

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร
: กรณีศึกษา 2 ราย

นางพรทิพย์ ตันสูงเนิน
โรงพยาบาลสกลนคร

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ปอดอักเสบ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการตามวัย พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เนื่องด้วยเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ต้องสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ และให้การพยาบาลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที รวมถึงสามารถแนะนำ ให้ความรู้ สอนสาธิตย้อนกลับให้ผู้ดูแล ฟังพอใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายและไม่กลับมารักษาซ้ำ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในโรงพยาบาลสกลนคร กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

รูปแบบการศึกษา: เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ กอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 2 ปี ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์และมี พัฒนาการตามวัย 1 วันก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย มารดามารักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร ได้รับการรักษาด้วย ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาขับเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลม จนอาการดีขึ้น สามารถยุติการให้ออกซิเจนได้และจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 วัน รายที่ 2 เพศชาย อายุ 2 ปี มีประวัติติดเชื้อในร่างกายตั้งแต่แรกเกิด รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 7 วัน หลังจากนั้นไม่เคยเจ็บป่วย ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์และมี พัฒนาการตามวัย 10 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย จึงมา โรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ยาขับเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลม จนผู้ป่วยมีอาการคงที่ยุติการให้ออกซิเจน ให้การฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลาการรักษาตัว ในโรงพยาบาล 7 วัน จากการดูแลทั้ง 2 ราย พบว่าการพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินอาการแสดงของภาวะ หายใจล้มเหลวที่ถูกต้อง รวดเร็ว ให้การพยาบาลที่ทันท่วงที รวมถึงการสอนสาธิตแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุป: ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กเนื่องด้วยวัยเด็ก เป็นวัยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตัวเองได้ทั้งหมด มีอาการเปลี่ยนแปลง ที่รวดเร็ว พยาบาลผู้ป่วยเด็กนอกจากมีความรู้ ทักษะความชำนาญ ยังต้องมีความไวในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

และการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีพัฒนาการสมวัย

คำสำคัญ: การพยาบาล, ปอดอักเสบ, ภาวะหายใจล้มเหลว

บทนำ

ปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี¹ โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และร้อยละ 7-13 มีอาการปอดอักเสบรุนแรงทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต² ข้อมูลจากระบบรายงานกรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 114,544 ราย อัตราป่วย 172.47 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 114 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี คือ 573.99 ต่อแสนประชากรคน¹

โรงพยาบาลสกลนคร มีผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มานอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 305,412 และ 436 ราย ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 64, 72 และ 86 ราย ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน ปีละ 3-5 ราย และพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 0.18, 0.24 และ 0.21 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ³ เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการตามวัย ภายใต้การดูแลรักษาของกุมารแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังได้ใช้แนวคิดประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁴ มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด

ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบมีความยากลำบากยิ่งขึ้น จึงสนใจศึกษารายกรณีเปรียบเทียบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ ผลการวิจัยและทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และครอบครัว ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสกลนคร และเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลสกลนคร กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกผู้ป่วยเด็กอายุ 1-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะหายใจล้มเหลว มารับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยรพ. 1 โรงพยาบาลสกลนคร ในเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566
2. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ เว็บไซต์ บทความ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ ทฤษฎีการพยาบาล ตลอดจนนพรีกษากุมารแพทย์เกี่ยวกับแผนการรักษา

3. ดำเนินการศึกษาโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินความครอบคลุมอาการและอาการแสดง เช่น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยพยาบาล การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว วางแผน จำหน่าย DMETHOD และให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

5. นำเนื้อหาข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาอภิปรายเปรียบเทียบ

6. สรุปและเสนอแนะ

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง การอักเสบของปอด ซึ่งประกอบไปด้วยเยื่อหุ้มปอด เนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลอดลมฝอย (bronchioles) และถุงลมปอด (alveoli) ตลอดจนหลอดเลือดในปอด อุบัติการณ์พบได้ในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี^{2,5,6} สาเหตุการตายสัมพันธ์กับการได้รับการรักษาหรือไม่ถูกต้อง พยาบาลมีส่วนสำคัญในการที่จะลดอันตรายจากปอดอักเสบลงได้โดยการประเมินและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยเร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย⁷

สาเหตุ¹ โรคปอดอักเสบอาจเกิดได้ทั้งจากไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ และสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบ

1. โรคปอดอักเสบที่เกิดในเด็กที่สบายดีมาก่อน

1.1 สาเหตุจากเชื้อไวรัส พบได้ในทุกอายุ มักมีประวัติสัมผัสกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีอาการติดเชื้อในระบบหายใจ มีอาการหวัดหรือปวดเมื่อยตามตัวมาก่อน

