

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด: กรณีศึกษา

Nursing care of pneumonia in children with congenital heart disease: A case study

(Received: March 26,2023 ; Revised: March 26,2023 ; Accepted: March 30,2023)

พัชรียา พัยคฆพงษ์¹Patchariya Phayakkhaphong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษา กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กหญิงเชื้อชาติลาว อายุ 10 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ด้วยอาการไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย แพทย์วินิจฉัย เป็นโรคปอดอักเสบ มีโรคประจำตัว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รักษาที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา เข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รับการรักษาด้วย เครื่อง High Flow Nasal cannula (HFNC) ให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะติดเชื้อในปอด ฝ้าระวีง ภาวะ หายใจ และหัวใจล้มเหลว สอนผู้ปกครองในการร่วมดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยตอบสนองการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ตามลำดับ สามารถหย่าการใช้เครื่อง High Flow Nasal cannula และใช้ ออกซิเจน cannula ได้อย่างราบรื่นปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล มีการนัดติดตามอาการ และรับยาต่อเนื่อง มีการจัดเข้าระบบการดูแลที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมต่อไป รักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 7 วัน จากการติดตามหลังการรักษา ยังไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาล ปอดอักเสบ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Abstract

This study aims to To study the nursing care of pneumonia in children with congenital heart disease Results: A case study of a 10-month-old girl of Lao ethnicity who came to the hospital with symptoms of cough, phlegm, and shortness of breath. diagnostician pneumonia have congenital disease congenital heart disease Treated at Maharat Hospital, Nakhon Ratchasima, treated at pediatric ward Received treatment with a High Flow Nasal cannula (HFNC) machine to provide nursing care to keep the patient safe from hypoxia. lung infection Watch for breathing and heart failure. Teach parents to take care of patients while they are in the hospital. and prepare for continuing care of patients at home The patient responded well to the treatment, respectively, and was able to wean off the High Flow Nasal cannula and administer the oxygen cannula smoothly and safely. No complications during care Have a follow-up appointment and receive continuous medication There is a care system at the developmental stimulation clinic. for further comprehensive care of patients Hospitalization for a total of 7 days from follow-up after treatment. No recurrence was found.

Keywords: nursing, pneumonia, congenital heart disease

¹ พย.ม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

ปอดบวม หรือปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณ หลอดลมฝอยส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อ เชื้อที่พบ เป็นสาเหตุบ่อยของโรคปอดบวมในเด็กแตกต่างกันในแต่ละอายุ ได้แก่ ไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุร้อยละ 60-70 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เป็นปอดบวมพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากไวรัสร้อยละ 42 และร้อยละ 7-13 มีอาการปอดบวมรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ปอดบวมยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 15 ของเด็กที่เสียชีวิตทั้งหมด และส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบความชุกของโรคปอดบวมประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจส่วนล่าง ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยโรคปอดบวมไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ หายใจลำบากหน้าอกบวม หยุดหายใจเป็นพักๆ หรือหายใจมีเสียง grunting มีภาวะขาดออกซิเจนหรือ SpO_2 ต่ำกว่าร้อยละ 92 ขณะหายใจในอากาศธรรมดา ไม่กินอาหาร หรือ ดูนม หรือมีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ซึม กระสับกระส่าย หรือ มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว สงสัยปอดบวมจากเชื้อ *S. aureus* หรือ group A streptococcus เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการรุนแรงและเปลี่ยนแปลงเร็ว รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema) และฝีในปอด (lung abscess) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคปอดเรื้อรัง (bronchopulmonary dysplasia, bronchiectasis,

cysticfibrosis) เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 48 ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล หรือบิดามารดาไม่สามารถพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) หรือหนองในเยื่อหุ้มปอด (empyema thoracis)¹

