

การประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

บุญชัย ธนบัตรชัย*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยการประเมินความรู้โรคไข้เลือดออกแดงที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอโนนไทย และประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๔๙ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๐. ผลการประเมินพบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พยาบาลและแพทย์ มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแดงที่ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ ๗๘.๗, ๘๑.๐, และ ๘๗.๕ ตามลำดับ. ความรู้ที่ต่ำกว่าเป้าหมายและต้องพัฒนาคือ การพิจารณาทำทดสอบทูร์นิเคตในเวลาที่เหมาะสม, ชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ในระยะไข้, และปริมาณสารน้ำที่ให้ในระยะวิกฤติ. สำหรับการประเมินจากเวชระเบียนพบว่าโดยภาพรวมมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาเฉลี่ยร้อยละ ๘๕.๖, ส่วนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาที่ต่ำกว่าเป้าหมาย คือ มีการทำทดสอบทูร์นิเคต และบันทึกเฉลี่ยร้อยละ ๗๓.๘, คำสั่งการให้ชนิดของสารน้ำในระยะไข้เป็นไปตามเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ ๖๗.๐, ความถี่ในการวัดและบันทึกสัญญาณชีพในระยะวิกฤติตามเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ ๖๘.๒, และมีการบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกในระยะวิกฤติตามเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ ๖๐.๒, มีการตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเฉลี่ยร้อยละ ๓.๔, ผลการรักษาหายร้อยละ ๘๔.๗ ส่งต่อร้อยละ ๕.๗ มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ ๔.๕, ไม่มีผู้เสียชีวิต. จากการศึกษาพบว่าปัญหาหลักของการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกแดงที่คือบุคลากรมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าควรปรับหลักสูตรการอบรม โดยเพิ่มเติมในส่วนตัวจากการประเมินและปรับปรุงคู่มือแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ และควรมีการประชุมชี้แจง นิเทศติดตามการใช้แนวทางอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ทั้งที่อำเภอโนนไทยและในจังหวัดนครราชสีมาต่อไป.

คำสำคัญ: การประเมินผล, โรคไข้เลือดออกแดงที่

Abstract

Evaluation of the Knowledge of the Patient Care Team and Clinical Practice Guidelines for the Management of Dengue Hemorrhagic Fever in Nonthai District, Nakhon Ratchasima Province

Boonchai Tanabatchai*

*Nonthai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

This study was aimed at evaluating the clinical practice guidelines for the management of dengue hemorrhagic fever by evaluating the knowledge of doctors, nurses and subdistrict health officers in Nonthai district and by evaluating the care map of dengue

*โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

hemorrhagic fever patients in Nonthai Hospital. The results showed that the knowledge accuracy rates of doctors, nurses and subdistrict health officers concerning dengue hemorrhagic fever were 87.5, 81.0 and 78.7 percent, respectively. Incorrect knowledge concerned the proper time to order a tourniquet test, the proper type and volume of intravenous fluid to administer to patients in the febrile stage, the proper volume of intravenous fluid to administer to patients in shock.

Conformity to the clinical practice guidelines for dengues hemorrhagic fever was 89.6 percent and the non-conformity with the guidelines was as follows: the order of tourniquet test, 73.9 percent correct; the order of intravenous fluid in the febrile stage, 67 percent correct. The frequency of recording the vital signs in the shock stage was 68.2 percent correct; that of intake/output in the shock stage, 60.2 percent and urine specific gravity, 3.4 percent correct.

The treatment outcomes of dengue hemorrhagic fever were 94.3 percent recovery, 5.7 percent referral, 4.5 percent complication, and zero deaths. The research found that the main problems in the management of dengue hemorrhagic fever were incorrect knowledge and non-conformity with the clinical practice guidelines by the Patient Care Team. The research findings will be used as baseline data for improving the clinical practice guidelines and the teaching programme in Nonthai district and Nakhon Ratchasima Province.