1.2 สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อแบคทีเรียที่พบว่าเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่

1.2.1 Streptococcus Pneumoniae ส่วนใหญ่จะพบในเด็กโต

1.2.2 Hemophilus Influenza type B พบในผู้ป่วยอายุ 0-5 ปี

2. โรคปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆมาก่อน

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือเป็นโรคเอดส์อาจเกิดจากเชื้อ Pneumocystis Carinii แบคทีเรียแกรมลบรูปแท่ง หรือเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ

2.2 ผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งทำให้สำลักง่าย เช่น มีความผิดปกติทางสมอง หรือมีความผิดปกติในการกลืน ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลักเข้าปอดได้ง่าย ซึ่งมักเกิดจากเชื้อ Anaerobes

ระยะฟักตัว ไม่แน่ชัดขึ้นกับชนิดของเชื้อ อาจสั้นเพียง 1-3 วัน หรือนาน 1-4 สัปดาห์

ระยะติดต่อ สามารถแพร่เชื้อได้จนกว่าเสมหะจากปากและจมูกจะมีเชื้อไม่รุนแรงและปริมาณไม่มากพอ เด็กที่เป็นพาหะของเชื้อโดยไม่มีอาการ ซึ่งพบได้ในสถานเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนก็สามารถแพร่เชื้อได้

อาการและอาการแสดง¹

1. อาการสำคัญ ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจเร็วอาจมีอาการหอบ หายใจลำบาก มี chest retraction, nasal flaring หรือ อาการอื่นๆ ของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย

2. อาการไอ มักจะมีอาการไอบ่อย ยกเว้นในเด็กที่ขาดสารอาหารขั้นรุนแรงอาจไม่มีอาการไอ หรือน้อยมาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหดเกร็ง

3. หายใจเร็วกว่าเกณฑ์ตามอายุขององค์การอนามัยโลก ได้แก่

อายุน้อยกว่า 2 เดือน หายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาที

อายุ 2 เดือนถึง 1 ปี หายใจเร็วกว่า 50 ครั้งต่อนาที

อายุ 1 ปี ถึง 5 ปี หายใจเร็วกว่า 40 ครั้งต่อนาที

อายุมากกว่า 5 ปี หายใจเร็วกว่า 20 ครั้งต่อนาที

4. Pleural chest pain เป็นความเจ็บปวดเฉียบพลันที่มีลักษณะเหมือนถูกเข็มแทงเป็นๆ หายๆ และเวลาหายใจลึกๆ จะทำให้เจ็บปวดมากขึ้น

5. ในเด็กเล็กอาจแสดงอาการอื่น เช่น ซึม ซีพจรเบาเร็ว มือเท้าเขียว หยุดหายใจเป็นพักๆ ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต

6. ฟังเสียงปอดอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitations) อาจได้ยินเสียง rhonchi ร่วมด้วย ในกรณีที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบ consolidation อาจได้ยินเสียง bronchial breath sound

การวินิจฉัย¹

1. จากอาการแสดงคือ ไข้ ไอ หายใจเร็ว ร่วมกับฟังปอดได้ยินเสียง crepitations หรือ bronchial breath sounds

2. ภาพรังสีทรวงอก ช่วยยืนยันการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน ในรายที่มั่นใจในการวินิจฉัยแล้วไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอก นอกจากต้องการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบหรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและเป็นแนวทางในการแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

1. การตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด ควรทำทุกรายแม้จะไม่สามารถใช้แยกสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้ชัดเจน กรณีที่พบ neutrophil สูงมากและมี toxic granules ช่วยสนับสนุนว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย

2. การย้อมเสมหะ (sputum หรือ nasopharyngeal aspiration) gram stain เป็นวิธีที่มีความไว (sensitive) แต่ไม่จำเพาะ (specific) ต่อเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาจเป็นแนวทางคร่าวๆ ถึงเชื้อก่อโรค

3. การตรวจเสมหะเพาะเชื้อ มีความไวและความจำเพาะต่ำ

4. การเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ควรทำเฉพาะรายที่เป็นรุนแรง เชื้อที่มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้แก่ Streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenza

การรักษา⁵

1. การรักษาตามอาการ (Symptomatic treatment)

1.1 ให้ออกซิเจน ในกรณีนี้คือ ภาวะที่มีอาการเขียวทั่วไป ไม่ดูคนม/น้ำ หายใจหอบและชายโครงนูนมาก อัตราการหายใจมากกว่า 50-70 ครั้งต่อนาที ภาวะวุ่นวาย ซีดซีมลง

1.2 ในรายที่เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ไม่มียารักษาที่จำเพาะควรให้การักษาแบบประคับประคอง และบำบัดรักษาทางระบบหายใจที่เหมาะสม

