



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล         | ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก              | ส่วนราชการ  |
|----------|-------------------|--|---|
| ๑.       | นางสาวกมลศรี โสภณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด<br>โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ<br>กลุ่มงานการพยาบาล<br>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน |

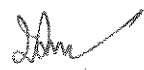
รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)  
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

| ลำดับ<br>ที่  | ชื่อ - ชื่อสกุล      | ส่วนราชการ/<br>ตำแหน่งเดิม   | ตำแหน่ง<br>เลขที่ | ส่วนราชการ/ตำแหน่ง<br>ที่ได้รับการคัดเลือก   | ตำแหน่ง<br>เลขที่ | หมายเหตุ                |
|---|----------------------|--|-------------------|--|-------------------|-------------------------|
| ๑   | นางสาวกมลศรี<br>โสภณ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด<br>โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ<br>กลุ่มงานการพยาบาล<br>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | ๒๒๕๒๔๔            | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด<br>โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ<br>กลุ่มงานการพยาบาล<br>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน<br>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>(ด้านการพยาบาล)  | ๒๒๕๒๔๔            | เลื่อนระดับ<br><br>๑๐๐% |
| <p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษา ปี ๒๕๖๕”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”</p> |                      |  |                   |  |                   |                         |
|   |                      |  |                   | <br>๒๒๖๖๖๖๖๖ สุทธิประภา<br>หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล |                   |                         |

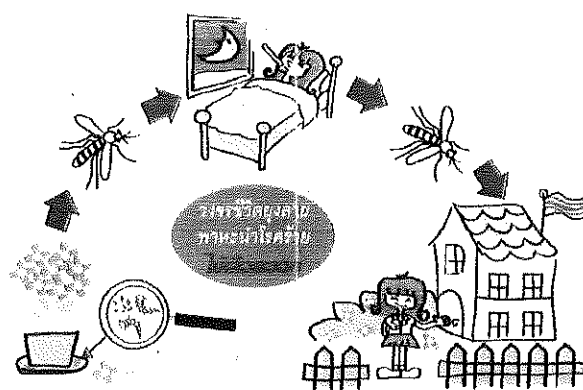
### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาปี 2565
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 - 6 กรกฎาคม 2565)
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

#### 3.1 โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue hemorrhagic fever-DHF) : เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี

(Dengue Viruses) ประกอบด้วย 4 ชนิด (Serotype) ได้แก่ ชนิดที่ 1, 2, 3 และ 4 โดยภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดใดชนิดหนึ่งจะคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่นๆ ตลอดไป แต่จะไม่คุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดอื่น ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะติดเชื้อไวรัสเดงกีได้ถึง 4 ครั้ง โรคไข้เลือดออกเดงกี ติดต่อโดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ อย่างไรก็ตามยุงลายสวน (Aedes albopictus) ที่มักจะอยู่ในพื้นที่ชนบทก็เป็นพาหะนำโรคร่วมด้วย การติดต่อเกิดจากยุงลายตัวเมียที่มีเชื้อไวรัสเดงกีมากัดทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเมื่อมียุงลายตัวเมื่อกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้ ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะเข้าสู่คนที่ถูกกัดต่อไป เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัดทำให้เกิดวงจรของแพร่ระบาดของโรค ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสเดงกีในคนประมาณ 3-14 วัน โดยทั่วไปประมาณ 5-8 วัน ระยะติดต่อ ผู้ป่วยมีไข้สูงประมาณวันที่ 2-4 จะมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก ระยะนี้จึงเป็นระยะติดต่อจากคนสู่ยุง และระยะเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสในยุงประมาณ 8-10 วัน จึงเป็นระยะติดต่อจากยุงสู่คน



ภาพที่ 1 : แสดงการแพร่เชื้อไวรัสเดงกี

### 3.2 ความหมายของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) โดยมีุงกลายเป็นพาหะนำโรค มักพบในประเทศเขตร้อน และระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี อาการของโรคไข้เลือดออก มีตั้งแต่ไม่มีอาการผิดปกติไปจนถึงเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

### 3.3 อุบัติการณ์การเกิดโรค

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 60 ปี ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อน และแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ คือ ภูมิด้านทานของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่น และการเคลื่อนย้ายของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ ความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนโยบายในระดับชาติ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีการแปรเปลี่ยน และมีผลกระทบต่อเนื่องกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่ง จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปีนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 24 สิงหาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศ 19,380 ราย เสียชีวิต 17 ราย กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยมากที่สุด คือ 5 -14 ปี รองลงมา 15 - 24 ปี และเด็กแรกเกิด - 4 ปี พบผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ และจากสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก จังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม 2565 จังหวัดร้อยเอ็ดมีรายงานผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 281 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 21.47 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี จากสถิติตีพิมพ์วารสารของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิพบว่ามีจำนวนของผู้ป่วยไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 114,21 และ 46 ยังไม่มีผู้เสียชีวิต

### 3.4 สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

สาเหตุของโรคไข้เลือดออก เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งเป็น single - strand RNA จัดอยู่ใน genus Flavivirus และ family Flaviviridae มี 4 serotypes คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3 และ DEN-4 ทั้ง 4 serotypes มี antigen ร่วมบางชนิด จึงทำให้มี cross reaction และ cross protection ได้ในระยะเวลานั้นๆ เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเดงกีชนิดหนึ่งจะมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเดงกีชนิดนั้นตลอดไป (long lasting homotypic immunity) และจะมีภูมิคุ้มกัน cross protection ต่อชนิดอื่น (heterotypic immunity) ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 6-12 เดือน ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อ 3 หรือ 4 ครั้งได้

### 3.5 ความรุนแรงของไข้เลือดออกเดงกี

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกเดงกีทุกราย ต้องมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา (มี Hct เพิ่มขึ้น > 20% หรือมี pleural effusion หรือมี ascites) มีเกล็ดเลือด < 100,000 เซลล์/ลบ.มม. ความรุนแรงของโรคแบ่งได้เป็น 4 ระดับ

Grade I ผู้ป่วยไม่ช็อก มีแต่การตรวจพบ tourniquet test ให้ผลบวก และ/หรือ easy bruising

Grade II ผู้ป่วยไม่ช็อกแต่มีภาวะเลือดออก เช่น มีจุดเลือดออกตามตัว มีเลือดกำเดาหรืออาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด/สีดำ

Grade III ผู้ป่วยช็อกโดยมีชีพจรเบาเร็ว pulse pressure แคบ หรือความดันโลหิตต่ำ หรือ มีตัวเย็น เหงื่อออกกระสับกระส่าย

Grade IV ผู้ป่วยช็อกรุนแรง วัดความดันโลหิต และ/หรือ จับชีพจรไม่ได้

หมายเหตุ

- ไข้เลือดออกเดงกี Grade I และ Grade II แตกต่างจากไข้เดงกีและโรคอื่นๆ ตรงที่มีการรั่วของพลาสมา ร่วมกับจำนวนเกล็ดเลือดที่มีค่าน้อยกว่า/เท่ากับ 100,000 ตัว / ลบ.มม. (< 100x10<sup>9</sup> /L)

- ไข้เลือดออกเดงกีที่ที่ระดับความรุนแรงเป็น Grade III และ Grade IV ถือเป็น dengue shock syndrome (DSS)

### 3.6 อาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกเดงกี

หลังจากได้รับเชื้อจากยุงประมาณ 5-8 วัน (ระยะฟักตัว) ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของโรค ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันได้ ตั้งแต่มีอาการคล้ายไข้เดงกี ไปจนถึงมีอาการรุนแรงมากจนถึงช็อกและถึงเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกเดงกีมีอาการสำคัญที่เป็นรูปแบบค่อนข้างเฉพาะ 4 ประการ เรียงตามลำดับการเกิดก่อนหลังดังนี้

1. ไข้สูงลอย 2-7 วัน
2. มีอาการเลือดออก ถ่ายดำ อาเจียน มีจุดเลือดออกตามตัว ส่วนใหญ่จะพบที่ผิวหนัง
3. ตับโต กดแล้วเจ็บบริเวณชายโครงด้านขวา
4. ระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ หรืออาการช็อก เกิดในช่วงไข้ลด กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น รอบปากเขียว ชีพจรเบาและเร็ว ความดันต่ำ

