

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

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

Hospital.

ศิริณี ลือทองจักร¹

Siranee Luethongjak

(Received: January 17 ,2019 ; Accepted: March 15 ,2019)

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีและมีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการไข้สูง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ Pulse Pressure แคบ ระบบไหลเวียนล้มเหลว แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue shock syndrome (DSS) ให้การรักษา โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด FFP Transfusion และส่วนประกอบของเลือด การตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ค่า CBC ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

ผลลัพธ์: โรคไข้เลือดออกเด็งกีที่มีภาวะช็อกในเด็ก หากได้รับการวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลผู้มีใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การดำเนินของโรคระยะต่างๆ ที่สำคัญคือ ระยะช็อก โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสังเกต การประเมินอาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงการจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก

ABSTRACT

Case study : In our study, we compare in 2 cases of Dengue Hemorrhagic Fever with shock. Both of them were admitted with high fever, pulse rate irregular, blood pressure dropped, sweating, restless and blood circulation failure. The diagnostic is Dengue Shock Syndrome and there were treated viral standard of care. In nursing care we use Gordon's function Health Pattern to assess. The nursing diagnosis are same in both cases. The different diagnosis are bleeding tendency and electrolyte status. After stay sometimes in hospital both of them got better and were discharged.

Results : Dengue Hemorrhagic Fever in pediatric need early detection and early treatment to reduce mortality rate. Nurses who care for the patients have to learn and make decision to care, skill of care is important especially nurse must know what is the patients and their family need.

Keyword : Nursing care, Dengue Hemorrhagic Fever.

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า 60 ปี โดยพบการระบาดในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 และมีการระบาดทั่วไปในทวีปเอเชีย อาการสำคัญของโรคไข้เลือดออกเด็งกีคือ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงลอยตลอดเวลา ชีพจรเบาเร็ว หน้าแดง ตาแดง ปวดศีรษะปวดเมื่อยตามตัว กระจายน้ำ มักมีอาการเบื่ออาหารและอาเจียนร่วม

ด้วยระยะที่สำคัญและอันตรายที่สุด คือในช่วงที่ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ถ้าให้การรักษาล่าช้า ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ (profound shock) ผู้ป่วยจะมีรอบปากเขียว ผิวสีม่วง จับชีพจรไม่ได้และวัดความดันไม่ได้ ความรู้สึกละเลยไป หรือมีเลือดออกอย่างรุนแรง และจะเสียชีวิต ภายในระยะเวลา 12-24 ชั่วโมง โรคไข้เลือดออกเด็งกีเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้อง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและให้การรักษาย่างถูกต้อง เหมาะสม การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะช็อก

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) เป็น single stranded RNA ไวรัส อยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4) โดยมีพาหะนำโรค คือยุงลาย (*Aedes aegypti*) เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเดงกีในระยะที่เริ่มมีไข้ สามารถตรวจพบไวรัสในกระแสเลือดได้จากนั้นร่างกายจะกำจัดเชื้ออย่างรวดเร็ว จนเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤตจะไม่สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสหลงเหลือในเลือดแล้วและไข้ลดลง อาจกล่าวได้ว่าภาวะวิกฤต เป็นผลพวงของขบวนการที่ร่างกายกำจัดเชื้อไวรัสโดยอาศัยกระบวนการต่างๆ เช่น การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ การกระตุ้น T-cell ให้หลั่ง proinflammatory cytokines ต่างๆ ส่งผลให้เกิดการรั่วจากเส้นเลือดฝอย (increased capillary permeability) และเกิดอาการต่างๆ ของการพร่องสารน้ำในกระแสเลือดตามมา

การติดเชื้อไวรัสเดงกี ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการโดยพบการติดเชื้อที่ไม่มีอาการถึงร้อยละ 90 ส่วนผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีอาการ สามารถจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค ดังนี้⁷ 1) ไข้บอซาเหตุไม่ได้ (Undifferentiated fever หรือ viral syndrome) 2) ไข้เดงกี (Dengue Fever) 3) โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF)

การดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะไข้ (Acute Febrile stage) ผู้ป่วยทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน

ระยะที่ 2. ระยะวิกฤติ (Critical stage) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา ซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี โดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง

ระยะที่ 3. ระยะฟื้นตัว (Convalescent Stage) ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็วจะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน

โรคไข้เลือดออกเดงกี ในการวินิจฉัยโรค ในระยะแรกมีความสำคัญมาก เพราะการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสมา จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะช็อกและการสูญเสียชีวิต จากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกเดงกี มีรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อก โดยใช้อาการทางคลินิก 4 ประการ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 2 ประการ ดังนี้⁷

อาการทางคลินิก 1) ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน 2) อาการเลือดออกอย่างน้อยมี tourniquet test positive ร่วมกับอาการเลือดออกอื่น เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด 3) ตับโต 4) ภาวะช็อก

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 1) เกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์/ลบ.มม. 2) Hct. เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 หรือมากกว่า

ด้านการรักษาพยาบาล ขณะนี้ยังไม่มียาเฉพาะในการรักษาต้านไวรัสเดงกี การรักษาแบบตามอาการและประคับประคองโดยการแก้ไขชดเชยการรั่วของพลาสมา และ/หรือเลือดที่ออก สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษายาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง ที่มีการรั่วของพลาสมา ทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ต้องเข้าใจในบทบาทของตนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลงทุกระยะของโรค การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ในช่วงสำคัญที่สุด คือช่วงระยะที่ไข้ลดลงอย่างเฉียบพลัน เข้าสู่ระยะช็อก พยาบาลจะต้องมีทักษะในการ

ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม

จากข้อมูลมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปี 2560 - 2562 มีจำนวน 116 ราย, 135 ราย และ 309 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ 3 และระดับ 4 (Dengue shock syndrome) จำนวน 11 ราย, 18 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ ในปี 2560 ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ปี 2561 เสียชีวิต 1 รายและปี 2562 เสียชีวิต 1 ราย ตามลำดับ¹⁰ แสดงให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกเด็งก็ยังมีการระบาดตลอดมา ในบางช่วงปีอัตราป่วยและอัตราตายลดลงและเพิ่มขึ้น ในบางปี ยังไม่สามารถที่จะจัดการให้ลดลงได้ ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเด็งก็ จำนวน 2 ราย ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงผู้ป่วยจำหน่าย โดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย ดังนี้

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 6 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 15 มิถุนายน 2562 ได้รับการวินิจฉัย Dengue Hemorrhagic Fever with volume overload with pleural Effusion with Hospital Acquired Pneumonia. รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 9 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 18 กรกฎาคม 2562 ได้รับการวินิจฉัย Dengue shock syndrome with Urinary Tract infection with Thalassemia

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมีไข้สูงก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน 1 วันก่อนมาไปรับการรักษาที่สถานอนามัยได้ขาดไข้ มารับประทาน ต่อมาไข้เริ่มลดลง 2 วัน มารดาจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกวันที่หอผู้ป่วยเด็กโต ผู้ป่วย ไม่มีไข้ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำ Tourniquet test ได้ผลบวก (positive) ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 54%

แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 150 ml/hr.

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้สูงก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานยาลดไข้แต่ไข้ไม่ลด เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย มารดาจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกวันที่ หอผู้ป่วยเด็กโต ผู้ป่วย มีไข้สูง 40 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 70/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย ชิด ทำ Tourniquet test ได้ผลลบ (negative) ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 15.9% แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/NSS/2 1000 ml. iv drip 70 ml/hr.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
Hemoglobin	18.7 g/dl สูง	4 g/dl ต่ำ
Hematocrit	54 % สูง	15.9 % ต่ำ
Platelet	32,000cell/mm3 ต่ำ	81,000 cell/mm3 ต่ำ
Dengue Ns1 Ag	-	positive
Tourniquet test	positive	Negative
Potassium (K)	4.11 mmol/l ปกติ	2.65 mmol/l ต่ำ

แผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกเริ่มผู้ป่วย รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยอ่อนเพลียมาก หายใจหอบเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ให้ On O2 mask c bag 10 LPM แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 150 ml/hr. ตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct.) ได้ 54% เปลี่ยนสารน้ำให้เป็น Dextan 150 ml/hr iv drip ให้ครบ 900 ml. วัดค่าเข้มข้นของเลือด (Hct.) พบว่าลดลงเป็น 43% จึงเปลี่ยนเป็น Voluven 160 ml/hr iv drip เมื่อครบ 900 ml. เปลี่ยนชนิดสารน้ำให้เป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 210 ml/hr. และปรับลดระดับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct.) จนความเข้มข้นของเลือดเข้าสู่ระดับปกติ จึงหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีเลือดออกทาง

กระเพาะอาหาร มีอาเจียนเป็นเลือดเก่าๆ แพทย์สั่งการรักษาโดยให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารทั้งทางหลอดเลือดดำและรับประทาน โดยให้เป็น Losec 40 mg v. OD และให้ยา Alum milk 30 ml oral tid pc. ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัดท้อง มี Ascitis ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด พบมี Right pleural Effusion คลำตับพบว่าตับโต 2FB กดเจ็บได้ชายโครงขวา ผลตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) พบเชื้อ Salmonella serogroup C (MDR) แพทย์สั่งการรักษาโดยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็น Ceftazidime 1 gm.iv. ทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 5 วัน จากนั้นเปลี่ยนเป็นยา Ciprofloxacin (250mg) 1 tab oral bid pc ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อยและแน่นท้อง แพทย์จึงให้ยาขับปัสสาวะ เป็น Lasix 10 mg.iv OD x 7 วัน หลังได้รับยาขับปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะอยู่ในปริมาณปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ และรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Thalassemia แกร็บ ผู้ป่วยซีด มีไข้สูงตลอด เหนื่อยอ่อนเพลียมาก มีความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct.) ต่ำ 15.9 vol% แพทย์ให้ LPB 1 Unit .iv. in 3 hr. หลังให้เลือดและให้ O₂ Canular 3 LPM ผู้ป่วยมีไข้สูงตลอด แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้การรักษาโดย Ceftriaxone 750 gm.iv. ทุก 12 ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ ชีพจรเบาเร็ว Pulse pressure แคบ แพทย์สั่งการรักษาโดยให้เป็น 0.9% NaCl 10 ml/ kg. ภายใน 20 นาที และต่อมาความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit:Hct.) เพิ่มขึ้นเป็น 34vol% แพทย์วินิจฉัยว่า