Key words: evaluation, dengue hemorrhagic fever

ภูมิหลังและเหตุผล

ไข้เลือดออกเดงกีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๑ เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน^(๑). ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ จังหวัดนครราชสีมาพบผู้ป่วยไข้เดงกี, ไข้เลือดออกเดงกี และไข้เลือดออกเดงกีช็อก จำนวน ๑,๗๘๔ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๗๐.๒๓ ต่อแสนประชากร, เสียชีวิต ๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๖ ของผู้ป่วยทั้งหมด. ถึงแม้ว่าอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีจะต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๐.๑๕ ก็ตาม^(๒) แต่การแพร่ระบาดของโรครยังพบได้ทั่วประเทศ และทุกกลุ่มอายุ และมีปัญหาการระบาดในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น. ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เริ่มมาจากการรักษาขั้นต้นในโรงพยาบาลชุมชน. ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย, การดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี. ใน พ.ศ. ๒๕๓๖ จังหวัดนครราชสีมาได้จัดทำคู่มือแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานี

อนามัยใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีได้อย่างถูกต้อง ทั้งในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน^(๓). คู่มือดังกล่าวได้มีการปรับปรุงครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๕๔๑^(๔) และครั้งที่ ๒ ใน พ.ศ. ๒๕๔๒^(๕). พ.ศ. ๒๕๔๙^(๖) ได้มีการปรับปรุงแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้ทันสมัยและเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกเดงกีในปัจจุบันให้สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ ทั้งยังมีการจัดอบรมให้ความรู้ แก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการใช้แนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกปี.

โรงพยาบาลโนนไทยได้นำแนวทางการรักษาและส่งต่อโรคไข้เลือดออกเดงกีของจังหวัดนครราชสีมา มาประยุกต์ใช้ และจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ในความรับผิดชอบ เขตอำเภอโนนไทย และดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีตามแนวทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่องทุกปี. ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ โรงพยาบาลโนนไทยได้ประเมินความรู้ และผลการใช้แนวทางการ



ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกให้เหมาะสม มีมาตรฐาน ลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาล และสามารถเผยแพร่ขยายผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อโรคไข้เลือดออกเดงกีให้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป.

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- ๑) เพื่อประเมินความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา.
- ๒) เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาลและการส่งต่อโรคไข้เลือดออกเดงกี จังหวัดนครราชสีมาของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโนนไทย.
- ๓) เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในโรงพยาบาลโนนไทย.

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแบบประเมิน ๒ ชุดที่พัฒนาจากแบบประเมินโครงการนิเทศเรื่องการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕. แบบประเมินชุดที่ ๑ เป็นแบบประเมินความรู้ของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอำเภอโนนไทยในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี. แบบประเมินชุดที่ ๒ เป็นแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อโรคไข้เลือดออกเดงกี

ประชากรที่ใช้ศึกษา ประเมินความรู้ในการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานอนามัยทั้งหมด ๑๗ แห่ง จำนวน ๕๒ คน จากเจ้าหน้าที่อนามัยทั้งหมด ๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๒, พยาบาลโรงพยาบาลโนนไทยจำนวน ๓๔ คน จากทั้งหมด ๕๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๔, แพทย์โรงพยาบาลโนนไทยจำนวน ๔ คน จากทั้งหมด ๑๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๓ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย. การ

ประเมินปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคไข้เลือดออกเดงกีเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออกเดงกีจากลักษณะเวชกรรมร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๕๐. จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมด ๘๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ของเวชระเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออก. บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลประกอบด้วยแพทย์ ๑๔ คน และพยาบาล ๕๒ คน.

การประเมินผลความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี มีเป้าหมายให้บุคลากรทางสาธารณสุขมีความรู้มากกว่าร้อยละ ๘๐ และปฏิบัติตามแนวทางมากกว่าร้อยละ ๘๐. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่และค่าร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ, ใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ..

ผลการศึกษา

ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข

ผลจากการประเมินบุคลากรสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบพบว่า เจ้าหน้าที่สถานอนามัย ๕๒ คนมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีถูกต้องร้อยละ ๗๘.๗ (ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๘๐) ที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องจากในส่วนความรู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ปริมาณของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในระยะวิกฤติ, ปริมาณของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในระยะไข้, การประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ, การพิจารณาทำการทดสอบทูร์นิเกตต์, ชนิดของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในระยะไข้. ผลการประเมินพยาบาล ๓๔ คน, แพทย์ฝึกหัด ๕ คน และแพทย์ประจำ ๔ คน พบว่ามีความรู้ถูกต้อง ร้อยละ ๘๑.๐, ๘๓.๑, และ ๘๗.๕ ตามลำดับ.

