

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก Nurses' role in caring for dengue hemorrhagic fever in children

วาริณีย์ แสนยศ* วณิดา ยืนยง** และนวรรตน์ กล้าทองกุล**

Vatinee Sanyod,* Wanida Yuenyong,** and Nawarat Klamtongkool**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

**โรงพยาบาลราชบุรี

*Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

**Ratchaburi Hospital

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก โรคนี้เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มียุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โรคไข้เลือดออกประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะไข้สูง ระยะวิกฤตหรือช็อค และระยะฟื้นตัว การประเมินสภาพ และการดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต บทความนี้มุ่งนำเสนออาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลในแต่ละระยะของโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, โรคไข้เลือดออก, เด็ก

Abstract

Dengue hemorrhagic fever is a global public health problem. It is a viral infectious disease by Aedes aegypti mosquito as a carrier of disease that causes illness. Dengue hemorrhagic fever consists of three stages including high fever, critical or shock and recovery stages. The assessment and caring for pediatric patients are important in helping them to overcome this crisis. This article aims to present signs, symptoms, diagnosis, treatment and nursing care in each stage of dengue hemorrhagic fever.

Keywords: Nurse Role, Dengue Hemorrhagic Fever, Children

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)) เป็นโรคติดต่อไวรัสเดงกีที่มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก โดยเฉพาะแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2017-2019 พบผู้ติดเชื้อจาก 1,512,189 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 2,900,455 ราย ในจำนวนผู้ติดเชื้อพบว่าการเสียชีวิตจาก 2,216 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 3,400 ราย (WHO, 2019) โดยพบมากที่สุดทวีปแอฟริกา รองลงมา ได้แก่ เอเชียและยุโรปตามลำดับ ในประเทศไทยจากการรายงานใน พ.ศ. 2562 พบผู้ติดเชื้อ 131,157 ราย และเสียชีวิตจำนวน 142 ราย ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 5-14 ปี มีอัตราการป่วยสูงสุดคือ 47,583 ราย เสียชีวิต 46 ราย รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี จำนวน 30,437 ราย เสียชีวิต 30 ราย จังหวัดราชบุรีมี 10 อำเภอ เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง 9 อำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข กองโรคติดต่ออันตราย, 2563) จากงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี ปี 2562 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมจำนวน 2,027 ราย (239.19% ต่อประชากรแสนราย) ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไม่เกินร้อยละ 50 ต่อประชากรแสนราย มีผู้เสียชีวิต 5 ราย โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี และ 15-24 ปี ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2563)

โรคไข้เลือดออกมีอาการและอาการแสดงใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะไข้สูง ระยะวิกฤตหรือช็อค และระยะฟื้นตัว เด็กป่วยบางรายอาจเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตได้ในที่สุด จึงถือได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องประเมินสภาพและให้การรักษาทันทีอย่างรวดเร็วเพื่อให้เด็กป่วยปลอดภัย (วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558) พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค บทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือด ออกเพื่อให้การช่วยเหลือ

ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และให้การพยาบาลครอบคลุมได้อย่างเหมาะสม

อาการและอาการแสดงของไข้เลือดออก

อาการของไข้เลือดออกในระยะเริ่มแรกจะปรากฏอาการไม่ค่อยเด่นชัด ประมาณ ร้อยละ 90 ไม่มีอาการที่ชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก (โรส ภักดีโต, จุไร อภัยจิรรัตน์, และพัชมน อันโต, 2560; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุภาวดี พวงสมบัติ, 2558) สามารถแบ่งระยะของโรคตามอาการ (sign) อาการแสดง (symptom) และการดำเนินของโรค เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไข้สูงเฉียบพลัน (acute febrile stage) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีไข้สูงลอย 2-7 วัน อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38.9-40.6 °C บางรายอาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมักมีหน้าแดง อาจตรวจพบคอแดง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาจมีปวดท้องทั่ว ๆ หรือปวดบริเวณชายโครงขวา ในรายที่มีตับโต ในวันที่ 3-4 ของการมีไข้จะพบจุดเลือดออกตามผิวหนัง ตรวจจุดเลือดออกได้ผิวหนังได้โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบธรรมดาให้ผลบวก (tourniquet test) หรือเลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดกำเดาไหล (โรส ภักดีโต และคณะ, 2560; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุภาวดี พวงสมบัติ, 2558) อาการที่พบได้มากที่สุด คือ ไข้ อาเจียน ปวดศีรษะ และไอ (ปัจฉิมา หลอมประโคน, 2559)

