



Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนามบันทึกข้อความที่ 390,391,393/2568

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th>
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

21 กรกฎาคม 2568 เวลา 10:49

เอกสารแนบ 3 ฉบับ

-  **390(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ดารณี.pdf**
4404K
-  **391(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ญาณัชฌานี.pdf**
7357K
-  **393(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ณัฐชกรณ. pdf**
4881K

แพทย์หญิงพิมพ์

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เจริญทอง

รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พช.วชธ. 197/2568
วันที่ 17 กรกฎาคม 2568



วิทยาลัยเชียงราย

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ 397(11)/2568
ว.ค.ป.ค. 2568 เวลา 16.15
ผู้รับ.....

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล อาจารย์ญาณิษณ์ แก้วตา	ตำแหน่ง : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์	ภาควิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
กิจกรรม :	<input type="radio"/> การสัมมนา <input type="radio"/> การฝึกอบรม <input checked="" type="checkbox"/> การประชุมเชิงวิชาการ <input type="radio"/> การประชุมเชิงปฏิบัติการ <input type="radio"/> อื่นๆ(ระบุ).....
เรื่อง	การประชุมวิชาการ เรื่อง “การพยาบาลเด็ก”
หน่วยงานที่จัด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถานที่จัด	ณ ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Online)
วัน เดือน ปี	วันที่ 16-20 มิถุนายน พ.ศ.2568 (เวลา 08.00 น. -16.30 น.) ระยะเวลา 5 วัน
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่เบิก <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี จำนวน.....3,800..... บาท งบประมาณที่จ่ายจริง <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี จำนวน.....3,800..... บาท งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี จำนวน..... บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับ <input type="radio"/> ไม่ได้รับเนื่องจาก..... <input type="radio"/> ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

การประชุมวิชาการ เรื่อง “การพยาบาลเด็ก” มีรายละเอียด ดังนี้
มีการบรรยายออนไลน์ 5 วัน ดังนี้

วันที่ 1

หัวข้อ Biopsychosocial care for Hospitalization Child โดย พว. ปริภาดา สร้างนอก

1. การดูแลและพัฒนาการของเด็กในโรงพยาบาล โดยเน้นที่การพยาบาลและการสนับสนุนด้านจิตสังคม มีประเด็นสำคัญดังนี้:

- (1) ผลกระทบของการเจ็บป่วยในเด็ก การเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของเด็ก รวมถึงบทบาทของครอบครัวและสถานบริการ
- (2) การพัฒนาทางจิตสังคม ขั้นตอนการพัฒนาทางจิตสังคมตามทฤษฎีของ Erikson และ Freud ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรมของเด็กในช่วงวัยต่างๆ
- (3) การสนับสนุนครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างความผูกพันและสนับสนุนการพัฒนาของเด็ก
- (4) การเตรียมเด็กเพื่อเข้าอยู่โรงพยาบาล พาเด็กเยี่ยมชมหอผู้ป่วย และให้พยาบาลแนะนำการเตรียมตัวเพื่อเข้าอยู่โรงพยาบาล
- (5) บรรยากาศในหอผู้ป่วย คำนึงถึงประโยชน์ของเด็กเป็นหลัก มีสถานที่สำหรับกิจกรรมพิเศษ เช่น มุมอ่านหนังสือ มุมของเล่น
- (6) การเยี่ยมผู้ป่วย อนุญาตให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง เพื่อน ๆ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้เป็นประจำและนานพอสมควร เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของเด็ก

2. การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รักษากับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง แพทย์ควรอธิบายให้พ่อแม่ฟังด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายถึงการวินิจฉัย ขั้นตอนการตรวจและการรักษา

(1) สถานที่สำหรับพ่อแม่หรือผู้ปกครองพักค้างคืนกับเด็ก โรงพยาบาลควรจัดเตรียมสถานที่สำหรับพ่อแม่หรือผู้ปกครองพักค้างคืนกับเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี หรือเด็กป่วยหนัก

(2) การดูแลด้านจิตสังคม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กเกิดความไว้วางใจ มีความรู้สึกปลอดภัยและสบายใจ การสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายตามวัยเพื่อให้เด็กเข้าใจสถานการณ์และขั้นตอนการรักษา โดยอธิบายขั้นตอนและเหตุผลในการรักษาและการเตรียมตัวเด็กก่อนให้การรักษา ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนเด็ก เพื่อให้เด็กมีความรู้สึกอบอุ่นและมั่นคง มีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย จัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก เช่น การเล่นเกม การอ่านหนังสือ เพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล

(3) เน้นการดูแลเด็กในโรงพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการเข้ารักษาในโรงพยาบาล

หัวข้อ "Common GI Problems in Children" โดย ผศ.พิเศษ พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร

1. Acute Diarrhea (ท้องร่วงเฉียบพลัน) ถ่ายเหลว ≥ 3 ครั้ง/วัน หรือมากกว่า 10 กรัม/กก./วันในทารก และ >200 กรัม/วันในเด็กโต การซักประวัติสำคัญ คือลักษณะอุจจาระ อาการร่วม อาหารที่รับประทาน โรคประจำตัว น้ำหนักลด เป็นต้น อาการขาดน้ำ สังเกตจาก

พฤติกรรม ดวงตา ซีพจร ผิวหนัง น้ำตา ปัสสาวะ ฯลฯ แบ่งตามระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง สาเหตุของท้องร่วง 1. Watery stool: ส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส เช่น rotavirus, norovirus 2. Mucous bloody stool: มักเกิดจากแบคทีเรีย เช่น shigella, salmonella แนวทางการรักษา 1. ORT (Oral Rehydration Therapy) สำหรับรายที่ไม่มีภาวะช็อก 2. IV fluids สำหรับรายที่รุนแรงหรือมีภาวะช็อก 3. พิจารณาให้ Antibiotic เฉพาะกรณีมีข้อบ่งชี้

2. Functional Constipation (ท้องผูกเรื้อรังโดยไม่มีโรคทางกาย) ท้องผูกโดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย เช่น การถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ อุจจาระแข็ง เจ็บเวลาถ่าย ฯลฯ การตรวจเพิ่มเติม Film abdomen, electrolyte, thyroid, anorectal manometry, colonic transit study แนวทางการรักษา 1. Disimpaction: ใช้ oral laxatives (PEG, lactulose, mineral oil) หรือ enema 2. ปรับพฤติกรรม การกิน เช่น ดื่มน้ำมากขึ้น, เพิ่มไฟเบอร์ 3. ให้อาหารอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

