

## การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะช็อก

วารุณี นาคี, พย.บ.  
ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ให้เกิดแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก โดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกซึ่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา จำนวน 1 รายโดยมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก ที่จัดทำขึ้นโดยงานตีพิมพ์ผู้ป่วยใน รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา และทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการดำเนินงานพบว่าทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก มีความรู้ ความสามารถ มีประสิทธิภาพในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก ลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยจากการได้รับการวินิจฉัยล่าช้ารวมถึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

### บทนำ

ไข้เลือดออกจัดเป็นโรคซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ทั่วประเทศตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้ง ประเทศไทย ลักษณะของโรคที่สำคัญคือ ไข้สูง อาการเลือดออกและอาจเกิดภาวะช็อกซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคนี้จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและรวดเร็วก่อนเกิดภาวะช็อก หรือเลือดออกอย่างรุนแรง ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างใกล้ชิด และให้การรักษาย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เกิดภาวะช็อก

จากข้อมูลของสำนัก ระบาดวิทยาพบว่าตั้งแต่ 30 ธ.ค.2550-พ.ค.2551 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกทั่วประเทศ 13,943 ราย เสียชีวิต 16 ราย มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละประมาณ 1,000 ราย นับว่าสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดียวกันในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และสูงกว่าปี 2550 ถึงร้อยละ 72 โดยผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดอยู่ในเขตพื้นที่ ภาคกลาง รองลงมาคือภาคใต้ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาพบผู้ป่วยมากที่สุดในพื้นที่อำเภอเมือง รองลงมาคือ อำเภอแก้งสนามนางและอำเภอเทพารักษ์

ในปีงบประมาณ 2551 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 21 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกที่อยู่ในระยะช็อก 1 ราย แผนกผู้ป่วยในเล็งเห็นความสำคัญของการป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยที่อาจเข้าสู่ระยะช็อก จึง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไข้เลือดออกระยะช็อกเพื่อเป็นแนวทางในการ ค้นหาติดตามผู้ป่วย และให้การดูแลที่ถูกต้องต่อไป ดังนั้นผู้ศึกษาจึงนำแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่

มีความเสี่ยงต่อการเกิดไข้เลือดออกระยะช็อกดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ไข้เลือดออก

### วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อก

### วิธีการดำเนินงาน

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชุมทีมงานคิกผู้ป่วยใน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อศึกษาเชิงลึกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาล
2. ร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวัง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ระยะช็อก
3. จัดทำแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะช็อก แจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ ติดตามแนวทางปฏิบัติไว้หน้างาน
4. ติดตามประเมินผล และนำผลจากการปฏิบัติตามแนวทางดูแลและเฝ้าระวัง ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะช็อกมาวิเคราะห์และหาแนวทางพัฒนาต่อไป

#### ขอบเขตงาน

ใช้แนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยไข้เลือดออกระยะช็อก ในผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาใน คิกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคไข้เลือดออกจำนวน 1 ราย

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### โรคไข้เลือดออก(Dengue Fever)

โรคไข้เลือดออกเกิดจากการถูกยุงลายชนิด *Aedes aegypti* ที่มีเชื้อไวรัสเดงกีกัด ยุงสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้หลังดูดเลือดของผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสเข้าไปแล้ว 7-10 วันหลังจากนั้นเชื้อจะอยู่ในยุงไปตลอดชีวิตของยุงโดยไปอยู่ที่ผนังกระเพาะและต่อมน้ำลายของยุง โรคนี้มีระยะฟักตัว 3-15 วัน (ส่วนใหญ่ 5-6 วัน) ผู้ป่วยจะมีเชื้อไวรัสอยู่ในเลือดไม่เกิน 5-7 วันนับตั้งแต่เริ่มมีไข้

พยาธิกำเนิดของโรคไข้เลือดออกยังไม่เป็นที่ทราบได้แน่ชัด พบว่าปัจจัยที่มีส่วนต่อการเกิดโรคได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านไวรัส และปัจจัยด้านยุง

#### ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1. อายุ พบว่าเด็กมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ใหญ่
2. ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมักมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อมีการติดเชื้อ โดยพบว่ามีสารเคมี chemokines ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของ T และ B cells นำไปสู่การเกิด autoantibody ต่อเกร็ดเลือดและเซลล์เยื่อบุ ทำให้เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำและ vasculopathy นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะ autoantibody มีความรุนแรงมากในผู้ป่วยซึ่งมีอาการของโรครุนแรง

### ปัจจัยด้านไวรัส

ในแง่ความรุนแรงของโรคพบว่าไวรัสตั้งที่ serotype 2 จากทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความรุนแรงของโรคสูง ผู้ป่วยที่มีปริมาณของไวรัสตั้งที่มากจะมีอาการรุนแรง กว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณของไวรัสตั้งที่น้อย

### ปัจจัยด้านยุง

ยุง *Aedes aegypti* เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ ยุงชนิดอื่นเช่น *Aedes albopictus* สามารถแพร่เชื้อไวรัสตั้งที่นี้ได้เช่นกันแต่ไม่คิเท่ายุง *Aedes aegypti*

### ลักษณะทางคลินิก

การติดเชื้อไวรัสตั้งที่ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ โดยพบการติดเชื้อที่ไม่มีอาการถึงร้อยละ 90 ส่วนผู้ติดเชื้อไวรัสตั้งที่ที่มีอาการจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรคดังนี้

1. Undifferentiated fever หรือ viral syndrome มักพบในเด็กเล็ก ผู้ป่วยมีอาการไข้สูงเพียงอย่างเดียวหรืออาจมีผื่นแบบ maculopapular ร่วมด้วย

2. Dengue fever (DF) มักพบในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ ผู้ป่วยมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ และปวดกระดูก อาการปวดกระดูกอาจรุนแรงมากจนมีชื่อเรียกว่า break bone fever มีผื่นและจุดเลือดออกบริเวณผิวหนัง การทดสอบทูนิเกตต์ให้ผลบวก ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการเลือดออกได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ บางรายอาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้ ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วมักมีอาการอ่อนเพลียอยู่นาน โดยทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการไม่รุนแรง

3. โรคไข้เลือดออกหรือ Dengue hemorrhagic fever (DHF) ลักษณะที่สำคัญของโรคคือ มีการรั่วของพลาสมา กรณีที่มีการรั่วของพลาสมามากอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อก (dengue shock syndrome, DSS) การรั่วของพลาสมาทราบได้จากการมีระดับฮีมาโตคริตสูงขึ้น มีสารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือในช่องท้อง ความแตกต่างระหว่าง DHF และ DF คือ DHF มีการรั่วของพลาสมา ในขณะที่ DF ไม่มีการรั่วของพลาสมา ระยะเวลาที่มีการรั่วของพลาสมามักเกิดในช่วงสั้นๆ ประมาณ 24-48 ชั่วโมงโดยเริ่มต้นหลังจากจำนวนเกร็ดเลือดลดลงประมาณ 12 ชั่วโมง

การดำเนินของโรค DHF แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

#### 1. ระยะไข้สูง (febrile stage)

ผู้ป่วยจะมีไข้สูง 39-41 องศาเซลเซียส ส่วนใหญ่เป็นอ ยู่ 2-7 วัน อาจมีอาการชักได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก อาการไข้มักไม่ตอบสนองต่อยาลดไข้มากนัก ผู้ป่วยจะมีอาการหน้าแดง (flushing) ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร มีอาการปวดท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา ตับโตและกดเจ็บ อาเจียน และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนังหรือมีอาการเลือดออกในอวัยวะอื่น การทดสอบทูนิเกตต์ให้ผลบวกร้อยละ 80-85

## 2. ระยะวิกฤต(shock or hemorrhagic stage)

เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมา ไข้มักลดลงอย่างรวดเร็ว และอาจเกิดภาวะช็อกได้ ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วและเบาลง มีความดันเลือดต่ำ หรือ pulse pressure แคบ ในระยะนี้อาจพบอาการเลือดออกได้บ่อย