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย

การประเมินการปฏิบัติแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ๘๘ รายจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มโรค

ตามระดับความรุนแรงได้แก่ ไข้แดงที่ ๒๑ ราย, ไข้เลือดออกแดงที่ ๖๑ ราย, ไข้เลือดออกแดงที่ช็อก ๖ ราย, และแยกตามการดูแลรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรค ได้แก่ การประเมิณแรก รับและการรับไว้ในโรงพยาบาล, การดูแลรักษาในระยะไข้, การดูแลรักษาในระยะวิกฤติ และผลลัพธ์จากการดูแลรักษาพบว่าโดยภาพรวมทุกกลุ่มโรคมีการปฏิบัติตามแนวทางร้อยละ ๘๙.๖ และมีการปฏิบัติตามแนวทางในขั้นตอนการประเมิณแรกรับ, การรับไว้ในโรงพยาบาล, การดูแลรักษาในระยะไข้, และการดูแลรักษาในระยะวิกฤติ ร้อยละ ๙๐.๙, ๑๐๐, ๙๐.๕ และ ๙๖.๑ ตามลำดับ.

การประเมิณแรกรับและการรับไว้ในโรงพยาบาล

ผลการประเมิณการปฏิบัติตามแนวทางในขั้นตอนการประเมิณแรกรับ พบว่าทุกกลุ่มโรคมีการปฏิบัติตามเกณฑ์คือ DF ร้อยละ ๘๔.๕, DHF ร้อยละ ๙๒.๖, DSS ร้อยละ ๙๕.๘ ตามลำดับ. ข้อที่มีการปฏิบัติตามแนวทางน้อยที่สุดคือการทดสอบทูร์นิเคต และการบันทึกโดยเฉพาะในกลุ่มไข้แดงที่มีการปฏิบัติเพียงร้อยละ ๖๖.๗. ส่วนขั้นตอนการรับไว้ในโรงพยาบาลของทุกกลุ่มโรคมีการปฏิบัติตามเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ (ตารางที่ ๑).

การดูแลรักษาในระยะไข้ พบว่าทุกกลุ่มโรคมีการปฏิบัติตามเกณฑ์คือ DF ร้อยละ ๙๐.๕, DHF ร้อยละ ๙๐.๔, DSS ร้อยละ ๙๑.๗ ตามลำดับ. ข้อที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้แก่ คำสั่งการให้ชนิดของสารน้ำ, คำสั่งของแพทย์เวชให้เฝ้าระวังภาวะช็อก (ตารางที่ ๑).

การดูแลรักษาในระยะวิกฤติ พบว่าพบทุกกลุ่มโรคมีการปฏิบัติตามแนวทางต่ำกว่าเกณฑ์คือ DF ร้อยละ ๗๓.๖, DHF ร้อยละ ๗๗.๐, DSS ร้อยละ ๗๕.๗ ตามลำดับ. ส่วนข้อที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้แก่ การตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ, การบันทึก intake output, และความถี่ในการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ (ตารางที่ ๑).

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงที่

พบว่าการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องร้อยละ ๙๔.๓, รักษาหายร้อยละ ๙๔.๓, ส่งต่อร้อยละ ๕.๗, มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ ๔.๕ ได้แก่ น้ำเกิน, ถ่ายเหลว, มีภาวะช็อกนาน และติด

เชื้อที่ผิวหนัง โดยไม่มีผู้เสียชีวิต (ตารางที่ ๒).

วิจารณ์

แม้ว่าโรงพยาบาลในไทยได้มีการจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขในความรับผิดชอบเขตอำเภอในไทย และดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ตามแนวทางดังกล่าวอย่างต่อเนื่องทุกปี. แต่ก็ยังพบจุดอ่อนในด้านความรู้ความเข้าใจของบุคลากรและการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด. ในด้านความรู้ การดูแลรักษาและส่งต่อของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องพัฒนา (น้อยกว่าร้อยละ ๘๐). ความรู้ของพยาบาลและแพทย์ในโรงพยาบาลในไทยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (มากกว่าร้อยละ ๘๐) และประเมิณการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกแดงที่อยู่ในเกณฑ์ดี (มากกว่าร้อยละ ๘๐) โดยข้อที่เป็นโอกาสพัฒนาความรู้ความเข้าใจทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานอนามัย พยาบาลและแพทย์คือ การพิจารณาทำทดสอบทูร์นิเคตในเวลาที่เหมาะสมสัมพันธ์กับผลการประเมิณการปฏิบัติตามแนวทางในการประเมิณแรกรับ คือ มีการทำทดสอบทูร์นิเคต และบันทึกน้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ซึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วย DF, DHF เมื่อสอบถามผู้ปฏิบัติให้ความเห็นว่าเนื่องจากผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ต้องเจาะ CBC อยู่แล้ว จึงใช้ผล CBC ในการวินิจฉัยและประเมิณภาวะของโรคแทน เนื่องจากในการทดสอบทดสอบทูร์นิเคตมีผลค่าคาดการณ์บวกสูงถึงร้อยละ ๗๒ สำหรับผู้ป่วย DF และร้อยละ ๘๐ สำหรับผู้ป่วย DHF^(๗) ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยการติดเชื้อแดงที่. ในระยะแรก จึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นคุณค่าของการทดสอบทูร์นิเคต เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกราย.