3. GI Bleeding (เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร) อาการที่บ่งชี้ว่าอันตราย Melena, hematochezia, ซีพจรเร็ว >20 bpm จากเกณฑ์อายุ, ปริมาณเลือดตกมาก, ต้องการ resuscitation หรือ transfusion ประเมินเบื้องต้น 1. ตรวจซีพจร ความดัน (รวม orthostatic) และ capillary refill 2. ให้สารน้ำ/เลือดหากจำเป็น พร้อมค้นหาตำแหน่งเลือดออก เช่น endoscopy

หัวข้อ Common Problem in Pediatric Neurology โดย ผศ.พิเศษ พญ.ศิริโรจน์ สุวรรณโชติ

ปัญหาทางระบบประสาทในเด็กเป็นประเด็นที่สำคัญซึ่งพยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องเพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม การบรรยายโดย พญ.ศิริโรจน์ สุวรรณโชติ จากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ให้ความรู้ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ ได้แก่ ไข้ชัก (Febrile Seizures), โรคลมชักในเด็ก (Pediatric Epilepsy), อาการอ่อนแรง (Weakness) และปัญหาเกี่ยวกับการเดิน (Gait Problems)

1. ไข้ชัก (Febrile Seizures) เป็นภาวะชักที่เกิดในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี โดยไม่มีการติดเชื้อในสมองและไม่มีพยาธิสภาพทางระบบประสาท แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ Simple FS ซึ่งมักเป็นการชักทั้งตัวระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที และไม่มีอาการซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง และ Complex FS ที่มีลักษณะชักเฉพาะที่ ชักซ้ำ หรือชักนานเกิน 15 นาที การรักษาในกรณีทั่วไปควรเน้นการให้ข้อมูลและปลอบโยนผู้ปกครอง ไม่จำเป็นต้องใช้ยากันชักประจำ ยกเว้นในกรณีที่มีการชักซ้ำหรือนาน

2. โรคลมชักในเด็ก (Epilepsy) หมายถึงภาวะที่มีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นอย่างชัดเจน จำแนกตามลักษณะการชัก เช่น ชักแบบเฉพาะที่ (Focal), ชักแบบทั่วทั้งสมอง (Generalized) และชักที่ไม่สามารถจัดประเภทได้ การวินิจฉัยต้องใช้ข้อมูลประวัติ อาการร่วม และการตรวจทางระบบประสาท โดยการรักษาเน้นการใช้ยากันชักให้เหมาะสมกับชนิดของอาการ และควรพิจารณาถึงผลข้างเคียง เช่น อาการผื่น ลมพิษ ภาวะตับอักเสบ รวมถึง Anticonvulsant Hypersensitivity Syndrome ที่มีความรุนแรงและอันตราย

อาการอ่อนแรงและปัญหาการเดินในเด็ก (Weakness & Gait Problems) เป็นสัญญาณบ่งชี้ที่พยาบาลควรประเมินเบื้องต้นให้ครอบคลุม เช่น การประเมินกล้ามเนื้อ การตอบสนองของรีเฟล็กซ์ และการเดิน โดยมีสาเหตุที่หลากหลาย เช่น Guillain-Barré Syndrome, acute cerebellar ataxia, หรือโรคกล้ามเนื้อ เช่น Duchenne muscular dystrophy การจำแนกตำแหน่งของความผิดปกติ (Localization) ระหว่าง upper motor neuron และ lower motor neuron มีความสำคัญเพื่อวางแผนทางการดูแลรักษา

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อจำเป็นต้องมีความเข้าใจในแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นขณะเกิดอาการ เช่น การจัดทำตะแคง รองศีรษะ ปลดเสื้อผ้าที่รัดแน่น และห้ามใส่ของเข้าปาก ซึ่งสามารถลดอันตรายและช่วยเหลือได้อย่างปลอดภัย ทั้งนี้พยาบาลยังควรแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การกินยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการใช้ชีวิตประจำวันอย่างระมัดระวัง

โดยสรุป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ การให้ความรู้แก่ครอบครัว และการสังเกตอาการที่อาจบ่งชี้ถึงโรคทางระบบประสาท การมีความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อ Nutritional Problems in Pediatrics โดย ผศ.พิเศษ พญ.อรพรรณ เอี่ยมโอภาส

โภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตที่เป็น “หน้าต่างทอง” ของการพัฒนาสมองและระบบร่างกาย การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง เติบโตได้ตามเกณฑ์ และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในอนาคต การบรรยายโดย ผศ.พิเศษ พญ.อรพรรณ เอี่ยมโอภาส จากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้เน้นย้ำถึงปัญหาทางโภชนาการในเด็กไทยซึ่งมีทั้งภาวะขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และพฤติกรรมกินที่ไม่เหมาะสม

ในช่วงทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุด เพราะมีสารอาหารครบถ้วน ย่อยง่าย และมีสารภูมิคุ้มกันที่นมผสมไม่มี หากต้องใช้นมผสมควรเลือกตามวัยและใช้ในปริมาณเหมาะสม การให้อาหารตามวัย (Complementary food) ควรเริ่มเมื่ออายุ 6 เดือน โดยเริ่มจากอาหารที่เนื้อเนียน ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ข้าวบด ไข่แดง ผักบด และเนื้อสัตว์ เพื่อเสริมพลังงานและธาตุเหล็กที่นมแม่ไม่เพียงพอในช่วงนั้น ทั้งนี้ควรเพิ่มจำนวนมื้อตามอายุและปรับเนื้อสัมผัสของอาหารให้เหมาะกับพัฒนาการด้านการเคี้ยวกลืนของเด็ก

ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การเริ่มอาหารเสริมเร็วเกินไป ให้เฉพาะข้าว ผัก ผลไม้ แต่ไม่ให้เนื้อสัตว์ ทำให้เด็กขาดธาตุเหล็ก ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง อีกทั้งการให้ขนมหรือน้ำหวานแทนอาหารหลัก ทำให้เด็กได้รับพลังงานแต่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาพฤติกรรมกิน เช่น การป้อนข้าวแบบตามใจ การไม่สร้างวินัยในการกิน และการใช้ขวดนมต่อเนื่องเกินวัย

ภาวะโภชนาการในเด็กสามารถประเมินได้จากการวัดน้ำหนัก ส่วนสูง และพฤติกรรมกิน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ภาวะโภชนาการขาด (เช่น ขาดโปรตีน พลังงาน หรือวิตามิน), ภาวะปกติ และภาวะโภชนาการเกิน เช่น โรคอ้วน เด็กที่มีภาวะอ้วนมักเกิดจากการรับประทานอาหารพลังงานสูงร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย เช่น ในกรณีศึกษาของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมติดจอ ขาดกิจกรรมทางกาย และบริโภคอาหารหวานมัน ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และสัญญาณของภาวะดื้อต่ออินซูลิน

