



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม

วัลภา กาบสลับ พย.บ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : Wanlapha.kabsalab@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 4 ปี มีประวัติเป็นโรคหอบหืด มารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด วันที่ 5 กันยายน 2566 เวลา 23.45 น. ด้วยอาการไอ มีเสมหะในลำคอ พ่นยาเองที่บ้านไม่ได้ขึ้น มีอาการหอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หายใจมีเสียง Wheezing ญาติจึงพามาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Acute Asthmatic attack ให้การรักษาโดยพ่นยา Salbutamol 2 มิลลิลิตร ผสม Normal saline 4 มิลลิลิตร ทุก 15 นาที 3 ครั้ง หลังพ่นยาอาการดีขึ้น พิจารณาให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน และนัดพบกุมารแพทย์เพื่อติดตามอาการวันที่ 6 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม ชักประวัติและพบทวนประวัติการรักษาที่ผ่านมา พบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหลอดลมหดรัดเกร็งและปอดอักเสบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2566 จำนวน 17 ครั้ง Re-visit ปี พ.ศ.2565 และปี พ.ศ.2566 ปีละ 2 ครั้ง และได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้ง มียาที่ใช้พ่นประจำ คือ Budesonide Inhaler พ่น 1 ครั้งเช้า-เย็น และ Salbutamol Inhaler พ่นฉุกเฉินเวลาไอมากหรือหายใจเหนื่อย ตรวจประเมินแรกพบ ผู้ป่วยไอถี่ เสมหะเหนียวข้น หายใจแรง มีเสียงหวีด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอด มีเสียง Crepitation both lung เอกซเรย์ปอดพบ Bilateral perihilar infiltration แพทย์วินิจฉัย Asthma with pneumonia รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้ยาพ่นขยายหลอดลมและยารับประทาน ผู้ป่วยไม่มีภาวะหลอดลมหดรัดเกร็งเฉียบพลัน อาการทั่วไปดีขึ้น แพทย์จำหน่ายทุกเลววันที่ 9 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมแผนกผู้ป่วยนอก

วันที่ 18 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดครั้งแรก พร้อมมารดาและผู้ดูแล ยังมีอาการไอมีเสมหะในลำคอ หายใจแรง มีเสียงหวีด ขอบตาคล้ำ รูปร่างผอม น้ำหนัก 10.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 103 เซนติเมตร น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart غامไม่ตอบ ร้องไห้ตลอด ไม่สบตา พูดน้อย งอแง หงุดหงิดง่าย ประเมินพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับตาและยาย บิดามารดาแยกทางกัน มารดามาดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้งและเมื่อเจ็บป่วย ประเมินความรู้และการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ดูแลและมารดายังไม่เข้าใจถึงการดำเนินของโรค การป้องกันอาการกำเริบ การดูแลเบื้องต้น และยังใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการกำเริบของโรคได้ง่าย เลี้ยงแมวภายในบ้าน ผู้ป่วยมักจะนั่งเล่นกับแมว บางวันนำแมวไปนอนด้วย มีตุ๊กตาขนสัตว์กอดนอน ตาสุบใบจากในบ้านเป็นประจำ เกือบของใช้ส่วนใหญ่ไว้ในห้องนอน ตามักจะเผาขยะรอบบ้าน ผู้ป่วยไม่ชอบสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกไปในที่ชุมชน ประเมินภาวะโภชนาการและการพัฒนาการ ผู้ป่วยรับประทานได้น้อย เลือกรับประทานเป็นบางชนิด ช่วงที่เจ็บป่วยไม่ค่อยรับประทาน อาหาร หดเรียนประมาณ 1 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากผู้ดูแลเกรงว่าจะติดหวัดจากเพื่อนและทำให้อาการกำเริบ สอบถามจากครูประจำชั้น ขณะอยู่โรงเรียนไม่กล้าให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมออกกำลังกาย หรือ



เคลื่อนไหวร่างกายมาก ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนได้ ไม่ค่อยสนใจสิ่งรอบตัว ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยได้ พ่นยา Salbutamol 2.5 มิลลิลิตร ผสม Normal saline 4 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังพ่นยาอาการทุเลาขึ้น ให้ความรู้ผู้ดูแลและมารดาเกี่ยวกับโรคหอบหืด การดำเนินของโรค การป้องกันอาการกำเริบ การดูแลเมื่อเริ่มเจ็บป่วย การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สาธิตวิธีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ที่ถูกต้อง แนะนำการรับประทานอาหารครบหลัก 5 หมู่ และอาหารที่มีธาตุเหล็ก ไอโอดีน และโอเมก้า-3 สูง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกเมนูอาหาร จัดอาหารให้น้ำรับประทานหลากหลาย แนะนำการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัย นัดเข้าคลินิกโรคหอบหืด ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ติดตามประเมินผลหลังได้รับการดูแล ครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย พ่นยา Budesonide inhaler 200 ไมโครกรัม เข้า-เย็น และรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน Salbutamol inhaler 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถควบคุมอาการได้ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ ปกติ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดพบค่า MCV, MCH ต่ำกว่าปกติ Hemoglobin typing ผลปกติ มาพบแพทย์ตามนัดครั้งที่ 5 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 ไม่มีอาการหอบเหนื่อย สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่ตื่นมาไอช่วงดึก ๆ ไม่ได้ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน รับประทานยาและพ่นยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ร่าเริงขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้นและหลากหลาย น้ำหนักตัวเพิ่มและสูงขึ้นกว่าเดิม นอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ดูแลและมารดาสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ดูแลและมารดาสามารถตอบและปฏิบัติได้ถูกต้อง วิดกกังวลน้อยลง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ไม่มีอาการกำเริบของโรคระหว่างให้การดูแล ไม่มา Re-visit ก่อนวันนัด ประสานครูผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเกลือเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ลดปัจจัยกระตุ้นที่อาจส่งผลให้เกิดอาการกำเริบ จัดทำ Asthma action plan สำหรับโรงเรียน แผนรับมือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อที่สามารถขอคำปรึกษา หรือความช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น สายด่วน 1669 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเกลือ พยาบาลห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตราด โดยให้ติดเบอร์โทรศัพท์ไว้ในห้องเรียนและห้องพยาบาล ครูผู้ดูแลให้ความร่วมมือสามารถดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงเรียนได้ถูกต้อง ผู้ป่วยเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกันร่วมกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายและกิจกรรมการออกกำลังกายได้เหมาะสม ไม่มีอาการเหนื่อย สดใส ร่าเริงขึ้น พัฒนาการสมวัย สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด 51 วัน ให้การดูแล 5 ครั้ง (5 visit)

บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็ก มีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและการสูญเสียคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว เด็กที่เป็นโรคหอบหืดมักมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นและติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่าย โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะปอดอักเสบร่วม จะยิ่งทำให้อาการของโรคหอบหืดรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น กรมอนามัยรายงานว่า โรคหอบหืดในเด็กมีแนวโน้มพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยก่อนเรียน ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว (กรมอนามัย, 2567) การเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กหอบหืด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพราะอาจก่อให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศ แม้ว่าโรคนี้จะไม่หายขาดแต่ถ้าได้รับการดูแลรักษาและป้องกันอย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้สามารถควบคุมโรคไม่ให้มีอาการรุนแรง หรือทำให้อาการสงบลงได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง การคัดกรอง การประเมินปัญหา การดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนเด็กในวัยเดียวกันทั่วไป ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและท้าทาย พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินอาการอย่างละเอียด ครบถ้วนและการให้ความรู้แก่ครอบครัว รวมทั้งวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งในระยะเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดอัตราการเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น (กรมอนามัย, 2567)

โรคหอบหืด (Asthma) (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร และคณะ, 2558)

โรคหอบหืด เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (airway inflammation) มีผลทำให้เยื่อผนังหลอดลมของผู้ป่วย มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (airway hyperresponsiveness) ทำให้หลอดลมหดเกร็ง มีการบวมของเยื่อและมีการหลั่งมูกในหลอดลมมากเป็นผลให้หลอดลมตีบแคบและก่อให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด (wheezing) แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสารก่อโรคและอาจหายไปได้เองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

สาเหตุที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคนี้ พบว่าเด็กโรคหอบหืด ส่วนใหญ่มีประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัวประมาณร้อยละ 50
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่
 - 2.1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ต่างๆทั้งภายในและภายนอกบ้าน เช่น ไรฝุ่น ขนสัตว์ และขี้แมลงสาป เชื้อรา ละอองเกสร หญ้า วัชพืช มลภาวะทางอากาศ เป็นต้น
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือกระตุ้นให้เกิดโรค ได้แก่ การติดเชื้อในระบบหายใจโดยเฉพาะเชื้อไวรัส การออกกำลังกายอย่างหักโหม ควันบุหรี่ ควันรถ สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง หรือยา เป็นต้น

พยาธิสภาพ

โรคหอบหืดเป็นผลจากการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากกลไกด้านภูมิคุ้มกันที่มีการตอบสนองที่มากเกินไปของ T-helper lymphocyte ทำให้เกิดภาวะหลอดลมไวเกินและเกิดอาการต่าง ๆ จนเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ต่อมาการอักเสบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ 1) ภาวะหลอดลมหดตัว 2) การบวมของผนังหลอดลม 3) การสร้างเสมหะมากขึ้นในหลอดลม พยาธิสภาพของโรคหอบหืด ได้แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. ภาวะหอบหืดเฉียบพลัน (Acute asthma) จะเกิดการหดเกร็งของหลอดลม หลอดเลือดขยายตัว มีการรั่วซึมของเหลวจากหลอดเลือดเข้าสู่ทางเดินหายใจทำให้เกิดการบวม มีการสร้างมูกคัดหลังเพิ่มขึ้นและมีภาวะความไวเกินของหลอดลม (Airway hyperresponsiveness) ผลที่ตามมา คือมีการเพิ่มแรงต้านทานของทางเดินหายใจ มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ ลมค้างในปอด ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถกลับมาสู่สภาพปกติได้ เมื่อได้รับการรักษา