ความรุนแรงของไข้เลือดออกอาจแบ่งได้เป็น 4 เกรดโดยอาศัยอาการเลือดออก และภาวะช็อก เกรด 1 หมายถึง ไม่พบอาการเลือดออก การทดสอบทูนิเกต์ให้ผลบวก เกรด 2 หมายถึง มีอาการเลือดออกบริเวณผิวหนังหรืออวัยวะอื่น เกรด 3 หมายถึง ชีพจรเบาเร็ว ความดันเลือดต่ำ หรือมี pulse pressure แคบ และเกรด 4 หมายถึง วัดความดันเลือดไม่ได้หรือคล่าชีพจรไม่ได้ DHF เกรด 3 และเกรด 4 เรียกรวมกันว่า DSS

## 3. ระยะพักฟื้น(convalescent stage)

เป็นระยะที่มีการดูดกลับของพลาสมาเข้าสู่กระแสเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มมีความอยากอาหาร ปัสสาวะเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อาจมี petichai rash ซึ่งเห็นเป็นวงขาวกระจายอยู่ในพื้นที่สีแดงของผื่นเรียกว่า convalescent rash ซึ่งอาจมีอาการคันร่วมด้วย

### การรักษา

โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกรายโดยเฉพาะในระยะแรกของโรค การเช็ดตัวลดไข้บ่อยๆ กินยาลดไข้กรณีจำเป็น แลการดื่มน้ำให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย สารน้ำที่แนะนำได้แก่ น้ำเกลือแร่ น้ำผลไม้ ไม่แนะนำให้ ดื่มน้ำที่มีสีแดงหรือดำ เนื่องจากกรณีที่ผู้ป่วยอาเจียนอาจทำให้เข้าใจผิดว่ามีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ ควรติดตามอาการของผู้ป่วยทุกวัน ตรวจนับจำนวนเกร็ดเลือดและค่าฮีมาโตคริต ในวันที่ 3-7 ของไข้ ควรรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีที่มีภาวะขาดน้ำอย่างมาก ซึ่งอาจแสดงด้วยอาการมือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ปริมาณปัสสาวะน้อยลงอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ สึกตัว มีการเพิ่มขึ้นของค่าฮีมาโตคริตอย่างมาก มีการแคบลงของ pulse pressure (20 มม.ปรอทหรือมากกว่า)และภาวะช็อก การให้สารน้ำและการรักษาตามอาการเป็นหัวใจในการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสเด็งกี การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการ อย่างอิงการปรับปริมาณสารน้ำที่ให้ผู้ป่วยในระยะ 24-48 ชั่วโมง ซึ่งมีการรั่วของพลาสมาในผู้ป่วย DHF เป็นสิ่งสำคัญ หลักการที่สำคัญคือ ให้สารน้ำป ริมาณน้อยที่สุดซึ่งเพียงพอต่อการรักษาระดับการไหลเวียนเลือดในร่างกาย

กรณีผู้ป่วยมีภาวะช็อกต้องให้ออกซิเจนร่วมกับการให้สารน้ำอย่างเร่งด่วน ประเภทของสารน้ำที่ให้ในระยะแรกได้แก่ น้ำเกลือออร์มัล , Ringer' lactate , Ringer acetate หรือ 5%D/NSS โดยให้ปริมาณ 10-20 มล/กก/ชั่วโมง เป็นเวลานาน 1-2 ชั่วโมง กรณีที่ภาวะช็อกไม่ดีขึ้นควรตรวจค่าฮีมาโตคริต ถ้าค่าฮีมาโตคริตลดลงอาจบ่งบอกว่ามีเลือดออกภายใน ควรพิจารณาให้เลือด ถ้าค่าฮีมาโตคริตไม่ลดลงหรือสูงขึ้น ควรเปลี่ยนสารน้ำให้เป็นแบบ colloid ได้แก่ พลาสมา สารแทนพลาสมา หรืออัลบูมิน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ค่าฮีมาโตคริตมักลดลงทีละน้อย สามารถลดปริมาณของสารน้ำลงได้ ไม่ควรสั่งการรักษาเพียงครั้งเดียวโดยไม่ติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดระยะเวลาวิกฤตเป็นเรื่องสำคัญมาก

