



การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เกิดจากไวรัส (Viral Pneumonia) : กรณีศึกษา 2 ราย

ขวัญชนก นันทสมบุรณ์¹

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ถนนกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000

ขวัญชนก นันทสมบุรณ์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เกิดจากไวรัส (Viral Pneumonia) : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิทยาการสิ่งแวดล้อมไทย ปีที่ 7(2), 2567 : 1 – 16

บทคัดย่อ

งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เกิดจากไวรัส วิธีการดำเนินงานศึกษาผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส จำนวน 2 ราย รักษาในตึกพิเศษเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ.2566 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแลสุขภาพ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วย 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ อาการและอาการแสดง การรักษา และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและญาติ ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ใน 3 ระยะ คือ ระยะรักษาวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะเตรียมจำหน่าย ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 เพศชาย อายุ 9 ปี 5 เดือน มาด้วยอาการไข้ ไอ เหนื่อยเพลีย เป็นมา 5 วัน รักษาคลินิกพ่นยาแล้วไม่ดีขึ้นจึงส่งโรงพยาบาล มีหายใจหอบเหนื่อยเสมหะมากขึ้น แพทย์รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ พ่นยาขยายหลอดลม พ่นพุ่มสมรรถภาพปอดที่เหมาะสม รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล จำนวน 6 วัน กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 5 ปี 9 เดือน มาด้วย ไข้ ไอมีเสมหะ น้ำมูกข้น เป็นมา 4 วัน รักษาคลินิกพ่นยาแล้วไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวเป็น Asthma, Allergic rhinitis ส่งผลให้มีอาการเหนื่อยหายใจหอบ หายใจลำบากมากขึ้น แพทย์รักษาโดยให้การบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ให้ยาปฏิชีวนะ และพ่นยาขยายหลอดลม พ่นพุ่มสมรรถภาพปอดที่เหมาะสม รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5 วัน ดังนั้นผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส มักมีความรุนแรงและอาการแสดงที่รวดเร็ว เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว และหากมีโรคประจำตัวที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรค ยิ่งเสี่ยงต่อเสียชีวิตสูง พยาบาลควรมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต พร้อมใช้เครื่องมือพิเศษที่ทันสมัย ได้ถูกต้อง ประเมินได้รวดเร็ว นำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับแผนการรักษา ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กปลอดภัย สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้รวดเร็วและเหมาะสม รวมถึงมีความรู้ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้

คำสำคัญ : โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส, การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด



Nursing Care of Viral Pneumonia in Pediatric Patient : 2 case studies

Khwanchanok Nantasomboon¹

¹ Kalasin Hospital Kalasin Road, Mueang District, Kalasin Province 46000

Khwanchanok Nantasomboon. (2024). Nursing Care of Viral Pneumonia in Pediatric Patient : 2 case studies. Thai Journal of Environmental Studies Vol. 7(2), 2024 : 1 – 16

Abstract

Background : Pneumonia is caused by viruses and bacteria. Causes inflammation of the lungs. If severe will be born acute respiratory failure There is a high risk of death. **Objective :** Study the results of nursing care for pediatric patients with viral pneumonia. **Method :** Study of 2 pediatric patients with viral pneumonia treated in a special children's building. Kalasin Hospital. Between June - August 2023. The tools used include a personal data record form. Health and healthcare information. Gather information from patient medical records. From interviews with relatives and observation and relatives assessing nursing problems using Gordon's 11. Analyze data by comparing health patterns, pathology, and various laboratory test results. Signs and symptoms, treatment, and behavior of patients. Provide nursing care and evaluate nursing results in 3 phases: the critical treatment phase rehabilitation period and preparation for distribution. **Results :** Case study 1 : Male child aged 9 years 5 months. Chief complaint of fever, cough, tiredness and fatigue for 5 days. He was treated at the clinic and didn't improve so come to the hospital. There is more labored breathing and phlegm. Doctor treats with antibiotics Inject bronchodilator Rehabilitate proper lung function. Total duration of hospital treatment was 6 days. Case study 2: Male child aged 5 years and 9 months, came with a fever, cough with phlegm, and cloudy mucus for 4 days. He was treated at the clinic but didn't improve, so came to the hospital. Has underlying diseases such as Asthma, Allergic rhinitis, resulting in fatigue and shortness of breath. breathing more difficult. Doctors treated him with high-flow oxygen therapy and give antibiotics including inhaling bronchodilators. Rehabilitate proper lung function Total duration of hospital treatment was 5 days. **Conclusion** Pediatric patients with viral pneumonia Often there is severity and symptoms appear quickly. Risk of respiratory failure and if there is an underlying disease that triggers the severity of the disease. The higher the risk of death. Nurses should have the knowledge, skills, and expertise to care for patients in critical situations. Ready to use modern special tools to be accurate and able to evaluate quickly. Leads to the planning of nursing operations in accordance with the treatment plan, covering all 3 phases, resulting in the safety of pediatric patients. Able to restore lung function quickly and appropriately Including knowledge to prevent recurrence.

Keyword: viral pneumonia, Nursing care of pediatric pneumonia, pulmonary rehabilitation



1.บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือ โรคปอดบวม เชื้อก่อโรคมักมีทั้งเชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้น้อยลง เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย1 เยื่อปอดบวมและมีการสร้างสารคัดหลั่งมากขึ้น มีผลให้ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น และขัดขวางขบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม ทำให้อากาศผ่านเข้าสู่ปอดลดลง หากพยาธิสภาพมีความรุนแรงมาก ส่งผลให้ ระดับ ออกซิเจนในเลือดลดลง และคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนและเกิดภาวะเลือดเป็นกรดขึ้น ในรายที่มีพยาธิสภาพของเนื้อปอดมาก อาจทำให้เกิดการหัวใจล้มเหลวได้

จากรายงานของสมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก2 พบว่า ปี 2562 มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 240,766 ราย เสียชีวิต 159 ราย ส่วนมากเป็นเด็กเล็ก และผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และสถิติการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี พบ 0.03 ครั้งต่อเด็กหนึ่งคนต่อปี มีอาการรุนแรงร้อยละ 7-13 และเสียชีวิตร้อยละ 15 ของเด็กปอดอักเสบทั้งหมด ในประเทศไทยพบมากที่สุดของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45-503 ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์4 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ระหว่างปี 2562-2564 มีจำนวน 656, 465 และ 269 ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต 17, 6 และ 6 รายตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตจากมีภาวะช็อคร่วมกับมีโรคประจำตัว

