

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pediatric Patients with Pneumonia: A Study of Two Cases

(Received: June 28,2026 ; Revised: June 29,2026 ; Accepted: June 30,2026)

จิรญาดา สีหาราช¹
Jeerayada Seeharach¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนมกราคม - เดือนมีนาคม 2568 ที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน โดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การสังเกต และจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 2 ปี 4 เดือน ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วนตามวัย พัฒนาการเหมาะสมกับวัย แต่การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย ค่อนข้างเตี้ย น้ำหนักเกินเกณฑ์ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หายใจเร็ว เสียงหายใจดังครืดคราด เอ็กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) พบเซลล์อักเสบเป็นหย่อมๆ ในเนื้อเยื่อปอดขวาด้านล่างเป็นฝ้าขาว (Patchy infiltration Rt Lower Lobe) แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ระหว่างการรักษาพบ สัญญาณชีพผิดปกติ ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วต่ำกว่าปกติ (SpO_2 88 %) มีการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการไอ ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ข้อ ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยรับการรักษา 6 วัน มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 1 ปี 5 เดือน ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วนตามวัย พัฒนาการเหมาะสมกับวัย แต่การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัย ค่อนข้างเตี้ย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบ มีประวัติเป็นหวัดบ่อยครั้ง ปี 2567 เคยเป็นโรคปอดอักเสบ และมีภาวะซีด เอ็กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) พบภาวะอักเสบในเนื้อเยื่อระหว่างปอดสองข้าง (Infiltration Both lung) แพทย์วินิจฉัยการพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก ระหว่างการรักษาพบ สัญญาณชีพผิดปกติ มีการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ถ่ายอุจจาระบ่อยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการไอ ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 11 ข้อ ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยรับการรักษา 5 วัน มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

คำสำคัญ: โรคปอดอักเสบ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

Abstract

This study aimed to compare the use of the nursing process in the care of two pediatric patients with pneumonia admitted between January and March 2025 at the Pediatric Ward, Somdej Phra Yuparat Kranuan Hospital, Kranuan District, Khon Kaen Province. Patient health status was assessed and data was collected using Gordon's 11 health status models through interviews, physical examinations, observation, and patient records to cover health problems and needs. Nursing plans and procedures were developed, nursing outcomes were evaluated, and data were analyzed and compared according to the steps of the nursing process.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

Results: Patient 1, aged 2 years and 4 months, had received complete age-appropriate immunizations. Development was age-appropriate, but growth was not age-appropriate; the child was relatively short and overweight. One day prior to hospitalization, the child presented with fever, tachycardia, and wheezing. A chest-PA upright X-ray revealed patchy infiltration of the right lower lobe of the lung. The nursing diagnosis was pneumonia, with severity ranging from severe to very severe. During treatment, vital signs were abnormal. The patient had abnormally low fingertip oxygen saturation (SpO₂ 88%) and respiratory tract infection. They were treated with antibiotics, antipyretics, cough suppressants, and high-flow nasal cannula (HFNC) oxygen. Nine nursing diagnoses were identified. Nursing care was provided to address problems and needs. The patient received treatment for 6 days, remained stable, and had no complications. The physician discharged the patient.

Patient 2, a 1 year and 5 month old child, received complete age-appropriate immunization. Development was age-appropriate, but growth was not age-appropriate; the child was relatively short. One hour prior to hospitalization, the child presented with fever, cough with sputum, and shortness of breath. There was a history of frequent colds. In 2024, the child had pneumonia and anemia. A chest-PA upright X-ray revealed infiltration in both lungs. The nursing diagnosis was pneumonia, with severity ranging from severe to very severe. During treatment, vital signs were abnormal, there was respiratory tract infection, and frequent diarrhea due to a gastrointestinal infection. The child was treated with antibiotics, antipyretics, cough suppressants, and high-flow nasal cannula (HFNC) oxygen. There were 11 nursing diagnoses, and nursing care was provided to address the problems and needs. The patient received treatment for 5 days, remained stable, and had no complications. The doctor allowed the child to be discharged.

Keywords: Pneumonia, Pediatric Pneumonia Nursing Care

บทนำ

ปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอย ส่วนปลาย (terminal และ respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) มีสาเหตุจากการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยของโรคปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ ไวรัส ในประเทศไทยพบความชุกของโรคปอดอักเสบ ประมาณร้อยละ 45-50 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจส่วนล่าง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักแรกเกิดน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ไม่ได้รับนมแม่ในช่วงอายุ 4 เดือนแรก ได้รับวัคซีนไม่ครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนป้องกันโรคหัด สัมผัสกับมลภาวะ ทางอากาศและควันทูหริ์ สภาพครอบครัวที่แออัด เป็นต้น ผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอ หอบ ในรายที่เป็นปอดอักเสบรุนแรงอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หนองในช่องเยื่อหุ้ม

ปอด (empyema) หรือฝีในปอด (lung abscess) อาจเกิดอาการทางระบบหายใจเรื้อรังได้จากพังผืดในปอด หรือหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis)¹ การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย 1) การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบ ชายโครงบวม กระวนกระวาย ซึม ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ให้อาหารเหลวหรือของเหลวในรายที่รับประทานอาหารไม่ได้ยินเสียง wheeze หรือ rhonchi จัดท่าระบายเสมหะ และเคาะปอด กรณีผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวพิจารณาช่วยการหายใจด้วยวิธีการต่างๆ ตามระดับความรุนแรง เผื่อระวังและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ รวมทั้งอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอย่างใกล้ชิด ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 2) การรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาแก้ปวดลดไข้ 3) การรักษาจำเพาะ เช่น ให้ยาต้านไวรัสในรายที่สงสัยว่าไวรัสใช้หวัดใหญ่เป็นสาเหตุ

ในรายที่ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้ออื่นๆ และยังไม่สามารถแยกเชื้อได้ชัดเจน แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพ¹

ภาวะการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีผลกระทบทั้งตัวเด็กเองในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมทั้งส่งผลถึงบิดามารดา หรือผู้ดูแล เพราะเด็กมักเป็นศูนย์กลางของครอบครัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลให้กับบิดามารดา หรือผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างมาก พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างอยู่หอผู้ป่วย โดยการประเมิน ปัญหา ความต้องการ วางแผนและให้การพยาบาล เฝ้าระวัง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการ ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การ ใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ เช่น ยาพ่นขยาย หลอดลม เครื่องให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตรา ไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) ประเมินผลลัพธ์ และบันทึกทางการ พยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการ รุนแรงลดลง พ้นหายและพร้อมจำหน่าย จากหอ ผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือ ผู้ดูแลให้สามารถดูแลจัดการสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก อย่างเหมาะสม กลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน และชุมชน²

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับ M₁ ใน พื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีศักยภาพในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กครอบคลุมเด็กทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่อายุ 0 – 14 ปี ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 มี ผู้ป่วยโรคเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน 2,160, 2,306 และ 2,243 ราย ตามลำดับ เป็น ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ จำนวน 400, 702 และ 679 ราย ตามลำดับ มี ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรงต้องส่งต่อไปรับ การ รักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 9, 3 และ 3 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคเด็กโรค

ปอดอักเสบมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 (High volume) ของจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก³ ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรคปอด อักเสบส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 32.23 จากข้อมูลและสถิติดังกล่าว ผู้ศึกษาในบทบาทของ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก จึงรวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้อง และเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเด็กโรคปอด อักเสบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล จำนวน 2 ราย ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็น ขั้นตอนที่เป็นระบบ มีลักษณะเช่นเดียวกับวิธีการ ทางวิทยาศาสตร์ เป็นการประยุกต์การคิดอย่างมี วิจัยรณญาณมาใช้ในทางคลินิก โดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์อย่าง เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ประกอบด้วย การประเมิน ภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยการ พยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการ พยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการ พยาบาล (Evaluation)⁴ ซึ่งผลการศึกษานี้ จะ นำมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค ปอดอักเสบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วย การวินิจฉัยเป็น โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) จำนวน 2 ราย รับการรักษาที่หอ ผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ผู้ป่วยเด็กรายที่ 1 ระหว่างวันที่ 29 มกราคม 2568 ถึง วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยเด็กรายที่ 2 ระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง วันที่ 4 มีนาคม 2568

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 2) การวินิจฉัยการพยาบาล วิเคราะห์และวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้รูปแบบของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือหรือ NANDA 3) การวางแผนการพยาบาล วางแผนกิจกรรมที่จะแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ 4) การปฏิบัติการพยาบาล นำแผนการพยาบาลที่กำหนดมาปฏิบัติจริง 5) การประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินผลตามเกณฑ์ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้^{4,5,6,7}

รูปแบบและวิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เลือกศึกษาผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ รับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2568 ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย ศึกษาความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ตั้งแต่แรกเริ่ม ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย โดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การสังเกต และจากเวชระเบียนผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 ราย โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการ

ละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัว รักษาความลับของผู้ป่วย และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 2 ปี 4 เดือน เชื้อชาติ/สัญชาติ ไทย / ไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ยังไม่เรียน บิดา-มารดามีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ 12,500 บาท/เดือน แรกรับวันที่ 29 มกราคม 2568 เวลา 11.30 น. มาถึงหอผู้ป่วยเด็กด้วยรถนอน มารดาให้ข้อมูลว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอบ่อยครั้งมีเสมหะหายใจครืดคราด มีน้ำมูกใส 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอบ่อยมีเสมหะหายใจครืดคราด น้ำมูกใส รับประทานอาหารได้น้อยลง ตอนกลางคืนผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว มีเสียงครืดคราด มารดาจึงพามาโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัด/การแพ้ยา อาหารสารเคมี/การเสพยาเสพติดทุกชนิด ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยมีความสูงต่ำกว่าเกณฑ์ มีน้ำหนักมากกว่าปกติ ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 34 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95% น้ำหนัก 19.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 70 เซนติเมตร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตัวร้อน มีไข้ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ปอดทั้งสองข้างมีเสียงอืด (Rhonchi) และเสียงเสมหะ (Secretion) ไม่มีเสมหะสีขาวขุ่น และมีน้ำมูก ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม (First Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) แพทย์พิจารณาการรักษาให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ ได้แก่ CBC, Electrolyte, Chest-PA Upright ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DNSS 1000 ml อัตราการไหล 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ยาพ่นชาลบูตามอล (Salbutamol NB) 2.5

mg/2.5 ml พ่นยา 1 NB ใน NSS up to 4 ml ทุก 6 ชั่วโมง ยาลดไข้พาราเซตามอลชนิดน้ำเชื่อม (Paracetamol Syr) 120 mg/5 ml รับประทาน ครั้งละ 6 ซีซี ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อปวดหรือมีไข้ ยาบรอมเฮกซีนชนิดน้ำเชื่อม (Bromhexine Syr) 4 mg/ 5ml รับประทานครั้งละ 4 ซีซีวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร ดูดเสมหะ (Suction) ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อเคาะปอด ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ บริหารแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วน ติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ของผู้ป่วย

ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC $14.6 \times 10^3/\text{mm}$) และค่าแอนไอออนแกป (Anion Gap 19.6 mEq/L) สูงกว่าปกติ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ เซลล์อักเสบเป็นหย่อมๆ ในเนื้อเยื่อปอดขวาด้านล่างเป็นฝ้าขาว (Patchy infiltration Rt Lower Lobe) แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาเซฟไตรอะโซนชนิดฉีด (Ceftriaxone) 1 gm หยดเข้าทางเส้นเลือดดำทุกวัน ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ชีพจร 124 ครั้ง/นาที หายใจ 42 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 88 % แพทย์พิจารณาให้ยาพ่นซาลบูตามอล (Salbutamol NB) 2.5 mg/2.5 ml 1 NB+NSS up to 4 ml พ่นทุก 15 นาที x 2 ครั้ง และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง ยาไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone injection) 100 mg /vial 100 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก 20 ลิตร/นาที ความเข้มข้นออกซิเจนในการหายใจเข้า 30% ความร้อน 34 องศาเซลเซียส (High Flow nasal canular: HFNC 20 FiO₂ 0.3 T 34 °C) รับประทานได้น้อย มีผื่นแดงขึ้นบริเวณติตพลาสเตอร์ แพทย์พิจารณาให้ไตรแอมซิโนโลนโลชั่น (Triamcinolone lotion) 0.1% ขวด 30 ml ทาบางๆ บริเวณที่เป็นผื่นวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น วันที่ 2-3 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ

และระดับออกซิเจนปลายนิ้วมีแนวโน้มใกล้เคียงปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 38-44 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95-100% รับประทานอาหารได้ ไม่มีไข้ มีอาการหอบบ้างเล็กน้อยเป็นบางครั้ง ฟังปอดสองข้างมีเสียงเสมหะเล็กน้อย มีผื่นบริเวณติตพลาสเตอร์ แพทย์พิจารณาลดอัตราการให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง งดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำแบบเฮพารินล็อก (Heparin lock)

ก่อนจำหน่าย วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ และระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติ อุณหภูมิ 36.6-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 110-158 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28-38 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 95-99% ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ฟังเสียงปอดสองข้างชัดเจนดี ไม่มีเสียงผิดปกติ รับประทานอาหารได้ แพทย์พิจารณางดการให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก และอนุญาตให้กลับบ้าน เวลา 15.00 น. การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดตรวจติดตามอาการ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ที่คลินิกหอบหืดเด็ก ประสานคลินิกหอบหืดเด็กส่งต่อข้อมูลการนัดตรวจติดตาม ดูแลให้มารดาปรึกษา และแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านตามหลัก D-METHOD

การติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 98 % ผู้ป่วยสดชื่น ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่หอบ ฟังปอดไม่พบความผิดปกติ ได้รับยาพ่นกลับบ้าน คือ 1) ยาบูเดโซไนด์ชนิดพ่น (Budesonide MDI) 200 mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยาวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น

2) ยาชาลบูตามอลชนิดพ่น (Salbutamol MDI) 100mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยา เมื่อมีอาการหอบ ทบทวนวิธีการใช้ยาพ่นให้มารดา

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 1 ปี 5 เดือน เชื้อชาติ/สัญชาติ ไทย / ไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษา ยังไม่เรียน มารดา มีอาชีพรับจ้าง อยู่ต่างจังหวัด มีรายได้เดือนละ 10,000 บาท แรกรับวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 19.00 น. มาถึงหอผู้ป่วยเด็กโดยยายอุ้มมา ให้ข้อมูลว่า 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบมากขึ้น เช็ดตัวลดไข้ และให้กินยาลดไข้เดิมที่มีอยู่ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบมากขึ้น จึงพามาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นหวัดบ่อยครั้ง ปี 2567 เคยเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะช็อคปฏิกิริยาประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัด/การแพ้ยา อาหาร สารเคมี/การเสพยาเสพติดทุกชนิด ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ มีพัฒนาการเหมาะสมกับวัย แต่ความสูงอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างเตี้ย ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีพี่ชายอายุ 7 ปีเป็นโรคหอบหืด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 34 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 98% น้ำหนัก 9.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 71 เซนติเมตร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แลดูเหนื่อยอ่อนเพลีย ตัวร้อน หายใจลำบาก ซีโรลงมลงไปทุกครั้งที่ยาใจ ฟังปอดสองข้างได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) และเสียงฮืด (Rhonchi) ไอมีเสมหะสีขาว น้ำมูกใส ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก การวินิจฉัยโรคแรก (First Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DNSS 1000 ml อัตราการไหล 40 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ยาพ่นชาลบูตามอล (Salbutamol NB 2.5 mg/2.5 ml) 1 NB+NSS up to 4 ml พ่นทุก 15 นาที 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้พ่นทุก 6 ชั่วโมง ยาลดไข้พาราเซตา

มอลชนิดน้ำเชื่อม (Paracetamol Syr) 120 mg/5 ml รับประทานครั้งละ 5 ซีซี ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อปวดหรือมีไข้ ยาบรอมเฮกซีนชนิดน้ำเชื่อม (Bromhexine Syr) 4 mg/ 5ml รับประทานครั้งละ 2.5 ซีซีวันละ 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ให้ออกซิเจนแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที ดูดเสมหะ (Suction) ประสานนักกายภาพบำบัดเคาะปอดให้ผู้ป่วย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ได้แก่ CBC, Electrolyte Influenza A-B, Hemoculture, Chest-PA Upright ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการบริหารแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพระดับออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ของผู้ป่วย

ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ พบ ค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb 11.6 g/dl) ต่ำกว่าปกติ ระดับความเข้มข้นเลือด (Hematocrit; Hct 36.4 vol%) ต่ำกว่าปกติ ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC $28.1 \times 10^3/\text{mm}$) สูงกว่าปกติ เกล็ดเลือด (Platelet count $556 \times 10^3/\text{mm}$) สูงกว่าปกติ คาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2 16.8 mmol/L) ต่ำกว่าปกติ และค่าแอนไอออนแกป (Anion Gap 16.8 mmol/L) สูงกว่าปกติ ค่าครีเอตินินในซีรัม (Serum Creatinine 0.15 mg/dl) ต่ำกว่าปกติ ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ ภาวะอักเสบในเนื้อเยื่อระหว่างปอดสองข้าง (Infiltration Both lung) ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ไอมีเสมหะสีขาว มีน้ำมูกใส รับประทานอาหารได้น้อย ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้ง แพทย์ให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะอักเสบ-ติดเชื้อในร่างกาย ให้ยาเซฟไตรอะซอนชนิดฉีด (Ceftriaxone) 750 mg ในสารละลาย 5% DW 100 ml ทางเส้นเลือดดำทุกวัน ส่งตรวจเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture) ผลปกติ ให้ออกซิเจนเป็นแบบออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง (High Flow nasal canular: HFNC) (27 กุมภาพันธ์ 2568) เพิ่มการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะ

อักเสบ-ติดเชื้อในร่างกาย โดยให้ยาพ่นบูเดโซไนด์ (Budesonide NB 0.5 mg/2 ml) พ่นยา 2 ml +NSS up to 4 ml พ่นทุก 12 ชั่วโมง ให้ยาพ่นเบอโรดูอัล (Berodual NB) 1.25+0.5 mg/4ml NB พ่น ½ NB +NSS up to 4 ml Stat 1 dose เพื่อให้หลอดลมหายใจเปิดกว้างขึ้น ช่วยลดการอักเสบและหดเกร็งในทางเดินหายใจ (28 กุมภาพันธ์ 2568) ให้ยาซีฟิงซิงค์ออกไซด์ทารอบรูทวารหนักวันละ 2 ครั้ง เข้า เย็น (2 มีนาคม 2568) บริหารแผนการรักษาอื่นๆ ให้ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วนให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการติดตามข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ วันที่ 27, 28 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งอุณหภูมิ ชีพจร และอัตราการหายใจ วันที่ 1 มีนาคม 2568 สัญญาณชีพมีแนวโน้มลดลงสู่ภาวะปกติ วันที่ 2 มีนาคม 2568 ระดับอุณหภูมิ และอัตราการหายใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนอัตราการเต้นของชีพจรยังไม่คงที่ วันที่ 3 และ 4 มีนาคม 2568 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับออกซิเจนปลายนิ้วปกติ ฟังเสียงปอดสองข้าง ไม่มีเสียงผิดปกติ (Lung clear) ไอลดลง ยังมีอาการถ่ายเหลว รอบรูทวารหนักแดงลดลงรับประทานอาหารได้ แพทย์งดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำแบบเฮพารินล็อก (Heparin lock) งดให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูง

ก่อนจำหน่าย วันที่ 4 มีนาคม 2568 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.0 องศาเซลเซียส

ชีพจร 122-144 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 96-100% ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ และระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ หายใจไม่หอบ ฟังเสียงปอดสองข้างชัดเจนดี ไม่มีเสียงผิดปกติ รับประทานอาหารได้ ไม่ถ่ายอุจจาระเหลว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เวลา 14.00 น. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 11 มีนาคม 2568 ที่คลินิกหอบหืดเด็ก ประสานคลินิกหอบหืดเด็กส่งต่อข้อมูลการนัดตรวจติดตาม ดูแลยาในการรับยา และแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน ตามหลัก D-METHOD

การติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 11 มีนาคม 2568 ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาตามนัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 97 % ผู้ป่วยสดชื่น ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่หอบ ฟังปอดไม่พบความผิดปกติ ได้รับยาพ่นกลับบ้าน คือ 1) ยาบูเดโซไนด์ชนิดพ่น (Budesonide MDI) 200 mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยาวันละ 2 ครั้ง เข้า เย็น 2) ยาซาลบูตามอลชนิดพ่น (Salbutamol MDI) 100mcg/dose (200dose) กดพ่นยาเข้าลำคอ 1 ครั้ง พร้อมสูดยา เวลามีอาการหอบ ทบทวนวิธีการใช้ยาพ่น นัดตรวจติดตามอาการครั้งต่อไปวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ที่คลินิกหอบหืดเด็ก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูล 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพ	การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัยค่อนข้างเตี้ย น้ำหนักมากกว่าปกติ ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน สัมผัสลมภาวะทางอากาศจากฝุ่นและการเผาขยะ เมื่อเจ็บป่วยดูแลเองตามอาการ ไม่ทราบความรุนแรงของโรค	การเจริญเติบโตไม่เหมาะสมกับวัยค่อนข้างเตี้ย ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ภายในบ้านอยู่กันหลายคน แออัด สัมผัสลมภาวะทางอากาศจากฝุ่นและการเผาขยะ การดูแลเมื่อเจ็บป่วยไม่เหมาะสม คิดว่าดูแลที่บ้านได้
แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญ	- น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และค่อนข้างเตี้ย รับประทานอาหารได้น้อย ชอบรับประทานอาหารทอด เช่น ไข่เจียว	- ค่อนข้างเตี้ย รับประทานอาหารได้น้อย - ถ่ายเหลวบ่อยครั้ง ลำไส้เคลื่อนไหว 6-8 ครั้ง - ไบคาร์บอเนต (CO ₂) ต่ำกว่าปกติ (16.8 mmol/L) จากอาการท้องเสีย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูล 11 แบบแผนภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- ช่องว่างแอนไอออน (Anion Gap) สูงกว่าปกติ (19.6) เป็นภาวะกรดเกินในเลือด (metabolic acidosis) จากการติดเชื้อในร่างกาย	- ช่องว่างแอนไอออน (Anion Gap) สูงกว่าปกติ (21.1) มีภาวะกรดเกินในเลือด จากการติดเชื้อในร่างกาย - มีภาวะซีด ฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ (Hb 11.6 g/dl, Hct 36.4 vol%)
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ขับถ่ายอุจจาระปกติ ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่แสบขัด	- ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้ง มีวุ้นรอบรูทวารหนักแดง จากการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง - ปัสสาวะปกติ สีเหลืองใส ไม่แสบขัด
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	- ไข้ หายใจหอบ อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจรเร็ว ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วลดลงต่ำกว่าปกติ ฟังปอดสองข้างได้ยินเสียงอืด (Rhonchi) และเสียงเสมหะ	- ไข้ อ่อนเพลีย อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจรเร็ว หายใจลำบาก ซ้ำโคร่งนุ่ทุกครั้งที่หายใจ (Retraction) ฟังปอดสองข้างได้ยินเสียงวี๊ด (wheezing) และเสียงอืด
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (ต่อ)	(Secretion) ผลเอกซเรย์ปอดพบ เซลล์อักเสบเป็นหย่อมๆ ในเนื้อเยื่อปอดขวาด้านล่างเป็นฝ้าขาว (Patchy infiltration Rt Lower Lobe) - ผลตรวจ CBC พบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ (WBC $14.6 \times 10^3/\text{mm}$) - ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC)	(Rhonchi) ผลเอกซเรย์ปอดพบ ภาวะอักเสบในเนื้อเยื่อระหว่างปอดสองข้าง (Infiltration Both lung) - ผลตรวจ CBC พบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ (WBC $28.1 \times 10^3/\text{mm}$) - ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC)
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและการพักผ่อน	- ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวันแรก นอนหลับๆ ตื่นๆ เนื่องจากหายใจหอบ ไอ มีน้ำมูก	- ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย นอนหลับได้ดี วันละ 10 -13 ชั่วโมง
แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี การมองเห็น การได้ยิน และการได้กลิ่นปกติ บอกได้ว่าเข้ารับการรักษานในรพ. ดื่อกอาหารได้เอง สีหน้าท่าทางไม่แสดงออกถึงความเจ็บปวด ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง/ชา	รู้สึกตัวดี การมองเห็น การได้ยิน และการได้กลิ่นปกติ ทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้ ตอบข้อวิ้ได้ถูกต้อง สีหน้าท่าทางไม่แสดงออกถึงความเจ็บปวด ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง/ชา
แบบแผนที่ 7 มโนทัศน์แห่งตน	มีพัฒนาการตามวัย เข้าใจภาษาพูดและการสื่อสารกับผู้อื่นได้เหมาะสมกับวัย ใช้ช้อนตักอาหารกินได้ ล้างมือเช็ดมือได้	มีพัฒนาการเหมาะสมกับวัย เข้าใจในภาษาพูดและการสื่อสารกับผู้อื่นได้เหมาะสมกับวัย
แบบแผนที่ 8 บทบาท&สัมพันธภาพ	ย้ายดูแลในช่วงปกติ มารดาดูแลขณะรับการรักษาในรพ. สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี	ย้ายดูแลในช่วงปกติและขณะรับการรักษาในรพ. สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ปฏิเสธความผิดปกติทางเพศ/อวัยวะเพศ	ปฏิเสธความผิดปกติทางเพศ/อวัยวะเพศ
แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียด	- ผู้ป่วยกลัวเมื่อแยกจากมารดา ร้องไห้แง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - บิดา-มารดา วิดกกังวลว่าผู้ป่วยจะเป็นอันตรายถึงชีวิต	- ผู้ป่วยกลัวเมื่อแยกจากยาย ร้องไห้แง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - ยายมีความวิตกกังวล กลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอันตรายถึงชีวิต
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อและต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เจ็บป่วยครั้งนี้ มารดา สวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพระพุทธรูปในรพ. ให้คุ้มครองผู้ป่วย	ครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เชื่อและต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เจ็บป่วยครั้งนี้ ยายสวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และพระพุทธรูปในรพ. ให้คุ้มครองผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมีความไม่	ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากมี	1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ เยื่อเมือก ปาก เล็บ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการหอบเหนื่อย ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการได้รับออกซิเจน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
สมดุลของการระบายอากาศในถุงลมปอด และกระบวนการอักเสบ	ความไม่สมดุลของการระบายอากาศในถุงลมปอด และกระบวนการอักเสบ	1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) ตามแผนการรักษา 2. ฟังปอด จัดท่าระบายเสมหะให้อยู่ในท่าศีรษะต่ำประมาณ 30 องศา ตะแคงซ้าย ประสานนํกกายภาพบำบัดเคาะปอดทุกวัน 3. ดูดเสมหะด้วยแรงดัน 50-90 มม.ปรอท ระยะเวลาการดูดแต่ละครั้งไม่เกิน 10 วินาที เพื่อลดเสมหะและภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะ หลังจากการดูดเสมหะจัดให้ผู้ป่วยนอนท่านอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น 4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย สับสน ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมากขึ้น 6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะที่มีก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์สูงเกินไป (hypercapnia) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง มีอาการปวดศีรษะ มึนงง นอนหลับมาก 7. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง
มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ	มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ	1. จัดแยกผู้ป่วยจากโรคติดเชื้อระบบหายใจอื่นๆ เพื่อป้องกันการรับเชื้อโรคเพิ่มขึ้น และลดการแพร่เชื้อไปสู่เด็กคนอื่น 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก universal precaution technique และ aseptic technique 3. สอนการล้างมือแก่บิดา-มารดา ก่อนหลังการดูแลบุตร หรือเมื่อสัมผัสสิ่งสกปรกปนเปื้อนต่างๆ เพื่อลดการติดเชื้อและปลูกฝังอุปนิสัยการป้องกันโรคติดเชื้อ 4. ดูแลการทำความสะอาดช่องปาก และการดูแลฟันให้สะอาด กรณีมีฟันผุ ประเมินแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อป้องกันการกระจายเชื้อโรคเข้าสู่รากฟันไปสู่หัวใจ 5. สอนและสาธิตมารดา วิธีการเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำก๊อกธรรมดา เน้นตามบริเวณข้อพับ แขน ขา ซอกคอ รักแร้ เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้สบายขึ้น 6. ให้ยาลดไข้และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้	มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะ สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของอาการท้องเสีย จำนวนครั้ง
ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้	มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร (ต่อ)	- การเคลื่อนไหวนของลำไส้ รายงานแพทย์ถ้าอาการไม่ทุเลาลง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยมาก อาหารรสจัด อาหารที่มีรสเปรี้ยว 5. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องเสียให้เข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม 6. แนะนำยาลดไข้ให้ล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนและหลังการป้อนอาหารทุกครั้ง และหลังทำความสะอาดร่างกาย 7. ดูแลการทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้งด้วยน้ำและสบู่ ซับให้แห้ง ทายาขี้ผึ้งซิงค์ออกไซด์ (Zinc paste 7.5g/100g) รอบรูทวารวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ตามแผนการรักษา
ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนี้	มีภาวะโลหิตจาง	1. เฝ้าระวังและประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น หรืออาการอื่นๆ 2. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin) และเกล็ดเลือด (Platelet count) 3. ดูแลระดับระดับของอุบัติเหตจากอาการหน้ามืดหรือเวียน 4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. ให้คำแนะนำ 5.1 ดูแลผู้ป่วยให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบ 5.2 ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ถั่ว ตับ ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูง เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ 5.3 การสังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ เช่น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
		อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น 5.4 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
ไม่สุขสบายจาก อุณหภูมิร่างกายสูง เนื่องจากการเผา ผลาญของร่างกาย มากขึ้นจากการติดเชื้อ ในร่างกาย	ไม่สุขสบายจาก อุณหภูมิร่างกายสูง เนื่องจากการเผา ผลาญของร่างกาย มากขึ้นจากการติดเชื้อ ในร่างกาย	1. ประเมินอาการไข้และวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิร่างกาย > 38 องศาเซลเซียส 3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ กระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อยๆ 5. ดูแลความสะอาดของช่องปากและร่างกายของผู้ป่วย 6. ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับและความสุขสบายทั่วไป 7. ประเมินอาการและติดตามค่าอุณหภูมิร่างกายหลังการเช็ดตัวลดไข้ หรือการให้ยาลดไข้
ไม่สุขสบาย เนื่องจาก อาการหายใจหอบ และ ไอมีเสมหะ	ไม่สุขสบาย เนื่องจากอาการ หายใจหอบและ ไอมีเสมหะ	1. ติดตามอัตราการหายใจ ความถี่ของการไอ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม 2. ดูแลให้จิบน้ำอุ่น เพื่อให้คอชุ่มชื้น เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย 3. จัดท่านอนศีรษะสูง (Semi fowler's position) เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มปริมาตรในช่องอก ทำให้ปอดสามารถขยายตัวได้ดีขึ้น 4. ดูแลให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตรากลูสูงทางจมูกตามแผนการรักษา 5. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลม ประสานนักกายภาพบำบัดเคาะปอดให้ผู้ป่วยทุกวัน 6. ดูแลให้ยาบรรเทาอาการไอ และยาพ่นคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบทางเดินหายใจ ตามแผนการรักษา
ไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่เครื่องให้ออกซิเจนแบบแคนนูลาอัตรากลูสูงทางจมูก	ไม่สุขสบาย เนื่องจากการใส่ เครื่องให้ออกซิเจน แบบแคนนูลาอัตรากลูสูงทางจมูก	1. อธิบายให้ผู้ป่วย มารดา ยายทราบถึงความจำเป็นและความสำคัญที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนแบบแคนนูลาแบบอัตรากลูสูง และการปฏิบัติตัวขณะใช้เครื่องให้ออกซิเจน 2. เลือกขนาดของสายแคนนูลาทางจมูก (nasal cannula) ที่เหมาะสมกับขนาดรูจมูกของผู้ป่วย 3. ดูแลสายรัดของสายแคนนูลาทางจมูก (nasal cannula) ไม่ให้หลวมหรือแน่นเกินไป ทดสอบโดยสามารถสอดนิ้วชี้และนิ้วนางได้ 4. ดูแลขยับสายรัดเป็นระยะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดการกดทับตลอดเวลาในตำแหน่งเดิม 5. ดูแลจัดสาย heated inspiratory circuit ไม่ให้ตึงรั้ง โดยคล้องสายคล้องคอและหนีบสาย heated inspiratory circuit กับเสื้อผู้ป่วยหรือบริเวณผ้าปูที่นอนหรือปกหมอน 6. ดูแลความสะอาดของช่องปากทุก 8 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน หรือเพิ่มการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อเพื่อความสะอาด ลดอาการคอบแห้งและกลิ่นปาก 7. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูก ไม่หายใจทางปากเพื่อลดอาการท้องอืด และเครื่องให้ออกซิเจนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เสี่ยงต่อการได้รับ สารอาหารน้อยกว่า ความต้องการของ ร่างกาย เนื่องจากรับ ประทานได้น้อย หายใจหอบ เหนื่อย ไอมีเสมหะ	เสี่ยงต่อการได้รับ สารอาหารน้อย กว่าความต้องการ ของร่างกาย เนื่องจากรับ ประทานได้น้อย หายใจหอบ และ ถ่ายอุจจาระบ่อย	1. ประเมินภาวะขาดสารอาหารและประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เส้นผมแห้งแตก กล้ามเนื้อลีบ เยื่อเมือกซีด น้ำหนักลดลงจากเดิม 2. ประเมินการรับประทานอาหาร การทำงานของระบบย่อยอาหาร ได้แก่ การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) สังเกตอาการท้องอืดโตตั้ง 3. ประเมินภาวะขาดสารน้ำ ได้แก่ ผิวหนังแห้ง ขอบตาลึก ความตึงตัวของผิวหนังลดลง สับสน ปวดศีรษะ กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเร็ว ชีพจรเร็วไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และชัก เป็นต้น 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
เสี่ยงต่อการได้รับ สารอาหารน้อยกว่า ความต้องการของ ร่างกาย เนื่องจากรับ ประทานได้น้อย	เสี่ยงต่อการได้รับ สารอาหารน้อย กว่าความต้องการ ของร่างกาย เนื่องจากรับ ประทานได้น้อย	5. ดูแลและสอนมารดา ยายทำความสะอาดภายในช่องปากผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน หรือหลังอาหารทุกมื้อเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ (NSS) หรือน้ำยาทำความสะอาดช่องปาก (special mouth wash) หรือ 0.12% chlorhexidine mouth wash เช็ดภายในช่องปาก 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อประเมินภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	
หายใจหอบ เหนื่อย ไอมีเสมหะ (ต่อ)	หายใจหอบ และ ถ่ายอุจจาระบ่อย (ต่อ)	7. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย (intake/output) 8. ดูแลเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ ติดตามผลการตรวจ
วิตกกังวลต่อการแยก จากมารดา เนื่องจาก ไม่คุ้นเคยต่อสถานที่ และบุคคล	วิตกกังวลต่อการ แยกจากยาย เนื่องจากไม่คุ้นเคย ต่อสถานที่และ บุคคล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย บิดา มารดา ยายมากขึ้น เรียกชื่อเล่นของผู้ป่วย หมั่นเยี่ยมผู้ป่วย บ่อยครั้ง เพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้มารดา ยาย ผ่าดูแลบุตร/หลานในโรงพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการ แยกจากบิดา มารดา หรือยาย 3. ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เช่น อนุญาตให้น้ำของเล่น ของใช้ที่ ผู้ป่วยคุ้นเคยมาใช้ในโรงพยาบาล 4. จัดหาของเล่นที่เหมาะสมกับวัย เพศ และความชอบ 5. พัฒนาความสามารถตามลำดับขั้น จัดชั่วโมงการเล่นหรือดูโทรทัศน์ในช่วงที่เหมาะสมกับ นาฬิกาชีวิต เพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัย
บิดา มารดาวิตก กังวลต่อการ เจ็บป่วยของบุตร และการรักษาด้วย การใช้เครื่องให้ ออกซิเจนอัตรา ไหลสูงทางจมูก	ยายวิตกกังวลต่อ อาการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย และการ รักษาด้วยการใช้ เครื่องให้ออกซิเจน อัตราไหลสูง ทางจมูก	1. ประเมินความวิตกกังวล โดยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถามของบิดา มารดา ยาย 2. เปิดโอกาสให้บิดา มารดา ยาย ซักถามเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3. อธิบายให้บิดา มารดา ยาย ทราบเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล 4. ให้ความมั่นใจแก่บิดา มารดา ยาย ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถให้ความ ช่วยเหลือได้ทันทีหากเกิดปัญหา 5. ประสานงานให้บิดา มารดา ยาย ได้พูดคุยกับทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา ซักถามเกี่ยวกับโรค สภาพความเจ็บป่วย แนวทางการรักษา
บิดา มารดาขาด ความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากไม่ได้รับ ข้อมูลที่ถูกต้องและ เพียงพอ	ยายขาดความรู้ใน การดูแลผู้ป่วยเมื่อ กลับบ้าน เนื่องจาก ยังไม่ได้รับข้อมูลที่ ถูกต้องและ เพียงพอ	1. สร้างความไว้วางใจโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและบิดา มารดา ยายอย่าง สม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล 2. ให้ความรู้แก่ บิดา มารดา ยาย ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามหลัก D-METHOD 3. แนะนำให้น้ำผู้ป่วยดื่มน้ำตามแผนการป้องกันปอดอักเสบ 4. กรณีบิดา มารดา ยาย เป็นหวัด เจ็บคอ หรือไอ ให้หมั่นล้างมือ ตรวจรักษากับแพทย์ งด เยี่ยมผู้ป่วย หรือใส่ผ้าปิดปากและจมูกตลอดเวลา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ ผู้ป่วย 2 ราย มีสัญญาณชีพผิดปกติ อุณหภูมิร่างกายสูง การเต้นของชีพจรเร็ว หายใจหอบ ผิวหนังตามร่างกายอุ่นร้อนจากการมีไข้ ไอมีเสมหะ เสียงปอดผิดปกติ ผู้ป่วยเหนื่อย อ่อนเพลีย สอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของโรคปอดบวม ได้แก่ มีไข้ หายใจเร็วกว่าปกติ ซึ่งอายุ 1 – 5 ปี จะหายใจเร็ว ≥ 40 ครั้ง/นาที มีอาการหายใจลำบาก หายใจอกบวม ฟังเสียงปอด มักได้ยินเสียง fine หรือ medium crepitation อาจได้ยินเสียง wheeze ร่วมด้วย หรือได้ยินเสียง bronchial breath sound¹ ผู้ป่วย 2 รายค่อนข้างต้อย ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะน้ำหนักเกินปกติ เป็นผลจากการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนและไม่เพียงพอทั้งปริมาณ

