

## การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย

อรพินท์ ศิริ\* พย.บ.

### บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ.2566 มีการระบาดสูงกว่าปี พ.ศ. 2565 ถึง 4 เท่า ในจังหวัดระยองมีผู้ป่วยเสียชีวิต 7 ราย คิดเป็น 0.90 ต่อแสนประชากร แม้ในอำเภอบ้านฉางจะไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ด้วยสภาวะของโรค ก็ยังเป็นความเสี่ยงที่บุคลากรสาธารณสุขจะละเลยมิได้ โดยเฉพาะ ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคประจำตัวที่ภาวะโรคอาจรุนแรงขึ้น เมื่อติดเชื้อไข้เลือดออก เช่น โรคซิด โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 8 ปี อาการสำคัญ มีไข้ อาเจียน 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย 10 ชั่วโมงก่อน มีไข้ ถ่ายเหลว อาเจียน ไอมีเสมหะ มารดานำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย gastroenteritis แพทย์ที่ตรวจในหอผู้ป่วยส่งตรวจ Dengue พบ Dengue NS1 Positive จึงได้ให้การดูแลตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น ขณะที่ให้การรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก พบว่า Hct ไม่สัมพันธ์กับโรคไข้เลือดออก แพทย์ส่งตรวจ Hb Typing Profile ผลออกมาพบ Hb E เท่ากับ 87.5 Interpretation Homozygous Hemoglobin E with or without alpha-thalassemia พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวทางของโรคไข้เลือดออกและตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ 1) มีภาวะไข้ปวดศีรษะ 2) เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสมาและเกล็ดเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่อภาวะชดลงอย่างรวดเร็วและช็อก เนื่องจากมีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากแน่นอึดอัดท้องจากการมีพลาสมา รั่วเข้าสู่ช่องท้อง 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและอาหารเนื่องจากอ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย และ 6) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson's Caring Theory) ที่เน้นการดูแลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ ให้ความสำคัญกับความรู้สึกของอีกฝ่าย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมกันดูแลรักษา เพื่อให้สภาวะของโรคดีขึ้นโดยเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลในโรงพยาบาล 12 วัน ผลการดูแลไม่เกิดภาวะช็อก และได้รับการแก้ไข อย่างเหมาะสมตามระยะของโรค ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลผู้ดูแล ให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี จากการศึกษากรณีนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัว เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การพยาบาล โรคไข้เลือดออก โรคธาลัสซีเมีย

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง Email : [pinorn.sr@hotmail.com](mailto:pinorn.sr@hotmail.com)

## Nursing care of dengue fever patients with thalassemia

Orapin Siri\* B.N.S

### Abstract

Dengue hemorrhagic fever in 2023 had a 4 times higher outbreak than in 2022 in Rayong province, there were 7 patients death, accounting for 0.90 per 100,000 population. Even in Ban Chang District, there was not a death of patient. But with the condition of the disease still a risk that health team provider cannot ignore, especially for some patients that underlying diseases with dengue hemorrhagic fever may become more severe such as anemia, thalassemia, etc.

Case study: 8- year-olds male patient. Main symptoms were fever and vomiting 10 hours before coming to the hospital. Mother sent the patient to the hospital with diagnosis gastroenteritis . The patient was examined by dengue testing and found that Dengue NS1 Positive and therefore provided care according to the guidelines established by the hospital. During medical treatment for dengue hemorrhagic fever, it was found that Hct was not related to dengue hemorrhagic fever. The doctor sent for testing to check Hb Typing Profile. The results found that Hb E equal to 87.5 Interpretation homozygous hemoglobin E with or without alpha-thalassemia. The nurse used the nursing process according to the guidelines for dengue hemorrhagic fever and thalassemia patients. The nursing diagnosis is as follows: 1) Fever and headache. 2) Risk for shock from plasma leakage and low platelets. 3) Risk for rapid anemia and shock during the high fever phase due to the underlying thalassemia 4) The patient was uncomfortable due to tight and uncomforted stomach from having plasma Leakage into the abdominal cavity 5) Patient risk for lack of fluids and nutrition due to fatigue and poor appetite and 6) Patient and relatives are worried about dengue hemorrhagic fever. Using Watson's Caring Theory, which focuses on human caring and balance of physiological emotional and spiritual (Harmony), paying attention to the feelings of the other person. Building relationship with patient and family to holistic care for the condition of the disease to improve quickly, the patient received care in the hospital for 12 days. The results of the patient care was not shock and has been appropriately resolved according to the stage of the disease. Patient have trust in the nurses who provide a good caring and cooperation. From this case study, It is suggested that a care system for dengue hemorrhagic fever patient with thalassemia should be developed. To achieve patient and not severe complications occurred. The patients can take care of themselves appropriately.