สำหรับการประเมิณการปฏิบัติตามแนวทางในระยะไข้พบว่ามีการวินิจฉัยโรคให้วัดสัญญาณชีพ และเจาะซีมาโทคริตเป็นระยะ ๆ แต่มีคำสั่งให้เฝ้าระวังภาวะช็อกไม่ครบตามเกณฑ์ เช่น แรงดันชีพจรแคบ ≤ 20 มม.ปรอท, Hct เพิ่มขึ้น หรือลดลง \geq ร้อยละ ๓ ในผู้ป่วย DSS เนื่องจากผู้ป่วยไข้เลือดออก



ตารางที่ ๑ การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี (จำนวนและค่าร้อยละ)

การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา	กลุ่มโรค			รวม
	DF	DHF	DSS	
การประเมินแรกรับ				
ผู้ป่วยได้รับการชั่งน้ำหนักแรกรับและมีการบันทึก	๒๐(๕๕.๒)	๖๐(๕๘.๔)	๖(๑๐๐.๐)	๘๖(๕๗.๓)
ผู้ป่วยได้รับการวัดสัญญาณชีพ (T, P, R, BP)	๑๖(๗๖.๒)	๕๕(๕๖.๓)	๖(๑๐๐.๐)	๘๑(๕๒.๐)
ได้รับการทดสอบทูร์นิเคต และบันทึก	๑๔(๖๖.๗)	๔๖(๗๕.๔)	๕(๘๓.๓)	๖๕(๗๓.๕)
มีการตรวจ CBC ในวันที่ ๑ ของไข้	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
เฉลี่ย	๘๔.๕	๕๒.๖	๕๕.๘	๕๐.๕
การรับไว้ในโรงพยาบาล				
ใช้แบบรับผู้ป่วยระยะ DHF เมื่อมีข้อบ่งชี้	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วย เป็นไปตามเกณฑ์	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
เฉลี่ย	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
การดูแลรักษาในระยะไข้				
คำสั่งของแพทย์เวรให้เฝ้าระวังภาวะช็อกเช่น PP	๑๘(๘๕.๗)	๔๕(๘๐.๓)	๓(๕๐.๐)	๖๖(๗๕.๕)
≤ ๒๐ มม.ปรอท, Hct เพิ่มขึ้นหรือลดลง ≥ ร้อยละ ๓				
คำสั่งการให้ชนิดสารน้ำเป็นไปตามเกณฑ์	๑๓(๖๑.๕)	๔๐(๖๕.๖)	๖(๑๐๐.๐)	๕๙(๖๗.๐)
คำสั่งการให้ปริมาณสารน้ำเป็นไปตามเกณฑ์	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๐(๕๘.๔)	๖(๑๐๐.๐)	๘๗(๕๘.๕)
คำสั่งความถี่ในการเจาะ Hct เป็นไปตามเกณฑ์	๒๐(๕๕.๒)	๖๐(๕๘.๔)	๖(๑๐๐.๐)	๘๖(๕๗.๓)
ความถี่ในการวัดและบันทึกสัญญาณชีพตามเกณฑ์	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
มีการรายงานแพทย์ และมีการบันทึกทางการแพทย์	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง				
เฉลี่ย	๕๐.๕	๕๐.๔	๕๑.๗	๕๐.๕
การดูแลรักษาในระยะวิกฤติ				
มีคำสั่งของแพทย์เวรให้เฝ้าระวังภาวะช็อก เช่น PP	๑๘(๘๕.๗)	๕๕(๘๘.๕)	๕(๘๓.๓)	๗๘(๘๗.๕)
≤ ๒๐ มม.ปรอท, Hct เพิ่มขึ้นหรือลดลง ≥ ร้อยละ ๓				
คำสั่งการให้ชนิดสารน้ำเป็นไปตามเกณฑ์	๑๔(๖๖.๗)	๕๕(๕๖.๓)	๖(๑๐๐.๐)	๗๕(๘๕.๘)
คำสั่งการให้ปริมาณสารน้ำเป็นไปตามเกณฑ์	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๐(๕๘.๔)	๖(๑๐๐.๐)	๘๗(๕๘.๕)
คำสั่งความถี่ในการเจาะ Hct เป็นไปตามเกณฑ์	๒๑(๑๐๐.๐)	๕๕(๕๖.๓)	๖(๑๐๐.๐)	๘๒(๕๗.๗)
มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งเมื่อมีค่า Hct เพิ่มขึ้นหรือลดลง	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
มีการบันทึกการดำเนินโรคของแพทย์อย่างต่อเนื่อง	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
ความถี่ในการวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ตามเกณฑ์	๑๑(๕๒.๔)	๔๓(๗๖.๕)	๖(๑๐๐.๐)	๖๐(๖๘.๒)
มีการรายงานแพทย์ และมีการบันทึกทางการแพทย์	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
เมื่อ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะเลือดออก				
กรณีผู้ป่วยมีเลือดออก มีการดูแลระงับการตกเลือด	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
มีการบันทึก intake/output ตามเกณฑ์	๑๑(๕๒.๔)	๓๕(๖๓.๕)	๓(๕๐.๐)	๕๙(๖๐.๒)
มีการบันทึกจำนวนครั้งการปัสสาวะของผู้ป่วย	๒๑(๑๐๐.๐)	๖๑(๑๐๐.๐)	๖(๑๐๐.๐)	๘๘(๑๐๐.๐)
มีการตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ตามเกณฑ์	๑(๔.๘)	๒(๓.๓)	๐(๐)	๓(๓.๔)
เฉลี่ย	๗๓.๖	๗๗.๐	๗๕.๗	๗๖.๑

ตารางที่ ๒ ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี (จำนวน และร้อยละ)

ผลการดูแลรักษา	กลุ่มโรค			รวม
	DF	DHF	DSS	
การวินิจฉัยโรค				
ถูกต้อง	๑๕ (๕๐.๕)	๖๐ (๕๘.๔)	๔ (๖๖.๗)	๘๑ (๕๔.๓)
ไม่ถูกต้อง	๒ (๕.๕)	๑ (๑.๖)	๒ (๓๓.๓)	๕ (๕.๗)
ผลการรักษา				
หาย	๒๑ (๑๐๐.๐)	๕๘ (๕๕.๑)	๔ (๖๖.๗)	๘๓ (๕๔.๓)
ส่งต่อ	๐ (๐)	๓ (๔.๕)	๒ (๓๓.๓)	๕ (๕.๗)
เสียชีวิต	๐ (๐)	๐ (๐)	๐ (๐)	๐ (๐)
ภาวะแทรกซ้อน				
ไม่มี	๒๑ (๑๐๐.๐)	๕๕ (๕๖.๗)	๔ (๖๖.๗)	๘๔ (๕๕.๕)
มี	๐ (๐)	๒ (๓.๓)	๒ (๓๓.๓)	๔ (๔.๕)
น้ำเกิน	๐ (๐)	๐ (๐)	๑ (๑๖.๖๕)	๑ (๑.๑๓)
ถ่ายเหลว	๐ (๐)	๑ (๑.๖๕)	๐ (๐)	๑ (๑.๑๓)
มีภาวะช็อกนาน	๐ (๐)	๐ (๐)	๑ (๑๖.๖๕)	๑ (๑.๑๓)
ติดเชื้อที่ผิวหนัง	๐ (๐)	๑ (๑.๖๕)	๐ (๐)	๑ (๑.๑๓)