2. ภาวะหอบหืดเรื้อรัง (Chronic asthma) เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้องจนเกิดอาการหอบต่อเนื่องเกิดอาการเรื้อรัง ทำให้เกิดพยาธิสภาพในหลอดลมอย่างถาวร ที่เรียกว่า Airway remodeling ได้แก่ มีการเพิ่มจำนวนของเนื้อเยื่อพังผืดในหลอดลมทำให้หลอดลมมีความแข็งตัว เสียความยืดหยุ่น เซลล์กล้ามเนื้อมีการเพิ่ม Permeability ของหลอดเลือดและมีการเพิ่มจำนวนของร่างแหประสาทรในหลอดลม ทำให้หลอดลมหนาตัวมากผิดปกติ มีการสร้างหลอดเลือดใหม่และต่อมสร้างมูกโตผิดปกติ หลอดลมจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ไปสู่ภาวะที่การอุดกั้นไม่สามารถกลับมามีขึ้นอย่างเดิมได้ ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วยากที่จะเปลี่ยนกลับสู่สภาพปกติ ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียสมรรถภาพปอดไปอย่างถาวร ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

อาการและการแสดง

โรคหอบหืด เป็นโรคเรื้อรังจะมีอาการเป็นปกติ ถ้าไม่มีอาการของหืดอาการเริ่มต้นมักเป็นแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกิดจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคือง เช่น อากาศเย็น ควันต่าง ๆ หรือสารที่กระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ อาการจะดำเนินอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่วินาที มีลักษณะอาการที่สำคัญ คือ หายใจไม่ออก หายใจลำบาก หายใจเสียงหวีดขณะหายใจออกและมักมีอาการไอร่วม เด็กจะไอบ่อยมีเสมหะมากซึ่งเหนียวข้น ขับออกยาก เมื่อมีอาการมากขึ้น จะมีอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบากเพิ่มขึ้น นอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นนั่งได้ยินเสียงหวีดทั้งขณะหายใจเข้าและออก ถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจฟังเสียงหวีดไม่ได้และเสียงหายใจจะเบาลงเนื่องจากหลอดลมตีบมาก ถ้าการอุดตันของทางเดินหายใจมีมากขึ้น การระบายอากาศของปอดจะลดลง ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม เเขียว และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสโลหิตมาก ทำให้ขาดออกซิเจนได้ เด็กจะกระวนกระวาย กระสับกระส่ายแล้วเหนื่อยมาก อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ในที่สุดจะเขียว ความรู้สึกจะค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งหมดสติและเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที

การประเมินการควบคุมอาการโรคหอบหืดในเด็ก (Symptom control)

1. กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ (Controlled) เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการ หรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษาและสามารถควบคุมอาการได้ กลุ่มนี้จะไม่มีอาการในช่วงกลางวันหรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย ไม่มีอาการช่วงกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมหรือใช้น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีการจับหืดเฉียบพลัน

2. กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี (Partly controlled) เป็นกลุ่มที่ยังมีอาการช่วงกลางวันมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย มีอาการช่วงกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ ต้องใช้ยาขยายหลอดลม มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ มีการจับหืดเฉียบพลัน 1 ครั้งในช่วงสัปดาห์ไหนก็ได้

3. กลุ่มที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ (Uncontrolled) เป็นกลุ่มที่มีอาการเช่นเดียวกับกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ไม่ดีอย่างน้อย 3 ด้าน และมีการจับหืดเฉียบพลัน 1 ครั้งในช่วงสัปดาห์ไหนก็ได้

การวินิจฉัย

1. จากการซักประวัติ
 - 1.1 ผู้ป่วยมีอาการ ไอ หอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีดโดยมีลักษณะเฉพาะ คือเป็นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง มักเกิดในเวลากลางคืน โดยไอจนต้องตื่นนอนหรือมีอาการในตอนเช้าหรือภายหลังออกกำลังกาย อาการมักจะเกิดภายหลังมีปัจจัยกระตุ้น อาการอาจหายเองหรือภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม
 - 1.2 มีประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัวหรือพบร่วมกับโรคภูมิแพ้อื่น ๆ เช่น โรคผิวหนังอักเสบหรือโรคเยื่อบุจมูกอักเสบ เป็นต้น
2. การตรวจร่างกาย
 - 2.1 ขณะที่ไม่มีอาการจะตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ นอกจากในรายที่เป็นเรื้อรังและรุนแรง อาจพบบริเวณหน้าอกโป่งนูน
 - 2.2 ขณะที่มีอาการจะตรวจพบ ไอ เหนื่อย หายใจลำบาก เสียงหายใจออกยาวขึ้น และหายใจมีเสียงหวีดโดยเฉพาะขณะหายใจเข้าออกแรง ๆ
 - 2.3 อาจมีอาการแสดงของโรคภูมิแพ้อื่น ๆ เช่น อาการของโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้หรือโรคผิวหนังอักเสบ เป็นต้น
3. การทดสอบสมรรถภาพปอด
โดยใช้เครื่องมือ Peak Expiratory Flow Meter หรือ Spirometer โดยดูค่าปริมาตรของอากาศสูงสุดที่ร่างกายสามารถหายใจออกอย่างแรงได้ภายใน 1 วินาที (Forced Expiratory Volume in 1 second) และปริมาตรอากาศสูงสุดที่บุคคลสามารถหายใจออกได้อย่างรวดเร็วและแรงที่สุด (Forced Vital Capacity) ซึ่งทำในเด็กอายุมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

การรักษา

ปัจจุบันมีการกำหนดแนวทางการรักษา ซึ่งจัดทำโดยผู้เชี่ยวชาญโรคหอบหืดจากทั่วโลกและเรียกแนวทางการรักษานี้ว่า Global Initiative for Asthma Guideline (GINA) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก เป้าหมายของ GINA มีดังนี้

1. สามารถคุมอาการของผู้ป่วยได้
2. ป้องกันอาการหอบเฉียบพลัน
3. ช่วยให้สมรรถภาพปอดอยู่ในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด
4. ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ เช่นเดียวกับเด็กวัยเดียวกัน
5. ได้รับยาที่ปลอดภัยและหลีกเลี่ยงยาที่มีผลข้างเคียง
6. ป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพของปอดอย่างถาวร
7. ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหอบหืดอายุมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป

การให้คำแนะนำแก่เด็กและครอบครัว

1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการ
2. การควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดสิ่งกระตุ้น
3. สอนวิธีการใช้ยาขยายหลอดลม ยาป้องกัน
4. แนะนำการดูแลช่วยเหลือบุตร เมื่อมีอาการหอบ
5. แนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุตรในเรื่อง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม
6. สอนการฝึกการบริหารการหายใจ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) (ไกรตา ศรีสิงห์ และศรัญญา ศรีจันทร์ทองศิริ, 2564)

โรคปอดอักเสบหรือปอดบวม คือ การอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยหลอดลมฝอยตลอดจนถุงลมและเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี และทั่วโลกมีเด็กเสียชีวิตจากโรคปอดบวมกว่า 4 ล้านคนต่อปี โรคติดเชื้อที่ปอดส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้ยังเกิดจากการติดเชื้อโรคชนิดอื่นได้ เช่น เชื้อโมโนโครพลาสมาและเชื้อรา เมื่อปอดติดเชื้อ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะส่งเม็ดเลือดขาวมาที่เซลล์ปอด และปฏิกิริยาจากการทำลายเชื้อโรคทำให้เซลล์ปอดบวมใหญ่ขึ้น เมื่อเชื้อโรคถูกทำลายจะทำให้เกิดหนองหรือของเหลวท่วมขังอยู่ในถุงลมทำให้เกิดอาการไอ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย และถ้าไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ อุบัติการณ์เชื้อที่พบบ่อยของโรคปอดบวมในเด็กแตกต่างกันแต่ละอายุ ซึ่งพบในเด็กเล็กได้บ่อยกว่าและอาการรุนแรงกว่าในเด็กโต อุบัติการณ์ของโรคปอดบวมแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยพบความชุกของโรคปอดบวมประมาณร้อยละ 45-50 มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 ในประเทศที่กำลังพัฒนาและทั่วโลกมีเด็กที่เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 4 ล้านคนต่อปี (สมาคมโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

การวินิจฉัยโรค

โดยทั่วไปอาศัยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย อาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ ไอ หายใจหอบ โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี อาการหายใจหน้าอกบวมหรือหายใจเร็วมากกว่า 50 ครั้งต่อนาที ถือว่ามีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคปอดบวมถึงร้อยละ 75 ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีประวัติและผลการตรวจร่างกายชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม แต่อาจมีความจำเป็นในบางกรณี เช่น ช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่มีไข้และตรวจไม่พบตำแหน่งของการติดเชื้อชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี หรือสงสัยภาวะแทรกซ้อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยให้สามารถเลือกใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของปอดบวม

1. น้ำหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด
2. ฝีในปอด (Lung abscess)

ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

ผู้ป่วยเด็กที่เป็นปอดบวมส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติ ไม่ค่อยพบภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ยกเว้นในรายที่เป็นปอดบวมรุนแรง หนองในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือฝีในปอด อาจเกิดอาการทางระบบหายใจเรื้อรังได้จากพังผืดในปอด หรือ หลอดลมโป่งพอง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการติดตามอาการและภาพรังสีทรวงอกเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งหายเป็นปกติ

การป้องกัน

การป้องกันโรคปอดบวมในเด็กมีหลายวิธี ได้แก่ กินนมแม่ให้นานที่สุด หลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีฝุ่นละออง ควันบุหรี่ ควันไฟ ควันธูป เป็นต้น ฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น วัคซีนโรคไอกรน วัคซีนโรคหัด วัคซีนโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโรคหิบบ วัคซีนโรคไอพีดี เป็นต้น รวมถึงหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคนอยู่อย่างแออัด ใส่หน้ากากอนามัย งดสัมผัสผู้ป่วยทางเดินหายใจ

การรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมมีหลักการรักษาใหญ่ ๆ 3 ส่วน คือ

1. การประเมินความรุนแรงของโรค (Severity assessment)

ความรุนแรงของโรคอาจมีเพียงเล็กน้อยหรือไม่รุนแรง และรุนแรงมากจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยอาจให้การรักษาที่บ้าน ส่วนรายที่มีอาการรุนแรงควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การประเมินความรุนแรงพิจารณาตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก แบ่งความรุนแรงออกเป็น ดังนี้

1.1 ปอดบวมไม่รุนแรงหรือรุนแรงเล็กน้อย (non-severe pneumonia) ได้แก่ ปอดบวมซึ่งมีอาการหายใจเร็วกว่าปกติ แต่ยังไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย

1.2 ปอดบวมรุนแรง (severe pneumonia) ได้แก่ ปอดบวมที่มีไข้สูงกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจมากกว่า 70 ครั้งต่อนาที ในทารกและมากกว่า 50 ครั้งต่อนาทีในเด็กโต อาการหายใจแรงจนหน้าอกส่วนล่างบุ๋ม เวลาหายใจเข้า หายใจลำบากมี grunting, nasal flaring หยุดหายใจ เขียว ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90 ในเด็กอายุต่ำกว่า 3-6 เดือนมีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 92 ไม่ดื่มนมหรือน้ำ มีภาวะขาดน้ำซึม หัวใจเต้นเร็ว capillary refill มากกว่า 2 วินาที ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาล

2. การดูแลรักษาทั่วไป (General management)

แบ่งการดูแลรักษาทั่วไปออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปอดบวมไม่รุนแรงและกลุ่มรุนแรง โดยกลุ่มที่ไม่รุนแรง สามารถให้การรักษาที่บ้านได้ ส่วนกลุ่มที่รุนแรงต้องให้อยู่ในโรงพยาบาลตามข้อชี้ที่ได้กล่าวมาแล้ว

2.1 การรักษาที่บ้าน ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคองและการรักษาตามอาการ เน้นว่าต้องแนะนำผู้ปกครองเรื่องข้อบ่งชี้การมาโรงพยาบาล หากมีอาการแย่ลงหรืออาการไม่ดีขึ้นหลังรักษา 48 ชั่วโมงให้กลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด นอกจากนี้ควรแนะนำเรื่องการดูแลรักษาอาการไข้ การป้องกันภาวะขาดน้ำและอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยแย่ลง

2.2 การรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ การรักษาแบบประคับประคอง และดูแลรักษาระบบทางเดินหายใจที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพิจารณาจากอาการผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น การให้ออกซิเจน การให้สารน้ำ การให้ยาพ่นขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ การทำกายภาพบำบัดทรวงอกและการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

2.3 การรักษาตามอาการ เช่นการให้ยาแก้ปวดลดไข้ ควรหลีกเลี่ยงการให้ยากดการไอในผู้ป่วยปอดบวม และไม่ควรรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นเพื่อลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย

3. การรักษาจำเพาะ (Specific treatment) คือ การรักษาตามสาเหตุโรคปอดบวม สาเหตุจากไวรัสให้ยาต้านไวรัส เช่น Influenza virus ให้ Oseltamivir เชื้อ Varicella ให้ Acyclovir เป็นต้น และเลือกใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2560)

โรคหอบหืดในเด็ก (Childhood Asthma) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในระบบทางเดินหายใจ มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการอักเสบของหลอดลม ส่งผลให้ทางเดินหายใจมีความไวเกิน (Airway hyperresponsiveness) และเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบ ไอ หายใจมีเสียงหวีด (Wheezing) ซึ่งอาการมักเป็น ๆ หาย ๆ และรุนแรงขึ้นได้เมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น ควันบุหรี่ อากาศเย็น สารก่อภูมิแพ้ หรือการติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงวัยของเด็ก โดยเฉพาะในวัยประถมต้น ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายและสมองกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ผลกระทบของโรคหอบหืดในเด็กไม่ได้จำกัดเพียงระบบทางเดินหายใจ แต่ยังครอบคลุมต่อหลายมิติของชีวิต ทั้งการเรียน การเล่น การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม เด็กที่มีอาการบ่อยอาจขาดเรียนบ่อยสูญเสียโอกาสทางการเรียนรู้ มีข้อจำกัดในการ

ออกกำลังกายและอาจประสบกับความเครียดหรือความวิตกกังวล ขณะที่ครอบครัวเองก็อาจเกิดความกังวลและภาวะทางอารมณ์จากการดูแล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจึงต้องมีลักษณะการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย การประเมินและจัดการอาการหอบ ทั้งในภาวะเฉียบพลันและระยะควบคุมโรค รวมถึงการติดตามสมรรถภาพปอด
2. ด้านสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังและลดสิ่งกระตุ้นในบ้าน โรงเรียน และชุมชน
3. ด้านโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการเพื่อให้เหมาะสมกับวัย ลดภาวะขาดอาหาร หรือภาวะอ้วนเกิน ซึ่งมีผลต่อการควบคุมโรคและภูมิคุ้มกัน
4. ด้านพัฒนาการ การติดตามพัฒนาการทุกด้าน เพื่อป้องกันการล่าช้าที่อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง
5. ด้านจิตสังคม การให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา
6. ด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัว การจัดทำและสอนแผนการจัดการโรคหอบหืด (Asthma Action Plan) ที่เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริง

การผสมผสานการพยาบาลทั้ง 6 ด้านนี้ จะช่วยลดความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการหอบ ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเต็มศักยภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น ลดโอกาสเกิดการกำเริบของโรคที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายรุนแรง เช่น โรคปอดอักเสบ หรือภาวะการหายใจล้มเหลว โดยมีกิจกรรมการพยาบาลในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ดังนี้

การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

1. ในระยะที่เด็กหายใจหอบมาก ควรจัดให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูงหรือให้นั่งเก้าอี้ที่มีที่รองแขนจะทำให้หายใจสะดวกขึ้น พยาบาลจะต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. ให้ออกซิเจนตามความเหมาะสมกับอาการแสดงและอายุของเด็ก ในกรณีที่มียาการหอบเหนื่อย มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจนจะให้ในอัตรา 3-5 ลิตรต่อนาที
3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยขยายหลอดลมลดการหดเกร็งของหลอดลม โดยนิยมให้ทางการสูดดมทางละอองฝอย (Aerosol therapy) เนื่องจากออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลมได้เร็ว มีผลข้างเคียงน้อยกว่าการบริหารยาด้วยวิธีอื่น
4. ประเมินอาการผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มือสั่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะและอาการทางระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้อาเจียน ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ในระยะที่เริ่มใช้ยาและทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เมื่ออาการข้างเคียงดีขึ้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง
5. ประเมินอาการและอาการแสดงทั่วไป เช่น การฟังเสียงหายใจ ลักษณะการไอ ประสิทธิภาพของการไอ และขับเสมหะ ถ้าเสมหะเหนียวอาจต้องเพิ่มความชื้นในออกซิเจน ให้สารถ้ำเพิ่ม หรือทำกายภาพบำบัดทรวงอกช่วย
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารให้เพียงพอทั้งทางปากและหลอดเลือดดำ ควรให้ดื่มน้ำอุ่น เนื่องจากน้ำเย็นเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหดเกร็งของหลอดลมได้และจากการที่เด็กเหนื่อยหอบมีผลข้างเคียงของยา ทำให้เด็กเบื่ออาหารรับประทานได้น้อย แนะนำผู้ดูแลให้เด็กรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น
7. พยาบาลควรอยู่ใกล้ชิดกับเด็กตลอดโดยเฉพาะในระยะแรก ๆ หรือขณะที่เด็กมีอาการหายใจลำบากหวาดกลัว ไม่ควรปล่อยทิ้งเด็กไว้ตามลำพัง สร้างความมั่นใจในการดูแล ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ปลอบโยนให้เด็กและญาติ คลายความวิตกกังวล จะช่วยให้อาการหายใจหอบน้อยลงด้วย

การพยาบาลในระยะยาว

1. อธิบายให้เด็กและญาติเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค อาการ และอาการแสดง พร้อมทั้งแนะนำแนวทางในการรักษาพยาบาล และเน้นให้ทราบว่าโรคนี้เป็นโรคธรรมดา ผู้ที่เป็นสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างคนปกติทั่วไป สามารถป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบของโรคได้

2. สังเกตและกำจัดการที่เป็นตัวกระตุ้น ชักนำให้เด็กมีอาการของโรคหอบหืด สิ่งของเครื่องใช้ไม่ควรใช้สิ่งที่เก็บฝุ่นได้ดี ควรมีการทำความสะอาดบ่อย ๆ จัดบ้านโดยเฉพาะห้องนอนให้โล่งที่สุด งดการสูบบุหรี่ขณะที่อยู่กับเด็กเพราะควันบุหรี่ทำให้เด็กที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคหอบหืดตั้งแต่อายุน้อย ๆ และเด็กที่เป็นอยู่แล้วมีอาการรุนแรงขึ้น ไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่มีขนไว้ในบ้าน หลีกเลี่ยงการใช้หรือการสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ เมื่ออากาศเย็นควรสวมใส่เสื้อผ้าร่างกายให้อบอุ่น รวมทั้งป้องกันไม่ให้มีการพักผ่อนได้น้อย อ่อนเพลียจากการอดนอน เพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรง อาหารรับประทานอาหารไม่ได้ขณะมีอาการ ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญาของเด็กต่อไป (ปราณี ฐิไพเราะ, 2566)

3. แนะนำให้สังเกตและตระหนักถึงอาการที่จะเป็นสัญญาณเตือนก่อนที่จะมีอาการหอบหืดหิด เช่น แน่น อึดอัด ไอ ถ้าเริ่มมีอาการควรให้การดูแลโดยให้นั่งพักหรือนอน หยุดพักกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการ ปล่อยโยนเด็กให้สงบ อาจให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว หากยังแน่นหรือมีอาการหอบมากขึ้น อาจพ่นยาหรือรับประทานยาขยายหลอดลมตามที่แพทย์ให้ไว้ ในขณะเดียวกันให้จิบน้ำอุ่นทีละน้อย บ่อยครั้ง เพื่อให้เสมหะอ่อน หลวม ขับออกได้ง่าย ถ้าอาการไม่ดีหอบเหนื่อยมากขึ้นหรือ มีอาการเขียวควรรีบไปพบแพทย์

4. สอนวิธีการใช้ยาขยายหลอดลม ยาลดการเกร็งของหลอดลมและสเตียรอยด์ รวมทั้งผลข้างเคียงของยา ข้อห้าม ข้อระวังในการใช้ เช่น ยารับประทานสเตียรอยด์ ควรรับประทานพร้อมอาหาร เพราะยาจะมีผลทำให้ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ยาขยายหลอดลมอาจทำให้หลับยาก และควรวางยาไว้ในที่หยิบใช้ง่ายเมื่อมีอาการ ซึ่งมักเป็นตอนกลางคืน

5. สอนวิธีการหายใจเพื่อให้อากาศเข้าปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดขยายตัวเต็มที่ เช่น การหายใจโดยใช้กลัมนี้ออกแบบ

6. การเคาะปอดระบายเสมหะในเด็ก เพื่อให้เกิดแรงสั่นสะเทือนผ่านทรวงอกลงไปถึงแขนงหลอดลมที่กระพริบผนังทรวงอก ขณะเคาะจะทำให้เสมหะที่ติดอยู่บริเวณทางเดินหายใจส่วนปลายค่อย ๆ หลุดออกมาตามแขนงหลอดลมจากเล็กไปใหญ่ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เพื่อระบายเสมหะออกมา

7. แนะนำเกี่ยวกับการเลือกวิธีออกกำลังกายให้เหมาะสม การออกกำลังกายในเด็กที่เป็นหอบหืดควรเป็นกีฬา ที่ไม่หักโหม เหนื่อยหรือนานเกินไป เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นตัวชักนำให้มีอาการหอบหืดได้ส่วนมากมักมีอาการหลังออกกำลังกาย 30-60 นาที การว่ายน้ำเป็นกีฬาที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่เป็นหอบหืด เพราะได้หายใจเข้าเต็มที่และได้ความชื้นมาก โดยเฉพาะการหายใจออกได้น้ำมีประโยชน์มากเพราะต้องใช้เวลารายใจออกนาน ทำให้เพิ่มความต้านบวกในช่วงการหายใจออกเพิ่มขึ้น และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยในการหายใจในบางครั้ง ถ้าจำเป็นต้องให้เด็กออกกำลังกายตามความต้องการ อาจให้ยาป้องกันไว้ก่อน

8. การดูแลสภาพทางจิตใจทั้งตัวเด็กและครอบครัวด้วยการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องทราบชี้แนะถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติ และเน้นให้ทราบว่าหอบหืดเป็นโรคที่เด็กสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติเช่นคนทั่ว ๆ ไป บิดา มารดาควรปฏิบัติต่อบุตรเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ไม่ควรแสดงท่าทีเบื่อหน่าย ปฏิเสธ หรือโอ้อุ้มปกป้องเด็กมากเกินไป สำหรับเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่มีความวิตกกังวล กลัวความตาย ชอบทำอะไรเป็นกลุ่มและต้องการยอมรับจากกลุ่ม อาจมีปัญหาในการเข้ากลุ่มเพื่อนโรคหอบหืดมักถูกจำกัดกิจกรรม เนื่องจากบิดามารดาและครูกลัวว่าจะเกิดอาการหอบ จะทำให้เด็กรู้สึกว่ามีปมด้อย ความเป็นคุณค่าในตนเองลดลง แยกตัว ไม่เข้า

ร่วมสังคมกับเพื่อน ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ช้ากว่าเด็กคนอื่น จึงควรแนะนำให้บิดา มารดาและครูทราบถึงแนวทางการส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมกลุ่มที่ไม่ต้องออกแรงมาก เพื่อช่วยให้เด็กได้รับการยอมรับจากกลุ่ม สามารถปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ดี รู้จักข้อจำกัดและตระหนักถึงความสามารถของตน รู้สึกถึงคุณค่าของตน ส่วนด้านการเรียน เด็กจะขาดเรียนบ่อย ทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน การรับประทานยารักษาอาจมีผลทำให้เด็กง่วงซึม และมีอาการหอบบ่อย ๆ ทำให้เด็กอ่อนเพลียจะทำให้เด็กตั้งใจเรียนน้อยลงได้ บิดา มารดาควรแจ้งให้ครูและเพื่อนเข้าใจ ร่วมมือในการให้กำลังใจ ดูแลเด็กทั้งในการรับประทานยา พักผ่อน การจัดชั่วโมงสอนเสริมให้เพื่อช่วยเหลือด้านการเรียนของเด็ก

9. การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่หลากหลายและสมดุล ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิด โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยที่สมองและร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การได้รับสารอาหารครบถ้วน เช่น โปรตีน ธาตุเหล็ก สังกะสี ไอโอดีน และกรดไขมันโอเมก้า-3 ส่งผลดีต่อการทำงานของระบบประสาท การเรียนรู้ และพฤติกรรมของเด็ก (Cheng และคณะ, 2566; Prado และ Dewey, 2565) ในทางตรงกันข้ามการขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการล่าช้า สมาธิสั้น และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Heiss และคณะ, 2564) เด็กที่บริโภคอาหารแปรรูปมากหรือน้ำตาลสูงอาจเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติทางอารมณ์ ในขณะที่เด็กที่ได้รับโอเมก้า-3 อย่างเหมาะสมมีแนวโน้มพฤติกรรมทางสังคมและพัฒนาการทางสมองที่ดีกว่า (Sánchez. และคณะ, 2563)

10. การประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เพื่อติดตามและส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัย คู่มือนี้ถูกพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินพัฒนาการของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กแต่ละคน โดยมีการประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor) หมายถึง พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย
2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor) หมายถึง พัฒนาการด้านการใช้มือและตาประสานกัน
3. ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจภาษา
4. ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) หมายถึง ความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อสื่อสาร
5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social) หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น การแต่งตัวเอง การเล่นกับเพื่อน

การประเมินติดตามผลการรักษา

หลังให้การพยาบาลครอบคลุมทุกด้านทั้งการดูแลด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ พัฒนาการ จิตสังคม และการให้ความรู้แก่ครอบครัว สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทั้งในระยะเฉียบพลัน และการส่งเสริมสุขภาพระยะยาวเด็กมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการโรค และมีแนวโน้มที่จะสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ คือผู้ปกครองหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจธรรมชาติ หลักการดูแลรักษา รวมทั้งวิธีการใช้ยา การรักษาควรจะเป็นลักษณะการวางแผนร่วมกัน ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดูแลตนเอง มีความเข้าใจตรงกัน ถูกต้องและควรมีการนัดติดตามผลการดูแลรักษาเป็นระยะ ๆ ทุก 3-6 เดือน ขึ้นกับอาการและความรุนแรงของโรค



ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ดูแล	วันที่ 18 กันยายน 2566
วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล	วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566
รวมระยะเวลาในการดูแล	ทั้งหมด 51 วัน ให้การดูแล 5 ครั้ง (5 visit)
แหล่งที่มาของข้อมูล	จากการซักประวัติ ผู้ป่วย ญาติ ครูผู้ดูแล และเวชระเบียน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ลักษณะทั่วไป : เด็กหญิงไทยอายุ 4 ปี รูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก 10.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 103 เซนติเมตร น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะโภชนาการ ผอม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์

ศีรษะ	ศีรษะได้รูป เส้นผมสีดำ ผมนิ่มตรง หนังศีรษะสะอาด ใบหน้าเท่ากันทั้งสองข้าง
ผิวหนังและเล็บ	ผิวสีคล้ำ ผิวหนังไม่มีบาดแผล หรือตุ่มอักเสบ ผิวแห้ง เล็บมือ เล็บเท้า ตัดสั้น สะอาด ปลายมือปลายเท้า ไม่คล้ำ
ตา	เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง ขอบตาคล้ำ สายตามองเห็นชัดเจน
หู	รูปร่างปกติ ฟังเสียงได้ยินชัดเจน ไม่พบต่อมน้ำเหลืองหลังหูโต
จมูก	ลักษณะการหายใจไม่มีปีกจมูกบาน มีน้ำมูกใส ไหลออกมา
ปากและช่องคอ	ริมฝีปากสีแดง ไม่เขียวไม่คล้ำ ไม่มีเหงือกอักเสบ ทอนซิลไม่โต คอไม่แดง
คอ	การเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอปกติ คล้ำไม่พบไทรอยด์โต คอไม่แข็ง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่ง
ทรวงอก	ลักษณะการขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวของทรวงอกปกติ ฟังปอด มีเสียง Wheezing อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที
หัวใจ	อัตราการเต้นของชีพจรเร็ว สม่ำเสมอ 122 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur
ท้อง	หน้าท้องคล้ำไม่พบก้อน ตับ ม้าม ไม่โต เสียงลำไส้ปกติ
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ปัสสาวะเอง สีเหลืองใส ปัสสาวะไม่แสบขัด
กล้ามเนื้อและกระดูก	การเคลื่อนไหวของร่างกายปกติ แขนและขาทั้งสองข้างความยาวเท่ากัน ข้อไม่บวม
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ การรับรู้เวลาและสถานที่ถูกต้อง



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ 4 ต.ค.66 (09.30น.)	การแปลผล
Hemoglobin typing			
MCV	75.0-87.0 fl	69.0	ต่ำกว่าปกติ
MCH	24.0-30.3 pg	22.7	ต่ำกว่าปกติ
HbA	96.80 %	0	ปกติ
HbF	< 0.5 %	0.3	ปกติ
HbA2	0.00-3.50 %	2.90	ปกติ
Hb typing	normal	A2A, normal Hb typing	ปกติ
CBC (complete blood count)			
WBC	4.6-10.6 10^3 /ul	6.1	ปกติ
RBC	3.9-5.3 10^6 /ul	5.38	สูงกว่าปกติ
HGB	12.0-14.3 g/dl	12.2	ปกติ
HCT	36.0-47.7 %	37.1	ปกติ
MCV	80.0-97.8%	69	ต่ำกว่าปกติ
MCH	25.2-32.0 pg	22.7	ต่ำกว่าปกติ
MCHC	31.3-34.0	32.9	ปกติ
RDW	11.9-14.8 %	13.7	ปกติ
PLT	140-400 10^3 /ul	321	ปกติ
MPV	6.7-10.0 fl	7.3	ปกติ
รายการตรวจ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ 4 ต.ค.66 (09.30น.)	การแปลผล
NRBC	0.00	0.0	ปกติ
Neutrophil	30-60 %	30.4	ปกติ
Lymphocyte	20.1-44.5 %	44.5	ปกติ
Monocyte	3.1-9.8 %	5.4	ปกติ
Eosinophil	0.7-9.2 %	8.4	ปกติ
Basophil	0-2.6 %	1.3	ปกติ
Hypochromia	few	0.0	ปกติ
Anisocytosis	0.00	0.0	ปกติ
Microcyte	0.00	0.0	ปกติ
Blood chemistry			
Bun	5-10 mg/dl	10.1	ปกติ
Creatinine	0.55-1.02 mg/dl	0.39	ต่ำกว่าปกติ
GFR	90-120	169.72	สูงกว่าปกติ
Sodium	136-146 mmol/l	136.4	ปกติ



Potassium	3.5-5.1 mmol/l	3.96	ปกติ
Chloride	101-109 mmol/l	106.0	ปกติ
CO ₂	21.31 mmol/l	21.9	ปกติ
Amnion gap	4-18 mmol/l	12.5	ปกติ
Liver Function Test			
Total protein	5.7-8.0 g/dl	7.2	ปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	4.3	ปกติ
Globulin	2.5-3.5 g/dl	2.9	ปกติ
Total Bilirubin	0.3-1.2 mg/dl	0.5	ปกติ
Direct Bilirubin	0.0-0.2 mg/dl	0.1	ปกติ
SGPT(AST)	<35 U/L	29.5	ปกติ
SGPT(ALT)	<35 U/L	8.7	ปกติ
Alkaline Phosphatase	96-297 U/L	136.9	ปกติ

การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผล Complete Blood Count ค่า MCV,MCH ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย แสดงถึงภาวะโรคโลหิตจาง ได้รับการส่งตรวจเพื่อคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ค่า Hemoglobin typing ปกติ

ผล Blood Chemistry ค่า GFR สูงกว่าปกติแต่สอดคล้องกับสรีรวิทยาของเด็กที่มีระดับ Creatinin ต่ำ ผลการทำงานของไตโดยรวม อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการตรวจทางรังสีเอกซเรย์ปอด วันที่ 6 กันยายน 2566

พบ Bilateral pehilar infiltration มีการติดเชื้อข้างซ้ายปอดทั้งสองข้าง

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Asthma with Pneumonia (โรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

วันที่นัดมาติดตามอาการครั้งที่ 1 (วันที่ 18 กันยายน 2566)

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการตีบแคบของหลอดลม
2. ภาวะโภชนาการไม่สมดุล เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและขาดการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสม
3. เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า เนื่องมาจากภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ
4. เสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอารมณ์และพฤติกรรมเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและขาดการเลี้ยงดูจากบิดามารดาโดยตรง

5. ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลหรือการฝึกฝนที่เหมาะสม

วันที่โทรเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 (วันที่ 20 กันยายน 2566)

6. มีโอกาสเกิดอาการกำเริบของโรคหอบหืดเฉียบพลัน เนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน

วันที่นัดมาติดตามอาการครั้งที่ 3,4 (วันที่ 4,16 ตุลาคม 2566)

7. เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า เนื่องมาจากภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ

วันที่นัดมาติดตามอาการครั้งที่ 5 (วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566)

ไม่พบปัญหาเพิ่มเติม

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่ละข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการตีบแคบของหลอดลม
ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจมีเสมหะในลำคอ หายใจแรงอัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้งต่อนาที
2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 95 เปอร์เซ็นต์
3. ประวัติโรคประจำตัวหอบหืด (Asthma) ฟังปอดได้ยินเสียง Wheezing Both lung

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 22-34 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80-120 ครั้งต่อนาที
2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
3. ฟังปอดไม่มีเสียง Wheezing
4. ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย การตรวจสอบสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และวัดค่าความอิ่มตัวในกระแสเลือด
2. ดูแลจัดท่าให้นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศาหรือนอนกึ่งนั่ง เพื่อให้ปอดขยายตัวและเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ ซึ่งเป็นสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ
3. ดูแลพ่นยา Salbutamol 2.5 มิลลิลิตร ผสม 0.9% NSS 4 มิลลิลิตร 2 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ให้คำแนะนำและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดในขณะพ่นยา ส่งพบกุมารแพทย์เพื่อฟังปอดซ้ำ หลังพ่นยาไม่พบอาการข้างเคียง ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีอาการคลื่นไส้ ไม่มีใจสั่น ไม่มีอาการเจ็บคอหรือคอแห้ง การรับรส ปกติ
4. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ โดยการใช้กลัมนีอกระบังลมในการหายใจ ฝึกโดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย งอเข่าเล็กน้อย นำมือนาวางไว้บนหน้าท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ เพื่อรับรู้การเคลื่อนไหว เริ่มให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ เบา ๆ สังเกตหน้าท้องนูนขึ้นมาหรือไม่ ถ้าไม่นูนหรือไม่มีความรู้สึกให้ลองทำใหม่ เมื่อหายใจออกให้เอามือดันกดท้องเข้าไปเล็กน้อย เป็นการกระตุ้นว่าต้องหายใจออกบริเวณนี้และแนะนำให้จิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ
5. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ปลอดภัย ให้กำลังใจ กล่าวชมเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพ่นยา จัดหาของเล่นตามวัย นิทานมาให้ญาติอ่านให้ฟังและหาภาพการ์ตูนมาให้ระบายสีในขณะพ่นยา เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและลดปัญหาการกลัวคนแปลกหน้า

การประเมินผล

1. อัตราการหายใจหลังพ่นยา 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาทีความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดเท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์
2. ฟังปอดไม่มีเสียง Wheezing ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ภาวะโภชนาการไม่สมดุล เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและขาดการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. น้ำหนัก 10.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 103 เซนติเมตร น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะโภชนาการผอม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart
2. มีโรคประจำตัว Asthma ซึ่งส่งผลต่อความอยากอาหารและการเผาผลาญ
3. ผู้ดูแลให้ประวัติผู้ป่วยรับประทานอาหารและนมได้น้อย โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการไอมาก ๆ และไม่ทราบปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือน
2. ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถจัดอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยได้
3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้ครบหมู่

เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 เดือน
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อและของว่าง 1-2 มื้อต่อวัน ไม่ปฏิเสธอาหารหลัก
3. ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับหลักโภชนาการพื้นฐานในเด็กก่อนเรียนได้ และปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหารได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเปรียบเทียบตามเกณฑ์ WHO Growth Chart (กรมอนามัย, 2565)
2. สอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น จำนวนมื้อ อาหารที่รับประทาน ขนมหักจากผู้ดูแลทั้งที่บ้านและครูประจำชั้น
3. แนะนำและแจกเอกสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เสริมอาหารที่มีธาตุเหล็ก ไอโอดีน และโอเมก้า-3 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่แดง นม ตับหมู ปลาทูน่า เป็นต้น ควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 3 ถ้วย
4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกเมนูอาหาร โดยจัดเมนูให้หลากหลาย สีสันน่ารับประทาน ทำง่าย เช่น ข้าวไข่ตุ๋น ต้มจืดหมูสับผักกาดขาว
5. แนะนำมารดาเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารและวัตถุดิบ เตรียมไว้ให้ผู้ดูแลในการประกอบอาหารให้ผู้ป่วย
6. ปรับพฤติกรรมการรับประทานของเด็ก แนะนำเทคนิครับประทานร่วมกัน ใช้จานสีสันทัน ให้เลือกได้ ประสานกับครูผู้ดูแลในการช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียน ใช้สื่อเสริม เช่น หนังสือนิทานเกี่ยวกับอาหาร หรือเล่นบทบาทสมมติทำอาหาร
7. นัดติดตามน้ำหนักทุก 2-4 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารและความร่วมมือของผู้ดูแล เพื่อปรับคำแนะนำตามผลประเมินและข้อจำกัดของครอบครัว
8. ประสานทีมสหสาขา หากน้ำหนักยังไม่เพิ่มขึ้นประสานนักโภชนาการในการจัดเมนูหรือวิธีการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน พิจารณาประสานนักกิจกรรมบำบัดหากผู้ป่วยมีปัญหาการปฏิเสธอาหารอย่างรุนแรง

การประเมินผล

1. น้ำหนักเพิ่มจาก 10.3 กิโลกรัม เป็น 12 กิโลกรัม เพิ่มจากเดิม 1.7 กิโลกรัม สูง 103 เซนติเมตร น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะโภชนาการ ผอม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart
2. สอบถามจากผู้ดูแล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หลากหลายขึ้น 2-3 มื้อต่อวันแต่ยังทานได้ปริมาณน้อย ขณะไปโรงเรียนทานอาหารมือหลักไม่หมด แต่ทานอาหารว่างและดื่มนมได้ 1-2 กล่องต่อวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 4 ปี น้ำหนัก 10.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 103 เซนติเมตร น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะโภชนาการ ผอม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart
2. ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เลือกรับประทานเป็นบางอย่างผู้ป่วยมีพฤติกรรมเล่นน้อย ไม่ค่อยสนใจสิ่งรอบตัว พูดน้อยกว่าเด็กวัยเดียวกัน ไม่ค่อยสบตา
3. ไม่ได้รับประทานอาหารเสริมที่เหมาะสมตามวัยตั้งแต่เด็กเล็ก เนื่องจากอยู่กับยาย
4. ไม่เคยได้รับการประเมินพัฒนาการหรือโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย และมีพัฒนาการสมวัยในทุกด้าน (Gross motor, Fine motor, Receptive language, Expressive language, Personal and Social) ภายในระยะเวลา 3 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1.0-1.5 กิโลกรัม ภายใน 3 เดือน
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ และสม่ำเสมอ ผู้ดูแลสามารถระบุเมนูอาหารที่เหมาะสมตามวัยได้
3. ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ประเมินตามเกณฑ์ อายุ 4 ปี ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สมวัยทุกด้าน เช่น พูดโต้ตอบเป็นประโยค ทำตามคำสั่งที่ซับซ้อนได้ 2-3 ขั้นตอน เรียกชื่อสี รูปทรง หรือตัวเลขได้ เล่นกับเพื่อนได้ เป็นต้น
4. ผู้ดูแลให้ความร่วมมือสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการของผู้ป่วย โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิง WHO Growth Chart (กรมอนามัย, 2565) สังเกตพฤติกรรม การพูด การเล่น และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและสอบถามข้อมูลจากครูประจำชั้น
2. ประเมินพัฒนาการผู้ป่วย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ประเมินตามเกณฑ์ อายุ 4 ปี โดยประเมินดังนี้
 - Gross motor กระโดดขาเดียวได้ 1-2 ครั้ง เดินขึ้น-ลง บันไดสลับเท้าได้โดยไม่ต้องจับราว วิ่งได้มั่นคง
 - Fine motor วาดรูปคนได้อย่างน้อย 6 ส่วน ใช้กรรไกรตัดกระดาษตามแนวเส้นตรงได้
 - Receptive and Expressive language พูดประโยคได้ยาวขึ้น ฟังและทำตามคำสั่งที่ซับซ้อนได้ 2-3 ขั้นตอน เรียกชื่อสี รูปทรง หรือตัวเลขได้บางส่วน
 - Personal-Social แปร่งฟันได้เอง ถอดเสื้อผ้าเองได้ เล่นกับเด็กคนอื่นแบบมีปฏิสัมพันธ์ รอคอยได้

3. ชักประวัติการรับประทานอาหารในแต่ละวัน เช่น จำนวนมื้อ ความหลากหลายของอาหาร ประเมินการรับประทานอาหารนม อาหารหวาน น้ำอัดลม แทนอาหารหลักหรือไม่
4. สอบถามความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโภชนาการและอาหารที่เหมาะสมตามวัย
5. ให้ความรู้ผู้ดูแลโดยอธิบายถึงความสัมพันธ์ของโภชนาการกับพัฒนาการของเด็ก แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การให้อาหารมื่อว่างที่มีคุณภาพ ให้เมนูอาหารสำหรับเด็กวัย 1-5 ปี แนะนำเรื่องพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เช่น ไม่บังคับ การรับประทานอาหารพร้อมกัน บรรยากาศการรับประทานอาหารที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกเมนูอาหาร (กรมอนามัย, 2566)
6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทำกิจกรรมง่าย ๆ กับผู้ป่วย เช่น อ่านนิทาน ร้องเพลง และควรให้มารดาจัดเวลามาดูแลผู้ป่วย เล่นกับผู้ป่วยและเลือกของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการ
7. ประสานทีมสหสาขาส่งพบนักโภชนาการ หากน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง พิจารณาส่งต่อนักกิจกรรมบำบัดหากพบพฤติกรรมหรือพัฒนาการล่าช้า
8. ประสานครูประจำชั้นเพื่อสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
9. บันทึกและติดตามผลการประเมินพัฒนาการ โภชนาการและกิจกรรมที่ให้คำแนะนำ
10. นัดติดตามภายใน 1 เดือน เพื่อประเมินผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ดูแล

การประเมินผล

1. น้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 10.3 กิโลกรัม เป็น 12 กิโลกรัม (เพิ่มขึ้น 1.7 กิโลกรัม) ภายใน 1 เดือน น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะโภชนาการ ผอม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 2-3 มื้อต่อวัน แต่ยังรับประทานได้น้อย ไม่ค่อยชอบรับประทานอาหาร ผู้ดูแลบอกเมนูอาหารที่ปรุงให้ผู้ป่วยรับประทานได้ถูกต้องเหมาะสมกับเด็กวัยก่อนเรียน รับประทานนม ขบเคี้ยวเป็นบางครั้ง ไม่ดื่มน้ำอัดลม
3. ประเมินพัฒนาการ (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ที่อายุ 4 ปี พบว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สมวัยทุกด้าน เช่น พูดโต้ตอบเป็นประโยค ทำตามคำสั่งที่ซับซ้อนได้ 2-3 ขั้นตอน เรียกชื่อสี รูปร่าง หรือตัวเลขได้ เล่นกับเพื่อนได้
4. มารดามาช่วยดูแลผู้ป่วยบ่อยขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกคลายความวิตกกังวล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอารมณ์และพฤติกรรมเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและขาดการเลี้ยงดูจากบิดามารดาโดยตรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ดูแลบอกว่าผู้ป่วยมักหงุดหงิดง่าย งอแงบ่อย ไม่ยอมพูดคุยกับคนอื่น บ่นคิดถึงแม่ พูดว่าไม่มีใครเล่นกับหนู มักจะนั่งเล่นกับแมว
2. อาศัยอยู่กับตายาย มีโรคหอบหืดเรื้อรังต้องพบแพทย์บ่อย หยุดโรงเรียนบ่อยขาดความต่อเนื่องในการเล่นหรือเข้าสังคมกับเด็กวัยเดียวกัน สังเกตผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บ ไม่สบตา การตอบคำถามช้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกรับรู้มั่นคงทางอารมณ์ภายในระยะเวลา 2 เดือน
2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลและตอบสนองความต้องการทางจิตใจของเด็กได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางอารมณ์สงบนิ่งขึ้น สามารถแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมกับสถานการณ์ พูดคุยกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ดูแลอย่างเปิดเผย สบตา ยิ้มแย้ม ร่าเริง พูดโต้ตอบได้
2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นดีขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ ไม่แยกตัว
3. ผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น เล่นกับเด็กทุกวัน มีกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมด้านอารมณ์และพฤติกรรม โดยให้ผู้ดูแลและประสานครูประจำชั้นทำแบบประเมินความเสี่ยงออทิสติก (Modified Checklist for Autism in Toddlers : M-CHAT) และแบบประเมินพฤติกรรมวัยอนุบาล
2. สังเกตพฤติกรรมขณะรอตรวจหรือเล่น ใช้คำถามเปิด เช่น หนูชอบเล่นอะไรที่บ้าน หรือมีเพื่อนที่โรงเรียนไหม เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยส่งเสริมพฤติกรรมทางบวก ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดี ใช้ของเล่นระบายอารมณ์ เช่น ตุ๊กตา บัตรภาพอารมณ์ดีใจหรือเสียใจ
3. ให้คำแนะนำผู้ดูแลและประสานครูประจำชั้นถึงผลกระทบของการขาดพ่อแม่ต่อการพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็ก ส่งเสริมให้ใช้เวลาเล่นกับเด็กทุกวัน พูดคุย กอด สัมผัส
4. แนะนำกิจกรรมง่าย ๆ ที่ช่วยสร้างความมั่นคง เช่น เล่นนิทานก่อนนอน วาดภาพ เล่นบทบาทสมมุติ
5. นัดติดตามพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทุก 1 เดือน ประเมินความรู้และการปฏิบัติจริงของผู้ดูแล หากพบสัญญาณปัญหาอารมณ์พฤติกรรมผิดปกติวางแผนส่งพบแพทย์เฉพาะทางด้านพัฒนาการและพฤติกรรม หรือนักกิจกรรมบำบัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพูดคุยกับพยาบาลด้วยท่าทีคุ้นเคยขึ้น สบตา ยิ้มแย้ม ร่าเริง พูดโต้ตอบได้เร็วขึ้น
2. สอบถามจากครูประจำชั้นผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อน ๆ ได้ ไม่แยกตัว
3. ยายและมารดาสามารถอธิบายวิธีดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ถูกต้อง มากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ มารดามาดูแลผู้ป่วยบ่อยขึ้น บางครั้งมารับไปเที่ยวนอกบ้านและมานอนค้างด้วยเป็นบางวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลหรือการฝึกฝนที่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืด มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหลอดลมหดเกร็งและปอดอักเสบ จำนวน 17 ครั้ง นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 ครั้ง Re – visit 2 ครั้ง
2. ผู้ดูแลตอบไม่ได้ว่าโรคหอบหืดคืออะไรและเกิดจากสาเหตุใด ไม่ทราบถึงอาการเตือนล่วงหน้าก่อนหอบได้พ่นยาให้ผู้ป่วยไม่ถูกต้องในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย
3. มีปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในบ้าน ฝุ่นละอองจาก เล่นกับแมว มีตุ๊กตาขนสัตว์ไว้กอดนอน
4. ครูประจำชั้นไม่ทราบประวัติการเจ็บป่วยของเด็กที่ชัดเจน แจ้งว่าไม่ทราบว่าเด็กใช้ยาพ่นเมื่อไรและใช้อย่างไร ผู้ป่วยไม่ได้พกหรือฝากยาพ่นไว้ที่โรงเรียน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็ก สามารถอธิบายสาเหตุ อาการเตือน การใช้ยา และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้อย่างถูกต้องภายใน 1-2 สัปดาห์หลังได้รับคำแนะนำ
2. เพื่อให้ครูประจำชั้นมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กเมื่อเกิดอาการหอบ สามารถประเมินอาการเบื้องต้นใช้ Asthma Action Plan และจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้และสาธิตการใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง พร้อมปฏิบัติจริงเมื่อเด็กมีอาการ ภายใน 1 สัปดาห์หลังรับการฝึกสอน
3. เพื่อให้โรงเรียนมีระบบรับมือ เมื่อเด็กเกิดอาการหอบที่โรงเรียน โดยมีแผนการดูแล (Asthma Action Plan) พร้อมเบอร์ติดต่อฉุกเฉิน และมีการพกหรือฝากยาพ่นไว้ที่โรงเรียน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลสามารถอธิบาย สาเหตุ อาการและการป้องกันโรคหอบหืดได้และสาธิตการใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง
2. ครูประจำชั้นสามารถอธิบายแผนรับมือเมื่อเด็กเกิดอาการหอบที่โรงเรียนได้ถูกต้อง มีหมายเลขฉุกเฉินและยาเด็กพร้อมใช้งาน ทราบวิธีประเมินอาการและติดต่อผู้ปกครอง
3. ผู้ดูแลนำยาพ่นของผู้ป่วยฝากไว้ที่โรงเรียน ลด หลีกเลี่ยง ปัจจัยกระตุ้นในบ้านอย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจ
2. ประเมินความรู้เดิมของผู้ดูแลและครูประจำชั้น สอบถามเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด อาการเตือนและการป้องกัน สังเกตการใช้ยาพ่นของผู้ดูแลว่าใช้ถูกต้องหรือไม่
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยภาพประกอบ หรือคลิปสั้นเข้าใจง่ายและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง แนวทางในการรักษาพยาบาล และเน้นให้ทราบว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างคนทั่วไป สามารถป้องกันไม่ให้อาการของโรคได้
4. สอนการใช้ยาพ่น Inhaler + spacer ด้วยอุปกรณ์จริง ให้ผู้ดูแลและครูประจำชั้นทดลองปฏิบัติจนทำได้ถูกต้องและการบันทึกอาการหอบของผู้ป่วย การสังเกตอาการเตือน การใช้ยาพ่นและการพกติดตัว
5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงหรือกำจัดสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นและชักนำให้เด็กมีอาการของโรคหอบหืด โดยปฏิบัติดังนี้
 - 5.1 ไม่ควรใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่เก็บฝุ่น ไม่ใช้พรมปูพื้น ควรมีการทำความสะอาดบ้านบ่อย ๆ ควรใช้ผ้าเปียกหมาดเช็ด ไม่ควรใช้วิธีปัดหรือกวาด เพราะจะทำให้มีการฟุ้งกระจาย ควรจัดบ้านโดยเฉพาะห้องนอนให้โล่ง
 - 5.2 ควรใช้หมอนและที่นอนชนิดที่ทำด้วยใยสังเคราะห์หุ้มด้วยใยพิเศษ เพื่อไม่ให้ไรฝุ่นหลุดออกมา ชักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ทุก 1-2 สัปดาห์ เพราะการซักล้างในทุกชนิดทุกอุณหภูมิของน้ำสามารถชะล้างฝุ่นและสารก่อภูมิแพ้ให้หมดไปได้ถึงร้อยละ 84 และถ้าใช้ซักด้วยผงซักฟอกจะซักไรฝุ่นได้ถึงร้อยละ 98 ส่วนการนำหมอนที่นอนไปตากแดดจะเป็นการลดความชื้น ทำให้เชื้อราที่เป็นอาหารของไรฝุ่นลดลง และถ้าตากแดดนานเกิน 5 ชั่วโมง จะทำให้ไข่ของไรฝุ่นฝ่อเจริญเป็นตัวต่อไม่ได้
 - 5.3 ควรงดการสูบบุหรี่ขณะที่อยู่กับผู้ป่วยเพราะควันบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยเด็กที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคหอบหืดตั้งแต่อายุน้อย ๆ และผู้ป่วยเด็กที่เป็นอยู่แล้วมีอาการรุนแรงขึ้น
 - 5.4 หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับแมว สัตว์เลี้ยง หรือตุ๊กตาที่มีขน
6. แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อไปในสถานที่ชุมชน ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ

7. สอนวิธีการหายใจเพื่อให้อากาศเข้าปอดมากที่สุด ช่วยให้ปอดมีการขยายตัวเต็มที่หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม ผีกโดยให้เด็กนอนหงาย งอเข่าเล็กน้อย นำมือนำวางไว้บนหน้าท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ เพื่อรับรู้การเคลื่อนไหว เริ่มหายใจเข้าช้า ๆ เบา ๆ สังเกตดูหน้าท้องนูนขึ้นมานิดหนึ่งหรือไม่ ถ้าไม่นูนหรือไม่มีความรู้สึกให้ลองใหม่ เมื่อหายใจออกให้เอามือดันกดท้องเข้าไปเล็กน้อย เป็นการกระตุ้นให้มีความรู้สึกที่ต้องหายใจออกบริเวณนี้

8. เลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสม การออกกำลังกายในเด็กที่เป็นหอบหืดควรเป็นกีฬาที่ไม่หักโหมเหนื่อยหรือนานเกินไป เนื่องจากการออกกำลังกายจะเป็นการกระตุ้นการหดเกร็งของหลอดลมหรืออาจเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ส่วนมากมักมีอาการหลังออกกำลังกาย 30 – 60 นาที การว่ายน้ำเป็นกีฬาที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่เป็นโรคหอบหืดเพราะได้หายใจเข้าเต็มที่และได้รับความชื้นมาก โดยเฉพาะการหายใจออกได้น้ำมีประโยชน์มาก เพราะต้องใช้เวลาหายใจออกนาน ทำให้เพิ่มความดันบวกในช่วงหายใจออกเพิ่มขึ้นและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งจะช่วยให้หายใจออก ในบางครั้งถ้าจำเป็นต้องให้เด็กได้ออกกำลังกายตามความต้องการอาจใช้ยาป้องกันไว้ก่อน

9. สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

10. กรณีมีข้อสงสัย ให้ผู้ดูแลโทรมาสอบถามและเข้าไลน์กลุ่มโรคผู้ป่วยหอบหืด เพื่อรับทราบข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน

11. ประสานรพ.สต. ใกล้เคียง จัดทำ Asthma Action Plan สำหรับโรงเรียน โดยมีแผนการรับมือเมื่อเกิดอาการเช่น สีเขียว-เหลือง-แดง แขนบอร์ติดต่อฉุกเฉิน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซำราก เบอร์โรงพยาบาลตราด เบอร์พยาบาลห้องตรวจกุมารเวชและสายด่วน เบอร์ 1669 แนะนำให้ครูติดแผนไว้ในห้องเรียนและห้องพยาบาล

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลและมารดาผู้ป่วยสามารถอธิบาย สาเหตุ อาการ และการป้องกันโรคหอบหืดได้และสาธิตการใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง

2. โทรสอบถามครูประจำชั้นสามารถอธิบายแผนรับมือเมื่อเด็กเกิดอาการหอบที่โรงเรียนได้ถูกต้อง มีเบอร์โทรฉุกเฉิน และยาเด็กพร้อมใช้ ทราบวิธีประเมินอาการและขั้นตอนการติดต่อผู้ปกครอง

