

การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็งกีที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษา

บัวไข เกื่อนทนนท์

Nursing Care for Patients with Dengue Shock Syndrome: A Case Study

Buakhai Thuentanon¹¹กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบางพลี¹Pediatric Department, Bangplee Hospital

บทคัดย่อ

ไข้เลือดออกเด็งกี เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยโดยมีผู้เสียชีวิตเป็นพาหะนำโรค และพบมากในช่วงฤดูฝน พบการระบาดสูงขึ้นในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 และอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น พบได้ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กโตอายุ 5-14 ปี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตและมีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมา หากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนเสียชีวิตได้ ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย กรณีศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางพลี แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤต ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตหลายด้านทั้งภาวะ Hypovolemic shock การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย และมีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรค ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ความรวดเร็วในการรายงานแพทย์ การดูแลให้สารน้ำอย่างเคร่งครัด รวมถึงการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จนผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้ โดยตระหนักถึงการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, ภาวะช็อก, การพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

The problem of dengue hemorrhagic fever is a major public health concern in Thailand. The disease is a mosquito-borne illness. The rate of infection is typically high in the rainy season. The mortality rate in 2023 is greater than in 2022. Dengue hemorrhagic fever affects individuals of all ages, with children aged 5-14 particularly at risk. The purposes of this study are to identify the progress of the disease and monitor significant changes in symptoms in the critical phase. This study featured a patient who experienced hypovolemic shock from plasma leakage, a complication that can be life-threatening. The patients can be aided in recovering from the critical phase by accurate and prompt application of the nursing process in assessment, diagnosis, nursing care plans, and nursing outcomes.

In this case study, the patient had been treated in the pediatric inpatient department of Bangplee Hospital. Dengue hemorrhagic fever was diagnosed by the physician. In the critical phase, the patient had hypovolemic shock, coagulopathy, electrolyte imbalance, and plasma leakage as indicated by the presence of pleural fluid. Because of the severity of the disease, the fatality rate increased. Thus, nurses have an important role in close observation of changing symptoms, prompt reporting to the doctor, stringent monitoring of intravenous fluid management, and providing information on medical treatment. These are extremely important and help patients and their families reduce their anxieties and collaborate with medical treatment until the patient fully recovers from the crisis. Holistic care should be provided including physical, psychological, emotional, and social dimensions.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, shock, nursing care

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อมาโดยแมลงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปี 2566 จนถึงปัจจุบัน (16 สิงหาคม 2566) พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแล้วรวม 65,552 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 99.05 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละกว่า 5,000 ราย ยังมีผู้ป่วยมากก็ยังมีผู้เสียชีวิตมาก ถึงขณะนี้ผู้เสียชีวิตจากโรคนี้แล้ว 58 ราย¹ จำนวนผู้ป่วยในปี 2566 มากกว่าปี 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 3 เท่า และกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 5-14 ปี² โรคไข้เลือดออก แพร่จากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งได้โดยมียุงลายเป็นพาหะ โดยยุงลายจะออกหากินในเวลากลางวัน ซึ่งจะพบอยู่ในบ้านและบริเวณรอบบ้านรัศมีการบินไม่เกิน 50 เมตร และยุงลายสามารถทนต่อความแห้งแล้งได้นาน 1 ปี เมื่อมีอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสมก็จะฟักเป็นตัวยุงต่อไป ซึ่งทำให้พบการระบาดมากในช่วงฤดูฝน จะเห็นได้ว่าไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีการควบคุมการระบาดอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่มีผลทำให้การระบาดขยายพื้นที่เพิ่มขึ้น คือความหนาแน่นของประชากร การคมนาคมที่สะดวก³ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรเห็นความสำคัญในการติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง การเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย และให้ความรู้แก่ประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อควบคุมการระบาดได้มากขึ้น

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus: DENV) อาการแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้เฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน ระยะวิกฤต เป็นระยะที่มีภาวะ coagulopathy จึงมีความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกผิดปกติ ตับโต ปวดท้อง⁴ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จะมีระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอดหรือช่องท้อง เกิดภาวะ Hypovolemic shock⁵ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และระยะพักฟื้น เป็นระยะที่มีการดูดกลับของพลาสมาเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มมีความอยากอาหาร ปัสสาวะเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อาจมีผื่น (convalescent rash) ซึ่งอาจมีอาการคันร่วมด้วย