ช็อกนั้นจะมีความรู้สึกตัวดีทำให้ยากในการวินิจฉัยภาวะช็อกจากลักษณะเวชกรรม, การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และ Hct ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างใกล้ชิด เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการเฝ้าระวังภาวะช็อกซึ่งนำไปสู่การปรับเพิ่มสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อแก้ไขภาวะช็อกได้ทันที่^(๑๐). เมื่อศึกษาเพิ่มเติมพบว่าผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าเป็นข้อปฏิบัติที่เป็นที่เข้าใจกันอยู่แล้วว่าเมื่อสัญญาณชีพและ Hct เปลี่ยนแปลงต้องรีบรายงานแพทย์ จึงไม่มีคำสั่งไว้ ซึ่งจะเป็นจุดอ่อนในการดูแลผู้ป่วยไม่ทันที่ จึงควรจะมีข้อตกลงที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร. เพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน. นอกจากนี้ในระยะไข้ มีการให้ชนิดสารน้ำไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วย DF, DHF สอดคล้องกับผลการประเมินความรู้ของแพทย์และพยาบาลที่ต้องพัฒนาความรู้ในเรื่องชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในระยะไข้. โดยปกติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในระยะไข้ควรเป็นสารน้ำ ๕%

D/N/2 สำหรับเด็กโต และ ๕% D/N/3 สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า ๑ ปี^(๑๑). แต่ปัญหาที่พบคือให้น้ำเกลือนอร์มัลเด็กซ์โทรส ๕% ทั้งเด็กโตและเด็กเล็ก โดยผู้ปฏิบัติให้เหตุผลว่าเกล็ดเลือดเริ่มต่ำ แต่ยังสูงกว่า ๑๐๐,๐๐๐ / ลบ.มม.เกรงว่าจะเกิดภาวะช็กรุนแรง จึงได้ให้เป็น ๕% D/NSS ล่วงหน้าก่อนเข้าระยะช็อก. ปัญหาอีกประการหนึ่งคือให้ ๕% D/N/3 ในเด็กโตซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะพบในผู้ป่วยเด็กอายุ ๑-๒ ปี ซึ่งกรณีทั้งสองอาจมีความเสี่ยงต่อการให้น้ำเกินในระยะวิกฤติได้^(๑๒).

ในระยะวิกฤติ ความถี่ในการวัดและบันทึกสัญญาณชีพไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วย DF, DHF เช่น การวัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง ซึ่งห่างเกินไป (ตามเกณฑ์ควรวัดทุก ๑-๒ ชั่วโมง)^(๑๓). เมื่อศึกษาเพิ่มเติมพบว่าเนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่อาการไม่รุนแรงไม่เห็นอาการช็อกชัดเจน จึงวัดสัญญาณชีพค่อนข้างห่าง. ในกรณีนี้จึงอาจเสี่ยงต่อการวินิจฉัยภาวะช็อกล่าช้าได้. การบันทึก intake/output ไม่เป็นไปตามเกณฑ์



พบในกลุ่มผู้ป่วย DF, DHF, DSS เนื่องจากในระยะวิกฤติ ปริมาณของสารน้ำที่ควรให้ชดเชยทั้งหมดอยู่ประมาณ maintenance + ๕% deficit ใน ๒๔-๔๘ ชม.^(๘) แต่หากไม่ได้บันทึก intake/output จะทำให้ไม่ทราบปริมาณสารน้ำที่ให้ จึงเสี่ยงต่อการให้น้ำมากหรือน้อยเกินไป อาจเกิดภาวะช็อกหรือน้ำเกินได้ นอกจากนี้มีการตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วย DF, DHF. เมื่อศึกษาข้อมูลจากผู้ปฏิบัติพบว่าการเจาะ Hct เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอและมีการบันทึกจำนวนครั้งของ urine output ทุก ๘ ชั่วโมงอยู่แล้ว ซึ่งสามารถเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำได้รวดเร็วกว่าการวัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ. ดังนั้นการวัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะอาจจำเป็นเฉพาะแรกรับเท่านั้น หลังจากนั้นการดู urine out put การประเมินสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของ Hct เป็นระยะ ๆ น่าจะเข้า มาแทนที่.