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) หมายถึง ความผิดปกติของโครงสร้าง (Structural abnormality) ของหัวใจที่พบตั้งแต่แรกเกิด รวมถึงความผิดปกติของเส้นเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจด้วย แบ่งเป็นชนิดไม่เขียว (Acyanotic congenital heart disease) และชนิดเขียว (Cyanotic congenital heart disease) ในกลุ่มชนิดไม่เขียว ที่พบได้ในเด็ก ได้แก่ 1) VSD (Ventricular Septal Defect) เป็นโรคหัวใจที่มีรูทะลุที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง พบบ่อยที่สุดในเด็ก ทำให้เกิดการไหลของเลือดแดงจาก Left Ventricle ไป Right Ventricle ผ่าน Pulmonary artery ไปปอด 2) ASD (Atrial Septal Defect) เป็นโรคหัวใจที่มีรูทะลุที่ผนังกันหัวใจห้องบนทำให้เกิดการไหลของเลือดแดงจาก Left atrium ไป Right atrium ผ่าน Tricuspid valve ลงสู่ Right Ventricle ผ่าน Pulmonary valve ออกสู่ Pulmonary artery ไปปอด 3) PDA (Patent Ductus Arteriosus) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากการเปิดของ Ductus arteriosus ซึ่งเป็นเส้นเลือดที่อยู่ระหว่าง Aorta กับ Pulmonary artery ไปปอด VSD ASD PDA เป็นเลือดที่ทำให้เกิดการลัดวงจรของเลือดจากซ้ายไปขวา หรือเลือดแดงปนกับเลือดดำจึงเรียกว่า Left to Right shunt และจากการที่เลือดไปปอดมากกว่าปกติจึงทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด คือปอดบวม หรือปอดอักเสบได้ง่าย เป็นต้น²

จากสถิติหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปากช่องนานา พบผู้ป่วยเด็กเข้ารับการ



รักษาตัวด้วยโรคปอดอักเสบในปี 2563-2565 พบว่ามีจำนวน 138 ราย 128 ราย และ 91 ราย เชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ *Acinetobacter baumannii* และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ต้องส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นอันดับที่ 1 ในปี 2564-2565 พบว่ามีร้อยละ 3.12 และร้อยละ 2.19 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กที่โรงพยาบาล³

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และจัดทำรายงานกรณีศึกษา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย นำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตในเด็กได้ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องด้านพัฒนาการ และการลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุจากผู้ปกครองขาดความรู้ในการดูแลเด็ก

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการศึกษา เพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
7. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบทวนแก้ไข และจัดพิมพ์เผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยเด็กหญิงเชื้อชาติลาว มารดาตั้งครรภ์ 40+1 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามกำหนดคลอดปกติที่รพ.ปากช่องนานา 21 กุมภาพันธ์ 2565 น้ำหนักแรกเกิด 3100 กรัม APGAR 9,10,10 day 2 พบ Heart : systolic ejection murmur LLPSB CXR : Cardiomegaly CT ratio 0.67 R/O VHD อาการปกติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 และให้นัดติดตามอาการ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 Plan Refer cardio ped โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แผนกผู้ป่วยนอก แต่เมื่ออายุได้ 10 วัน มีอาการเหลืองร่วมกับอาการหอบเหนื่อย มาตรวจที่ รพ.ปากช่องนานา แพทย์วินิจฉัยเป็น Congenital heart disease with Congestive heart failure (CHF) รักษาตัวที่ รพ.ปากช่องนานา 1 วัน อาการไม่ดีขึ้น ประสานงานรพ.มหาราชนครราชสีมา พิจารณา ส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาราชนครราชสีมา ที่รพ.มหาราชนครราชสีมา แพทย์วินิจฉัยเป็น CHF with ASD ตรวจ Echo เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 พบ ASD 4 mm. Lt. to Rt. Shunt Severe TR no MS no MR good LVEF 60% small PDA 2.4mm. Lt. to Rt. Shunt PM VSD 4 mm. รักษาตัวที่ รพ.มหาราชนครราชสีมา นาน 14 วัน มีแผนการรักษาโดยการให้ยา รับประทานเพื่อควบคุมอาการ เมื่อกลับมารักษาต่อบ้าน ได้มีการเข้ารักษาตัวที่รพ.ปากช่องนานา ด้วย