จากสถิติผู้ป่วยไข้เลือดออก กลุ่มงานกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลบางพลี ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเข้ารับการรักษารวม 28, 23, 43 ราย พบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจำนวน 1, 3, 4 รายตามลำดับจากสถานการณ์ดังกล่าวถึงแม้จะไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ก็พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกแบบองค์รวม ซึ่งบทบาทของพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค มีทักษะในการพยาบาล การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหา มีความไวต่อการประเมินอาการซ้ำร่วมกับให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะในระยะวิกฤต จะลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกในแผนกกุมารเวชกรรม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายชาวไทย อายุ 11 ปี น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร (ideal body weight 36 kgs.) มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการ ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้แดงก็ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดมาตรวจ CBC ซ้ำ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ยังมีไข้ คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 2 ครั้ง อาการไม่ทุเลา จึงให้นอนโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น dengue hemorrhagic fever รับไว้ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ประวัติการคลอด ผ่าตัดคลอด อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ได้รับการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ มีโรคประจำตัวคือโรคภูมิแพ้ โรคสมาธิสั้น พัฒนาการช้า รักษาที่สถาบันราชานุกูล

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ

ศีรษะ : ผมนีดำ กระจายตัวดี ไม่มีบวม ก้อน หรือบาดแผล

ใบหน้า : สมมาตรกันดี ไม่มีบาดแผล

ลำคอ : สมมาตรกันดี ไม่มีบาดแผล ไม่มีก้อน ต่อมทอนซิลไม่บวมแดง

ตา : มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่มีตาแดง pupil 2.5 mm. RTL ทั้ง 2 ข้าง

หู : ใบหูทั้ง 2 ข้างสมมาตรกันดี การได้ยินปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหูทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ได้กลิ่นปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีการอักเสบ

ปาก : สมมาตรกันดี ไม่มีกลิ่นปาก ไม่มีเชื้อราในช่องปาก ฟันไม่ผุ ริมฝีปากแห้ง

ระบบต่อมน้ำเหลือง: คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตหรืออักเสบ

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก: ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย การเคลื่อนไหวทรวงอกปกติ เวลาหายใจ ฟังปอดลมผ่านเท่ากันทั้ง 2 ข้างไม่พบเสียงผิดปกติ การหายใจปกติ 20 bpm

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ฟังเสียงการเต้นของหัวใจไม่มี murmur การเต้นสม่ำเสมอ คลำชีพจร จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ 104 bpm ความดันโลหิต 102/71 mmHg

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ปกติ ลุกเดินได้

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องสมมาตรกันดี สะดืออยู่แนวกลาง คลำไม่มีก้อน ฟัง bowel sound positive

ระบบประสาท: coma score = 15 (E4 V5 M6)

การวินิจฉัยสุดท้าย: Dengue Shock Syndrome (DSS)

ระยะไข้

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 อาการแรกรับที่หอผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ มีไข้ 40 องศาเซลเซียส PR 108 bpm, RR 22 bpm, BP 102/71 mmHg ติดตามผลตรวจ CBC พบค่า HCT 33.7%, WBC 3,690 cell/cu.mm., PLT. count 130,000 cell/mm³, Na 132 mmol/L, LFT ผล SGOT 74 U/L และ ALP 162 U/L การรักษาให้ 5% D/NSS 1000 ml iv drip rate 80 ml/hrs. ดูแลการให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดโดยใช้ infusion pump, paracetamol (500 mg) 1 เม็ดรับประทานทุก 4-

6 ชม. เมื่อมีไข้, bromhexine รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น, ดูแลรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย งดสีน้ำตาล-สีน้ำตาล กระตุ้นให้ดื่ม ORS แทนน้ำเปล่า ดูแลเช็ดตัวลดไข้ วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชม. เพื่อติดตามการเข้าสู่ระยะวิกฤต ประเมินอาการซ้ำ ผู้ป่วยอ่อนเพลียรับประทานได้น้อย ดื่ม ORS ได้ 300 ml/8 ชม. มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 38-40 องศาเซลเซียส, PR 84-116 bpm, RR 20-22 bpm, BP 97-102/60-71 mmHg, HCT 33.7-36%, intake 940 ml, urine output 1.38 ml/kg/hr.

ระยะวิกฤต

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 22.00 น. ประเมินอาการผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก หงุดหงิด บ่นปวดกลางท้อง ไช้ลด 37.8 องศาเซลเซียส PR 86 bpm, RR 20 bpm, BP 110/70 mmHg เริ่มมีการรั่วของพลาสมา HCT เพิ่มขึ้นจาก 33.7% เป็น 38% ดูแลปรับ 5% D/NSS 1000 ml iv drip rate 100 ml/hr. โดยใช้ infusion pump วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงพบเวลา 23.35 น. ผู้ป่วยซึม กระสับกระส่าย คลำได้ชีพจรเบา 90 bpm, RR 22 bpm, BP 80/60 mmHg, HCT 38% รายงานแพทย์ทราบ ทันที ปรับ 5% D/NSS 1000 ml iv drip rate 400 ml ใน 1 ชม. ดูแลการให้สารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดโดยใช้ infusion pump ติดตามผลตรวจ CBC ค่า PLT. count 39,000 cell/mm³, HCT 38.6%, WBC 1,600 cell/cu.mm., Electrolyte ผล Na ต่ำ 132 mmol/L, PT 14.3 sec, PTT 32.5 sec, Ca 7.5 mg/dl, Albumin 2.6 g/dl, VBG pH 7.414, PCO₂ 28.1 mmHg, HCO₃ 17.6, มีภาวะ respiratory alkalosis with complete compensate หายใจเหนื่อย O₂ saturation 96% ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที-1 ชม. ดูแลให้นอนศีรษะสูง เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตภาวะเลือดออก เจาะ HCT ทุก 4 ชม. และให้ข้อมูลเป็นระยะ ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ ยังดูเพลีย ไม่มีอาการกระสับกระส่าย O₂ saturation 97% ไม่มีเลือดออก PR 94 bpm, RR 22 bpm, BP 90/65 mmHg, HCT 38-39%, intake 4,010 ml, urine output 1.08 ml/kg/hr.