ภาวะน้ำเกินอาจเกิดในกรณีที่ได้รับปริมาณสารน้ำอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการท้องอืด หายใจหอบเหนื่อย ซีพจรแรงและเร็ว การตรวจภาพรังสีปอดพบภาวะน้ำท่วมปอดร่วมกับขนาดของหัวใจโตต้องรีบลดปริมาณสารน้ำลงและพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะ

การเช็ดตัวลดไข้เป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในเด็กเล็กหรือในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกมาก่อน การกินยาลดไข้ควรให้เฉพาะยา acetaminophen ด้วยความระมัดระวัง และใช้ในกรณีที่ไข้สูงมากเท่านั้น ไม่ควรให้ยาจำพวกแอสไพริน

### การป้องกัน

การป้องกันที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด อาจทำได้โดย

- นอนในมุ้ง โดยเฉพาะเด็กเล็กๆ ที่ต้องนอนกลางวันควรมีมุ้งครอบ
- สวมใส่เสื้อผ้าแขนยาว กางเกงขายาว และควรใช้สีอ่อนๆ บริเวณที่เสื้อคลุมไม่ได้ควรทา

สารป้องกันยุงร่วมด้วย

- ใช้สารไล่ยุง (mosquito repellents) มีหลายรูปแบบ เช่น ชนิดขด เป็นแผ่น เป็นครีม เป็นน้ำ เหมาะสำหรับการใช้งานที่แตกต่างกันออกไป

การใช้วิธีกล เช่น การตบหรือตีให้ตาย หรือใช้อุปกรณ์กำจัดยุงเช่น ชนิดที่เป็นกับดักไฟฟ้า แบบใช้ถ่าน/แบตเตอรี่ เป็นต้น

การใช้สารเคมีฉีดพ่น เป็นวิธีที่ใช้กำจัดตัวเต็มวัยที่อาศัยอยู่ในบ้าน และเป็นการควบคุมยุงเมื่อต้องการป้องกันและยับยั้งการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีทั้งชนิดที่ใช้สำหรับการฉีดพ่นในบ้าน และการฉีดพ่นแบบฟุ้งกระจาย (การพ่นหมอกควันและพ่นฝอยละเอียด) สำหรับการฉีดพ่นในบริเวณกว้าง

ในส่วนของ การพัฒนาวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกนั้น ได้มีควมพยายามพัฒนากันมาเป็นเวลาหลายสิบปี แต่ประสบกับปัญหา หลายประการ ทำให้ในขณะนี้วัคซีนจึงยังอยู่ในช่วงของการทดสอบ

### ผลการดำเนินงาน

#### กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

##### ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 16 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการมีไข้ คลื่นไส้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นมา 3 วัน V/S ที่ OPD สัญญาณชีพ T=38.3 c P=118 /m R=22 /m BP=96/86 mmHg แพทย์ส่งตรวจ CBC ผล CBC = WBC 2,600 , RBC 5.63 , Hb=16.1 , Hct=46% , MCV=82 , RDW=13.6 , Plt=73,000 N=60 , L=34 , Mo=4 แพทย์วินิจฉัยเป็น DHF และรับไว้ในโรงพยาบาล

อาการสำคัญแรกเริ่ม ที่เด็กผู้ป่วยใน แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย แรกเริ่ม V/S T=38 c P=80/m R=20 /m BP=110/60 mmHg

## การรักษา

วันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/NSS 1000 cc IV drip 30 d/m สังเกตความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชั่วโมง ให้ยาปรับประทอนเป็นยาแก้ปวดคลอไซ้ Paracetamol 500 mg 2 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมงเวลาที่มีไข้ ปวดศีรษะ และ Vitamin c 2เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร และให้ส่ง CBC ซ้ำในวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา ผลความเข้มข้นของเลือด อยู่ระหว่าง 45- 46 % ยังมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ 37.5-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-92 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท แนะนำให้ญาติเช็ดตัวลดไข้เพื่อส่งเสริมความสบายและแนะนำการสังเกตอาการมีเลือดออกในร่างกาย งดอาหารที่มีสีแสด คำ น้ำตาล เพื่อสังเกตอาการ

วันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล แพทย์ยังให้ตรวจความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชั่วโมง และเพิ่มยา Alum milk 15 cc หลังอาหาร 3 เวลาให้ลดปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำลง ผลความเข้มข้นของเลือด ลดลงเหลือ 41% จึงพิจารณาให้เพิ่มปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผลความเข้มข้นของเลือด =46-49% ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอาเจียน ปวดท้อง เล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37.2-37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ผล CBC = WBC 1,830 , RBC 5.43 , Hb=15.5 , Hct45% , MCV=82.1 , RDW=13.6 , Plt=40,000 N=56 , L=40 , Mo=2 แนะนำผู้ป่วยนอนพักและระวังเรื่องการกระทบกระแทก ให้บ้วนปากแทนการแปรงฟัน และสังเกตอาการมีเลือดออกต่อ

วันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์เปลี่ยนสารน้ำที่ให้เป็น 5%D/N/2 1000cc iv drip 80 cc/hr และเพิ่มยาแก้อาเจียนก่อนอาหาร สังเกตบันทึกความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ผล CBC = WBC 5,860 , RBC 5.79 , Hb=16.3 , Hct=48% , MCV=83.2 , RDW=13.4 , Plt=20,000 N=37 , L=57 , Mo=2 เน้นดูแลเรื่องการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกและภาวะช็อก ปัสสาวะออกดี อาเจียนลดลง พักผ่อนได้สมดุลย์ของสารน้ำในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T=37 องศาเซลเซียส PR = 66 ครั้งต่อนาที RR= 20 ครั้งต่อนาที BP = 120/70 mmHg แพทย์สั่งหยุดการตรวจความเข้มข้นของเลือด ผู้ป่วยอาการดีขึ้น สดชื่นขึ้น ความสมดุลย์ของสารน้ำในร่างกายปกติ ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านในวันต่อมา และนัดติดตามอาการในอีก 4 วัน

## ปัญหาของผู้ป่วย

1. ปวดท้องและคลื่นไส้ อาเจียน
2. มีเกล็ดเลือดต่ำ
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

#### 1. ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้องและคลื่นไส้อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกปวดท้อง”

O : ทำทางไม่สุขสบาย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปวดท้องลดลง นอนพักได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุการปวดท้อง
2. ระวังการกระทบกระแทกที่หน้าท้อง
3. ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล ระวังการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
4. ให้อนอนท่า Fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนตัว
5. ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด และงดอาหารมัน
6. ให้อาบน้ำอุ่นตามแผนการรักษา
7. สังเกตอาการปวดท้อง ถ้าปวดมากควรรายงานแพทย์

ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติรับฟังและเข้าใจสาเหตุของการปวดท้อง ให้กินยา Alum

milk 30 ml ผู้ป่วยกินยาได้ ไม่อาเจียน สังเกตอาการ 30 นาที ปวดท้องลดลง นอนพักได้

#### 2. เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายเนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “หมอบอกผมว่าให้ระวังเลือดออก”

O : Plt = 20,000

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดภาวะเลือดออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเลือดออกง่าย และให้ร่วมเฝ้าระวัง

2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ระวังการพยาบาลที่ทำให้เลือดออกเช่น การเจาะเลือด งดการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เป็นต้น

3. งดการแปรงฟัน และให้ใช้ SMW บ้วนปากแทน

4. สังเกตอาการและสอบถามเรื่องอาการมีเลือดออกทุกแคว

5. เจาะเลือดทุกครั้งด้วย blood lancet และกดจนแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล

6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด

เลือด

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออก ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย ปัสสาวะ ออกดีสี

เข้มเล็กน้อย

### 3.เลี้ยงต่อภาวะ hypovolumic shock เนื่องจากมีการรั่วซึมของพลาสมาออกนอกเส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน O: เกิดเลือดต่ำ 20,000เซล/ลบ/ชม.