ผลกระทบการเจ็บป่วยจากโรคปอดอักเสบต่อเด็ก จะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายสร้างภูมิต้านทานได้ไม่สมบูรณ์ เมื่อมีการติดเชื้อที่ปอดซึ่งการติดเชื้อที่ปอดบ่อยๆ จะส่งผลให้การติดเชื้อแต่ละครั้งมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้น5 หากเด็กได้รับสารอาหารเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม จะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร6 เกิดวัฏจักรระหว่างภาวะทุพโภชนาการและการติดเชื้อเกิดขึ้น ยิ่งเด็กมีภาวะขาดสารอาหาร (illness malnutrition cycle) ก็ยิ่งทำให้เจ็บป่วยบ่อยมากขึ้น7 สำหรับผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์ เด็กมักเกิดความกลัว ความเครียด เนื่องจากความเข้าใจการเรียนรู้ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ มีจำกัด8 สำหรับด้านสังคม

พบว่า เด็กจะมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวลดลง การเรียนรู้ทางสังคมจึงลดลงตามไปด้วย สำหรับด้านสติปัญญา เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความคิดและความเข้าใจของเด็ก มักส่งผลต่อความเข้าใจและการรับฟังคำอธิบายหรือเกิดจินตนาการที่เด็กป่วย ไม่สามารถแยกจากสิ่งที่กำลังคิดออกจากความจริงได้

รวมถึงยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา หรือผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย พบว่า มักมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายหลังเนื่องจาก ผู้ดูแลมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ เกิดความวิตกกังวล ความเครียดจากการที่บุตรเข้ารับการรักษา รวมถึงผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย สำหรับผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ที่สำคัญผู้ดูแลควรมีการติดตามความผิดปกติ ในระบบทางเดินหายใจหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ของคนในครอบครัว โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ยิ่งส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบและมีความรุนแรงของโรคมกขึ้นเช่นกัน9

ดังนั้นในฐานะผู้ศึกษา มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งมีจำนวนมาก อยู่ในอันดับที่ 1 หรือ 2 ใน 5 อันดับแรกโรคประจำปี4 การดูแลพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องใช้ความเฉพาะในการดูแล เนื่องจากเกิดได้ในหลากหลายอายุ และแต่ละช่วงอายุ ความรุนแรงหรือความคงทนต่อพยาธิสภาพของโรคก็แตกต่างกัน และหากเกิดโรคปอดอักเสบร่วมกับมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ยิ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความรุนแรงของโรคมีอาการมากขึ้น ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การนำเครื่องช่วยหายใจ High Flow Nasal Cannula มาใช้ การดูแลพยาบาลที่ต้องมีความเชี่ยวชาญมากขึ้นเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงและซับซ้อน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลพยาบาลหรือเพื่อใช้ประกอบการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในระยะรักษาวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพและระยะเตรียมจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงเพื่อลดความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิต ลดวันนอน ลดอัตราการครองเตียง ลดค่าใช้จ่าย และเกิดความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ



2. วัตถุประสงค์

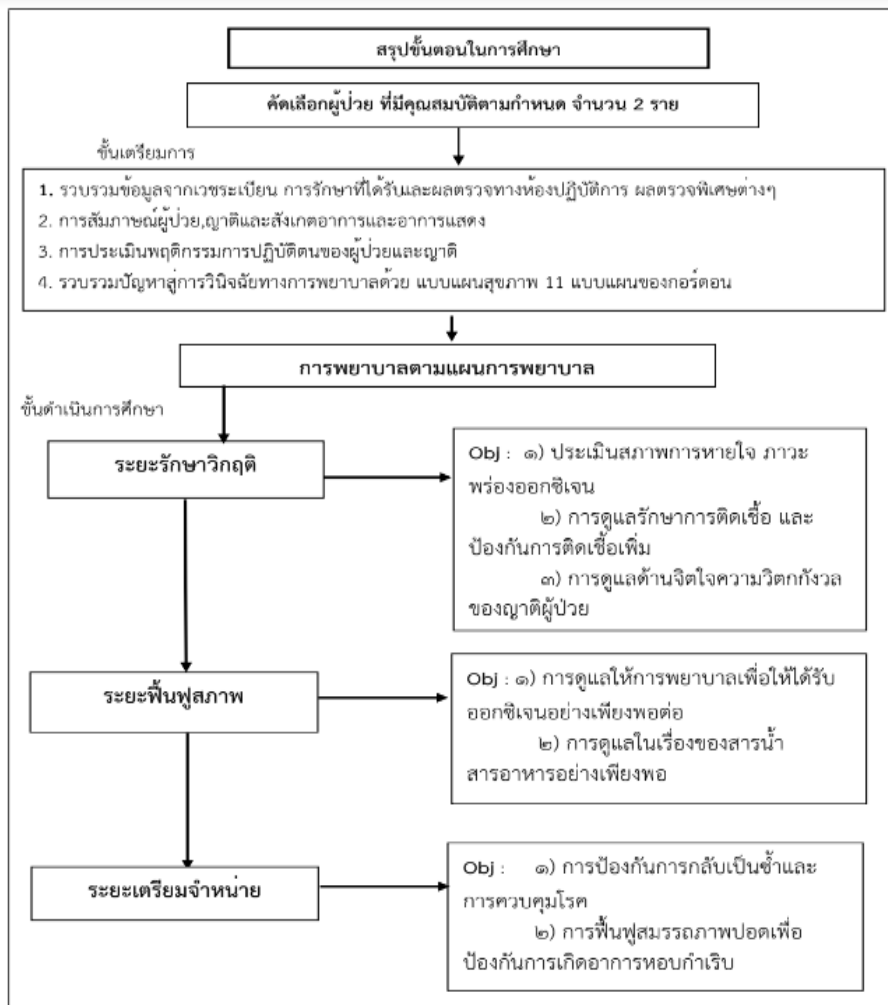
2.1 เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เกิดจากไวรัส (Viral Pneumonia)

2.2 เพื่อเพื่อศึกษาผลของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เกิดจากไวรัส (Viral Pneumonia)