Keywords: nursing, dengue fever with Thalassemia disease

\* Registered nurse Banchang Hospital, Rayong Province Email : pinorn.sr@hotmail.com

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever, DHF) เป็นโรคติดต่อจากไวรัสเดงกี ที่มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค ลักษณะการดำเนินโรคไข้เลือดออก คือ ไข้สูงมีอาการเลือดออกและอาจเกิดภาวะช็อกทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและรวดเร็วก่อนเกิดภาวะช็อก หรือเกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง จึงต้องมีการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มของการเกิดภาวะช็อก เพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง (กมลวิช เลาประสพวัฒนา, 2560) จากการศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยกองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกปี 2564 2565 และ 2566 (มกราคม 2566 - สิงหาคม 2566) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วย 13.17, 42.18 และ 120.25 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ อัตราตาย 0.07, 0.07, 0.09 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระยอง พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2564-2566 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ อัตราป่วย 22.51, 115.14 และ 541.56 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จะเห็นว่าในปี 2566 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าสี่เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2565 และอัตราตาย 0, 0.13 และ 0.90 (7ราย) ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งอัตราตายไม่สอดคล้องกับอัตราตายของประเทศ (0.09 ต่อประชากรแสน) ในส่วนของอำเภอบ้านฉาง รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2564-2566 อัตราป่วย 38.85, 108.80, 423.55 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยไม่พบรายงานอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต จากสภาพปัญหาการระบาดดังกล่าว ในปี 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง กำหนดมาตรการเร่งรัดการควบคุมโรค และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยมุ่งเน้นลดการระบาด และควบคุมคุณภาพการรักษาอย่างเข้มงวด เพื่อลดอัตราป่วยตาย ซึ่งเมื่อพิจารณาในประเด็นคุณภาพการรักษาพยาบาล จากการศึกษารายงานการประเมินผลงานควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดระยอง สรุปปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิตคือ สาเหตุภาวะช็อกนาน ร้อยละ 61.5 ภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 22.5 และจากสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 16 จากรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จึงจะเห็นว่าภาวะช็อกเป็นความเสี่ยงสำคัญของโรคไข้เลือดออก ซึ่งจากการทบทวนทฤษฎีโรคอธิบายว่าภาวะช็อกในโรคไข้เลือดออกเกิดจากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือด โดยจะพบภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากมีไข้ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน และค้นพบอาการแสดงของภาวะช็อกได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อการรักษาพยาบาลได้อย่างทันเวลา มิฉะนั้นหากมีอาการช็อกอยู่นาน หรือเกิดระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีพยาธิสภาพเกิดจากความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบิน (hemoglobin, Hb) ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในเม็ดเลือดแดง โดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ฮีโมโกลบิน เอ (Hb A) ซึ่งเป็นฮีโมโกลบินหลักในร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยฮีม (heme) และโกลบิน (globin) ซึ่งมี 2 ชนิดได้แก่ แอลฟาโกลบิน (alpha-globin,  $\alpha$ -globin) และเบต้าโกลบิน (beta-globin,  $\beta$ -globin) โดยถูกควบคุมการสร้างด้วยยีนแอลฟาและเบต้าโกลบินตามลำดับ โรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แอลฟา

และเบต้า-ธาลัสซีเมีย เนื่องจากมีการถ่ายทอดในลักษณะยีนด้อย (autosomal recessive) ผู้ที่เป็นพาหะ (trait, carrier, heterozygote) จะมียีนธาลัสซีเมีย และยีนปกติอย่างละ 1 ยีน ซึ่งจะไม่มีอาการซีด ส่วนผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย จะมียีนธาลัสซีเมียในกลุ่มเดียวกัน 2 ยีน ทำให้การสร้างแอลฟา-โกลบินหรือเบต้า-โกลบินได้น้อยลง หรือไม่มีการสร้างเลย ส่งผลทำให้มีอาการซีด เหลือง ตับโต ม้ามโต การเจริญเติบโตไม่สมอายุเป็นต้น อุบัติการณ์ของพาหะแอลฟาและเบต้า-ธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 20-30 และมีฮีโมโกลบินผิดปกติ ที่พบบ่อย 2 ชนิด คือ ฮีโมโกลบิน อี (Hb E) ประมาณร้อยละ 13 โดยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 30-50 และ ฮีโมโกลบิน คอนแสตนท์สปริง (Hb Constant Spring, CS) พบประมาณร้อยละ 1-8 ส่วนผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพบร้อยละ 1 ของประชากรจำนวนผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเกิดใหม่และมีชีวิต โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดที่พบบ่อยมีดังนี้ (กิตติ ต่อจรัส และพิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ, 2564)

### 1. กลุ่มแอลฟา-ธาลัสซีเมีย

1.1 ภาวะทารกบวมน้ำจากฮีโมโกลบินบาร์ต (Hb Bart's hydrops fetalis) หรือ homozygous  $\alpha$ -thalassemia 1 มีความผิดปกติของยีน (genotype) เป็น  $\alpha$ -thal 1/ $\alpha$ -thal 1 หรือเขียนเป็น --/-- เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่รุนแรงที่สุด ผู้ป่วยจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังคลอด ปัญหาที่พบในมารดาระหว่างตั้งครรภ์ คือ ความดันโลหิตสูง บวม และครรภ์เป็นพิษ ปัจจุบันมีการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วินิจฉัยในครรภ์ ทำให้สามารถมีชีวิตหลังคลอด (surviving Hb Bart's hydrops fetalis) และได้รับการรักษาต่อด้วยการให้เลือดและยาขับธาตุเหล็ก