โรคปอดอักเสบ จำนวน 5 ครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยอายุ 10 เดือน มารดาชาวลาวทำงานต่างจังหวัด ขาดการติดต่อ บิดาชาวไทยและป้าของผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงดู ได้รับวัคซีนตามกำหนด สิทธิการรักษา ทอง 0-12 ปี วันที่ 11 มกราคม 2566 เวลา 20.50 น. มาโรงพยาบาล ตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อยมาก มา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 2 วัน ก่อนมารพ. มีไอเสมหะ ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำมูก กินได้ปกติ ไม่ซึม 1 วัน ก่อนมารพ. ยังมีไอเสมหะ หอบมากขึ้นจึงมารพ.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: Last admit 17-21 ธันวาคม 2565 Dx. Pneumonia

การตรวจร่างกาย: น้ำหนัก 6.3 กก. อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส หายใจ 60 ครั้ง/นาที
GA: crying dyspnea HEENT: not pale no jx.
Lung: wheezing rhonchi both lung retraction
Ext: no rash no edema

ผลการตรวจทางรังสี: CXR : RUL RML infiltration, cardiomegaly

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ผลตรวจทางโลหิตวิทยาที่ผิดปกติได้แก่ (CBC) WBC 16,310 cells/cu.mm. Lymphocyte 51% Monocyte 14% Eosinophile 8% Platelet count 445000/uL ผลการตรวจ DTX 97mg% ATK และ flu neg ผล Hemo culture ครั้งที่ 1 No growth after 2 days ครั้งที่ 2 No growth after 5 days

การวินิจฉัย: Pneumonia with congenital heart disease

การรักษาที่ได้รับ: ที่ห้องฉุกเฉินพ่น Ventolin Stat 3 dose O₂ Mask c Bag 10 LPM Keep O₂ Sat ได้ 99% ON 5% D/N/3 500 ml Rate 15 ml/hr ให้ Salbutamol 0.3 cc + NSS upto 4 cc. NB q 4 hr และ suction ให้ Keep SpO₂ ≥ 95% RR < 40/min If failed on O₂ mask c bag 5 LPM

If failed on HFNC Flow 20 FiO₂ 0.4 เข้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเวลา 21.30 น. ให้ Cef-Tri-A-Xone iv 300 mg q24hr. digoxin 0.05mg/ml รับประทาน ครั้งละ 0.4 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น Glyceryl GUIACOLATE (GG SYR) 100 mg/5ml. ขวด 1.2 ซีซี @ tid pc BROMHEXINE SYR 4 mg/5 ml. ขวด 1.2 ซีซี @ tid pc. Kit syrup (Paracetamol Drop) 60 mg/0.6ml. ขวด 0.6 ซีซี @ prn. q4-6 hr. for pain/fever Furosemide 40 mg. 1/4 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2.5 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น SPIRONOLACTONE (25 mg.) 1/4 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น Enalapril (5 mg.) 1/4 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2 ซีซี หลังอาหาร เข้า MULTIVITAMIN Drop (15 ml.) รับประทานครั้งละ 1 ซีซี วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เวลา 23:12 น. notify V/S และถ่าย video อาการแสดง ส่งให้แพทย์ทราบ พิจารณา ให้ ON HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากพยาธิสภาพที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน: มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย BT 37.9 องศาเซลเซียส RR 60/min

วัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. Oxygen Saturation ≥ 95%
2. ไม่มีอาการเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงใกล้ Unit พยาบาล



2. จัดทำนอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนให้คอหนุนเล็กน้อย เพื่อให้

ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4
4. เฝ้าระวัง และตรวจสอบ
ภาวะแทรกซ้อน ขณะใช้ออกซิเจน HFNC อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
5. สอนผู้ปกครอง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ขณะใช้ออกซิเจน HFNC
6. ดูแล Suction เพื่อลดและป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 5%D/N/3 500 ml Rate 15 ml/hr.
8. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา
9. เฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว ตื้น ฟังเสียงปอด บั่นทึบ สัญญาณชีพ O₂ Sat อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
10. อธิบายให้ญาติ หมั่นสังเกตความผิดปกติของการหายใจ อาการเหนื่อย แม้ในขณะที่นอนพัก เพื่อ
รายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แก่
พยาบาลทราบ เพื่อพิจารณาการดูแลช่วยเหลือต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากได้รับ HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4 ประมาณ 3 ชม. อาการหอบเหนื่อย ทุกเลาลง ไม่มี Cyanosis RR 58/min PR 144/min O₂ Sat 99 % ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ และ O₂ Sat ทุก 2 ชั่วโมง ติดตามอาการต่อเนื่อง RR 40-58/min O₂ Sat 98-100 % จนกระทั่ง วันที่ 15

มกราคม 2566 ได้ OFF HFNC เปลี่ยนเป็น ออกซิเจน cannula 5 LPM RR 44/min Keep O₂ Sat ได้ 99 %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะหายใจ และหัวใจล้มเหลว

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย BT 37.9 องศาเซลเซียส RR 60/min Lung: wheezing rhonchi both lung subcostal retraction CXR : RUL RML infiltration cardiomegaly U/D ASD VSD PDAQ severe TR

วัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะหายใจ และหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมิน

1. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ
2. อัตราการหายใจ และสัญญาณชีพปกติ
3. Oxygen Saturation $\geq$ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงใกล้ Unit พยาบาล
2. จัดทำนอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนให้คอหนุนเล็กน้อย เพื่อให้

ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4
4. ดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา
 - Digoxin 0.05mg/ml รับประทาน ครั้งละ 0.4 ซีซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น
 - Enalapril (5 MG) 0.25 เม็ด ผสมน้ำ 5 ซีซี รับประทานครั้งละ 2 ซีซี หลังอาหารเช้า
 - Furosemide (40 mg) 1/4 เม็ด + น้ำ 5ซีซี รับประทานครั้งละ 2.5 ซี

ซี วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า -
เย็น - SPIRONOLACTONE (25
MG) 1/4 เม็ด + น้ำ 5 ซีซี
รับประทานครั้งละ 2 ซีซี วันละ 2
ครั้ง หลังอาหาร เข้า - เย็น

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
Control ด้วย Infusion pump
6. ประเมินและบันทึกสารน้ำ เข้าและออก
จากร่างกายทุก 8 ชม.
7. สังเกตอาการ หายใจหอบเหนื่อยที่อาจ
เพิ่มขึ้น อาการหายใจลำบาก หายใจมี
เสียงดัง หายใจอึดอัดรุนแรงมากขึ้น
ระดับความรู้สึกตัวลดลง
กระสับกระส่าย ร้องกวน หรือซึมลง
ร่วมกับประเมินสัญญาณชีพทุก 1-4
ชั่วโมง ตามความรุนแรงของผู้ป่วย และ
รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ ด้วย
ภาพ video
8. เตรียม Monitor EKG รถฉุกเฉิน และ
อุปกรณ์ช่วยชีวิต

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากได้รับ HFNC 8 LPM FiO₂ 0.4
ประมาณ 3 ชม. อาการหอบเหนื่อย ทุกเลา่ง ไม่มี
Cyanosis ราบ
นม และยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ไม่ซึม
subcostal retraction ลดลง RR 40-58/min O₂
Sat 98-100 % ปัสสาวะ ออก 575-700 ml./day
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 3 ติดเชื้อในระบบ
ทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีไข้
หายใจหอบเหนื่อย BT 37.9 องศาเซลเซียส RR
60/min Lung: wheezing rhonchi both lung
CXR : RUL RML infiltration

วัตถุประสงค์: ปลดภัยจากการติดเชื้อในระบบ
ทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.5
องศาเซลเซียส)
2. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่เหนื่อยหอบ
3. เสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Universal
precaution technique และ aseptic
technique โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการ
ดูดเสมหะ
2. ดูแลความสะอาดช่องปากในเด็ก
3. จำกัดผู้เยี่ยม ผู้ดูแลสวมหน้ากากอนามัย
ตลอดเวลา
4. วัดสัญญาณชีพ และ O₂ Sat อย่างน้อย
ทุก 4 ชั่วโมง
5. ให้การพยาบาลลดไข้
6. ดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการ
ข้างเคียงจากยา
 - Cef-Tri-A-Xone 300 mg iv
q24hr
 - Kit syrup(Paracetamol
Drop)(60 mg/0.6ml) 0.6 cc @
prn q4-6hr for pain/fever
 - Glyceryl Guaiacolate (GG syr.)
(100 mg/5ml) 1.2 cc @ tid pc
 - Bromhexine syr. (4 mg/5ml)
1.2 cc @ tid pc

ประเมินผลการพยาบาล

มีไข้ 37.5 – 37.9 องศาเซลเซียส วันละ 1-2
ครั้ง วัดสัญญาณชีพ และ O₂ Sat ทุก 2-4 ชั่วโมง
เช็ดตัวลดไข้



ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะ
พร่องออกซิเจนหลังหย่าเครื่อง High Flow Nasal
cannula (HFNC)

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ U/D
ASD VSD PDAQ severe TR ON HFNC 8 LPM
FIO₂ 0.4 นาน 4 วัน

1. **วัตถุประสงค์:** ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน
เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. Oxygen Saturation $\geq$ 95%
2. ไม่มีอาการเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตียงใกล้ Unit พยาบาล
2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ
30 องศา โดยใช้ผ้าหนุนให้คอแขนง
เล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมี
การระบายอากาศที่ดี
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน cannula 5
LPM
4. เฝ้าระวัง และตรวจสอบประสิทธิภาพ
การให้ออกซิเจน อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
ได้แก่ สายออกซิเจนอยู่ในตำแหน่งที่
เหมาะสม ไม่กดทับ หรือหย่อน
จนเกินไป
5. สอนผู้ปกครอง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย
ขณะใช้ออกซิเจน cannula
6. ดูแล Suction เพื่อลดและป้องกันการ
อุดกั้นของทางเดินหายใจ
7. เฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก ได้แก่
หายใจเร็ว ตื้น ฟังเสียงปอด บันทึกลักษณะ
สัญญาณชีพ O₂ Sat อย่างน้อยทุก 4
ชั่วโมง
8. ดูแลให้ได้รับยาและสังเกตอาการ
ข้างเคียงจากยา อย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

ON cannula 5 LPM 1 วัน อาการดีขึ้น ปรับ
เป็น ออกซิเจน cannula 2 LPM ต่อ 1 วัน แล้ว
สามารถ หายใจ Room air ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 5 ผู้ปกครองวิตกกังวล
เกี่ยวกับอาการของโรค และพัฒนาการ

ข้อมูลสนับสนุน: กังวลเรื่องพัฒนาการ คร่ำหวาด
ไม่ได้ คลานไม่ได้ ไม่แข็งแรง

วัตถุประสงค์: เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

เกณฑ์การประเมิน

1. คลายความวิตกกังวล โดยมีสีหน้า และ
พฤติกรรมที่ผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดี กับผู้ปกครอง เปิด
โอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวล
และให้กำลังใจ
2. สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดย
ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ใส่ใจในทุก
คำพูดของผู้ปกครอง
3. อธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจเกี่ยวกับโรค การ
รักษา และวางแผนการดูแลร่วมกัน
4. แนะนำ พุดคุยผ่อนคลาย กับผู้ปกครองเด็ก
ป่วยข้างเตียงด้วยเรื่องที่สดชื่น เชิงบวก
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ปกครองได้พักผ่อน อย่าง
เพียงพอ และเหมาะสม
6. ส่งเข้าระบบนัดหมายคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ปกครองได้ คุยปรึกษาอาการกับแพทย์เป็น
ระยะ ขณะแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ และพยาบาล
ในเวร หมั่นสอบถามความต้องการ และให้กำลังใจ
ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นัดคลินิกกระตุ้น
พัฒนาการ โรงพยาบาลปากช่องนานา 9 พฤษภาคม
2566 เวลา 10.00 น.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ 6 เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเด็กอายุ 10 เดือน มีโรคประจำตัว มีประวัติเป็นโรคปอดอักเสบ ที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์: ผู้ปกครองมีความรู้ และความมั่นใจในการดูแลเด็ก

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด
2. ไม่พบการ Re-admit ด้วยสาเหตุจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความต้องการความช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้าน
2. ให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านโดยยึดหลัก D-METHOD ดังนี้
 - D-Diagnosis อธิบายถึง สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบ และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - M-Medicine แนะนำวิธีการเตรียมยาอาการที่ต้องเฝ้าระวัง
 - E-Environment แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมภายใน และบริเวณโดยรอบบ้านให้สะอาดปลอดภัย
 - T-Treatment เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ปรึกษา และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์
 - H-Health แนะนำการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การระมัดระวังการสัมผัสกับนมและอาหาร การไม่นำเด็กไปอยู่ในที่ชุมชนแออัด การไม่สัมผัสสัตว์เลี้ยง การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อผู้ปกครองมีอาการเจ็บป่วยทางเดินหายใจ
 - Out patient แนะนำให้มาตรวจพบแพทย์ตามนัด

- D-Diet แนะนำจัดอาหาร และนมที่สะอาดปลอดภัย เพื่อการเจริญเติบโต และเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

หลังจากออกจากโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2566 ที่ผ่านมา ยังไม่พบประวัติ การมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ก่อนกลับผู้ปกครองรับปากว่าจะมาตรวจตามนัดต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อยมาก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจการให้ Oxygen flow rate ขนาดสูง มีผลทำให้อาการหอบเหนื่อยดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาวรรณ อาริพงษ์(2562) กล่าวว่า การให้ Oxygen flow rate ขนาดสูงทำให้เกิด Positive End Expiratory Pressure (PEEP) มีส่วนช่วยในการเปิดทางเดินหายใจ เครื่อง High Flow Nasal cannula เป็นเครื่องมือที่ให้ Oxygen flow rate ขนาดสูง ผ่านเครื่องทำความชื้นให้กับผู้ป่วยทาง Nasal cannula ออกซิเจนจะไปกักบริเวณ Nasopharynx ช่วยลด Nasopharyngeal dead space ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนความเข้มข้นสูงตามที่ต้องการอย่างสม่ำเสมอ จะลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์กลับเข้าไปใหม่(rebreathing) และช่วยลดแรงต้านในการหายใจเข้า มีผลให้ลดการออกแรงในการหายใจของผู้ป่วยทำให้อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดโรคปอดอักเสบได้ง่าย อีกทั้งยังกระตุ้นให้โรคปอดอักเสบรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้ และส่งผลให้เด็กมีโอกาสต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ ความรู้แก่ผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด

ครอบครัว และต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านอย่างมีแบบแผนจะช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่บ้านอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ(2559) การดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่องโดยใช้หลัก D-METHOD โดยการสอนผู้ปกครอง เป็นรายบุคคล ด้วยการสาธิตและฝึกทักษะ ในเรื่องการสังเกตการหายใจที่ผิดปกติ การดูแลเด็กเมื่อมีอาการไข้ อาการไอ การให้ยา การจัดการกับน้ำมูกหรือเสมหะ การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลด้านอาหาร การพักผ่อน และการติดตามพัฒนาการ ทั้งนี้สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก 0-5 ปี ได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาค และพยาธิวิทยา เพื่อการประเมินอาการ และวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุม

2. ทีมการพยาบาล ต้องมีทักษะ ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การสื่อสาร การรายงานแพทย์ การแจ้งอาการและแผนการรักษาของแพทย์แก่ผู้ปกครอง และการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ควรมีรูปแบบและช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้ หรือปรึกษาเพิ่มเติมเมื่ออยู่ที่บ้าน
4. ควรมีระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อทราบปัญหาความต้องการหลากหลายมิติ เพื่อการดูแลที่ครอบคลุม ในกลุ่มเด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือกลุ่มอื่นๆที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. (2562).แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562.กรุงเทพมหานคร:บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด
- 2.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2556).เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรระยะสั้น การพยาบาลโรคเด็ก ครั้งที่ 30.กรุงเทพมหานคร
- 3.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลปากช่องนานา หน่วยงานกุมารเวชกรรม. (2565).รายงานประจำปี 2563-2565. นครราชสีมา:โรงพยาบาลปากช่องนานา
- 4.ยุพารรณ อารีพงษ์.(2562).การพยาบาลผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่ได้รับการใส่เครื่อง High-flow nasal cannula. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล;4(2):1-10
- 5.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ.(2559). บทบาทของพยาบาล: ความท้าทายในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กเล็ก.วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล;22(1): 121-130
- 6.พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา.(2544). การพยาบาลเด็กเล่ม2.นนทบุรี:บริษัทยุทธินทรการพิมพ์จำกัด