### 3.7 การดำเนินโรคของไข้เลือดออกเดงกี

แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว

#### 1. ระยะไข้ (Febrile phase)

ทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งบางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อนหรือในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 18 เดือน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) อาจตรวจพบคอแดง (injected pharynx) ได้ แต่ส่วนใหญ่

ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากหัดในระยะแรกและโรคระบบทางเดินหายใจได้ เด็กโตอาจปนปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา

ในระยะไข้ อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย คือ เบื่ออาหาร อาเจียน บางรายอาจมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ซึ่งในระยะแรกจะปวดโดยทั่วๆ ไป และอาจปวดที่ชายโครงขวาในระยะที่มีตับโต

ส่วนใหญ่ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน ประมาณร้อยละ 70 จะมีไข้ 4-5 วัน ร้อยละ 2 จะมีไข้ 2 วันโดยมีอาการช็อกเร็วที่สุดคือ วันที่ 3 ของโรค ร้อยละ 15 อาจมีไข้สูงนานเกิน 7 วัน และบางรายไข้อาจเป็นแบบ biphasic อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella ได้

อาการเลือดออกที่พบบ่อยที่สุดคือที่ผิวหนัง โดยจะตรวจพบว่าหลอดเลือดเปราะ แตกง่าย การทำ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรกของโรคร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายอยู่ตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือดซึ่งมักจะเป็นสีดำ (melena) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนใหญ่จะพบร่วมกับภาวะช็อกที่เป็นอยู่นาน ส่วนใหญ่จะคลำพบตับโตได้ประมาณวันที่ 3-4 นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

## 2. ระยะวิกฤต/ช็อก (Critical phase หรือ Leakage phase)

เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสมาซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีโดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีจะมีอาการรุนแรง มีภาวะการมีไหลเวียนล้มเหลวเกิดขึ้น เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไปยังช่องปอด/ช่องท้องมาก เกิด hypovolemic shock ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ 3 ของโรค (ถ้ามีไข้ 2 วัน) หรือเกิดวันที่ 8 ของโรค (ถ้ามีไข้ 7 วัน) ผู้ป่วยจะมีอาการเลลง เริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ตรวจพบ pulse pressure แคบเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 มม.ปรอท (ค่าปกติ 30-40 มม.ปรอท) โดยมีความดัน diastolic เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (BP 110/90, 100/80 มม.ปรอท) ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่อยู่ในภาวะช็อกส่วนใหญ่จะมีภาวะรู้สึกตัว ผุดรู้เรื่อง อาจปนกระหายน้ำ บางรายอาจมีอาการปวดท้องเกิดขึ้นอย่างกระทันหันก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก ซึ่งบางครั้งอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดเป็นภาวะทางศัลยกรรม (acute abdomen) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการเลลง รอบปากเขียว ผิวสีม่วงๆ ตัวเย็นซืด จับชีพจรและ/หรือวัดความดันไม่ได้ (profound shock) ภาวะรู้สึกตัวเปลี่ยนไป และจะเสียชีวิตภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังเริ่มมีภาวะช็อก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาช็อกอย่างทันท่วงทีและถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ profound shock ส่วนใหญ่จะฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

ในรายที่ไม่รุนแรง เมื่อไข้ลดลงผู้ป่วยอาจจะมีมือเท้าเย็นเล็กน้อยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันโลหิตซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนของเลือด เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกไป แต่รั่วไม่มากจึงไม่ทำให้เกิดภาวะช็อก ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อให้การรักษาในช่วงระยะสั้นๆ จะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

ระหว่างการเกิดภาวะช็อกจะพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. มีการรั่วของพลาสมาซึ่งนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock มีข้อบ่งชี้ดังนี้

1.1 ระดับ Hct เพิ่มขึ้นทันทีก่อนเกิดภาวะช็อก และยังคงอยู่ในระดับสูงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา/ระยะช็อก

1.2 มีน้ำในช่องปอดและช่องท้อง การวัด pleural effusion index พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค

1.3 ระดับโปรตีนและระดับอัลบูมินในเลือดลดต่ำลงในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมา

1.4 Central venous pressure ต่ำ

1.5 มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ IV fluid (crystalloid) และสาร colloid ชดเชย

2. ระดับ peripheral resistance เพิ่มขึ้น เห็นได้จากระดับ pulse pressure แคบ โดยมี diastolic pressure สูงขึ้น เช่น 100/90, 110/100, 100/100 มม.ปรอท ในระยะที่มีการช็อก นอกจากนี้ยังมี การศึกษาทาง hemodynamic ที่สนับสนุนว่ามี peripheral resistance เพิ่มขึ้น

3. ระยะฟื้นตัว (Recovery or convalescent phase)

ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็วในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อใช้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถึงแม้จะมีความรุนแรงแบบ profound shock ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องก่อนที่จะเข้าสู่ระยะ irreversible จะฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว เมื่อการรั่วของพลาสมาหยุด Hct จะลงมาคงที่ และชีพจรจะช้าลงและแรงขึ้น ความดันโลหิตปกติ มี pulse pressure กว้าง จำนวนปัสสาวะจะเพิ่มมากขึ้น (diuresis) ผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหาร ระยะฟื้นตัวนี้จะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน ถึงแม้จะยังตรวจพบน้ำในช่องปอด/ช่องท้อง ในระยะนี้อาจตรวจพบชีพจรช้า (bradycardia) อาจมี confluent petechial rash ที่มีลักษณะเฉพาะคือมีวงกลมเล็ก ๆ สีขาวของผิวหนังปกติท่ามกลางผื่นสีแดง ซึ่งพบในผู้ป่วยไข้เด็งกีได้เช่นเดียวกัน ระยะทั้งหมดของไข้เลือดออกเด็งกีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนประมาณ 7-10 วัน และในระยะพักฟื้นจะมีการประเมินตามหลัก A B C D ดังนี้ A: Appetite B: Bradycardia C: Convalescence rash D: Diuresis

### 3.8 การวินิจฉัยโรค

การติดเชื้อไวรัสเด็งกี ในประเทศที่มีโรคไข้เลือดออก (denguehemorrhagic fever หรือ DHF) มักจะมีโรคไข้เด็งกี (DengueFever หรือ DF) อยู่ด้วย แต่สัดส่วนของ DHF และ DF จะแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น อายุ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย และชนิดของไวรัสเด็งกีในขณะนั้น จึงทำให้การแยกโรคระหว่าง DHF และ DF เป็นปัญหาอยู่ในขณะนี้ การแยกโรคต่างกัันดังนี้

ไข้เด็งกี (DF) มักเกิดกับเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจมีอาการไม่รุนแรง คือมีเพียงอาการไข้ร่วมกับปวดศีรษะ เมื่อยตัว หรืออาจเกิดอาการแบบ classical DF คือ มีไข้สูงกะทันหัน ปวดศีรษะ ปวดรอบกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก (break bone fever) และมีผื่น บางรายอาจมีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง

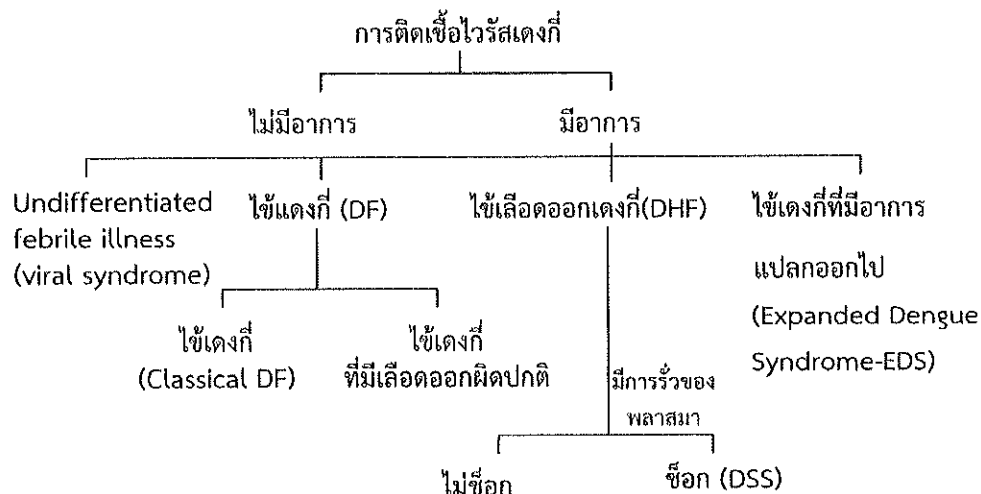
ตรวจพบ tourniquet test positive ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งบางรายอาจมีเกล็ดเลือดต่ำ ได้ในผู้ใหญ่เมื่อหายจากโรคแล้วจะมีอาการอ่อนเพลียอยู่ยาวนาน โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกได้แน่นอน ต้องอาศัยการตรวจทางน้ำเหลือง/แยกเชื้อไวรัส

ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) มีอาการทางคลินิกเป็นรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน คือมีไข้สูงลอยร่วมกับอาการเลือดออก ตับโตและมีภาวะช็อกในรายที่รุนแรง ในระยะมีไข้จะมีอาการต่างๆ คล้าย DF แต่จะมีลักษณะเฉพาะของโรค คือ มีเกล็ดเลือดต่ำและมีการรั่วของพลาสมา ซึ่งถ้าพลาสมารั่วออกไปมากผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเกิดขึ้นที่เรียกว่า dengue shock syndrome (DSS) การรั่วของพลาสมาซึ่งเป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญของโรคไข้เลือดออกเดงกีสามารถตรวจพบได้จากการที่มีระดับระดับฮีมาโตคริต (Hct) สูงขึ้น มีน้ำในเยื่อหุ้มช่องปอดและช่องท้อง

ปัจจุบันจึงได้มีการจำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ดังแสดงในภาพที่ 2

การติดเชื้อไวรัสเดงกีส่วนมากจะไม่มีอาการ (ร้อยละ 80-90) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กเมื่อติดเชื้อครั้งแรกมักจะไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง

ปัจจุบันจึงได้จำแนกกลุ่มอาการโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีไว้ดังนี้



ภาพที่ 2 : แสดงการจำแนกการติดเชื้อไวรัสเดงกี

การวินิจฉัยผู้ป่วยที่น่าจะเป็นไข้เดงกี (Probable DF case) การติดเชื้อไวรัสนี้โดยทั่วไปมักไม่แสดงอาการในการติดเชื้อครั้งแรก และผู้ติดเชื้อจะสร้างภูมิคุ้มกันการติดเชื้อในเวลาต่อมา แต่ในกรณีการติดเชื้อครั้งแรกส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงไม่รุนแรง ความรุนแรง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ควบคุมการเกิดพยาธิสภาพระหว่างระหว่างการติดเชื้อครั้งแรกและการติดเชื้อถัดไปมีปัจจัยแตกต่างกัน รวมทั้งอายุและสุขภาพของผู้ป่วย ชนิดเชื้อและปริมาณไวรัส



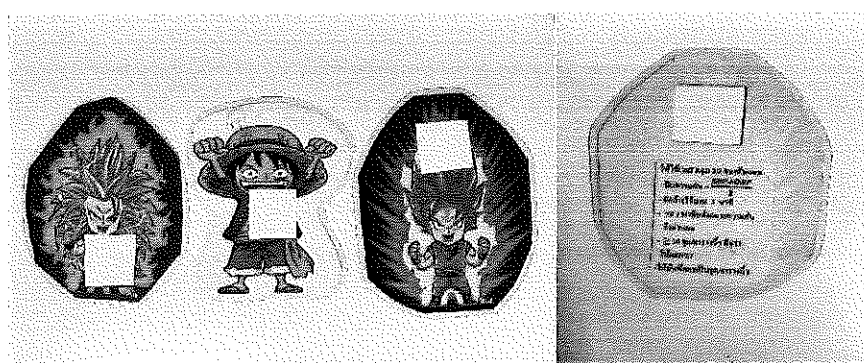
การตรวจวินิจฉัยโรคไข้เด็งกีโดยใช้อาการทางคลินิกที่มีความแตกต่างให้ถูกต้องนั้น จึงเป็นเรื่องยาก แต่จากสถิติ ข้อมูลอาการของผู้ป่วยไข้เลือดออก ได้ถูกสรุปวิเคราะห์เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่น่าจะเป็นไข้เด็งกี โดยอาการ ในผู้ป่วยติดเชื้อ DENV ที่มีอาการไข้เฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน มักมีอาการ/สิ่งตรวจพบร่วมอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้

- ปวดศีรษะ
- ปวดกระบอกตา
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- ปวดข้อปวดกระดูก
- ผื่น
- ภาวะเลือดออกเป็นอาการพบบ่อย เช่น มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง (petechiae)

ในรายผู้ป่วยที่น่าจะเป็นไข้เด็งกีสามารถใช้ข้อสนับสนุนการวินิจฉัยไข้เด็งกีผู้ป่วยจากผลทดสอบและ/หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาใช้ร่วมการวินิจฉัย ดังนี้

1. Touniquet test ให้ผลบวกร่วมกับอาการเลือดออกอื่นๆ วิธีทำ ใช้ปลอกรัดแขนด้วยเครื่องวัดโลหิตที่มีขนาดปลอกรัดพอเหมาะกับขนาดต้นแขนส่วนบนของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมประมาณ 2 ใน 3 ของต้นแขน บีบให้เกิดความดันรัดแขนที่ระดับกึ่งกลาง ระหว่าง systolic และ diastolic pressure รัดค้างไว้ประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นจึงคลายความดัน รอ 1 นาที หลังคลายความดันจึงอ่านผลการทดสอบ ถ้าตรวจพบจุดเลือดออกเท่ากับหรือมากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้ว ถือว่าให้ผลบวก และบันทึกผลเป็นจำนวนจุดต่อตารางนิ้ว ผลบวกของการตรวจวิธีนี้ พบการติดเชื้อชนิดอื่นร้อยละ 30 แต่จุดเลือดออกใต้ผิวหนังจะมีความหนาแน่นน้อยกว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกและอาจให้ผลการตรวจวันถัดไปเป็นลบ ส่วนผู้ป่วยไข้เด็งกีจะมีช่วงเวลา ผลตรวจเป็นบวก คือ

- ในวันที่ 3-5 ของระยะมีไข้ให้ผลบวก ร้อยละ 50
- ในวันที่ 7-8 ของระยะมีไข้ให้ผลบวก ร้อยละ 70-80



ภาพที่ 3 : เครื่องมือที่ใช้วัดจุดเลือดออกเท่ากับหรือมากกว่า 10 จุดต่อตารางนิ้ว

2. จำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า/เท่ากับ 100,000ตัว/ลบ.มม. หรือตรวจพบใน blood smear น้อยกว่า/เท่ากับ 6 ตัว/วงกลอง x 100

3. มีหลักฐานการรั่วของพลาสมา (plasma leakage) แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะเลือดเข้มข้น (hemoconcentration) พิจารณาจากมีการเพิ่มขึ้นของค่า hematocrit (Hct) มากกว่า/เท่ากับร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับ Hct เดิมหรือน้ำในช่องปอด (pleural effusion) หรือมีน้ำในช่องท้อง (ascites) หรือมีระดับโปรตีน/อัลบูมินในเลือดต่ำ (กรณี tourniquet test ให้ผลบวกร่วมกับการตรวจพบ pleural effusion/ascites มีความไวในการวินิจฉัยได้ถูกต้องว่าติดเชื้อร้อยละ 96)

การวินิจฉัยผู้ป่วยยืนยันว่าเป็นไข้แดงกึ่ง (confirmed DF case) ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะใช้ในผู้ป่วยที่ อาการทางคลินิกไม่ชัดเจน ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีโรคเดิมเช่น ภาวะพร่อง G-6-PD มักพบอาการของโรคแปลกออกไป เพื่อลดภาวะการป่วยและการเสียชีวิต การวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นไข้แดงกึ่ง ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีหลายวิธีแต่ละวิธีมีความไว และโอกาสตรวจพบเชื้อแตกต่างกัน การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 2 แบบ

1. การตรวจทางตรง เป็นการตรวจหาตัวเชื้อ (viral isolation) หรือสารพันธุกรรมของเชื้อ (genome detection) และ ส่วนประกอบของเชื้อ (antigen detection)

2. การตรวจทางอ้อมเป็นการตรวจทางภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อเชื้อ (serology detection)

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยา มีความสำคัญในการยืนยันว่าการป่วยนั้นๆ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสแดงกึ่งจริงหรือไม่ กรณีที่ตรวจวินิจฉัยได้ผลรวดเร็วและอยู่ในระยะที่ผู้ป่วยยังมีอาการ ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยซึ่งนับเป็นประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ผลการตรวจจะนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคได้อีกด้วย โดยทั่วไปการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะมี 2 หลักพื้นฐาน