3. ผู้ดูแลนำยาพ่นของผู้ป่วยฝากไว้ที่โรงเรียน ชักเครื่องนอนของผู้ป่วยทุก 1-2 สัปดาห์ ทำความสะอาดห้องนอนเป็นประจำทุกวัน ตาหลักเสี่ยงการสูบบุหรี่ในบ้านและไม่สูบบุหรี่ผู้ป่วย นำแมวไปให้ญาติเลี้ยง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดอาการกำเริบของโรคหอบหืดเฉียบพลัน เนื่องจากการติดเชือบบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาให้ประวัติผู้ป่วยตากฝน หลังกลับจากมาตรวจตามนัด วัดไข้ 38 องศาเซลเซียส
2. ไอมีเสมหะในลำคอ น้ำมูกใส หายใจมีเสียงหวีด ลูกขึ้นมาไวกกลางดึก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคหอบหืดเฉียบพลัน
2. เพื่อให้ภาวะฉุกเฉินหายากขึ้น ผู้ป่วยสุขสบาย
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-26 ครั้งต่อนาที ชีพจร 90-110 ครั้งต่อนาที ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 ถึง 37.4 องศาเซลเซียส
3. ผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีพ่นยา การสังเกตอาการเตือน วิธีเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้และสังเกตอาการแทรกซ้อนได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำมารดาและผู้ดูแล ให้วัดไข้ทุก 4 ชั่วโมง และประเมินอาการร่วม เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก สังเกตระดับความรู้สึกตัว สีผิว อาการหอบเหนื่อย
2. สอนวิธีวัดไข้ การบันทึกอุณหภูมิ การเช็ดตัวและให้ยาลดไข้
3. ให้รับประทานยาลดไข้ Paracetamol 5 มิลลิกรัม เฉพาะเวลามีไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส และเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา
4. แนะนำการรับประทานยาและพ่นยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Budesonide inhaler 200 ไมโครกรัม เข้า-เย็น และ Salbutamol 100 ไมโครกรัม/dose inhaler พ่นทันทีเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอถี่ หรือเริ่มรู้สึกเหนื่อย รับประทานยาขยายหลอดลม Terbutaline Syrup 5 มิลลิกรัมรับประทานหลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ยาละลายเสมหะ Acetylcysteine 200 มิลลิกรัม หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และยารักษาอาการ Loratadine Syrup 2.5 มิลลิกรัม ก่อนนอน
5. แนะนำให้กระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
6. แนะนำการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายและมีแคลอรีสูง
7. แนะนำการรักษาความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน เข้า-เย็น และนอนพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง
8. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาล เช่น ซึมลง หายใจเร็ว รับประทานอาหารได้น้อย หรือมีอาการชัก
9. ติดตามอาการทางโทรศัพท์เพื่อประเมินผล

การประเมินผล

1. อาการไอน้อยลง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 ถึง 37.0 องศาเซลเซียส หลังได้รับยาลดไข้ รับประทานยาและพ่นยาตามแผนการรักษาของแพทย์ นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง รับประทานอาหารได้ดีขึ้น สดชื่นขึ้น เล่นได้
3. ผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีพ่นยา การสังเกตอาการเตือน วิธีเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้และสังเกตอาการแทรกซ้อนได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 4 ปี น้ำหนัก 12 กิโลกรัม ส่วนสูง 103 เซนติเมตร น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานภาวะโภชนาการ ผอม วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart
2. ยายให้ข้อมูลว่าเวลามีอาการไอ ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อย ไม่ชอบทานผัก ช่วงที่มีอาการไอ ตื่นนอนได้ 1 กล้องต่อวัน บางวันก็ไม่ตื่นเลย
3. สสอบถามจากครูประจำชั้น ผู้ป่วยไม่ค่อยกล้าเล่นกับเพื่อน เนื่องจากบางกิจกรรมต้องออกแรงมาก ผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์พอใช้
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ MCV = 69 fL, MCH = 22.7 pg

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม และมีพัฒนาการสมวัยทุกด้านตามเกณฑ์การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 0-5 ปี (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ภายในระยะเวลา 3 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่ และสม่ำเสมอ ผู้ดูแลสามารถระบุเมนูอาหารที่เหมาะสมตามวัยได้น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1.0-1.5 กิโลกรัม ภายใน 3 เดือน
2. ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัย สามารถพูดโต้ตอบเป็นประโยค ทำตามคำสั่ง ที่ซับซ้อน 2-3 ขั้นตอนได้ เรียกชื่อ สี รูปทรง หรือตัวเลขได้ เล่นกับเพื่อนได้ผ่านการประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM)
3. ผู้ดูแลให้ความร่วมมือสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการของผู้ป่วย โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิง (WHO Growth chart) สังเกตพฤติกรรม การพูด การเล่น และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล และสอบถามข้อมูลจากครอบครัวประจำชั้น
2. ประเมินพัฒนาการผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 0-5 ปี (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM)
3. ชักประวัติการรับประทานอาหารในแต่ละวัน เช่น จำนวนมื้อ ความหลากหลายของอาหาร ประเมินการรับประทานขนม อาหารหวาน น้ำอัดลม แทนอาหารหลักหรือไม่
4. ทบทวนความรู้ผู้ดูแลโดยอธิบายเน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ของโภชนาการกับพัฒนาการของเด็ก แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 3 ถ้วย
5. แนะนำเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหาร เช่น ไม่บังคับ การทานอาหารพร้อมกัน บรรยากาศการทานอาหารที่ดี มีเวลาให้ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่รับประทานอาหาร พูดคุย จูงใจให้เด็กเพลิดเพลิน และรับประทานอาหารได้มากขึ้น รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง
6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทำกิจกรรมง่าย ๆ กับผู้ป่วย เช่น อ่านนิทาน ร้องเพลง และควรให้มารดาจัดเวลามาดูแลผู้ป่วย เล่นกับผู้ป่วยและเลือกของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการ
7. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Multivitamin Syrup. รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้าและหลังอาหารเย็น สรรพคุณ เป็นวิตามินเสริมที่ประกอบด้วยวิตามินหลายชนิดซึ่งพบได้ในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คืออาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ เป็นต้น
8. ส่งตรวจ Hemoglobin typing ตามแผนการรักษาของแพทย์ นัดมาติดตามอาการและฟังผลวันที่ 16 ตุลาคม 2566
9. ประสานครอบครัวประจำชั้นเพื่อสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
10. บันทึกและติดตามผลการประเมินพัฒนาการ โภชนาการและกิจกรรมที่ให้คำแนะนำ
11. นัดติดตามภายใน 1 เดือน เพื่อประเมินผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ดูแล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้น ผู้ดูแลจัดอาหารได้เหมาะสมตามวัย น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 16 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นจากเดิม 2 กิโลกรัม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนสูง 106 เซนติเมตร น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะโภชนาการ สมส่วน วิเคราะห์ตามเกณฑ์ WHO Growth Chart
2. คะแนนพัฒนาการผ่านเกณฑ์ทุกด้าน พูดคุยเก่งขึ้นสามารถพูดโต้ตอบเป็นประโยค ทำตามคำสั่งที่ซับซ้อน 2-3 ขั้นตอนได้ เรียกชื่อ สี รูปร่าง หรือตัวเลขได้ผู้ป่วยร่าเริงขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้มากขึ้น ผู้ดูแลและมารดาให้ความร่วมมือ เอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น มารดามาตามนัดด้วยทุกครั้ง
3. ผู้ดูแลและมารดาให้ความร่วมมือ เอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น มารดามาตามนัดด้วยทุกครั้ง

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นเอกสารวิชาการสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใหม่และผู้สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะปอดอักเสบร่วม จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 18 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 51 วัน ให้การดูแล 5 ครั้ง (5 visit)

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคหอบหืดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะหลอดลมหดรัดเกร็งเฉียบพลันและปอดอักเสบ ไม่มา Re-visit ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ปรับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์สามารถควบคุมอาการได้ มีการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ สามารถไปโรงเรียนเข้าร่วมกิจกรรม เรียนรู้และเข้าร่วมสังคมกับเพื่อนในวัยเดียวกันได้โดยไม่มีอาการกำเริบ สีหน้าสดชื่นร่าเริงขึ้น พัฒนาการสมวัย นอนพักผ่อนในช่วงกลางคืนได้เต็มที่ รับประทานอาหารได้หลากหลายภาวะโภชนาการดีขึ้น ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีการติดตามและดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่เป็นโรคหอบหืดเรื้อรัง สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2565). *แนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2567). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2567). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืด* กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ไกลตา ศรีสิงห์ และศรีธัญญา ศรีจันทร์ทองศิริ. (2564). *โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก*. ห้างหุ้นส่วน จำกัด พี.ดี.จี.ตอล จำกัด.
- ปราณี ทุไพบเร. (2566). *คู่มือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่1). NP Press Limited artnership.
- พรทิพย์ ศิริบุญย์พิพัฒนา. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมในระบบต่าง ๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). บริษัทธนาเพรส จำกัด
- ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์และคณะ. (2558). *การพยาบาลเด็กเล่ม2*. (พิมพ์ครั้งที่4). บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- สมาคมโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่1). บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- Cheng. Y., Sha, T., Wang. Q., & Huang, C. (2566). ผลของการแทรกแซงทางโภชนาการระยะยาวต่อการเจริญเติบโตของเด็ก: การวิเคราะห์ห่อถัก. *วารสารกุมารเวชศาสตร์นานาชาติ*, 23(1), 1-10.
- Heiss. C. J., Goldberg. L. R., & DiMaria, C. A. (2564). คุณภาพของอาหารและสุขภาพจิตในเด็กปฐมวัย: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารโภชนาการ*, 13(11), 3873.
- Prado. E. L., & Dewey. K. G. (2565). โภชนาการและพัฒนาการสมองในช่วงต้นชีวิต. *วารสารโภชนาการและเมแทบอลิซึม*, 78(ภาคผนวก1). 30-45.
- Sanchez. C. L. Echeverria. L. S., & Hernández. D. A. (2563). กรดไขมันโอเมก้า-3 และพัฒนาการทางสติปัญญาในเด็ก: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารโภชนาการแนวหน้า*, 7, 610.