

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมวิชาการ Pediatric Nursing Update ๒๐๒๔

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่เสียค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๔,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๗

สถานที่ ณ ห้องราชา บอลรูม ๒ โรงแรม ปรินซ์ พาเลซ เขตป้อมปราบ กรุงเทพมหานคร

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตร ประชุมวิชาการ Pediatric Nursing Update ๒๐๒๔

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวมัทริกา ปานานนท์

อายุ ๒๕ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลประจำการดูแล ให้การพยาบาล
ผู้ป่วยเด็กให้หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมาร ในระยะก่อนวิกฤต ระยะวิกฤต และพ้นระยะวิกฤต
ตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ ๑๕ ปี

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อรับความรู้ที่เป็นปัจจุบันในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก

๒.๑.๒ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการดูแลเด็กและครอบครัว

๒.๒ เนื้อหา

เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับวัคซีนในเด็ก

การป้องกันโรค เกิดจากการปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรค พฤติกรรม และการได้รับวัคซีน

ข้อควรรู้การให้วัคซีนในเด็ก

- การเปลี่ยนเข็มฉีดยาทำให้เกิดโอกาสปนเปื้อนของเชื้อได้ ไม่แนะนำ

- ในร่างกายมีตัวรับจับกับแอนติบอดี (Antibody repertoire) จำนวนมาก สามารถฉีดวัคซีน

หลายเข็มพร้อมกันได้

- ในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ยิ่งระยะเวลาในการฉีดวัคซีนห่างกันยิ่งกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีขึ้น

หากเลยระยะเวลาในการฉีดให้ครบจำนวนเข็ม ไม่ต้องเริ่มต้นฉีดใหม่

- วัคซีนรวม ทำให้ลดจำนวนการฉีด ลดการทำงานของพยาบาลและแพทย์ลง ราคาโดยรวม

ลดลง แต่การคงตัวของวัคซีนลดลงด้วยเช่นกัน

การจำแนกวัคซีน...

การจำแนกวัคซีน

วัคซีนเชื้อเป็น (activated vaccine) กระตุ้นให้สร้างภูมิคุ้มกัน แต่ต้องระวังเชื้อก่อโรคได้ ได้แก่ วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน อีสุกอีใส งูสวัด ไข้มองอักเสบ เจอี

วัคซีนเชื้อตาย (inactivated vaccine) เสริมภูมิคุ้มกัน ก่อโรคไม่ได้แต่ต้องฉีดกระตุ้นเป็นระยะ ได้แก่ วัคซีนตับอักเสบบี เอ บี ไอกรน ไข้มองอักเสบ

วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Vaccine)

สาเหตุการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็ก เกิดขึ้นสูงสุดขณะคลอด เนื่องจากสารคัดหลั่งจากช่องคลอดมารดาเข้าตา หรือปากของเด็ก ดังนั้นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Vaccine) ให้ทารกแรกเกิดภายใน ๑๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอดจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ดีที่สุด โดยฉีดที่อายุ ๐ ๒ ๔ และ ๖ เดือน หากมารดาเป็นพาหะให้ฉีดเพิ่มอีก ๑ เข็ม ที่อายุ ๑ เดือน และการให้วัคซีนในมารดาที่เป็นพาหะ ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กได้ถึง ๙๔ %

วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR vaccine)

เด็กทารกแรกเกิดจะได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดาครอบคลุมจนถึงอายุ ๗ เดือน หลังจากนั้นภูมิคุ้มกันจะลดลง จึงฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR vaccine) เข็มแรกที่อายุ ๙ - ๑๒ เดือน และเข็มที่ ๒ ที่อายุ ๑๘ เดือน (เลื่อนการฉีดเข็มที่ ๒ ขึ้นมาเร็วขึ้น เพื่อป้องกันการระบาดของโรค)

วัคซีนป้องกันโรต้าไวรัส (Rotavirus vaccine)

วัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรต้าไวรัส ซึ่งทำให้เกิดอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ และอาเจียนรุนแรงในทารกและเด็กเล็ก ป้องกันได้โดยหยอดวัคซีนป้องกันโรต้าไวรัส (Rotavirus vaccine) หากเป็นชนิดหยอด ๒ ครั้ง ควรได้รับที่อายุ ๒ และ ๔ เดือน ชนิดหยอด ๓ ครั้ง ควรได้รับที่อายุ ๒ ๔ และ ๖ เดือน โดยในปัจจุบันเด็กที่ถ่ายเหลวเป็นน้ำและอาเจียนรุนแรงเกิดจากเชื้อโรโนไวรัส (Ronovirus) ไม่ใช่โรต้าไวรัส (Rotavirus)

วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus : HPV)

ไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus : HPV) ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก มีหลายสายพันธุ์ในประเทศไทยให้วัคซีนในเด็กประถมศึกษาปีที่ ๕ ควรได้รับ ๒ เข็ม โดยการได้รับเข็มที่ ๑ สามารถป้องกันได้ ๙๐ % และเข็มที่ ๒ สามารถป้องกันได้ ๙๕ % เนื่องจากไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus : HPV) มีหลายสายพันธุ์ วัคซีนชนิด ๙ สายพันธุ์ที่มีราคาแพง สามารถป้องกันได้ ๗๙ - ๙๓ % ส่วนวัคซีนชนิด ๒ ๔ สายพันธุ์ป้องกันได้ ๖๔ - ๗๑ %

การช่วยเหลือและเฝ้าระวังความรุนแรงในเด็กไทย

ประเภทความรุนแรงแสดงออกเป็น ๔ แบบ

๑. ทางร่างกาย เช่น การตบหัว ต่อย สาดน้ำใส่ ขวางของใส่ หรือเอาของไป
๒. ทางวาจา เช่น การด่าทอ เหน็บแนม ใช้คำหยาบ ล้อเลียนปมด้อย ดูถูก
๓. ด้านสังคม เช่น แสดงท่าทางรังเกียจ ละเลย กีดกันไม่ให้เข้ากลุ่มกิจกรรม
๔. บนโลกไซเบอร์ เช่น โปสค์ข้อความไม่ดี ส่งภาพหรือคลิปวิดีโอทำให้อับอาย เสียชื่อเสียง

การให้คำแนะนำดูแลโดยผู้ปกครอง

ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กเพื่อช่วยเหลือและเฝ้าระวังความรุนแรง โดยมีส่วนร่วมในอารมณ์ ผูกพันพฤติกรรม ผูกให้เด็กแก้ปัญหา เป็นต้นแบบที่ดี ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของเด็ก และการสื่อสารที่ได้ผล

ทฤษฎีจิตสังคมของอิริคสัน (Psychosocial development)

แบ่งตามช่วงอายุ

- ๐ - ๑ ปี ใ่ว่างใจ - ไม่ใ่ว่างใจ

- ๑ - ๒ ปี เป็นตัวของตัวเอง - ไม่แน่ใจ ควรดูแลให้เด็กมีกรอบในการแสดงออกความคิด และพฤติกรรม

- ๓ - ๖ ปี คิตรีเริ่ม - รู้สึกผิด เด็กเริ่มเลียนแบบ ใช้จินตนาการ ดูแลให้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง และห้ามทำในสิ่งที่ผิดด้วยเหตุผล

- ๖ - ๑๒ ปี ความสามารถ - ปมด้อย เด็กวัยเรียนเข้าถึงสื่อมาก จำกัดสื่อที่เด็กได้รับ ให้เหมาะสม ให้ทำกิจกรรมอื่นร่วมหลายหลาย ได้แก่ การทำงานบ้าน กีฬา ดนตรี ศิลปะ

- ๑๒ - ๒๑ ปี เอกลักษณ์ - สับสน

จริยธรรม คุณธรรม (Moral)

ความเห็นอกเห็นใจ มีความยุติธรรม เกิดได้จากการส่งเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

การบูลลี่ (Bullying)

เกิดจากผู้รังแก (ผู้มีกำลังอำนาจ) รังแกกระทำซ้ำ ๆ โดยมีเจตนา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แก่ผู้ถูกรังแก ควรส่งเสริมให้ผู้เห็นเหตุการณ์มีพฤติกรรมดีด้วยการเข้าไปช่วยเหลือผู้ถูกรังแก สามารถช่วยให้การรังแกยุติลงได้ดี

พีเอ็ม ๒.๕ (PM ๒.๕) ผู้ฉวยร้ายวัยใกล้ตัวเด็ก

พีเอ็ม ๒.๕ (PM ๒.๕) เป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กมากกว่า ๒.๕ ไมครอน ซึ่งยิ่งฝุ่นละอองขนาดเล็กมากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถเข้าไปในร่างกายได้ถึงถุงลม หรือเข้าสู่หลอดเลือด ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และในสตรีตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกในครรภ์ได้ ๒ %