1.3 ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเร็วที่สุดทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะควรเลือกใช้ตามเชื่อที่คิดว่าเป็นสาเหตุ และมีข้อมูลทางคลินิก

1.4 ให้ยาขยายหลอดลม ในรายที่หลอดลมหดเกร็งอาจจะให้แบบรับประทานหรือพ่นก็ได้

1.5 ให้ยาขับเสมหะ

1.6 ให้ยาละลายเสมหะ

2. การรักษาโดยทั่วไป (Supportive care)

2.1 ให้สารน้ำให้เพียงพอ ควรกระตุ้นแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ หรือนมมากๆ ในรายที่หอบมาก ท้องอืด รับประทานอาหารไม่ได้ พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและงดอาหารทางปาก

2.2 อาการไข้ควรเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้หากอุณหภูมิสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียสทุก 4-6 ชั่วโมง

2.3 ทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physical therapy) เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอด และหลอดลมได้ดีขึ้น ลดการคั่งค้าง

การพยาบาล^{6,7}

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินจากข้อมูลการซักประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยให้พยาบาลได้ข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนการพยาบาลได้ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวโดย

1.1 การซักประวัติ ประกอบด้วย ประวัติข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการและอาการแสดงที่นำมา ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคติดเชื้อในระบบหายใจ ประวัติความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

1.2 การตรวจร่างกาย ตลอดจนประเมินสัญญาณชีพต่างๆ โดยเฉพาะความผิดปกติของโรคปอดอักเสบ ได้แก่ อาการไข้ ไอ หอบ หายใจเร็ว เด็กร้องกวน ไม่ยอมอุ้มนม กลืนลำบาก มีน้ำมูกหรือเสมหะในจมูกและลำคอ นอกจากนี้ควรสังเกตและประเมินสภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัวความไม่เข้าใจ ระบบสนับสนุนของครอบครัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดขาว การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ

2. การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการไข้ ไอ และหอบ

2. มีโอกาสเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการอักเสบของเนื้อปอด

3. วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย

4. มีโอกาสเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจเนื่องจากมีเสมหะมากและเหนียว

5. มีโอกาสเกิดต่อการได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการใช้หายใจเร็ว และอาเจียน

6. มีโอกาสเกิดต่อการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากอาการของโรคที่รุนแรง

การป้องกันและควบคุมโรค¹

มาตรการป้องกัน

1. หลีกเลี่ยงและไม่ควรพาเด็กเล็กๆ ไปในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์

2. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ภาวะทุพโภชนาการ ควันบุหรี่ ควันไฟ หรืออากาศที่หนาวเย็น

3. ไม่ควรให้เด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 1 ปีและผู้สูงอายุไม่แข็งแรงคลุกคลีกับผู้ป่วย

4. ให้วัคซีนป้องกันแก่ผู้ที่เสี่ยง วัคซีนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีผลในการลดอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบ ในชุมชน ในต่างประเทศ คือวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ

การควบคุมผู้ป่วย ผู้สัมผัส และสิ่งแวดล้อม

1. รายงานการระบาด: เมื่อพบการป่วยเป็นกลุ่มก้อนให้รายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทันที ทางโทรศัพท์หรือโทรสาร แล้วส่ง รง.506 ไปตามลำดับขั้นของเครือข่ายระบาดวิทยา

2. การแยกผู้ป่วย: จัดให้ผู้ป่วยติดเชื้อมีที่อยู่อาศัยหรือห้องแยก เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อ

3. การทำลายเชื้อ: ทำลายเชื้อที่ออกมาในสารคัดหลั่งของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยปิดปากและจุมูก ด้วยผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูเวลาไอหรือจาม ล้างมือหลังสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับออกซิเจนชนิดอัตราการไหล (HHHFNC)⁸

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

1. ก่อนได้รับ HHHFNC

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด เสียงหายใจ เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ HHHFNC

1.2 อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HHHFNC แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง

1.3 จัดทำนั่งศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซ มีประสิทธิภาพ

1.4 เตรียมอุปกรณ์และเครื่อง HHHFNC ได้แก่ เลือก nasal cannula หรือ nasal prong ที่เหมาะสม กับขนาดรูจมูกของผู้ป่วยรวมทั้งตั้งค่าพารามิเตอร์ได้แก่ กำหนดอัตราการไหล (flow rate) และความเข้มข้น ออกซิเจน และความชื้นตามแผนการรักษา

2. ขณะได้รับ HHHFNC

2.1 ประเมินและติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยเป็นระยะทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติและติดตาม SpO₂ ตลอดเวลา

2.2 ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจมากกว่าค่าปกติ ตามช่วงอายุ ความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure: MAP)