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 00.30 น. ประเมินอาการ ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่หอบเหนื่อย ปวดท้องรอบสะดือ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เจาะ HCT ทุก 2 ชม. หลังให้สารน้ำครบ 1 ชม. เจาะ HCT ขึ้นได้ 39 % เจาะ DTX = 231 mg/dl PR 96 bpm เบา RR 22 bpm BP 96/64 mmHg รายงานแพทย์ทราบให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 40% Dextran 400 ml iv ใน 1 ชม. หลังให้ครบ 1 ชม. เวลา 01.30 น. เจาะ HCT 34 % รายงานแพทย์ปรับสารน้ำ 5 % D/NSS 1000 ml iv drip rate 200 ml/hrs. retain foley's catheter และประเมิน urine out put ทุก 2 ชม. และให้ยา Omeprazole 20 mg iv วันละครั้ง ให้ Fresh Frozen Plasma (FFP) 1 unit iv drip in 1 hr. และสังเกตอาการแพ้ ขณะให้ มีผื่นขึ้น จึงให้ chlorpheniramine 1 amp iv ผื่นคันตามตัวยุบลง เวลา 10.00 น. ติดตามค่า HCT 42 % รายงานแพทย์ได้ ปรับปริมาณให้สารน้ำเพิ่มขึ้น 5%D/NSS 1000 ml iv drip rate 280 ml/hrs. 4 ชม. HCT ยังคงสูง 39% จึงให้ 40% Dextran 400 ml iv ใน 1 ชม. (ครั้งที่ 2) หลังให้ครบ 1 ชม. ติดตามเจาะ HCT ขึ้นได้ 30 % ร่วมกับมีอาการปวดท้องมาก จึงสงสัยมีเลือดออกภายใน รายงานแพทย์พิจารณาให้ PRC 1 unit iv drip in 4 hrs., Vitamin k 10 mg iv พร้อมสังเกตอาการผิดปกติ หลังให้เลือดเจาะ HCT ขึ้นได้ 41% รายงานแพทย์ทราบ พิจารณาให้ 5% Albumin 250 ml iv drip in 1 hr. ต่อด้วย FFP 1 unit iv drip in 1 hr. (ครั้งที่ 2) เฝ้าระวัง

อาการเปลี่ยนแปลงพบว่ามีหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ decreased breath sounds at RLL, O₂ Saturation 97% ยังมีอาการปวดแน่นท้อง รายงานแพทย์ส่ง CXR พบ RLL pleural effusion ดูแลปรับลดปริมาณสารน้ำเป็น 5% Albumin 250 ml iv drip 40 ml/hr. และ Lasix 20 mg iv stat ร่วมกับมีภาวะ Hypokalemia (K 3.2-3.5 mmol/L) ดูแลให้ Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทั้งหมด 5 doses มีภาวะ Hypocalcemia (Ca 6.3-7.5 mg/dl) ให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv drip in 1 hr. ทั้งหมด 5 dose ประเมินอาการซ้ำพบว่า ผู้ป่วยยังหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ decreased breath sounds ยังมีอาการปวดแน่นท้อง PR 68-90 bpm, RR 18-22 bpm, BP 90-110/65-80 mmHg, HCT 34-42%, intake 5,431 ml, urine output 3.3 ml/kg/hr. ติดตามตรวจผล Electrolyte Na 135, K 4.1, Ca 8.3, CBC ค่า PLT. count 15,000 cell/mm³, HCT 38.9% WBC 2,070 cell/cu.mm., Alb 3.2 g/dl, SGOT 70 u/L, VBG pH 7.413, PCO₂ 37.8 mmHg, HCO₃ 23.7 mmol/L