3. วิธีดำเนินการวิจัย

คัดเลือกผู้ป่วยเด็ก อายุอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง น้อยกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส (Viral Pneumonia) ที่มานอนรับการรักษาที่ตึกพิเศษกุมารเวชกรรม ชั้น 2 ในช่วง เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ.2566

และยินดีให้ความร่วมมือเข้าการศึกษา ได้กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการดูแลสุขภาพรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ อาการและอาการแสดง การรักษา และพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วยและญาติ ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล ใน 3 ระยะ คือ ระยะรักษาวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสุขภาพและระยะเตรียมจำหน่าย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงสรุปขั้นตอนในการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เกิดจากไวรัส (Viral Pneumonia)



4. สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 เด็กชายไทย อายุ 9 ปี 5 เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อวันที่ **28 มิถุนายน 2566** เวลา 17.39 น. มาด้วยอาการไข้ ไอ เหนื่อยเพลีย เป็นมา 5 วัน รักษาคลินิกพญาแล้วไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ประเมินแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำกิจกรรมได้น้อย ใบบ่อย มีเสมหะเหนียว หายใจไม่หอบ ทำทางดูเพลีย BW 60 kgs, BT 39 °c, RR 26 /min, BP 115/67 mmHg, HR 124 /min, O₂ sat 98 % ฟัง ปอดมี Crepitation Right Lung, Secretion sound ผล CxR No infiltration แพทย์วินิจฉัย Viral pneumonia แพทย์ให้ On 5%DNSS 1000 ml iv rate 90 ml/hr เจาะเลือดตรวจ CBC, Bun cr, Elyte, UA, Dengu titer ส่ง CxR ส่ง Swab for Influenza A,B ทำ Tuniga test ให้ยา Paracetamol ลดไข้ ORS จิบแทนน้ำ หลังตรวจร่างกายดูผล CxR no infiltration, tuniga test = negative, Dengue IgM = negative, Dengue IgG = negative, Dengue NS1 Ag = negative, Influenza A viral Ag = negative, Influenza B viral Ag = negative จึงพิจารณาให้ Azithromycin 250 mg 2 tab oral OD ให้ 3 วัน เริ่ม 22.00 น (ครบ 22.00 น. 30 มิถุนายน) **วันที่ 29 มิถุนายน 2566** ผู้ป่วยยังมีไข้สูง เพลียมาก ใบบ่อยขึ้น เสมหะเยอะเหนียว รับประทานอาหารได้น้อย v/s BT 38.3- 40 °c, RR 28 -30 /min, BP 120-131/56-79 mmHg, HR 114-120 /min Lung มีเสียง Crepitation และ Wheezing Right Lung แพทย์ตรวจเย็บมอาการพิจารณาให้ on iv 5% DNSS 1000 ml iv rate 70 ml/hr. และให้พญา Ventolin 0.5 ml + NSS 4 ml NB ทุก 4 ชม. ร่วมกับให้ Cefotaxime (150mg/kg/day) 1.5 gm iv q 6 hr. หลังพญา และให้ ATB อาการดีขึ้น หอบลดลงมาก RR 24-26/min นอนหลับพักผ่อนได้ ใบน้อยลง **วันที่ 30 มิถุนายน 2566** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตูสดีขึ้น ทานได้มากขึ้น ยังไอห่างๆ เหนื่อยหอบลดลง v/s BT 36.6-39.2 °c, RR 22 - 26 /min, BP 126-129/71-86 mmHg, HR 80 - 120 /min ฟัง Lung ยังมี Crepitation Right Lung no wheezing แพทย์ยังให้ ATB ต่อและให้ 5%DNSS 1000 ml iv rate 70 ml/hr. พญา Ventolin 0.5 ml + NSS 4 ml

NB q 6 hr. ต่อ **วันที่ 1 กรกฎาคม 2566** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สดชื่นขึ้น ไอห่างๆ ใบบ่อยมี เสมหะน้อยลง ทานอาหารได้มากขึ้น นอนพักผ่อนได้ v/s BT 36.9 – 38.9 °c, RR 22 - 26 /min, BP 122-133/69-88 mmHg, HR 98 - 114 /min ฟัง Lung clear no Crepitation no wheezing แพทย์ตรวจเย็บมพิจารณาให้ 5% DNSS 1000 ml iv rate 40 ml/hr. พญา Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 8 hr. ให้ ATB ต่อ **วันที่ 2 กรกฎาคม 2566** ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก ไอห่างๆ ครั้ง เสมหะในคอไอออกมาได้ ยังมีไข้ต่ำๆ v/s BT 36.9 – 38.0 °c, RR 20 - 24 /min, BP 111-127/63-76 mmHg, HR 79-110 /min ฟัง Lung clear no Crepitation no wheezing แพทย์พิจารณาให้ Off iv ให้ On Heparin Lock ให้ ATB ต่อ และให้พญา Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 8 hr. ห่างออก **วันที่ 3 กรกฎาคม 2566** ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก ไม่มีไข้ แต่ยังมีไอห่างๆ เสมหะน้อยลงมาก v/s BT 36.7 – 37.8 °c, RR 20 - 24 /min, BP 111-122/60-75 mmHg, HR 99-106 /min ฟัง Lung clear On Heparin Lock ให้ ATB ต่อ และให้พญา Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 8 hr. Plan D/C **วันที่ 4 กรกฎาคม 2566** ผู้ป่วยสดชื่นดี ทานได้มากขึ้น ไม่มีไข้ ไอห่างๆ ไม่หอบ Lung clear แพทย์ตรวจเย็บมพิจารณาให้จำหน่าย เวลา 12.00 น. ให้ยา NAC และ cpm กลับไปรับประทานต่อที่บ้าน รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เด็กชายไทย อายุ 5 ปี 9 เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อ **วันที่ 22 สิงหาคม 2566** เวลา 10.01 น. มาด้วยอาการไข้ ไอมีเสมหะ น้ำมูกข้น เป็นมา 4 วัน รักษาคลินิกพญาแล้วไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็น Asthma, Allergic rhinitis เดิมรักษาต่อเนื่องตลอด ประเมินแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อ่อนเพลีย มีไข้ ไอเป็นชุด ไม่มีอาเจียน หายใจหอบ พูดช้า BW 26 kgs, BT 37.7 °c, RR 28 /min, BP 91/60 mmHg, HR 70 /min O₂ sat 95 % ตรวจร่างกายพบ dry lip, minimal sunken eyeball, on injected pharynx ฟัง ปอด มี Crepitation Both Lung, mild suprasternal retractions, Secretion sound แพทย์พิจารณาให้ 5% DNss 1,000 ml iv rate 70 ml/hr. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC Bun cr Elyte ส่ง Sputum C/S ส่งทำ CxR และ Swab for Influenza A,B มีอาการหอบมากจึงให้