: ตับโต ปวดท้อง

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการเกิดภาวะ hypovolumic shock

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชม. Until stable และวัดต่อทุก 4 ชม.
  2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา และตรวจนับหยดสารน้ำให้ได้ตรงตามจำนวน
  3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ / น้ำผลไม้บ่อยๆ
  4. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง
  5. ติดตามปริมาณสารน้ำเข้าออก จากการตวง intake-output ถ้า urine น้อยกว่า 1 cc/kg/hr หรือไม่มีปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์
  6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานให้แพทย์ทราบ
  7. สังเกตอาการมีเลือดออกจากทุกระบบในร่างกาย เช่น ปวดท้องมาก อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด BP drop, Pulse pressure แคบ Pulse เบา เร็ว
  8. ดูแลให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
- ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปัสสาวะออกดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 100/60 mmHg ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เกิดภาวะ hypovolumic shock

#### สรุปผล

จากการนำเอากรณีศึกษามาเข้าประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นำข้อมูลที่ได้อาการมาวิเคราะห์ ค้นหาปัญหา ประเมินสภาพผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอาจเข้าสู่ภาวะช็อกได้ทุกรายซึ่งอาจทำให้ได้รับการพยาบาลและการวินิจฉัยได้ล่าช้า แผนกผู้ป่วยในจึงได้จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังภาวะไข้เลือดออกระยะช็อก ดังนี้

#### แนวทางการเฝ้าระวังภาวะไข้เลือดออกระยะช็อก

##### แรกรับและการเฝ้าระวัง

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักในบริเวณที่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล  
ห้องพิเศษ – ต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร  
ห้องสามัญ – จัดให้นอนพักที่เตียง 2 , 3 หรือ 13
2. จัดให้ผู้ป่วยนอนกางมุ้งเพื่อลดการแพร่กระจายของโรคจากการถูกยุงกัด
3. จัดโลชั่นทากันยุงให้ผู้ป่วย
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำทุกราย
5. ติดตามประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะตามแผนการรักษา
6. ติดตามค่าฮีมาโตคริต เจาะเลือดโดยใช้ blood lancet และกดเลือดจนเลือดหยุดดีทุกครั้ง



7. แนะนำให้มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 1 คนและแนะนำอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ เช่น อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเป็นสีดำ ชีพจรเป็นต้น
8. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงที่อาจเข้าสู่ระยะช็อก ได้แก่
  - กระสับกระส่าย
  - มือเท้าเย็น
  - ชีพจรเบาเร็ว
  - ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง
  - Pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท(ค่าปกติ 30-40 มม.ปรอท)
  - Hct เพิ่มขึ้นทันที มากกว่าหรือเท่ากับ 3 %
  - ปัสสาวะออกน้อยกว่า 100 cc/4 ชม.

