



การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา

Nursing Care for Dengue Hemorrhagic Fever Patients with Shock: Case Study

ปานจิต โพธิ์ทอง พย.บ.* วราภรณ์ สมวงษ์ วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)**

Panjit Phothong B.N.S.* Waraporn Somwong B.Sc. (MT)**

กองแก้ว ย้วนบุญหลิม วท.ม.* เอกมณี พัฒนพิพิธไพศาล วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)**

Kongkaew Younboonhlum M.Sc.* Akemanee Pattanapipaisam B.Sc. (MT)**

(วันรับบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 2 มีนาคม พ.ศ.2564)
(Received Date: January 20, 2021, Revised Date: February 22, 2021, Accepted Date: March 2, 2021)

บทนำ

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกเดงกีช็อก และมีโรคร่วมคือซัลซิเมีย มีประเด็นปัญหาทางการพยาบาล คือ มีภาวะช็อก (Hypovolemic shock) เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด มีเลือดออกและก้อนเลือดบริเวณคอเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular) และโพรงจมูก (Nasal cavity) เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำและมีการเปลี่ยนแปลงของการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation; DIC) ประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังคือเกิดภาวะขาดเลือด (Ischemia) อวัยวะต่างๆ ขาดออกซิเจน ทำให้มีความล้มเหลวของอวัยวะ (Organ failure) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด พบความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ นอกจากนี้ยังพบภาวะการทำงานของตับและไตล้มเหลว ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการฟอกไตอย่างต่อเนื่อง เพื่อขับของเสียและน้ำที่เกินออกจากร่างกาย ผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นระยะเวลาทั้งหมด 53 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติสามารถกลับบ้านได้

ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกวิธี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ รวมถึงทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมีมากขึ้น

คำสำคัญ: ไข้เลือดออกเดงกี ช็อก การพยาบาล

*พยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักเทคนิคการแพทย์ งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: Panjit.pho@mahidol.ac.th Tel: 095-5028958



โรคไข้เลือดออกเดงกี

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะ มีทั้งหมด 4 สายพันธุ์ คือ DEN1, DEN2, DEN3 และ DEN4¹⁻⁴ การติดเชื้อไวรัสเดงกีในคนมีลักษณะทางคลินิกแตกต่างกันมาก ตั้งแต่มีอาการไข้เพียงเล็กน้อย (dengue fever) จนถึงมีอาการมากเป็นโรคไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever or dengue shock syndrome) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากภาวะช็อก อาการของโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ (Acute febrile) ระยะวิกฤต (Critical stage) และระยะฟื้นตัว (Convalescent stage) ช่วงที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดคือช่วงระยะไข้ลด เนื่องจากเป็นช่วงที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤต ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้มีอาการช็อกนาน ส่งผลให้เกิดภาวะความผิดปกติตามมา มีค่าความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น (Hemoconcentration) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าเริ่มมีพลาสมารั่วออกจากหลอดเลือด (Plasma leakage) ผู้ป่วยบางอาจมีภาวะเลือดออกภายใน (Internal bleeding) ส่วนใหญ่มักเกิดที่ช่องท้อง (Concealed bleeding) มีการเปลี่ยนแปลงของค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Abnormal haemostasis) มีเกล็ดเลือดต่ำ^{3,4} ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การติดตามผู้ป่วยระยะวิกฤตมีปัจจัยที่ต้องตามดู 4 อย่าง คือ 1) อาการทางคลินิก 2) สัญญาณชีพ (Vital signs) โดยต้องประเมินทุก 15 นาทีในกรณีผู้ป่วยช็อก ถ้าภาวะช็อกดีขึ้นแล้วให้ประเมินทุก 1 ชั่วโมง 3) ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit; hct) อย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมงในรายที่ไม่มีเลือดออก และเพิ่มความถี่ในรายที่มีเลือดออกทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะเลือดออก 4) ปริมาณปัสสาวะ ซึ่งถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สุดที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนเพียงพอหรือไม่ โดยปริมาณปัสสาวะในผู้ใหญ่ควรมีปัสสาวะชั่วโมงละ 25-50 มล./กก./ชม. หรือ 200-400 มล. ในเวลา 8 ชั่วโมง หรือ 0.5 - 1 มล./กก./ชม. ในเด็ก⁵

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกเดงกีมากตามลำดับ คือ ผู้สูงอายุ (Elderly) ทารก และคนท้อง (Pregnant woman) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก อ้วน (Obesity) มีเลือดออกมาก (Abnormal bleeding) มีโรคประจำตัว (Co-morbidity) มีการติดเชื้อร่วม (Co-infection) มีอาการทางสมอง (Encephalopathy) เช่น อาละวาด สับสน ชัก ไม่รู้สึกตัว³

