



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๓๖

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางปารณิ์ เกษมมงคลพร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่และอนุญาตให้เผยแพร่บนผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางปารณิ์ เกษมมงคลพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุพัตรา ธรรมชิฐาน)
หัวหน้าพยาบาล
หัวหน้าหน่วยงาน/กลุ่มงาน

(นายวีระศักดิ์ ห่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๒๓ ก.ค. ๒๕๖๗

บันทึก

แต่ให้แล้ว

คณิศร ทน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วัน/เดือน/ปี : ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก: กรณีศึกษา Link ภายนอก : หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางปารณิ์ เกษมมงคลพร) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗	ผู้พิจารณารับรอง  (นายแพทย์ทัพบก สัมปทณรักษ์) ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา วันที่ 24-7-67
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายวุฒิชัย ช่างคิด) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ 24.7.2567	

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา
Nursing Care of Acute asthmatic attack with Respiratory failure : Case study

ปารณัท เกษมมงคลพร พว.*

Paranat Kasammongkolporn RN*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก อุบัติการณ์ในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กไทย ผู้ป่วยเด็กมีความเสี่ยงที่จะมีอาการหอบกำเริบได้ง่ายและรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต การพยาบาลที่รวดเร็ว และเหมาะสม ช่วยป้องกันและลดความรุนแรงได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาเป็นการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ นำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับหลักการพยาบาล ภายใต้การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยรายที่ 1 เด็กชายไทยอายุ 7 ปี 7 เดือน และผู้ป่วยรายที่ 2 เด็กชายไทยอายุ 4 ปี 10 เดือน เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหอบหืดกำเริบรุนแรง ใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบความเสี่ยงจากประวัติภูมิแพ้ รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม ยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ ประเมินอาการและให้การพยาบาลเฝ้าระวังใกล้ชิด วินิจฉัยปัญหาด้านการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีภาวะ Metabolic acidosis ภาวะขาดสารอาหารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia ผู้ป่วยรายที่ 2 Atelectasis ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาการทุเลาลง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำปรึกษาการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้าน อาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยไม่กลับมารักษซ้ำภายใน 28 วัน

สรุปและข้อเสนอแนะ : พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วินิจฉัยปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อป้องกันและลดผลกระทบของความรุนแรงของโรค รวมถึงการช่วยฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ลดการกลับมารักษซ้ำ ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็กต่อไป

คำสำคัญ : หอบหืด , ภาวะกำเริบเฉียบพลัน , ภาวะหายใจล้มเหลว , การพยาบาล , เด็ก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Abstract

Introduction : Asthma is a common chronic disease and a global health problem. The incidence in children has increased by 19% and is a cause of death in Thai children. Pediatric patients are at higher risk of severe acute exacerbation and life-threatening complications. Prompt and appropriate nursing care can help prevent and reduce severity.

Objective : To study nursing care for pediatric patients with acute asthmatic attack and respiratory failure

Methods : This is a case study of 2 patients. Pediatric patients admitted for inpatient treatment were selected. Data were collected from medical and nursing records, analyzed based on nursing principles, with strict patient rights protection.

Results : Case 1, a 7-year-7-month-old Thai boy, and Case 2, a 4-year-10-month-old Thai boy, were admitted for severe acute asthma exacerbation, intubated on ventilator. Risk found from history of allergies. Treatment included bronchodilators, steroids, antibiotics, with close monitoring and nursing care. Ineffective breathing pattern, metabolic acidosis, fluid & electrolyte imbalance , case 1 has complications Hyperglycemia, case 2 Atelectasis, nursing care to solve the problem Coordinate with the multidisciplinary team to get the correct treatment. Conditions improved and ventilator was weaned off. Patients and families received counseling on home care. Symptoms improve and were discharged home without 28-day readmission.

Conclusion & Recommendations: Nurses play a crucial role in assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation, using evaluate results using the 5-step nursing process to prevent and reduce impacts of disease severity, as well as promoting rehabilitation and continued home health, reducing readmissions. The results should be used to develop nursing standards for pediatric patients with acute asthma exacerbation.

Keywords : asthma, acute exacerbation, respiratory failure, nursing, children
Registered Nurse, Pediatric Intensive Care Unit, Vachira Phuket Hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหืด 262 ล้านคน และเสียชีวิตถึง 461 แสนคน โรคนี้พบได้ในทุกวัยโดยเฉพาะในเด็ก ในประเทศไทยพบว่าเด็กโรคหืดอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 3.84 แสนคน แต่ในปีพ.ศ. 2561 พบ 2 หมื่นคน ซึ่งเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 19 จากสถิติผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหอบหืดจำนวน 1368, 1301 และ 1602 ราย ตามลำดับ แต่ยังไม่พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล อัตราการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยหอบหืด จำนวน 10, 20, 18 รายตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2, 4, 5 รายตาม ลำดับ และเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในอันดับ 2 ของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผู้ป่วยเด็กยังขาดความรู้สามารถในการดูแลและป้องกันตนเอง ทำให้มีความเสี่ยงที่อาการจะกำเริบได้ง่าย และมีความรุนแรงมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากหลอดลมขนาดเล็กเกิดการหดเกร็งก่อให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกาย เกิดพยาธิสภาพที่หลอดลม ปอดมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ด้านจิตใจและอารมณ์เกิดความเครียดวิตกกังวล ด้านสังคมถูกจำกัดกิจกรรม ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้พ่อแม่ต้องขาดงานเพื่อมาดูแลบุตร เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัวและประเทศ

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกัน และลดผลกระทบดังกล่าว โดยการจัดการอาการ เมื่อเกิดอาการหืดกำเริบของผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ต้องประเมินอย่างรวดเร็ว ให้การช่วยเหลือทันที่ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้ บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน เพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลตนเองต่อเนื่องถูกต้องที่บ้านช่วยลดการกลับมาซ้ำซ้ำได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อให้บุคลากรพยาบาล และผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดในลักษณะต่างๆ และได้รับการรักษาได้ทันที่
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของหน่วยงาน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา : การพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง : เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 31 มกราคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล : ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการวินิจฉัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา บันทึกทางการพยาบาล อาการและอาการแสดง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายรวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล : นำเสนอข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลกับกระบวนการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดทางประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย : การศึกษานี้ได้รับการยกเว้นจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้ศึกษาใช้รหัสแทนชื่อผู้ป่วย เก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรม

แนวความคิดที่นำมาใช้ในการดำเนินการ

1.ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessing) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Analysing) การวางแผน (Planing) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementing) และการประเมินผล (Evaluating)

2.ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns) ซึ่งกอร์ดอนได้สร้างกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ว่าด้วยเรื่องของสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสำเร็จในศักยภาพมนุษย์

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 7 ปี 7 เดือน มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืดตั้งแต่อายุ 1 ปี 5 เดือน โดยหอบปีละ 1-2 ครั้ง ได้รับการรักษาที่ รพ. ด้วยยาพ่นและยากิน SABA แต่ไม่เคยมียาพ่นประจำ ครั้งล่าสุดกำเริบเมื่ออายุ 3 ปี ผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสควันไฟก่อนมีอาการไอ หอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 35-38 ครั้งต่อนาที ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/74 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) วัดระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 90-96 % ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจอกบวม ฟังปอดพบ bilateral wheezing ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมและใส่ออกซิเจน อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงรับไว้ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลว แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและย้ายมานอนที่หอผู้ป่วยหนัก ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute asthmatic attack with Respiratory failure ผล CBG พบ Metabolic acidosis ผล CXR พบ hyperaeration และ air trapping รักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ mode AC, RR 25-30, PIP 18, PEEP 4-5, FiO₂ 40-80% ร่วมกับให้ bronchodilator, systemic corticosteroids, sedative, NG feeding, retain foley cath. ผู้ป่วยมีภาวะ hypokalemia ให้ KCl IV drip, hyperglycemia ควบคุม DTX ด้วย RI IV drip ได้ยาปฏิชีวนะเป็น ceftriaxone, azithromycin ใส่เครื่องช่วยหายใจ 4 วัน จึงถอดท่อช่วยหายใจออกได้ใส่ oxygen canular 3-5 LPM ผล CBG กลับสู่ปกติ ไม่มีไข้ อาการดีขึ้น นอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน วางแผนจำหน่ายโดยให้ความรู้โรค การใช้ ยาพ่น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด พร้อมยาพ่น corticosteroid, bronchodilator และ leukotriene receptor antagonist กลับบ้าน

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืดตั้งแต่อายุ 2 ปี โดยมีอาการหอบปีละ 3-4 ครั้ง ได้รับยาพ่น corticosteroid และ bronchodilator ประจำ มารดาให้ประวัติไม่ได้พ่นยาสม่ำเสมอ ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอมากขึ้น มีเสมหะ 1 วัน มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ 6 ชั่วโมง แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน RR 46 ครั้ง/นาที ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที SpO₂ 89% อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 115/56 mmHg CXR พบ bilateral infiltrationได้พ่นยาขยายหลอดลม ให้ systemic bronchodilator และใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนส่งตัว ไปยังหอผู้ป่วยหนัก แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute asthmatic attack with respiratory failure with pneumonia ผล CBG พบ Metabolic acidosis, hypokalemia, hyponatremia รักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ mode AC, RR 20-27, PIP 15-22, PEEP 3-5, FiO₂ 40-60% ร่วมกับ

การพ่นยาขยายหลอดลมอย่างต่อเนื่อง, ยาฉีด bronchodilator, corticosteroid, sedative, NG feeding, retain foley cath, KCL, MgSO4 และยาปฏิชีวนะ meropenem, azithromycin ผู้ป่วยมี CXR พบ atelectasis ที่ปอดซ้ายให้หอนตะแคงซ้าย chest physiotherapy ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 8 วัน จึงสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ ใส่ HHHFNC 15-30 LPM จากนั้นปรับลงเหลือ low flow oxygen cannula 3-5 LPM ผู้ป่วยอาการดีขึ้น CBG กลับสู่ค่าปกติ ไม่มีไข้ ได้รับยาพ่นยาขยายหลอดลมต่อจนกระทั่งครบ nebulized corticosteroid 2 สัปดาห์นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 14 วัน ก่อนจำหน่ายให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล และการมาตรวจตามนัด พร้อมนัดติดตามอาการและปรับยาอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศและอายุ	เพศชาย อายุ 7 ปี 7 เดือน	เพศชาย อายุ 4 ปี 10 เดือน
อาการสำคัญ	หายใจเหนื่อย ไอ มีน้ำมูก 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	ไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย ใส่ท่อช่วยหายใจ Refer 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรค	มีประวัติสัมผัสควันไฟก่อนมีอาการ บิดาสุบบุหรี่นอกบ้าน	การรับประทานยา การพ่นยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตามแพทย์นัด บิดาสุบบุหรี่
โรคประจำตัว	โรคหอบอายุ 1 ปี 5 เดือนและหอบปีละ 1-2 ครั้ง จนอายุ 3 ปีหลังจากนั้นไม่มีอาการหอบ	โรคหอบอายุ 2 ปี และหอบปีละ 3-4 ครั้ง
การตรวจร่างกายแรกพบ	น้ำหนัก 26 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 ซม. BMI 11.87 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) BT=37.1°C ,P=130 bpm ,RR=30 bpm, BP=114/74 mmHg, SpO ₂ 93 % GA : dyspnea Lung: inspiratory,expiratory wheezing both lung	น้ำหนัก 18 กิโลกรัม ส่วนสูง 112 ซม. BMI 14.35 (น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ) BT=37.3 °C, P=130 bpm, RR=20 bpm, BP=115/56 mmHg , SpO ₂ 98% GA : drowsy ,on ETT Lung: inspiratory, expiratory wheezing both lung
การวินิจฉัยเบื้องต้น	Acute asthmatic attack	Acute asthmatic attack with respiratory failure with Pneumonia
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ระหว่างวันที่ 1- 4 มกราคม 2566 Antigen test kit (ATK),Influenza A/B ,RSV Ag : Negative CBC : WBC 12,610 - 20,550 cells/ul Hct 39.1 - 39.2% ,Hb 12.5 -12.7g/dl Platelet 287,000 - 347,000 cells/ul Neutrophil 79 – 85 %, lymphocyte 5–8 %,monocyte 3-6 %	ระหว่างวันที่ 8 - 17 ธันวาคม 2564 Antigen test kit (ATK), Influenza A/B , RSV Ag : Negative CBC: WBC 21,980 - 22,080 cells/ul Hct 39.2 - 40.3% , Hb 13.3 - 13.4 g/dl Platelet 271,000 - 352,000 cells/ul Neutrophil 80 - 92 % lymphocyte 4-10%, monocyte 4-10%