#### ระยะช็อก

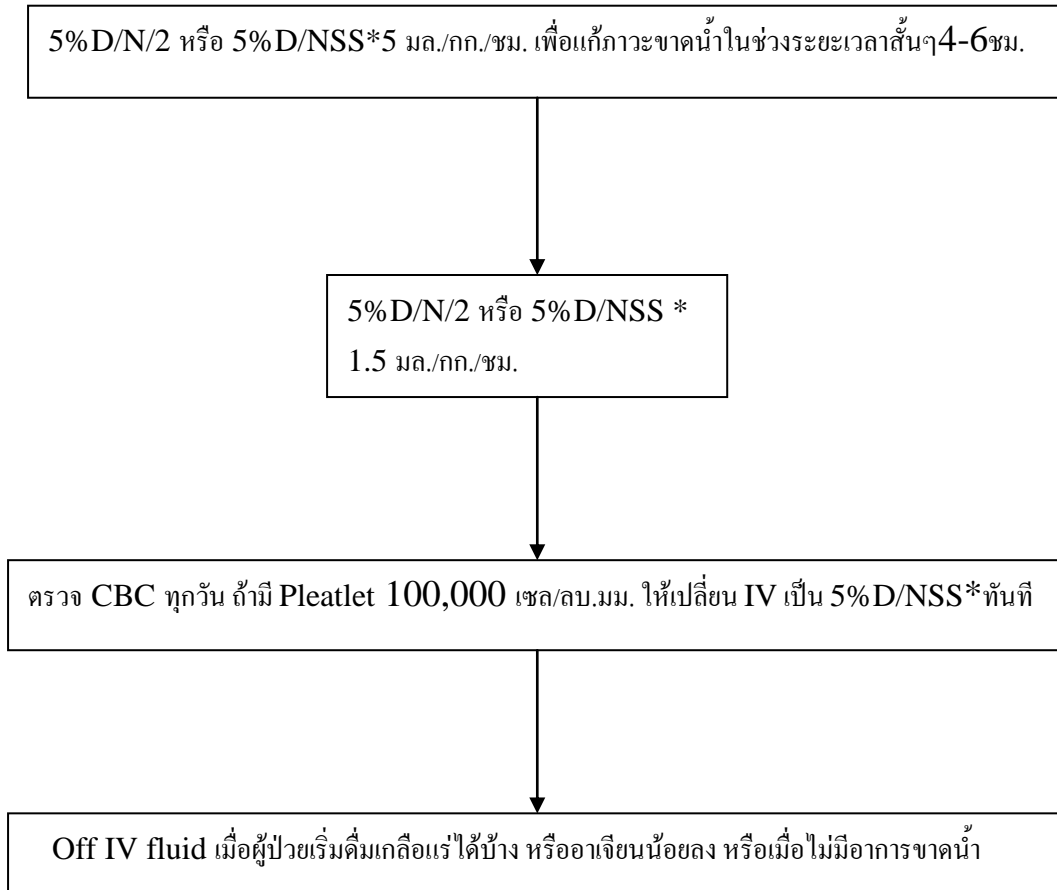
1. ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที until stable จึงวัดทุก 1-2 ชม. และลงบันทึกทุกครั้ง
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอโดยใช้เครื่อง คุมควบคุมสารน้ำ และตรวจนับจำนวนหยด ติดตามการทำงานของเครื่องทุก 1 ชม.
3. ให้oxygen mask 8 LPM/canular 3-5 LPM ทุกสายที่ช็อกและติดตาม oxygen saturation สังเกตปลายมือ ปลายเท้าเป็นระยะ
4. ติดตามบันทึกความสมดุลของสารน้ำ สังเกตปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 1 cc/kg/hr ต้องรีบรายงานแพทย์
5. กระตุ้นให้ดื่มน้ำเกลือแร่ /น้ำผลไม้บ่อยๆ โดยผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงจะช่วยให้หลอดเลือดแข็งแรง
6. ฝ้าระวังและสังเกตอาการที่แสดงถึงการมีเลือดออกในร่างกาย เช่น ปัสสาวะสีเข้มขึ้น หรือเป็นสีน้ำตาลอ่อน

ทั้งนี้การได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสมถือเป็นส่วนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะช็อก โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้สารน้ำตามระยะของโรคและอาการของผู้ป่วย พยาบาลต้องติดตามกำกับดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงจากการได้รับสารน้ำ ไม่เพียงพอ และช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตมีอาการดีขึ้น

โดยการให้สารน้ำที่เหมาะสมตามระยะของโรค มีแนวทางพิจารณาดังแผนภูมิที่ 1 และแผนภูมิที่ 2 ดังนี้