เกณฑ์การวินิจฉัยอาการแสดงทางคลินิกผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี

องค์การอนามัยโลกได้จำแนกกลุ่มอาการของโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยอาการแสดงทางคลินิกผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี ดังนี้ 1) อาการทางคลินิก ประกอบด้วย ไข้เกิดแบบเฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน อาการเลือดออก ผลการทดสอบทูร์นิเก้ (Tourniquet test) บวม ตับโต (Hepatomegaly) กดเจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิต หรือมีภาวะช็อก และ 2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม. เลือดข้นขึ้นมีค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit; hct) $\geq 20\%$ เมื่อเทียบกับค่าเดิม หรือมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา (Plasma leakage) หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ≤ 3.5 กรัมเปอร์เซ็นต์²

ระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกี

องค์การอนามัยโลกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี พ.ศ. 2540² มีแนวทางการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเดงกี เป็น 4 ระดับ (Grade) คือ

grade I ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่ผลการทดสอบทูร์นิเก้ (tourniquet test) บวม

grade II ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่เลือดออก เช่น มีจุดออกตามตัว (Petechiae) เลือดกำเดาออก (Epistaxis) หรือ อาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีแดงเข้ม (Hematochezia) หรือสีดำ (Melena)

grade III ผู้ป่วยช็อก (Compensated/impending) มีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ (≤ 20 มิลลิเมตรปรอท) หรือความดันต่ำ หรือมีตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย (Restlessness)

grade IV ผู้ป่วยที่ช็อกรุนแรง ไม่สามารถจับชีพจรและ/วัดความดันไม่ได้ (Profound shock)

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะช็อกจะเรียกว่าโรคไข้เลือดออกเดงกีช็อก (Dengue shock syndrome; DSS) โดยผู้ป่วยจะมีชีพจรเบาเร็ว ทำให้ค่า pulse pressure ≤ 20 มิลลิเมตรปรอท ค่า Capillary filling time > 2 วินาที มีอเท้าเย็น กระสับกระส่าย (Restlessness) ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงใน Coagulogram มีภาวะ Hypercoagulability ตามมาโดยจะตรวจเลือดค่า Activated partial thromboplastin time (APTT) prothrombin time (PT) เป็น Prolonged เกิดเป็นภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated intravascular coagulation; DIC)



รายงานผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหญิงชาวลาวยายุ 36 ปี 9 เดือน มีโรคประจำตัวเป็นโรคธาลัสซีเมีย น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร อาชีพรับจ้าง มีประวัติเคยเป็นไข้เลือดออกเมื่อประมาณ 1 ปีก่อน รับไว้รักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever; DHF) ส่งตัวจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ให้ประวัติว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย ผลการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/63 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ผลตรวจแรกรับ)

CBC	Hb 10.9 g/dl, Hct 34.9%, WBC 4,600 cells/cu.mm, Plt.59,000 cells/cu.mm
Chemistry	BUN 30.9 mg/dl, Creatinine 2.54 mg/dl, CPK 3243 U/L, Lactate 72.4 mg/dl, Sodium 130 mmol/L, Potassium 5.4 mmol/L, Chloride 97 mmol/L, Carbondioxide 7 mmol/L
Immunology	Dengue NS1 positive, Dengue antibody (ELISA) IgM and IgG positive
Urine analysis	Color Red Brown, Turbid 4+, Protein 300 mg/d l, Bacteria Numerous, Nitrite Positive, Urobilinogen 4 mg/dl, Blood 200 Ery/ul, Cast Fine granular cast 3-5/LPF

อีก 4 วันต่อมาผู้ป่วยย้ายไป ICU โรคไข้เลือดออกเดงกีช็อก (Dengue shock syndrome) ผู้ป่วยปัสสาวะออกน้อย หายใจหอบเหนื่อย Creatinine rising ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube; ETT) และแทง Central line เป็น Double lumen เพื่อฟอกไต (Dialysis) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันที่ผู้ป่วยย้ายไป ICU

CBC	Hb 9.7 g/dl, Hct 27.1%, WBC 8,900 cells/cu.mm, Plt.34,000 cells/cu.mm, PT 33.6 sec, INR 2.85, PTT 59.3 sec
Chemistry	BUN 32 mg/dl, Creatinine 2.65 mg/dl, Sodium 120 mmol/L, Potassium 4.5 mmol/L, Chloride 101 mmol/L, Carbondioxide 11 mmol/L