เป็น Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 220 ml/hr. และผลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า โปแตสเซียมในเลือดต่ำ 2.65 mmol/l แพทย์ให้ Kcl 20 mEq ผสมใน 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 75 ml/hr. และให้ E.Kcl 30 ml. รับประทานทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะเป็นสีน้ำโค้ก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น และตรวจพบค่าเม็ดเลือดขาว (WBC) ในปัสสาวะ 10-20 cell/HPF แพทย์ได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Cloxacillin 375 mg.iv. ทุก 6 ชั่วโมง และ Ceftazidime 1 gm.iv. ทุก 8 ชั่วโมง และย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Pediatric Intensive Care Unit : PICU) เพื่อเฝ้าระวังเกี่ยวกับระบบการหายใจล้มเหลว ภายหลัง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจหอบลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น จึงย้ายผู้ป่วยกลับมาตึกเด็กโต เพื่อให้ยาปฏิชีวนะให้ครบและจำหน่ายกลับบ้านได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤตหรือช็อก และระยะฟื้นตัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
ระยะไข้	1. ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus)	1. ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) น้ำผลไม้ น้ำผสมผงเกลือแร่บ่อยๆ	- วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ - การดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วย เมื่อมีไข้ 38 องศาเซลเซียส ประเมินไข้หลังการเช็ดตัวลดไข้ - กรณีผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ ได้แก่ ยาพาราเซตามอล (paracetamol 10mg/kg/dose) โดยให้ทุก 4-6 ชั่วโมง - ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
	2.ไม่สุขสบาย เนื่องจาก มีไข้ปวดท้อง 3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกลัวและวิตกกังวล	2.ไม่สุขสบาย เนื่องจาก มีไข้ปวดท้อง 3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกลัวและวิตกกังวล 4.เสี่ยงต่อเชื้อเชื้อขาดออกซิเจน เนื่องจาก ซีดมาก เม็ดเลือดแดงแตก 5.มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้ น้ำผสมผงเกลือแร่บ่อยๆ - การประเมินลักษณะของการปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาและความรุนแรงของการปวด - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อย - ดูแลให้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา - รายงานแพทย์ทราบทันทีถ้าผู้ป่วยปวดมาก - การประเมินสีหน้าท่าทาง การรับรู้เกี่ยวกับ โรคของผู้ป่วยและครอบครัว - สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคแผนการรักษาหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - ประสานกับแพทย์ผู้ดูแลในการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาให้เข้าใจ ตลอดจนรับฟังและแสดงความกระตือรือร้น เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัยที่ต้องการปรึกษา - ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจน - ประเมินการหายใจ อาการเหนื่อยหอบ ถ้าหายใจหอบมาก ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา - ติดตาม และดูแลให้ LPB ตามแผนการรักษา และประเมินอาการจนให้ - แนะนำผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การล้างมือ - แนะนำการดื่มน้ำบ่อยๆ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
ระยะวิกฤตหรือช็อก	4.มีภาวะhypovolemic shock เนื่องจากการสูญเสียพลาสมาออกนอกหลอดเลือด 5.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด	6.มีภาวะhypovolemic shock เนื่องจากการสูญเสียพลาสมาออกนอกหลอดเลือด 7.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด	- ประเมิน สังเกต ลักษณะของปัสสาวะ สีและปริมาณ - วัดสัญญาณชีพทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sings - ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยใช้เครื่อง Infusion pump - สังเกตอาการ อาการแสดงของการแพ้เลือดเช่น มีผื่นตามร่างกาย อาการแน่น หน้าอก หายใจไม่อึด - ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายให้สมดุล - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพิ่มขึ้นมากกว่า 10-20% ค่าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 cell/mm3 - วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด - ประเมินอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาการปวดท้อง แน่นอึดอัด ท้องตึงแข็ง มีจุดเลือดออก จ้ำเลือดตามร่างกาย

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
	6. เลี้ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากปอดติดเชื้อมีน้ำในช่องปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 7. มีภาวะน้ำเกิน จากการได้รับปริมาณน้ำมากเกินไป	8. มีภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ ในร่างกาย เนื่องจากภาวะช็อก (Electrolyte imbalance)	- ประเมิน Neuro signs เพื่อระวังภาวะเลือดออกในสมอง - ประเมินการรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยซึมลง ไม่ได้ตอบเพื่อ กระสับกระส่าย - ดูแลการให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง - ติดตามผลตรวจ CBC และ Hct. - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อย - ประเมินการหายใจและเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว - วัดค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (Spo2) ค่ากว่า 95% ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษา - การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยใช้เครื่อง Infusion pump - การประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 2 ชั่วโมง - ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา - ประเมินอาการหายใจ หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย บวม - สังเกต การประเมินอาการ เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิดง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง - ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา - แนะนำผู้ป่วยและมารดาในการดูแลรับประทานอาหาร - ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 2 ชั่วโมง
ระยะฟื้นตัว	8. เลี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 9. มารดาต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	9. เลี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 10. มารดาต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	- ประเมินภาวะขาดสารอาหาร - ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ - แนะนำผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของช่องปากและฟัน จะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร --- ชั่งน้ำหนักทุกวัน - เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดย การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเด็กหญิงได้รับการวินิจฉัยว่ามี การติดเชื้อในร่างกายนี้ออกเอดส์และมีภาวะช็อก พบ ปัญหา คือ มีไข้สูง มีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมา ความเข้มข้นของเลือด (Hct.) สูงมาก 54 vol% เกล็ดเลือดต่ำ มีภาวะน้ำเกิน พบ Right Pleural Effusion มี Ascitis

ผู้ป่วยมีปวดท้องแน่นอึดอัดท้อง คลำตบพบตับโต ได้รับการรักษาให้ Hydration ให้ FFP transfusions ให้ยาขับปัสสาวะ และให้ยาปฏิชีวนะ ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีไข้ อาการแน่นท้องน้อยลง เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น และค่าความเข้มข้น