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา(ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต่อ)	BUN 7-16 mg/dl, Creatinine 0.45 mg /dl Dextrostix (DTX) : 114 - 326 mg% Electrolyte : Na 140 - 144 mmol/L K 3.06 - 4.8 mmol/L Cl 102-108 mmol/L HCO₃ 21-26 mmol/L - CBG : pH 7.27 – 7.50 PaCO₂ 20.5 - 43.5 PaO₂ 34.3 – 148.6 HCO₃ 16.1 – 22.4 BE -8.7 - -2.9 -Sputum culture / gram stain Not found	BUN 15 mg/dl , Creatinine 0.58 mg/dl Dextrostix (DTX) : 83 - 153 mg% Electrolyte : Na 138 - 145 mmol/L K 3.33 - 4.82 mmol/L Cl 96 - 111 mmol/L HCO₃ 14 - 32 mmol/L - CBG : pH 7.26 - 7.58 PaCO₂ 23.3 – 59.7 PaO₂ 30.2 - 126.1 HCO₃ 15.1 – 30.5 BE -7.9 – 7.3 -Hemo culture/ Urine culture No growth 3 day (16 ธันวาคม 2564) -Sputum culture Bacteria of normal flora
-ภาพถ่ายรังสีทรวงอก	-Perihilar infiltration	-Bilateral infiltration , Left lung atelectasis
การรักษา	-5%DNSS 1000 ml+KCLทางC-line at right jugular vein (1-5มกราคม2566) -RI (1:1) IV drip 2.5 mL/hr.(1-2มค.66) -ใส่สายสวนปัสสาวะ , ใส่ NG tube -Ventolin / Berodual 1 neb + nss up to 4 mL NB q 6 hr.สลับพัน q 3 hr. -Pulmicort 1neb+nss up to 4 mL NB q 12 hr. -Bricanyl หยดทางหลอดเลือดดำ(1-6มค.66) -Methylprednisolone 15 mg. q 6 hr. (1-5มกราคม2566) - Cefotaxime 1300 mg. iv drip q 8 hr. (1-7 มกราคม 2566) -Zithromax 1เม็ด (1-5 มกราคม 2566)	-5%DN/2 1000 mL.+KCLIV adjust rate (12-16 ธันวาคม 2564) -50% MgSO₄1000 mg.IV drip (10-14 ธค.64) -ใส่สายสวนปัสสาวะ , ใส่ NG tube -Ventolin 1 neb+nss up to 4 mL NB q 2 hr. -Berodual 1 neb+nss up to 4 mL NB q 6 hr. -Pulmicort 2 mL+nss up to 4 mL NB q 12 hr. -Bricanylหยดทางหลอดเลือดดำ (8-20ธค.64) -Methylprednisolone 15 mg.q 6 hr. (8-18 ธันวาคม 2564) -Meropenem 400 mg.+D5W up to 8 mL.IV ทุก 8 hr. (8-16 ธันวาคม 2564) -Meropenam 800 mg+D5W up to 100 mL. IV q 8 hr. (16-21 ธันวาคม2564) Zithromax 5 cc. OD stat then 2.5 cc .oral ก่อนอาหารเช้า (16-20 ธันวาคม2564)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา(ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
การรักษา (ต่อ)	-Nimbex 78 mg.+5%D/W up to 50 ml. IV rate 3 cc./hr.(1-4 มกราคม 66) -Dormicum 78 mg.+5%D/W up to 50 ml. IV rate 1 cc./hr.(1-6 มกราคม 66) -On ET-tube no.6 ลึก 20cms. -Ventilator Ac mode RR 30 PAP15 FiO₂ 0.4 PEEP 5 Ti 0.5 keep SpO₂≥95% (วันที่1-4 มกราคม 2566) -Off ET-tube On Oxygen mask with bag 2 วัน และ หายใจ Room air ได้	-Nimbex 4 mg.+5%D/W up to 10 ml. IV rate 9 cc./hr.(วันที่ 8-15 ธันวาคม64) -Morphine 50mg.+5%D/W up to 20 ml. IV rate 0.5 cc./hr.(8 -16 ธันวาคม 64) -On ET-tube no.5 ลึก 16 cms. -Ventilator Ac mode RR 20 PAP 15 FiO₂ 0.6 PEEP 3 Ti 0.5 keep SpO₂ ≥95% (วันที่ 8 -16 ธันวาคม 2564) -Off ET-tube ให้ออกซิเจนแบบผสมอากาศ อัตราการไหลสูง (Heated humidified high flow nasal cannula: HHHFNC) 2 วัน On Oxygen cannula 4 วัน และ หายใจ Room air ได้
Home medication	- Sulbutamol MDI 1 กดยี่มีอาการ - Seretide MDI ทางกระบอกพ่นยา1กดยี่วันละ 2 ครั้ง -Montelukast 1 เม็ด 1ครั้งต่อวัน -Bromhexine 6 มิลลิตร 3 ครั้งต่อวัน -นัดติดตามอาการกับแพทย์เฉพาะทางโรคปอดและทรวงอก 1 เดือน	- Seroflo 1 กดยี่ 2 ครั้งต่อวัน - Montelukast 1 ซอง ก่อนนอน - Bromhexine 5 มิลลิตร 3 ครั้งต่อวัน - นัดติดตามอาการกับแพทย์เฉพาะทางโรคปอดและทรวงอก 1 เดือน
ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล	8 วัน	14 วัน

จากตารางเปรียบเทียบข้อมูลของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า มีปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่