2.3 ประเมินเสียงหายใจ หากมีเสมหะในปอดจะทำให้ได้เสียง rhonchi และถ้าผู้ป่วยมีแรงไอขับเสมหะ น้อย ควรช่วยดูดเสมหะอย่างน้อย ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ พร้อมทั้งทำความสะอาด ช่องปาก เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับช่องปากและป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

2.4 ปรับค่า FiO₂ และอัตราการไหลตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด และระดับเซลล์มีประสิทธิผล

2.5 ปรับอุณหภูมิของน้ำในเครื่องทำความชื้นที่อุณหภูมิ 34 องศาเซลเซียส เพื่อให้ออกซิเจนมีความชื้น ที่เหมาะสมกับทางเดินหายใจ

2.6 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไม่ถึง nasal prong ออกจากจุมูก เพราะจะทำให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อีกทั้ง HHHFNC ช่วยทำให้ปอดของผู้ป่วยมีความดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการถ่างขยาย หลอดลมฝอยในปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพและช่วยลดความคั่งของน้ำและของเหลวในถุงลมฝอย

2.7 ติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงเมื่อผู้ป่วยได้รับ HHHFNC ครบ 2 ชั่วโมง และรายงานแพทย์ให้ทราบ เพื่อวางแผนการรักษาและเฝ้าระวังความล้มเหลวในการใช้ HHHFNC

2.8 ถ้าผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงปกติ ให้ประเมินและติดตามอาการไปจนครบ 48 ชั่วโมง

2.9 ถ้าผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทราบ และพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจให้พร้อมใช้งาน

3. การหย่า HHHFNC

3.1 เมื่อผู้ป่วยใช้ HHHFNC ครบ 48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นในการใช้ HHHFNC สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลักษณะการหายใจ ไม่มีการหายใจหอบเหนื่อยไม่มีการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกหรือหน้าท้องช่วยหายใจ ประเมินผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อพิจารณาปรับลด $FiO_2 < 0.40$ และปรับลดอัตราไหล โดยดูแลผู้ป่วยให้มีระดับ $SpO_2 > 95\%$

3.2 ก่อนที่จะเอา HFNC ออก ให้ฝึกการหายใจแก่ผู้ป่วยและการไอขับเสมหะ อย่างมีประสิทธิภาพ (ถ้าพอสื่อสารได้)

3.3 หลังเอา HHHFNC ออก ให้ฝึกบริหารปอดตามข้อ 3.2 ร่วมกับการใช้ tri flow เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ และป้องกันปอดแฟบ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 2 ปี น้ำหนัก 12.6 กิโลกรัม ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์และมีพัฒนาการตามวัย มาด้วย 2 วันก่อนมา มีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก อาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาหายใจหอบเหนื่อยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 เวลา 18.00 น. แรกรับที่หอผู้ป่วยร่วมฟ้า 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะ น้ำมูกใส 2 ข้าง หายใจหอบเล็กน้อย ไม่มี retraction ฟันยาขยายหลอดลมตัวร้อน อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ให้ยาปฏิชีวนะ Clafaran 600 mg ทุก 8 ชั่วโมง ยาขับเสมหะ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/N/2 อัตรา 45 ซีซีต่อชั่วโมง เวลา 22.30 น. ผู้ป่วยหายใจหอบ มี mild subcostal retraction อัตรา 48-52 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ออกซิเจนผ่านจมูกอัตรา 2 ลิตรต่อนาที 30 นาทีต่อมา อาการคงที่ ไม่ดีขึ้น ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เวลา 23.30 น. แรกรับที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ ให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) อัตรา 20 ลิตรต่อนาที $FiO_2 0.4$ ให้ยาปฏิชีวนะ ยาละลายเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลม ต่อเนื่องจนผู้ป่วยมีอาการคงที่ลดออกซิเจนเป็นออกซิเจนผ่านจมูก วันที่ 22 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.20 น. และย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษร่วมฟ้า 1 เวลา 17.30 น. ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ยุติการให้ออกซิเจนวันที่ 23 กรกฎาคม 2566 เวลา 06.00 น. ให้การฟื้นฟูสภาพ ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่มารดา ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติทางการหายใจ การล้างจมูก และการเคาะปอด จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย อายุ 2 ปี น้ำหนัก 13.2 กิโลกรัม วันที่ 23 สิงหาคม 2566 เวลา 22.20 น. มีประวัติติดเชื้อในร่างกายนับตั้งแต่แรกเกิด รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ 7 วัน หลังจากนั้นไม่เคยเจ็บป่วย ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์และมีพัฒนาการตามวัย มาด้วย 1 วันก่อนมา มีไข้ ไอ มีเสมหะ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ไม่มีมูกเลือด 6 วัน ไม่ได้รักษาที่ไหน 10 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรค Pneumonia แรกรับที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะ น้ำมูกใส หายใจมี mild suprasternal retraction