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาภาวะขาดธาตุเหล็กในทารกและเด็กเล็กจากการไม่ยอมกินเนื้อสัตว์ ส่งผลให้เกิดอาการซีด เพลีย การพัฒนาช้าลง และสมาธิสั้น สำหรับวัยรุ่นยังพบปัญหา “Anorexia nervosa” ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความกังวลเรื่องรูปร่าง ทำให้จำกัดอาหารมากเกินไป จนเกิดภาวะขาดสารอาหารรุนแรงและไม่มีประจำเดือน

แนวทางการดูแลโภชนาการในเด็กควรมุ่งเน้นการให้คำแนะนำเรื่องการเลือกอาหารที่มีคุณค่า ปรับพฤติกรรมกิน สร้างวินัยในการกินอย่างเหมาะสมกับวัย และให้เด็กมีส่วนร่วมในการกินอาหาร โดยควรให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองในการสร้างนิสัยการกินที่ดี

โดยสรุป การส่งเสริมโภชนาการในเด็กจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือจากทั้งครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน ให้คำแนะนำ และเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการในเด็กอย่างรอบด้าน เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยเติบโตอย่างแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

วันที่ 2

หัวข้อ Nursing Care for Chronic Illness in Pediatric โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย

บทบาทสำคัญของการดูแลทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเน้นความสำคัญของการจัดการตนเอง ที่เด็ก ๆ เรียนรู้ที่จะจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตามการใช้ยา โภชนาการ และกิจกรรมทางกาย โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล แนวคิดหลักที่กล่าวถึง ได้แก่ การดูแลพัฒนาการ ความผูกพัน การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบไม่กระทบกระเทือนจิตใจ และข้อควรพิจารณาด้านจริยธรรมเกี่ยวกับสิทธิเด็ก ความแตกต่างระหว่างการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยระบุถึงความแตกต่างในการตอบสนองทางสรีรวิทยา การประเมินสุขภาพ และพัฒนาการทางปัญญา งานวิจัยที่กล่าวถึงเน้นย้ำถึงผลกระทบเชิงบวกของการกลับเข้าโรงเรียนในระหว่างการรักษาโรคมะเร็งต่อความเป็นอยู่โดยรวมและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น นอกจากนี้ การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและความสัมพันธ์เชิงบำบัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยได้รับคำแนะนำจากแนวทางความร่วมมือในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแล

แนวคิดหลักของการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ เช่น การดูแลพัฒนาการ ความผูกพัน การดูแลที่เน้นครอบครัว การดูแลผู้บาดเจ็บ สิทธิเด็ก และจริยธรรม ความแตกต่างระหว่างกุมารเวชศาสตร์และผู้ใหญ่ ในด้านสรีรวิทยา การประเมินสุขภาพ อาการและสัญญาณ ปฏิกริยาของยา การบำบัด/พิษ ผลข้างเคียง พัฒนาการทางปัญญา การดูแลตนเอง และการสนับสนุน การพยาบาลที่เน้น การรับรู้ตั้งแต่แรกเริ่ม การรักษาเฉพาะ การปรับปรุงผลลัพธ์ของการดูแล การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการประเมินข้อมูล ตัดสินใจว่าจะจัดการเรื่องใด และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ลงมือปฏิบัติ, สะท้อนการปฏิบัติ

การเอาใจใส่ ไม่ใช่สิ่งที่ดี ๆ ที่พยาบาลควรทำ แต่การเอาใจใส่คือความรู้และการกระทำ แนวคิดทางจริยธรรมและศีลธรรม ความห่วงใยในวินัยการพยาบาล ศิลปะและวิทยาศาสตร์ โดยเจตนา ความสัมพันธ์เชิงบำบัด คือความสัมพันธ์อันดี ความไว้วางใจ ความเคารพ และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ความเห็นอกเห็นใจ การสื่อสารที่มีจุดมุ่งหมาย การถ่ายโอน เป้าหมาย การกำหนดสูตร อารมณ์ขัน

หัวข้อ Dengue/DHF/DSS: Diagnosis and Management โดย พ.ญ.ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา

1. ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) โดยเน้นที่คำจำกัดความ, การวินิจฉัย, การจัดการ และภาวะแทรกซ้อน ไข้เลือดออกมีสาเหตุจากไวรัสเดงกี ซึ่งอยู่ในตระกูล Flaviviridae และมีุงกลายเป็นพาหะนำโรค ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยมีสถิติผู้ป่วยทั้งหมด 105,250 ราย และอัตราการเสียชีวิต (CFR) 0.11% ในปี 2567 ลักษณะทางคลินิกของไข้เลือดออก ได้แก่ ไข้สูง, ภาวะเลือดออก และภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ DHF มีลักษณะเฉพาะคือ ไข้, เลือดออก, ตับโต และการไหลเวียนโลหิตผิดปกติหรือช็อก โดยมีเกณฑ์เฉพาะสำหรับการวินิจฉัย รวมถึงการรั่วของพลาสมา การจัดการ ไข้เลือดออกเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ซึ่งส่งผลต่ออัตราการป่วยและอัตราการตาย

หัวข้อ โรคระบบหายใจในเด็ก โดย พญ. กัญทิมาศ สิทธิกุล

การติดเชื้อทางเดินหายใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท 1. ส่วนบน (URI) ไข้หวัด, คออักเสบ, ไซนัสอักเสบ, หูชั้นกลางอักเสบ 2. ส่วนบน (URI) ไข้หวัด, คออักเสบ, ไซนัสอักเสบ, หูชั้นกลางอักเสบ

1. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในส่วนบนของระบบหายใจ ตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเหนือกล่องเสียง อาการทั่วไปประกอบด้วยไข้ ไอ คัดจมูกและเจ็บคอ โรคนี้มักจะหายได้เองโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส เช่น rhinovirus, adenovirus, influenza virus และ coronavirus นอกจากนี้ยังสามารถเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น Streptococcus pneumoniae และ Haemophilus influenzae ในบางกรณี การแพร่กระจายมักเกิดจากการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อหรือการหายใจเอาเชื้อที่อยู่ในอากาศเข้าไป การรักษามักเน้นที่การบรรเทาอาการ เช่น การใช้ยาลดไข้และยาแก้ปวด. ในกรณีที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย อาจพิจารณาใช้ antibiotics ขึ้นอยู่กับอาการและการวินิจฉัย โดยทั่วไปแล้ว โรคนี้มักจะหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์

2. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (LRI) ปอดอักเสบ, โรคหลอดลมอักเสบ โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง (Lower Respiratory Tract Infection - LRI) คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในส่วนล่างของระบบหายใจ ตั้งแต่หลอดลมไปจนถึงถุงลมในปอด ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเช่น ไอ, หายใจลำบาก มีเสมหะ หายใจเสียงดัง (wheezing), และไข้สูง นอกจากนี้ยังอาจมีอาการเหนื่อยหอบและการหายใจล้มเหลวในกรณีที่รุนแรง มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในเด็กที่มีความเสี่ยง เช่น น้ำหนักตัวต่ำ (LBW) และภาวะขาดสารอาหาร มักเกิดจากเชื้อไวรัส เช่น ไวรัส RSV, ไข้หวัดใหญ่ และเชื้อแบคทีเรีย เช่น สเตรปโตคอคคัส และฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนซา การติดเชื้อเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการอักเสบในหลอดลมและปอด การรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (LRI) รวมถึงการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง, การใช้ท่อช่วยหายใจในกรณีที่มีการอุดกั้นรุนแรงและการให้ออกซิเจนและสารน้ำเพียงพอ อาจใช้ยาปฏิชีวนะเช่น Cloxacillin, Cefuroxime และ Cef ในกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย ผู้ป่วยที่มีการรุนแรงควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ, หลอดลมอักเสบเรื้อรัง, การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน

หัวข้อ การประเมินพัฒนาการในเด็ก โดย พว. รุณวีร์ ธนชัยบุษมารมย์

พัฒนาการหมายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่และวุฒิภาวะของเซลล์และอวัยวะ ทำให้สามารถทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนขึ้นได้ พัฒนาการของมนุษย์มีทิศทางจากบนลงล่าง จากใกล้ไปไกล และจากทักษะทั่วไปไปสู่การเคลื่อนไหวแบบเฉพาะเจาะจง พัฒนาการของมนุษย์ต้องอาศัยวุฒิภาวะและการเรียนรู้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีอัตราที่แตกต่างกัน

เซลล์สมองที่ไม่ได้รับการกระตุ้นตั้งแต่เด็กจะไม่แตกกิ่งก้านสาขา ทำให้เรียนรู้ช้า แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นจะทำให้ใยประสาทแตกกิ่งก้านสาขา ทำให้ฉลาดและเรียนรู้ง่าย สมองซีกซ้ายเกี่ยวกับตรรกะ ส่วนสมองซีกขวาเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ประสบการณ์ในช่วงแรกของชีวิตมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ, กระบวนการคลอด, สภาพแวดล้อมก่อนคลอด และสภาพแวดล้อมหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพในระยะก่อนคลอดหรือแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อย, การรักษาด้วยออกซิเจนนานเกิน 28 วัน, Apgar score ต่ำ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มารดาเป็นวัยรุ่น, มารดามีสติปัญญาอ่อน, สภาพบ้านไม่เหมาะสม, ยากจน

การค้นหาปัญหาพัฒนาการเด็กทำได้โดยการเฝ้าระวังพัฒนาการ (Developmental Surveillance) และการตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Developmental Screening) แบบเฝ้าระวังพัฒนาการ ได้แก่ อนามัย55, DSPM, DAIM แบบคัดกรองพัฒนาการ ได้แก่ Denver II Developmental Screening Test, TDSI, DSI

ภาวะความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ ขาดสมาธิ, ซน, ตื้อต่อต้าน (ADHD) ใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น, ฉุนเฉียวง่าย (Conduct Disorders) Delusion, Hallucination, ทำร้ายตัวเอง (ภาวะความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ระดับรุนแรง)

โดยสรุป เด็กที่ได้รับการกระตุ้นตั้งแต่แรกเกิด จะช่วยให้สมองพัฒนา แข็งแรง และเรียนรู้เร็วขึ้น สมองซีกซ้ายเน้นตรรกะ ส่วนซีกขวาเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก การประเมินพัฒนาการในเด็กช่วยตรวจจับความล่าช้าในการพัฒนาเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การกระตุ้นสมองตั้งแต่เด็กแรกเกิดมีความสำคัญเนื่องจากเซลล์สมองจะมีจำนวนเท่ากัน แต่ถ้าไม่ได้รับการกระตุ้น จะไม่แตกกิ่งก้านสาขา ทำให้การเรียนรู้ช้าและยากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ในอนาคต การกระตุ้นตั้งแต่แรกเกิดจะช่วยให้ใยประสาทแตกกิ่งก้านสาขา ทำให้เด็กฉลาด เรียนรู้ง่าย ว่องไว เข้าใจเหตุผลได้มากขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาทางด้านต่าง ๆ ของเด็กในอนาคต การประเมินพัฒนาการในเด็กใช้วิธีการและเครื่องมือที่หลากหลาย เช่น การเฝ้าระวังพัฒนาการแบบเฝ้าระวังพัฒนาการ (Developmental Surveillance) ซึ่งประกอบด้วยแบบอนามัย55, DSPM, DAIM และการตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Developmental Screening) เช่น Denver II Developmental Screening Test, TDSI และ DSI โดยเครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้สามารถติดตามและประเมินความก้าวหน้าและปัญหาการพัฒนาของเด็กได้อย่างแม่นยำและเป็นระบบ

หัวข้อ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อ โดย นกสร ไชยภักดี ICN

ระยะฟักตัวของโรค ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนมีอาการของโรคปรากฏ (Incubation period) ซึ่งแต่ละโรคไม่เท่ากันจำนวนวันของระยะฟักตัวเป็นเกณฑ์พิจารณาแยกผู้ป่วยหรือในรายที่สงสัย

ระยะแพร่กระจายเชื้อ หรือระยะติดต่อของโรค บางโรคสามารถแพร่กระจายให้ผู้อื่นได้ตลอดเวลาที่ได้รับเชื้อมา บางโรคจะแพร่กระจายเฉพาะช่วงที่มีอาการ/หลังมีอาการ

ระยะเชื้อปรากฏ ระยะเวลาที่ร่างกายมีเชื้ออยู่ในร่างกายและสามารถตรวจพบได้เรียกว่า ระยะเชื้อปรากฏ (Patent period)

ระยะฟักตัวและระยะติดต่อแพร่เชื้อ

วัณโรค ระยะฟักตัว 45 วัน ระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อหลังเริ่มแสดงอาการ ถ้าไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าได้รับการรักษาแล้ว 14 วันหยุดการแพร่กระจายเชื้อ

สுகใส ระยะฟักตัว 8-21 วัน ระยะการติดต่อหรือแพร่กระจายเชื้อตั้งแต่ 48 ชั่วโมงก่อนผื่นขึ้นจนตุ่มน้ำแห้ง

โรคหัด ระยะฟักตัว 8-12 วัน โรคหัด ระยะติดต่อหรือแพร่กระจายเชื้อ ก่อนและหลัง 4 วันที่ผื่นขึ้น

COVID-19 ระยะฟักตัว 2-14 วัน ระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อช่วง 2 วันก่อนที่จะมีอาการ ไปจนถึง 5 วันหลังมีอาการ

