

Nursing Care in Dengue Shock Syndrome: A Case Study

Eurnjit Srisalab, พย.บ.*

ABSTRACT

- Background :** Dengue shock syndrome (DSS) was considered as clinical crisis in patient according to cause circulatory collapse, abnormal platelet function, coagulation disorder and bleeding which lead to mortality. Therefore early assessment of dengue shock syndrome is crucial for prompt management to decrease complication and dead.
- Objective :** to study disease progression, medical problem, nursing intervention and outcome of nursing care in this case to develop the knowledge for nursing care management in such case.
- Case study :** A case was selectively chosen. Patient was diagnosed with dengue shock syndrome and admitted in pediatric ward of Rattanaaburi hospital, Surin province.
- Methods :** A qualitative of case study was retrospectively collected from patient chart during March 30th – April 3rd 2013.
- Results :** A 3-year old girl was admitted by high fever for 5 days and diagnosed with dengue fever. Dengue shock syndrome was presented on seventh day after first date of fever. Dengue shock syndrome was managed by fluid therapy. Type and volume of fluid were adjusted according to disease progression, blood pressure and hematocrit. Patient was treated and improved with complications of fluid overload. Medical problem was circulatory collapse. Patient was at risk of blood loss, inadequate fluid and nutrition support, heart failure and respiratory failure. Nursing care was closely provided to this patient in order to manage shock syndrome. Clinical outcome was resolved from dengue shock syndrome and fluid overload.
- Conclusions :** Nursing care plan with comprehensive knowledge in specific disease and closely monitoring will benefit for dengue shock syndrome monitoring and prompt management.
- Keywords :** nursing care, dengue shock syndrome

*Registered Nurse (Professional Level), Department of Nurse, Rattanaaburi Hospital, Surin, Thailand

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก

เอือนจิต สีสลับ, พย.บ*

บทคัดย่อ	
ความเป็นมาของปัญหา	: โรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก ถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เนื่องจากมีผลทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว การทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ การแข็งตัวของเลือดช้า เกิดเลือดออกตามอวัยวะต่างๆได้จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นการประเมินภาวะช็อกได้ตั้งแต่เริ่มต้น มีความสำคัญอย่างมาก ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้
วัตถุประสงค์	: เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลและผลของการรักษาพยาบาลในรายกรณีนี้ นำผลการศึกษามาใช้ประกอบเป็นองค์ความรู้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในรายต่อไป
กรณีศึกษาและสถานที่	: คัดเลือกจากประชากรเด็กป่วย แบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกช็อก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
วิธีการศึกษา	: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาเป็นรายกรณี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2556 ถึง 3 เมษายน พ.ศ. 2556
ผลการศึกษา	: เด็กเพศหญิง อายุ 3 ปี 6 เดือน เข้ารับการรักษา ด้วยอาการไข้สูง มา 5 วันได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออก ไข้ลงวันที่ 7 นับจากเริ่มไข้มีภาวะช็อก ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก การรักษามีการให้สารน้ำปรับชนิดและปริมาณสารน้ำตามการดำเนินการของโรค ความดันโลหิต และผลHematocrit ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นและมีภาวะน้ำเกินแทรกซ้อน ปัญหาสุขภาพคือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ และเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวและการหายใจล้มเหลวได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขภาวะช็อก ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะน้ำเกิน
สรุป	: การวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของโรคและติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถติดตามภาวะช็อก และแก้ไขได้ถูกต้องทันท่วงที
คำสำคัญ	: การพยาบาล ไข้เลือดออกช็อก

*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกมีการระบาดของไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เพิ่มขึ้น เด็กทั่วแถบเอเชีย มีอัตราป่วยตายร้อยละ 1-26 สาเหตุการตายจากภาวะช็อกอย่างรุนแรง ร้อยละ 47⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2551 สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้ป่วย จำนวน 89,626 ราย อัตราป่วย 141.78 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 ไข้เลือดออกจำแนกตามกลุ่มอาการ ได้ 3 กลุ่ม พบว่าสัดส่วนผู้ป่วย เติบโตและไข้เลือดออกช็อกเพิ่มขึ้น มีอัตราตาย ร้อยละ 68.63 สาเหตุการตายจากช็อกนาน น้ำเกิน และเลือดออกมาก สถานการณ์โรคในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราป่วย 210.32 พบผู้ป่วยตายในอัตรา 1.01⁽³⁾ การดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้าเป็นปัจจัยนำสู่การเสียชีวิต แต่ถ้าสามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะลดอัตราการลงได้เหลือน้อยกว่า ร้อยละ 1⁽⁴⁾

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออก และช็อกนั้น บุคลากรต้องรู้เท่าทันธรรมชาติของโรค คาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตรายและดูแลป้องกัน แก้ไขได้ทันท่วงที พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งในการแก้ไขภาวะช็อก ในบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของโรค ไข้เลือดออก การรักษาพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออก ช็อก ในกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อกและมีภาวะน้ำเกินแทรกซ้อน เพื่อเป็นประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษา และเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกในรายต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ และผลการรักษาพยาบาลในกรณีศึกษา
2. เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างใช้ประกอบองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อกรายต่อไป

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกช็อก ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาล รัตนบุรี ทำการศึกษาประวัติการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ และการรักษาพยาบาลย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

ผลการศึกษกรณีตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย

เด็กหญิงไทย อายุ 3 ปี 6 เดือน ภูมิลำเนา ตำบลธาตุอำเภอรตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2556 มาด้วยอาการไข้มา 5 วัน ไอ เพลียไปรับการรักษาที่คลินิก ได้รับยาไปรับประทาน อาการไม่ทุเลา ญาติจึงพาไปรักษาที่คลินิกอีกครั้ง แพทย์ได้มีแผนการรักษาให้ เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล

ผลการตรวจร่างกาย

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว พุดจารู้เรื่อง มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย อุณหภูมิ 38.6 °C ชีพจรเต้นเร็ว 110 ครั้ง/นาที หายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50 mmHg น้ำหนัก 10 กิโลกรัม สูง 90 เซนติเมตร ไม่มีเลือดกำเดาไหลหรือออกตามไรฟันริมฝีปากแห้ง ฟังเสียงหัวใจเต้นปกติ จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur , Lung clear both lung คลำท้องไม่พบตับและม้ามโต ผลTourniquet test positive

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันแรกรับ Hct 39% , WBC 6,270 cell / cu.mm. , PLT 175,000 cell/cu.mm. Neutrophil 47 % Lymphocyte 44 % วินิจฉัยแรกรับเป็น Dengue hemorrhagic Fever ได้รับสารน้ำเป็น 5 % D/N/3 500 ml vein drip 20 ml/hr.

ตารางที่ 1 แสดงการดำเนินโรคและการรักษาตัวขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

วันที่	เวลา	สัญญาณชีพ				HCT	LAB	การรักษา
		TPR(องศาเซลเซียส)	P(ครั้ง/นาที)	RR(ครั้ง/นาที)	BP(mmHg)			
30มี.ค.56	09.30 น.	39.5	112	24	100/60	39 %	CBC Hct 39 %,WBC 6,270 cells/cu.mm PLT 175,000 cells/cu.mm Neutrophil 47 %	-5% D/W/3 500 ml vein drip 20 ml /hr.
	23.55 น.	37.6	110	32	90/60		Lymphocyte 44% BUN 17 mg/dl Creatinine 1 mg/dl UA	-5%D/W/3 500 ml vein drip 40 ml/hr. X 2 hrs. then 20 ml/hr.
	02.00 น.	37.5	112	28	90/60			-5%D/NSS 1,000 ml vein drip 30 ml/hr.
	09.00 น.	36.8	112	28	100/70	47%	Urine specific gravity 1.020	-ปรับเพิ่ม rate IV 60 ml/hr.x2hrs. then 30 ml/hr.
	10.00 น.	37	100	28	90/60		CBC	
31มี.ค.56	11.00 น.	36.9	110	30	90/60		Hct 47 %	
	12.00 น.	37	120	38	90/70	48 %	WBC 8,090 cells/cu.mm	-ปรับเพิ่ม rate IV 220 ml/hr.x1hrs.
	13.00 น.		110	40	110/60	44 %	PLT 69,000 cells/cu.mm	-ปรับลด rate IV 80 ml/hr. x 1 hrs.
	14.00 น.	37.2	100	34	100/60		Neutrophil 61 %	-ปรับลด rate IV 60 ml/hr. x2 hrs.
	15.00 น.		96	36	100/70	44 %	Lymphocyte 25 %	-ปรับลด rate IV 36 ml/hr.x2 hrs. then 20 ml/hr.
	18.00 น.	37	100	36	110/60	43 %		
	24.00น.	36.5	100	34	110/70		CBC	5%D/NSS 1000 ml vein drip 20 ml/hr.
	00.30 น.	37.2	110	40	110/70		Hct 39 % ,WBC 9,280	
	01.30 น.	37.2	96	34	110/70		cells/cu.mm.	
	03.30 น.		98	30	110/60	39 %	PLT 47,000 cells/cu.mm.	
	04.00 น.	36.5	100	36	110/70		Neutrophil 20 %	
	06.00 น.	36.5	100	24	96/68	39 %	Lymphocyte 68 %	

ตารางที่ 1 แสดงการดำเนินโรคและการรักษาตัวขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล (ต่อ)

วันที่	เวลา	สัญญาณชีพ				HCT	LAB	การรักษา
		TPR(องศาเซลเซียส)	P(ครั้ง/นาที)	RR(ครั้ง/นาที)	BP(mmHg)			
1 เม.ย.56 (ต่อ)	10.00 น.	37.4	102	24	90/65	40 %	BUN 9 mg/dl	-5%D/NSS 1,000 ml vein drip 15 ml/hrs.
	14.00 น.	37.9	100	36	100/70	39 %	Creatinine 0.7 mg/dl	-Ceftriaxone 300 mg IV ทุก 12 hrs.
	15.00 น.		110	34	106/75		SGOT 122 U/L	-Lasix 6 mg vein stat
	18.00 น.	37	108	36	100/70	44 %	SGPT 33 U/L	OFF IV Fluid ,On Heparin lock
2 เม.ย.56	22.00 น.	36.5	108	36	90/60	43 %	CBC	
							Hct 42 %	
							WBC12,960 cells/cu.mm.	
							PLT 36,000 cells/cu.mm.	
							Neutrophil 37 %	
							Lymphocyte 50 %	
3 เม.ย.56	02.00 น.	36.8	108	40	90/60	38 %	CBC	
	06.00 น.	36.9	96	36	100/70	38 %	Hct 39 %	
	10.00 น.	36.5	100	32	110/70		WBC 10,490 cell/cu.mm.	
	12.00 น.		100	34	110/70	37 %	PLT 45,000 cell/cu.mm.	-Lasix 12 mg vein stat
	18.00 น.	36.5	100	28	110/70	38 %	Neutrophil 30 %	
	24.00 น.	37.1	98	28	100/70	36 %	Lymphocyte 57 %	
	02.00 น.	36.7	98	32	90/60		CBC	แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านรับประทานยาต่อ
	06.00 น.	37	94	34	100/70	36 %	Hct 37 %	-Paracetamol 1 ¹ / ₂ พ. oralpm ⁴ 4- 6 hrs.
							WBC 8,950 cell/cu.mm.	- Cephalaxine 1 ¹ / ₂ พ.oral tid pc+hs.
							PLT 81,000 cell/cu.mm.	- Calamine Lotion ทา เวลาคัน
						Neutrophil 26 %	- Antacid gel 10 ml. oral tid pc	
						Lymphocyte 66 %		

การวินิจฉัยและแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือด

การพยาบาล ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5% D/NSS ตามแผนการรักษา ควบคุมการไหลของสารน้ำด้วยเครื่องปรับหยดน้ำเกลืออัตโนมัติ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในเตียงใกล้ Unit พยาบาล จัดให้ผู้ป่วยนอนพักลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ให้ออกซิเจน 5 ลิตร/นาที่ ติดตามความอึดตัวออกซิเจนในเลือด สังเกตอาการขาดออกซิเจน รายงานแพทย์และให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาทีถึง 1 ชั่วโมง หรือเมื่อครบจำนวนการให้สารน้ำที่กำหนดไว้ ฝ้าสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg, Pulse Pressure $\leq$ 20 mmHg ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทุก 1 ชั่วโมง รวมทั้งรายงานอาการที่เปลี่ยนแปลง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณปัสสาวะ ปรับจำนวนสารน้ำตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 2 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง หลีกเลี่ยงยาที่มีผลทำลายตับและไต สังเกตอาการเอะอะ โวยวาย ตา ตัวเหลือง ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก (Intake/output) ถ้าปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 cc./kg/hr รายงานแพทย์ทันที^(5,6,7,8,9,10,11,12)

