

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา
Nursing Care of a Pediatric Patient with Pneumonia and Acute Respiratory Failure:
A Case Study.

(Received: October 27,2025 ; Revised: October 29,2025 ; Accepted: October 30,2025)

พัชรี บำเพ็ญthan¹
Patcharee bumpenthan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ศึกษาในผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 พฤษภาคม 2568 อาการสำคัญ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะดูแลผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน

ผลการศึกษา: ดูแลบำบัดด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง ให้ยาปฏิชีวนะ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ปกครอง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน 10 วัน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด เคาะปอด ดูดเสมหะลดการติดเชื้อ และเปลี่ยนให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ได้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติได้ถูกต้อง จนอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 15 พฤษภาคม 2566 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคปอดอักเสบ, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of pediatric patients with pneumonia and acute respiratory failure. The patient was a 1-year-old Thai male who was admitted to the hospital on May 4, 2025. Chief complaints included fever, cough, and shortness of breath one day prior to hospitalization.

Results: During care, the patient exhibited oxygen deficiency and was treated with high-flow oxygen therapy, intravenous antibiotics, and fluids. Additionally, information was provided to the parents. The patient received oxygen therapy for 10 days, along with physical therapy, chest percussion, and suctioning to reduce infection. Oxygen delivery was later switched to a face mask. The patient's relatives were educated and trained in proper caregiving techniques. The patient's condition gradually improved, and he was discharged on May 15, 2025, after a total of 11 days of hospitalization.

Keywords: Nursing care, Pediatric patient, Pneumonia, Respiratory failure

บทนำ

โรคปอดอักเสบในเด็กเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจที่มีความรุนแรงมากที่สุด พบในเด็กได้มากกว่าในผู้ใหญ่ พบได้ร้อยละ 10 ของเด็กที่มารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี¹ ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยเด็กโรค

ปอดอักเสบ คิดเป็นอัตราป่วย 330.06 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 0.74 ต่อแสนประชากร โดยกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูงสุดประมาณ 1,975.97 ต่อแสนประชากร² สำหรับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มโรคปอดอักเสบ

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

(Pneumonia) ปีงบประมาณ 2565 - 2567 มีจำนวน 277, 189 และ 352 ราย ตามลำดับ³

โรคปอดอักเสบมักรุนแรงในเด็กเล็กเนื่องจากระบบทางเดินหายใจยังไม่สมบูรณ์แข็งแรงเท่าผู้ใหญ่ เช่น ทางเดินหายใจมีขนาดเล็กปอดและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจยังอ่อนแอ รวมถึงระบบภูมิคุ้มกันไม่พัฒนาเต็มที่ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายและมีอาการรุนแรงกว่าผู้ใหญ่ เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อของปอดจะทำให้มีการสร้างเสมหะ น้ำ และหนองปริมาณมากในถุงลมปอด ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซและการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดรุนแรง (hypoxemia) และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) ร่างกายชดเชยโดยการเพิ่มอัตราการหายใจและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ แต่หากไม่สามารถแก้ไขสาเหตุได้จะทำให้เกิดภาวะกรดในเลือด (respiratory acidosis) และลุกลามนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และอวัยวะล้มเหลวในที่สุด การรักษาภาวะหายใจล้มเหลวระยะเฉียบพลันมักจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่าง ๆ ร่วมกับการรักษาตามสาเหตุ⁴ ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือแบบองค์รวม รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินและต่อเนื่อง สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
2. เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันอย่างครอบคลุมองค์รวม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. นำมาเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.38 น

อาการสำคัญ ใช้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มารดาให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ไอบ่อย ให้รับประทานยาแก้ไอที่มีอยู่เดิม ไม่ทุเลา 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีไข้ ไอมากขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบ จึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีโรคประจำตัว หอบหืด เคยได้รับการผ่าตัดถุงอัมพาตเดือนธันวาคม 2567

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติแรกคลอด คลอดปกติ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอด 2,000 กรัมได้รับวัคซีนตามวัย การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์ 10.3 kgs. สูง 83 cm.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ

ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (White blood count $9,410 \text{ cells/ cell/mm}^3$, Neutrophil 44.1%, Lymphocyte 40.9%, Monocyte 14 %, Eosinophil 0.9%, Basophil 0.1%, Hematocrit 42.9%, Platelet count $271,000 \text{ cell/mm}^3$) Na 141 mmol /L, K 3.13 mmol /L, Cl 106 mmol /L, CO_2 16.6 mmol /L

ผลการตรวจร่างกายระบบ HEENT : not pale conjunctiva mild injection pharynx. Heart: normal S1, S2 no murmur. Lung: crepitation both lung. Abdomen: no distension, abdominal wall soft, not tender. Extremities: no rash no petechia. Neuromuscular: no stiff neck

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา Film chest: BUL patchy ground glass infiltration (8 พฤษภาคม 2568)

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นโรคหอบหืด บิดามารดาเป็นผู้รับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีความวิตกกังวลกลัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เวลาเจ็บป่วยมักพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล

แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานนมอย่างเดียว 6 เดือน 7 เดือน เริ่มรับประทานอาหารเสริม มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ ไอมาก เหนื่อยหอบ ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ รับประทานนม และอาการอ่อน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ถ่ายอุจจาระปกติ มีภาวะโป๊สเขียวตาม

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 34 ครั้ง/นาที หายใจหอบ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจาก ต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเช่น เช็ดตัวลดไข้ พ่นยาอุดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล มารดาได้รับผลกระทบต่อนอนหลับจากความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย อารมณ์แปรปรวน ร้องงอแงบ่อย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วย อาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจผลการรักษาพยาบาล

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นเด็กเล็กเพศชาย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ดูแลมีความเครียดสูง แต่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

สรุปอาการและการรักษา

แรกรับที่หอผู้ป่วยส่งกลาง วันที่ 4 พฤษภาคม 2568 เวลา 10.38 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.7

องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 99% ไขมันเสมหะสีขาวขุ่นพอสมควร พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 0.1 ml+NSS up to 5 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง ดูแลให้ยา Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง Cefotaxime 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง Muflex 250 mg 2.5 ml oral tid pc 24 ชั่วโมง หลังรับไว้ดูแล ผู้ป่วยเด็กมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 99% มี subcostal retraction มี crepitation both lung มีไข้ 38 องศาเซลเซียส เปลี่ยนให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.3 keep O_2 saturation $\geq 95\%$ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/NSS 1000 ml iv rate 35 ml/hr เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Cr, Electrolyte ส่งตรวจ film chest พบ infiltration both lung ส่งตรวจ swab ไขหัดใหญ่ พบ Parainfluenza Virus เพิ่มยา Tamiflu 30 mg oral bid pc 5 วัน

วันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็ก รู้สีกตัว On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.3 หายใจเร็ว ตื่น อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 95% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38-38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 130-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34-36 ครั้งต่อนาที ไขมันเสมหะสีขาวขุ่น พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 0.1 ml+NSS up to 5 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง ให้ยา Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง อาการไม่ทุเลา แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ On ETT No.3.5 mark 12 cms PCV mode PIP 14+5, IP 0.65, RR 30, PEEP 5, FiO_2 0.4 keep $SpO_2 \geq 95\%$ เก็บ sputum gram stain, culture ให้ยา Methylprednisolone 11 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง เริ่ม feed นม 180 ml วันละ 3 มื้อ feed รับผิดชอบทุกมื้อ สอนผู้ปกครองช่วยเช็ดตัว ร่วมกับให้ยา Paracetamol syrup 4 ml feed prn ทุก 4-6 ชั่วโมง

วันที่ 8-9 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็ก รู้สีกตัว On ETT No.3.5 mark 12 cms PCV mode PIP 15, IP 0.65, RR 32, PEEP 5, FiO_2 0.4 keep $SpO_2 \geq 94\%$ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 118-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28-32 ครั้งต่อนาที ไขมันเสมหะสีขาวขุ่นเต็มสาย พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 0.1 ml+NSS up to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยมี Desaturation $SpO_2 \geq 92-93\%$ ฟังเสียงปอดมี crepitation rhonchi both lung ส่ง film chest ผล patchy infiltration both upper lung ให้ Lasix 5 mg v stat ปรับเครื่องช่วยหายใจใหม่ SIMV mode IP 0.65, RR 25, PS 13, FiO_2 0.4 keep $SpO_2 \geq 94\%$ feed นม 180 ml วันละ 3 มื้อ feed รับผิดชอบทุกมื้อ