RSV ระยะฟักตัว 6-8 วัน ระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ 3-8 วันหลังมีอาการ แต่อาจนานถึง 3-4 สัปดาห์ในเด็กเล็ก หรือเด็กที่มีภูมิคุ้มกัน

บกพร่อง

Influenza A, B ระยะฟักตัว 2-4 วัน ระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ 1 วันก่อนที่จะมีอาการ และสามารถแพร่เชื้อต่อไปได้อีก 3-7 วันหลังจากมีอาการ

มือ เท้า ปาก ระยะฟักตัว 6 วัน ระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อภายใน 7 วันแรก หลังจากเริ่มมีอาการ

Herpes simplex ระยะฟักตัว 3-7 วัน ระยะแพร่กระจายเชื้อตั้งแต่ เริ่มมีอาการนำ จนกระทั่งแผลหายตกสะเก็ด

Dengue Fever ระยะฟักตัว 5-7 วัน ระยะแพร่กระจายเชื้อ 2 วันก่อนถึง 6 วันหลังวันที่เริ่มแสดงอาการ

เมื่ออยู่ได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีกจากผู้ป่วย จะใช้เวลาประมาณ 8 - 12 วันในการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสจนมากพอ จึงจะเป็นระยะติดต่อจากยุงสู่คนได้

Norovirus ระยะฟักตัว 12-48 ชั่วโมง ระยะแพร่กระจายเชื้อหลังจากมีอาการเป็นระยะเวลา 2 วัน

Rota virus ระยะฟักตัว 2-5 วัน ระยะติดต่อแพร่กระจายเชื้อตั้งแต่ 2 วันก่อนเริ่มมีอาการจนกระทั่งหายอุจจาระร่วงไปแล้ว 10 วัน

Adenovirus แบ่งเป็น 2 ระบบ ระบบทางเดินหายใจ ระยะฟักตัว 2-14 วัน ระบบทางเดินอาหารระยะฟักตัว 3-10 วัน ระยะแพร่กระจายเชื้อของโรคตั้งแต่วันแสดงอาการ จนถึง 14 วันหลังจากเริ่มมีอาการ

จุดเน้นสำหรับบุคลากร บุคลากรที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือมีภูมิคุ้มกันโรคหัด สุกใส ต้องสวมหน้ากากชนิด N-95 ให้การดูแลผู้ป่วย

นิยามเชื้อดื้อยา

- MDR: ดื้อต่อยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 3 กลุ่มที่มีใช้ใน รพ.
- XDR: ดื้อต่อยาปฏิชีวนะเกือบทุกชนิด ที่มีใช้ใน รพ. แต่ยังไม่ถึงสองกลุ่ม
- PDR: ดื้อต่อยาปฏิชีวนะทุกชนิดที่มีใช้ในโรงพยาบาล

กรณีพบผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อไปสู่บุคคลอื่นได้

เมื่อพบผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ขณะ Admit ในหอผู้ป่วย ต้องรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้ออะไรการจัดการเมื่อพบผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ เช่น แยกผู้ป่วย, สอบสวนโรค, คัดกรองผู้ป่วย/ญาติ/บุคลากร, สอบถามประวัติการได้รับวัคซีน, ฉีดวัคซีน, ให้ความรู้, ฝ้าระวัง ต้องรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้ออะไร ติดต่อยังไง, ใช้น้ำยาทำลายเชื้อ, การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์, การจัดการผ้าและขยะ, การให้ความรู้แก่บุคลากรและญาติ การป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และญาติผู้ดูแล โดยมีแนวทางที่สำคัญดังนี้:

1. **แยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อ:** ควรแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มอื่นและสอบสวนโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น
2. **สอบสวนโรคและคัดกรอง:** คัดกรองผู้ป่วย, ญาติ, และบุคลากรที่มีความเสี่ยง รวมถึงสอบถามประวัติการได้รับวัคซีน เพื่อป้องกันการระบาด
3. **ความรู้และการให้คำแนะนำ:** ให้ความรู้แก่บุคลากรและญาติในเรื่องการป้องกันโรค การใช้น้ำยาทำลายเชื้อ และการปฏิบัติตนที่ปลอดภัย

4. การใช้วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างถูกวิธี: การใช้ผ้าเย็บทำลายเชื้อ น้ำยาทำความสะอาดมือ รวมถึงการบริหารจัดการอุปกรณ์และขยะอย่างถูกต้อง
5. การป้องกันจากการแพร่กระจายทางอากาศ: เช่น การใช้เครื่อง UV-C หรือเครื่องอบ Hydrogen Peroxide ในการฆ่าเชื้อภายในโรงพยาบาล
6. การดูแลและคุ้มครองบุคลากรและผู้ป่วยในระยะติดเชื้อ: คือ การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด

โดยรวมแล้ว การควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือและการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามแนวทางของหน่วยงานสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาที่สำคัญในด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากมีผลกระทบต่อ การดูแลและการรักษาผู้ป่วยดังนี้

1. ลดประสิทธิภาพของยารักษา: เชื้อดื้อยาไม่ตอบสนองต่อยาปกติ ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยากขึ้น ต้องใช้ยาที่มีความแรงหรือซับซ้อนมากขึ้น เช่น ยาในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงสูง ซึ่งอาจทำให้ผลข้างเคียงรุนแรงขึ้น.
2. เพิ่มเวลาการรักษาและความเสี่ยงติดเชื้อซ้ำ: เนื่องจากการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จในระยะเวลาที่กำหนด อาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อซ้ำและภาวะแทรกซ้อน.
3. เพิ่มภาระงานและค่าใช้จ่าย: การใช้ยาที่แพงขึ้น การดูแลที่ซับซ้อน และการป้องกันการแพร่เชื้อที่เข้มงวดยิ่งขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและผู้ป่วยสูงขึ้น.
4. เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อดื้อยาไปยังบุคลากรและผู้อื่น: เชื้อดื้อยาแพร่กระจายได้ง่ายและอาจทำให้เกิดการระบาดในชุมชนและโรงพยาบาล การควบคุมเชื้อเป็นไปได้ยากขึ้น.
5. จำกัดทางเลือกในการรักษา: เนื่องจากหลายยามีการต้านทานเชื้อดื้อยา ทำให้แพทย์ต้องพิจารณาเลือกยาที่มีผลน้อยลง รวมถึงอาจจำเป็นต้องใช้ยาที่ซับซ้อนหรือมีผลข้างเคียงมากขึ้น

ดังนั้น เชื้อดื้อยาไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการรักษา แต่ยังมีผลกระทบในด้านความปลอดภัยและทรัพยากรของระบบสุขภาพในภาพรวมด้วย

วันที่ 3

หัวข้อ Palliative Care เสนอโดย พว. วาณี แม่นยำ

การดูแลแบบประคับประคองในเด็ก หรือ Palliative Care เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรุนแรงหรือโรคที่คุกคามชีวิต รวมถึงการให้การสนับสนุนครอบครัวตลอดกระบวนการรักษา ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคไปจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และยังรวมถึงการดูแลภายหลังจากการสูญเสียเด็กไปแล้ว โดยการดูแลจะครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผ่านการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และพระจิตอาสา

การแบ่งกลุ่มโรคของผู้ป่วยเด็กที่เหมาะสมกับการดูแลแบบ Palliative Care ตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์อังกฤษ แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ กลุ่มที่ 1 โรคที่คุกคามชีวิต เช่น มะเร็ง HIV ที่รักษาไม่ได้ กลุ่มที่ 2 โรคที่อายุขัยสั้น เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม HIE กลุ่มที่ 3 โรคเรื้อรังรุนแรงที่เลวลงต่อเนื่อง เช่น ความพิการทางสมองรุนแรง กลุ่มที่ 4 โรคที่ไม่หายแต่ไม่ลุกลาม เช่น Cystic fibrosis ความพิการรุนแรง ทั้งนี้ พิจารณาเพิ่มเกณฑ์อื่นร่วม เช่น เข้ารพ.ด้วยภาวะฉุกเฉิน ≥ 3 ครั้งใน 6 เดือน รพ.นาน > 3 สัปดาห์โดยอาการไม่ดีขึ้น

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบ Palliative Care ในเด็ก 1. Patient & Family as Unit of Care ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล 2. Multidisciplinary Team ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด เภสัชกร วิศวกร แพทย์ และพระจิตอาสา 3. การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (4C) Centered at patient and family Comprehensive Coordinate Continuous 4. กระบวนการดูแล เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแล (Advance Care Plan) การจัดการอาการต่าง ๆ เช่น ปวด หายใจลำบาก การดูแลระยะท้าย และ bereavement care

การประเมินผู้ป่วยแบบ 9 มิติ (EPEC Model) ประวัติการเจ็บป่วย อาการทางกาย อาการด้านจิตใจ ความสามารถในการตัดสินใจ การได้รับข้อมูล สภาวะทางสังคม ความต้องการทางจิตวิญญาณ ความต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การเตรียมตัวตาย

กิจกรรมเสริมคุณภาพชีวิต กิจกรรมสานฝัน: พาเด็กไปเที่ยว ทำกิจกรรมตามฝัน การร่วมงานศพ: เพื่อแสดงความอาลัยและช่วยเหลือครอบครัว สนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย: เช่น รถพยาบาล ยาอาการทำชีวิต การบริจาคสิ่งของ/อุปกรณ์ช่วยเหลือ

Nursing Care in Pediatric Cancer Patients โดย พว. พรทิพย์ แพกระจำง

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในเด็กแบ่งตามวัย เด็กเล็ก (Toddler 1-3 ปี) เริ่มพัฒนาทางด้านภาษาและการเคลื่อนไหว มีแนวคิดแบบจินตนาการ เด็กโต (Preschool 3-6 ปี) เข้าใจความเป็นจริงแบบง่าย ๆ, เริ่มมีการสื่อสารที่ชัดเจน วัยรุ่น มีความเข้าใจในกระบวนการรักษาและสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้มากขึ้น

เป้าหมาย รักษาคุณภาพชีวิตมุ่งเน้นการให้การรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่

ผลกระทบจากโรคมะเร็ง การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่อาจล่าช้า คุณภาพชีวิตที่ลดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

การรักษา เคมีบำบัด ไซยาเคมีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง โดยอาจใช้เป็นการรักษาหลักหรือร่วมกับวิธีอื่น รังสีรักษา ใช้รังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมักใช้ร่วมกับการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด CAR-T cell การรักษาที่ใช้เซลล์ T ที่ถูกดัดแปลงพันธุกรรมเพื่อโจมตีเซลล์มะเร็ง โดยมีประสิทธิภาพสูงในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งเม็ดเลือดขาวบางชนิด

ผลข้างเคียง อาการทางเดินอาหารอาจเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งมักเกิดขึ้นจากเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันต่ำ การกดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น ผิวหนังอักเสบอาจเกิดการระคายเคืองหรืออักเสบที่ผิวหนังบริเวณที่ได้รับ การรักษาด้วยรังสี

การดูแลหลังการรักษา การติดตามอาการตรวจสอบสุขภาพและอาการข้างเคียงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี และการสนับสนุนจิตใจให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้คำปรึกษาหรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน เพื่อช่วยให้พวกเขาปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

หัวข้อ การพยาบาลโรคไตในเด็ก โดย นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล

หน้าที่ของไต การรักษาสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การขับของเสีย เช่น ยูเรีย (Urea) ครีเอตินิน (Creatinine/ Cr) เก็บสารบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น กลูโคส และหลังฮอร์โมน

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับไตทั่วไปในเด็ก เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีไข้สูง มักมีไข้สูงไม่ทราบสาเหตุโดยเฉพาะรายที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี

เนื้อหายังระบุถึงวิธีการเก็บปัสสาวะ 1. แปะถุง (strap-on bag) มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อจากผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ไม่แนะนำให้ใช้ในการเพาะเชื้อ 2. Clean-catch, midstream void แนะนำให้ใช้ในเด็กที่สามารถควบคุมการปัสสาวะได้แล้ว 3. Urethral catheterization แนะนำให้ใช้ในเด็กที่ยังไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะได้ ให้ผลที่นำเชื้อถือน้อยมาก 3. Suprapubic aspiration แม่นยำมากที่สุด แนะนำให้ใช้ในทารกและเด็กเล็ก

การตรวจปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis/UA) เป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้น การเพาะเชื้อในปัสสาวะ (urine culture) เป็นการวินิจฉัย ต้องทำก่อนให้ยาต้านจุลชีพทุกราย ความสำคัญของการเพาะเชื้อปัสสาวะในการระบุการติดเชื้อ ยืนยันการวินิจฉัยช่วยในการเลือกใช้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสม

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) คือภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือวัน ทำให้ไม่สามารถกรองของเสียออกจากเลือดได้ตามปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่การสะสมของของเสียในร่างกายและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ AKI สามารถจำแนกตามสาเหตุได้เป็น 3 ประเภทหลักคือ ภาวะก่อนไต (pre-renal) ภาวะในไต (renal) และภาวะหลังไต (post-renal) การจัดการ AKI มักเกี่ยวข้องกับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไตวาย การดูแลประคับประคอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงหรือภาวะติดเชื้อ และการจำแนกประเภท ภาวะก่อนไต (Pre-renal AKI) สาเหตุเกิดจากการไหลเวียนของ

เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะเลือดออก ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือการใช้ยาบางชนิดที่ส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังไต ภาวะในไต (Renal AKI) สาเหตุเกิดจากความเสียหายโดยตรงต่อเนื้อไต เช่น การติดเชื้อ การได้รับยาหรือสารพิษที่มีผลต่อไต, โรคไตอักเสบหรือการอุดตันของหลอดเลือดในไต ภาวะหลังไต (Post-renal AKI) สาเหตุเกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะไม่สามารถไหลออกจากไตได้ เช่น นิ่วในไต ภาวะต่อมลูกหมากโตหรือเนื้องอกในทางเดินปัสสาวะ กลยุทธ์การจัดการ 1. การแก้ไขสาเหตุระบุและแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิด AKI เช่น การให้สารน้ำทดแทนสำหรับภาวะขาดน้ำ การรักษาการติดเชื้อ การหยุดยาที่เป็นพิษต่อไต, หรือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ 2. การดูแลระดับประคอง การควบคุมปริมาณของเหลว ตรวจสอบและปรับสมดุลของเหลวในร่างกาย โดยอาจต้องจำกัดปริมาณของเหลวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน หรือให้สารน้ำเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ การควบคุมอิเล็กโทรไลต์ตรวจสอบและแก้ไขความผิดปกติของระดับโซเดียม โพแทสเซียมและแคลเซียมในเลือด การควบคุมความดันโลหิต: รักษาความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การให้อาหาร จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยอาจต้องพิจารณาการให้อาหารทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยบางราย การรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น การรักษาภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ภาวะติดเชื้อ หรือภาวะเลือดออก 3. การบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยที่มีภาวะ AKI รุนแรง อาจจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือด (hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) เพื่อช่วยกำจัดของเสียและของเหลวส่วนเกินออกจากร่างกาย

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะน้ำเกิน การสะสมของน้ำและของเหลวในร่างกาย อาจทำให้เกิดอาการบวม หายใจลำบาก หรือหัวใจล้มเหลว ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) การสะสมของโพแทสเซียมในเลือด อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้นได้

หัวข้อ การดูแลโรคหัวใจในเด็ก โดย นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา

ความสำคัญของโรคหัวใจแต่กำเนิด (CHD) 1. ความชุก CHD เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีอัตราเกิดประมาณ 8-10 รายต่อการเกิด 1,000 ราย และมีผู้ป่วยใหม่กว่า 5,000 รายต่อปี 2. ภาวะแทรกซ้อน อาจนำไปสู่การเสียชีวิตในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในวัยทารกและต้องการเทคโนโลยีขั้นสูงในการตรวจสอบและการจัดการ 3. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ CHD เป็นความท้าทายที่สำคัญ รวมถึงการรอคอยการผ่าตัดที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงและความจำเป็นในการมีทีมแพทย์เฉพาะทางและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

อาการที่สำคัญของโรคหัวใจแต่กำเนิด 1. ซีดหรือเขียว อาการเขียวที่ผิวหนังหรือนิ้วมือ 2. หายใจลำบาก เช่น เหนื่อยง่ายหลังจากการกินนมหรือกิจกรรม 3. หัวใจเต้นแรงและเร็ว อาจมีอาการเหงื่อออกและหายใจเร็ว รวมถึงการขยายตัวของหัวใจและตับ

การตรวจคัดกรองโรคหัวใจในทารกแรกเกิดมีความสำคัญเพื่อให้สามารถระบุและรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิดได้อย่างทันท่วงที โดยมีขั้นตอนหลักดังนี้ 1. การเก็บข้อมูล เริ่มต้นด้วยการรวบรวมประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและการตรวจร่างกายของทารก เพื่อค้นหาสัญญาณหรืออาการที่อาจบ่งชี้ถึงปัญหาหัวใจ เช่น เสียงหัวใจผิดปกติหรืออาการเหนื่อยง่าย 2. การวิเคราะห์และพิจารณา หลังจากการตรวจร่างกาย แพทย์จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลและพิจารณาทางเลือกในการรักษา โดยอาจมีการใช้เทคโนโลยีการตรวจสอบเพิ่มเติม เช่น อัลตราซาวด์หัวใจ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย 3. การประชุม การหารือกับทีมแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและทำการตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับการรักษาและการดูแลทารก

เครื่องมือพื้นฐานในการวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็ก 1. X-ray หน้าอก (CXR) ใช้ในการประเมินขนาดและรูปร่างของหัวใจ, การไหลเวียนของเลือดในปอด (PBF), และหลอดเลือดใหญ่ 2. ECG (การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ)**: ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ, จังหวะ, การขยายของห้องหัวใจ, และแกนของหัวใจ 3. อัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiography) เครื่องมือที่ไม่รุกรานและง่ายต่อการใช้ ซึ่งสามารถวินิจฉัยกรณีโรคหัวใจได้เกือบทั้งหมด

วิธีการรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิด 1. การสังเกต ฝ้าระวังอาการและพัฒนาการของผู้ป่วย 2. การใช้ยา ยาที่เหมาะสมเพื่อควบคุมอาการ 3. การแทรกแซงด้วยการสวนหัวใจ (Catheter intervention) ใช้เทคนิคการสวนเพื่อแก้ไขปัญหาหัวใจ 4. การผ่าตัด อาจมีการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมหรือปรับปรุงการทำงานของหัวใจ

การสื่อสาร สิ่งสำคัญในการให้ข้อมูลและการตัดสินใจของครอบครัว ใช้ภาษาง่ายๆ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ตัดสินใจ สรุปเป็นระยะ ให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เหมาะสม ถูกต้องและทำได้จริงพร้อมเสนอทางเลือกแต่ละทาง หรือข้อดีข้อเสีย ให้เวลาในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารที่ดีเป็นสิ่งที่ต้องการเสมอ

หัวข้อ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชัก โดย พว. ปิยะนารถ พรหมมาสกุล

โรคลมชัก (Epilepsy): อธิบายถึงภาวะที่เกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติ ทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทที่ผิดปกติและนำไปสู่อาการชักที่เกิดขึ้นซ้ำๆ

การประเมิน (Assessment): การประเมินผู้ป่วยเพื่อระบุปัจจัยกระตุ้น ชนิดของการชัก ประวัติการเจ็บป่วย และอาการแสดงต่างๆ

การตรวจวินิจฉัย: การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อหาสาเหตุของอาการชัก

การรักษา: แนวทางการรักษาต่างๆ เช่น การใช้ยากันชัก อาหารคีโตน การกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (VNS) และการผ่าตัด

การดูแลทางการพยาบาล: การป้องกันการบาดเจ็บ การดูแลระบบทางเดินหายใจ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และการจัดการกับภาวะชักจากไข้สูง