และคุณภาพ (ตารางที่ 2, 3) ซึ่งปัจจัยด้านทพโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคปอดอักเสบ¹

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ ผู้ป่วย 2 ราย พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) และแอนไอออนแ-gap (Anion Gap) สูงกว่าปกติ ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) ผิดปกติ (ตารางที่ 2) ซึ่งจำนวนเม็ดเลือดขาวที่มากกว่า $15 \times 10^3/\text{mm}^3$ ร่วมกับจำนวน polymorphonuclear สูง จะช่วยบ่งชี้ว่าสาเหตุของปอดบวมน่าจะเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย¹ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าฮีโมโกลบิน และค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ มีประวัติซีด (ตารางที่ 1 และ 2) มีเกร็ดเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency)⁹ มี

คาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ต่ำกว่าปกติ พบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียเรื้อรัง¹⁰ มีประวัติเป็นหวัดบ่อยครั้ง เป็นปอดอักเสบก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ และมีภาวะช็อค จึงได้รับการตรวจครีเอตินินในซีรัม (Serum Creatinine) พบว่าต่ำกว่าปกติ แสดงถึงการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนต่ำเกินไป ร่างกายมีมวลกล้ามเนื้อทั่วร่างกายน้อยกว่าปกติอยู่ก่อน^{11,12} สอดคล้องกับประวัติการเจริญเติบโตและประวัติการรับประทานอาหารของผู้ป่วย (ตารางที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการตรวจไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ เอ และ บี (Influenza A และ B) ตรวจเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture) เนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยมีการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย จึงส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยแยกโรค¹³ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 1 ผลเอกซเรย์ปอด (Chest-PA Upright) ชัดเจนเป็นปอดบวมจากการติดเชื้อ Bacteria ให้ยาฆ่าเชื้อตอบสนองต่อยาดี ไข้ลดลง จึงไม่ได้รับการตรวจไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ เอ และ บี (Influenza A และ B) และการตรวจเพาะเชื้อในเลือด (Hemoculture)

การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว และอาการอื่นๆ ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล **สัญญาณชีพ** เมื่อแรกรับ วันแรกและวันที่สองของการรักษา พบผู้ป่วย 2 ราย มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ทั้งอุณหภูมิ ชีพจร และอัตราการหายใจ วันที่สามและวันที่สี่ของการรักษา สัญญาณชีพมีแนวโน้มลดลงสู่ภาวะปกติ วันที่ห้า วันที่หก (ผู้ป่วยรายที่ 1) ของการรักษา และก่อนจำหน่ายระดับอุณหภูมิ และอัตราการหายใจ เข้าสู่ภาวะปกติ ส่วนอัตราการเต้นของชีพจรยังไม่คงที่ค่อนข้างเร็ว ในระยะการติดตามหลังจำหน่าย สัญญาณชีพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในเกณฑ์ปกติ **ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว** พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ในวันแรกของการรักษา คือ วันที่ 29 มกราคม 2568 เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ชีพจร 124 ครั้ง/นาที หายใจ 42 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 88 % แพทย์ให้การรักษา

โดยให้พ่นยา Salbutamol NB 2.5 mg/2.5 ml 1 NB+NSS up to 4 ml พ่นทุก 15 นาที x 2 ครั้ง และต่อไปทุก 4 ชั่วโมง และให้ออกซิเจนแคนนูลาแบบอัตราไหลสูงทางจมูก (High Flow nasal canular: HFNC) ผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับออกซิเจนปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคปอดบวมของผู้ป่วย 2 ราย ตามแนวทางการประเมินความรุนแรงของโรคปอดบวม¹ พบว่า เมื่อแรกรับ และวันแรกของการรักษาผู้ป่วย 2 รายมีความรุนแรงของโรคปอดบวมอยู่ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์ คือ มีไข้ ≥ 38.5 องศาเซลเซียส หายใจ > 50 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว (SpO₂) $< 92\%$ จมูกบาน เหนื่อยมาก ไม่กินอาหาร/กินอาหารได้น้อยลง ชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) **อาการอื่นๆ** พบผู้ป่วยรายที่ 2 ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง จากการติดเชื้อในลำไส้ ซึ่งสาเหตุที่พบในเด็กเล็ก คือ การเป็นไข้หวัด มีน้ำมูก ไอมีเสมหะ แต่เด็กคายเสมหะออกไม่ได้ จึงกลืนลงไป ทำให้เกิดลำไส้ติดเชื้อ หรือลำไส้อักเสบได้¹⁴

ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ต้องทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดกระบวนการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลเพื่อวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป⁵ การประเมินผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาประเมินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกายตามระบบ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ การติดตามแผนการรักษา การประเมินและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเวชระเบียน รวมทั้งนำความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดโรค อาการและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ¹ การ

e0%b8%a7%e0%b8%88%e0%b9%80%e0%b8%81%e0%b8%a5%e0%b8%b7%e0%b8%ad%e0%b9%81%e0%b8%a3%e0%b9%88%e0%b9%83%e0%b8%99%e0%b9%80%e0%b8%a5%e0%b8%b7%e0%b8%ad%e0%b8%94/ | Medthai)

- 11.เมตไทย. การตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine, Creatinine clearance, eGFR). (อินเทอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 4 กุมภาพันธ์ 2020 (เวลา 15:36 น.) (สืบค้นเมื่อ 3 ก.ย. 68) เข้าถึงจาก ข้อมูลอ้างอิง (Source) <https://medthai.com/%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3%e0%b8%95%e0%b8%a3%e0%b8%a7%e0%b8%88%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3%e0%b8%97%e0%b8%b3%e0%b8%87%e0%b8%b2%e0%b8%99%e0%b8%82%e0%b8%ad%e0%b8%87%e0%b9%84%e0%b8%95/ | Medthai>
- 12.ราวิน ชาร์มา. การทดสอบครีเอตินินในซีรัมช่วงปกติตามอายุ: ค่าสมบูรณ์. (อินเทอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 9 พฤษภาคม 2567. (สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ต.ค. 2568); เข้าถึงจาก <https://www.ganeshdiagnostic.com/blog/serum-creatinine-test-normal-range-by-age>
- 13.กรมควบคุมโรค. ใช้หวัดใหญ่ (Influenza, Flu) 2562. สื่อเผยแพร่ด้านสุขภาพ. (สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ต.ค. 68); เข้าถึงจาก https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13)
- 14.Amarin Baby & Kids. ติดเชื้อในลำไส้ เพราะคายเสมหะไม่เป็น. (อินเทอร์เน็ต). วันที่เผยแพร่ 14 ธันวาคม 2559. (สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 68); เข้าถึงจาก <https://www.amarinbabyandkids.com/babies-infant/baby/enterocolitis/>)
- 15.อาจรีย์ ยงทิพย์วรากุล. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและมีภาวะการหายใจลำบาก: กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร 2566;43(พิเศษ):100-111.
- 16.มณีนรัตน์ ภาครูป และขวัญใจ ตีอินทอง. ความวิตกกังวลจากการแยกจากของเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Separation Anxiety in Young Children Admitted to the Hospital. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 2:40-48.
- 17.ณัชนันท์ ชีวานนท์. บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน The Role of Nurses in Reducing Separation Anxiety in Pre-school Children. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 2:123-132.
- 18.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service Plan. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด. 2561.