ประวัติการเจ็บป่วย :

- ทั้ง 2 รายมีประวัติเป็นโรคหอบหืดเรื้อรัง มีการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคกำเริบ ได้แก่ ฝุ่น ควันบุหรี่ อากาศเย็น แสดงให้เห็นว่าโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะกำเริบและสงบได้ และปัจจัยกระตุ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้อาการหอบหืดกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร สารรักษ์.(2564)

- ผู้ป่วยรายที่ 2 เด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี มียาประจำแต่ไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ได้ตรวจตามนัด ทำให้ควบคุมโรคได้ไม่ดี ประกอบกับความไวต่อการหดเกร็งของหลอดลมในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง(กัญญภัค นนทพลและเกศรินทร์ อุทธิยะประภากร 2563)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ :

- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีลักษณะของการติดเชื้อร่วมกับภาวะกำเริบของโรคหอบหืด โดยพบ leukocytosis, neutrophil predominate, พบเสมหะสีขุ่นปนเหลืองจำนวนมาก จากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อที่ปอดและการติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มักพบร่วมกับการกำเริบเฉียบพลันของโรคหอบหืดในเด็ก (ธนภุต เล่าหะเพ็ญแสง 2563)

- ผู้ป่วยพบภาวะ metabolic acidosis , hypoxemia, hyperglycemia , Electrolyte imbalance ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในภาวะ acute severe asthma ที่มีการหายใจหอบไม่มีประสิทธิภาพ หายใจเร็ว ทำให้เกิดภาวะ respiratory alkalosis ร่วมกับ metabolic acidosis และการสูญเสียอิเล็กโทรไลต์ ทางเหงื่อและน้ำลายรวมทั้งผลจากการใช้ยา beta-agonist

- การตรวจภาพถ่ายรังสีปอดพบ perihilar infiltration, ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 พบ bilateral diffused infiltration มี atelectasis แสดงถึงความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจ การอักเสบและเกิดภาวะแทรกซ้อน ของปอดร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี เมฆธน (2560)

การรักษา :

- เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหอบหืดรุนแรง หายใจล้มเหลว ต้องมีการรักษาแบบเร่งด่วน ใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ ให้ยาขยายหลอดลม ยาสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ พ่นยา ให้สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ทดแทน ยากดระดับความรู้สึก ให้มอร์ฟินเพื่อลดการหายใจลำบาก ซึ่งเป็นการรักษาตามกรอบแนวทางการรักษา ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะกำเริบรุนแรง จากการรักษาที่ได้รับจะเห็นได้ว่ากรณีศึกษา รายที่ 2 จะมีความรุนแรงของโรคที่รุนแรงกว่าจึงได้ 50 % magnesium sulfate iv เพื่อช่วยขยายหลอดลมและได้ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Carbapenem ที่มีโครงสร้างทางเคมีเป็นกลุ่ม beta-lactam ที่ออกฤทธิ์กว้างครอบคลุมเชื้อแบคทีเรีย ที่ใช้ออกซิเจนและไม่ใช้ออกซิเจนทั้งแกรมบวกและแกรมลบ

- หลังจากคุมอาการได้แล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนทางจมูก สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับหลักการรักษาเพื่อลดการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเร็วเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น (เพ็ญศรี ละออ 2550)

- การให้ยาแก้ไอ ขับเสมหะ ยาพ่นสเตียรอยด์ ยาต้านลิโคไตรอีน การติดตามน้ำตาล และการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้องก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับมาซ้ำด้วยภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน (รุ่งนภา จันทรา 2565)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	ผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืด มีความรู้เรื่องการดูแลปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการและการสังเกตอาการ	มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก รับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืดแต่ขาดความรู้เรื่องการดูแลปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ หลังเข้ารับการรักษา ต้องดื่มน้ำดอาหารช่วง 5 วันแรก จากนั้นรับประทานอาหารอ่อนได้	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ หลังเข้ารับการรักษา ต้องดื่มน้ำดอาหารเป็นเวลา 10 วัน และเริ่มให้นมทางสายจากนั้นรับประทานอาหารอ่อนได้
3. การขับถ่ายของเสีย	ขณะเจ็บป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ โดยปัสสาวะออกประมาณวันละ 1,000 - 1,800 มิลลิลิตรต่อวัน หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก ในวันที่ 5 ของการรักษา สามารถขับถ่ายด้วยตัวเองได้ปกติ ไม่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้	ขณะเจ็บป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ โดยปัสสาวะออกประมาณวันละ 1,000 - 1,300 มิลลิลิตรต่อวัน หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก ในวันที่ 9 ของการรักษา สามารถขับถ่ายด้วยตัวเองได้ปกติ ไม่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ออกกำลังกายได้ ไม่มีอาการหอบ	สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายได้ไม่มีอาการหอบ และมีพัฒนาการสมวัย
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง ขณะรับการรักษาช่วงแรก ผู้ป่วยได้รับยานอนหลับสามารถพักผ่อนได้ หลังหยุดยาพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ ตื่นบ่อย เนื่องจากต้องพ่นยาและดูดเสมหะ	นอนวันละ 8 -12 ชั่วโมง ขณะรับการรักษาช่วงแรก ผู้ป่วยได้รับยานอนหลับสามารถพักผ่อนได้หลัง หยุดยาพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ ตื่นบ่อยเนื่องจากต้องพ่นยาและดูดเสมหะ มักจะมีอาการหอบบ่อยในช่วงกลางคืนทำให้มีผลต่อการพักผ่อน
6. สติปัญญาและการรับรู้	อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ปกติ ไม่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้	อ่านออกเขียนได้บ้าง มีการรับรู้ปกติ ไม่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มีความวิตกกังวล แต่ให้ความร่วมมือในการรักษา	เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยเด็ก จึงมีร้องกวนและไม่ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นบุตรคนที่ 2 เรียนวัยประถม บิดามารดามีความใส่ใจและสนใจในอาการเจ็บป่วยของบุตร	เป็นบุตรคนแรก เรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีน้องชายอีก 1 คน อายุ 2 ขวบ บิดามารดาแยกทางกัน
9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	การเจริญพันธุ์ปกติ ไม่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้	การเจริญพันธุ์ปกติ ไม่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	เครียดเป็นบางครั้ง เวลาเครียดมักจะไปเล่นกีฬาหรือคุยกับเพื่อน ไม่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้	ไม่มีความกังวลกับภาวะเจ็บป่วย ไม่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาอิสลาม ไม่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญนานๆ ครั้ง ไม่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยครั้งนี้

จากตารางเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนพบประเด็นสำคัญดังนี้ :

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ/การดูแลตนเอง : ผู้ดูแลของกรณีศึกษารายที่ 1 มีความรู้เรื่องโรคหอบหืด และวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการมากกว่าผู้ดูแลกรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งจะมีผลต่อการเฝ้าระวังอาการและการมาพบแพทย์ได้ทันเวลาที่ ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดความตระหนักและการจัดการตนเองที่ถูกต้อง (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ 2565).

2. โภชนาการ/การเผาผลาญอาหาร : เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะหายใจล้มเหลวรุนแรง ต้องงดน้ำและอาหารทางปาก ร่วมกับการให้อาหารทดแทนทางสายยางเป็นเวลานาน 5-10 วัน ซึ่งหากไม่ได้รับโภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสมอาจส่งผลต่อภาวะขาดสารอาหาร ภูมิคุ้มกันบกพร่อง นำไปสู่การติดเชื้อแทรกซ้อนระหว่างการรักษาได้ (ชนกฤต เลาหะเพ็ญแสง 2563).

3. การพักผ่อนนอนหลับ : ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีการพักผ่อนไม่เพียงพอในระยะแรกที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องมีการพ่นยา ดูดเสมหะบ่อยครั้ง มีอาการหอบเหนื่อยทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับความเครียดวิตกกังวลของภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอส่งผลให้การฟื้นตัวช้าลง เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลจึงต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จัดเวลาให้มีการพักผ่อนมากขึ้น เพื่อช่วยเร่งการหายจากโรค (รัตนภรณ์ ทองแป้น, สุกัญญา ปรีชญญกุลและวิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร 2563).

4. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว : บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นตัว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ปกครองที่มีความใส่ใจและเอาใจใส่ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรหลาน จะสามารถช่วยเหลือเด็กให้จัดการกับความเจ็บป่วยได้ดีกว่าและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่า (สถาพร เริงธรรม 2563).

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่:

1. มีประวัติภูมิแพ้เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญของโรคนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณเี่ยมอ่อน(2563) ที่ระบุว่ากรรมพันธุ์และความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันเป็นสาเหตุหลักของโรคหืดและการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคภูมิแพ้จะเพิ่มความเสี่ยง

2. มีการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ฝุ่น ควันบุหรี่ สารระคายเคืองต่างๆ ซึ่งเป็น triggering factor ที่ทำให้หลอดลมอักเสบและกำเริบ สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคหืดในเด็กของประเทศญี่ปุ่น ที่ระบุว่าควรหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวเพื่อป้องกันการกำเริบ

3. มีการติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมด้วย เช่น มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ ก่อนจะมีอาการหอบกำเริบตามมา ซึ่งการติดเชื้อไวรัสเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่พบได้บ่อยในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilbert (2020)

4. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่พบ ได้แก่ การใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ ไม่มาตรวจตามนัด ทำให้การควบคุมโรคไม่ดีพอ บิดาสืบบุหรืในบ้าน ซึ่งเป็นการเพิ่มการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Farber (2018) ที่พบว่าการสูบบุหรี่ของพ่อแม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดในเด็ก

สรุปได้ว่า ปัจจัยภายในร่วมกับปัจจัยกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ประวัติภูมิแพ้ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การสัมผัสสารกระตุ้นต่าง ๆ ล้วนเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการหอบหืดกำเริบรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต้องมีการค้นหา ประเมิน และพยายามควบคุมปัจจัยเหล่านี้ ทั้งขณะที่รักษาตัวและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยมุ่งเน้นการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็ก และการปรับตัวของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถป้องกันการกลับมากำเริบซ้ำได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูและระยะวางแผนก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการหดเกร็งของหลอดลมและภาวะหายใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน -On ET-tube with Respirator, -ฟังปอด: poor air entry, inspiratory expiratory wheezing - CxR: perihilar infiltration	ข้อมูลสนับสนุน -On ET-tube with Respirator, -หายใจมีเสียง wheezing, poor air entry - CXR Right upper lung infiltration, atelectasis	1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาโดยผู้ป่วยหายใจทางท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ - ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจและตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ - ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพได้แก่น้ำในhumidifier อยู่ในระดับเหมาะสมไม่มีน้ำในสายcircuits ข้อต่อไม่หลุด ไม่พับงอ - วัดค่า cuff pressure ทุกเวร ปรับ cuff pressure ให้มีค่า 25- 30 ซม.น้ำเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของ ET-tube 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะเมื่อมีเสียงเสมหะ และเคาะปอดก่อนทำการดูดเสมหะทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่1 (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่2	กิจกรรมการพยาบาล(ต่อ)
-ผล CBG พบภาวะ metabolic acidosis -เสมหะมีพอกครีสีขาว ขุนปนเหลือง	- CBG respiratory& metabolic acidosis เสมหะมีพอกครีสีขาว ขุนปนเหลือง	3. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดมากขึ้น ส่งเสริมให้การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น นอนตะแคงหน้าเพื่อช่วยระบายน้ำลายและเสมหะในปากและเปลี่ยนท่านอนให้อย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งของเสมหะในส่วนใดส่วนหนึ่งของปอดซึ่งทำให้พื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 4. ประเมินสัญญาณชีพ และ EKG monitor 5. ประเมินลักษณะหายใจที่ผิดปกติเช่น หายใจตื้นเครื่องหายใจหอบมากขึ้นหายใจลำบากการกระสับกระส่ายสับสน เหงื่อออก ตัวเย็น หัวใจเต้นเร็ว หน้าอกบวม เมื่อพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป 6. ดูแลให้ได้รับยา Sedate ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. O₂ Sat monitor keep $\geq 95\%$ / EKG monitor 8. ฟังเสียงลมที่ผ่านเข้าปอดเพื่อประเมินความผิดปกติเผลาะครั้ง 9. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 10. ให้อาหาร/ยาฉีดยาตามแผนการรักษาและสังเกต อาการขณะพ่นยาและผลข้างเคียงของยา 11. ดูแลให้ได้รับยาสแตียรอยด์ตามแผนการรักษาประเมินอาการและผลข้างเคียงของยาเช่น น้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง 12. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 13. ติดตามผล VBG และภาพถ่ายรังสีทรวงอก <u>ประเมินผลการพยาบาล:</u> ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว O₂ Sat 94-97% ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยกรณีที่1สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้(Extubation)ในวันที่ 4 และ On Oxygen mask ได้ไม่น้อย O₂Sat95-99% ส่วนกรณีที่ 2 ใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่าเนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบและปอดแฟบร่วมด้วยรวมระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ 8 วัน หลังจากนั้น On HHHFNC 2 วัน และ On O₂ canula 4 วัน จนหายใจ room air ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ (กรณีที่1) /ติดเชื้อในปอด (กรณีที่2)
วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่มีการติดเชื้อซ้ำและอุณหภูมิร่างกายเป็นปกติ