1.2 โรคฮีโมโกลบิน เอช (Hb H disease) ที่พบบ่อยมี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดที่มีการขาดหายของยีน (deletional Hb H disease) ได้แก่ genotype  $\alpha$ -thal 1/ $\alpha$ -thal 2 หรือ --/ $\alpha$  และชนิดที่ไม่มีการขาดหายของยีน(non-deletional Hb H disease) ได้แก่ genotype  $\alpha$ -thal 1/Hb CS หรือ --/ $\alpha$ CS $\alpha$  ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ อาการซีด เหลือง พบตับม้ามโตเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ถ้ามีไข้สูง จะมีภาวะซีดลงอย่างรวดเร็ว

### 2. กลุ่มเบต้า-ธาลัสซีเมีย

2.1 โรคเบต้า-ธาลัสซีเมียเมเจอร์ ( $\beta$ -thalassemia major หรือ homozygous  $\beta$ -thalassemia, homo  $\beta$ -thal) มี genotype เป็น  $\beta$ 0 / $\beta$ 0 ,  $\beta$ + / $\beta$ 0 ,  $\beta$ + / $\beta$ + (ทั้งนี้  $\beta$ + / $\beta$ + ไม่จัดว่ามีอาการรุนแรง) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะเริ่มมีอาการซีดภายในอายุ 2 ปี อาการอื่น ๆ ที่พบได้คือ ตับโต ม้ามโต รูปร่างสร้างใบหน้าเปลี่ยน การเจริญเติบโตไม่สมอายุ หากไม่ได้รับเลือดจะมีอาการซีดมาก และหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มที่พึ่งพาการให้เลือด (transfusion-dependent thalassemia, TDT)

2.2 โรคเบต้า-ธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบิน อี ( $\beta$ -thalassemia/Hb E disease,  $\beta$ -thal/Hb E) มี genotype เป็น  $\beta$ 0 / $\beta$ E หรือ  $\beta$ + / $\beta$ E อาการทางคลินิกพบได้ 3 แบบได้แก่ อาการรุนแรงมาก ปานกลาง และน้อย โดยแบ่งระดับความรุนแรงทางคลินิกตามอายุที่เริ่มวินิจฉัย และที่ได้รับเลือดครั้งแรก ขนาดของม้าม การเจริญเติบโตปริมาณเลือดที่ได้รับในแต่ละปี และระดับฮีโมโกลบินผู้ที่มีอาการรุนแรงจัดอยู่ในกลุ่ม TDT และที่มีอาการปานกลางถึงน้อย จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่พึ่งพาการให้เลือด (non-transfusion-dependent thalassemia, NTDT)

ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่การมีโลหิตจางเพียงเล็กน้อยจนถึงการมีโลหิตจางมาก ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียบางชนิดมีอาการที่รุนแรงมาก และเสียชีวิตทั้งหมดตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือภายหลังคลอดเพียงไม่กี่นาที ทั้งนี้อาการส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับชนิดของความผิดปกติของยีน (genotype) อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคที่ต่างกันนั้นอาจแตกต่างกันได้ แม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของยีนแบบเดียวกัน จึงทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีความละเอียดอ่อน จำเป็นที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องพิจารณาให้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีโลหิตจางเรื้อรัง และมีความผิดปกติของร่างกายการเจริญเติบโตช้า และมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงเป็นความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และเป็นปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีลูกหลานป่วยเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เพราะจะต้องให้การดูแลรักษาโรคที่เรื้อรังและรักษาไม่หายขาด นับว่าเป็นภาระทางการแพทย์ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ (จิตสุดา บัวขาว, 2560)

จากข้อมูลโรคไข้เลือดออกและโรคธาลัสซีเมียที่กล่าวมาพบว่าปี พ.ศ.2566 จังหวัดระยอง มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก ถึง 7 ราย คิดเป็น 0.90 ต่อแสนประชากร จึงเลือกศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็ก มาณอนรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะช็อก ถ้าให้การรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน จนเกิดภาวะช็อก น้ำเกิน และเสียชีวิตได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัวธาลัสซีเมียเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลหรือไม่
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย

### วิธีการศึกษา

ดำเนินการคัดเลือกรายกรณี โดยเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาล ใช้หลัก High risk High cost high volume New evidence/technology และComplex care จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยภาพรวมของอำเภอบ้านฉาง ตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2566 ถึงเดือน กันยายน 2566 มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก 34,74 และ 51 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาโรคไข้เลือดออกที่นอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง ที่พยาบาลต้องให้การดูแลใกล้ชิด เนื่องจากเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะช็อก ภาวะน้ำเกินจากไข้เลือดออก และยังมีเสี่ยงต่อภาวะชืดจากไข้สูง เนื่องจากมีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย ได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยอาการทุเลาจำหน่ายกลับบ้าน ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 12 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 49 วัน

### ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้

ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson's Caring Theory) ที่เน้นการดูแลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ ให้มีความสำคัญกับความรู้สึกของอีกฝ่าย มีการสร้าง