ใช้ต่ำๆ อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 144 ครั้งต่อนาที หายใจ 38 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/56 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 96 เปอร์เซ็นต์ 3 ชั่วโมงต่อมาหายใจหอบขึ้น อัตรา 38-42 ครั้งต่อนาที ใช้สูง 38.1 องศาเซลเซียส ไอบามากขึ้น ให้ออกซิเจนผ่านรูจมูกอัตรา 2 ลิตรต่อนาที ทานอาหารได้น้อย จิบน้ำเกลือแร่ครั้งละน้อย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/N/2 อัตรา 50 ซีซีต่อชั่วโมง พ่นยาขยายหลอดลมทุก 4 ชั่วโมง ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษรพพ 1 วันที่ 24 สิงหาคม 2566 เวลา 12.10 น. ผู้ป่วยรู้ตัวดี หายใจหอบ mild retraction ไอบีเสมหะเหนียว ให้ออกซิเจนผ่านรูจมูกอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ยังรับประทาน อาหารได้น้อย ให้สารน้ำอัตราเดิม อุณหภูมิกาย 36.8-38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 126-132 ครั้งต่อนาที หายใจอัตรา 36-38 ครั้งต่อนาที ให้อาปปฏิชีวนะและยาพ่นขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ ต่อเนื่อง วันที่ 27 สิงหาคม 2566 เวลา 9.30 น. ประเมินพบว่า หายใจหอบเหนื่อย มี retraction มากขึ้นอัตราหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที ไอบีเสมหะ รายงานแพทย์ ย้ายไปห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เวลา 10.00 น. ให้การรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) อัตรา 22 ลิตรต่อนาที FiO₂ 0.3 หลังได้ออกซิเจน ที่มีอัตราการไหลสูง อาการดีขึ้น อัตราการหายใจ 24-36 ครั้งต่อนาที ชีพจร 92-114 ครั้งต่อนาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.4-37.2 องศาเซลเซียส เคาะปอดคุดเสมหะ ทุก 4 ชั่วโมง รับประทานนมได้ครั้งละ 70-100 ซีซี ยุติการให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ลดอัตราการไหลและความเข้มข้นของออกซิเจนลง ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษรพพ 1 วันที่ 29 สิงหาคม 2566 เวลา 01.30 น. ให้ออกซิเจนผ่านรูจมูก อัตรา 2 ลิตรต่อนาที ให้คำแนะนำและฝึกทักษะ แก่มารดา ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการ ผิดปกติทางการหายใจ การล้างจมูก และการเคาะปอด สามารถยุติการให้ออกซิเจนได้ในวันที่ 30 สิงหาคม 2566 เวลา 09.00 น. และจำหน่ายกลับบ้าน เวลา 16.00 น. แพทย์วินิจฉัยโรค ปอดอักเสบและหายใจล้มเหลว รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพ แข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพ แข็งแรงดี ยกเว้นยายป่วยโรคความดันโลหิตสูง รับประทานนัต
ประวัติการแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา
ประวัติได้รับวัคซีน	ได้รับตามเกณฑ์	ได้รับตามเกณฑ์
ประวัติแรกคลอด	Term NB, GA 37 wk (คลอดปกติ, น้ำหนักแรกเกิด 3,100 กรัม)	Term NB, GA 38 wk (คลอดปกติ, น้ำหนัก 3,250 กรัม) ติดเชื้อในร่างกายระยะแรกได้รับยาปฏิชีวนะ 7 วัน
ประวัติผ่าตัด	ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	ไม่เคยได้รับการผ่าตัด
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	หายใจหอบเหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	หายใจหอบเหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมา มีไข้ ไอบีเสมหะ มีน้ำมูก รักษาที่คลินิก อาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	1 วันก่อนมา มีไข้ ไอบีเสมหะ อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ไม่มีมูกเลือด 6 วัน ไม่ได้รักษาที่ไหน 10 ชั่วโมงก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล
ตรวจร่างกาย	Expire wheezing, Crepitation BL อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 138 ครั้งต่อนาที หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 79/52 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 95 เปอร์เซ็นต์	หายใจ mild suprasternal retraction อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 144 ครั้งต่อนาที หายใจ 38 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 84/56 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 96 เปอร์เซ็นต์
อาการแรกรับ	รู้สึกตัวดี ไอบีเสมหะ น้ำมูกใส 2 ข้าง หายใจหอบ	รู้สึกตัวดี ไอบีเสมหะ น้ำมูกใส หายใจหอบ มีไข้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
	เล็กน้อย ไม่มี retraction	ต่ำๆ
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	Pneumonia	Pneumonia
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Pneumonia with respiratory failure	Pneumonia with respiratory failure
แผนการรักษาของแพทย์	- 5%D/N/2 อัตรา 45 ซีซีต่อชั่วโมง (20-21 กรกฎาคม 2566) - พ่นยา Ventolin 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง (20-22 กรกฎาคม 2566) - on High Flow Nasal Cannula 20 ลิตร/นาที่ FiO ₂ 0.4 (20-22 กรกฎาคม 2566) - Claforan 600 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง (20-23 กรกฎาคม 2566) - Cefspan Syr 3 ml. oral bid pc (20-27 กรกฎาคม 2566) - Paracetamal Syr 6 ml. oral prn - GG Syr 3 ml. oral tid pc	- High Flow Nasal Cannula 22 ลิตร/นาที่ FiO ₂ 0.4 (27-29 สิงหาคม 2566) - 5%D/N/2 อัตรา 50 ซีซีต่อชั่วโมง (27-29 สิงหาคม 2566) - พ่นยา Ventolin 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง (27-30 สิงหาคม 2566) - Paracetamal Syr 7 ml. oral prn - GG Syr 3.5 ml. oral tid pc - ORS จิบบ่อยๆ - Domperidone 4 ml. oral tid ac (27-29 สิงหาคม 2566)
ผล Chest X-Ray	Infiltration Right Lung	Infiltration Both Lung
รวมวันนอนโรงพยาบาล	5 วัน	7 วัน
ยากกลับบ้าน	- Ventolin MDI 1 puff bid - Cefspan Syr 3 ml. oral bid pc (20-27 กรกฎาคม 2566) - Paracetamal Syr 6 ml. oral prn - GG Syr 3 ml. oral tid pc	- Ventolin MDI 1puff bid - Paracetamal Syr 7 ml. oral prn - GG Syr 3.5 ml. oral tid pc
นัดติดตามอาการ	2 สัปดาห์ หลังจำหน่าย	2 สัปดาห์ หลังจำหน่าย