พ่นยา Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 6 hr. รวมถึงให้ ยา Paracetamol 2 ชช. Op q 6 hr., Bromhexine 1 ชช. Oral tid pc, start Azithromycin 1 ชช. Od ac * 5 day, Cefotaxime (100 mg/kg/day) 500 mg iv q 6 hr., Loratadine syr 1 ชช oral hs., NAC 1*3 po pc, Seretide (25/125) 1 puff bid. เวลา 15.10 น. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจหอบมากขึ้น BT 38 °c, RR 32 /min, BP 114/58 mmHg, HR 124/min แพทย์อ่านผล CxR พบ perihilar infiltration พิจารณาให้ On o2 cannula 3 LPM Keep sat \geq 95% พ่นยาเท่าเดิม ตามผล Influenza A viral Ag = negative, Influenza B viral Ag = negative แพทย์วินิจฉัย viral pneumonia U/D Asthma/Allergic Rhinitis เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจลำบากหอบมากขึ้น O₂ sat 91 % BT 39 °c, RR 52-53 /min, BP 98/60 mmHg, HR 126 /min แพทย์พิจารณา On O₂ mask with bag O₂ sat เพิ่มขึ้นเป็น 100% แต่ยังมีหายใจหอบ พัง Lung : Crepitation both Lung, poor air entry มี Retraction จึง พิจารณา ให้ on HHHFNC 30 LPM, FiO₂ 0.4 keep SpO₂ \geq 95% keep RR < 30 /min ผู้ป่วยอาการหอบดีขึ้น เล็กน้อย RR 44-46 /min O₂ sat 96-98% **วันที่ 23 สิงหาคม 2566** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีเหนื่อยเพลีย หายใจ หอบ ใบบ่อยครั้ง ไอแห้งๆ รับประทานอาหารได้น้อย นอนซึมตลอด ยังมีไข้ต่ำๆ มีแนวโน้มลดลง v/s BT 36.7-37.8 °c, RR 30-46 /min, BP 94-119/57-71 mmHg, HR 100-108/min O₂ sat 96-98% พัง Lung : Crepitation both Lung no wheezing แพทย์พิจารณาให้ HHHFNC 30 LPM, FiO₂ 0.4 keep SpO₂ \geq 95% keep RR < 30 /min ให้ พ่นยา Ventolin 0.5 ml + 3% NaCl 1 ml q 6 hr. ส่งตรวจ Swab for RSV ให้รับประทาน Soft diet **วันที่ 24 สิงหาคม 2566** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กินข้าวไม่ได้ กินนมได้ ยังใบบ่อย เสี่ยง เสื่อมหะน้อยลง หอบลดลงมาก พัง Lung fine Crepitation

both lung no wheezing ผลตรวจ Respiratory syncytial virus (RSV) Ag = Negative v/s BT 36.7-37.8 °c, RR 30-46 /min, BP 94-119/57-71 mmHg, HR 100-108/min O₂ sat 98% เวลา 08.10 น. – 08.45 น. ผู้ป่วย off HHHFNC เอง O₂ sat 92% แพทย์ให้ on HHHFNC 20 LPM, FiO₂ 0.4 try off keep SpO₂ \geq 95% keep RR < 30 /min ให้ on 5% DNss 1000 ml iv rate 35 ml/hr. พ่นยา Ventolin 0.5 ml + 3% NaCl 1 ml q 8 hr. ให้ off cefotaxime (ครบ 3 วัน) **วันที่ 25 สิงหาคม 2566** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดูสดชื่นขึ้น ไม่ หอบ กินได้ปกติ ไอมีน้ำมูกเสมหะเล็กน้อย v/s BT 36.6-37.4 °c, RR 26-30 /min, BP 90-103/51-64 mmHg, HR 116-124/min O₂ sat 98-100% พัง Lung : Clear both lung, no Crepitation no wheezing no Retraction แพทย์ พิจารณาให้ลด HHHFNC 15 LPM, FiO₂ 0.4 keep SpO₂ \geq 95% keep RR < 30 /min off iv on Heparin lock ไว้ก่อน ให้พ่นยาต่อ Ventolin 0.5 ml + 3 NSS 4 ml q 8 hr. **วันที่ 26 สิงหาคม 2566** ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก ไม่หอบ กินได้ ปกติ ไอเล็กน้อยเสมหะน้อยลง v/s BT 36.6-37.6 °c, RR 28-36 /min, BP 91-101/52-64 mmHg, HR 90-114/min O₂ sat 100% พัง Lung : Clear both lung, no Crepitation no wheezing no Retraction แพทย์ให้ Off HHHFNC และ ปรับยาพ่นเป็นยารับประทาน Ventolin syr. (0.1ml/dose) (2mg/5ml) 5.5 ml po pc tid. **วันที่ 27 สิงหาคม 2566** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการดีขึ้นมาก ดูสดชื่น รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการหอบ ยังไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ ไม่มีน้ำมูก v/s BT 36.6-36.8 °c, RR 26-30 /min, BP 94-96/52-59 mmHg, HR 96-102/min O₂ sat 100% พัง Lung : Clear both lung แพทย์พิจารณาให้จำหน่ายกลับบ้านได้ เวลา 11.10 น. ได้ย้ายกลับบ้าน Ventolin syr (2mg/5ml), Bromhexine (4 mg/5ml), Paracetamol (120mg/5ml) มีนัด F/U OPD Pediatric for clinical 1 wk. รวมเวลารักษาตัวใน โรงพยาบาล 5 วัน