สัมพันธ์ภาพ เกิดความเชื่อมโยงประสบการณ์ทั้งสองฝ่ายจนหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียว โดยใช้การพยาบาล ศิลปะ สุนทรียศาสตร์ (นงนุช หอมเนียม, 2563) นำมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. **ขั้นประเมินสภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วย**เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพ พุดคุยสอบถามความต้องการด้านกายภาพและชีวภาพ ความต้องการด้านกายและจิตใจ ความต้องการด้านจิตสังคมและความต้องการ การพัฒนาภายในตน โดยประเมินจากสภาพร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินความต้องการ ประเมินตามทัศนคติของผู้ป่วยว่ารับรู้ปัญหาตามความต้องการอย่างไร

2. **ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล** เป็นการวินิจฉัยปัญหาในกรอบความต้องการ จากข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วย จากการประเมินสภาพร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เขียนเป็นข้อวินิจฉัยระบุปัญหาที่เกิดเนื่องจากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการรวมทั้งระบุสาเหตุของปัญหา เลือกใช้ปัจจัยการดูแลที่เหมาะสมในการแก้ไขแต่ละปัญหา

3. **ขั้นวางแผนการพยาบาล** จะวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยโดยมีการตกลงในจุดมุ่งหมายร่วมกัน

4. **ขั้นปฏิบัติการพยาบาล** จะให้ได้ตามเป้าหมายการพยาบาลต้องใช้ทักษะการสร้างสมรรถภาพ และแนวคิดปัจจัยการดูแล เพื่อให้เกิดการรับรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

5. **ขั้นประเมินผล** โดยประเมินตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินเป็นตัวตัดสินว่าบรรลุจุดมุ่งหมายมากน้อยเพียงใดโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมิน และรับรู้ร่วมด้วยเสมอ

### พยาธิสภาพของโรค

ผู้ป่วย DHF (Dengue Hemorrhagic Fever) และผู้ป่วย DSS (Dengue Shock Syndrome) จะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญ 2 ประการ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค นั่นคือ ภาวะการรั่วของพลาสมา (plasma leakage) และภาวะเลือดออกผิดปกติ (abnormal hemostasis) หากทั้ง 2 ภาวะนี้มีความรุนแรง มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต หากได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยให้อัตราการป่วยตาย ของผู้ป่วยเหล่านี้ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 สำหรับประเทศไทย ในปี 2562 พบว่ามีอัตราการป่วยตายประมาณร้อยละ 0.1 ซึ่งลดลงกว่าในอดีตและน้อยกว่าอัตราการป่วยตายของทั่วโลก (ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร และพญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2563)

โรคธาลัสซีเมีย พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) คนปกติจะมีการสร้างสายโกลบินของสายแอลฟาโกลบิน และเบต้าโกลบินที่สมดุลกัน หากเกิดความไม่สมดุลของการสร้าง globin chain หรือมี globin chain สายใดสายหนึ่งลดลง globin chain อีกลายจะสร้างมากขึ้นจนมากเกินไป มีผลทำให้เกิดการรวมตัวกัน และตกตะกอนในเม็ดเลือดแดงตัวอ่อน เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective erythropoiesis) ในไขกระดูก และกระตุ้นให้เกิดการตาย (apoptosis) เม็ดเลือดแดงตัวอ่อน (early erythroid) ในไขกระดูก นอกจากนี้เม็ดเลือดแดงตัวแก่ (late erythroid) มีการแตกง่ายขึ้น เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรัง (chronic hemolysis) การสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective erythropoiesis) ในไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะซีดร่างกายจึงปรับตัวโดยการทำให้ไขกระดูกขยายตัว เพื่อสร้าง

เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีตับม้ามโต มีกระดูกกระดูกโหลกและหน้าตาที่ผิดปกติ หรือภาวะ extramedullary erythropoiesis (สุภานัน เลาสุริโยธิน, 2564)

### รายงานผู้ป่วย

วันที่ 12 ตุลาคม 2566 เวลา 14.38น. ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 8 ปี อาการสำคัญ มีไข้ (ไข้วันที่ 1) อาเจียน 10 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย 10 ชั่วโมงก่อน มีไข้ ถ่ายเหลว อาเจียน ไอมีเสมหะมารดา นำส่งโรงพยาบาล จากการตรวจร่างกายที่ห้องฉุกเฉิน ความดันโลหิต เท่ากับ 115/57 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที น้ำหนัก 36.1 กิโลกรัม สูง 132 เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัย Acute gastroenteritis ผลการตรวจ CBC พบ Hct = 35% เกล็ดเลือด = 324,000 ให้การรักษาโดย 5% D N/2 1,000 ml IV 40ml/hr ondansetron 5mg/4ml ฉีด 3.5 mg IV PRN ADMIT หอผู้ป่วยหญิงและเด็ก Cef-3 2 gm IV OD Paracetamol 500 mg 1 tab PRN q 4 hr ORS จิบบ่อย ๆ Motilium 1 tab tid Oral AC