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน Gordon กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	เป็นเด็กเล็ก บิดามารดาเป็นผู้รับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีความวิตกกังวลกลัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	เป็นเด็กเล็ก บิดามารดาเป็นผู้รับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีความวิตกกังวลกลัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ ไอมาก เหนื่อยหอบ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแผน การรักษาและให้อาหารทางปากผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถกินนมได้ตามปกติยุติการให้สารน้ำ	มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ ไอมาก เหนื่อยหอบ และถ่ายอุจจาระเหลวบ่อย ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดภาวะขาดน้ำขาดสารอาหาร ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแผนการรักษาและให้อาหารทางปาก ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เมื่อกินนมได้ปกติ ยุติการให้สารน้ำ
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ปกติ	ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยเสี่ยงต่อเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 32-52 ครั้ง/นาที่ หายใจหอบ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้ที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน	การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 36-48 ครั้ง/นาที่ หายใจหอบ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้ที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เช่น เช็ดตัวลดไข้ พ่นยา ดูดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง	กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเช่น เช็ดตัวลดไข้ พ่นยา ดูดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
	ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล มารดาได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอน จากความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย แบบแผน ชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวเปลี่ยนไป	ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล มารดาได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอน จากความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย แบบแผน ชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวเปลี่ยนไป
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย เมื่อมีการเจ็บป่วยการเรียนรู้ของมารดาลดลง อารมณ์แปรปรวนหรือไม่เหมาะสมจากความวิตกกังวล	ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย เมื่อมีการเจ็บป่วยการเรียนรู้ของมารดาลดลง อารมณ์แปรปรวนหรือไม่เหมาะสมจากความวิตกกังวล
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์	มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจ ผลการรักษาพยาบาล	มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจ ผลการรักษาพยาบาล
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน	เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	เป็นเด็กเล็กเพศชาย	เป็นเด็กเล็กเพศชาย
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด	อาการระยะวิกฤติ หายใจหอบเหนื่อย จำเป็นต้องให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดและวิตกกังวล แต่มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้	อาการระยะวิกฤติ ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดสูง แต่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ	สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

จากการประเมินภาวะสุขภาพตามตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน Gordon พบว่าแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเด็กเล็ก เมื่อเจ็บป่วยมารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวล ต้องการข้อมูลจากทีมสุขภาพ แบบแผนที่มีผลกระทบมากอีกแบบแบบที่มีผลกระทบแตกต่าง คือ การเผาผลาญและการขับถ่าย รายที่มีการขับถ่ายผิดปกติจะต้องการการช่วยเหลือที่มากกว่า จากการประเมินดังกล่าว จึงนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสม

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
ระยะวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจเร็ว 36-52 ครั้ง/นาที, Expiratory wheezing 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ข้อมูลสนับสนุน ไอมีเสมหะ, น้ำมูกใส 2 ข้าง 3. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน Infiltration Right Lung, อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีไข้ ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่อง ออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน หายใจ mild suprasternal retraction, อัตราหายใจ 38 ครั้งต่อนาที 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง ข้อมูลสนับสนุน ไอมีเสมหะ, น้ำมูกใส 3. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน Infiltration Both Lung, อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส 4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารในร่างกาย เนื่องจากรับประทาน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอาหารในร่างกาย เนื่องจากรับประทาน อาหารได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหายใจหอบ, ไม่สุขสบาย จากมีไข้, รับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>6. ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีไข้สูง, ร้องไห้งอแง, ย้ายนอนตึกสามัญ</p>	<p>อาหารได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน รับประทานอาหารได้น้อย, ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ</p> <p>5. ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอาการหนัก เข้ารับการ รักษาที่ห้องผู้ป่วยหนัก</p>
ระยะดูแลต่อเนื่อง	<p>1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากระบบ ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิกาย 39.8 องศาเซลเซียส, ติดเชื้อที่ปอด</p> <p>2. ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีไข้, ร้องไห้งอแง</p>	<p>1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากระบบ ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส, ติดเชื้อที่ปอด, ถ่ายอุจจาระเหลว</p> <p>2. ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ไอ มีน้ำมูก</p>
ระยะวางแผนจำหน่าย	<p>1. ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน มารดาห่อตัวผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมี ไข้ และสีหน้ากังวล และถามว่า “ลูกจะป่วยอีก ไหม”</p>	<p>1. ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน มารดาสีหน้ากังวล มักจะถาม ว่า “บุตรกลับบ้านต้องดูแลอย่างไร”</p>

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคล้ายคลึงกัน จึงสามารถ นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยแยกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการ

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง และติดตามภาวะหายใจล้มเหลวสังเกตอาการและอาการแสดง ของภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจลักษณะการหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอก เพื่อพิจารณาปรับแนวทางการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศขณะหายใจเข้าให้เพียงพอ โดยผู้ป่วยควรจะมีระดับออกซิเจนในเลือด (O₂ Saturation) 95-100%

3. การประเมินความพร้อมในการยุติการให้ออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะ การหายใจ ไม่หอบเหนื่อย ลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจความสามารถ ในการไอขับเสมหะลักษณะปริมาณเสมหะ

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) จำนวน 2 วัน และให้ออกซิเจนผ่านรูจมูกจำนวน 1 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หายใจไม่หอบเหนื่อยเพิ่ม

กรณีศึกษารายที่ 2 รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) จำนวน 2 วัน อาการดีขึ้น ยุติการให้ออกซิเจนได้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจเนื่องจากไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง
เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. จัดทำให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เช่น เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ตามสภาพร่างกาย
2. เคาะปอดร่วมด้วยเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาโดยเฉพาะในรายที่มีไข้สูง น้ำจะช่วยละลายเสมหะทำให้สามารถขับออกได้สะดวก

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1, 2 ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีอาการทางเดินหายใจอุดกั้น

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อโดยเฉพาะการล้างมือ เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ลิ้นทุกเวรอย่างน้อยเวรละ 2 ครั้ง โดยใช้ไม้พ่นสำลีหรือสำลีชุบน้ำเช็ดในปากเพื่อลดการติดเชื้อในทางเดินหายใจลดการติดเชื้อในปาก
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา
4. สังเกตอาการเปลี่ยน จำนวน ลักษณะ สีของเสมหะ เพื่อประเมินการติดเชื้อร่างกาย

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับยา Claforan 600 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง (20-23 กรกฎาคม 2566) อาการดีขึ้น ไช้ลดลงหลังได้นอนโรงพยาบาล 18 ชั่วโมง และมีอาการดีขึ้นตามลำดับ และเปลี่ยนเป็นยารับประทาน Cefspan Syr 3 ml. oral bid pc (20-27 กรกฎาคม 2566)

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีการติดเชื้อเพิ่ม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีไข้

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบาย ไช้ลดลง

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
2. เช็ดตัวลดไข้
3. สังเกตอาการข้างเคียงจากการมีไข้สูง เช่น ชัก

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 หลังนอนโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยใช้ลดลง อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการชัก หลับพักผ่อนได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ต่ำๆ ไม่มีปัญหาข้อนี้ หลับพักผ่อนได้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารในร่างกาย เนื่องจากรับประทาน อาหารได้น้อย

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอาหารเพียงพอกับความต้องการ

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ใช้ Infusion pump ปรับอัตราการให้เพื่อป้องกันการให้ยาและสารน้ำเกินพร้อมทั้งประเมินภาวะน้ำเกิน

2. จัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเกณฑ์

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/N/2 อัตรา 45 ซีซีต่อชั่วโมง ในวันแรกของการรักษา และลดอัตราการไหลของสารน้ำลง เป็น 30, 25 ซีซีต่อชั่วโมง ในวันต่อมาตามลำดับ และยุติการให้สารน้ำ เมื่อวันที่ 3 ของการรักษา หลังผู้ป่วยรับประทานนมและอาหารอ่อนได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/N/2 อัตรา 50 ซีซีต่อชั่วโมง ในวันแรกของการรักษา และลดลงร่วมกับผู้ป่วยจิบ ORS บ่อยๆ จนกระทั่งยุติการให้สารน้ำเมื่อวันที่ 5 ของการรักษา หลังจาก que ผู้ป่วยรับประทานนมและอาหารอ่อนได้ดี

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติ

เป้าหมาย

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวลแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้ญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความต้องการและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1, 2 มารดาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลลดลง และร่วมตัดสินใจในการรักษา
ระยะที่ 2 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง

เป้าหมาย มารดาและครอบครัววิตกกังวลลดลง

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อโดยเฉพาะการล้างมือ เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. ติดตามอาการของการติดเชื้อ ได้แก่วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง การติดตามผลการเก็บสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือด เสมหะ เป็นต้น เพื่อเพาะเชื้อ ถ้ามีไข้สูง และหนาวสั่น

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1, 2 ไม่มีการติดเชื้อเพิ่ม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

เป้าหมาย มารดาและครอบครัววิตกกังวลลดลง

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. บอกให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ ระเบียบการเยี่ยมและเวลาทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม และจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม
2. พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติด้วยสีหน้าท่าทางสงบ น้ำเสียงนุ่มนวลแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้ญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและความต้องการ
3. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
4. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่มารดา ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติทางการหายใจ การล้างจมูก และการเคาะปอด

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 มารดาและครอบครัววิตกกังวลลดลง เช็ดตัวลดไข้และบอกอาการที่ต้องแจ้งพยาบาล ได้ถูกต้อง แต่ไม่มั่นใจในการเคาะปอดและล้างจมูกให้ผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 2 มารดาและครอบครัววิตกกังวลลดลงเช็ดตัวลดไข้และบอกอาการที่ต้องแจ้งพยาบาล ได้ถูกต้อง มีความมั่นใจในการล้างจมูกให้ผู้ป่วยเนื่องจากเคยเห็นพยาบาลทำขณะที่รับการรักษาเมื่อแรกคลอด

ระยะที่ 3 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะวางแผนจำหน่าย

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ

1. ประเมินข้อมูลความรู้และประสบการณ์ ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการช่วยเหลือ รวมทั้งประเมินพฤติกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดของโรคสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาการและอาการแสดง การรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้ 1) รับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะไม่หยุดยาเอง 2) หากผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการ หอบมากตัวเขียวควรรีบพาไปพบแพทย์ 3) มารดาควรเฝ้าสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น มีไข้ นานเกิน 4 วัน มีไข้เกิดขึ้นใหม่หลังจากไข้ลงแล้ว 1-2 วัน, ไอมีเสมหะเสมหะสีเหลือง เขียว สีสนิม หรือมีเลือดปน, มีอาการ หายใจหอบเหนื่อย, หายใจลำบาก, รับประทานอาหารได้น้อย ควรรีบไปพบแพทย์ก่อนกำหนด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป โรคปอดอักเสบในเด็ก เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถให้การดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้เด็กรอดชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากรายงานผู้ป่วย 2 รายนี้ พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างครอบคลุม ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำหน่ายกลับบ้านได้ตามกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน คลายความกังวลลงและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านวิชาการจากการศึกษาควรรพัฒนา แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC)
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปประยุกต์กับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจโรคอื่นๆ
3. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแบบนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคปอดอักเสบ.2566. [อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21.
2. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2562.
3. โรงพยาบาลสกลนคร. รายงานแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสกลนคร ปีงบประมาณ 2565 สกลนคร;
4. รัชณี ผิวผ่อง. แนวคิด จริยธรรม การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม เอกสารประกอบการสอนวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ ราชภัฏบุรีรัมย์. 2565.
5. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล:<https://drive.google.com/file/d/1hwzaQYf5qDaeANS37K0j858XJTtHuzA1/view>.
6. รุจา ภูไพบูลย์. การวางแผนการพยาบาลเด็กสุขภาพดีและเด็กป่วย (Nursing Care Plan for Healthy and Ill Children). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาของธรรมสภา; 2558
7. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด; 2560.
8. สะอาด จำปาอ่อน, ยุพินภรณ์ ขำชู, ปยะดา ทาศิริ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลเลย. ผลงานวิชาการ โรงพยาบาลเลย. 2565(1) (กันยายน-ธันวาคม พ.ศ.)