ผลการพยาบาล ความอึดตัวออกซิเจนในเลือด 99 - 100 % ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่ายอัตราการหายใจ ความดันโลหิตคงที่ 90/60 - 110/70 mmHg ความเข้มข้นเลือดลดลงเรื่อยๆ สู่ค่าปกติ จาก 48 % เป็น 36 % ผู้ป่วยสดชื่น ไม่มีอาการตัว ตาเหลือง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสสูญเสียเลือด เนื่องจากความเปราะบางของผนังเส้นเลือด และสารองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือด

การพยาบาล งดการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ระงับการเกิดบาดแผล ทำการเจาะเลือดด้วยความนุ่มนวลเบามือ หลังถอนเข็มกดไว้ด้วยสำลีแห้งนานพอจนแน่ใจว่าเลือดหยุด ดูแลทำความสะอาดผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ แนะนำไม่ให้เกา ตัดเล็บสั้น และรักษาความสะอาด ฝ้าระวังอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม ยกравกันเตียงและมีญาติเฝ้าตลอดเวลาที่ผู้ป่วยนอน ระงับการใช้ของมีคม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ทำหัตถการเฉพาะเท่าที่จำเป็น เจาะเลือดในเวลาใกล้เคียงกันรวมไว้เจาะครั้งเดียวกัน ใช้แปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ

ในระยะใช้ ถ้าความเข้มข้นเลือด (Hct) น้อยกว่า 10 % จากเดิม อาจเกิดการสูญเสียเลือด สังเกตอาการปวดท้องรุนแรง ท้องอืดโตขึ้น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือเพิ่มสูงขึ้นผิดปกติ ลักษณะชดเชยของระบบไหลเวียนสังเกตอุจจาระว่ามีสีดำ น้ำตาลเข้ม หรือมีเลือดปนหรือไม่ รายงานแพทย์ทันที ให้ยา Ranitidine ตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ^(5,6,7,8,9,10,11,12)

ผลการพยาบาล ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะใดๆ ปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น จาก 47,000 เป็น 81,000 cell/cu.mm.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ร่างกายบกพร่องสารอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย และอาเจียน

การพยาบาล กระตุ้นให้ดื่มน้ำอัดลมไม่มีสี ผสมเกลือทิ้งไว้ให้หมดฟองก่อน หรือผงเกลือแร่ละลายน้ำ

อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะไม่ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างเดียวน เพราะจะทำให้เกิดบวม น้ำ และมีโรคแทรกซ้อนได้ งดอาหารและน้ำที่สีดํา แดงและน้ำตาลเช่นโค้ก เป๊ปซี่ น้ำแดง โอวัลติน ช็อกโกแลต เน้ก๊วย ลูกหว่า ขนมห้ยกปูนสีดํา แดงโม เป็นต้น จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม นม เน้มนํ้า ให้รับประทานผลไม้เสริมบ่อัยๆ เช่นกล้วย บัวนปาก ด้วยนํ้าอุ่น ก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อให้ปากและฟันสะอาด ลิ้นรับรสได้ดีขึ้น ให้สารนํ้าทางหลอดเลือดดํ้าตามแผนการรักษา สังเกตและบันทึกจํานวนอาหารที่รับประทานได้ ประเมินอาการปากแห้ง ผิวแห้ง ตาลึกโหล การกระหายนํ้าอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง^(5,6,7,8,9,10,11,12)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทุกมื้อ มื้อละ ½ - 1 ถาด สดชื่น ผิวหนังและปากชุ่มชื้น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจและการหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะนํ้าเกินในระยะฟื้นตัว