วันที่ 13 ตุลาคม 2566 14.00น. (ไข้วันที่ 2) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีอาการซึม รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการถ่ายเหลว ความดันโลหิต เท่ากับ 107/52 มม.ปรอท มีไข้ อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที เช็ดตัว ให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab ไข้ลดเหลือ 39.2 องศาเซลเซียส ผล Dengue IgG Screening negative Dengue NS1 Positive Dengue IgM Screening negative แพทย์บันทึกวินิจฉัย Dengue Fever (Febrile stage) แพทย์ให้ทำ Tourniquet test ไม่พบจุด มีคำสั่งเจาะ CBC และ AST ALT วันที่ 14 ตุลาคม 2566 ให้ 5% D/NSS 1,000 ml IV 30ml/hr รายงานโรค ส่งข้อมูลให้งานระบาดไปควบคุมโรค Record I/O งดอาหารดื่มน้ำ

วันที่ 14 ตุลาคม 2566 6.00น. (ไข้วันที่ 3) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีอาการซึม รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการปวดท้อง ความดันโลหิต เท่ากับ 120/66 มม.ปรอท มีไข้ อุณหภูมิ 39.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ CBC พบ Hct เท่ากับ 31% เกล็ดเลือดลดลง เท่ากับ 190,000 AST เท่ากับ 62 ALT เท่ากับ 32 แพทย์ บันทึกวินิจฉัย Dengue Fever (Febrile stage) มีคำสั่งเจาะ CBC วันที่ 15 ตุลาคม 2566 ให้ 5% D/NSS 1,000 ml IV 30ml/hr ให้ off Cef-3 เช็ดตัว ให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab ไข้ลดเหลือ 38 องศาเซลเซียส

วันที่ 15 ตุลาคม 2566 10.00น. (ไข้วันที่ 4) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการปวดท้อง ความดันโลหิต เท่ากับ 120/79 มม.ปรอท มีไข้ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ CBC พบ Hct เท่ากับ 33% เกล็ดเลือดลดลง เท่ากับ 107,000 แพทย์ บันทึกวินิจฉัย Dengue Fever (Febrile stage) มีคำสั่งเจาะ CBC และ ตรวจ UA วันที่ 16 ตุลาคม 2566 ให้ 5% D/NSS 1,000 ml IV 30ml/hr เช็ดตัว ให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab ไข้ลดเหลือ 38.5 องศาเซลเซียส

วันที่ 16 ตุลาคม 2566 10.00น. (ไข้วันที่ 5) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการปวดท้อง ความดันโลหิต เท่ากับ 107/63 มม.ปรอท มีไข้ อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ CBC พบ Hct ค่าสูงขึ้นเท่ากับ 38% เกล็ดเลือดลดลงเท่ากับ

100,000 PT INR เท่ากับ 12.6 INR เท่ากับ 1.04 PTT แพทย์ มีคำสั่งเจาะ CBC และส่งตรวจ UA ให้ 5% D/NSS 1,000 ml IV 40ml/hr Record V/S q 2 hr เช็ดตัว ให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab ไข้ลด เหลือ 38 องศาเซลเซียส ในเวรเช้า ปัสสาวะออกน้อย 100 ml แพทย์วินิจฉัย DHF (Leakage) ให้ติดตาม ดวงปัสสาวะต่อ

16.00น. Hct เท่ากับ 40% ผู้ป่วยมี ชีพจรเร็ว 106-130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต เท่ากับ 104/80 มม.ปรอท หายใจ 24 ครั้งต่อนาทีแพทย์สั่งการรักษา เพิ่ม ให้ 5% D/NSS 1,000 ml IV 80ml/hr x 4hr then 50ml/hr ส่งตรวจ CBC BUN Cr E'lyte Ca Mg Po4 LFT PT inr PTT G/M PRC 200ml x 2 dose CXR PA upright (portable) Record V/S q 1 hr omeprazole 40 mg IV q 12 hr

17.30น. Hct เท่ากับ 40% แพทย์สั่งการรักษาเพิ่ม ให้ Dextran 300 ml IV drip in 1 hr Record V/S q 15 min x 4 ครั้ง หลัง Dextran หมดให้ 5% D/NSS 1,000 ml IV 40ml/hr Hct หลัง Dextran หมด 10% calcium gluconate 10 ml ผสม sterile water 10 ml IV drip in 30 min q 6 hr

18.30น. Hct เท่ากับ 31% หลัง Dextran หมด ผู้ป่วยมีเลือดกำเดาไหลที่จมูก ประคบเย็นให้ รายงานแพทย์ ให้สังเกตภาวะเลือดไหลออกจมูกขวา หลังประคบเย็น 30 นาที เลือดหยุดไหล

23.00น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียมาก ยังนอนพักผ่อนได้ ปวดท้องเป็นบางครั้ง ในเวรบ่ายไม่มี ถ่ายดำ ความดันโลหิต เท่ากับ 120/84 มม.ปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที Hct เท่ากับ 37% ในเวรเช้าปัสสาวะออกน้อย 100 ml แพทย์ให้ติดตาม ดวงปัสสาวะต่อ ในเวรบ่ายปัสสาวะออก 300 ml