สาเหตุ

สาเหตุจากภายในครัวเรือนส่วนมากเกิดจากการประกอบอาหาร หุงต้ม การจุดธูป เทียน และนอกครัวเรือน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๑ ที่ทำให้เกิดพีเอ็ม ๒.๕ (PM ๒.๕) คือ จากการเผาไหม้เชื้อเพลิงของยานพาหนะ

ผลของกระทบของพีเอ็ม ๒.๕ (PM ๒.๕) ต่อเด็ก

ร่างกายของเด็กการสร้างภูมิคุ้มกันยังสร้างได้ไม่เต็มที่ อัตราการหายใจที่เร็วกว่าผู้ใหญ่ ทำให้รับมลพิษที่มากกว่า โดยเด็กที่อายุน้อยกว่า ๕ ปี มีผลกระทบ ดังนี้ ระดับสติปัญญาต่ำ สมาธิสั้น ระคายเคืองเยื่อเมือกตา ตาอักเสบ เยื่อเมือกจมูกวม กระตุ้นให้เกิดหอบหืดเฉียบพลัน ภูมิแพ้ เกิดผื่นคัน หลอดเลือดอักเสบ และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้

ข้อควรปฏิบัติ

เฝ้าระวังและเปิดการแจ้งเตือนติดตามค่าพีเอ็ม ๒.๕ (PM ๒.๕) และปฏิบัติตามแนวทางกำจัดต้นตอสาเหตุของพีเอ็ม ๒.๕ (PM ๒.๕) และป้องกัน ดูแลสุขภาพของเด็กตามหลักบ้าน / ห้องปลอดฝุ่น ได้แก่ จัดห้องเด็กในห้องที่ทางเข้าฝุ่นน้อยที่สุดของบ้าน เลี่ยงการกวาด ควรใช้ผ้าชุบน้ำหมาดเช็ดแทน เปลี่ยนแผ่นกรองเครื่องกรองอากาศ ปิดประตูหน้าต่างมิดชิด งดการเผาไหม้ในบ้าน และปลูกต้นไม้ดักฝุ่น เป็นต้น

การลดอัตราแผลกดทับบริเวณจมูกจากการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่รุกราน (Noninvasive ventilator)

การเกิดแผลกดทับบริเวณจมูกจากการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่รุกราน เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การยึดตึงสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจ การติดลงบนผิวหนังเด็กโดยตรง การเข้าดูแลพลิกหน้าพลิกตัวที่ไม่สม่ำเสมอ และการขาดการประเมินแผลกดทับบริเวณจมูกจากการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่รุกราน

แนวทางป้องกันแผลกดทับบริเวณจมูกจากการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่รุกราน (NIV Bundle)

- ตรวจสอบสายข้อต่อเครื่องช่วยหายใจ ทุก ๒ ชั่วโมง ไม่ให้ตึงรั้ง
- ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานไม่มีน้ำขังในข้อต่อหรือวงจร

- ประเมินความรุนแรงของระบบทางเดินหายใจ ในกรณีผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ร่วมกับความรุนแรงในระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับปานกลาง ควรประเมินและติดตามอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ให้ออกซิเจนระหว่างให้การพยาบาล

- ประเมินความสมบูรณ์ของผิวหนังบริเวณรอบจมูกและรูจมูก หากพบรอยแดง / ม่วง / คล้ำ รายงานแพทย์ประเมินแผล

- ตรวจสอบแผ่นรองจมูก หากพบแผ่นเปื่อยยุ่ยให้เปลี่ยนแผ่นใหม่ทันที

- ตรวจสอบตัวครอบจมูก (Interface) ให้แน่ใจว่าไม่มีการกดรั้งบริเวณจมูก

- ตรึงตัวครอบจมูก (Interface) กับหมวก รมัดระวังไม่ผูกมัดแน่น

- ฟังเสียงหายใจทั้งสองข้างให้แน่ใจว่าการทำงานของใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่รุกราน

มีประสิทธิภาพ อยู่ในตำแหน่งเด็กได้รับออกซิเจนอย่างเหมาะสม

การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) ในผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ

การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) คือ การจัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำหน้า ๑๖ - ๒๐ ชั่วโมง มักทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS)

ประโยชน์การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)

- เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ

- ช่วยให้อุดส่วนล่างขยายตัว

- ลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ออกซิเจน

- ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

- ช่วยระบายเสมหะ

ข้อห้ามในการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)

- มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

- มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

- มีภาวะช็อค

- ผ่าตัดช่องท้อง

- มีการบาดเจ็บในร่างกายหลายตำแหน่ง

ภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)

- แผลกดทับ

- ท่อช่วยหายใจอุดตันจากเสมหะ

- ท่อช่วยหายใจ...

- ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
- การหลุดของสายสวนต่าง ๆ
- การไหลเวียนโลหิตเปลี่ยนแปลง
- กระจกตาแห้ง เป็นแผล รอบตาบวม

วิธีการจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)

๑. ให้ข้อมูลผู้ดูแล
๒. งดน้ำงดอาหาร อย่างน้อย ๑ ชั่วโมง
๓. ดึงนมออกจากสายให้อาหารทางจมูกและปาก
๔. ดึงเสมหะจากปาก จมูก และในท่อช่วยหายใจ
๕. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ผลเอกซเรย์ปอด และการยึดตรึงของพลาสติกเหนียวที่พันท่อช่วยหายใจและผิวหนัง ถอดโครงยึดท่อช่วยหายใจออก
๖. ตรวจสอบที่ติดสายสวนและข้อต่อต่าง ๆ ปลดสายสวนที่ไม่จำเป็นออกชั่วคราว
๗. ใช้แผ่นปิดตา
๘. ถอดเสื้อ จัดสิ่งแวดล้อม นำหมอน ผ้าขี้ผึ้งลำตัวผู้ป่วยออก
๙. ติดโฟม บริเวณ ๑๐ ตำแหน่งที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับ
๑๐. ย้ายที่ตรวจสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG red dot) มาที่ไหล่ ๒ ข้างและชายโครงซ้าย
๑๑. ย้ายที่ตรวจออกซิเจนปลายนิ้ว (probe O₂ sat) ด้านใต้คอและติดที่นิ้วมือด้านที่พลิกขึ้น
๑๒. ย้ายสายสวนปัสสาวะมาไว้ระหว่างขาผู้ป่วย และติดตรึงไว้ที่ต้นขา
๑๓. ประเมินสัญญาณชีพคงที่ก่อนทำ และขณะจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑ ชั่วโมง

๑๔. ติดตามผลค่าก๊าซในหลอดเลือด
๑๕. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ การติดของพลาสติกเหนียวทุก ๑ ชั่วโมง
๑๖. ดึงเสมหะในท่อช่วยหายใจ อย่างน้อย ทุก ๑๒ ชั่วโมง
๑๗. ตรวจสอบว่าลิ้นอยู่ในปาก ผู้ป่วยไม่กัดลิ้นตัวเอง
๑๘. ประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation score) ทุก ๑ ชั่วโมง
๑๙. ใช้ฝารองใต้ปากและคอ เพื่อป้องกันน้ำลายและเสมหะ
๒๐. ประเมินแผลกดทับ และพลิกหน้าผู้ป่วย ทุก ๒ ชั่วโมง
๒๑. ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเป็นระยะ

การป้องกันภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

ผู้ป่วยที่หัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัด ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง มีภาวะปอดแฟบได้ เนื่องจากการใช้หัวใจเทียม ปอดเทียมขณะผ่าตัด อาการปวดแผล ทำให้จำกัดการเคลื่อนไหว ไอขับเสมหะได้น้อย และการใส่สายสวนต่าง ๆ

แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการเกิดปอดแฟบ

๑. ระยะก่อนผ่าตัด
 - ๑.๑ ประเมินความรู้ผู้ดูแลด้วยแบบทดสอบความรู้
 - ๑.๒ ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยชมสื่อการเรียนรู้ เพื่อลดการเกิดปอดแฟบ
 - ๑.๓ เปิดโอกาสให้ถามข้อสงสัย

๒. ระยะ...