2. ระยะวิกฤตหรือช็อค (critical stage) การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น มีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดจำนวนมากและต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่ การรั่วของพลาสมาจะเกิดขึ้นประมาณ 24-48 ชั่วโมง โดยมีความเข้มข้นของเลือด (hematocrit [Hct]) เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ระดับอัลบูมินและโปรตีนในเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว ความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้ค่า pulse pressure แคบกว่า 20 mm Hg การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill) มากกว่า

2 วินาที มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ไอมีเสมหะเป็นฟองหรือมีเลือดปน มีน้ำในช่องท้อง มีเกล็ดเลือด (platelet) ต่ำ (Sellahewa, 2013; โรส ภัคดิโต, และคณะ, 2560) การที่ร่างกายมีพลาสมารั่วทำให้อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง จึงลดลงอย่างรวดเร็ว ระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลาอันตรายของผู้ป่วยที่ต้องดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด (อรุณณี วงศ์บัณฑิต, ชัชวาล วงศ์สารี, และอาภรณ์ ศรีชัย, 2561) ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลง และเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อค หากได้รับการรักษาทันที่และถูกต้อง ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว (ปัจฉิมา หลอมประโคน, 2559)

3. ระยะฟื้นตัว (convalescent stage) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลา 2-3 วัน ผู้ป่วยอยากอาหารเพิ่มขึ้น ตรวจพบความดันโลหิตปกติ ชีพจรเต้นช้าลงและแรงขึ้น ค่า Hct ลดลงมากที่ จำนวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น (diuresis) ในระยะนี้ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด จากได้รับสารน้ำจำนวนมากและรวดเร็วเกินกว่าเด็กจะขับออกได้ทันในระยะช็อค ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุการตายของเด็กในระยะนี้ อาจตรวจพบผื่นที่มีลักษณะเป็นวงกลมเล็ก ๆ สีขาวท่ามกลางผื่นสีแดงตามร่างกาย และมีอาการคันร่วมด้วย (โรส ภัคดิโต, และคณะ, 2560)

การดูแลรักษา

1. ระยะใช้สูงเฉียบพลัน บางรายอาจมีการชักได้ ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชักหรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ ควรใช้ยากลุ่มพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพรินเพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน ที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye syndrome ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หรือน้ำเกลือแร่ แทนน้ำเปล่า ควรดื่บประทานอาหารหรือน้ำที่มีสีสดและดำ กรณีที่ยังพอดื่มน้ำได้และไม่มีอาการแสดงของ

ภาวะขาดน้ำ ไม่จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจดูปริมาณและติดตามการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือด และ Hct เป็นระยะ อาจให้ 5% D/NSS และเพิ่ม 5% Ringer acetate ประมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit และต้องมีการปรับลดจำนวนและความเร็วของปริมาณสารน้ำตามค่า Hct ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และสุภาวดี พวงสมบัติ, 2558)

2. ระยะช็อค เน้นการให้สารน้ำทดแทนแก่ผู้ป่วยจากการสูญเสียพลาสมาของระบบไหลเวียน ในรายที่ไข้ลดแต่ไม่มีภาวะช็อคจะตรวจพบ Hct เพิ่มมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 จากเดิม แพทย์จะพิจารณาให้ 5% D/NSS หรือเพิ่ม 5% Ringer acetate ประมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยพิจารณาปริมาณของสารน้ำตามการรั่วของพลาสมาซึ่งดูจาก Hct สัญญาณชีพและปริมาณของปัสสาวะ (urine output > 0.5 ml/kg/hr.) และค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ การปรับลดอัตราการไหลและปริมาณของสารน้ำทางหลอดเลือดดำจะพิจารณาตามค่า Hct ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคหรือเลือดออก แพทย์ต้องให้การรักษาดูแลด้วยสารน้ำพลาสมา หรือสาร colloid (Dextran-40) ให้สารน้ำเป็น isotonic salt solution เช่น 5% DRAcetate 10 ml/kg/hr. ในรายที่ช็อค หรือให้ 0.9% NSS 10-20 ml/kg เป็น bolus ในรายที่ไม่สามารถวัดความดันโลหิตได้ (profound shock) (จริยา ปะริยณู, 2563; วารุณี วัชรเสวี, รศนา วลีรัตนภา, รุ่งนา ธานบุญ, และปิยะดา หะมณี, 2557; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, และวารุณี วัชรเสวี, 2559; อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561)

3. ระยะฟื้นตัว ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นชัดเจน การดูแลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การป้องกันภาวะน้ำเกิน ควรปรับลดอัตราการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามอัตราของการรั่วของพลาสมาซึ่งภาวะน้ำเกินอาจพบอาการต่าง ๆ ได้แก่ อาการบวม หายใจลำบาก เสียปอด

พบ crepitation ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และชีพจรเบา เร็ว เป็นต้น (จริยา ประยัญ, 2563; วารุณี วัชรเสวี, และคณะ, 2557; ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และคณะ, 2559; อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ไข้เลือดออก

1. การพยาบาลในระยะไข้สูงเฉียบพลัน

1.1 ติดตามประเมินภาวะไข้ โดยวัดอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยเมื่อมีอุณหภูมิร่างกาย $37.5-38^{\circ}\text{C}$ ผู้ป่วยที่มีไข้สูง $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ (รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนามัยญา ไทยสูง, 2562; อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561) แนะนำญาติในการดูแลเด็ก มีไข้ที่บ้าน ดังนี้ 1) เช็ดตัวลดไข้ ด้วยน้ำในอุณหภูมิห้อง นาน 15-20 นาที ระวังไม่ให้เด็กหนาวสั่นจะเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน หลอดเลือดหดตัวไม่สามารถระบายความร้อนได้ 2) ให้เด็กสวมเสื้อผ้าบาง ๆ ช่วยระบายความร้อน 3) ไม่รบกวนเด็กเกินไปให้ได้พักผ่อนเพื่อลดการเผาผลาญพลังงาน 4) ไม่ลดอุณหภูมิร่างกายอย่างรวดเร็ว เช่น การเปิดพัดลม จะทำให้หนาวสั่น 5) หากเด็กมีไข้สูง (อุณหภูมิร่างกาย $\geq 38^{\circ}\text{C}$) ให้ยาลดไข้ตามที่แพทย์สั่งไว้ 6) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย สับสน ร้องกวน ชัก เป็นต้น ให้รีบพบแพทย์ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (จักรกฤษ ปิจดี, มณฑนาวิธ เมธาพัฒนา และณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์, 2564)

1.2 ประเมินภาวะขาดน้ำ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผสมผงเกลือแร่ (3-5 cc/kg/hr.) เพื่อชดเชยปริมาณพลาสมาที่รั่วออกไป ไม่ควรให้ดื่มน้ำเปล่า อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ (รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; วิไลวรรณ

วิจิตรพันธ์, 2558)

1.3 ประเมินสัญญาณชีพ และดูแลการคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย ทุก 4 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ (กุลธินี บัวเฟื่อน, 2557; จริยา ประยัญ, 2563; อนามัยญา ไทยสูง, 2562)

1.4 ประเมินและดูแลภาวะเลือดออก เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น แนะนำให้งดรับประทานอาหาร/น้ำ ที่มีสีดำนี้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง แนะนำให้ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม หรือใช้บ้วนปากด้วยน้ำยาแล้วใช้ไหมขัดฟันสำหรับบริเวณซอกฟัน และโคนลิ้นแทน หากมีเลือดกำเดาไหลให้ผู้ป่วยนอนราบ ใช้กระดาษน้ำแข็งหรือผ้าเย็นวางบริเวณหน้าผากเพื่อให้เห็นเลือดหดตัว อาการเลือดออกจะน้อยลงหรือหยุดได้ ถ้ายังไม่หยุดต้องเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับกดห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (จริยา ประยัญ, 2563; รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; อนามัยญา ไทยสูง, 2562)

1.5 บันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง และค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 1.010 หรือ มากกว่า 1.020 ให้รีบรายงานแพทย์ (จริยา ประยัญ, 2563; รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561)

1.6 ประเมินลักษณะ บริเวณ ระยะเวลา และความรุนแรงของการปวด ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง แน่น อึดอัดท้อง จากต่อมเหลืองโต ตับโต มากกว่า 2 เซนติเมตร จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 35-40 องศา ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา (วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนามัยญา ไทยสูง, 2562)

1.7 แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ในรายที่มีคอแดงอักเสบ (วนิดา ตันตาปกุล, และสุชาตา วิภาวณต์, 2562; วารุณี วัชรเสวี, และคณะ, 2557)

1.8 ดูแลความสะอาดภายในช่องปากโดยการ

บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำเกลือ ในรายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ดูแลให้ได้รับอาหาร สารน้ำ และยาตามแผนการรักษา ติดตามอาการและอาการแสดงของการพร่องสมดุลของสารอาหาร สารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ เฝ้าระวังอาการผิดปกติของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติหวั่น ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ ภาวะคลอไรด์ในเลือดต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ อ่อนแรง กล้ามเนื้อหดเกร็ง และภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ ชาตามปลายมือปลายเท้า ชัก เป็นต้น ให้รับรายงานแพทย์ (อนัญญา ไทยสูง, 2562)

1.9 ติดตามเฝ้าระวัง และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของค่าเกล็ดเลือดซึ่งจะลดลงอย่างรวดเร็ว และค่า Hct (อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561)

1.10 ดูแลด้านจิตใจ ประเมินสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยและบิดา มารดาซึ่งมักมีความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ กระตือรือร้น และให้ข้อมูลที่จำเป็น (จริยา ปะริยณู, 2563; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนัญญา ไทยสูง, 2562; อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561)

2. การพยาบาลในระยะซื้อค

2.1 วัดสัญญาณชีพทุก 1/2-1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออก ดูแลให้สมดุล ให้สารน้ำ/เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังสังเกตอาการแสดงของการแพ้เลือด ในรายที่มีภาวะ hypovolemic shock (วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนัญญา ไทยสูง, 2562; อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561)

2.2 ประเมินและเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว เป็นต้น รวมทั้งติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) ให้อยู่มากกว่า 95% ในรายที่มีภาวะปอดติดเชื้อ (โรส ภัคดีโต, และคณะ, 2560;

วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558)

2.3 วัดสัญญาณชีพ ทุก 1/2-1 ชั่วโมง หากพบชีพจรเบาเร็ว หรือ pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำลง ระดับรู้สึกตัวลดลง หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือ ปลายเท้าซีดเขียว ตัวเย็น ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 95% ค่า Hct ลดลง รายงานแพทย์ทราบ และประเมินการคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย ทุก 15-30 นาที รวมทั้งภาวะพร่องออกซิเจนเพื่อดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (รุ่งวิภาสพร เอื้อวฤตยากร, และคณะ, 2561; อนัญญา ไทยสูง, 2562)

2.4 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดและยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่มีภาวะน้ำเกิน (กุลธินี บัวเผื่อน, 2557; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558)

2.5 ในรายที่มีภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย สังเกตบริเวณ ตำแหน่ง จำนวนและลักษณะของเลือดที่ออก วัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด ดูแลให้ได้รับเลือด ติดตามค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count [CBC]) และค่า Hct ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือน้อยกว่าตามแผนการรักษา กรณีมีเลือดออก แพทย์อาจให้ยาลดการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ถ้ามีเลือดออกเกิน ร้อยละ 10 ของเลือดในร่างกายต้องให้เลือด เกล็ดเลือดตามอาการที่สูญเสียการมีประจำเดือนมาก พิจารณาให้ยา Primolut-N เพื่อหยุดประจำเดือน (โรส ภัคดีโต, และคณะ, 2560; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนัญญา ไทยสูง, 2562; อรุณณี วงศ์บัณฑิต, และคณะ, 2561)

2.6 ในรายที่มีภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล (electrolyte imbalance) สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะนี้ เช่น ชีพจรเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นผิดปกติหวั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำ และอาหารตามแผนการรักษา (กุลธินี บัวเผื่อน, 2557;

วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558)

2.7 ประเมินปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายโดยเฉพาะปัสสาวะ หากการดำเนินของโรคไม่ดีขึ้น ควรประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำในหลอดเลือด ควรมีปริมาณปัสสาวะอย่างน้อย 0.5-1 ml/kg/hr. ติดตามค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะควรมีค่าระหว่าง 1.005-1.035 ตรวจ Hct วันละ 2 ครั้งหรือมากกว่า เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; โรส ภักดีโต, และคณะ, 2560; อนุญญา ไทยสูง, 2562)

2.8 ติดตามอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ไม่รับประทานอาหาร ซึม โยงวาย กระสับกระส่าย มีเลือดออกปลายมือปลายเท้าเย็น ตัวลาย หายใจหอบเหนื่อย อุจจาระสีดำ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr. ค่า Hct เพิ่มขึ้นหรือลดลง $\geq 3\%$ pulse pressure ≤ 20 mmHg. หากพบให้รีบรายงานแพทย์ (กุลธินี บัวเผื่อน, 2557; รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; อนุญญา ไทยสูง, 2562)

2.9 อธิบายให้ผู้ป่วยและบิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความจำเป็นที่ต้องเจาะเลือดบ่อยกว่าปกติ รับฟัง กระตือรือร้นเมื่อผู้ป่วยหรือบิดามารดามีข้อข้องใจที่ต้องการปรึกษา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและบิดามารดาได้ระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ (กุลธินี บัวเผื่อน, 2557; อนุญญา ไทยสูง, 2562)

3. การพยาบาลในระยะฟื้นตัว

3.1 บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จะพบความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรเต้นช้าและแรงขึ้น (กุลธินี บัวเผื่อน, 2557; รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561)

3.2 ระวังระดับภาวะน้ำเกิน หากพบชีพจรเต้นเร็วและแรง หายใจเร็ว/หายใจลำบาก ฟังปอดพบเสียงผิดปกติ เช่น เสียงที่เกิดขึ้นในหลอดลมและถุงลมที่มี

น้ำเสมหะ (Crepitation) บวมโดยเฉพาะบริเวณหน้าตา ท้องอืดแน่น กระสับกระส่าย ให้รายงานแพทย์ (โรส ภักดีโต, และคณะ, 2560)

3.3 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่า Hct จะลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าเกล็ดเลือด จะมากกว่า 50,000 เซลล์/ลบ.ซม. (รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; โรส ภักดีโต, และคณะ, 2560)

3.4 ปัสสาวะจะออกเพิ่มขึ้น ให้บันทึกสารน้ำเข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง หากพบปัสสาวะ มากกว่า 2 cc/kg/hr บางรายอาจมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก ร่วมด้วย ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาขับปัสสาวะ (กุลธินี บัวเผื่อน, 2557; รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; โรส ภักดีโต, และคณะ, 2560)

3.5 ผื่นคันจะหายไปเอง ถ้ามีอาการคัน แนะนำตัดเล็บให้สั้น และไม่ให้ใช้ไม้เกาอาจทำให้เกิดแผล ส่งผลให้เลือดออกง่ายและติดเชื้อได้ อาจให้ยาต้านฮีสตามีนเพื่อลดอาการคันตามแผนการรักษา (รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; โรส ภักดีโต, และคณะ, 2560; อนุญญา ไทยสูง, 2562)

3.6 ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ประเมินภาวะขาดสารอาหาร ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เมื่อผู้ป่วยเริ่มอยากรับประทานอาหารมากขึ้น แนะนำให้รับประทานอาหารได้ตามต้องการ หากไม่ยอมอาหารจากลำไส้เคลื่อนไหวลดลง หรือมีโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภายหลังที่ปัสสาวะออกมาก ควรแนะนำให้รับประทานผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง ดูแลความสะอาดปากและฟัน และซักรีดผ้าทุกวัน (วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558; อนุญญา ไทยสูง, 2562)

3.7 วางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติก่อนกลับบ้านโดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องโรค (disease) ยา (medicine) ข้อระวัง ผลข้างเคียง

และภาวะแทรกซ้อน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม (environment) การฝึกทักษะในการดูแลเด็ก การออกกำลังกาย (treatment) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (health) การมาตรวจตามนัดและการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ หรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านในกรณีฉุกเฉิน (out-patient referral) การเลือกอาหารอย่างถูกต้อง เหมาะสม กับโรค (Diet) (สุธีร์ ธรรมิกบวร, 2554) เน้นย้ำการป้องกันการถูกกระแทก งัดออกกำลังกาย หรือหกล้มเสี่ยงถอนฟัน ใน 1-2 สัปดาห์ (รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, และคณะ, 2561; วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์, 2558)

บทสรุป

โรคไข้เลือดออกในเด็กเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องประเมินสภาพและให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อให้เด็กป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งให้การพยาบาลครอบคลุมได้อย่างเหมาะสม นับเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลพึงตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในแต่ละระยะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเด็กป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กุลธินี บัวเผื่อน. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโพธารณบุรี จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 1(3), 88-97.
- กระทรวงสาธารณสุข กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง. (2563). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2563, from http://phanhospital.go.th/phanhospital/images/Disease%20situation/DHF_Wk18%2004282563.pdf
- จริยา ปะริยณ. (2563). การพยาบาลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยบรมราชชนนี สุรินทร์*, 10(1), 121-135.
- จักรกฤษ ปิชาติ, มณฑนาวดี เมธาพัฒนา, และณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 29-37.
- ปัจจิมา หลอมประโคน. (2559). ไข้เลือดออกที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (2556-2558). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(2), 85-97.
- รุ่งวิภาสพร เอี้ยวฤตยากร, ภาวิตา วิภวกันต์, อรกมล จิรจิประภา, ศรีสุดา เกษศรี, รณวิรัชอดวารี, และผกาทิพย์ ทองพลาย. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 32(2), 1105-1114.
- โรส ภักดีโต, จุไร อภัยจิรรัตน์, และพัชมน อันโต. (2560). โรคไข้เลือดออกแดงก้นในเด็ก: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 10(1), 55-65.
- วนิดา ตันตาปกุล, และสุชาดา วิภวกันต์. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารกระบี่เวชสาร*, 12(1), 29-40.
- วารุณี วัชรเสวี, รศนา วลีรัตนภา, รุ่งนภา ธนาบุญ, และปิยะดา หะมณี. (2557). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ฉบับ 60 ปี โรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย*.

- วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(3), 124-135.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, และสุภาวดี พวงสมบัติ. (2558). *คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, และวารุณี วัชรเสวี. (2559). *แนวการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกีฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชา*. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. (2563). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2562*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.rbpho.moph.go.th/doc-detail.php?catno=1&docno=360>
- สุธีร์ ธรรมิกบวร. (2554). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การปรับกระบวนทัศน์*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- อนัญญา ไทยสูง. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกช็อค. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 4(1), 30-43.
- อรุณณี วงศ์บัณฑิต, ชัชวาล วงศ์สารี, และอาภรณ์ ศรีชัย. (2561). ความเหมือนที่แตกต่างในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก: วัยเด็กและวัยผู้ใหญ่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(3), 124-132.
- Sellahewa, K. H. (2013). *Review article pathogenesis of dengue hemorrhagic fever and its impact on case management*. *ISRN Infectious Diseases*. Retrieved October 10, 2020, from <http://dx.doi.org/10.5402/2013/571646>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Dengue and dengue hemorrhagic fever (DHF)*. Retrieved October 10, 2020, from <https://www.who.int/news/item/14-11-2019-strong-country-capacity-improved-tools-and-community-engagement-critical-to-enhancing-dengue-prevention-and-control>