1. การตรวจหาแอนติเจน ซึ่งจะเป็นการตรวจในตัวอย่างผู้ป่วยระยะแรกๆ ของการติดเชื้อ (ประมาณ 0-5 วัน หลังการติดเชื้อ) การตรวจที่ใช้เวลาตรวจสั้นจะเป็นประโยชน์ทันต่อการรักษา เช่น การตรวจหาสารพันธุกรรม ด้วยวิธี Real time Reverse transcriptase Polymerase chain reaction (Real time RT-PCR) ซึ่งใช้เวลาตรวจ ประมาณ 4 ชั่วโมง หรือการตรวจหาชิ้นส่วน NS1 แอนติเจน โดยใช้ชุดตรวจแบบรวดเร็ว รู้ผลการตรวจในเวลา 20 นาที หรือชุดตรวจด้วยหลักการทางอิมมูโนโลยี ซึ่งใช้เวลาตรวจประมาณ 3 ชั่วโมง

2. การตรวจหาภูมิคุ้มกัน หรือแอนติบอดี ซึ่งจะตรวจพบในระยะที่ไข้ลดลงแล้ว ฉะนั้นผลการตรวจอาจจะไม่ถูกนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วย

### 3.9 การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัสเดงกี จึงให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะวิกฤต

#### การดูแลรักษาผู้ป่วย มีหลักปฏิบัติดังนี้

ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีการชักได้ถ้าไข้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีประวัติเคยชัก หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องให้ยาลดไข้ ควรใช้ยาพาราเซตามอล ห้ามใช้ยาพวกแอสไพริน เพราะจะทำให้เกิดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะ ทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญอาจทำให้เกิด Reye syndrome ควรให้ยาลดไข้เฉพาะเมื่อเวลามีไข้สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส เมื่อไข้ลดต่ำกว่า 39 องศาเซลเซียสแล้วไม่ต้องให้ยาลดไข้ ถ้าให้ยาลดไข้แล้วไข้ไม่ลง แนะนำให้เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา ในเด็กโตหรือผู้ใหญ่อาจให้อาบน้ำอุ่น

ควรให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ถ้าเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้ดื่มมนมน้ำผลไม้หรือน้ำเกลือแร่แทนน้ำเปล่า ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมาก แนะนำให้จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อยๆ บ่อยๆ (ควรดื่บรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีสีใส น้ำตาล ต่ำ) ถ้ายังพอดื่มน้ำได้และไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ไม่จำเป็นต้องให้ IV fluid จะต้องติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา ช็อกมักจะเกิดพร้อมกับไข้ลดลงประมาณตั้งแต่วันที่ 3 ของการป่วยเป็นต้นไป ทั้งนี้แล้วแต่ระยะเวลาที่เป็นไข้ ถ้าไข้ 7 วัน ก็อาจช็อกวันที่ 8 ได้ ควรแนะนำให้พ่อแม่ทราบอาการนำของช็อก ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหารมากขึ้น ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีอาการปวดท้องอย่างกะทันหัน กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น ควรแนะนำให้รีบนำส่งโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเหล่านี้

เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้ แพทย์จะตรวจเลือดดูปริมาณเกล็ดเลือดและhematocrit และอาจนัดมาตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและhematocrit เป็นระยะๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลงและhematocrit เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องชี้บ่งว่าน้ำเลือดรั่วออกจากเส้นเลือด และอาจจะช็อกได้ จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย

โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกที่ยังมีไข้สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ยาไปรับประทาน และแนะนำให้ผู้ป่วยครองเฝ้าสังเกตอาการ หรือแพทย์นัดให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงอาการช็อกต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกรายและถือเป็นเรื่องรีบด่วนในการรักษา

ในรายที่ไข้ลด มีระดับ hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 แต่ไม่มีภาวะช็อก อาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้ 5% D/NSS และเพิ่ม 5% Ringer acetate ปริมาณเท่ากับ maintenance + 5% deficit โดยจัดปริมาณและเวลาการให้ตามการร่วของ พลาสมา ซึ่งดูจาก Hct, viral signs และ urine output และ

จะต้องมีการปรับลดปริมาณและความเร็วตาม Hct ตลอดเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำมากเกินไป ในรายที่ระดับ Hct ยังสูงอยู่หลัง 24 ชั่วโมงหรือผู้ป่วยที่มีเลือดออกแม้ไม่มากควรรับเป็นผู้ป่วยใน

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก หรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าว ด้วยสารน้ำพลาสมา หรือสาร colloid (Dextran-40) อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก การให้การรักษาดังกล่าวถือเป็น medical emergency และให้การรักษาดังต่อไปนี้

- 1) ให้สารน้ำ เป็น isotonic salt solution เช่น 5%D/R Acetate 10 cc/kg/hr ในรายที่ช็อก หรือให้ 0.9%NSS 10-20 cc/kg เป็น bonus ในรายที่เป็น profound shock (ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อน เนื่องจากพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วย DSS มีภาวะ hypoglycemia ร่วมด้วย)
- 2) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นชัดเจนจากการ resuscitate แม้จะเป็นเวลา 1/2-1 ชั่วโมง ควรจะลดอัตราการและปรับอัตราของ IV fluid ตามอัตราการรั่วของพลาสมา โดยใช้ระดับ Hct, vital signs และ urine output เป็นแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่เกิน 24- 48 ชั่วโมง หลักการที่สำคัญคือ ให้ IV fluid ในปริมาณที่พอสำหรับการรักษาระดับการไหลเวียนในช่วงที่มีการรั่วของพลาสมาเท่านั้น
- 3) แก้ไขภาวะ metabolic (hypoglycemia) และ electrolyte disturbance (hypocalcemia, hyponatremia) ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะ acidosis ถ้าพบว่าผู้ป่วย DSS มี acidosis แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกมานาน มีโอกาสที่จะมีเลือดออกมาก โดยเฉพาะในระบบทางเดินอาหารและมีโอกาสสูงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนคือตับวาย หรือมีไตวายร่วมด้วยควรตรวจ LFT, BUN, CT โดยด่วนด้วย
- 4) ถ้าผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นต้องนึกถึงภาวะเลือดออกซึ่งอาจเป็น concealed bleeding ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะช็อกอยู่ (refractory shock) ภายหลังให้ crystalloid/colloidal และ Hct ลดลงแล้ว (เช่น ลดจากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 40) ต้องนึกถึงภาวะเลือดออก และต้องให้เลือดซึ่งควรจะเป็น fresh whole blood ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ช็อกจะมีเลือดออกมากได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี profound shock อยู่

สาเหตุตายที่สำคัญ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย มีการวินิจฉัยผิดพลาด ไม่ได้นึกถึงโรคไขเลือดออกมาก่อนหรือให้การวินิจฉัยช้ามาก โดยวินิจฉัยได้เมื่อผู้ป่วยช็อก หรือเมื่อผู้ป่วยมีเลือดออกมาก ซึ่งเป็นระยะท้ายๆ ของโรคที่ผู้ป่วยมักมีอาการเลวลงอย่างมาก (profound shock) มีตับ ไต ระบบหายใจล้มเหลวแล้ว (multiple organs dysfunction) สาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุด 70-80 % คือภาวะ fluid overload (acute pulmonary edema or congestive heart failure) อีกสาเหตุคือการให้เลือดซ้ำ ในผู้ป่วยที่มี concealed internal bleeding in GI tract หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะ hypermennorrhoea หรือ hemoglobinuria (thalassemia, G-6-PD deficiency)

### ข้อสังเกต

1. ระยะที่มีการรั่วของพลาสมาส่วนใหญ่เป็นเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง การให้น้ำทางหลอดเลือดดำ ก่อนที่จะมีการรั่ว (ก่อนระดับเกล็ดเลือดลดต่ำลงและก่อนที่จะมี hematocrit เพิ่มขึ้น) จะไม่สามารถป้องกันการรั่วได้ การให้ปริมาณน้ำเข้าไปแทน มุ่งหวังที่จะให้ชดเชยในช่วงที่มีการรั่วเท่านั้น ในขณะที่ยังไม่มียาใดๆ ที่สามารถยับยั้งการรั่วของพลาสมาได้