วันที่ 17 ตุลาคม 2566 01.20น. (ป่วยวันที่ 6) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ยังมีอาการปวดท้อง รู้สึกอยากอาเจียน ท้องอืด ปวดบริเวณรอบสะดือ ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะของร่างกาย ความดันโลหิต เท่ากับ 99/68 มม.ปรอท ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที Hct เท่ากับ 40% รายงานแพทย์ ให้การรักษา Dextran 300 ml IV drip in 1 hr ลด Rate 5% D/NSS 1,000 ml IV เหลือ 20ml/hr เจาะ Hct ซ้ำ 04.00น

04.15น. Hct เท่ากับ 33% รายงานแพทย์ ให้สังเกตอาการต่อ

08.00น. Hct เท่ากับ 38% แพทย์ให้การรักษา 5% D/NSS 1,000 ml IV 20ml/hr เจาะ Hct ซ้ำ

11.00น. Hct เท่ากับ 39% เกล็ดเลือดเท่ากับ 50,000 แพทย์ให้การรักษา off IV On HL ในเวรเช้า ปัสสาวะออกน้อย 100 ml แพทย์บันทึก DHF with leakage แพทย์ให้ติดตาม ดวงปัสสาวะต่อ ในเวรบ่าย ปัสสาวะออก 200 ml

วันที่ 18 ตุลาคม 2566 10.10น. (ป่วยวันที่7) อาการโดยรวม ทุเลา ยังอ่อนเพลีย เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ยังปวดท้อง ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ความดันโลหิต เท่ากับ 120/78 มม.ปรอท ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที Hct เท่ากับ 31% เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 54,000 ในเวรตึกปัสสาวะออกน้อย 100 ml แพทย์บันทึก DHF with leakage plan Lasix IV ถ้า Urine ออกน้อย แพทย์ให้ติดตาม ดวงปัสสาวะต่อ ในเวรเช้า ปัสสาวะออก 400 ml ในเวร บ่าย ปัสสาวะออก 600 ml

ภายหลังวันที่ 18 ตุลาคม 2566 ปัญหาเรื่องไข้เลือดออกลดลง แต่วันที่ 20 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมีไข้ อืดท้อง 10.00น. CXR พบ Pleural effusion มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย ไม่หอบความดันโลหิต เท่ากับ 132/80



มม.ปรอท มีไข้ อุณหภูมิเท่ากับ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที Hct เท่ากับ 27% เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นเท่ากับ 153,000 แพทย์วินิจฉัย DHF Pleural effusion with Pneumonia Ascites review of treatment ให้ Fortum 1.5 gm IV q 8 hr Paracetamol 500mg 1 tab PRN q 4-6 hr. off motilium omeprazole 40mg IV q 12 hr. (order one day) เวลา 15.39น. (20 ตุลาคม 2566) งานชันสูตร รายงานผลตรวจ Hb Typing Profile พบ Hb E เท่ากับ 87.5 Interpretation Homozygous Hemoglobin E with or without alpha-thalassemia

21 ตุลาคม 2566 Hct เท่ากับ 26% แพทย์ให้การรักษา PRC 1 unit IV in 4 hr CPM 6mg IV ก่อนให้เลือด ให้ Lasix 20mg IV หลังเลือดหมด 22.00น. Hct เท่ากับ 31% หลังจากนั้นให้การรักษา ฉีดยา Fortum 1.5 gm IV q 8 hr อาการดีขึ้นตามลำดับ 23 ตุลาคม 2566 ไม่มีอาการปวดท้อง สดชื่น รับประทานอาหารได้ Hct เท่ากับ 30% 24 ตุลาคม 2566 ช่วยตัวเองได้ สดชื่น ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ แพทย์จำหน่ายทุเลาสรุปร วินิจฉัย DHF without Shock, anemia Thalassemia Homozygous HbE, Pneumonia ไม่นัด ให้ยา Omeprazole 20mg 1 tab oral tid AC /20tab Paracetamol 500mg 1 tab oral PRN q 4-6 hr/10tab Cefixime 100mg capsule 2 tab oral bid PC /20tab

### การพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ประกอบด้วย

#### ปัญหาที่ 1

มีภาวะไข้ปวดศีรษะ อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส

#### วัตถุประสงค์

เพื่อลดอุณหภูมิให้อยู่ในภาวะปกติและผู้ป่วยสุขสบาย

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

ให้ยา Paracetamol 500 mg ตามการรักษาของแพทย์ เช็ดตัวลดไข้และไข้ประหมื่นซ้ำ 30 นาที บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดูแลให้สารน้ำตามการรักษาของแพทย์ดูแลให้พักผ่อน อธิบายให้มารดาทราบ อาการไข้จากโรคไข้เลือดออก

#### การประเมินผล

ภาวะไข้ มีทุกวัน จนถึงวันที่ 18 ตุลาคม 2566 ไข้มีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีไข้ทุกวัน อาจเนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบ วันที่ 20 ตุลาคม 2566 แพทย์ให้การรักษภาวะปอดอักเสบ ให้ยาฆ่าเชื้อ ภาวะไข้จึงลดลง 24 ตุลาคม 2566 ไม่มีไข้

#### ปัญหาที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการมีกรร่วของพลาสมาและเกล็ดเลือดต่ำ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะช็อก

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ที่แสดงว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อก เช่น ปวดท้องมาก อาเจียนซึมลงกระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