การพยาบาล จัดท่านอนหัวสูง 30 องศาและตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน 5 ลิตร/นาที วัดสัญญาณชีพและความอึดตัวของออกซิเจน สังเกตอาการชืดและเขียวที่ริมฝีปาก เล็บ ปลายมือ ปลายเท้า สังเกตการหายใจหอบเหนื่อย รายงานแพทย์ แนะนำงดดื่มนํ้าเปล่า ให้ดื่มนํ้าเกลือแร่แทน ประเมินจํานวนปัสสาวะเข้าออก ถ้ามักกว่า 2 cc/kg/hr ความเข้มเลือดลดลงเรื่อยๆสุปกติ ชีพจรช้าลงและเต้นแรง ความดันโลหิตปกติ Pulse pressure กว้างขึ้นและผู้ป่วยรับประทานได้ รายงานแพทย์เพื่อปรับลดสารนํ้า ฉีดยาเข้าเส้นเลือดดํ้า Lasix 12 mg ตามแผนการรักษา ประเมินความดันโลหิต ถัดํ้ากว่า 80/50 mmHg รายงานแพทย์

ก่อนฉีด ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักและให้ปัสสาวะบนเตียง วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที หากความดันโลหิตดํ้ากว่า 80/50 mmHg รายงานแพทย์ทันที ถัดํ้ากิตัวดทุก 2 - 4 ชั่วโมง ประเมินอาการอึดอัดท้องบวมด้วยการชั่งนํ้าหนักตอนเช้าทุกวัน บันทึกปริมาณสารนํ้า ประเมินลักษณะการหายใจ ฟังปอด ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก^(5,6,7,8,9,10,11,12)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการอึดอัดท้องไม่อึดแน่น ไม่ร้องไห้แง หายใจไม่หอบนอนราบได้ ไม่นํ้าคั่งในช่องท้อง นํ้าหนักเท่าเดิม ปริมาณนํ้าเข้า-ออก สมดุล ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบปริมาณนํ้าลดลง ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 95-99 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ใช้สูง เนื่องจากพยาธิสภาพของการติดเชื้อไวรัสเดงกี

การพยาบาล เช็ดตัวลดไข้ด้วยนํ้าอุ่น ให้รับประทานยาลดไข้ กลุ่มParacetamolตามแผนการรักษา ห้ามให้ยากลุ่มแอสไพริน กระตุ้นให้ผู้ปวยดื่มนํ้าผสมผงเกลือแร่หรือนํ้าผลไม้ดํ้าที่สีดํ้า แดงและน้ำตาล เช่นโค้ก เป๊ปซี่ น้ำแดง โอวัลติน ช็อกโกแลต แดงโม เป็นต้น จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบให้ผู้ปวยพักผ่อนเต็มที่ ลดการเผาผลาญ และการใช้พลังงานของร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ 4 ชั่วโมง แนะนำบิดามารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวลดไข้^(5,6,7,8,9,10,11,12)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยไข้ลดลงอยู่ระหว่าง 36.7-38 °C ไม่มีอาการชัก สุขสบายขึ้น พักผ่อนได้ ไม่ร้องไห้แง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เนื่องจากอาการเจ็บปวด ความกลัวเสียชีวิต และญาติขาดประสบการณ์ ในการดูแลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออก

การพยาบาล ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา พยาบาล ความก้าวหน้าของอาการแก่ผู้ป่วยและ ญาติทุกเวอร์และเมื่อซักถาม อธิบายเหตุผลของ การรักษาพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติ ให้การดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ กระตือรือร้นให้ ความสนใจเมื่อผู้ป่วยและญาติมีปัญหา^(13,14)

ผลการพยาบาล ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอ กว่า กังวลลดลง เข้าใจและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค ที่เป็นอยู่ ญาติสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องการ รับประทานอาหาร น้ำ การตวงปัสสาวะ การเฝ้า ระวังการเกิดอุบัติเหตุ

การวางแผนจำหน่าย

ประเมินความสามารถ ความพร้อมและความ ต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ตามหลักทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม⁽¹⁵⁾ โดยการ พยาบาลแบบทดแทนให้ทั้งหมดในภาวะวิกฤติ ผู้ป่วย ที่มีภาวะช็อก เมื่ออาการทุเลาลง ให้การพยาบาล แบบทดแทนบางส่วนและสนับสนุนให้ความรู้ ขณะ ให้การพยาบาลมีการสอดแทรกความรู้ และฝึก ผู้ปกครองให้ปฏิบัติจริง การดูแลผู้ป่วยให้ความรู้ เรื่องโรค แผนการรักษาพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล และต่อเนื่องที่บ้าน