2. เนื่องจากพลาสมาที่รั่วออกไปจะอยู่ที่ช่องปอดและช่องท้อง (serous space) การให้ชดเชยควรจะทำให้ น้อยที่สุดที่จำเป็นในการ maintain effective circulatory volume การให้มากเกินไปจะรั่วออกไปมาก ทำให้เกิดปัญหา respiratory distress จาก pleural effusion/ascites ซึ่งอาจจะทำให้มีอันตรายมากกว่าความรุนแรงของโรคเอง

3. เนื่องจากสิ่งที่รั่วออกไปคือพลาสมา และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะมีระดับโพแทสเซียมต่ำ ดังนั้นชนิดของ สารน้ำที่ใช้ในการรักษาโรคไขเลือดออก ควรจะมีส่วนผสมที่ใกล้เคียงกับพลาสมามากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รายที่มีอาการช็อก ที่แนะนำใช้คือ 5% Ringer acetate solution หรือ 5%D in 1/2 NSS สำหรับเด็กเล็กน้อยกว่า 6 เดือน

4. ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียพลาสมา แต่ในโรคไขเลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงทาง hemostatic ที่สำคัญ คือ เกล็ดเลือดต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000/มม.<sup>3</sup> ในรายที่มีช็อก) และเกล็ดเลือด ทำงานผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงใน coagulogram โดยมี partial thromboplastin time และ thrombin time ผิดปกติและในบางรายก็จะมี prothrombin time ผิดปกติด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกอย่างรุนแรงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ช็อกอยู่นาน จนมีภาวะ metabolic acidosis ดังนั้นในรายที่ช็อกอยู่นานจะต้องนึกถึงการมีเลือดออกภายใน ซึ่งส่วนใหญ่จะออกในทางเดินอาหารและอาจจะ ออกในอวัยวะที่สำคัญอื่นๆ เช่น หัวใจและสมอง ในรายที่มีเลือดออกในสมองจะทำให้มีอาการกระตุกและชักได้

5. เนื่องจากการมี hemostatic changes ในโรคไขเลือดออกดังกล่าวในข้อ 4 ควรหลีกเลี่ยงวิธีการรุนแรง ต่างๆ ที่ไม่จำเป็น เพราะอาจจะทำให้เลือดออกมากขึ้นได้ (ตัวอย่างเช่น การใส่สาย N.G. tube ทางจมูก การทำ gastric lavage ในผู้ป่วยไขเลือดออกที่มีเลือดออกในกระเพาะเป็นข้อห้าม)

6. ในผู้ป่วยโรคไขเลือดออกที่มีความเสี่ยงสูงทุกรายควรดูการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับ

- electrolytes, blood gas, blood sugar
- coagulogram ถ้าผิดปกติมากจะต้องนึกถึงภาวะที่อาจจะมีเลือดออกรุนแรงได้
- liver function (albumin และ transaminase)

ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจะต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จนพ้นระยะวิกฤต

7. การเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดระยะวิกฤตเป็นเรื่องสำคัญในการรักษาโรคไข้เลือดออก ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการชดเชยพลาสมาที่เสียไปหรือให้ทดแทนเข้าไป แม้ช่วงระยะสั้นๆ ก็อาจจะมีผลต่อผู้ป่วย ทำให้มี prolonged shock และมีภาวะ DIC ตามมา และทำให้การพยากรณ์โรคเลวลง

8. ไม่มีข้อมูลที่แสดงอย่างแน่ชัดว่าการใช้ steroids ในการรักษาได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยการให้สารน้ำทดแทนอย่างเดียว

#### หมายเหตุ

ปริมาณของ oral และ IV fluid ที่ให้ในระยะวิกฤต/ช็อก (24 – 48 ชม.)

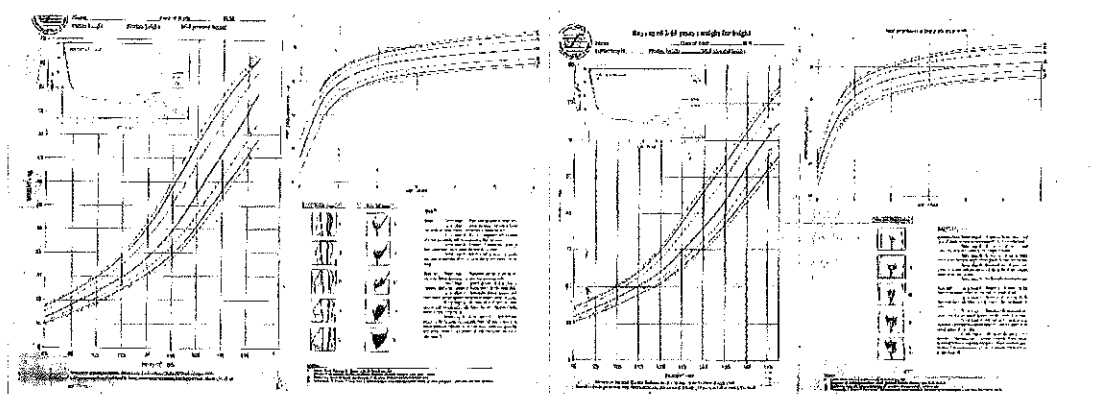
1. ผู้ป่วยควรได้รับในปริมาณประมาณ maintenance + 5% deficit (M + 5% D)
2. ป่วยอ้วนใช้ ideal body weight ในการคำนวณปริมาณน้ำ โดยใช้ตามตารางน้ำหนักมาตรฐานสำหรับอายุของเด็กไทย ใช้ weight for age หรือ weight for height (ใช้ค่าที่น้อยกว่า) ถ้าไม่มีตารางใช้คิดตามสูตรง่ายๆ เพื่อสะดวกในการจำ ดังต่อไปนี้

ideal body weight

เด็กอายุ  $\leq 6$  ปี = (อายุเป็นปี  $\times 2$ ) + 8 กก.

เด็กอายุ  $\geq 6$  ปี = อายุ  $\times 3$  กก.

3. สั่งน้ำเกลือครั้งละ 500-1,000 ซีซี ตาม rate ที่คำนวณได้ต่อ กก./ชม. ปรับ rate หลังจากนั้นตามอัตราการรั่วของพลาสมา (ซึ่งจะรั่วเร็วระยะ 6-12 ชม. หลังไข้ลง/หลังช็อก) โดยใช้อาการทางคลินิก, Hct, vital signs และจำนวนปัสสาวะเป็นแนวทาง



ภาพที่ 4 : ตารางน้ำหนักมาตรฐานสำหรับอายุของเด็กไทย weight for height

## ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

### 1. พาราเซตามอล (Paracetamol)

|              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| กลุ่มยา      | ยาระงับปวดและลดไข้                 |
| ประเภทยา     | ยาตามใบสั่งแพทย์ ยาที่หาซื้อได้เอง |
| สรรพคุณ      | ลดอาการปวดที่ไม่รุนแรงและลดไข้     |
| กลุ่มผู้ป่วย | เด็กและผู้ใหญ่                     |
| รูปแบบของยา  | ยาเม็ด ยาน้ำ ยาฉีด                 |

#### ปริมาณการใช้ยาพาราเซตามอล

##### ยารับประทาน

เด็ก 10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง (หากจำเป็น) ไม่เกิน 5 ครั้งภายใน 24 ชั่วโมง

ผู้ใหญ่ 500 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง ไม่เกิน 4,000 มิลลิกรัม ต่อวัน

#### การใช้ยาพาราเซตามอล

พาราเซตามอลเป็นยาที่สามารถใช้ได้โดยไม่ต้องได้รับใบสั่งยาจากแพทย์ โดยการใช้ยาแต่ละครั้งควรห่างกันทุก ๆ 4-6 ชั่วโมง และปริมาณที่ควรใช้ต่อครั้งไม่ควรเกิน 500-1,000 มิลลิกรัม

### 2. พรिमโหลท เอ็น (Primolut N)

|              |  |
|--------------|--|
| กลุ่มยา      | ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน  |
| ประเภทยา     | ยาตามใบสั่งแพทย์   |
| สรรพคุณ      | ใช้ปรับฮอร์โมนเพื่อควบคุมภาวะต่าง ๆ เช่น รักษาอาการก่อนมีประจำเดือน รักษาภาวะประจำเดือนมาผิดปกติ และเลื่อนประจำเดือน |
| กลุ่มผู้ป่วย | ผู้ใหญ่  |
| รูปแบบของยา  | ยารับประทาน ยาฉีด แผ่นแปะผิวหนัง   |