๒. ระยะหลังการผ่าตัด

๒.๑ แจกลินมังก์กรในผู้ป่วยเด็ก ๑๘ เดือน - ๖ ปี และไตรโฟลว์ (triflow) ในเด็กอายุมากกว่า ๖ ปี โดยกระตุ้นในดุดบ่อย ๆ ครั้งละ ๒ - ๓ นาที วันละ ๕ - ๑๐ ครั้ง

๒.๒ กระตุ้นให้ผู้ดูแลอุ้มเปลี่ยนท่า ทุก ๒ - ๓ ชั่วโมง ถ้ามีสายระบายทรวงอกให้พิจารณาข้างเดียว

๒.๓ กระตุ้นให้อออย่างมีประสิทธิภาพ กอดหมอนหรือตุ๊กตาขณะไอช่วยลดอาการปวดได้

๒.๔ ประเมินและจัดการอาการปวด

๒.๕ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง (Early ambulate)

การดูแลผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (Nursing management of the newborn with hyperbilirubinemia)

ภาวะตัวเหลืองแบ่งความเสี่ยงเป็น ๒ ชนิด ได้แก่

๑. ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia) มีภาวะตัวเหลืองใน ๒๔ ชั่วโมง ระดับบิลิรูบินในเลือด (Total serum bilirubin : TSB) / ระดับบิลิรูบินที่วัดผ่านผิวหนัง (Transcutaneous bilirubin : TcB) มีค่ามากกว่า ๓ มก. / ดล. / ชม.

๒. ภาวะตัวเหลืองที่กระตุ้นอาการทางประสาท (Neurotoxicity) มักพบในทารกเกิดก่อนกำหนดน้อยกว่า ๓๘ สัปดาห์ มีภาวะพร่องเอนไซม์ (Glucose - ๖ - Phosphate Dehydrogenase : G6PD) ติดเชื้อในกระแสเลือด อัลบูมินในเลือดต่ำกว่า ๐.๓ มก. / ดล. แม่เลือดกรุ๊ปโอ หมู่เลือดอาร์เอส (Rh)

ปัจจัยที่ทำให้เด็กตัวเหลือง

- เด็กได้รับนมแม่ไม่พอ
- ภาวะพร่องเอนไซม์ (Glucose - ๖ - Phosphate Dehydrogenase : G6PD)
- มีการสลายของเม็ดเลือดแดง (hemolysis)
- แม่เลือดกรุ๊ปโอ
- เกิดก่อนกำหนด
- มีเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง
- เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม หรือน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์
- เด็กที่น้ำหนักลดมากกว่า ๗ - ๑๐ % ใน ๒ สัปดาห์แรก

การดูแลป้องกันเด็กมีภาวะตัวเหลืองหลังเกิด

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำนมแม่ให้เพียงพอ น้ำนมส่วนแรกมีส่วนในการขับซีเทอ
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำนมแม่ ทุก ๒ - ๓ ชั่วโมง วันละ ๘ มื้อ ช่วยขับบิลิรูบินออกจากปัสสาวะ

และอุจจาระ

- ประเมินการได้รับนมของผู้ป่วยเด็กให้เพียงพอ น้ำหนักขึ้นมากกว่า ๘ - ๑๐ % จำนวนครั้ง

ปัสสาวะและอุจจาระต่อวัน

- การดูแลติดตามให้กำลังใจ เสริมพลังมารดาในการให้นมบุตร ทั้งก่อนคลอด ห้องคลอด หลังคลอด ติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามมาตามนัด ช่วยให้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมอย่างต่อเนื่อง และถูกวิธี ทำให้ลดการเกิดภาวะตัวเหลืองได้

การพยาบาล

- ประเมินภาวะตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม ติดตามค่าระดับบิลิรูบินในเลือด (Total serum bilirubin : TSB) / ระดับบิลิรูบินที่วัดผ่านผิวหนัง (Transcutaneous bilirubin : TcB) ประเมินด้วยตาเปล่า เฝ้ารอภาวะซีด ไข้ ม้ามโต จุดเลือดออก การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวทารก

- สอนมารดา ก่อนกลับบ้าน การประเมินภาวะตัวเหลืองของลูก การเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ ให้ทดลองทำ ทำแบบทดสอบ และแจ้งช่องทางติดต่อ

เด็กที่มีภาวะเหลืองจากน้ำนมแม่ (breast milk jaundice)

เด็กมีภาวะตัวเหลืองเนื่องจากกินนมแม่ สามารถตัวเหลืองได้นานถึง ๓ เดือน หากหยุดกินนมแม่แล้วจะเหลืองลดลง ในกรณีนี้หากเด็กเหลืองมาก พิจารณางดนมแม่เป็นรายวัน หากเหลืองไม่ถึงเกณฑ์ไม่ต้องส่องไฟ (Phototherapy) และให้นมแม่ต่อได้

การรักษา

๑. การส่องไฟ (Phototherapy) ให้คลื่นแสงสีฟ้า ความยาวคลื่น ๔๖๐ นาโนเมตร ให้การพยาบาลโดยถอดเสื้อผ้าเด็กออก ปิดตา ระยะห่างจากหลอดไฟประมาณ ๓๐ - ๔๐ เซนติเมตร พักส่องไฟแต่ละครั้งได้ ๒๐ - ๓๐ นาที เปลี่ยนหลอดไฟตามระยะเวลาใช้งาน ติดตามค่าระดับบิลิรูบินในเลือด (Total Serum Bilirubin : TSB) / ระดับบิลิรูบินที่วัดผ่านผิวหนัง (Transcutaneous bilirubin : TcB) นัดติดตามและหาสาเหตุ

๒. การนวด นวดเริ่มจากใบหน้า หน้าผาก แก้ม หน้าอก ท้อง หลัง เป็นวงกลม ลงน้ำหนัก - เบา สลับกัน ๕ - ๑๕ นาที ๓ ครั้ง / วัน ร่วมกับการส่องไฟ (Phototherapy) ช่วยกระตุ้นให้เด็กอยากดูดนม ถ้าใส่เคลื่อนไหวดี ลดอาการตัวเหลืองได้

การดูแลให้การพยาบาลในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการเพ้อ (Delirium)

ความเสี่ยงในการเกิด

- ผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
- ได้รับยาต้านซึมเศร้า
- อายุ ๒ - ๑๓ ปี
- ได้รับการรักษาในไอซียูเด็กมากกว่า ๗๒ ชั่วโมง

สาเหตุและการดูแลให้การพยาบาล

๑. เกิดจากภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะซีด ดูแลดูแลเหมาะสม ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
๒. การได้รับยามากหรือน้อยเกินขนาด ดูแลโดยใช้แบบประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation score) แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะถอนยา (WAT - ๑ score)
๓. สิ่งแวดล้อม เสียงดัง แสง การผูกมัด การห่างจากผู้ดูแล ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงกลางวัน - กลางคืน ให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้เข้าเยี่ยมเป็นเวลาตามความเหมาะสม
๔. การติดเชื่อ ดูแลให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
๕. มีการเชื่อมของอวัยวะหลายระบบร่วมกัน ดูแลติดตามและประเมินภาวะเสื่อมของอวัยวะแต่ละระบบ

๖. ความปวด ดูแลประเมินความปวด และให้ยาจัดการความปวด

๗. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดูแลติดตามค่าน้ำตาลในเลือดและให้การรักษา

ภาวะเบาหวานในเด็ก

ชนิดของเบาหวาน

๑. เบาหวานชนิดที่ ๑ (DM type ๑) เกิดได้ตั้งแต่แรกเกิด เกิดจากพันธุกรรม ภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง ดูแลได้โดยปรับการรับประทานอาหาร คำนวณคาร์โบไฮเดรต เจาะค่าน้ำตาลปลายนิ้ว รักษา ระดับน้ำตาลในเลือด การฉีดยาอินซูลิน

๑.๑ แนวทางการรักษา

- รักษาภาวะเลือดเป็นกรด (Diabetic Ketoacidosis : DKA)
- แจ่มขื่นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวาน
- ส่งต่อการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self - Management Education : DSME)

- นัดติดตามทุก ๑ - ๓ เดือน และวัดระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA๑c) ทุก ๓ เดือน

๒. เบาหวานชนิดที่ ๒ (DM type ๒) ส่วนมากเกิดจากภาวะโภชนาการเกิน ดูแลโดยลดความเสี่ยงจำกัดการรับประทานอาหาร ดูแลการออกกำลังกาย รับประทานยา / ฉีดยาอินซูลิน

๒.๑ แนวทางการรักษา

- เน้นการคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานในเด็ก
- ส่งต่อการให้ความรู้เพื่อจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self - Management Education : DSME) เพื่อควบคุมน้ำหนัก ภาวะโภชนาการ

- ส่งตรวจภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า

ปัจจัยเสี่ยง

- น้ำหนักเกินเกณฑ์
- สภาพแวดล้อม
- พฤติกรรมการใช้ชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

การดูแลแบบประคับประคองในเด็กทำในโรคใด ๆ ที่เด็กเสียชีวิตก่อนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ได้แก่ โรคมะเร็งในเด็ก สมอตาย (Hypoxic Ischemia Encephalopathy : HIE) สมอพิการ (Cerebral palsy) สมอสองข้างกลายเป็นโพรงถุงน้ำ (Hydranencephaly) เป็นต้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดูแลประคับประคองผู้ป่วยที่บ้าน (Home palliative care) ทำเมื่อผู้ดูแลยอมรับความตายของผู้ป่วยเด็กได้