## แผนภูมิที่ 1

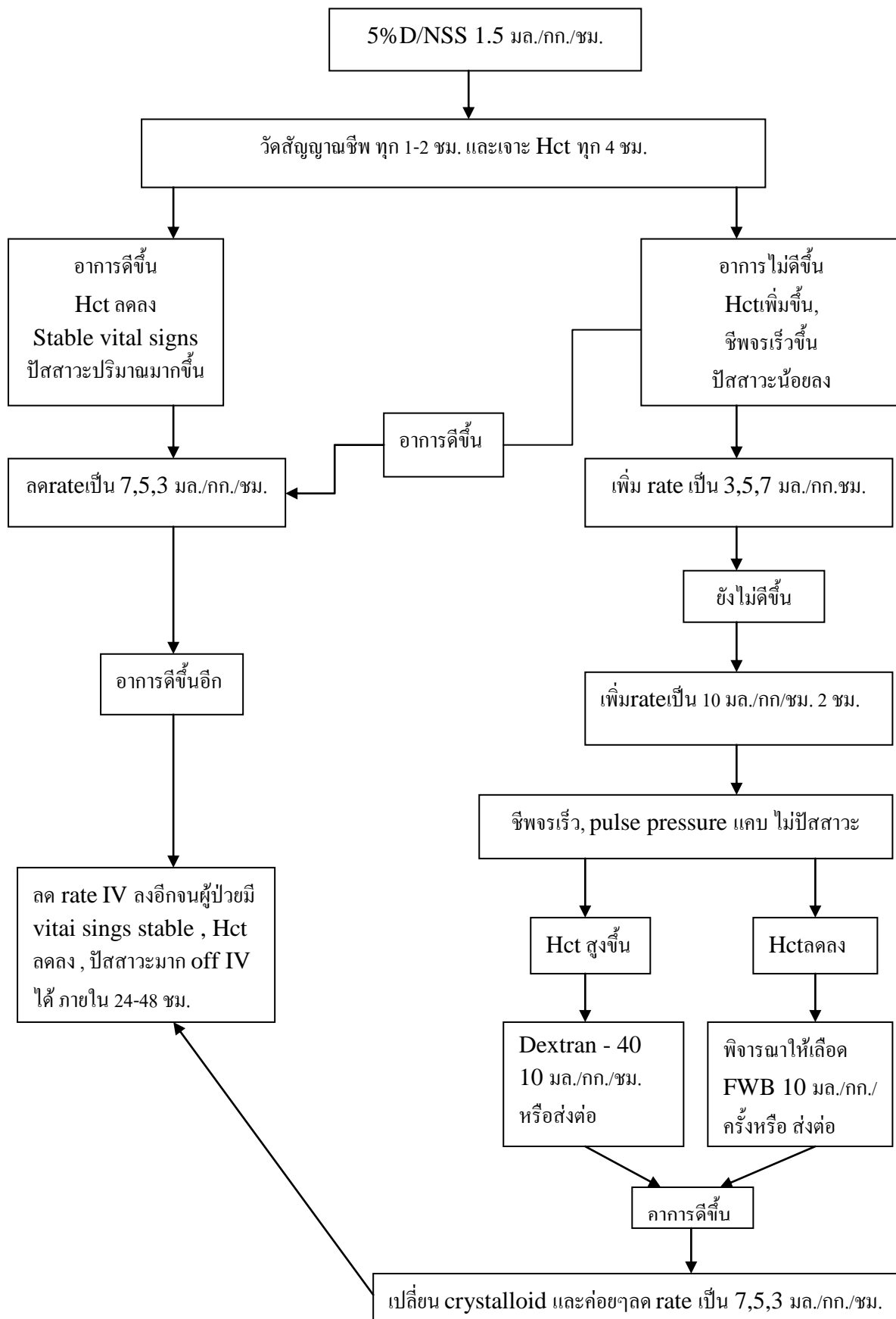
การให้ IVF ในระยะไข้  
ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดน้ำปานกลางถึงมาก หรือในผู้ป่วยที่อาเจียนมาก



\*ถ้าตรวจพบว่าผู้ป่วยมี WBC ประมาณ 100,000 เซล/ลบ.มม. หรือต่ำกว่า ร่วมกับมี relatively lymphocytosis และมี Pleatlet ประมาณ 100,000-120,000 เซล/ลบ.มม. ควรให้ 5%D/NSS เนื่องจากผู้ป่วยกำลังจะเข้าสู่ระยะวิกฤต

## แผนภูมิที่ 2

การให้สารน้ำในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก(น้ำหนัก 15-40 กก.)



## การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่บุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก  
**ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค**

- เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ และทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกที่เข้าสู่ระยะช็อกอาจทำให้ได้รับการรักษา/ส่งต่อล่าช้า

- ขาดความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ญาติและครอบครัวบาง รายไม่ทราบความก้าวหน้าของการรักษาเกิดความวิตกกังวล และไม่พึงพอใจ

- ญาติและครอบครัวบางรายไม่ตระหนัก และไม่เห็นความ สำคัญของการเฝ้าระวัง ไข้เลือดออกระยะช็อก

## ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกเจ้าหน้าที่และครอบครัวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้การดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการ การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการให้ญาติและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรคอันจะส่งผลให้ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด