

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็ก

เสนอโดย

นางสาววลัยพร จอมเกาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 850)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2556 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม 2556)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

โรคไข้เลือดออก หรือไข้เลือดออกเดงกี (ไวรัส ตั้งใจรบ และศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2550:1) เป็นโรคที่มีการระบาดครั้งแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ.2497 ทั้ง ๆ ที่มีรายงานของไข้เลือดออกเดงกีมานานหลายศตวรรษจากภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก สำหรับสถานการณ์ในระดับโลกพบว่า ปัจจุบันมีการระบาดของไวรัสเดงกี (Dengue virus) อย่างกว้างขวางไปทั่วโลก จนทำให้ไวรัสเดงกีถูกจัดเป็นไวรัสที่มีอยู่เป็นพาหะนำโรคที่พบแพร่ระบาดมากที่สุดในโลก เมื่อเปรียบเทียบกับไวรัสที่มีอยู่เป็นพาหะนำโรคอื่น ๆ การที่จะควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ขึ้นอยู่กับความเข้าใจแง่มุมของโรค และการแก้ปัญหาอย่างครบวงจร โดยการนำความรู้ใหม่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

พยาธิสรีรภาพ

เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีอยู่ในต่อมน้ำลายกัดคน เชื้อไวรัสจะแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด มีการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส มีระยะฟักตัว 3-15 วัน ส่วนใหญ่ประมาณ 5-6 วัน ผู้ป่วยจะมีเชื้อไวรัสอยู่ในกระแสเลือดช่วง 5-7 วันแรกตั้งแต่มีไข้ (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, วันลา กุลวิจิต และอุษา ทิสยากร, 2546:1)

เชื้อไวรัสที่อยู่ในกระแสเลือดจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดการตอบสนองทั้งแบบแอนติบอดี (antibody) ไซโตคิน (cytokine) และแบบฟิงเซลล์ (cellular) ทำให้มีการสร้าง dengue specific antibody (IgG, IgM, IgE), antiplatelet antibody ร่วมกับการหลั่งไซโตคินชนิดต่าง ๆ มีผลกระตุ้นระบบ complement, coagulation และ fibrinosis โดยส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (สุจิตรา นิมมานนิตย์, 2550)

1. มีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดฝอย พบว่า หลอดเลือดฝอยเปราะและแตกง่าย (fragility) ทำให้การทดสอบ tourniquet เป็นผลบวก
2. จำนวนเกล็ดเลือดลดลงและมีหน้าที่ของเกล็ดเลือดบกพร่อง
3. อายุของเกล็ดเลือดสั้นลงมากในระยะเฉียบพลัน แต่จะกลับเป็นปกติในระยะฟื้นตัว การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นเหตุผลว่าไม่ควรให้เกล็ดเลือดเพื่อป้องกัน เพราะเกล็ดเลือดจะถูกทำลายไปอย่างรวดเร็ว
4. มีการแข็งตัวของเลือดบกพร่อง (coagulopathy) และมี acute DIC (Disseminated Intravascular Coagulation) ซึ่งมีผลทำให้เกิดเลือดออกมาก ส่วนใหญ่จะเกิดในกรณีที่มีภาวะช็อกอยู่นาน
5. ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ ตับวาย อาจจะมีการแข็งตัวของเลือดบกพร่องจากหน้าที่ของตับ

เสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีตับโต สาเหตุของตับโต อธิบายได้จากการที่มี reticuloendothelial proliferation มี replication ของไวรัสแดงกึ่งในเซลล์ kupffer จากการที่พบว่าในระยะเฉียบพลันของโรคมีการทำลายของเกล็ดเลือด โดยจะพบที่ตับมากกว่าที่ม้าม อาจจะเป็นคำอธิบายของการมีตับโตเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นตัว จะพบการทำลายเกล็ดเลือดที่ม้ามมากกว่าที่ตับซึ่งเป็นตามปกติ ส่วนใหญ่หน้าที่ของตับจะเปลี่ยนแปลงไม่มาก จะเพิ่มระดับของ alanine aminotransferase (ALT) เพียงเล็กน้อย สารที่เพิ่มระดับชัดเจนคือ aspartate aminotransferase (AST) โดยจะเพิ่มเป็น 2-3 เท่าของ ALT

อาการและอาการแสดง

ส่วนใหญ่คนที่ได้รับเชื้อไวรัสแดงกึ่งเป็นครั้งแรกมักไม่มีอาการ หรืออาจมีเพียงไข้สูง ปวดกระตุก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ และเบื่ออาหารเท่านั้น แต่ในคนที่ติดเชื้อนี้เป็นครั้งที่ 2 โดยเฉพาะเชื้อนั้นเป็นเชื้อที่ต่างสายพันธุ์กับครั้งแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงช็อกได้ โดยอาการของโรคไข้เลือดออกแบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ ระยะไข้ ระยะช็อก และระยะพักฟื้น (วารุณี วัชรเสวี, 2555: C5)

1. ระยะไข้ หรือระยะที่ 1 ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีไข้สูงลอย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หน้าแดง อาจมีจุดเลือดออกตามผิวหนัง หรือมีเลือดออกบริเวณอื่น เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนมีเลือดปน ถ่ายอุจจาระสีดํา เป็นต้น โดยอาการจะเป็นอยู่ประมาณ 2 - 7 วัน

2. ระยะช็อก หรือระยะที่ 2 ในบางรายขณะที่ไข้ลดลง ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงคือ ซึมลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีพจรเต้นเร็วและเบา บัสสาวะน้อย ในบางรายมีอาการปวดท้องมาก ท้องโตขึ้น หายใจหอบเหนื่อย บางรายมีเลือดออกมาก เช่น เลือดออกในทางเดินอาหารทำให้อุจจาระสีดํา หรืออาเจียนเป็นเลือด หรือมีเลือดกำเดาไหล ผู้ป่วยในระยะนี้อาจมีอาการช็อก ความดันโลหิตต่ำ และถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 - 2 วัน แต่ในบางราย ผู้ป่วยมีอาการไม่มาก หลังจากไข้ลง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากระยะที่ 1 เข้าสู่ระยะที่ 3 เลย

3. ระยะพักฟื้น หรือระยะที่ 3 ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตกลับเข้าสู่ปกติ บัสสาวะออกมากขึ้น ในบางรายอาจมีผื่นเป็นวงขาว ๆ บนพื้นสีแดงตามผิวหนัง โดยเฉพาะที่ขาทั้ง 2 ข้าง ผื่นมักไม่คันและไม่เจ็บ

การวินิจฉัย

โรคไข้เลือดออก มีลักษณะทางคลินิกที่สามารถทำให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าภาวะวิกฤต 4 อย่างที่สำคัญ คือ (วารุณี วัชรเสวี, 2555: C6)

1. มีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไข้จะสูงลอย 2-7 วัน บางรายอาจจะมีไข้สูงเกิน 7 วัน ได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีหน้าตาแดง และมักไม่ไอ ในระยะไข้สูงผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน และปวดท้องได้ เด็กโต อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยแขนขา เด็กเล็กอาจมีอาการชักร่วมกับภาวะไข้สูง

2. มีอาการเลือดออกส่วนใหญ่จะพบภาวะเลือดออกที่ผิวหนังมี petechiae ถ้าทดสอบ tourniquet จะให้ผลบวกตั้งแต่วันที่ 2-3 วันแรกของโรค อาจมีเลือดออกที่อื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เลือดกำเดาไหล อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

3. ตับโต กดเจ็บ

4. ในรายที่มีอาการรุนแรง ประมาณร้อยละ 30-50 อาจมีภาวะช็อกเกิดขึ้น ผู้ป่วยทุกรายจะมีเกล็ดเลือดต่ำลงก่อนที่ระดับฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงว่ามีการรั่วของพลาสมา การเปลี่ยนแปลงทั้งสองอย่างนี้จะเกิดก่อนไข้ลด และเกิดก่อนภาวะช็อก

การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

นอกจากแพทย์จะวินิจฉัยโรค ไข้เลือดออกจากการซักประวัติเบื้องต้น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคนี้ได้แม่นยำยิ่งขึ้น ได้แก่ (สุวรรณดี วิษณุ โยธิน, 2557:1)

1. ตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด (Complete Blood Count :CBC) จะตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100,000) เม็ดเลือดขาวค่อนข้างต่ำ และความเข้มข้นของเลือดสูง

2. ในปัจจุบันบางโรงพยาบาลสามารถส่งเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue non-structural protein 1 antigen หรือ Dengue NS1 ag) ได้ ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้แม่นยำขึ้น