ต่อมาอีก 20 วันพบมีเลือดออกและก้อนเลือดบริเวณคอเหนือกระดูกไหปลาร้า และโพรงจมูก ผลการส่งเพาะเชื้อ Sputum พบ *Stenotrophomonas maltophilia* และ Hemoculture พบ *Escherichia coli* ปริมาณเลือดและส่วนประกอบที่ได้รับประกอบด้วย LPRC จำนวน 27 Unit, FFP 32 Unit, Cryoprecipitate 30 Unit, LPPC 4 Unit และ PC 4 Unit ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอน 53 วัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย

CBC	Hb 9.3 g/dl, Hct 28.3%, WBC 5,100 cells/cu.mm, Plt.250,000 cells/cu.mm
Chemistry	BUN 66.0 mg/dl, Creatinine 3.01 mg/dl, Sodium 140 mmol/L, Potassium 3.3 mmol/L, Chloride 97 mmol/L, Carbondioxide 26 mmol/L, Albumin 3.8 g/dl, Calcium 10.1 mg/dl, Phosphorus 3.8 mg/dl
Microbiology	Bacteria No growth

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยแรกนี้ 1) ผู้ป่วยมีภาวะช็อกนานส่งผลให้มีการรั่วของพลาสมา (Plasma leakage) ออกนอกเส้นเลือด พบเกล็ดเลือดต่ำและมีการเปลี่ยนแปลงของค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกิดภาวะ DIC รุนแรง ทำให้เลือดออกมาก (Bleeding abnormality) 2) เลือดออกและก้อนเลือดบริเวณคอเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular) และโพรงจมูก (Nasal cavity) 3) ความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ (Electrolyte imbalance) 4) มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากการได้รับสารน้ำมาก (Volume overload) 5) มีภาวะการทำงานของไตวายแบบเฉียบพลัน (Acute kidney injury) 6) มีอาการทางสมอง จากภาวะตับวาย (Acute liver injury) 7) มีการติดเชื้อร่วม (Co-infection)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากเลือดออกมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1) มีเลือดออกมากบริเวณและก้อนเลือดบริเวณคอเหนือกระดูกไหปลาร้า และโพรงจมูก

2) ผลการตรวจวิเคราะห์พบว่าค่าการตรวจภาวะการเกิดลิ่มเลือด มีความผิดปกติโดยเฉพาะค่า International



normalized ratio; INR ได้แก่ PT 33.6 sec, INR 2.85, PTT 59.3 sec

3) ผู้ป่วยที่ค่าเกล็ดเลือด 34,000 cells/cu.mm

เป้าหมาย ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

แนวทางการพยาบาล

1) วัดความดันโลหิต ชีพจรและอัตราการหายใจ ต้องวัดทุก 10-15 นาทีจนกว่าจะ stable จึงวัดทุกๆ 1 ชั่วโมง หากเกิด pulse pressure แคบ เบา ฟังไม่ได้ต้องรีบรายงาน แพทย์ทันที

2) เจาะ Hct ทุก 4-6 ชั่วโมงและตรวจปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง ตลอด 24-48 ชั่วโมง

3) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Blood gas, Blood sugar, LFT, BUN, creatinine, electrolyte, coagulogram, ultrasound abdomen

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน สีผิวแดงดี ค่า Oxygen saturation (O₂) < 95%

2) ระดับความเข้มข้นของเลือดไม่เพิ่มสูงขึ้นกว่า ค่าปกติ

3) อัตราชีพจรปกติ ค่าปกติในผู้ใหญ่ ประมาณ 75 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 2 มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจาก ภาวะแน่นท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง หายใจลำบาก นอนราบ ไม่ได้

2) ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการแน่นอึดอัดท้อง สีหน้าไม่ สุขสบาย

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ไม่มีภาวะแน่นท้อง

แนวทางการพยาบาล

1) บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง

2) ให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา หลังจากนั้นสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะ สี ปริมาณและ วัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจทุก 15 นาที เพราะ ถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที

3) จัดท่านอนผู้ป่วยศีรษะสูงเล็กน้อย ให้ผู้ป่วยสวม ใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อนุ่ม หลวมสบาย พุดคุยให้กำลังใจ

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยไม่มีอาการของน้ำเกิน เช่น หอบ แน่นท้อง อึดอัด

2) ในรายที่ผู้ป่วยได้รับยาปัสสาวะ มีการบันทึกการ วัดสัญญาณชีพและปริมาณการขับถ่ายปัสสาวะอย่าง ต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 3 ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีภาวะช็อกนานส่งผลให้ ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น สมอง