วันที่ 10 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็ก รู้สีกตัว On ETT SIMV mode IP 0.65, RR 25, PS 13, FiO_2 0.4 keep $SpO_2 \geq 94\%$ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 118-130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28-32 ครั้งต่อนาที $SpO_2 \geq 98-99\%$ On IV 5%D/NSS 1000 ml iv rate 30 ml/hr แพทย์พิจารณา off ETT On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.4 O_2 saturation keep $SpO_2 \geq 95\%$ Ventolin 0.1 ml+NSS up to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง Adrenaline (1:1000) 1 ml+NSS to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง หลัง off ETT พบ suprasternal retraction และ expire wheezing เริ่มให้รับประทานอ่อนมื่อเย็น รับประทานได้ประมาณครึ่งถ้วย ส่วนใหญ่รับประทานนม

วันที่ 11-12 พฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยเด็ก รู้สีกตัว On HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO_2 0.4 O_2 saturation keep $SpO_2 \geq 95\%$ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที $SpO_2 \geq 98-99\%$ พ่น Ventolin 0.1 ml+NSS up to 4 ml NB ทุก 3 ชั่วโมง

Hydrocortisone 50 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง
Adrenaline (1:1000) 1 ml+NSS to 4 ml NB
ทุก 3 ชั่วโมง เคาะปอด ดูตื้นเสมหะได้เสมหะเหนียว
ใสประมาณครึ่งสาย รับประทานอาหารอ่อนและ
นมได้ ส่งตรวจ CBC Electrolyte พบ โพตัสเซียม
ต่ำ (K=3.13) ให้รับประทาน E.KCL (20 mEq/15
ml) 8 ml po ทุก 3 ชั่วโมง 2 มื้อ

วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 รู้สึกตัวดี On
HHHFNC อัตรา 20 ลิตรต่อนาที FiO₂ 0.4 O₂
saturation keep SpO₂ ≥95% หายใจไม่เหนื่อย
หอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9-37.3 องศา
เซลเซียส ชีพจร 110-128 ครั้งต่อนาที อัตราการ
หายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที SpO₂ ≥98-99% off
HHHFNC หลัง off ผู้ป่วยมีอาการคงที่ลดออกซิเจน

เป็นออกซิเจนผ่านจมูก canular ผู้ป่วยอาการดีขึ้น
ตามลำดับ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8-37.2
องศาเซลเซียส ชีพจร 1 ครั้งต่อนาที อัตราการ
หายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที ไม่มี retraction O₂
saturation 98-99% รับประทานอาหารอ่อน และ
นมได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้การฟื้นฟู
สภาพ ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่มารดา ได้แก่
การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกต
อาการผิดปกติทางการหายใจ การล้างจมูก และ
การเคาะปอด จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 15
พฤษภาคม 2566 เวลา 15.30 น. รวมเวลารักษา
ตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลผู้ป่วยระยะ วิกฤต 1. เสี่ยงต่อภาวะหายใจ ล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจากการ แลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มี ประสิทธิภาพ	กิจกรรมการพยาบาล จัดทำแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าพันคอ แขวนเล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน อัตราไหลสูงด้วยเครื่อง HHHFNC ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา คือปรับ Flow 20 LPM FiO₂ 0.3 ประเมินติดตามอาการและการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก มีหายใจหน้าอกบวม ขาโยกโยกแรงมากขึ้น สังเกต อาการไอ การขับเสมหะ ลักษณะปริมาณ สีของเสมหะ วัดสัญญาณชีพความอิ่มตัวของออกซิเจน โดยประเมินทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพปกติ ติดตาม O₂ saturation และฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง ภายหลังปรับยาปรับทางออกและดูแลเสมหะที่เป็น สาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ แนะนำให้ผู้ป่วยครองสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการ รักษาของแพทย์คือ 5% D/NSS 1000 ml iv drip 35 ml/hr ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ On ETT No.3.5 mark 12 cms PCV mode PIP 15, IP 0.65, RR 32, PEEP 5, FiO₂ 0.4 keep SpO₂ ≥94% บันทึกการ setting เครื่องช่วยหายใจทุกครั้ง ประเมินการหายใจของผู้ป่วยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบ D- Disconnection การเชื่อมต่อสนิทของท่อหลอดลมคอกับ circuit/ Displacement การเลื่อนหลุด ของท่อหลอดลมคอ ระงับการหัก พับ งอ ของท่อ P-Pneumothorax การมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้ม ปอด E-Equipment Failure ของเครื่องมือ ดูแลให้รับยาขยายหลอดลม Ventolin 1 ml+NSS up to 4 ml ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 500 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกต อาการข้างเคียงจากการได้รับยา ทำกายภาพบำบัดทางออกโดยการจัดท่าระบาย เสมหะ เคาะปอด และการสั่นสะเทือน ติดตามผล chest X-ray เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของปอด ให้ เด็กได้พักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รบกวนผู้ป่วยเมื่อจำเป็นและพยายามทำกิจกรรมการ พยาบาลให้เสร็จสิ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ควบคุมอุณหภูมิร่างกายโดยเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดการเผา ผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราไหลสูงด้วยเครื่อง HHHFNC จำนวน 2 วัน หลังจากนั้นอาการเปลี่ยนแปลงใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 wean off ventilator และถอดท่อหายใจได้ในวันที่ 11 พฤษภาคม 2568 หลังถอดท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	On HHHFNC 2 วัน หยุดการใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยเด็กรู้ตัวดี หายใจเหนื่อยลดลง เริ่มทำกิจกรรมได้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน Oxygen saturation 98-99% สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ชีพจร 120-124 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-100/60 มิลลิเมตรปรอท
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เครื่อง HHHFNC	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด เสียงหายใจ เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ HHHFNC อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HHHFNC แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบแหล่งจ่ายออกซิเจนและอากาศ ชุดทำความชื้น ไม่ให้ชำรุด รั่ว ซึมปรับอุณหภูมิเครื่องทำความอุ่นขึ้น อากาศระหว่าง 34-37 องศาเซลเซียส ปรับตั้งการไหลของอากาศตามน้ำหนักและอาการของผู้ป่วยเด็ก รายนี้โดยเริ่มที่ Flow 20 ลิตร FiO₂ 0.3 เลือก nasal cannula ที่มีขนาดระยะห่างระหว่าง nasal prong 2 ข้าง พอดีกับรูจมูก และมีขนาดของท่อ nasal prong ประมาณครึ่งหนึ่งของรูจมูกคือเบอร์ เพื่อให้สะดวกในการระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และความดันบวกที่สูงเกินออกสู่ภายนอก จัดตำแหน่งของ nasal cannula ให้อยู่บริเวณกึ่งกลาง ใส่สายให้อุณหภูมิในรูจมูกเสมอและปลายท่อไม่ชนผนังจมูก คล้องและหนีบสาย heated inspiratory circuit กับผ้าปูที่นอนไม่ให้เลื่อนหลุด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการจัดท่านอนและดูดเสมหะทุก 4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนที่มีความร้อนผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจได้สะดวก ความร้อนไม่สะสมบริเวณโพรงจมูก ไม่เกิดการควบแน่นของน้ำ อธิบายให้ผู้ปกครองช่วยปิดปากผู้ป่วยให้สนิท ให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกไม่อาบปากหายใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเพิ่ม PEEP ช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้ ประเมินสัญญาณชีพเฝ้าสังเกตอาการเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ลักษณะการหายใจลำบาก ติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก เฝ้าระวังและประเมินตรวจสอบเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้งาน เช่น แผลกดทับในจมูกจากการใส่ตำแหน่ง nasal cannula ที่ชิดจมูกมากเกินไป ติดและเปลี่ยนผิวหนังเทียมทุกครั้งที่มีการหลุดร่อน ใช้ผ้าคลุมรองใต้สายบริเวณตำแหน่งที่มีการกดทับรัดสายให้แน่นพอดี ดูแลทำความสะอาดบริเวณรูจมูกและบริเวณ nasal cannula ทุกวันด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือเพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการอุดตันจากน้ำมูก สังเกตอาการท้องอืด เนื่องจากอาจมีออกซิเจนบางส่วนรั่วเข้าไปในทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด เฝ้าระวังค่า Oxygen saturation ถาลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ประเมินภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ On HHHFNC ได้แก่ แผลกดทับในจมูก อาการท้องอืด ภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด
3. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารอาหารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์จากการสูญเสียจากการหายใจ หอบเหนื่อย และไม่สามารถรับสารอาหารทางปากได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้รับสารน้ำทางหลอดเลือดตามแผนรักษา 5%D/NSS 1000 ml iv drip 35 ml/hr วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังมีความตึงตัวลดลง ในช่วงใส่ท่อช่วยหายใจ Feed นม 180 ml วันละ 3 มื้อ หลังถอดท่อช่วยหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานนม ก่อนให้อาหารประเมินเสมหะในทางเดินหายใจ ช่วยระบายเสมหะโดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอกและดูดเสมหะ ดูแลความสะอาดของปากและฟัน กระตุ้นให้อยากอาหาร ประเมินภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง skin turgor กระหม่อมลึกโป้ ริมฝีปากแห้ง ซึ่งน้ำหนักและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกวัน การประเมินผล ผู้ป่วยริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ รับประทานอาหารได้ดี น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง	กิจกรรมการพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเช็ดตัวลดไข้ประเมินไข้ซ้ำทุก 30 นาทีจนไข้ลง และสอนมารดาเช็ดตัวที่ถูกต้อง ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นบิดน้ำให้หมาดพอควร เริ่มเช็ดบริเวณใบหน้าและพับไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง เช็ดบริเวณหน้าอกและลำตัวเช็ดแขนด้านไกลตัว จากปลายแขนเข้าหาต้นแขน และรักแร้เป็นการเช็ดในลักษณะย้อนรูขุมขน เพื่อระบายความร้อน ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง และพับผ้าไว้บริเวณข้อพับแขน และรักแร้ เช็ดตัวให้แห้ง แล้วใส่เสื้อผ้า ผู้ป่วยให้เรียบร้อย ให้อาลดไข้ Paracetamol syrup oral 8 ml pm ทุก 4-6 ชั่วโมง ล้างมือก่อน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	และหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย ทุกครั้ง แยกโซนผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและการติดเชื้อซ้ำ ดูแลดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อ และแยกเครื่องใช้ต่าง ๆ ในการดูแลของเสมหะของผู้ป่วยแต่ละราย สังเกตและบันทึก ลักษณะ สี กลิ่นจำนวนของเสมหะ ดูแลทำความสะอาดร่างกายและในช่องปาก ทุก 4 ชั่วโมงโดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือเช็ดในปากเพื่อลดการติดเชื้อ ตามแผนการรักษา 4 วัน ใหยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 7 วัน เฝ้าระวังอาการแพ้ยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ให้สารน้ำอย่างเพียงพอโดยให้ 5% D/NSS 1000 ml iv drip 20-35 ml/hr เป็นระยะเวลา 10 วัน การประเมินผล อุณหภูมิ 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ปริมาณเสมหะลดลง ผล CBC ปกติ (WBC 5,810 Cell/mm³)
การพยาบาลผู้ป่วยระยะดูแลต่อเนื่อง 1. เสี่ยงต่อภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในการขับเสมหะ	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค โดยวัดสัญญาณชีพทุก 1- 2 ชั่วโมง ตามสภาพของผู้ป่วย ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสมหะ จัดทำให้เสมหะออกได้ง่าย (postural drainage) เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง จัดทำศีรษะสูง 30 องศา ตามสภาพร่างกาย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยช่วยเคาะปอดและดูดเสมหะร่วมด้วยโดยใช้แรงดันไม่เกิน 100 mmHg และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อช่วยระบายเสมหะในหลอดลมและปอดออกสู่ภายนอกได้ดียิ่งขึ้น ประเมินปริมาณของเสมหะจากลักษณะของการหายใจ เสียงการหายใจและการไอ สังเกตสีและความเหนียวของเสมหะที่ออกมา และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยดูแลร่วมและให้คำแนะนำกับบิดามารดาดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาโดยเฉพาะช่วงที่มีไข้สูง จะช่วยลดเสมหะทำให้สามารถขับออกได้สะดวก และระวังให้น้ำในปริมาณพอเหมาะป้องกันภาวะน้ำเกิน การประเมินผล ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดภาวะเสมหะอุดกั้น หลังเคาะปอด ไอขับเสมหะออกได้ดีขึ้น ปริมาณเสมหะลดลง