ระยะพักฟื้น

วันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2566 หลังได้รับ FFP จนหมด จึงหยุดการให้สารน้ำ ผู้ป่วยยังปวดท้อง คลำพบตับโต 2 FB หายใจเหนื่อยแน่นหน้าอกมากขึ้น ฟังเสียงปอดมี crepitation both lungs ร่วมกับมี ascites, PR 84-100 bpm, RR 18-22 bpm, BP 110/75-132/95 mmHg ส่ง chest x-ray พบมีภาวะ pleural effusion both lungs รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ Lasix 20 mg iv stat ทั้งหมด 4 doses และประเมินอาการบวม หอบเหนื่อย urine output ฝักระวังภาวะพร่องออกซิเจน ผล CBC ค่า PLT. count 74,000 cell/mm³, HCT 34.8%, WBC 4,620 cell/cu.mm วันที่ 1-2 มีนาคม 2566 PR 64-88 bpm, RR 20-24 bpm, BP 100/60-109/75 mmHg, O₂ saturation 97% รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีตัวตาเหลือง ไม่มีเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอด ไม่พบความผิดปกติ อาการปวดท้องทุเลา ไม่มีตับโต มี convalescent rash ค้นเล็กน้อย ดูแลให้ CPM. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร หลับพักผ่อนได้ดี CBC ค่า PLT. count 261,000 cell/mm³, HCT 37.7%, WBC 5,940 cell/cu.mm. วันที่ 3 มี.ค. 66 chest x-ray ผลปกติ สามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องให้ออกซิเจน อาการดีขึ้นตามลำดับ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 9 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะไข้

1. มีไข้สูงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี
2. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารและขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ระยะวิกฤต

3. มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเนื่องจากภาวะ hypovolemic shock จากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือด
4. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
5. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดต่ำ
6. ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้องเนื่องจากตับโต และมีพลาสมาอยู่ในช่องปอดและช่องท้องมา
7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ระยะพักฟื้น

8. ไม่สุขสบายจากอาการคันตามร่างกาย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

มีไข้สูงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 39-40.4 องศาเซลเซียส อ่อนเพลีย หลับพักผ่อนได้น้อย
2. Dengue NS1 Ag ผล Positive, CBC: WBC 1,600 cell/cu.mm

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ $T = 36.5-37.4$ องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนบนเตียง ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน หรือรบกวนน้อยที่สุด เพื่อลดการทำกิจกรรม ลดการเผาผลาญ และลดการผลิตความร้อนในร่างกาย
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่มากๆ ประมาณ 1,500 ml/day (3-5 cc/kg/day) หรือน้ำผลไม้
3. ดูแลการเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้ผ้าธรรมดาหรือน้ำอุ่นไม่ควรใช้น้ำเย็นเพราะจะทำให้เส้นเลือดหดตัว ทำให้ร่างกายระบายความร้อนออกได้ไม่ดี โดยใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ ลูบเบาๆ เข้าหาหัวใจแล้ววางผ้าพับไว้บริเวณหน้าผาก ซอกคอ ซอกรักแร้ หน้าอก และหลัง โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังการเช็ดตัวให้ใส่เสื้อผ้าไม่ห่มผ้าห่มหนาๆ เพื่อให้ความร้อนระบายได้ดี ในขณะที่เช็ดตัวหากมีอาการหนาวสั่น ให้หยุดเช็ด พร้อมกับห่มผ้าให้ จนกว่าจะไม่มีอาการหนาวสั่น จึงเช็ดตัวต่อ
4. วัดอุณหภูมิซ้ำหลังการเช็ดตัว 30 นาที
5. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ให้รับประทาน paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทุก 4-6 ชม. เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38.5°C สังเกตอาการข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีผื่นขึ้น
6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชม. โดยเฉพาะถ้าไม่มีไข้แต่อาการเลวลง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะวิกฤต
7. ติดตามผลการตรวจ CBC วันละครั้ง

การประเมินผล (26 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นยังอ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนได้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 องศาเซลเซียส ผล CBC ผิดปกติ WBC 4,090 cell/cu.mm. PLT. Count 10,000 cell/mm³, HCT 41.5%

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

มีภาวะขาดสารอาหารและขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำและเกลือแร่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้
2. มีความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
2. กระตุ้นให้ดื่มนม น้ำผลไม้ เกลือแร่ 3-5 cc/kg/hr. โดยดื่มน้ำเปล่าเพราะทำให้เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายได้
3. ดูแลให้สารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml iv drip rate 80 ml/hr. ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด
4. เตรียมภาชนะรองรับให้พร้อมกรณีผู้ป่วย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรใช้ภาชนะสีขาวหรือใสเพื่อช่วยในการสังเกตสีของอาเจียนว่ามีเลือดปนหรือไม่ และประมาณปริมาณได้ง่าย พร้อมทั้งให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่น และรายงานแพทย์ถ้ามีอาเจียนมากหรือมีเลือดปน
5. อาหารและสารน้ำที่ให้ควรงดสีดำ แดง และสีน้ำตาล เพราะอาจทำให้มีปัญหาในการประเมิน หากผู้ป่วยอาเจียนเป็นสีดำ