การรักษา

ขณะนี้ยังไม่มียาด้านไวรัสที่มีฤทธิ์เฉพาะสำหรับเชื้อเดงกี การรักษาตามอาการและประคับประคอง ซึ่งได้ผลดีถ้าให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่วินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก ดังนี้ (วิรัตน์ ตั้งใจรบ และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2550:507-525)

1. ระวังไข้สูง ถ้าไข้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้จำพวกพาราเซตามอล ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อครั้ง ไม่ควรให้ยาจำพวกแอสไพริน ควรให้ยาลดไข้เป็นครั้งคราว เมื่อมีไข้สูงมากเท่านั้น การให้ยาลดไข้มาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อตับได้

2. ให้น้ำให้เพียงพอ การมีไข้สูง เบื่ออาหาร อาเจียน ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือ oral rehydration solution (ORS) ถ้าเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ให้ ORS 1 ส่วน ดื่มนมหรือน้ำตาม 1-2 ส่วน ในรายที่อาเจียนควรดื่มน้ำครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ ครั้ง

3. ติดตามดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ระยะที่เกิดอาการช็อกส่วนใหญ่จะเป็นพร้อม ๆ กับที่ไข้ลด เวลาที่เกิดช็อกจะแตกต่างกันไปแล้วแต่ระยะเวลาไข้ โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะในระยะแรกที่ยังมีไข้ แต่ต้องดูแลอาการอย่างใกล้ชิด โดยติดตามดูระดับเกล็ดเลือดและฮีมาโตคริต และการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยแบ่งตามระยะของโรค ดังนี้ (วิรัตน์ ตั้งใจรบ และศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2550:507)

1. ระยะไข้ ปัญหาที่พบมี ดังนี้

1.1 ไข้สูง ปวดเมื่อยตามตัว และปวดกระบอกตา การพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กรณีมีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ให้เช็ดตัวลดไข้ ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ให้ยาลดไข้ (Paracetamol ขนาด 10 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อครั้ง ห่างกันไม่น้อยกว่า 4-6 ชั่วโมง ประเมินและบันทึกอาการผิดปกติจากพิษของการได้ยาลดไข้เกินขนาด เช่น ซึม รู้สึกไม่สบายตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ) ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำผสมผงเกลือแร่ หรือน้ำผลไม้ น้ำซูป น้ำข้าวใสเกลือเล็กน้อย

1.2 คลื่นไส้ อาเจียน การพยาบาล ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด ดื่มน้ำสะอาด หรือน้ำตาล ในรายปฏิเสธไม่ยอมรับประทานอาหาร ควรกระตุ้นให้ดื่มนม น้ำข้าว น้ำผลไม้ ดื่มน้ำผสมผงเกลือแร่

1.3 ปวดท้อง การพยาบาล จัดทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อยหรือนอนในท่าที่สบายที่สุด ระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือน โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง เสื้อผ้าที่ผู้ป่วยสวมใส่ควรอ่อนนุ่ม หลวมสบายและแห้งอยู่เสมอ

1.4 เลือดออก การพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยมีเลือดออกต้องรายงานแพทย์ ประเมินจำนวนเลือดที่ออกมาและลงบันทึกให้ชัดเจน ห้ามนวดเข้ากล้ามเนื้อ กรณีมี petechiae คอยดูแลให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอ

1.5 เกล็ดเลือดต่ำ/Hematocrit สูงขึ้น การพยาบาล รายงานแพทย์เมื่อมีเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า หรือเท่ากับ 100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร และมี Hematocrit สูงขึ้นจากเดิมมากกว่า เจาะ Hematocrit และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

1.6 อาการนำของภาวะช็อก การพยาบาล ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกและ รายงานให้แพทย์ทราบโดยด่วนได้แก่ ไข้ลงแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นหรือเลวลง มีเลือดออกมากผิดปกติ อาเจียน ตลอดเวลา ปวดท้องมาก ซึมมาก ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ บางรายกระหายน้ำตลอดเวลา เด็กเล็กจะร้องกวนมาก เด็กโตจะกระสับกระส่าย พลิกตัวไปมาไม่ยอมนอน ความประพฤติเปลี่ยนแปลงในช่วงไข้ลง เช่น ะอะโวยวาย พูดไม่รู้เรื่อง เพื่อ ปลายมือปลายเท้าเย็น เหงื่อออก ตัวเย็นขึ้น เล็บเขียว ตัวลาย สีผิวคล้ำกว่าปกติ ไม่ถ่ายปัสสาวะนานเกิน 4-6 ชั่วโมง