ทันที ซึ่งเป็นอาการนำเข้าไปสู่ภาวะช็อก คืออุณหภูมิต่ำ ชีพจรเต้นเร็วแต่เบา การลดลงของ Pulse pressure ที่น้อยกว่า 20 mmHg

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีภาวะใกล้ช็อก ในวันที่ 16 ตุลาคม 2566 เวลา 10.15น. (ใช้วันที่ 5) แพทย์วินิจฉัย DHF (Leakage) ตั้งแต่เวลา 16.00น. ถึงวันที่ 17 ตุลาคม 2566 เวลา 02.00น. (ใช้วันที่ 6) เป็นช่วงเวลาที่ Pulse pressure แคลเท่ากับ 22 และมี Hct 40% (ผู้ป่วยมี ชีพจรเร็ว 106-130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเท่ากับ 104/80 มม.ปรอท หายใจ 24 ครั้งต่อนาที) ในระยะนี้ แพทย์ให้การรักษา Dextran 300 ml IV drip in 1 hr 2 ครั้ง การพยาบาล ในระยะนี้ ให้การพยาบาล อย่างใกล้ชิด ตามแนวทางทำให้พ้นระยะช็อก

#### ปัญหาที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะช็อคอย่างรวดเร็วและภาวะช็อก เนื่องจากมีโรคประจำตัวธาลัสซีเมียที่ภาวะไข้ทำให้ช็อคได้เร็วขึ้น

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก จากธาลัสซีเมีย

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผล Hct ทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เปลือกตาซีด ปากซีด เป็นลมหมดสติ วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ติดตาม PRC ให้ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา แนะนำญาติให้แจ้งอาการเปลี่ยนแปลง เช่น รู้สึก วูบ เป็นลม ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยขณะอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะระยะไข้สูง รายงานแพทย์ เมื่อ Hct เพิ่ม/ลด น้อยกว่า หรือมากกว่า 3 %

#### ประเมินผล

ในวันที่ 21 ตุลาคม 2566 Hct เท่ากับ 26% แพทย์ให้การรักษา PRC 1 unit IV in 4 hr พยาบาล ให้การดูแลติดตามผล Hct อย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการให้เลือด พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้เลือด หลังจากนั้น ก่อนกลับบ้าน Hct เท่ากับ 30% ไม่เกิดภาวะช็อก

#### ปัญหาที่ 4

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจาก แน่นอึดอัดท้องจากการมีพลาสมารั่วเข้าสู่ช่องท้อง ผู้ป่วยบอกรปวดท้อง สังเกตเห็นท้องโต ตึง

#### วัตถุประสงค์

ไม่เกิดอาการ แน่น อึดอัดท้อง

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

ประเมินการหายใจทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินอาการบวมตามร่างกาย เช่น หน้าตาบวม ท้องอืด ชั่งน้ำหนักตัววันละครั้ง ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา พร้อมติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก หลังให้ยาขับปัสสาวะ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีอาการอึดแน่นท้อง ผลการตรวจปัสสาวะ วันที่ 16 ตุลาคม 2566 เวย์เข้าปัสสาวะออกน้อย 100 ml เวย์ปัสสาวะออก 300 ml วันที่ 17 ตุลาคม 2566 เวย์เข้า ปัสสาวะออก 400 ml ในเวย์ปัสสาวะ

ปัสสาวะออก 600 ml (โดยไม่ได้ให้ยาขับปัสสาวะ)

### ปัญหาที่ 5

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและอาหาร เนื่องจากอ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย

#### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อ ร่างกาย

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัดให้ดื่มน้ำเกลือแร่ตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา แนะนำงดอาหารที่มีสีดำ สีแดง หรือสีน้ำตาล เนื่องจากอาจทำให้มีปัญหาในการประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยอาเจียนเป็นสีดำ ให้บ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง สังเกตอาการที่ชี้บ่งการขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง แดงเป็นต้น

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยริมฝีปากไม่แห้ง รับประทานอาหารและน้ำได้

### ปัญหาที่ 6

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในโรคไข้เลือดออก

#### วัตถุประสงค์

เพื่อลดความกังวลของญาติในโรคที่เป็นอยู่

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

ให้การพยาบาลใกล้ชิด นุ่มนวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้แก่สาเหตุอาการ และอาการแสดงแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมเปิดโอกาสให้ญาติ และผู้ป่วยพูดคุยซักถาม รับฟังผู้ป่วย และญาติอย่างสงบ เป็นธุระ ให้การช่วยเหลือ เช่น เมื่อมารดาขอกลับไปทำธุระที่บ้าน พยาบาลเจ้าของไข้จะคอย เดินไปดูดูแลอย่างใกล้ชิด

#### ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความไว้วางใจ ไม่ร้องกวน ในช่วงเวลาที่มารดามีธุระ ไปภายนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถอยู่กับพยาบาลเจ้าของไข้ได้