การประเมินผล (วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยประมาณ 1/3 ถาด ดื่มน้ำเกลือแร่ได้น้อย 2 cc/kg/hr. (1800 cc/day) ยังมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย Na 132 mmol/L, K 3.5 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเนื่องจากภาวะ hypovolemic shock จากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. HCT เพิ่มขึ้น 20% จากการรั่วของพลาสมา (33.7% เป็น 42%)
2. สัญญาณชีพ T 37.2 °c คลำได้ชีพจรเบา 90 bpm ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566
3. pulse pressure $\leq$ 20 mmHg (BP 80/60 mmHg)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

2. เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช็อก เช่น prolong shock, ภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ PR 60-95 bpm, RR 14-22 bpm, BP 100-120/60-75 mmHg
2. pulse pressure > 20 mmHg
3. HCT อยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับเมื่อแรกรับ 33.7%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที รวมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ถ้าค่าชีพจรเบาเร็วหรือมากกว่า 95 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 90/60 mmHg, pulse pressure $\leq$ 20 mmHg, capillary refill > 3 วินาที รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาทันที
2. ประเมินการกระจายเลือดสู่เซลล์ทั่วร่างกายและความสามารถในการนำออกซิเจนในเลือด สภาพเยื่อต่างๆ อาการชืดหรือเขียว วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ถ้า < 95% พิจารณาการให้ออกซิเจน
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml iv 400 ml in 1 hr. (10 ml/kg) โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันอันตรายจากการให้สารน้ำเกิน ปรับปริมาณการให้ตามค่าความเข้มข้นของเลือด (HCT) ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน เช่น การเกิด pulmonary edema ภาวะเกลือโซเดียมในร่างกายสูงจนเกิดภาวะสมองบวมได้
4. ดูแลการให้ 40% Dextran 400 ml iv in 1 hr. โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดการดึงน้ำไว้ในระบบไหลเวียน ช่วยลดการบวมตัวของเนื้อเยื่อ และทำให้มีปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนมากขึ้น ความเข้มข้นของเลือดลดลง และติดตามค่า HCT หลังการให้ 40% Dextran หมด
5. ดูแลการให้ 5% Albumin 250 ml iv in 1 hr. เพื่อดึงสารน้ำและพลาสมาที่รั่วออกจากกระแสเลือดกลับมาในเส้นเลือด และสังเกตอาการหอบเหนื่อยที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวจาก osmolality ในระบบไหลเวียนเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว
6. เจาะเลือดส่งตรวจ HCT ทุก 2 ชม. ถ้าเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากเดิมมากกว่า 3% รีบรายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการไหลของสารน้ำ และแก้ไขปัญหาการเกิด plasma leakage พร้อมประเมินภาวะชืดจากการมีเลือดออก
7. ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำถ้าปัสสาวะออก < 0.5 cc/kg/hr. รายงานแพทย์ทราบ และดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในตำแหน่ง ตรวจสอบให้ปัสสาวะไหลลงถุง สายสวนปัสสาวะไม่พับงอ และเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อตามหลักการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
8. ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM และเฝ้าระวังการระคายเคืองในจมูกเช็ดจมูกเบาๆด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ

การประเมินผล (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย รับประทานได้น้อย หลังปรับอัตราการให้สารน้ำตามแผนรักษา จนไม่มีภาวะช็อก วัดสัญญาณชีพ PR 84-90 bpm ชัดเจนดี RR 16-22 bpm BP 90-110/65-75 mmHg, pulse pressure > 20 mmHg, HCT 34-41%, capillary refill < 2 วินาที, urine output 1625-2230 ml/day

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย
2. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำ
3. ผล Electrolyte ต่ำ: Na 133 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Ca 6.3 mg/dl (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ
2. มีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่าง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อิเล็กโทรไลต์ปกติ Na 137-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L, Ca 8.4-10.2 mg/dl
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถาด DTX 60-110 mg/dl
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายอุจจาระปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายรสไม่จัดครบ 5 หมู่ เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร และงดอาหารที่มีสีน้ำตาลเข้ม หรือสีน้ำตาล เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร
2. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ หรือน้ำผลไม้บ่อยๆ เพื่อทดแทนสารน้ำและเกลือแร่จากอาเจียน ถ่ายเหลว
3. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS 1000 ml iv drip เริ่ม rate 80 ml/hr. และปรับอัตราการไหลตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และสังเกตการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ
4. ดูแลให้ Elixir KCl 30 ml รับประทานทุก 4 ชม. ทั้งหมด 4 doses และสังเกตอาการข้างเคียงคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น
5. ดูแลให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv drip in 1 ชม. จำนวน 5 doses และสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลการให้ยาโดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารน้ำโดยกระบอกฉีดยา

6. เพื่าระวังอาการผิดปกติจากภาวะ Na ต่ำ เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน ซึม ชักหรืออาการกระตุก ไม้รู้สึกตัว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ ภาวะ K ต่ำเช่นกล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะ Ca ต่ำ เช่นกล้ามเนื้อเกร็ง
7. สังเกตปริมาณ ลักษณะของอาเจียนเป็นเลือด สีดำ หรือถ่ายอุจจาระสีดำ ที่แสดงว่าผู้ป่วยมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร
8. ดูแลให้ยาแก้อาเจียน Ondansetron 6 mg iv ทุก 6 hrs. เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ยาได้ เช่น ผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้า ลิ้น ริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ
9. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร และบ้วนปากเพื่อบรรเทาอาการ
10. ติดตามผลการตรวจ electrolyte, Ca, DTX
11. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะร่างกายขาดสารน้ำ

การประเมินผล (25 กุมภาพันธ์ 2566)

ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ริมฝีปากแห้ง รับประทานได้ประมาณ 1/3 ถาด ไม่อาเจียนเพิ่ม ยังถ่ายเหลว 1 ครั้ง ผลตรวจ Na 135 mmol/L, K 4.1 mmol/L, CO₂ 23 mg/dl, Ca 8.3, DTX 128 mg/dl

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือด การแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดต่ำ
ข้อมูลสนับสนุน

1. HCT ลดลงจาก 42% เป็น 30% โดยได้รับสารน้ำปริมาณเพียงพอ
2. ผล PT 15.4 sec, PTT 35.2 sec
3. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง กระสับกระส่าย อาจมีภาวะเลือดออกภายใน
4. เกล็ดเลือดต่ำ 15,000 cell/mm³ (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.08 น.)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดปัจจัยส่งเสริมให้มีเลือดออกมากขึ้น
2. เพื่อทราบปริมาณการสูญเสียเลือดและการได้รับทดแทนได้ทันที่

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถประเมินภาวะเสียเลือด และการได้รับทดแทนอย่างถูกต้องรวดเร็ว
2. ประเมินค่า HCT หลังได้ให้เลือดควรสูงขึ้นกว่าก่อนการให้เลือด 5%
3. สัญญาณชีพปกติ PR 60-95 bpm, RR 14-22 bpm, BP 100-120/60-75 mmHg
4. ค่าเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ 140,000-400,000 cell/mm³, PT 10.6-12.6 sec, PTT 21.9-27.9 sec

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา PRC group B 1 unit iv in 4 hrs. โดยก่อนให้เลือดมีการตรวจสอบ ให้ตรงกันทั้งในใบขอเลือดและใบคำสั่งที่ติดกับถุงเลือด ชื่อ-สกุล ชนิดของเลือด หมู่เลือด วันหมดอายุ และมีการตรวจสอบอย่างน้อย 2 ครั้ง ขณะให้เลือดสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อาการแพ้ มีผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก พร้อมทั้งตรวจสอบสัญญาณชีพก่อน-หลังให้เลือด 15 นาที และต่อไปทุก 4 ชม. หลังเสร็จสิ้นการให้เลือด บันทึกในฟอร์มปรอทและบันทึกทางการพยาบาล หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หยุดการให้เลือดทันที และนำเลือดพร้อมใบแจ้งอาการส่งกลับธนาคารเลือดเพื่อตรวจสอบต่อไป
2. ดูแลให้ได้รับส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา FFP group B 1 unit iv in 1 hr. เพื่อเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือด พร้อมทั้งสังเกตอาการแพ้ เช่น มีผื่นคัน และรายงานแพทย์ ให้ Chlorpheniramine 1 amp. iv เพื่อบรรเทาอาการและสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงซึม เวียนศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
3. สังเกตอาการเลือดออก เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายสีดำ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ หรือทำหัตถการที่รุนแรงในผู้ป่วย
4. สังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืด หากมีอาการมากขึ้นอาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และให้ยา Omeprazole 20 mg iv วันละ 1 ครั้ง เพื่อลดกรดและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร
5. ให้ Vitamin k 10 mg iv ตามแผนการรักษาเพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด
6. เจาะ HCT ทุก 2 ชม. ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลให้ได้พักผ่อนบนเตียงและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ งดการแปรงฟัน ให้บ้วนปากด้วย SMW
8. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด

การประเมินผล (25 กุมภาพันธ์ 2566)

อ่อนเพลีย ปวดท้องน้อยลง หลังให้เลือดผู้ป่วย HCT 41% ไม่มีภาวะเลือดออก ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระสีดำ PR 84 bpm, BP 110/75 mmHg ผล PT 14.3 sec, PTT 32.4 sec ยังผิดปกติ และค่าเกล็ดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6

ไม่สุขสบายจากอาการปวดแน่นท้องเนื่องจากตับโตและมีพลาสมาอยู่ในช่องปอดและช่องท้องมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีตับโต 2 FB
2. บ่นปวดจุกท้อง แน่นท้อง มี ascites
3. ผล CXR พบ pleural effusion both lungs

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการแน่นอึดอัดท้อง

2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำเกิน เช่น หอบ บวม แน่นท้อง อึดอัด หรือมีอาการลดลง
2. สัญญาณชีพปกติ PR 60-95 bpm, RR 14-22 bpm, BP 100-120/60-75 mmHg, O₂ sat > 95%
3. ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผล chest x-ray ปกติ
4. Intake/Output (I/O) มีความสมดุล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้พักผ่อนในท่าที่สุขสบายหรือท่าศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวปอดจะได้ขยายตัวได้ดี และให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้านุ่ม หลวมสบาย
2. สังเกตอาการปวดท้อง ท้องอืด หากมีอาการมากขึ้นอาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และให้ยา Omeprazole 20 mg iv วันละ 1 ครั้ง เพื่อลดกรดและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร
3. ระวังการเกิดอุบัติเหตุไม่ให้น้ำห้องได้รับความกระทบกระเทือนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
4. ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM ประเมิน O₂ sat, VBG รายงานแพทย์ทราบ และระวังการระคายเคืองในจมูก เช็ดจมูกเบาๆด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ
5. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของภาวะน้ำเกินได้แก่ อาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอกนอนราบไม่ได้ ประเมินเสียงปอดว่ามีเสียง rhonchi, wheezing หรือ crepitation อาการบวมมากขึ้นเป็นระยะ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ
6. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ Lasix 20 mg iv push ตามแผนการรักษา และสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะ สี ปริมาณและ วัตถุประสงค์โลหิต ซีฟจร และการหายใจ ถ้าพบความผิดปกติไม่มีปัสสาวะออกต้องรายงานแพทย์
7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชม. และบันทึกไว้ในเวชระเบียน ทุก 2-4 ชม. หากพบมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษ
8. บันทึกปริมาณ I/O รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาอัตราการไหลของสารน้ำ
9. ดูแลตรวจ urine Sp.Gr. ตามแผนการรักษาเป็นระยะๆ เพื่อประเมินอาการและประเมินว่าได้รับสารน้ำเพียงพอหรือมากเกินไปหรือไม่ เพื่อประกอบในการพิจารณาการหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
10. ติดตามผล chest x-ray

การประเมินผล (3 มีนาคม 2566)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หลับพักผ่อนได้ อาการปวดท้องทุเลาลง PR 80-94 bpm, BP 109-120/62-65 mmHg, RR 20 bpm, O₂ saturation 97% รับประทานอาหารได้ ½ ถาด คลำไม่พบตับโต ผล chest x-ray ปกติ VBG ผลมีแนวโน้มดีขึ้น, urine Sp.Gr. 1.020 intake 3,550 ml, urine output 2.4 ml/kg/hr.

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาสีหน้ากังวล และสอบถามอาการบ่อยๆ
2. อาการผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและเกิดภาวะช็อก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2. หลับพักผ่อนได้มากขึ้น
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ให้เสียงรบกวนน้อย จัดสถานที่ให้มีแสงสว่างเพียงพอไม่มากหรือน้อยไป เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยกันตามลำพังและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
3. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร
4. อธิบายผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง และขั้นตอนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล พร้อมแสดงออกว่าเต็มใจในการตอบคำถาม
6. แสดงออกว่าพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและญาติร้องขอ

การประเมินผล

ญาติรับทราบและเข้าใจแผนการรักษาให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ยกเว้นช่วงเข้าสู่ระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยค่อนข้างหงุดหงิด หลังอาการดีขึ้นผู้ป่วยเข้าใจปรับตัวได้มากขึ้น หลับพักผ่อนได้ดี

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ไม่สุขสบายจากอาการคันตามร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการคันตามร่างกาย ฝ่ามือ
2. มี convalescent rash ตามตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรเทาอาการคัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย พักผ่อนได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. หลับพักผ่อนได้มากขึ้น
2. อาการคันลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ให้สวมใส่เสื้อผ้าสะอาด
2. ดูแลให้รับประทานยา Chlorpheniramine 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังรับประทานอาหารเช้า บรรเทาอาการคัน
3. แนะนำผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น และอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง ไม่อาบน้ำแรงๆ เพราะอาจทำให้เกิดแผลได้
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการเมื่อเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้ว ไม่มีอันตราย และ จะค่อยๆหายไปได้เองใน 2-3 วัน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมี convalescent rash ตามตัว อาการคันลดลง สามารถหลับพักผ่อนได้ดี ญาติรับทราบและเข้าใจแผนการรักษาให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ

คำแนะนำก่อนจำหน่าย

1. ถ้าอาการปกติ ผู้ป่วยสามารถไปโรงเรียนได้ แต่ให้ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ระวังการเกิดบาดแผล หลีกเลี่ยงการกระแทกที่รุนแรง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ
2. ถ้ามีคนในบ้านป่วยมีไข้ แนะนำให้พบแพทย์
3. แนะนำการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย สำรวจภาชนะในบ้านที่มีน้ำขัง
4. แนะนำการหลีกเลี่ยงไม่ให้ยุงกัด ควรนอนในห้องที่มีมุ้งลวด หรือนอนในมุ้ง
5. แนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก

สรุปผลการรักษาและการติดตามผล

ผู้ป่วยเด็กชายชาวไทย อายุ 11 ปี มีภาวะอ้วน มารักษาที่โรงพยาบาลบางพลี เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ด้วยอาการ ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เดงกี ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดมาตรวจ CBC ซ้ำ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ยังมีไข้ มีคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว อาการไม่ทุเลา จึงให้นอนโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่า Dengue hemorrhagic fever ระหว่างนอนโรงพยาบาล ระยะไข้ มีไข้สูง ไม่มีเสมหะให้ยาลดไข้และยาแก้ไอรักษาตามอาการ ระยะวิกฤตผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมา มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ให้การดูแลรักษาโดยการปรับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS, 40% dextran, FFP, 5% Albumin ตามความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ ผลการตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำ, HCT ลดลงมากกว่า 10 จุด และลดต่ำกว่าค่า baseline เดิมของผู้ป่วยจึงนึกถึงภาวะเลือดออกผิดปกติ⁷ พิจารณาให้ PRC 1 unit iv drip ภาวะเกล็ด

ฉีดปกติ ให้ Elixir KCL 30 ml รับประทาน ทั้งหมด 5 doses ภาวะ Hypocalcemia 6.3-7.5 mg/dl ให้ 10% calcium gluconate 10 ml iv drip in 1 ชม. ทั้งหมด 5 doses และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดูแลการให้ FFP iv drip, Vit K 10mg iv, ภาวะ pleural effusion เมื่อพ้นระยะช็อก จึงแก้ภาวะน้ำเกินด้วยการให้ Lasix 20 mg iv stat ทั้งหมด 5 doses ดูแลการให้ออกซิเจน จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีการเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอด ไม่พบความผิดปกติ อาการปวดท้องทุเลา มี convalescent rash คันเล็กน้อย หลังพักฟื้นได้ดี จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล วันที่ 4 มีนาคม 2566 และนัดติดตามอาการ ในวันที่ 8 มีนาคม 2566

อภิปรายผล

ผู้ป่วยไข้เลือดออก กรณีศึกษา นี้ อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากภาวะอ้วน มีไข้สูง ไอมีเสมหะ คลื่นไส้ อาเจียน เกิดภาวะพร่องสารน้ำและเกลือแร่ตั้งแต่ระยะไข้ ทำให้ระยะไข้ได้รับการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ เมื่อเข้าสู่ในระยะวิกฤต มีภาวะช็อกเกิดขึ้น การประเมินสัญญาณชีพก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องเฝ้าระวัง มีความไวในการสังเกตและการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นสัญญาณบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าเริ่มมีการรั่วของพลาสมาเกิดขึ้น เพื่อช่วยในการประเมินการให้สารน้ำที่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะอ้วนทำให้การ resuscitate ภาวะช็อก โดยให้สารน้ำ ประเภท isotonic solution เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอและยากลำบาก ต้องให้ 40% dextran, FFP ในการช่วยพยุงระบบการทำงานของร่างกาย และไม่เห็นภาวะเลือดออกชัดเจนแต่เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกภายในร่างกายเนื่องจาก HCT ลดลงอย่างรวดเร็วต้องพิจารณาให้ PRC ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา เช่น ระดับเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ การเกิดภาวะ pleural effusion, Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), ภาวะน้ำเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นสมรรถนะความเชี่ยวชาญของทีมผู้ดูแลจึงสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย การให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม คอยปลอบโยนให้กำลังใจ พร้อมทั้งการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ จึงช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต หายจากการเจ็บป่วย สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพแนวทางการดูแลรักษาและคู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาล โดยอิงมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
2. สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในระดับท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพ เริ่มจากชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และสถานประกอบการต่างๆ
3. ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การณรงค์การจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาข้อมูลวัคซีนไข้เลือดออก⁸ ที่เหมาะสมกับประเทศไทย พร้อมข้อมูลผลดี-ผลเสีย และให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.กรมควบคุมโรค.สถานการณ์โรคไข้เลือดออก.[อินเทอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม2566].เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=36533&deptcode=brc&news_views=3731
2. กรมควบคุมโรค. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง.แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อภายในโดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ.2564 .กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2564.
3. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, วารุณี วัชรเสวี. การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. วีระชัย วัฒนวิระเดช, กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. Update on Pediatric Infection Diseases 2020. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2563.
5. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง.คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2558.
6. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคติดต่อไวรัสเดงกี. [อินเทอร์เน็ต].2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/infectiousdiseashttps://www.si.mahidol.ac.th/th/department/pediatrics/pdf>.
7. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก (ฉบับย่อ) พ.ศ.2566. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2566.
8. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย.ความรู้สำหรับประชาชน โรคไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม2566].เข้าถึงได้จาก<https://www.pidst.or.th/A713.html>