#### ปริมาณการใช้ยาพรिमโหลท เอ็น (Primolut N)

##### รักษาภาวะประจำเดือนมามาก

##### ผู้ใหญ่

- รับประทานยาปริมาณ 5 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 10 วัน และเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นใหม่ ให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ในวันที่ 19-26 ของรอบเดือน เป็นเวลา 3 รอบประจำเดือน

- รับประทานยาชนิด Acetate ปริมาณ 2.5-10 มิลลิกรัม วันละครั้ง ในช่วงที่มีรอบเดือน โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงกลางรอบเดือนจนครบรอบเดือน

## เลื่อนประจำเดือน

### ผู้ใหญ่

- รับประทานยาปริมาณ 5 มิลลิกรัม/วัน วันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานก่อนประจำเดือนจะมา 3 วัน และต้องไม่รับประทานนานเกิน 10-14 วัน ซึ่งหลังจากหยุดใช้ยาภายใน 2-3 วัน ประจำเดือนจะมาตามปกติ หากประจำเดือนไม่มาหลังหยุดใช้ยา ควรรีบไปปรึกษาแพทย์

### 3. คลอเฟนิรามีน (Chlorpheniramine : CPM)

|              |   |
|--------------|---|
| กลุ่มยา      | ยาด้านฮีสตามีน (Antihistamine)                  |
| ประเภทยา     | ยาหาซื้อได้เอง                                  |
| สรรพคุณ      | รักษาอาการที่เกิดจากภูมิแพ้ หวัด และไข้หวัดใหญ่ |
| กลุ่มผู้ป่วย | เด็กและผู้ใหญ่                                  |
| รูปแบบของยา  | ยาเม็ด ยาน้ำเชื่อม ยาฉีด                        |

#### ปริมาณการใช้ยาคลอเฟนิรามีน

##### ยาเม็ด ยาน้ำเชื่อม (สำหรับอาการหวัด จมูกอักเสบ ภูมิแพ้ ลมพิษ)

- เด็กอายุ 2-5 ปี ปริมาณ 1 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง (ปริมาณสูงสุดไม่เกิน 6 มิลลิกรัม/วัน)
- เด็กอายุ 6-11 ปี ปริมาณ 2 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง (ปริมาณสูงสุดไม่เกิน 16 มิลลิกรัม/วัน)
- เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ปริมาณ 4 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง (ปริมาณสูงสุดไม่เกิน 32 มิลลิกรัม/วัน)
- ผู้ใหญ่ ปริมาณ 4 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง (ปริมาณสูงสุดไม่เกิน 32 มิลลิกรัม/วัน)

##### ยาฉีด (สำหรับโรคภูมิแพ้)

- เด็กอายุ 2-11 ปี ปริมาณ 0.35 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน แบ่งปริมาณฉีดทุก 4-6 ชั่วโมง
- เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป/ผู้ใหญ่ ปริมาณ 10-20 มิลลิกรัม (ปริมาณสูงสุดไม่เกิน 40 มิลลิกรัม/วัน)

### 4. คาลาไมน์ (Calamine lotion)

|              |  |
|--------------|--|
| กลุ่มยา      | ยาด้านฮีสตามีนชนิดเฉพาะที่/ยาลดอาการคัน (Topical Antihistamines/Antipruritics) |
| ประเภทยา     | ยาหาซื้อได้เอง ยาตามใบสั่งแพทย์  |
| สรรพคุณ      | บรรเทาอาการระคายเคืองของผิวหนัง ผื่น ลมพิษในระดับเล็กน้อย                      |
| กลุ่มผู้ป่วย | เด็กและผู้ใหญ่   |
| รูปแบบของยา  | ยาน้ำแขวนตะกอน   |

#### ปริมาณการใช้ยาคาลาไมน์

ปริมาณการใช้ยาจะแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วย ความเข้มข้นของตัวยา หรือดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา โดยทั่วไปการใช้ยาในเด็กและผู้ใหญ่ เพื่อบรรเทาอาการระคายเคืองทางผิวหนังเล็กน้อยจะทาบริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง สามารถทำได้บ่อยเท่าที่จำเป็น



## 5. เกลือแร่ ORS

|              |   |
|--------------|---|
| กลุ่มยา      | ผลิตภัณฑ์เกลือแร่ (Electrolyte)                               |
| ประเภทยา     | ยาตามใบสั่งแพทย์ ยาหาซื้อได้เอง                               |
| สรรพคุณ      | ทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ และลดความรุนแรงของอาการที่จะตาม |
| กลุ่มผู้ป่วย | เด็กและผู้ใหญ่  |
| รูปแบบของยา  | ยาชนิดผงแบบละลายน้ำ   |

### ปริมาณการใช้ ORS

เพื่อบรรเทาอาการขาดน้ำและเกลือแร่จากการท้องเสีย หรืออาเจียน ในเบื้องต้นผสม ORS ด้วยอัตราส่วนดังต่อไปนี้

ขนาดของ 16.5 กรัม ผสมกับน้ำสะอาด 750 มิลลิลิตร

ขนาดของ 3.3 กรัม ผสมกับน้ำสะอาด 150 มิลลิลิตร

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### สรุปสาระสำคัญ

โรคไข้เลือดออก จากข้อมูลจากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปีนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 24 สิงหาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศ 19,380 ราย เสียชีวิต 17 ราย กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยมากที่สุด คือ 5 -14 ปี รองลงมา 15 - 24 ปี และเด็กแรกเกิด - 4 ปี พบผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วประเทศ ภูมิภาคของประเทศ และจากสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ต้นปี จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายงานผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 281 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 21.47 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี จากสถิติตีพิมพ์วารสารของโรงพยาบาลสุรธรรมภูมิพบว่า มีจำนวนของผู้ป่วยไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 114, 21 และ 46 ตามลำดับ ยังไม่มีผู้เสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลแยกกลุ่มอาการ (DF, DHF, DSS) มีประโยชน์ในการพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มอาการไข้เลือดออกเดงกี (DHF) และไข้เลือดออกช็อก (DSS) ซึ่งมีระดับความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต หากได้รับการรักษาล่าช้า ในขณะที่ผู้ป่วยไข้เดงกี (DF) เป็นสัดส่วนของกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง แต่อาจมีโอกาที่จะเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นในที่สุดได้ โรคไข้เลือดออกสามารถพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่กลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวาง และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนี้กลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้ยังกุ่คามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น

จากจากสถิติตีพิมพ์ผู้ป่วยในเด็กของโรงพยาบาลสุรธรรมภูมิพบว่า มีจำนวนของผู้ป่วยไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563- 2565 จำนวน 114, 21 และ 46 ตามลำดับ ยังไม่มีผู้เสียชีวิต จากสถิติจะมีจำนวนผู้ป่วยสูงทุกปีและจะมีบางช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ 19 ที่ผู้ป่วยไข้เลือดออกลดน้อยลง แต่หลังจากการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ 19 เริ่มลดลง จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเริ่มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญการติดเชื้อไข้เลือดออกของผู้ป่วยเด็กยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลอื่น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หนัเวลา อาจอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วยได้

## กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 12 ปี สถานภาพเด็กในปกครอง

สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

เพศ หญิง เกิดวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2553

ภูมิลำเนา 231 ม.3 ต.หินกอง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 เวลา 13.50 น.

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 6 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00 น.