2. ระยะช็อก ปัญหาที่พบมี ดังนี้

2.1 การรื้อของพลาสมา การพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ซึพจร หายใจ และ ความดันโลหิตทุก 2-4 ชั่วโมง ถ้าซึพจรเบาควรรายงานแพทย์ เจาะ Hematocrit ทุก 4-6 ชั่วโมง ควรกระตุ้นให้ ดื่มนม น้ำข้าว น้ำผลไม้ ดื่มน้ำผสมผงเกลือแร่ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาโดยเคร่งครัด

2.2 ภาวะ Shock/Impending Shock การพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะวิกฤต

ขณะช็อกวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ถ้าพบว่า pulse pressure น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบา ควรรายงานแพทย์โดยด่วน เจาะ Hematocrit บันทึกลงเวลาที่ผู้ป่วยช็อก

2.3 เลือดออก ในระยะนี้จะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะช็อกนาน การพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยมีเลือดออกต้องรายงานแพทย์ ประเมินจำนวนเลือดที่ออกมาและลงบันทึกให้ชัดเจน ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ กรณีมี petechiae คอยดูแลให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอ อย่าเกา กรณีมี epistaxis ควรรายงานแพทย์พร้อม กับให้ผู้ป่วยนอนราบใช้กระเป๋าน้ำแข็งหรือผ้าเย็นวางไว้ที่หน้าผาก และบีบคั้งจมูกเพื่อให้เส้นเลือดหดตัว หากไม่หยุดรายงานแพทย์และเตรียมทำ anterior nasal packing แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดในช่องปากอยู่เสมอ ควรแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หรือใช้น้ำยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน ห้ามใส่ nasogastric tube เพื่อ irrigate เพราะจะทำให้เลือดออกไม่หยุด

2.4 ภาวะขาดออกซิเจน การพยาบาล การตรวจนับหายใจ สังเกตอาการขาดออกซิเจน เช่น หน้าและเปลือกตาซีด ะอะโวยวาย เจ็บ หอบ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95% ให้ Oxygen และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อรายงานแพทย์โดยด่วน

2.5 ปัสสาวะออกน้อย การพยาบาลบันทึก intake-output อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ในรายที่ใส่สายสวนปัสสาวะให้บันทึกทุก 1 ชั่วโมง ต้องเฝ้าระวังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัด

2.6 ภาวะน้ำเกิน การพยาบาล จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา หรือนอนตะแคงเอ ด้านขวาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย การตรวจนับหายใจ รวมปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด และรายงานแพทย์หากผู้ป่วยมีอาการบวม เพื่อพิจารณาลดสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และแพทย์อาจพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ

3. ระบุพื้นที่ตัว ปัญหาที่พบมี ดังนี้

3.1 คับตามผิวหนัง การพยาบาล คอยดูแลให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอไม่เกา ให้อาบน้ำหรือยา รับประทานตามแผนการรักษา

3.2 เพื่อย ท้องอืด เบื่ออาหาร การพยาบาล ดูแลความสะอาดปากและฟัน จัดเตรียมอาหาร ที่มีคุณค่าให้ครบถ้วน ให้ดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำเกลือแร่

3.3 ภาวะหายใจเร็ว/หายใจลำบาก การพยาบาล จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศาจะช่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย การตรวจนับหายใจ สังเกตอาการขาดออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95 % รวมปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด และรายงานแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ไข้เลือดออกมีอาการและความรุนแรงของโรคหลายระดับตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยไปจนถึงเกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จากสถิติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยโรค

ไข้เลือดออกจำนวน 89 ราย, 279 ราย และ 128 รายในปีพ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ที่มสุขภาพของทั้งแพทย์ พยาบาล รวมถึงผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะวิกฤติ ผู้จัดทำเห็นความสำคัญจึงจัดทำกรณีศึกษาในผู้ป่วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็ก จากตำราเรียนและเอกสารวิชาการจากอินเทอร์เน็ต และปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย
2. เลือกกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 4 ปี 10 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยประวัติการเจ็บป่วย มีไข้ ไอ มีน้ำมูกใสมา 6 วัน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 29 กรกฎาคม 2556 HN 56619/51, AN 10988/56
3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีตรวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรคและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อช่วยเหลือได้ทันที่
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้การปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง
6. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาในเวชระเบียน
7. สรุปผลการศึกษาเฉพาะราย จัดทำเอกสารวิชาการ นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ -ไม่มี-

