <http://www.thelancet.com>