ในด้านผลจากการดูแลนั้น แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข^(๙) ร้อยละ ๙๔.๓. ส่วนข้อที่ไม่ถูกต้องประกอบด้วยการวินิจฉัยสลับกันระหว่าง DF, DHF และ DSS เช่น เกล็ดเลือดต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐/ลบ.มม. วินิจฉัยเป็น DF, เกล็ดเลือดมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐/ลบ.มม. วินิจฉัยเป็น DHF, มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ร่วมกับภาวะช็อก วินิจฉัยเป็น DHF. สำหรับผลการรักษาพบว่าหายจากโรคร้อยละ ๙๔.๓, ส่งต่อร้อยละ ๕.๗ และไม่พบผู้เสียชีวิต. ในรายที่ส่งต่อซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจและพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๔.๕ ในกลุ่ม DHF และ DSS ได้แก่ มีภาวะน้ำเกิน ถ่ายเหลว ภาวะช็อกนาน ติดเชื้อที่ผิวหนัง ซึ่งได้ติดตามดูแลจนหายปลอดภัยทุกราย. จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลในไทยไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยไข้เลือดออกแดงที่มาเป็นเวลานานกว่า ๑๐ ปี. ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ได้อบรมเพิ่มความรู้ให้กับบุคลากร และมีการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อโรคไข้เลือดออกแดงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าไม่มีผู้เสียชีวิตแต่ยังคงต้องมีการพัฒนาความรู้และมีการประเมินผลการดูแลรักษาเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์และมีมาตรฐานยิ่งขึ้นไป.

ข้อเสนอแนะ

๑. ปรับหลักสูตรการอบรมเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย พยาบาลและแพทย์ โดยเพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจในส่วขาดจากการประเมิน.
๒. ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ โดยเน้นในส่วนที่ขาดจากการประเมิน เช่น มี standing order ในเรื่องการทดสอบทูร์นิเกตต์, การเฝ้าระวังภาวะการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพจร และฮีมาโทคริต และรายงานทันทีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง การบันทึก intake/output.
๓. ปรับปรุงคู่มือแนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง เช่น การวัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะอาจจำเป็นเฉพาะตอนแรกรับ.
๔. เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่มาใหม่ทุกปี การจัดอบรมความรู้ความเข้าใจ นิเทศ ติดตามและการประเมินผลควรทำอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ให้ยั่งยืน.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์แพทย์หญิงสุจิตรา นิมนานนิตย์ และ อาจารย์แพทย์หญิงศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ ครูแพทย์ ที่ประสิทธิ์ประสาท ความรู้ความเข้าใจเรื่องไข้เลือดออกแดงแก่ผู้วิจัย เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกแดงที่ในจังหวัดนครราชสีมา.

เอกสารอ้างอิง

๑. กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์, ปรีชา เปรมปรี, คำณณ อึ้งชูศักดิ์. ระบาดวิทยา. ใน: สุขชิตา อุบล, จันทพงษ์ วะสี (บรรณาธิการ). ไข้เลือดออกแดงที่ไวรัสวิทยา พยาธิกำเนิดจากกลไกภูมิคุ้มกันการวินิจฉัย, การดูแลรักษา, วัคซีน, การป้องกันและควบคุม. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; ๒๕๔๕. หน้า ๒๕-๓๒.
๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานระบาดวิทยา ประจำปี ๒๕๔๕. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; ๒๕๔๕.

๓. คณะทำงานควบคุมไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา. ข้อเสนอแนะการส่งต่อผู้ป่วยไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลชุมชน. เอกสารเผยแพร่; ๒๕๓๖.
๔. คณะทำงานควบคุมไข้เลือดออกจังหวัดนครราชสีมา. แนวทางการรักษาป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัด นครราชสีมา. นครราชสีมา: มิตรภาพการพิมพ์; ๒๕๔๑.
๕. คณะทำงานจัดทำคู่มือการรักษาพยาบาลและรับส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก. แนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๔๒. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ๒๕๔๒; ๒๓ (ฉบับผนวก): S๘-S๒๐.
๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แนวทางการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ปีพ.ศ. ๒๕๔๕. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; ๒๕๔๕.
๗. สุจิตรา นิมมานนิตย์. Pitfalls in management of dengue shock syndrome. ใน: คุณิต สถาวร, ชัยณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร. Critical advances in pediatrics. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; ๒๕๕๐. หน้า ๑๒๓-๓๓.
๘. สำนักงานพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๗.
๙. กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดเชื้อ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย ๒๕๔๔. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๔.
๑๐. สุจิตรา นิมมานนิตย์. Dengue and dengue hemorrhagic fever: pearls and pitfalls in diagnosis and management. In: ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ (บรรณาธิการ). Studies/collaborative studies on dengue infection/dengue hemorrhagic fever 1sted. กรุงเทพฯ: ดีไซร์; ๒๕๔๖. หน้า ๓๒๔-๓๑.