#### วิจารณ์

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 8 ปี อาการสำคัญ มีไข้ อาเจียน 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย 10 ชั่วโมงก่อน มีไข้ ถ่ายเหลว อาเจียน ไอมีเสมหะ มารดานำส่งโรงพยาบาล จากการตรวจร่างกายที่ห้องฉุกเฉิน ความดันโลหิต เท่ากับ 115/57 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที เบื้องต้นแพทย์วินิจฉัย gastroenteritis แต่ต่อมา วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ผล Dengue NS1 Positive แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาระบาดของโรคไข้เลือดออก แพทย์ส่งตรวจ Dengue จึงวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการรักษา พยาบาล ในช่วงเวลาระยะของโรคอย่างเหมาะสม พยาบาลมีการรายงานแพทย์ ตามมาตรฐานที่หน่วยงานตั้งไว้ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นระยะซ็อก ในส่วนโรค Thalassemia Homozygous HbE มารดาให้ประวัติ ไม่มีโรคประจำตัว แต่ผล Hct ไม่

สอดคล้องกับภาวะซ็อกในไขเลือดออก วันที่ 20 ตุลาคม 2566 แพทย์ส่งตรวจ Hb Typing Profile ผลออกมา พบ HbE เท่ากับ 87.5 Interpretation Homozygous Hemoglobin E with or without alpha-thalassemia หลังพ้นระยะซ็อก ผู้ป่วยยังมีไข้ จากภาวะปอดอักเสบ แพทย์ให้ยาฆ่าเชื้อจนภาวะติดเชื้อปอดทุเลา วันที่ 21 ตุลาคม 2566 Hct ลดลง เหลือ 26% จากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย แพทย์ให้ PRC 1 unit IV พยาบาลให้การดูแลให้ได้รับเลือดอย่างถูกต้องเหมาะสมมีการประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ป่วยไขเลือดออกที่มีโรคประจำตัวธาลัสซีเมีย จะมีการดูแลต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว คือ การเฝ้าระวังภาวะซ็อกจากซิด ที่อาจเกิดได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยรายกรณีนี้ ได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การพยาบาลโดยทฤษฎี การดูแลมนุษยของวัตสัน (Watson's Caring Theory) เป็นแนวทางให้พยาบาลมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจ เชื่อใจ ในการดูแล ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมดูแลตนเองจนทำให้เกิดผลดีด้านจิตใจ ความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวในสภาวะของโรคที่รุนแรง

### สรุป

โรคไขเลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะซ็อกได้ ถ้าให้การดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม ในกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นไขเลือดและยังมีโรคธาลัสซีเมีย ที่มีภาวะซิด ต้องได้รับเลือด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อรายงานแพทย์และการแก้ไขอาการผิดปกติอย่างทันท่วงที โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤต ป้องกันภาวะซ็อกและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พยาบาลได้ใช้ความรู้เกี่ยวกับโรคไขเลือดออกและโรคธาลัสซีเมีย และหลักการพยาบาลตามระยะการดำเนินโรค ที่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว โดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่มีการวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง ได้แก่ ปัญหา 1) มีภาวะไขปวดศีรษะ 2) เสี่ยงต่อภาวะซ็อกจากการรั่วของพลาสมาและเกล็ดเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่อภาวะซิดลงอย่างรวดเร็วและภาวะซ็อกจากธาลัสซีเมีย 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจาก แน่นอึดอัดท้องจากการมีพลาสมารั่วเข้าสู่ช่องท้อง 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและอาหาร และ 6) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในโรคไขเลือดออก เมื่อวินิจฉัยการพยาบาลถูกต้อง วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคไขเลือดออกและโรคธาลัสซีเมีย การทำงานที่เกี่ยวข้องกันของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นอย่างดี ควรมีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ต้องมีทักษะในการคัดกรองประเมินและเฝ้าระวัง เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย จากกรณีศึกษาทำให้ทราบว่าพยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องโรคไขเลือดออก ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคซิด โรคเรื้อรังอื่น ๆ อันจะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

### เอกสารอ้างอิง

กมลวิช เล่าประสพพัฒนา. (2560). *การติดเชื้อไวรัสแดงก็จากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ*. สงขลา : สหมิตรพัฒนา

การพิมพ์.

กิตติ ต่อจรัส และพิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. (2564 ). *แนวทางเชปฏิบัติสำหรับรักษาภาวะโลหิตจาง*

*และธาลัสซีเมีย*. สืบค้นจาก [http://www.tsh.or.th/file\\_upload/files/Thalassemia.pdf](http://www.tsh.or.th/file_upload/files/Thalassemia.pdf)

เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566

จิตสุดา บัวขาว. (2560). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, (2566) *สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1467320230913093831.pdf>.; เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2566

ธีระพงษ์ ตันทวีเชียรและพญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2563). *แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงกึ่งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2563*. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สุภานัน เลาสุริโยธิน, (2564). *โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย(Thalassemia)*. [https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/32\\_CUPA2021-ebook.pdf](https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/32_CUPA2021-ebook.pdf) เข้าถึงเมื่อ 20-11-66

นงนุช หอมเนียม. (2563). *เอกสารการสอนรายวิชา 9551201 ชื่อนาวิชาโมโนติ และทฤษฎีทางการพยาบาลนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563*. 11 ธันวาคม 2563 บุรีรัมย์ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์