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ/ อายุ เลขโรงพยาบาล	เพศชาย อายุ 9 ปี 5 เดือน HN 553704 AN 660022215	เพศชาย อายุ 5 ปี 9 เดือน HN 674347 AN 660029166
วันรับการรักษา/รวม	28 มิถุนายน - 4 กรกฎาคม 2565 รวม 6 วัน	22 - 27 สิงหาคม 2566 รวม 5 วัน
อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	ไข้ ไอ เหนื่อยเพลีย	ไข้ ไอ มีเสมหะ น้ำมูกขุ่น
ประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	5 วันก่อนมา มีไข้ 39-40 องศา ไอ มี เสมหะ รักษา รพ.ช ได้ยาลดไข้ และ ยาแก้ไอ 3 วันก่อนมา ไข้เท่าๆ เดิม มา ER โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ยาฆ่าเชื้อ กลับบ้าน และมีอาการเริ่มหายใจหอบ 1 วันก่อนมา อาการไม่ดีขึ้น หอบมาก ขึ้น ยังมีไข้สูง รักษาคลินิกแพทย์ได้ พ่นยา 2 ครั้ง ไม่ดีขึ้นจึงมา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	4 วันก่อนมา มีไข้ น้ำมูกสีใส ไอ ไม่มี เสมหะ รักษา รพ.กาฬสินธุ์ ได้ยาลดไข้ ยาฆ่าเชื้อ 3 วันก่อนมา เริ่มมีไอมากขึ้น มีเสมหะ และอาเจียน กินได้น้อย ยังกินน้ำได้ 2 วันก่อนมา มีอาการหายใจหอบ มีไข้ หายใจครืดคราด 1 วันก่อนมา ไปรักษาที่คลินิกแพทย์ได้ พ่นยา 2 ครั้ง ไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล กาฬสินธุ์
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต	- ที่บ้านไม่มีใครสูบบุหรี่ ช้างบ้านมีสูบ บุหรี่ - บ้านไม่เลี้ยงสัตว์ ชอบเล่นหุ่นยนต์ - ระแวกบ้านไม่มีไข้เลือดออก - อยู่บ้านไม่นอนกรน	- U/D Asthma, Allergic rhinitis รักษา คลินิก ได้ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน ประมาณ 2 ครั้ง/ปี - 1 สัปดาห์ก่อน คลุกคลีสัมผัสเพื่อนที่ โรงเรียนเป็นไข้หวัด
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต (ต่อ)		- ที่บ้านไม่มีใครสูบบุหรี่ - ระแวกบ้านไม่มีไข้เลือดออก - อยู่บ้านไม่นอนกรน
ประวัติการเจ็บป่วยใน ครอบครัว	ปฏิสเตรโรคทางพันธุกรรม	น้ำเป็น Allergic rhinitis
โรคประจำตัว	ไม่มี	Asthma, Allergic rhinitis
ประวัติการแพ้ยาและสาร เสพติด	- ที่บ้านไม่มีใครสูบบุหรี่ ช้างบ้านมีสูบ บุหรี่ - ไม่มีประวัติแพ้ยา	- ที่บ้านไม่มีใครสูบบุหรี่ - ไม่มีประวัติแพ้ยา



ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
ประวัติการผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด
การวินิจฉัยโรค	Viral Pneumonia	Viral Pneumonia with u/d Asthma, Allergic rhinitis
อาการแรกเริ่ม	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำกิจกรรม ได้น้อย ไอมีเสมหะเหนียว หายใจไม่ หอบ ทำทางเพ็ลลีย	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อ่อนเพลีย มีไข้ ไอเป็นชุด ไม่มีอาเจียน หายใจหอบ
ผลตรวจร่างกาย	ไม่ซีมี ไม่มีชักเกร็ง Agitation, no murmur, ฟังปอดมี Crepitation Right Lung, Secretion sound, Abdomen soft distension and active both sound BW 60 kgs, BT 39 °c, RR 26 /min, BP 115/67 mmHg, HR 124 /min O2 sat 98 %	ไม่ซีมี ไม่มีชักเกร็ง Agitation, no murmur, dry lip, minimal sunken eyeball, on injected pharynx ฟังปอดมี Crepitation Both Lung, mild suprasternal retractions, Secretion sound, Abdomen soft distension and active both sound BW 26 kgs, BT 37.7 °c, RR 28 /min, BP 91/60 mmHg, HR 70 /min O2 sat 95 %
ผล CXR	CHEST X RAY PA UPRIGHT : No infiltration DDx. Viral pneumonia (Crepitation Right Lung)	. CHEST X RAY PA UPRIGHT : perihilar infiltration DDx. Viral pneumonia
ผลตรวจพิเศษอื่นๆ	- tuniga test = negative - Dengue IgM = negative - Dengue IgG = negative - Dengue NS1 Ag = negative - Influenza A viral Ag = negative - Influenza B viral Ag = negative	- Influenza A viral Ag = negative - Influenza B viral Ag = negative - Respiratory syncytial virus (RSV) Ag = Negative
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- Hct 39.9 %, Hb 13.3 gm/dl, WBC 6,100 cell/mm3, Neutrophil 65.8 %, Lymphocyte 17.3 %.	- Hct 35.5 %, Hb 12.5 gm/dl, WBC 3,800 cell/mm3, Neutrophil 47.4 %, Lymphocyte 34.1 %.



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษาของกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แผนการรักษา	<p>Diagnosis : viral pneumonia</p> <p>28 มิ.ย. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5%DNSS 1000 ml iv rate 90 ml/hr - CBC Bun cr Elyte UA - CxR - Swab for Influenza A,B - Tuniga test - Dengu titer <p><u>Order for continuous</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - Record V/S, I/O - Paracetamol (500) 1 tab po prn q 4-6 hr. - NAC 1*3 po pc - ORS จิบ - Azithromycin (250mg) 2 tab po OD*3 day 	<p>Diagnosis : viral pneumonia U/D Asthma/Allergic Rhinitis</p> <p>22 ส.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - On o2 cannula 3 LPM Keep sat $\geq 95\%$ (เวลา 22.00 น.) - HHHFNC 30 LPM, FiO₂0.4 - keep SpO₂ $\geq 95\%$ - keep RR < 30 /min - 5%DNss 1000 ml iv rate 70 ml/hr. - CBC Bun cr Elyte - Sputum C/S - CxR - Swab for Influenza A,B - Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 6 hr. <p><u>Order for continuous</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Record I/O V/S - Paracetamol 2 ชช. Op prn q 6 hr. - Bromhexine 1 ชช.Oral tid pc - Azithromycin 1 ชช. Od ac * 5 day - Cefotaxime (100mg/kg/day) 500 mg iv q 6 hr. - Loratadine syr 1 ชช oral hs. - NAC 1*3 po pc - Seretide (25/125) 1 puff bid
แผนการรักษา (ต่อ)	<p>29 มิ.ย. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5%DNSS 1000 ml iv rate 70 ml/hr 	<p>23 ส.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - HHHFNC 30 LPM, FiO₂ 0.4 - keep SpO₂ $\geq 95\%$



ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
	<ul style="list-style-type: none"> - Ventolin 0.5 ml + NSS upto 4 ml NB q 4 hr <p><u>Order for continuous</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefotaxime (150mg/kg/day) 1.5 gm iv q 6 hr <p>30 มิ.ย. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5%DNSS 1000 ml iv rate 70 ml/hr - Ventolin 0.5 ml + NSS upto 4 ml NB q 6 hr <p><u>Order for continuous</u></p> <p>ไม่มีเพิ่มเติม</p> <p>1 ก.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5%DNSS 1000 ml iv rate 40 ml/hr - Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 8 hr 	<ul style="list-style-type: none"> - keep RR < 30 /min - 5%DNss 1000 ml iv rate 70 ml/hr. - Ventolin 0.5 ml + 3% NaCl 1 ml q 6 hr. - Swab for RSV <p><u>Order for continuous</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soft diet <p>24 ส.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - HHHFNC 20 LPM, FiO₂ 0.4 - keep SpO₂ ≥ 95% - keep RR < 30 /min - 5%DNss 1000 ml iv rate 35 ml/hr. - Ventolin 0.5 ml + 3% NaCl 1 ml q 8 hr. <p><u>Order for continuous</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Off cefotaxime <p>25 ส.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - HHHFNC 15 LPM, FiO₂ 0.4 - keep SpO₂ ≥ 95% - keep RR < 30 /min - off iv on Heparin lock
แผนการรักษา (ต่อ)	<p><u>Order for continuous</u></p> <p>ไม่มีเพิ่มเติม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ventolin 0.5 ml + 3 NSS 4 ml NB q 8 hr. <p><u>Order for continuous</u></p> <p>ไม่มีเพิ่มเติม</p>
	<p>2 ก.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Off iv - On Heparin Lock - Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 8 hr. 	<p>26 ส.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Off HHHFNC <p><u>Order for continuous</u></p>



ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p><u>Order for continuous</u> ไม่มีเพิ่มเติม 3 ก.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u> - Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB q 8 hr.</p> <p><u>Order for continuous</u> ไม่มีเพิ่มเติม 4 ก.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u> - D/C HM - NAC 1*3 po pc = 20 tab - Cpm 1*3 po pc = 20 tab</p>	<p>- Ventolin syr. (0.1ml/dose)(2mg/5ml) 5.5 ml po tid. 27 ส.ค. 66</p> <p><u>Order one day</u> - D/C F/U OPD Pediatric for clinical 1 wk. HM - Ventolin syr (2mg/5ml) 5.5 ml po tid. - Bromhexine (4 mg/5ml) 1/2 ชช. po tid pc - Paracetamal (120mg/5ml) 2.3 tsp po prn q 4-6 hr.</p>
สรุปยาปฏิชีวนะที่ได้รับ	<p>- Azithromycin (250mg) 2 tab po OD*3 day (28-30 มีย.)</p> <p>- Cefotaxime (150mg/kg/day) 1.5 gm iv q 6 hr (09.30 น. 29 มีย.- 06.00น. 4 กค.66)</p>	<p>- Azithromycin 1 ชช. Od ac * 5 day (22- 27 สค.66)</p> <p>- Cefotaxime (100mg/kg/day) 500 mg iv q 6 hr. (22-24 สค.66)</p>
สรุปการบำบัดด้วยออกซิเจน	<p>- ไม่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน</p> <p>- Ventolin 0.5 ml + NSS 3 ml NB</p>	<p>- On o2 cannula 3 LPM (22 สค.66)</p> <p>- HHHFNC 30 LPM, FiO₂ 0.4 (22-25 สค. 66)</p> <p>- Ventolin 0.5 ml + 3 NSS 4 ml NB (22- 25 สค.66)</p>
รวมระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล	6 วัน	5 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนในกระบวนการและ

ปฏิบัติการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมกระบวนการการดูแลสุขภาพได้ดี และครอบคลุมมากขึ้น นำผลสู่การสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ตามบริบทที่ศึกษาเฉพาะกุมารเวชกรรม จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะรักษาวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะเตรียมจำหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 สรุปปัญหาทางการพยาบาล จากการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1) การพยาบาลระยะรักษาวิกฤติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด 2. มีภาวะติดเชื้อในปอด ระบบทางเดินหายใจ 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 4. ครอบครัวมีความกลัว วิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจกประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด 2. มีภาวะติดเชื้อในปอด ระบบทางเดินหายใจ 3. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ และเสมหะเหนียวมาก
1) การพยาบาลระยะรักษาวิกฤติ (ต่อ)		<ol style="list-style-type: none"> 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ on High flow nasal cannula 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด 6. ครอบครัวมีความกลัว วิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร
2) การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและมีการสูญเสียน้ำ 2. ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและมีการสูญเสียน้ำ 2. ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ 4. เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเนื่องจากปอดมีรอยโรคของการติดเชื้อ 5. ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล กลัวการใส่เครื่อง High flow nasal cannula ให้กับบุตร เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3) การพยาบาลระยะเตรียม จำหน่าย	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยง การกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรค เมื่อออกจากโรงพยาบาล	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยง การกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรค เมื่อออกจากโรงพยาบาล 2. เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบ กำเริบเฉียบพลันหลังจำหน่าย เนื่องจากขาดความรู้ในการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดและปอดมีรอยโรค ของการติดเชื้อ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกรณีศึกษาโรคปอด
อักเสบจากเชื้อไวรัส (Virus Pneumonia) ทั้ง 2 ราย พบว่า
มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่มีความแตกต่างกัน
บางส่วน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการเจ็บป่วยโรคประจำตัวของ
ผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งนี้
กระบวนการค้นหาปัญหาสุขภาพ ต้องอาศัยทักษะเทคนิค
การซักถาม การสังเกตผู้ป่วยและครอบครัว ผลการ
ประเมินพิเศษต่างๆ อาการและอาการแสดง และประวัติ
มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมถึง
เวชระเบียนของผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลด้วยแนวคิด
แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพของกอร์ด
ดอน จึงสามารถนำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วย
เป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะรักษาวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพ และ
ระยะเตรียมจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะที่ 1 ระยะรักษา
วิกฤติ** มีทั้งหมด 7 ข้อ คือ