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	กิจกรรมการพยาบาล
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ไข้ 37.5-38.1 °C - Portable Chest: perihilar infiltration - เสมหะเป็นสีขาวขุ่นเหลือง - ผล WBC, Neutrophil สูง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - มีไข้ 38 °C - Portable Chest: Bilateral infiltration - เสมหะเป็นสีขาวยุ่นเหลือง - ผล Sputum culture: Bacteria of normal flora - ฟังปอดพบเสียง crepitation - ผล WBC, Neutrophil สูง	1. ประเมินอาการและอาการแสดงในทางเดินหายใจเช่น หายใจหอบเหนื่อย และรายงานแพทย์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง 2. เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันเสมหะคั่งค้างเพราะจะทำให้มีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 3. ทำความสะอาดในช่องปากทุก 2 ชั่วโมง 4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ตามแนวทางปฏิบัติ IC เพื่อป้องกันการเกิด VAP/CAUTI 5. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 6. เช็ดตัวลดไข้ ประเมินผลอุณหภูมิซ้ำหลังเช็ดตัว 30 นาที 7. ดูแลให้ยา paracetamol 1 tab ทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ สังเกตอาการข้างเคียงขณะได้รับยา ได้แก่ ผื่นคัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอกมีอาการบวมที่ใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้นหรือแดงบริเวณที่ฉีดยา 9. สังเกตสี กลิ่นของเสมหะหากผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ 10. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 11. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้พลังงาน 12. ติดตามผล Portable Chest 13. ติดตามผล Lab เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ <u>ประเมินผลการพยาบาล:</u> ไม่พบการติดเชื้อเพิ่ม อุณหภูมิร่างกายเป็นปกติทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีภาวะความไม่สมดุลของสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ จากการหายใจเร็วและไม่สามารถรับสารอาหารได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2	กิจกรรมการพยาบาล
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผิวแห้ง ปากแห้ง - กระสับกระส่าย - อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที - Electrolyte ผิดปกติ	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผิวแห้ง ปากแห้ง - กระสับกระส่าย - อัตราการเต้นของหัวใจ 156 ครั้ง/นาที - ผล Electrolyte ผิดปกติ	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา 3. ติดตามผล Electrolyte, Bun/Cr 4. Record I/O ทุก 4 ชั่วโมงในระยะวิกฤตและทุก 8 ชั่วโมงเมื่อพ้นระยะวิกฤต. 5. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ/EKG monitor อาการและอาการแสดงโดยประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะขาดน้ำ จากอาการผิวแห้ง ปากแห้ง ชีพจรเต้นเร็ว จำนวนปัสสาวะน้อยลง 6. หลังถอดท่อช่วยหายใจดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล(ต่อ)
		<u>ประเมินผลการพยาบาล</u> : ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาริมฝีปากชุ่มชื้นไม่แห้งแตก ความตึงตัวของผิวหนังปกติไม่เหี่ยวแห้ง กรณีที่1พบภาวะ hypokalemia, hyperglycemia ให้สารน้ำผสมโปแทสเซียมคลอไรด์เข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ RI เพื่อแก้ไขภาวะ hyperglycemia จนสู่ภาวะปกติ ส่วนกรณีที่2 พบ hypokalemia, hyponatreniaได้รับการรักษาแก้ไขโดยการให้สารน้ำผสมโปแทสเซียมคลอไรด์เข้าทางหลอดเลือดดำ
<u>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่4</u> : การแลกเปลี่ยนก๊าซสูญเสียไปจากภาวะปอดแฟบ <u>วัตถุประสงค์การพยาบาล</u> : เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดและปอดขยายตัวเต็มที่		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
-ไม่พบปัญหา	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผล Portable Chest: left lung atelectasis 2. ฟังเสียงปอด decreased breath sound left lung	1. ประเมินลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและอาการทางคลินิก 2. ตรวจสอบและประเมินการขยายตัวของทรวงอก 3. ดูแลเคาะปอดและดูดเสมหะในท่อนช่วยหายใจตามความจำเป็น 4. ให้ออกซิเจนสายขึ้นเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 5. ประเมิน PIP และPEEP และการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ 6. ติดตามผล Portable Chest <u>ประเมินผลการพยาบาล</u>: ผลFilm CXR ปกติ ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย ปอดขยายตัวเต็มที่ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบภาวะปอดแฟบ ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปวันที่11/12/64
<u>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5</u> : บิดามารดามีความกังวลในการเจ็บป่วยของบุตร <u>วัตถุประสงค์การพยาบาล</u> : เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและบิดามารดาเพื่อความร่วมมือในการรักษา		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. บิดามารดาซักถามอาการของบุตรบ่อยครั้ง 2. บิดามารดามีสีหน้ากังวล หน้าเครียดเนื่องจากลูกไม่เคยนอนโรงพยาบาลและต้องใส่ท่อช่วยหายใจ	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. บิดาซักถามอาการของบุตรบ่อยครั้งและสีหน้าเครียดกังวล 2. ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาเป็นส่วนใหญ่	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อความไว้วางใจกับผู้ป่วยและบิดามารดาญาติเพื่อประโยชน์ในการพูดคุยให้ข้อมูล 2. อธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงเหตุผลที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วย 3. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรและตอบข้อซักถาม ข้อข้องใจจากแพทย์ เพื่อคลายความวิตกกังวล เพื่อความเข้าใจยิ่งขึ้น 4. อธิบายให้ผู้ปกครองให้เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ปกครองฟังเป็นระยะๆเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 5. ก่อนให้การพยาบาลหรือการรักษาแต่ละครั้งอธิบายหรือบอกให้ทราบก่อนเพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจลดความกลัววิตกกังวล <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> : ผู้ปกครองหน้าตาสดชื่นแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลลงยอมรับอาการเจ็บป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับการรักษาขึ้น

ระยะฟื้นฟู

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : มีโอกาสภาวะออกซิเจนขณะได้รับออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) และหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ(รายที่ 2)/ Oxygen mask with bag (รายที่ 1)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ขณะได้รับออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula และหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	
1.ผู้ป่วย On Oxygen mask with bag	1.ผู้ป่วยสีหน้ากังวล มือจับที่สายออกซิเจน บ่อยๆ	1.จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อส่งเสริมให้ปอดยืดขยายตัวได้ มากขึ้น ให้การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น
2.ผู้ป่วยหายใจ เหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที ไอมีเสมหะเหนียว	2. On High-flow nasal cannula	2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสมกับอาการแสดงและอายุของผู้ป่วย
	3. ร้องไห้แง ผู้ป่วย หายใจ 28-34 ครั้ง/ไอ	3.ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
	มากมีเสมหะเหนียวขึ้น	4.ประเมินอาการและผลข้างเคียงของยาที่พ่น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มือสั่น นอนไม่หลับปวดศีรษะ มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร
		5.ประเมินอาการและอาการแสดงทั่วไป เช่น เสียงหายใจ เสียง wheezing ควรจะเบาลงเมื่ออาการดีขึ้น
		6.ดูแลให้เด็กได้รับสารน้ำทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ ควรกระตุ้นให้ดื่มน้ำอุ่นๆ เพราะน้ำเย็นช่วยกระตุ้นให้มีการหดเกร็งของหลอดลมได้
		ประเมินผลการพยาบาล
		การหายใจมีประสิทธิภาพ SpO ₂ 98 -100% ไม่เหนื่อย
		กรณีที่ 1 On Oxygen mask with bag 2 วันต่อมาสามารถหายใจเองได้ กรณีที่ 2 On High-flow nasal cannula 2 วันและเปลี่ยนเป็น Oxygen cannula 4 วัน ต่อมาหยุดให้ออกซิเจนสามารถหายใจเองได้ ซึ่งได้นานกว่ากรณีแรกเนื่องจากมีอาการรุนแรงกว่าและเป็นเด็กเล็กการระบายเสมหะเองได้ไม่ดีและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ระยะวางแผนก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยและญาติมีความกลัวเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและการดูแลบุตร (กรณีศึกษา รายที่ 1) / ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (กรณีศึกษา รายที่1)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อส่งเสริมการดูแลตัวเองกับผู้ป่วยบิดามารดาให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	
1.ผู้ป่วยและญาติ ไม่เคยใช้ยาพ่น ขยายหลอดลม และไม่ชอบมาเป็น เวลานานแล้ว	มารดาขาดความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กำลังใจ
		2.เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย
		3.ประเมินความรู้และปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
		4.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันดูแลตนเองหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นหรือสิ่งที่ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจถึงสาเหตุการรักษาการป้องกัน และแนวทางในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการปฏิบัติตัวเมื่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 (ต่อ)

กรณีศึกษาตอนที่ 1 กรณีศึกษาตอนที่ 2

กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลสนับสนุน

2. ผู้ป่วยและญาติ

ไม่สามารถตอบ

คำถามเกี่ยวกับ

การดูแลตนเอง

และฟื้นฟูสภาพ

เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ได้ถูกต้อง

กลับไปอยู่บ้าน ให้หลักการไปสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และเรื่องการพ่นยาอย่างถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

5. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

6. แนะนำการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การเล่น การออกกำลังกาย

7. แนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง ได้แก่ ยาากิน ยาพ่น ไม่ควรหยุดยาเองเมื่ออาการเริ่มดีขึ้น อาจทำให้กำเริบได้

8. การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย

9. ให้ความรู้ผู้ป่วยครอบครัวในเรื่องการดูแลบุตรเพื่อสร้างความมั่นใจมากขึ้นเมื่อบุตรมีอาการเจ็บป่วย ได้แก่ การให้ยาตามแผนการรักษา

แพทย์ การช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองและฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

จากการติดตามประเมินผลผู้ป่วยและผู้ปกครอง ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ไม่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำ

วิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

จากข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลักที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. มีภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการหดเกร็งของหลอดลมและมีภาวะหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อย หอบ หายใจมีเสียง wheezing, ใส่ท่อช่วยหายใจและต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร การหายใจ (volume controlled ventilation) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของ Acute severe asthma ที่มีการหดเกร็งและอุดกั้นของหลอดลมอย่างรุนแรง ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ(อุไรวรรณ ปานอุทัย 2564) กิจกรรมการพยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน รักษาการทำงานของระบบหายใจ ประเมินและดูแลเครื่องช่วยหายใจอย่างใกล้ชิด

2. มีไข้จากการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน/ปอด จากการมีอาการไข้ ผลเอกซเรย์พบมี infiltration, มี sputum ปริมาณมากขึ้น เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อร่วมที่มักพบในภาวะ acute severe asthma ซึ่งจะยิ่งกระตุ้นให้เกิดการอักเสบมากขึ้น การพยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา

3. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำ มี Hyponatremia, Hypokalemia, และ Hyperglycemia ซึ่งเกิดจากการสูญเสียน้ำจากการหายใจหอบ การงดน้ำและอาหาร รวมทั้งผลข้างเคียงของยา beta-agonist ที่ใช้ในการรักษาภาวะ bronchospasm (ญาณิศา เลิศธนิกิจา, 2562.) พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังและดูแลความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา

นอกจากนี้ยังพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอื่นๆ ที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลของบิดามารดา เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรงของบุตร ซึ่งพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและให้กำลังใจ และ

ความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากยังขาดความรู้ในการจัดการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้ความรู้ สอน สาธิต เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุปได้ว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลักในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ติดเชื้อในทางเดินหายใจ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ซึ่งล้วนเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่พยาบาลต้องให้การพยาบาลเฝ้าระวังและแก้ไขอย่างทันทั่วทั้งที่ ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจและการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นการประเมินข้อมูลอย่างครอบคลุม การวินิจฉัยปัญหาที่ถูกต้อง และการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องเหมาะสม จึงเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นถึงการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในระยะวิกฤต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูลผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการวางแผน ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนในการพยาบาล ประสานการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต รวมถึงการช่วยฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ อาการทุเลาและ จำหน่ายกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้ดำเนินการติดตามประเมินผลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า การควบคุมอาการหอบได้ดีไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน รับประทานยาและพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ มาตรวจตามแพทย์นัด และไม่มีอาการกำเริบซ้ำ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของจันทิมา พักโพธิ์และสุภาภรณ์ ดวงแก้ว ว่าพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาผลลัพธ์ของผู้ป่วย การจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อน การให้ความรู้ แนะนำ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว(สมจิต หนูเจริญกุล 2563) และช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ สะท้อนประสิทธิภาพการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก ที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะวิกฤต การฟื้นฟู จนถึงส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกำเริบซ้ำ
2. พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษา แนะนำ สอน เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่บ้านของเด็กและผู้ปกครอง
3. ติดตามประเมินผลการดูแลและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อใช้พัฒนางานการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัญญภัค นนท์พละ และเกศรินทร์ อุทธิยะประภากร. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43(1), 53-63.
- ขวัญใจ บุญเชิด. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(2), 61-73.
- จันทิมา พักโพธิ์ และสุภาภรณ์ ดวงแก้ว. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 13(1), 33-42.
- ชไมพร ทวีขศรี. (2565). ความวิตกกังวลของผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืด: ประสพการณ์จากการศึกษารายกรณี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42(1), 171-182.
- ธนกฤต เลหาหะเพ็ญแสง. (2563). การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กโรคหอบหืด: ปัจจัยกระตุ้นสำคัญ. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 59(3), 183-191.
- นงนุช เกตุย์. (2564). ผลกระทบของโรคหอบหืดในเด็กต่อครอบครัวและสังคม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 14(1), 10-18.
- น้ำทิพย์ จันทรมณี. (2564). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหอบหืดในเด็ก. ใน น้ำทิพย์ จันทรมณี (บ.ก.), ตำราโรคภูมิแพ้ในเด็ก (น. 218-227). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- นุจรี กสิณฤกษ์, กนกวรรณ จันทร์เจริญ และรังสิมา วงศ์ทอง. (2561). การจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหอบหืด. วารสารสภาการพยาบาล, 33(1), 132-144.
- ประภัสสร พึ่งอุดม. (2564). ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในเด็กโรคหอบหืดที่นอนโรงพยาบาล: การศึกษาเชิงพรรณนา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 11(2), 146-155.
- พรทิพย์ พันธุ์สุข. (2563). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหอบหืดในเด็ก. วารสารพยาบาลตำรวจ, 12(1), 18-31.
- เพ็ญศรี ละอ. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวต่อความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาลี เอื้ออำนวย. (2562). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน: บทบาทพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(1), 105-112.
- รัตนภรณ์ ทองแป้น, สุกัญญา ปรีชญญกุล และวิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(2), 160-169.
- รุ่งนภา จันทรา. (2565). การใช้ยาพ่นชนิดสูดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด: บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(1), 54-55.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาร, 49(1), 17-18.
- สถาพร เรืองธรรม. (2563). ภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดในครอบครัว: การวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(3), 197-208.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2563). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุภาพร สารรักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคหอบหืดในเด็กวัยเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(2), 18-30.

- อรรณณ เอี่ยมอ่อง. (2563). ปัจจัยทางพันธุกรรมกับการเกิดโรคหอบหืดในเด็ก. วารสารสภาการพยาบาล, 35(2), 25-36.
- อัญชลี เมฆธน. (2560). ภาวะแทรกซ้อนของปอดในผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วารสารกุมาร เวชศาสตร์, 56(1), 47-58.
- อุบล พุดพิบูลธรรม และณัฐิกา สว่างจิตร์. (2565). การพยาบาลโรคหอบหืด: Update 2022. นนทบุรี: โรงพิมพ์รุ่งศิลป์.
- อุไรวรรณ ปานอุทัย. (2564). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กโรคหอบหืด.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 49-59.
- Arakawa, H., Hamasaki, Y., Kohno, Y., Ebisawa, M., Kondo, N., Nishima, S., ... & Japanese Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology, The Japanese Society of Allergology. (2017). Japanese guidelines for childhood asthma 2017. Allergology International, 66(2), 190-204.
- Farber, H. J., Batsell, R. R., Silveira, E. A., Calhoun, R. T., & Giardino, A. P. (2018). The impact of tobacco smoke exposure on childhood asthma in a Medicaid managed care plan. Chest, 154(5), 1089-1097.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet, 396(10258), 1204-1222.
- Global Initiative for Asthma. (2022). Global strategy for asthma management and prevention. Retrieved from www.ginasthma.org
- Guilbert, T. W., Garris, C., Jhingran, P., Bonafede, M., Tomaszewski, K. J., Bonus, T., ... & Schatz, M. (2020). Asthma that is not well-controlled is associated with increased healthcare utilization and decreased quality of life. Journal of Asthma, 48(2), 126-132.