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 4 ปี 10 เดือน รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 29 กรกฎาคม 2556 เวลา 9.30 น.ญาติให้ประวัติว่า 6 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอ มีน้ำมูกใส พาไปรักษาที่คลินิก 3 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังมีอาการไข้สูง รับประทานอาหารได้ลดลง อาเจียน 2 ครั้ง จึงพามาโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วยอ่อนเพลียปากแห้ง ไอห่า ๆ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 29.3 กิโลกรัม แพทย์มีแผนการรักษาให้เจาะเลือดส่งตรวจ CBC พบว่า WBC 2,500 THSD/CUMM (ค่าปกติ 4,500-10,000 THSD/CUMM), Platelet 100,000 THSD/CUMM (Platelet 100,000 THSD/CUMM), Hematocrit 40.5% (ค่าปกติ 40-54%) ให้สารน้ำ 5%D/N/2 1,000 ml อัตราความเร็ว 65 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัญหาทางการพยาบาลคือ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีไข้สูง ให้การพยาบาล เช็ดตัวลดไข้ พร้อมทั้งสอนและสาธิตวิธีเช็ดตัวลดไข้

ที่ถูกต้อง มารดาฉีดตัวลดไข้ตามแนะนำ หลังฉีดตัวและรับประทานยาลดไข้ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ปากแห้งรับประทานอาหารได้น้อย อุณหภูมิกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตเบา Hematocrit 38.5% ปัญหาทางการพยาบาลคือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ให้การพยาบาล วัดสัญญาณชีพเป็นทุก 2 ชั่วโมง และเจาะ Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง รายงานแพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึก intake –out put ทุก 8 ชั่วโมง หลังให้การพยาบาล ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตชัดเจน และค่า Hematocrit 36 % รับประทานอาหารได้ 4-5 คำ คัดน้ำผสมผงเกลือแร่ 100 มิลลิลิตร มีคลื่นไส้ไม่อาเจียน intake 730 มิลลิลิตร และ output 300 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง เวลา 23.00 น. แพทย์ลดสารน้ำลงเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 70 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มารดามีสีหน้าวิตกกังวล ปัญหาการพยาบาลคือ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลให้คำแนะนำ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับอาการ การรักษา บอกรุผลของการพยาบาล ด้วยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ทำทางเป็นมิตร ปลอดภัยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามและให้ระบายความรู้สึก คอยช่วยเหลือมารดาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มารดารู้สึกไว้วางใจ ให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาล แนะนำบิดามารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะได้รับการรักษา มารดามีความวิตกกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการพยาบาลดี

วันที่ 30 กรกฎาคม 2556 เวลา 6.00 น. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่ปวดท้อง ไม่ปวดศีรษะ รับประทานได้น้อย เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล ให้การพยาบาล ดูแลให้ได้ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด งดอาหารสีดำ แดง หรือน้ำตาล ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับประทานอาหาร จึงให้ดื่มนม น้ำผลไม้ คัดน้ำผสมผงเกลือแร่แทน intake 690 มิลลิลิตร และ out put 100 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตเบา Hematocrit 46 % ปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ให้การพยาบาล วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง และเจาะ Hematocrit ทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพิ่มสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แล้วประเมินความดันโลหิตซ้ำพบว่าความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตเสียงดังพอดควร รายงานแพทย์เพิ่มสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 9.00 น. ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตดังชัดเจน Hematocrit 43% แพทย์ลดสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 12.00 น. ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตดังพอดควร Hematocrit 41% แพทย์เพิ่มสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง intake 800 มิลลิลิตร และ out put 100 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตเบา

วัดสัญญาณชีพเป็นทุก 1 ชั่วโมง และเจาะ Hematocrit ทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพิ่มสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 17.00 น. ติดตามสัญญาณชีพพบว่า ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตเบา Hematocrit 45% รายงานแพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น Dextran 150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 19.00 น. ติดตามสัญญาณชีพพบว่า ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตชัดเจน รายงานแพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 22.00 น. ติดตามสัญญาณชีพพบว่า อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตชัดเจน เจาะ Hematocrit 39 % สังเกตอาการของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ไม่ปวดท้อง ไม่ปวดศีรษะ intake 1,700 มิลลิลิตร และ out put 200 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง รายงานแพทย์ให้ลดอัตราความเร็วของสารน้ำเป็น 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วันที่ 31 กรกฎาคม 2556 เวลา 7.00 น. ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ไม่ปวดท้อง ไม่ปวดศีรษะ รับประทานข้าวต้มได้ 2 ช้อนโต๊ะ ดื่มน้ำผสมผงเกลือแร่ได้ intake 1,160 มิลลิลิตร และ out put 200 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง และเจาะ Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง หลังให้การพยาบาล วัดความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตเบา เจาะ Hematocrit 45% รายงานแพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น Dextran 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 8.00 น. ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตชัดเจน รายงานแพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 5%D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราความเร็ว 90 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 10.00 น. แพทย์มีคำสั่งให้เจาะเลือด CBC พบว่า WBC =7,900 THSD/CUMM, Platelet =29,000 THSD/CUMM, Hematocrit 38.5% , AST =80 U/L(ค่าปกติ < 50U/L) , ALT=24 U/L(ค่าปกติ < 50U/L), ALP=69 U/L (ค่าปกติ 30-120 U/L) ปัญหาทางการพยาบาลคือ เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ ให้การพยาบาลที่นุ่มนวลป้องกันการกระทบกระแทกของร่างกาย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง วัดสัญญาณชีพเป็นทุก 2 ชั่วโมง และเจาะ Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง สังเกตภาวะเลือดออกในร่างกาย ไม่พบว่ามีเลือดออกจากอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่มีผื่นไม่คัน ผู้ป่วยมีอาการหายใจแรง แน่นท้อง ตัวบวม อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ปัญหาทางการพยาบาลมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ให้การพยาบาลโดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ตรวจนับหายใจ ผลการพยาบาล ปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดพบว่าไม่สมดุล และรายงานแพทย์แพทย์ให้ On Oxygen cannular 2 LPM ส่ง CXR ผลการตรวจเป็น bilateral plural effusion, more on right ความดันโลหิตชัดเจน แพทย์จึงปรับสารน้ำเป็น 5%D/NSS 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วันที่ 1 สิงหาคม 2556 เวลา 14.00 น. ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย หายใจแรง อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% มีอาการแน่นท้อง ไม่มีเลือดออกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ปัญหาทางการพยาบาลคือมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ให้การพยาบาล วัดสัญญาณชีพเป็นทุก 2 ชั่วโมง ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงความดันโลหิตชัดเจน Hematocrit 33% รายงานแพทย์ให้หยุดให้สารน้ำ

และให้ฉีด Lasix 15 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ การพยาบาล ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 -100/70 มิลลิเมตรปรอท intake 300 มิลลิลิตร และ out put 800 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง อาการแน่นท้องลดลง อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100%

วันที่ 2-3 สิงหาคม 2556 น. ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่หอบ ไม่มีอาการแน่นท้อง ไม่มี เลือดออกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หยุดการให้ออกซิเจนหลังหยุดการให้ออกซิเจน ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ดี ไม่อาเจียน ไม่ปวดท้องความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท จับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในร่างกาย 100% แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน สรุประยะเวลานอนโรงพยาบาล 6 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยพบปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหาคือ เสี่ยงต่อภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ไม่สุขสบายจากมีไข้ เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโตรไลต์ที่ไม่สมดุล เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย และ ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ได้ลงรายงานโรคติดต่อ (รง.506) และแจ้งไปที่หน่วยงานอนามัยชุมชน และก่อนกลับบ้านได้ให้คำแนะนำกับญาติ เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เป็นโรคโดยการควบคุมยุงลายให้มีจำนวนลดลงซึ่งทำได้โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายและการกำจัดยุงลายทั้งลูกน้ำและตัวเต็มวัย และป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำอยู่แนะนำให้งดกิจกรรมที่เสี่ยงกับการมีเลือดออก 1 สัปดาห์ และให้แผ่นพับกลับบ้าน ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 3 สิงหาคม 2556 ไม่มีนัดเพื่อมาติดตามอาการ รวมระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 6 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางสำหรับบุคลากร ในการเฝ้าระวังในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ยังไม่มีรูปแบบการประเมินการเฝ้าระวังที่ชัดเจน ทำให้ยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพคือแพทย์และพยาบาล

2. บันทึกทางการพยาบาลที่ใช้อยู่ยังไม่มีข้อมูลที่จำเป็นแยกมาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่ายขึ้น ทำให้การพยาบาลล่าช้าลง

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนร่วมกันทั้งระบบ
2. บันทึกทางการพยาบาลที่มีข้อมูลที่จำเป็นแยกมาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่ายขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำ
ของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....วิจิตร จอมเกาะ.....

(นางสาววิจิตร จอมเกาะ)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 29 / 8.0 / 2559

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....วิมล ฝ่องนุช.....

(นางวิมล ฝ่องนุช)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

..... 28 / 8.0 / 2559

หมายเหตุ

ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอประเมินโดยตรง

ในระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2556 ถึงวันที่ 3 สิงหาคม 2556 คือ นางอนุกุล คำประพันธ์
ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

(ลงชื่อ)..........

(นายสุขสันต์ กิตติสุภกร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

..... 28 / 8.0 / 2559

หมายเหตุ

ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2556

ถึงวันที่ 3 สิงหาคม 2556 คือนางดลยา สุขสมปอง ปัจจุบันได้เกษียณอายุราชการ

เอกสารอ้างอิง

- ปราณี ทุ่งไฟเราะ. (2551).ในปราณี ทุ่งไฟเราะ. (บก.), **คู่มือยา**. (หน้า 146,196). กรุงเทพฯ: N P Press Limited partnership.
- วารุณี วัชรเสวี.(2555).**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก**.ในอวยพร กิตติเจริญรัตน์ ปราณี วนะปตินิมิต และสุนันทา ศิระวงษ์ธรรม(บก.) , เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรระยะสั้น การพยาบาลโรคเด็ก.(หน้าC5-16).กรุงเทพฯ:กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี
- วิภารักษ์ บุญมาก.(2555).**บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนโรคไข้เลือดออก**.ในภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิรัตน์ ตั้งใจรบ และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนันท์. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก. ใน บุญเพียร จันทวัฒนา ฟองคำ ติลกสกุลชัย บัญจรงค์ สุขเจริญ วิไล เลิศธรรมทวี และ ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนันท์(บก.), การพยาบาลเด็ก. (หน้า 507-525). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- Siripen Kalayanarooj,Mukda Vangveeravong and Varunee VatcharasaeeveeClinical of Practice.(2014). **Guidelines of Dengue/ Dengue Hemorrhagic Fever Management for Asian** Kalarsaacyanarooj Community.(page 30-31 and103).Bangkok:The Agricultural Co-operative Fedaration

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววลัยพร จอมเกาะ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 850) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็ก

หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะของโรค นอกจากเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
ประเทศไทย ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้น เมื่อ ค.ศ. 1970 มีการ
ระบาดของไข้เลือดออกเป็นครั้งคราว epidemic 9 ประเทศ ปัจจุบันไข้เลือดออก มีการระบาดเพิ่มมากขึ้น
ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบัน ไข้เลือดออก เป็นโรคประจำท้องถิ่น endemic ของประเทศมากกว่า 100
ประเทศในแถบแอฟริกา อเมริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ western pacific โดยมีความรุนแรงมากในแถบ
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ western pacific ประชากรประมาณ 2,500 ล้านคนในประเทศที่มีการระบาดจะเสี่ยง
ต่อการติดเชื้อไข้เลือดออก ประมาณว่าจะมีการติดเชื้อปีละ 50 ล้านคน และต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า
500,000 คนต่อปี อัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 2.5 แต่อาจจะสูงถึงร้อยละ 20 หากให้การรักษาย่างดี
อัตราการเสียชีวิตอาจลดลงต่ำกว่าร้อยละ 1 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยโดยสำนักอนามัย
สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ได้รายงานผู้ป่วยเด็กสงสัยว่าเป็นไข้เลือด
และมีการระบาดทั่วทุกภาค โดยเฉพาะภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักโรคระบาดวิทยา กรม
ควบคุมโรค, 2550) ในระยะ 15 ปี ของการระบาด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวนผู้ป่วย
ในช่วงอายุ 5-9 ปี จะมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าช่วงอายุอื่น ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบในเด็กโตอายุมากกว่า 15
ปีมากขึ้น และร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตอายุมากกว่า 15 ปี เชื้อไวรัสเดงกี มี 4 serotype ได้แก่ DEN.1, DEN.2,
DEN.3 และ DEN.4 ซึ่งมีแอนติเจนบางชนิดร่วมกัน บางชนิดทำให้มี cross reaction กล่าวคือ เมื่อมีการติด
เชื้อชนิดใดชนิดหนึ่งไปแล้ว จะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดนั้นอย่างถาวรตลอดชีวิต แต่จะมีภูมิคุ้มกันต่อ
ไวรัสเดงกีอีก 3 ชนิด ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 6-12 เดือนหรือสั้นกว่านั้น ในประเทศไทยพบเชื้อ
DEN.2 มากที่สุด

โรงพยาบาลตากสินได้ดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคไข้เลือดออก ปีพ.ศ.2555 มี
จำนวนผู้ป่วย 89 ราย, ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 279 ราย, พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 128 ราย พบผู้ป่วยที่มี
ปัญหาภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาโดยใช้แบบประเมิน Intensive care record ในการบันทึกสัญญาณ
ชีพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกข้อมูลที่สำคัญบางส่วนยังไม่ชัดเจนและแบบการ
ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกซึ่งเดิมได้คัดแปลงมาจากโรงพยาบาลเด็กเป็นภาษาอังกฤษทาง
ผู้จัดทำจึงนำมาดัดแปลงและจัดรูปแบบใหม่เป็นภาษาไทยเพื่อให้ง่ายกับการจดบันทึกและการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้บุคลากรประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยไข้เลือดออกให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กรอบการวิเคราะห์

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เพราะยังมีการระบาดของโรค และผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงมาก เนื่องจากมีภาวะช็อคและเลือดออกร่วมด้วย จนทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยต้องมีความรู้ ประสพการณ์อย่างสูง ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติให้ปลอดภัย เนื่องจากโรคนี้ไม่มียารักษาโดยเฉพาะ การรักษาที่สำคัญจึงเป็นการให้สารน้ำทดแทนที่สูญเสียไป และรักษาตามอาการเท่านั้น การป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยการป้องกันยุง พยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นองค์รวม กล่าวคือ ดูแลอย่างครอบคลุมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

แนวคิด

ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง กล่าวคือ ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน นำไปประชุมปรึกษาทางการพยาบาล เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกัน จากการรวบรวมข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย นำไปสู่การจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังที่ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอ

แบบประเมินภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และ Dengue care record จัดทำขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินผู้ป่วยได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น ได้ดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน
2. ศึกษาความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย
3. นำบันทึกการพยาบาล Dengue care record เดิมมาแก้ไข โดยแยกความเข้มข้นของเลือดออกมาต่างหากเพื่อง่ายแก่การเข้าใจและสะดวกต่อการรายงานแพทย์ และแบบประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกดัดแปลงเป็นภาษาไทยมาทดลองใช้ภายในหน่วยงาน
4. นำบันทึกการพยาบาล Dengue care record และแบบประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไข้เลือดมาทดลองใช้
5. ประเมินผลร่วมกันในหน่วยงาน นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรได้ใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยไข้เลือดออก
2. หลังจากใช้แบบประเมินภาวะความเสี่ยงแล้วผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอย่างถูกต้องเหมาะสม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยไข้เลือดออกตามเกณฑ์การประเมิน
ภาวะเสี่ยง 80 %

(ลงชื่อ)..... วลัยพร จอมเกาะ

(นางสาววลัยพร จอมเกาะ)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 28 / 01 / 2559

Dengue care record

Date/ Time	BP	Temp.	PR	RR	Hct	Clinical/Lap/ Treatment	Nursing Care/Signs	
Name						Age	HN	AN

คะแนน 0-3 :Vital sign ทุก 2-4 ชั่วโมง, Hct ทุก 6 ชั่วโมง

คะแนน 4-6 :Vital sign ทุก 1 ชั่วโมง, Hct ทุก 4-6 ชั่วโมง

คะแนน >6 :Vital sign ทุก 15-30 นาที, Hct ทุก 4 ชั่วโมง

ประเมินอย่างน้อยวันละครั้ง ให้คะแนนข้อละ1 คะแนน (คะแนนเต็ม 26 คะแนน)