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัย แรกเริ่มเป็นไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever) ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการ ดำเนินของโรคทั้ง 3 ระยะ จากอาการสำคัญที่ ตรวจพบระยะแรก คือมีไข้สูงมา 5 วัน เบื่ออาหาร

ผลการตรวจ Tourniquet test positive ต่อมา ไข้ลงพยาบาลได้เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินอาการภาวะช็อกได้ มีการรั่วของ พลาสมา (Hct เพิ่มขึ้นจาก 39% เป็น 48 %) Pulse pressure แคบ ชีพจรเบาเร็ว มีภาวะการฉีกขาดของ เลือดเกิด Hypovolemic shock สัญญาณชีพ เปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ เพื่อแก้ภาวะช็อก โดยการให้สารน้ำ ปรับชนิดและปริมาณสารน้ำ ตามการดำเนินของโรค ความดันโลหิตและผล Hematocrit จนอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะ Profound shock พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ปอดขวาในระยะ พักฟื้นและให้ยา Lasix ตามแผนการรักษา เพื่อขับ น้ำออกจากร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ ช็อกและภาวะน้ำเกิน

โรคไข้เลือดออกไม่มีการรักษาเฉพาะ รักษา เพียงประคับประคองอย่างใกล้ชิด โดยเฝ้าระวัง ภาวะช็อก และเลือดออก โดยการให้สารน้ำที่ เหมาะสม ก็จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงต่ำกว่า ร้อยละ 1 ส่วนวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก กำลังอยู่ ในขั้นพัฒนา คาดว่าจะสำเร็จและได้ใช้ในอนาคตอัน ใกล้นี้ วิธีป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือ การควบคุมการแพร่กระจายของยุงลาย

สรุป

โรคไข้เลือดออกช็อก มีพยาธิสภาพที่แตกต่าง ไปจากช็อกทั่วไป เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจ เสียชีวิต หลังแก้ไขช็อกได้แล้วยังเกิดพยาธิสภาพ แทรกซ้อนทุกระบบของร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤต รุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ ดังนั้นบุคลากรในทีมต้องมี คักยภาพ มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแล ผู้ป่วยไข้เลือดออก จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ranjit S, Kission N, Jayakumar I. Aggressive management of dengue shock syndrome may decrease mortality rate : A suggest protocol. *Pediatric Critical Care Medicine* 2006;6:4.
2. สมบุญ เสนาะเสียง. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก. นนทบุรี: สำนักงานระบาดวิทยา ; 2551
3. วิไลพร สาศิริ. สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก. รัตนบุรี:กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิ; 2555.
4. Kittikul L, Pitakarnjanakul P, Sujirarat D, & Siripanichgon K. The difference of clinical manifestaions and laboratory findings in children and adults with dengue virus infection. *Journal of Clinical Virology* 2007;39:76-81.
5. กัลยา นาคเพชร, สมpong ไหว้พรหม, กรณชนก บุญธรรมจินดา. มาตรฐานพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2533.
6. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก. การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ชอนแก่น: ศรีออฟเซ็ท; 2546.
7. ประการแก้ว ประพฤติถ้อย. การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: โครงการส่งเสริมการตำรา สำนักวิชาการมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2553.
8. ปราณี ทุไพบระ. คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 8 . กรุงเทพฯ:เอ็น พี เพส; 2550.
9. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา. การพยาบาลเด็กเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2550.
10. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสงโมโนยพงศ์. คู่มือการตรวจผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์;2550
11. รุจา ภูไพบูลย์. แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก.กรุงเทพฯ :นิติบรรณาการ; 2541
12. Wong DL, Hess CS. Clinical manual of pediatric nursing. Philadelphia : Mosby ;2000.
13. กรรณิกา ลวณะสกล. ผลของการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนโรคไข้เลือดออกในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ ;จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
14. พูนสุข บุญสงวน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของมารดาเด็กในจังหวัดเพชรบูรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล;2545.
15. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :วี.เจ.พรินต์; 2544.