ของเลือด (Hct.) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเด็กหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกและมีภาวะช็อก พบปัญหา คือ มีไข้ ซีดมาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรค Thalassemia ได้รับเลือดอาการดีขึ้น แต่ยังมีไข้สูง มีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเร็วมาก มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกและมีภาวะช็อก ภาวะน้ำเกิน มีอาการปวดแน่นท้องอึดอัด คลำตบพบว่ามึตบโด ได้รับการรักษาให้ Hydration ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะน้ำเกิน อาการปวดแน่นท้องลดลง เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นของเลือดปกติ และค่าเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

โดยก่อนกลับบ้านบิดามารดาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมีความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลบุตรต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเด็กชาย 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกแดงก่ำและมีภาวะช็อก ซึ่งโรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อกได้รวดเร็ว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การรักษาโรคไข้เลือดออก ความสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยให้ได้อย่างรวดเร็ว มีการติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงไข้ลด ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้ง การวินิจฉัยโรคอาศัยอาการทางคลินิก และการ

ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเป็นสำคัญ การติดเชื้อร่วม (Co-Infection) อาจทำให้อาการทางคลินิก ลักษณะของโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย มีความแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเดงกีทั่วไป อาจทำให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด (ความสำคัญของโรค คือ มีการรั่วของพลาสมาและมีการเปลี่ยนแปลงระบบโลหิต ใต้ แต่ Vascuopathy Coagulopathy และ Thombocytopenia) ปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเกิดจากมีภาวะช็อกนาน มีเลือดออกมาก มีภาวะน้ำเกิน และมีอาการแปลกไปจากปกติ ซึ่งมักจะพบปัญหาเหล่านี้ร่วมกันในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต สาเหตุส่วนมากที่ทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ มาจากความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค การประเมินเพื่อตรวจจับภาวะช็อกล่าช้า รวมถึงการดูแลรักษาเบื้องต้นไม่ได้ตามมาตรฐาน การรักษาเป็นเพียงการประคับประคองตามอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจส่งผลต่อการเสียชีวิต แม้ว่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตค่อนข้างสูง แต่ถ้าแพทย์ผู้ให้การรักษา สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ให้การรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่วะยะแรก ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การพยาบาลที่ดี การติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น จะช่วยลดความรุนแรง ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงน้อยลง และมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตาม และรายงานอาการเปลี่ยนแปลง จะช่วยแก้ไขได้ทันที่ก่อนที่จะเกิด Respiratory Failure และควรมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุม และญาติได้รับการดูแล นอกจากนี้แล้วต้องส่งต่อหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อดำเนินการในการควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกแดงก่ำ

เอกสารอ้างอิง

ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, ช็อก. ใน สุจินดา ริมศรีทอง; สุภาพรณ ธีญจิรา; อรุณศรี เดชสงฆ์,บรรณาธิการ. พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพานิชย์ จำกัด, 2550 หน้า 121-151.

ปัญญางค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, ศรีสมบุญ มุกสิกสุนนท์, บรรณาธิการ.ตำราการพยาบาลเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ : หจก.ฟรี-วัน, 2550

รุจา ภูไพบูลย์. การวางแผนการพยาบาลเด็กสุขภาพดีและเด็กป่วย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธรรมสภา2556.

วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์.การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา.วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม2558;12(3) :124-35.

วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์. 2553.

วีระชัย วัฒนวิระเดช, ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์, พิรงกูร เกติพาณิชย์, ทวี โชติพิยสุนนท์, บรรณาธิการ.Update on pediatric infectious diseases 2014. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย; 2557.

ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรุธ, มุกดา หวังวีรวงศ์, วาภูมิ วัชรเสวี,บรรณาธิการ.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงกึ่งบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนิ.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ:สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 25560

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.วิธีป้องกันไข้เลือดออก.คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 24 มกราคม 2561.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป.พจนานุกรมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.2552.

สถิตโรดโรดไข้เลือดออก. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2562