เป้าหมาย เพื่อให้เซลล์อวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจน อย่างเพียงพอ

แนวทางการพยาบาล

1) บันทึกอัตราการหายใจ

2) ฝ้าติดตามอาการขาดออกซิเจน เช่น ค่า Oxygen saturation (O₂) < 95%, ค่าcapillary filling time > 2 วินาที

3) ผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่เพียงพอ แพทย์พิจารณาให้ ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน สีผิวแดงดี Oxygen saturation (O₂) > 95%

2) ผู้ป่วยหายใจไม่หอบ หรือหอบน้อยลง อัตราการ หายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 4 มีเลือดออกและก้อนเลือด บริเวณคอเหนือกระดูกไหปลาร้า และโพรงจมูก

ข้อมูลสนับสนุน

1) เลือดออกและก้อนเลือดบริเวณคอเหนือกระดูก ไหลปลาร้า และโพรงจมูก

2) เกิดภาวะ DIC ผลการตรวจวิเคราะห์พบว่าค่าการ ตรวจภาวะการเกิดลิ่มเลือด มีความผิดปกติโดยเฉพาะค่า International normalized ratio; INR ได้แก่ PT 33.6 sec, INR 2.85, PTT 59.3 sec

3) ผู้ป่วยที่ค่าเกล็ดเลือด 34,000 cells/cu.mm

เป้าหมาย ไม่มีภาวะเลือดออกทั่วร่างกายและ/หรือมี ภาวะเลือดออกลดน้อยลง

แนวทางการพยาบาล

1) สังเกตอาการเสียเลือดบริเวณคอเหนือกระดูก ไหลปลาร้า และโพรงจมูก เมื่อพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ ทันที

2) วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง



- 3) ดูแลผู้ป่วยขณะรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 4) ลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีเลือดออกเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยไม่พบเลือดออกหรือเลือดออกน้อยลง
- 2) มีระดับ Hct หลังจากให้เลือดสูงกว่าก่อนให้เลือดประมาณร้อยละ 5

- 3) มีระดับเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เพิ่มขึ้น

- 4) มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 120/80 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37+/- 0.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 5 คือ มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้ป่วยคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้มีการเสียสารอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ 120 mmol/L

- 2) หายใจหอบเหนื่อย Creatinine 3.01 mg/dl มีภาวะ Creatinine rising

เป้าหมาย มีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง

แนวทางการพยาบาล

- 1) สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น ชีพจรอ่อนเพลีย ท้องอืด หรือมีอาการเขียว หายใจหอบลึกจากภาวะ Acidosis หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์

- 2) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าก๊าซในเลือด ค่า Calcium เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

- 3) ดูแลการให้สารน้ำตามคำสั่งของแพทย์

- 4) ดูแลความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เช่น การตกเตียง การชัก เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยไม่มีอาการเขียว หายใจหอบลึก ท้องอืด
- 2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่าก๊าซในเลือด เป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะไตวาย

ข้อมูลสนับสนุน ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงการทำงานของไตผิดปกติ AST >200 U, ALT >200 U และมีค่า INR > 1.3

เป้าหมาย ไม่เกิดภาวะไตวาย

แนวทางการพยาบาล

- 1) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น LFT, PT, PTT, INR, เมื่อพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

- 2) ติดตามผลการตรวจ Blood sugar หรือ blood glucose meter ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของตับ

- 3) วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง

- 4) เฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิดให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนให้เพียงพอตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการหอบเขียว ค่า Oxygen saturation (O2) < 95% ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

- 5) ต้องเพิ่มการดูแลระบบการป้องกันการติดเชื้อ โดยเน้น Sterile technique ให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำลง มีโอกาสติดเชื้อตาม IV site ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะและระบบอื่นๆ

- 6) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมถ้ามีความจำเป็นต้องทำหัตถการพิเศษที่จำเป็น เช่น ทำ Cut down, blood exchange peritoneal dialysis, plasmapheresis เป็นต้น

- 7) อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงอาการ ดูแลระดับประคองจิตใจ ให้ญาติมีโอกาสรับทราบการพยากรณ์โรครวมถึงแผนการรักษาการรักษากับแพทย์ผู้ดูแลรักษา

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

- 1) ติดตามสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง
- 2) ค่าเอนไซม์ตับปกติ AST < 200 U, ALT < 200 U และมีค่า INR < 1.0

- 3) อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 37+/- 0.5 องศาเซลเซียส