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการไอมีเสมหะ	กิจกรรมทางการพยาบาล ติดตามความถี่ของการไอเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ดูแลให้จิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ เพื่อให้คอชุ่มชื้น เสมหะอ่อนตัวและขับเสมหะออกได้ง่าย จัดท่านอน Semi fowler's position เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่ กระบังลมหย่อนตัวเพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น สอนการหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลมและช่วยเคาะปอดเพื่อให้เสมหะระบายออกได้สะดวก ดูแลพ่นยา Ventolin 0.3 ml+NSS up to 2.7 ml ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งให้ข้อมูลแก่มารดาเกี่ยวกับการพ่นยา อาการข้างเคียง เหตุผลของความจำเป็นในการพ่นยา การประเมินผล อาการไอทุเลา เสียง rhonchi with Crepitation both lung ลดลง subcostal retraction ลดลง
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 5%D/NSS 1000 ml iv drip 20 ml/hr ควบคุมการไหลตลอดเวลา ดูแลจัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้เร็วที่สุด ให้นม และน้ำซุบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ ประเมินระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดโดยเจาะเลือดส่งตรวจ ดูแลให้ Elixer KCL 8 ml oral ทุก 3 ชั่วโมง 2 เวลา ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหาร Monitor EKG ติดตามการเต้นของหัวใจ และบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าออก การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการภาวะโพแทสเซียมต่ำติดตามค่า Potassium ปกติ 3.53 mmol/L รับประทานนมได้ ไม่มีมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร	กิจกรรมการพยาบาล สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบิดามารดาและเปิดโอกาสให้ได้รับระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ อธิบายความสำคัญและความจำเป็นในการติดตามอาการบ่อยครั้งในช่วงแรก เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจวัตถุประสงค์ ยอมรับและให้ความร่วมมือ สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนในระยะแรกให้เกิดความมั่นใจ อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างง่าย ๆ และให้โอกาสซักถาม ตลอดจนประสานงานให้พบแพทย์ตามความต้องการ สนับสนุนให้บิดาหรือมารดาให้อยู่กับเด็กตลอดเวลา และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเท่าที่ทำได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อธิบายถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตรงกัน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและแจ้งบิดาหรือมารดา ก่อนทุกครั้ง ดูแลความสุขสบาย จัดหาของเล่นและกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย การประเมินผล บิดามารดาคลายความวิตกกังวลมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการซักถามเจ้าหน้าที่เมื่อไม่เข้าใจ
5. มารดาพร่องความรู้ในการดูแลบุตร มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล อธิบายให้มารดาผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการเกิดของโรค สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดง การรักษา ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล การเช็ดตัวลดไข้ การช่วยดูแลผู้ป่วยขณะพยาบาลเคาะปอดดูดเสมหะ วางแผนจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ D : Disease ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สาเหตุ M : Medication ข้อมูลเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอนการพ่นยา E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การทำความสะอาดของบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก T : Treatment ข้อมูลการรักษาแพทย์อาการผิดปกติ แนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น อาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะ มีไข้ ซึมลง ไม่รับประทานอาหาร หรือรับประทานได้น้อย ถ่ายอุจจาระบ่อย ท้องอืดที่ควรมาพบแพทย์ เช่น หายใจเร็ว ปัสสาวะขุ่น H : Health ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ หลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคโดยไม่ควรให้เด็กใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อทุกประเภท ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วย โดยล้างมือบ่อย ๆ ให้สะอาด ไม่ขยี้ตาหรือจาม ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนของใช้สำหรับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นละออง อากาศร้อนจัด เย็นจัด ที่อับชื้น สถานที่ที่มีคนแออัด คนสูบบุหรี่ ควีนไฟ และควันจากท่อไอเสียรถยนต์ควรหลีกเลี่ยง O : Outpatient Referral ตรวจสอบนัด อย่างต่อเนื่อง D : Diet แนะนำให้รับประทานนม และอาหารเสริมตามวัย การประเมินผล ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่าย หน้าตาสดชื่นไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มารดาบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 2 วัน สอบถามผู้ปกครองเด็ก ผู้ป่วยเด็กไม่มีไข้ หายใจไม่เหนื่อยหอบ โอนาน ๆ ครั้ง เสมหะสีขาวใส รับประทานอาหารอ่อนได้ประมาณมื้อละ 1 ถ้วย ตื่นนอนได้ดี ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา มารดาพาเด็กมารับการตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 23 พฤษภาคม 2568 สัญญาณชีพปกติ เด็กมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติ ไม่มีอาการไอ หรือเหนื่อยหอบ ผู้ปกครองเด็กบอกการดูแลผู้ป่วยหลังจากกลับบ้านได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

1. พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ในระยะวิกฤต ดูแลบำบัดการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่อง HHHFNC ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด เคาะปอด ดูดเสมหะลดการติดเชื้อ และเปลี่ยนให้ออกซิเจนทางจมูกได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และ

จากการใส่เครื่อง HHHFNC โดยให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในทุกๆ ระยะ ร่วมกับการพยาบาลโดยยึดหลัก Sterile technique ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมถึงการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ ยาขยาย

หลอดลม ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำให้ยาโพแทสเซียม ติดตามผลเกลือแร่อยู่ในภาวะปกติ ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด ปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ได้ให้ความรู้และเน้นย้ำการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ คลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย⁴

2. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกรายนี้ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะสูง และต้องมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาการจัดการทางเดินหายใจ ในระยะวิกฤต มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก หายใจลำบากมีภาวะพร่องออกซิเจนให้ HHHFNC ต้องมีการปรับเพิ่ม Setting ในขนาดแรงดันสูง แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังถอดท่อช่วยหายใจกลับมาใช้ HHHFNC อีก ครั้ง ซึ่ง เสี่ยง ต่อ การ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่อง HHHFNC เนื่องจากเด็กมีอายุน้อย การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่อง HHHFNC จึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยทางเดินหายใจ มีการประเมินระดับความรุนแรงผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขภาวะวิกฤตนี้ได้ ต้องมีการประเมินเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีการติดตามสัญญาณชีพเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลว การแปรผลเลือดและการรายงานอาการผิดปกติที่พบให้แพทย์รักษาทราบทันทีรวมทั้งการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าระวังผลกดทับบริเวณจมูก ต้องเลือกขนาดของ canular ให้เหมาะสมกับรูจมูก และหมั่นสังเกตผลกดทับบ่อยๆ เนื่องจากเด็กจะไม่อยู่นิ่ง²

3. การพยาบาลแบบองค์รวมและการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวหายจากโรคโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ ในที่สุด ลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและ ความพิการที่อาจเกิดตามมา ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคปอดอักเสบยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย พยาบาลในฐานะวิชาชีพหลัก ที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ควรมีการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ การคิดวิเคราะห์แบบองค์รวม การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการประสานความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁴

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดความแปรปรวนในการดูแล หน่วยงานควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมหรือเครื่องมือในการเฝ้าระวังและช่วยประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Vachira Pediatric Warning Scores: V-PEWS) โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ระบบเตือนภัยล่วงหน้าจากสัญญาณชีพ ระบบการจัดการข้อมูลอัตโนมัติ เพื่อให้พยาบาลสามารถตรวจจับและการจัดการภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุขสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. (2562). โรคปอดอักเสบ.
<http://www.boe.moph.go.th/pneumonia>
- 2.วิมลพรรณ สังข์กุล. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ในพรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่ม
2. บริษัทนาเพรส จำกัด.
- 3.โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2567). รายงานสถิติประจำปี 2565-2567. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
- 4.อุ้นเรือน กลิ่นขจร และ สุพรรณษา วรมาลี. (2563). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริ
ราช:คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัย