

กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหืด

Pediatric Patients with Acute Glomerulonephritis and Asthma: A Case Report.

(Received: September 20,2024 ; Revised: September 26,2024 ; Accepted: September 29,2024)

สุนิสา จันทร์จินดา¹

Sunisa Chanchinda¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหืด กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กชายอายุ 6 ปี 7 เดือน มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วันที่ 16 มีนาคม 2567 ด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายพบภาวะความดันโลหิตสูง และเสียงหายใจมีเสียงหวีดที่ปอดทั้งสองข้าง

ผลการศึกษา: ระหว่างการเข้ารับการรักษ พบปัญหาการคั่งของน้ำ เกลือ และของเสียในร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypertensive encephalopathy จากภาวะความดันโลหิตสูง เกิดภาวะไม่สมดุลของ อิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลม ตลอดจนผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 9 วัน และได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคไตอักเสบเฉียบพลัน

Abstract

This study was a case study aimed the nursing process for pediatric patients with acute glomerulonephritis and asthma. A Thai boy, age 6 years and 7 months, came for treatment at outpatient pediatric department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital on 16 March 2024 with hematuria for 7 days before coming to the hospital. Physical examination revealed high blood pressure and breathing sound is a wheezing in both lungs.

Result: The period before checking, there is a problem of fluid, salt and waste retention in the body, which increases the risk of hypertensive encephalopathy from high blood pressure, electrolyte imbalance, and a possibility of tissue hypoxia due to bronchospasm. As well as caregiver feeling anxious about patient's illnesses.

Keyword: nursing, pediatric patients, acute glomerulonephritis

บทนำ

โรคไตอักเสบเฉียบพลันเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยเกิดจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส (Acute Post Streptococcal Glomerulonephritis: APSGN) โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา อุบัติการณ์ของโรค พบประมาณ 450,000 รายต่อปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5,000 รายต่อปี ซึ่งกลุ่มอายุที่พบมักพบคือ เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี¹ อุบัติการณ์ของการเกิดโรค

ไตอักเสบเฉียบพลันในประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงชัดเจนหรือรุนแรงผู้ป่วยจะมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล อาทิ บวม ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะมีโปรตีนปน และความดันโลหิตสูง ส่วนโรคหืด (asthma) เป็นการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ส่งผลให้ผนังหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ โดยที่เด็กจะเกิดอาการอย่างเฉียบพลันเมื่อได้รับสารกระตุ้น โดยอัตราความชุกของโรคหืดในประเทศไทย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในเด็กอายุ 6-14 ปี สูงถึงร้อยละ 13.3²

การเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันนั้นมักส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจากความเครียดและความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของบุตร³ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กแบบเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิตระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องมาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เหมาะสม ขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย และความต่างของการตัดสินใจระหว่างตนเองกับบุคลากรทีมสุขภาพ⁴ ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันมีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยของบุตร

จากที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คำนึงถึงการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลกระทบที่สามารถเกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีการวางแผนการให้การพยาบาลโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในโรงพยาบาล⁵ เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งในเด็กและผู้ดูแล ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและตอบสนองในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นปัจเจกบุคคลได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคหืดโดยเน้นแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมใน

การดูแลเด็กในโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้จัดทำดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการการศึกษารายการณจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการรับรองเลขที่โครงการกรณีศึกษา: 055/2567 วันที่รับรอง 10 มกราคม 2567 วันหมดอายุ 9 มกราคม 2568

วิธีการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้จัดทำทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโรคไตอักเสบเฉียบพลัน (acute glomerulonephritis) และโรคหืด (asthma) ศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในโรงพยาบาล

1.2 ผู้จัดทำดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการการศึกษารายการณจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้จัดทำขอความร่วมมือในการซักประวัติ ตรวจร่างกายกับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

2.2 เตรียมความพร้อมกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการวางแผนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในโรงพยาบาล⁵

2.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบเฉียบพลัน (acute glomerulonephritis) และโรคหืด (asthma) ตามแผนการพยาบาล³

3. ขั้นประเมินผล

3.1 ประเมินพยาบาลตามแผนการพยาบาล

3.2 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และ เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทำกรณีศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 ปี 7 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดนครปฐม การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตรวจร่างกายพบเสียงหายใจมีเสียงหวีดที่ปอดจากโรคประจำตัว คือ โรคหืด (asthma) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไตอักเสบเฉียบพลันและโรคหืด

อาการสำคัญ

มาตรวจตามนัด ด้วยอาการปัสสาวะมีเลือดปนเป็นๆ หายๆ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะมีเลือดปนเป็นๆ หายๆ ไม่มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล อวัยวะเพศบวม ปัสสาวะมีเลือดปน สลับกับปัสสาวะใส มาตรวจที่โรงพยาบาล วินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection: UTI) แพทย์ให้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 2 วัน แล้วกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

วันนี้มาตรวจตามนัด ด้วยอาการยังคงปัสสาวะมีเลือดปนเป็นๆ หายๆ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหน้าตาบวม ไม่มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ แพทย์สั่งตรวจปัสสาวะ (urine analysis: UA) พบ red blood cell >100 cells /HPF, white blood cell >100 cells /HPF, occult blood 3+ และ leukocyte 3+ แพทย์จึงให้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืด (asthma) ตั้งแต่อายุ 8 เดือน รักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม เข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม ด้วยอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน 1-2 ครั้ง/ปี ยาที่ใช้ประจำ ได้แก่ Budesonide MDI 1 puff วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น และ Ventolin MDI 2 puff เมื่อมีอาการหายใจลำบาก

การประเมินสภาพแรกรับ

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 ปี 7 เดือน รูปร่างท้วม น้ำหนักแรกรับ 32 กิโลกรัม นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย หรือหน้าตา มีอาการอวัยวะเพศบวม ปัสสาวะออกน้อย มีลักษณะขุ่น มีเลือดปน ขณะขับถ่ายปัสสาวะ ไม่มีอาการปวดหรือแสบขัดขณะปัสสาวะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 110 ครั้ง/นาที (คลำได้ชัดเจน) อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/93 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ Urine analysis (UA) พบปัสสาวะสีน้ำตาล ลักษณะขุ่น Sp.gr 1.012, protein 2+, red blood cell >100 cells /HPF, white blood cell >100 cells /HPF, occult blood 3+ และ leukocyte 3+ (ตรวจจาก OPD) แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาทางการพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาล และการประเมินผล

ปัญหาข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypertensive encephalopathy จากการการคั่งของน้ำเกลือ และของเสียในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะ hypertensive encephalopathy

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ฉีดยาลดความดันที่บ้าน”

O: มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

O: มีอาการบวมที่เปลือกตา

O: ความดันโลหิตสูง 137/81 มิลลิเมตรปรอท

O: ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
Intake = 1,200 มิลลิลิตร Output = 450 มิลลิลิตร

O: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 19 มีนาคม 2567 BUN 19 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงนำของภาวะ hypertensive encephalopathy ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชักเกร็ง

2. น้ำหนักตัวของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น

3. ค่าความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

4. ปัสสาวะออกมากกว่า 120 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง (15 มิลลิลิตร/ชั่วโมง)

5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 5-18 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง (absolute bed rest) และให้คำแนะนำผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ปฏิบัติตาม และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบทันที อาทิ มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชักเกร็ง เป็นต้น

2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยเด็กพักผ่อนอย่างเต็มที่ กระชับระยะเวลาในการทำหัตถการกับผู้ป่วยเด็ก และปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดที่เตียง โดยมีผู้ดูแลอยู่ด้วยเสมอ เพื่อลดกิจกรรมที่ต้องออกแรงและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กขณะได้รับหัตถการทางการพยาบาลและการรักษา

3. ให้คำแนะนำผู้ดูแลจัดอาหารที่โรงพยาบาล จัดหาให้ (อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ) ให้ผู้ป่วยเด็กรับประทาน เพื่อจำกัดปริมาณเกลือเข้าสู่ร่างกาย ลดปัจจัยการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

4. ติดตามวัดค่าความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง หากพบค่าความดันโลหิตมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์รับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสมตามอาการ

5. จำกัดปริมาณน้ำดื่มวันละไม่เกิน 1,200 มิลลิลิตร/วัน โดยพยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนการจัดน้ำดื่มให้แก่ผู้ป่วยเด็กในแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเด็ก

6. ให้ยาตามแผนการรักษา ดังต่อไปนี้

6.1 Hydralazine 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

6.2 Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

6.3 Hydralazine 50 มิลลิกรัม ทางปาก 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง

6.4 Amlodipine 10 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปาก วันละ 1 ครั้ง

6.5 Lasix 40 mg. ½ เม็ด ทางปาก

7. ติดตามสารน้ำเข้าและออก อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง และแนะนำผู้ดูแลช่วยเหลือในการเก็บปัสสาวะ สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยเด็ก หากพบลักษณะผิดปกติ อาทิ ไม่ขับถ่ายปัสสาวะหลังได้รับยาขับปัสสาวะประมาณ 30 นาที ปวดท้อง บริเวณกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ให้แจ้งพยาบาลรับทราบอาการ หากพยาบาลพบว่าปัสสาวะออกน้อยกว่า 120 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง รายงานแพทย์รับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาที่เหมาะสมกับอาการ

8. ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อประเมินภาวะบวมในเวลาเช้า ก่อนรับประทานอาหารเช้าทุกวัน

ประเมินผล

1. ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย จากการสังเกตอาการของผู้ดูแลและพยาบาล รายงานแพทย์รับทราบ ได้รับการรักษาโดยการให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน Ondansetron 4

มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หากมีอาการอาเจียน ภายหลังจากได้รับยาอาการทุเลาลง หลังจากนั้นไม่มีอาการและอาการแสดงนำของภาวะ hypertensive encephalopathy

2. ผู้ป่วยเด็กน้ำหนักตัวแรกรับ 32 กิโลกรัม ตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมี น้ำหนักลดลง อยู่ระหว่าง 30 - 31.1 กิโลกรัม

3. ค่าความดันโลหิตยังคงสูงเป็นช่วงๆ ซึ่งตลอดการรักษาอยู่ในค่าระหว่าง 90/60 - 160/97 มิลลิเมตรปรอท

4. ปริมาณปัสสาวะโดยส่วนมากออกมากกว่า 120 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง สีของปัสสาวะเป็นสีน้ำตาล (มีเลือดปนกับปัสสาวะ) ยังคงมีบางช่วงมีปัสสาวะออกน้อย รายงานแพทย์รับทราบ ยังคงให้การรักษา โดยการให้ยาขับปัสสาวะและติดตามอาการต่อเนื่อง

5. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN ลดลงตามลำดับ

วันที่ 24 มีนาคม 2567 BUN 14 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ปัญหาข้อที่ 2 เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและรับประทานอาหารได้น้อย

วัตถุประสงค์ ลดการเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ดูเพลียๆ กินข้าวไม่ได้เลย”

O: มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

O: ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 24 มีนาคม 2567 Electrolyte พบ sodium 132 มิลลิโมล/ลิตร และ potassium 2.8 มิลลิโมล/ลิตร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของสมดุล Electrolyte ในร่างกาย ได้แก่

1.1 ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) คือ อาการทางระบบประสาทจากภาวะสมองบวม อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว สับสน ง่วงซึม ชักหมดสติ หายใจเหนื่อย

1.2 ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) คือ 1) กล้ามเนื้อลาย: กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย เหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริว (muscle cramps) 2) กล้ามเนื้อเรียบ: ท้องอืด และท้องผูก ปัสสาวะออกมาก (polyuria) กระหายน้ำมาก 3) กล้ามเนื้อหัวใจ: ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. สัญญาณชีพปกติ

2.1 อัตราชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที คลำได้ชัดเจน และมีอัตราชีพจรที่สม่ำเสมอ

2.2 อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ และไม่มีภาวะหยุดหายใจ

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ปกติ ได้แก่ Sodium 136-145 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 3.5-5.1 มิลลิโมล/ลิตร, Chloride 98-107 มิลลิโมล/ลิตร, CO₂ 22-29 มิลลิโมล/ลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและแนะนำผู้ดูแลร่วมสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia)

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% Dextrose in normal saline/2 1,000 มิลลิลิตร + KCl 40 mEq ทางหลอดเลือดดำหยด 35 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte

4. ให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน Ondansetron 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หากมีอาการอาเจียน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยเด็กมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีอาการแสดงของภาวะผิดปกติของสมดุล Electrolyte ในร่างกาย

2. อัตราชีพจร ยังคงอยู่ในช่วง 70-124 ครั้ง/นาที่ คลำชีพจรได้ชัดเจน อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที่ ลักษณะการหายใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่พบภาวะหยุดหายใจ

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ปกติ วันที่ 25 มีนาคม 2567 Sodium 136 มิลลิโมล/ลิตร, Potassium 3.5 มิลลิโมล/ลิตร, Chloride 98 มิลลิโมล/ลิตร, CO2 24 มิลลิโมล/ลิตร

ปัญหาข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ เนื่องจากมีการบวมหรือหดรัดตัวของหลอดลม

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ก่อนมานอนโรงพยาบาล 2 วัน นอนมีไอแห้งๆ”

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “วันนี้ไอเยอะ”

O: มีอาการไอเป็นพักๆ ไม่มีเสมหะ

O: ฟังปอดพบเสียง wheezing และ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าหรือเนื้อเยื่อรอบริมฝีปากเขียว

2. ฟังเสียงปอดหรือเสียงหายใจไม่พบเสียงผิดปกติ อาทิ stridor, wheezing และ rhonchi

3. สัญญาณชีพปกติ

3.1 อัตราชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที่

3.2 อัตราการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที่

3.3 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 95-

100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าหรือเนื้อเยื่อรอบริมฝีปากเขียว

2. ฟังปอดทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ

3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา หรือจัดท่านอนกึ่งนั่ง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

4. ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการหายใจ อัตราชีพจร และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อติดตามอาการของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยเด็กพักผ่อนและผ่อนคลาย มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่รบกวนผู้ป่วยเด็กเกินความจำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

6. แนะนำผู้ดูแลสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ และสังเกตสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการกำเริบ หากพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์รับทราบ

7. ให้ยาตามแผนการรักษา

7.1 Ventolin 2.5 มิลลิกรัม + 0.9% NaCl up to 4 มิลลิลิตร ฟั่นคอทุก 6 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ตลอดการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

2. ฟังเสียงปอดพบเสียง wheezing และ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง หลังได้รับยาไม่มีอาการ

ผิดปกติ ฟังปอดและเสียงหายใจเข้า ไม่พบเสียงผิดปกติ

3. อัตราชีพจร ยังคงอยู่ในช่วง 100-130 ครั้ง/นาที่ อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 20-24 ครั้ง/นาที่ ลักษณะการหายใจปกติ สม่ำเสมอ ความเข้มข้นของออกซิเจน 97-100 %

ปัญหาข้อที่ 4 ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร

วัตถุประสงค์ ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกฉี่เป็นเลือด น้ำกลั้วมาก ไม่เคยเจอ”

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกจะเป็นอะไรไหม เป็นมาหลายวันไม่หายซักที”

S: มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเลยหรือคะ โรคที่เขาเป็นอันตรายมากไหม”

O: ผู้ดูแลถามเกี่ยวกับอาการของบุตรทุกครั้ง ที่พยาบาลไปประเมินอาการผู้ป่วยเด็ก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการรักษาและการให้การพยาบาล

2. ผู้ดูแลเข้าใจอาการของบุตร และสามารถบอกการติดตามอาการ การประเมินอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับได้ถูกต้อง ไม่ถามคำถามซ้ำๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยการซักถามและเปิดโอกาสให้อธิบายความต้องการของครอบครัว และหรือระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก การรักษา และการให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและ

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตัดสินใจเข้ารับการรักษา ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว อาทิ การจำกัดน้ำดื่ม การวางแผนจำกัดปริมาณการดื่มน้ำแต่ละวัน การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม/กิจกรรมประจำวันบนเตียง การได้รับยาและแผนการรักษาต่างๆ ของผู้ป่วยเด็ก การติดตามอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การวางแผนจำกัดปริมาณการดื่มน้ำแต่ละวัน การเก็บปัสสาวะเพื่อการติดตามสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย การป้อนยาให้เด็กตามที่พยาบาลจัดยาให้ แผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ การเลือกอาหารให้แก่ผู้ป่วยเด็ก

4. ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็ก และซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองและครอบครัว วิธีการประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กและการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ

ประเมินผล

1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการรักษาและการให้การพยาบาล

2. ผู้ดูแลเข้าใจอาการของบุตร และสามารถบอกการติดตามอาการ การประเมินอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับได้ถูกต้อง ไม่ถามคำถามซ้ำๆ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 6 ปี 7 เดือน น้ำหนักแรกรับ 32 กิโลกรัม โรคประจำตัวเป็นโรคหืด (asthma) ตั้งแต่อายุ 8 เดือน รักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ผู้ป่วยเด็กนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย หรือหน้าตา มีอาการอ้วก เวะเพศบวม ปัสสาวะออกน้อย มีลักษณะขุน มีเลือดปน ไม่มีอาการปวดหรือแสบขัดขณะปัสสาวะ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 110 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ ความดัน

โลหิต 127/93 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine analysis (UA) พบปัสสาวะสีน้ำตาล ลักษณะขุ่น Sp.gr 1.012, protein 2+, red blood cell >100 cells /HPF, white blood cell >100 cells /HPF, occult blood 3+ และ leukocyte 3+ (ตรวจจาก OPD) แพทย์ให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเด็กมีภาวะความดันโลหิตสูง เกิดการคั่งของน้ำ เกลือ และของเสียในร่างกายเนื่องจากการทำงานของไตลดลงซึ่งมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypertensive encephalopathy จากการมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการรักษายังคงมีค่าความดันโลหิตยังคงสูงเป็นช่วงๆ ระหว่าง 90/60 - 160/97 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณปัสสาวะปกติ แต่ยังคงมีเลือดปนกับปัสสาวะ เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้รับสารน้ำ 5% Dextrose in normal saline/2 1,000 มิลลิลิตร + KCl 40 mEq ทางหลอดเลือดดำหยด 35 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ร่วมกับให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ปกติ (วันที่ 25 มีนาคม 2567 Sodium 136 มิลลิโมล/ลิตร และ Potassium 3.5 มิลลิโมล/ลิตร) มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการบวมหรือหดรัดเกร็งของหลอดลม เมื่อฟังเสียงปอดพบเสียง wheezing และ rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยเด็กได้รับ Ventolin 2.5 มิลลิกรัม + 0.9% NaCl up to 4 ml. พ่นคอทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยา ฟังปอดและเสียงหายใจเข้า ไม่พบเสียงผิดปกติ

ในการเข้ารับการรักษาคั้งนี้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร พยาบาลให้การดูแลโดยประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล

เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลทั้งด้าน 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 2) ด้านกิจกรรมการพยาบาล 3) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ 4) ด้านการตัดสินใจ⁵ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความเครียด ความทุกข์ทรมานลงจากการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาท และสิ่งแวดล้อม ภายหลังการให้การพยาบาลผู้ดูแลตอบข้อซักถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องทุกข้อ และพาผู้ป่วยเด็กกลับมารับการตรวจตามนัดที่แพทย์นัด

สรุปและอภิปรายผล

อาการเจ็บป่วยในเด็กอย่างเฉียบพลันเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะในโรคที่มีอาการรุนแรงหรืออาการของโรคมีอาการอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนในการช่วยเหลือดูแล ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความเครียด ความทุกข์ทรมานลงจากการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงบทบาท และสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการให้การพยาบาลกรณีศึกษาครั้งนี้ พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งด้าน 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ 2) ด้านกิจกรรมการพยาบาล 3) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ 4) ด้านการตัดสินใจ⁵ เพื่อให้ให้การพยาบาลเด็กที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ พบว่า ตลอดการเข้ารับการรักษ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทางการรักษาและการให้การพยาบาล ผู้ดูแลเข้าใจอาการของบุตร และสามารถบอกการติดตามอาการ การประเมินอาการ และการรักษาที่บุตรได้รับได้ถูกต้อง ไม่ถามคำถามซ้ำๆ ซึ่งแสดงถึงความวิตกกังวลที่ลดลง^{1,5}

เอกสารอ้างอิง

1. สุณิสสา ศิลาเดช. โรคไตอักเสบเฉียบพลันจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสของผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(3):306-314.
2. วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, หทัยชนก พรรคเจริญ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 สุขภาพเด็ก. 2566. 173 น.
3. กาญจนา กันหาพงษ์, ศรีมณา นิยมคำ, สุธิศา ล่ำม้าง. ผู้ป่วยเด็กเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. พยาบาลสาร. 2558;42(3):1-12.
4. สุธิศา ล่ำม้าง, จิตติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, ปรีชา ล่ำม้าง. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร. 2561;45(1):75-86.
5. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle: WA; 1995.