๑. มีช่องทางติดต่อกับทางโรงพยาบาล
๒. ให้ความรู้ ข้อมูลให้ผู้ดูแลสามารถประเมินการหายใจได้
๓. ให้ออกซิเจนที่บ้าน
๔. หากมีไข้ ให้อาลดไข้ที่บ้าน หากมีการติดเชื้อติดต่อแพทย์เพื่อดูแลให้ยาปฏิชีวนะ

รับประคองที่บ้าน

๕. หากมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ปวด ดูแลให้ยาอมอร์ฟีนรับประทาน
๖. มีการเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการต่อเนื่อง

การถอดท่อนหยุดเครื่องช่วยหายใจ

ด้านกฎหมาย

ไม่มีกฎหมายเขียนไว้ว่าต้องใช้เครื่องช่วยพยุงชีพไปเรื่อย ๆ ห้ามถอดเครื่องพยุงชีพ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ มีหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ หากใส่ไปแล้ว สามารถถอดได้

ด้านจริยธรรม

- การเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) ผู้ดูแลเป็นตัวแทนเจตนา ถอดท่อช่วยหายใจได้
ไม่มีความผิด

- การทำประโยชน์ (beneficence) ช่วยปลดความทุกข์ของผู้ป่วย
- การไม่ทำอันตราย (nonmaleficence) การยื้อชีวิต รักษาไม่ก่อประโยชน์
- ความยุติธรรม (justice) ลดการใช้ทรัพยากร

ด้านศีลธรรม

ผู้ป่วยจะเสียชีวิตอยู่แล้วแต่ถูกแทรกแซงด้วยเทคโนโลยี เมื่อถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตตามธรรมชาติ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ได้เพิ่มพูนความรู้และความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยเด็ก สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

- นำมาเผยแพร่ต่อพยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพในหน่วยงานให้เข้าใจ และสามารถนำมาใช้กับหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

๒.๓.๓ อื่น ๆ

- ได้รับความรู้ใหม่ ๆ กระตุ้นให้เกิดการสร้างงานวิจัยในหน่วยงานมากขึ้น

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- ในบางเนื้อหาไม่มีเอกสารประกอบการอบรมให้ ทำให้ยากในการจดบันทึก รายละเอียดและเนื้อหาสาระในการอบรมอย่างครบถ้วน

๓.๒ การพัฒนา

- จัดสรุปเนื้อหาโดยการจับใจความสำคัญในส่วนที่ไม่มีเอกสารประกอบการอบรมให้ และสอบถามข้อมูลแก่ผู้บรรยาย เพื่อไขข้อสงสัยและเข้าใจในประเด็นอย่างครบถ้วน เพื่อนำมาเผยแพร่ต่อองค์กร

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ควรมีการพัฒนาความรู้ และเปิดรับข้อมูลใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและการพยาบาล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์สูงสุดในผู้ป่วยและผู้ดูแล

ลงชื่อ มุทริกา ปานานนท์ ผู้รายงาน
(นางสาวมุทริกา ปานานนท์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการประชุม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ



(นายพรเทพ แอ้ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



PEDIATRIC NURSING UPDATE 2024

การประชุมวิชาการ การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ประจำปี 2567



ระหว่างวันที่ 24 - 26 มิถุนายน 2567

ณ โรงแรม ปรินซ์ พาเลซ เขตป้อมปราบ กรุงเทพมหานคร

การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก

การดูแลแบบประคับประคองในเด็กทำใน “โรคใดๆที่เด็กเสียชีวิตก่อนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่”

การดูแลประคับประคองผู้ป่วยที่บ้าน (Home palliative care) ทำเมื่อผู้ป่วยและยอมรับความตายของผู้ป่วยเด็กได้ โดยมีช่องทางติดต่อกับทางโรงพยาบาล ติดตามการหายใจได้ ให้ออกซิเจนที่บ้าน หากมีไข้ ให้ยาลดไข้ที่บ้าน หากมีการติดเชื้อติดต่อ แพทย์ดูแลให้ยาปฏิชีวนะรับประทานที่บ้าน หากมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ปวด ดูแลให้ยาอมอร์ฟินรับประทาน มีการเยี่ยมบ้าน ติดตามอาการต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง

ประเมินภาวะตัวเหลือง ปัจจัยความเสี่ยง ติดตามค่าระดับบิลิรูบินในเลือด (Total serum bilirubin: TSB) / ระดับบิลิรูบินที่วัดผ่านผิวหนัง (Transcutaneous Bilirubin: TcB) ประเมินด้วยตาเปล่า ฝ้าระวังภาวะซึม ไข้ นานโต จุดเลือดออก การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวการก สอนมารดาทก่อนกลับบ้าน การประเมินภาวะตัวเหลืองของลูก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ทดลองทำ ทำแบบทดสอบ และแจ้งช่องทางติดต่อ

ภาวะเบาหวานในเด็ก

ชนิดของเบาหวาน

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (DM type 1) เกิดได้ตั้งแต่แรกเกิด เกิดจากพันธุกรรม ภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง ดูแลได้โดยปรับการรับประทานอาหาร คำนวณคาร์โบไฮเดรต เจาะค่าน้ำตาลปลายนิ้ว รักษาระดับน้ำตาลในเลือด การฉีดอินซูลิน
2. เบาหวานชนิดที่ 2 (DM type 2) ส่วนมากเกิดจากภาวะโภชนาการเกิน ดูแลโดยลดความเสี่ยง จำกัดการรับประทานอาหาร ดูแลออกกำลังกาย รับประทานยา/ฉีดอินซูลิน

เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับวัคซีนในเด็ก

- การเปลี่ยนเข็มฉีดยาทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อได้ ไม่แนะนำ
- ร่างกาย สามารถฉีดวัคซีนหลายเข็มพร้อมกันได้ ในเวลาเดียวกัน
- ในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ยิ่งระยะเวลาในการฉีดวัคซีนห่างกันยิ่งกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีขึ้น
- วัคซีนรวม ทำให้ลดจำนวนการฉีด ลดการทำงานของพยาบาลและแพทย์ลง ราคาโดยรวมลดลง แต่การคงตัวของวัคซีนลดลงด้วยเช่นกัน

การป้องกันภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

ผู้ป่วยที่หัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง มีภาวะปอดแฟบได้ เนื่องจาก การใช้หัวใจเทียม ปอดเทียมขณะผ่าตัด ปวดแผลทำให้จำกัดการเคลื่อนไหว ไอขยับเสมหะได้น้อย และการใส่สายสวนต่างๆ

หลังการผ่าตัด แจกไตรฟลิว (triflow) ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปี โดยกระตุ้นในจุดปอดๆ กระตุ้นให้อออย่างมีประสิทธิภาพ กอดหมอนหรือตุ๊กตาขณะไอช่วยลดอาการปวดได้ ประเมินและจัดการอาการปวด กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง (Early ambulate)

พีเอ็ม 2.5 (PM 2.5) ฝุ่นจิ๋วภัยร้ายใกล้ตัวเด็ก

ฝ้าระวังและปิดการแจ้งเตือนติดตามค่าพีเอ็ม 2.5 (PM 2.5) และปฏิบัติตามแนวทางกำจัดต้นตอสาเหตุของพีเอ็ม 2.5 (PM 2.5) และป้องกัน ดูแลสุขภาพของเด็กตามหลักบ้านห้องปลอดฝุ่น ได้แก่ จัดห้องเด็กในห้องที่ทางเข้าฝุ่นน้อยที่สุดของบ้าน เลี่ยงการกวาด ควรใช้ผ้าชุบน้ำหมาดเช็ดแทน เปลี่ยนแผ่นกรองเครื่องกรองอากาศ ปิดประตูหน้าต่างมิดชิดงดการเผาไหม้ในบ้าน และปลูกต้นไม้ดูดฝุ่น เป็นต้น

การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) ในผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ

การจัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำหน้า 16-20 ชั่วโมง มักทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS) ประโยชน์การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position) เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยให้อุดส่วนล่างขยายตัว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ออกซิเจน ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และช่วยระบายเสมหะ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม

- ต่อตนเอง ได้เพิ่มพูนความรู้ใหม่ที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย และได้ทำความเข้าใจโรคและแนวทางการปฏิบัติมากขึ้น
- ต่อหน่วยงาน นำมาเผยแพร่ต่อพยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพในหน่วยงานให้เข้าใจความรู้และแนวทางใหม่ๆได้มากขึ้น

การนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

พยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพในหน่วยงานได้รับความรู้จากการอบรมแนวทางใหม่ๆในการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