ปัญหาข้อที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน
เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จาก
การอักเสบของเนื้อเยื่อปอด

ปัญหาข้อที่ 2 : เสี่ยงต่อประสิทธิภาพในการ
แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการอักเสบของเนื้อเยื่อ
ปอด

ปัญหาข้อที่ 3 : มีภาวะติดเชื้อในปอด ระบบ
ทางเดินหายใจ

ปัญหาข้อที่ 4 : การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
เนื่องจาก เหนื่อยเพลีย หายใจหอบและเสมหะเหนียวมาก

ปัญหาข้อที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ขณะ on High flow nasal cannula

ปัญหาข้อที่ 6 : ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้
เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด

ปัญหาข้อที่ 7 : ครอบครัวมีความกลัว วิตกกังวล
เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการ
และความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน จึงมีปัญหาคือ
วินิจฉัยที่แตกต่างกัน แต่ แนวทางการดูแลรักษาในระยะ
นี้ มีความมุ่งเน้น ในประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 การดูแลระบบทางเดินหายใจประเมิน
สภาพการหายใจ การออกกลิ่นทางเดินหายใจ โดยประเมิน
vital sign การสังเกตอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ
Respiratory distress สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก
ทุก 15-30 นาที ในระยะแรก รวมถึงการสังเกตการไอขับ
เสมหะ ลักษณะ ปริมาณสีของเสมหะ ประเมินชีพจรส่วน
ปลาย Capillary filling time เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือด
ไปเลี้ยงที่อวัยวะส่วนปลาย การฟังเสียงปอดทุก 2-4
ชั่วโมง

1.2 การให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อ
เพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนให้เพียงพอกับความ
ต้องการของร่างกาย รวมถึงการพ่นยาขยายหลอดลม
ปริมาณยาขยายหลอดลมที่ได้รับ ประเมินคว้นหรือละออง
ฝอยที่พ่นออกมา การจัดทำขณะพ่นยา การประเมินค่า



อิมตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) และเน้นการพยาบาลเพื่อให้ได้รับ ออกซิเจนอย่างเพียงพอ รวมถึงการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องผลิตออกซิเจน ความเข้มข้นสูง และการประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องให้ออกซิเจน

1.3 การดูแลรักษาการติดเชื่อ และป้องกันการติดเชื่อเพิ่ม ติดตามอาการของการติดเชื่อ คือ วัดไข้ทุก 2-4 ชั่วโมง ติดตามผลตรวจของสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือดเสมหะ ผลเอกซเรย์ ผลเพาะเชื้อ สังเกตอาการไอเหนื่อยเพลียของผู้ป่วย สังเกตการไอขับเสมหะ ลักษณะ ปริมาณสีของเสมหะ รวมถึงการพยาบาลดูแลในเรื่องของการให้ยาลดไข้ เช็ดตัวลดไข้ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ

1.4 การดูแลด้านจิตใจความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย โดยอธิบายให้ข้อมูลในเรื่องโรค พยาธิ

สภาพของโรค รวมถึงอาการปัจจุบันและแผนการรักษา และตอบคำถามทุกคำถามของญาติ อธิบายให้เข้าใจในแผนการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รวมถึงการติดตามประเมินความเครียดและความวิตกกังวลของญาติ เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยาให้เวลา รับฟังการระบายพร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ญาติสงสัย ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและกระตือรือร้นต่อความต้องการของญาติผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะฟื้นฟูสภาพ มีทั้งหมด 5 ข้อ คือ

ปัญหาข้อที่ 1 : ได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและมีการสูญเสียน้ำ

ปัญหาข้อที่ 2 : ความคงทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง

ปัญหาข้อที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบ

ปัญหาข้อที่ 4 : เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเนื่องจากปอดมีรอยโรคของการติดเชื่อ

ปัญหาข้อที่ 5 : ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล กลัวการใส่เครื่อง High flow nasal cannula ให้กับบุตรเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะนี้ มีจุดมุ่งเน้นในเรื่องดังต่อไปนี้

2.1 การดูแลให้การพยาบาลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค จาก การประเมินสัญญาณชีพ พังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง การ จัดทำนอนให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ลูกนั่ง ยืนเดิน ข้างเตียงตามสภาพร่างกาย และจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา รวมถึงการสอนให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (secretion drainage) เพื่อขับเสมหะออกมา การฝึกบริหารการหายใจ เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด หรือพยาบาลช่วยเคาะปอดเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกได้ง่ายขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายขึ้น

2.2 การดูแลในเรื่องของสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ จัดอาหารให้มีความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย รวมถึงการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่องควบคุมการไหลของน้ำเกลือ เพื่อให้ได้ปริมาณตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ที่กำหนด ประเมินอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น การตั้งตัวของผิวหนัง ความชุ่มชื้นของผิวหนัง รวมถึงภาวะน้ำเกินที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเหนื่อยหายใจหอบผิดปกติ บวมตามร่างกาย

2.3 การดูแลป้องกันการกำเริบหรือการมีภาวะหอบฉุกเฉิน โดยเน้นเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ อาการไอ อัตราการหายใจ และการได้รับยาพ่นอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ การสอนให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (secretion drainage) เพื่อขับเสมหะออกมา การฝึกบริหารการหายใจ เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด ในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ที่มีโรคประจำตัวเป็น Asthma

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะที่ 3 ระยะเตรียมจำหน่าย มีทั้งหมด 2 ข้อ คือ

ปัญหาข้อที่ 1 : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล



ปัญหาข้อที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบ
กำเริบเฉียบพลันหลังจำหน่ายเนื่องจากขาดความรู้ในการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและปอดมีรอยโรคของการติดเชื้อ
การดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะนี้ มีจุดมุ่งเน้นในเรื่อง
ดังต่อไปนี้

3.1 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการ
ควบคุมโรค โดยอธิบายให้ข้อมูลในเรื่องโรค พยาธิสภาพ
ของโรค รวมถึงอาการปัจจุบันและแผนการรักษา โดยการ
ประเมินความรู้และประสบการณ์ ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วย
และครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงการประเมิน
พฤติกรรมที่ญาติไม่ยินยอมปฏิบัติตาม การอธิบายให้
ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยต่อการเจ็บป่วย ให้
ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวลด
ไข้ การรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา
การหลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคโดยไม่ให้เด็กใกล้ชิดกับ
ผู้ป่วยทุกประเภท ไม่ควรให้อยู่ในที่แออัด จัดฝุ่นละออง
ความสะอาดของบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก
รวมถึงการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของเด็ก

3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อันดับแรกเน้น
ในเรื่องการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ที่มีผลต่อการกำเริบของ
โรค เช่น สิ่งกระตุ้นระคายเคืองทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง
ต่างๆ อากาศร้อนหรือเย็นจัด ที่อับชื้น สถานที่แออัด คน
สูบบุหรี่ ควันไฟ และควันจากท่อไอเสียรถต่างๆ การฝึก
บริหารการหายใจ เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด เช่น การ
เป่าลูกโป่ง เป่าหลอดในขวดน้ำ รวมถึงฝึกทักษะการไอ
อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

5. อภิปรายผล

การศึกษาระณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นโรคปอด
อักเสบจากเชื้อไวรัส ที่มีอาการแรกรับคล้ายๆ กัน แต่มี
ความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมาก โดยกรณีนี้ 1 มี
อาการหายใจหอบเล็กน้อย ความซับซ้อนน้อยกว่ามาก
รวมถึง เป็นเด็กโตที่อายุมากกว่า การปฏิบัติตาม
คำแนะนำ สามารถทำได้ง่ายและเข้าใจมากกว่า จึงทำให้
อาการดีขึ้นเร็ว ไม่พบอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น
ส่วนกรณีนี้ 2 เป็นเด็กที่มีอายุน้อยกว่ารายที่ 1 รวมถึง มี
โรคประจำตัวอยู่แล้ว ทั้งยังเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดิน
หายใจ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือกระตุ้นให้อาการและ
พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบรุนแรงและซับซ้อน

มากกว่า ต้องใช้เครื่องมือที่เฉพาะมากขึ้น รวมถึงอายุที่
น้อยจึงทำให้ไม่เข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้น้อย
ความอดทนต่อภาวะเจ็บป่วยน้อย จึงเป็นอุปสรรคในการ
ดูแลพยาบาล อีกทั้งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเด็ก
โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง
และอาการแสดงที่รวดเร็ว เกิดภาวะเจ็บป่วยที่รวดเร็ว ทำ
ให้เด็กต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมใหม่
บุคคลรอบข้างใหม่ เชนิณสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งเป็นที่แปลก
ใหม่และน่ากลัวสำหรับเด็ก8 รวมถึงการใช้เครื่องมือ
อุปกรณ์การแพทย์ที่น่ากลัว ส่งผลให้ได้รับความร่วมมือ
ในการรักษาพยาบาลน้อย และรวมถึง บุคลากรที่เข้าไป
ให้บริการพยาบาลในแต่ละครั้ง ไม่ใช่บุคคลเดิม เปลี่ยน
หน้าไปเรื่อย ๆ ยิ่งส่งเสริมให้เกิดความไม่ไว้วางใจ สิ่ง
เหล่านี้ล้วนคุกคามสวัสดิภาพของเด็ก ก่อนให้เกิดความ
หวาดกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยเด็กจึงมีความ
ละเอียดอ่อนและเปราะบาง ต้องอาศัยความชำนาญ
เชี่ยวชาญและความอดทนเป็นอย่างมาก เพราะต้องต่อสู้
กับความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงต้องใช้
ศาสตร์ความรู้และอาศัยประสบการณ์ที่สะสมมานาน จึง
จะสามารถให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเด็กได้ การศึกษา
เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจาก
เชื้อไวรัส กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาได้ใช้การประเมิน
แบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน เป็น
กรอบในการประเมินภาวะสุขภาพ ทำให้สมรรถนะการ
ประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม และ
สามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการ
พยาบาลได้อย่างครอบคลุม ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการ
ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเด็กได้เป็น
อย่างดี ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้รับการแก้ไข
ทุกข้อครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ

6. ข้อเสนอแนะ

6.1. บุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมาร
เวชกรรม ควรมีการทบทวนความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบทั้ง
จากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย
ในแต่ละราย และการดำเนินของโรคในแต่ละระยะ

6.2. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลใน
ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในระยะวิกฤต



6.3. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และ โรค Asthma เพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบหรือ กลับมาเป็นซ้ำ

6.4. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การใช้เครื่องช่วยหายใจ High Flow Nasal Cannula เพื่อ เป็นการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลเครื่องมือพิเศษ

6.5. ควรมีมุมหรือห้องผ่อนคลาย ที่มีอุปกรณ์ การเล่นที่หลากหลายแบบ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้าน ต่างๆ ที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละวัย เพื่อเด็กจะได้มีสุขภาพ ภายและสุขภาพจิตที่ดี ส่งเสริมการหายของโรค

7. เอกสารอ้างอิง

- อุ๋นเรื่อน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาล. *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ*. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/811/Nursing%20Guide%20for%20Elderly%20Patients%20with%20Pneumonia.pdf>
- สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*. *ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ ไพร์ซ์ จำกัด, 2562.
- สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *โรคปอดอักเสบ*. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. จาก <http://www.boe.moph.go.th/Pneumonia>
- ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *สรุปรายงานประจำเดือน สถิติ 5 อันดับโรค ประจำปี 2561-2564*. กลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566.
- Rattanachuek, S. *Handbook of nutritional child care (3rd ed.)*. Systemic disease work, gastroenterology and nutrition clinic Pediatrics Working Group, National Institute of Child Health Queen Sirikit. Bangkok: Chaicharoen, 2012.
- จีรภา ชุมจันทร์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก*. บัณฑิตศึกษา; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2551.
- Lazzerini, M., Seward, N., Lufesi, N., Banda, R., Sinyeka, S., Masache, G., ... Colbourn, T. Mortality and its risk factors in Malawian children admitted to hospital with clinical pneumonia, 2001 – 12 : A retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 2016: 4(1); e57-e68.
- Wilson, D. The child with respiratory dysfunction. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's essentials of pediatric nursing*. 2009. St Louis: Mosby
- Huang, C.-Y., Chang, L., Lie, C.-C., Huang, Y. C., Chang, L.-Y., Huang, Y.-C., & Huang, L.-M. Risk factors of progressive community acquired pneumonia in hospitalized children: A prospective study. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection*, 2013: 48(1), 36-42. doi:10.1016/j.jmii.2013.06.009