การวินิจฉัยแรกเริ่ม Dengue Fever

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Dengue Hemorrhagic Fever grade 2

การผ่าตัด ปฏิเสธ

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียน และ ข้อมูลจากย่า

## ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ (Chief complaint)

ไข้ มา 5 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)

5 วันก่อนมาไข้ ไอ ไม่มีน้ำมูก มารักษาที่โรงพยาบาลแล้วได้ยาไปรับประทานที่บ้านผู้ป่วยยังมีไข้ตลอด  
วันนี้แพทย์นัดมาติดตามอาการ และตรวจเลือด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history) ปฏิเสธโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง สุขภาพ  
สมบูรณ์แข็งแรงดีมาโดยตลอด

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัวไม่เคยมีใครเจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อน ไม่มี  
ประวัติโรคทางกรรมพันธุ์ทั้งฝ่ายบิดาและมารดา

ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ครบตามเกณฑ์

ประวัติการใช้ยา/ การแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete Blood Count (CBC): Hct = 46.9 vol% , WBC = 1,790 cell/cumm ,  
Platelet Count = 147,000 cell/cumm , PMN = 45.2 , Lymphocyte = 44.6

### สรุปกรณีศึกษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 12 ปี น้ำหนัก 82 kg. Weight for height = 50 kg. มารักษาที่โรงพยาบาล สุวรรณภูมิเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2565 เวลา 13.50 น. ย่าให้ประวัติว่าไข้ ไอมา 5 วัน วันนี้มาตามนัดติดตามอาการผลเลือด แพทย์ส่งเจาะ CBC ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวน WBC Count 1,790 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) RBC Count 5.70 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4.2-5.5 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) Hct 46.9 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) Plt Count 147,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) PMN 45.2 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-75 เปอร์เซ็นต์) Lymphocyte 44.6 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20- 50 เปอร์เซ็นต์) ทำ Tourniquet test พบ > 10 จุดแขนขวา แพทย์ Dx. Dengue Fever ให้ส่งคนไข้ Admit ตักผู้ป่วยในเด็ก รพ.สุวรรณภูมิ ที่แผนกกุมารเวชกรรมเวลา 13.50 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ท่าทางดูอ่อนเพลียเล็กน้อย มีประจำเดือนวันแรก สัญญาณชีพ BT= 38.1 °C , PR= 94 ครั้ง/นาที, RR= 22 ครั้ง/นาที, BP= 116/83 mmHg Consult กุมารแพทย์เกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา มีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ให้ Primolut-N 1x3 oral pc และดูแลผู้ป่วยให้ IV 5 % DNSS rate 50 ml/hr. (คิดเป็น 1ml/kg/hr) และ Serial Hct stat หลังจากนั้น Serial Hct ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้าและออกทุก 2 ชั่วโมง และเจาะเลือด LFT ส่งตรวจ อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ให้ย่าทราบเพื่อคลายความกังวล และเพื่อเกิดความมั่นใจในการรักษา ย้ายอมรับ เวลา 16.00 น.ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ BT= 37.6 °C กระตุ้นให้ดื่ม ORS 300 ml และนำมาตรวจกระตุ้นผู้ป่วยดื่ม ORS ให้ได้อย่างน้อย 250 ml/hr. ให้งดรับประทานอาหารสีดำ สีแดง สีน้ำตาลซึ่งเป็นอาหารที่สีคล้ายเลือด เพราะถ้าเด็กอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระจะทำให้ประเมินไม่ได้ว่าเป็นอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไปหรือผู้ป่วยมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ BT= 37.7 °C แนะนำยาลดไข้ 30 นาที ประเมินไข้ซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที BT= 36.5 °C ประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้า และออกทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีไข้ตลอดในวันแรกสัญญาณชีพอยู่ในช่วง BT= 37.6-38.8 °C , PR= 72-94 ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที, SBP= 107-128 mmHg, DBP= 63-86 mmHg, PP= 33- 49 mmHg Intake= 2,580 ml, Out put= 800 ml, Hct= 44-47% ประจำเดือนออกเล็กน้อยเป็นผ้าอนามัยประมาณ 1/5

**วันที่ 2** ของการรักษา Fever day 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เวลา 02.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ BT= 38.5 °C พยาบาลช่วยยาลดไข้ 30 นาที กระตุ้นให้ดื่ม ORS 300 ml ประเมินไข้ซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที BT= 37.1 °C ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เวลา 04.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ BT=38.4 °C เช็ดตัวลดไข้ช่วย ประเมินไข้ซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที BT= 36.5 °C เวลา 06.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ BT=37.8 °C แนะนำยาลดไข้ 30 นาที ประเมินไข้ซ้ำหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที BT= 36.8 °C ส่ง Lab CBC ตรวจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวน WBC Count 1,580 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)

RBC Count 5.14 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4.2-5.5 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) Hct 42 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) Plt Count 96,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) PMN 24.5 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-75 เปอร์เซ็นต์) Lymphocyte 65.5 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20- 50 เปอร์เซ็นต์) เวลา 08.00 น. ผู้ป่วยมีไข้ BT= 38.7 °C พยาบาลช่วยยาเซ็ดตัวลดไข้ กระตุ้นให้ดื่ม ORS 450 ml ประเมินไข้ซ้ำหลังเซ็ดตัวลดไข้ 30 นาที BT= 37.2 °C ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นดื่ม ORS โดยเฉลี่ยให้ได้ อย่าง น้อย 3 ml/kg/hr ในผู้ป่วยนี้หนัก 82 kg. ควรดื่มอย่างน้อย 246 ml/hr เวลา 09.10 น. แพทย์ตรวจเย็บอาการ พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%DNSS rate 50 ml/hr. (คิดเป็น 1ml/kg/hr) และ Serial Hct ทุก 4 ชั่วโมง เจาะเลือดตรวจ CBC ซ้ำ ฟรุ้งนี้ร่วมกับเจาะแลปส่งตรวจ LFT, BUN, Cr, Electrolyte, DTX ประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบ รู้เรื่อง ไม่มีอาการ อาการแสดงของภาวะช็อค ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย ประจำเดือนหยุดไหลแล้ว ไม่มีอาการปวดท้อง หลังเวลา 08.00 น. ผู้ป่วยไม่มีไข้กลับขึ้นซ้ำในวันที่ 2 ของการรักษาสัญญาณชีพอยู่ในช่วง BT= 36.5-37.2 °C, PR= 70-86 ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที, SBP= 110-123 mmHg, DBP= 71-85 mmHg, PP= 33-45 mmHg Intake= 5,200 ml Out put= 3,900 ml Hct= 43 %

วันที่ 3 ของการรักษา Fever day 7 ไข้ลงครบ 24 ชั่วโมงเวลา 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการ อาการแสดงของภาวะช็อค ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย ประจำเดือนหยุดไหลแล้ว เริ่มมีความอยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นดื่ม ORS ต่อ เวลา 06.00 น.เจาะเลือดส่งตรวจ CBC ซ้ำร่วมกับ LFT, BUN, Cr, Electrolyte, DTX ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวน WBC Count 2,620 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) RBC Count 5.09 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4.2-5.5 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) Hct 41.7 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) Plt Count 87,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 140,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) PMN 35.3 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-75 เปอร์เซ็นต์) Lymphocyte 56.7 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20- 50 เปอร์เซ็นต์) DTX=134mg% LFT, BUN, Cr, Electrolyte : Normal แพทย์ประเมินอาการผู้ป่วย ไม่มีอาการ อาการแสดงของภาวะช็อคแพทย์ ให้ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5% DNSS rate 50 ml/hr. (คิดเป็น 1ml/kg/hr) ต่อ Serial Hct ทุก 6 ชั่วโมง เจาะเลือดตรวจ CBC ซ้ำอีกครั้งฟรุ้งนี้ วันที่ 3 ของการรักษาสัญญาณชีพอยู่ในช่วง BT= 36.6-37.0 C ,PR= 78-98 ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที, SBP= 113-128 mmHg, DBP= 61-81 mmHg, PP =32-58 mmHg Intake= 3,500 ml Out put= 2,900 ml Hct= 43%

วันที่ 4 ของการรักษา Fever day 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย เวลา 06.00 น. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC ซ้ำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวน WBC Count 3,330 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 5,000-10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)

RBC Count 5.40 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4.2-5.5 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)  
 Hct 44.7 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) Plt Count 126,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร  
 (ค่าปกติ 140,000-400,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) PMN 37.5 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-75 เปอร์เซ็นต์)  
 Lymphocyte 53 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 20- 50 เปอร์เซ็นต์) ไข้ลงครบ 48 ชั่วโมงเวลา 10.00 น แพทย์ประเมิน  
 อาการผู้ป่วยไข้ลงครบ 48 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยพ้นระยะอันตรายเข้าสู่ระยะฟื้นตัว คือมีอาการเกล็ดเลือดเริ่มสูงขึ้น  
 ชีพจร และความดันโลหิตคงที่ ปัสสาวะออกมากขึ้น มีคื่นตามปลายมือปลายเท้า มีความอยากอาหารแพทย์จึง  
 พิจารณาให้กลับบ้านได้ มียาให้กลับบ้านเป็น Paracetamol รับประทานเมื่อมีไข้ ให้ ORS กลับไปผสมน้ำดื่มต่อ  
 ที่บ้านและมีนัดติดตามอาการตรวจเลือดซ้ำอีก 1 สัปดาห์ แนะนำมารดาและผู้ป่วยในการดทำกิจกรรมที่  
 กระตือรือร้นร่างกายแรง ๆ จนกว่าจะกลับมาตรวจเลือดซ้ำ เกล็ดเลือดกลับมาปกติเพราะอาจจะทำให้  
 เลือดออกง่ายหยุดยาก รวมระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน จำหน่ายกลับบ้านเวลา 10.00 น และ  
 นัดมาตรวจซ้ำหลังจำหน่าย วันที่ 12 กรกฎาคม 2565 ติดตามผล CBC

ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลของตึกผู้ป่วยในเด็กรวมระยะเวลา 4 วันพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการ  
 พยาบาลที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดดังนี้

- ปัญหาที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอุณหภูมิกายสูง
- ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ
- ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากโรคไข้เลือดออก
- ปัญหาที่ 4 ย่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของหลาน
- ปัญหาที่ 5 Discharge Plan

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด – 15ปี ที่นอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในเด็ก  
 โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ 1 พ.ค. – 31 ก.ค. 2565
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการสำคัญโดยเน้นประวัติระยะเวลาของการไข้และอาการที่มีร่วมกับ  
 อาการไข้พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาทฤษฎีจากเอกสารทางวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแล  
 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
  - 4.3 นำแนวทางที่จัดทำขึ้นไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
  - 4.4 ทดลองปฏิบัติอย่างน้อย 3 เดือน

5. ประชุมหน่วยงานเพื่อปรึกษาและชี้แจงการใช้แนวทางการปฏิบัติที่จัดทำขึ้น
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนการพยาบาลตามความสำคัญของปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล
7. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล
8. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ญาติและบิดามารดา
9. สรุปผลและเรียบเรียงผลงานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของเนื้อหา และเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษา

#### เป้าหมายของงาน

1. อัตราการเสียชีวิตจากไข้เลือดออก 0 %
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไข้เลือดออก 0 %
3. บุคลากรพยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

##### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

- 5.1.1 มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 เล่ม

##### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

- 5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- 5.2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแล

#### รักษา

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 ใช้เป็นเอกสารสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลได้ศึกษา เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง
- 6.2 เป็นแนวทางในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
- 6.3 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากร การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
- 6.4 เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เป็นการพยาบาลที่สำคัญโดยเริ่มตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออก การพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันการเกิดภาวะช็อก การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะนำไปสู่อันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุ การรักษาพยาบาลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยเป็นเด็ก การทำหัตถการต่างๆ จะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ เช่น การเจาะเลือด การเปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อาจจะต้องมีคนช่วยจับเวลาทำหัตถการ

8.2 ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะของโรค ผู้ดูแลมักคลายกังวลเมื่อผู้ป่วยไข้ลง ซึ่งจะสวนทางกับพยาธิสภาพของโรคที่ไข้ลงเป็นระยะอันตรายต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

8.3 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระยะไข้กับระยะอันตรายจะมีความไม่ยอมอาหาร ต้องคอยกระตุ้นบ่อยๆ ในเด็กที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ให้การรักษาพยาบาล วินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลอย่างทันท่วงที จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ก้าวไปสู่ภาวะวิกฤต และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล และสร้างความมั่นใจในการดูแลเพื่อให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

9.2 เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลควรมีสรรถนะการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก

9.3 เน้นการทำงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับมีความกระตือรือร้น มีสมรรถนะในการสังเกต และประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยซึ่งจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

9.4 พยาบาลควรมีการศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติม และจัดให้มีการทบทวนกิจกรรมพยาบาลให้มีความชำนาญ และเปลี่ยนแปลงในทางที่สามารถพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลให้ดีขึ้น

9.5 จัดหาอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ และคงสภาพที่อยู่เสมอ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

## 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี

## 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวกมลศรี โสภณ สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาวกมลศรี โสภณ)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ..... 28 / พฤศจิกายน / 2565 .....

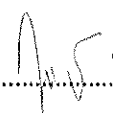
ผู้ขอประเมิน



ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ  |
|-----------------------------|---|
| นางสาวกมลศรี โสภณ           |  |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาวสุภาวดี สมทรัพย์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

(วันที่) 23 / พฤศจิกายน / 2565 .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

(นายชูชัย เต็มธนะกิจไพศาล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

(วันที่) 23 / พฤศจิกายน / 2565 .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

### 1. เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

#### 2. หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออก ที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์เกิดจากไวรัส dengue จึงเรียกชื่อว่า Dengue hemorrhagic fever (DHF) ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ เพราะมีผู้ป่วยปีละเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจเกิดจากภาวะช็อก ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โดยเริ่มระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ. 2497 และระบาดในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 ใน พ.ศ. 2524 เริ่มมีการระบาดของไข้เลือดออกเดงกีเป็นครั้งแรกที่ คิวบา ภายหลังจากการระบาดของไข้เดงกีในปี 2520 หลังจากนั้นก็มีรายงานของไข้เลือดออกเดงกีเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่ (emerging disease) ในประเทศต่างๆ ในอเมริกากลางและอเมริกาใต้มากขึ้นเมื่อมีการเริ่มระบาดในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2501 มีรายงานผู้ป่วย 2,158 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 8.8 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราป่วยตายร้อยละ 13.90 โดยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นตลอด แต่อัตราป่วยตายลดน้อยลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5 –9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10-14 ปี ในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวาง โดยจะพบผู้ป่วยได้ทุกจังหวัดและทุกภาคของประเทศ

จากจากสถิติตีผู้ป่วยในเด็กของโรงพยาบาลสุวรณภูมิพบว่า มีจำนวนของผู้ป่วยไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563– 2565 จำนวน 114, 21 และ 46 ตามลำดับ จากสถิติจะพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีจำนวนสูงทุกปีและจะมีบางช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัสสายพันธ์ 19 ที่ผู้ป่วยไข้เลือดออกลดน้อยลง แต่หลังจากการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัสสายพันธ์ 19 เริ่มลดลง จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเริ่มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลอื่น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องขาดเรียนและถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต ถ้าผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะโรค การดูแลผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยอาจส่งผลให้อาการรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นผู้จัดทำจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์ แนวความคิด ข้อเสนอ

โรคไข้เลือดออก ที่พบในประเทศไทยและประเทศใกล้เคียงในเอเชียอาคเนย์เกิดจากไวรัส dengue จึงเรียกชื่อว่า Dengue hemorrhagic fever (DHF) ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ เพราะมีผู้ป่วยปีละเป็นจำนวนมาก และผู้ป่วยไข้เลือดออกอาจเกิดจากภาวะช็อก ซึ่งทำให้ถึงเสียชีวิตได้รวดเร็วหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปีนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 24 สิงหาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศ 19,380 ราย เสียชีวิต 17 ราย กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยมากที่สุด คือ 5 -14 ปี รองลงมา 15 - 24 ปี และเด็กแรกเกิด - 4 ปี พบผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ และจากสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ต้นปี จนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 จังหวัดร้อยเอ็ด มีรายงานผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 281 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 21.47 ต่อประชากรแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี

จากสถิติตีพิมพ์วารสารของโรงพยาบาลสุวรณภูมิพบว่ามีจำนวนของผู้ป่วยไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563 – 2565 จำนวน 114, 21 และ 46 ตามลำดับ ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

##### ด้านบุคลากร

1. ได้ทบทวน ความรู้ด้านวิชาการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก
2. นำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกในรายอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสมครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งป้องกัน การเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน
3. พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานและเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก
4. สร้างมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก
5. พยาบาลมีความรู้ความเชี่ยวชาญและชำนาญการในการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

##### เฉพาะทางในเด็ก

##### ด้านผู้รับบริการ

1. ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก
2. ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก
3. ผู้ดูแลมีความรู้และให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้หายจากโรค

### ด้านผลประโยชน์

1. มีมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
  2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล
  3. พัฒนาศักยภาพในดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
  4. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน
  5. ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. อัตราการเสียชีวิตจากไข้เลือดออก 0 %
  2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไข้เลือดออก 0 %
  3. บุคลากรพยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90

(ลงชื่อ) ..... *กมลศรี โสภณ* .....

(นางสาวกมลศรี โสภณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ..... 23 ..... / ..... พฤศจิกายน ..... / ..... 2565 .....

ผู้ขอประเมิน