- 4) ญาติผู้ป่วยเข้าใจในการพยากรณ์โรคและแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะไตวาย

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ภาวะช็อกทำให้เลือดอาจถูกส่งมาเลี้ยงไตไม่เพียงพอ
- 2) ปัสสาวะออกน้อยลง น้อยกว่า 0.5 มล./กก./ชม.
- 3) ผลการตรวจ BUN, Creatinine สูงกว่าปกติ

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่มีภาวะไตวายและหรือไตสามารถทำงานได้ดีขึ้น

แนวทางการพยาบาล

- 1) บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและปัสสาวะที่ออกมา (record intake-output) อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง



2) กรณีไม่มีปัสสาวะออกภายใน 1 ชั่วโมงต้องบันทึกและรายงานแพทย์ เพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ

3) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติควรมีปัสสาวะ 0.5-1 มล./กก./ชม. ถ้ามากหรือน้อยกว่านี้ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนหรือลดอัตราการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

4) ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะไตวายและต้องจำกัดปริมาณน้ำและเกลือต้องเฝ้าระวัง โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

5) ดูแลให้การฟอกไตตามการรักษาของแพทย์

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1) ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5 มล./กก./ชม. สืบปัสสาวะใสปกติ

2) ผู้ป่วยมีค่า BUN, Creatinin ในเกณฑ์ปกติ

3) ญาติผู้ป่วยเข้าใจในการพยากรณ์โรคและแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อร่วม (Co-infection)

ข้อมูลสนับสนุน

ผลการส่งเพาะเชื้อ Sputum พบ Stenotrophomonas maltophilia และ Hemoculture พบ Escherichia coli

เป้าหมาย

ไม่พบการติดเชื้อในร่างกายผู้ป่วย

แนวทางการพยาบาล

1) ติดตามการให้ยาตามแผนการรักษา

2) หยดใช้สายสวนหลอดเลือดดำเนื่องจากการให้สารน้ำผ่านทางสายสวนที่มีเชื้ออยู่จะยิ่งทำให้อาการรุนแรง

3) ประเมินการตอบสนองต่อยาที่ให้การรักษา

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล ไม่พบการติดเชื้อหรือมีการติดเชื้อเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยข้อที่ 9 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวความรุนแรงของโรค

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล ญาติซักถามอาการของผู้ป่วยบ่อยครั้ง

เป้าหมาย ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

แนวทางการพยาบาล

1) อธิบายแนวทางการรักษาในแต่ละขั้นตอนให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจ^{5,6}

2) ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การให้ผ้าอ้อมเป็นเพื่อน เป็นต้น

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจพร้อมทั้งให้กำลังใจ^{7,8}

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับทุกคน

บทสรุป

จากกรณีศึกษาพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูงที่จะเกิดการเสียชีวิตได้อย่างกะทันหันได้พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกอย่างรุนแรง มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะแน่นท้อง ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีเลือดออกและก้อนเลือดบริเวณคอเหนือกระดูกไหปลาร้า และโพรงจมูก มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง ผู้ป่วยมีภาวะไตวาย ผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อร่วมและผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวความรุนแรงของโรค ซึ่งภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลาทั้งหมด 53 วัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติสามารถกลับบ้านได้

References

1. World Health Organization (WHO). Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. World Health Organization (WHO). Comprehensive guideline for prevention and control of dengue and dengue hemorrhagic fever. Revised and expanded edition. New Delhi, India: WHO; 2011.
3. Kanlayanaruj S, Wangraweewong M, Watcharaseri W, editors. Guidelines for diagnosis and treatment of dengue fever version HM the Queen's 80th Birthday Anniversary. Queen Sirikit National Institute of Child Health. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2013.



4. Warunee W, Rasana W, Runghana And Piyada H, editors. Guidelines for nursing dengue patients Tas 60 Years Queen Sirikit National Institute of Child Health. Bangkok: Thailand Agricultural Cooperative Assembly Printing Plant; 2014.
5. Jiemjai S. Case study: dengue shock syndrome (grade IV). Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute 2010; 4(2): 1-9.
6. Apinya S. Nursing care for patients suffering from dengue shock syndrome (DSS): case study. Chaiyaphum Medical Journal 2020; 4(1): 188-208.
7. Jariya P. Pediatric nursing care for dengue hemorrhagic fever with shock: case study. Boromarajonani College of Nursing, Surin 2020; 10(1): 121-135.
8. Wanida S. Nursing care of patients with dengue shock syndrome: case study. Nakhonphanom Hospital Journal 2018; 1(3): 107-115.