โรคทางระบบประสาทและสมองที่เกิดจากภูมิคุ้มกัน: โรคกลุ่มปลอกประสาทของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น NMOSD, MS, ADEM, ATM รวมถึง Autoimmune Encephalitis เช่น Anti- NMDA encephalitis และ Rasmussen encephalitis

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง 1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2. การระบุปัญหาสุขภาพ (Nursing Diagnosis) 3. การวางแผน (Planning) และการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) รวมถึงการประเมิน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ช่วยแพทย์ในการเจาะน้ำไขสันหลัง / วิเคราะห์น้ำไขสันหลังในเบื้องต้น เพื่อวางแผนการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

วันที่ 4

หัวข้อ common skin problems and pitfall in drug allergy โดย พญ.นุชนาฏ รุจิเมธาภาส

โรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (Atopic dermatitis หรือ eczema) ในเด็ก มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามช่วงอายุของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะมีอาการคัน ผิวแห้ง ผื่นแดง และอาจมีน้ำเหลืองซึมได้ ตำแหน่งที่เกิดผื่นจะแตกต่างกันไปตามวัย โดยในเด็กเล็กมักพบผื่นที่ใบหน้า แก้ม หน้าผาก ท้ายทอย และบริเวณผิวหนังด้านนอกของแขนขา ในขณะที่เด็กโตและผู้ใหญ่มักพบผื่นบริเวณข้อพับแขนขา ลำคอ และข้อมือข้อเท้า

เกณฑ์การวินิจฉัย: อาการคันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาประวัติผื่นแห้ง มีประวัติภูมิแพ้หรือโรคหอบหืด

โรคผิวหนังที่พบบ่อยในเด็ก

1. Atopic Dermatitis (AD)

เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก สาเหตุเกิดจากปัจจัยทั้งทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเริ่มพบได้ตั้งแต่ 6 เดือนแรกของชีวิต โดยผื่นจะคัน แดง มีตุ่มน้ำ และตกสะเก็ดตำแหน่งขึ้นอยู่กับวัย เช่น เด็กเล็กมักเป็นที่แก้ม หน้าผาก ส่วนเด็กโตจะพบที่ข้อพับ

2. Diaper Dermatitis

เป็นผื่นผ้าอ้อม เกิดจากความอับชื้น การเสียดสี และการสัมผัสกับปัสสาวะหรืออุจจาระมักเว้นรอยพับของผิวหนังไว้แนวทางการดูแล คือ รักษาความสะอาด เปลี่ยนผ้าอ้อมบ่อย ใช้ barrier cream และ steroid อ่อนถ้าจำเป็น

3. Candida Infection

เกิดได้ง่ายในทารก โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้น เช่น ปาก (thrush) หรือบริเวณผ้าอ้อม ลักษณะเฉพาะคือมีผื่นแดงรอบจุดใหญ่ (satellite lesion) รักษาด้วยยาฆ่าเชื้อรา เช่น nystatin

4. Tinea (Dermatophyte infection)

ลักษณะเด่นคือผื่นวงกลม มีขอบนูน คัน ตรวจด้วย KOH พบเส้นใยเชื้อรา รักษาด้วยยาทาฆ่าเชื้อราอย่างต่อเนื่อง 2-3 สัปดาห์

5. Seborrheic Dermatitis (Cradle Cap)

พบในทารกอายุไม่เกิน 3 เดือน ลักษณะเป็นขุยเหลืองที่หนังศีรษะ หายได้เองภายใน 8-12 เดือน แต่สามารถใช้ยาทา mild steroid หรือ antifungal ช่วยได้

6. Hand-Foot-Mouth Disease (HFMD)

เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น Coxsackievirus อาการมีไข้ แผลในปาก ผื่นตุ่มน้ำที่มือ เท้า และก้น บางรายมีผื่นลักษณะ atypical เช่น eczema herpeticum-like, petechiae รักษาแบบประคับประคอง

ภาวะแพ้ยาก็แสดงออกทางผิวหนัง

1. Urticaria และ Angioedema พบเป็น wheal and flare คัน บวม เป็นอยู่ไม่กี่ชั่วโมง อาจเกี่ยวข้องกับยาหลายชนิด เช่น NSAIDs, penicillin, ACEIs

2. Exanthematous Drug Eruption เป็นผื่นคล้ายหัด มักเริ่มหลังเริ่มยา 1-2 สัปดาห์ มักไม่มีผลต่อเยื่อเมือก มักหายเองเมื่อหยุดยา

3. DRESS Syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) เป็นอาการแพ้รุนแรง เริ่มหลังได้ยานาน 2-6 สัปดาห์ อาการหลัก ผื่น คัน ไข้ ตับอักเสบ ต่อม้ำเหลืองโต มี eosinophil สูง ยาที่เกี่ยวข้องบ่อย: ยากันชัก, ยาปฏิชีวนะ, NSAIDs รักษาด้วยการหยุดยา และให้ systemic corticosteroids

4. Stevens-Johnson Syndrome (SJS) และ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) อาการรุนแรงมาก ผื่นหลุดลอกเหมือนแผลไฟไหม้ มีแผลที่เยื่อเมือก ตา ปาก มักเกิดจากยากลุ่ม sulfa, antiepileptics, antibiotics ควรรีบหยุดยา ส่ง ICU หรือ burn unit ให้การดูแลแบบผู้ป่วยวิกฤต

โรคที่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นผื่นแพ้ยา

- Roseola (HHV-6) ผื่นเกิดหลังไข้ลด โดยเริ่มที่ลำตัวก่อน → แขนขา

- Measles (หัด) เริ่มจากไข้สูงร่วมกับไอ คัดจมูก ตาแดง ตามด้วยผื่นขึ้นที่หน้า แล้วลามลง มี Koplik's spots ในปากเป็น

ลักษณะจำเพาะ

- โรคอีริเทมา มัลติฟอรัม สตีเวนส์-จอห์นสัน กลุ่มอาการและการสลายของผิวหนังที่เป็นพิษ การติดเชื้อในปอด ภาวะเลือดออกในปัสสาวะ ไตอักเสบ และไตวาย แผลในหลอดอาหารหรือหลอดลม ตับและม้ามโตพร้อมกับระดับเอนไซม์ทรานซามินาสีสูง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

- โรคคาวาซากิ เยื่อぶตาอักเสบโดยไม่มีสารคัดหลั่ง เยื่อぶตาแดงแห้ง

การจัดการ

ควรหยุดยารักษาทั้งหมดที่ได้รับภายใน 2 เดือนก่อน จัดผู้ป่วยอยู่ห้องไอซียูหรือห้องแยกสมดุเล็กโทรไลต์ ให้สารน้ำสารอาหารทางเส้นเลือด การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อซ้ำ ส่งปรึกษาจักษุวิทยา ให้ยารักษาอาการแพ้ทางปาก/เส้นเลือด

Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever โดย พว. สุภาพร บัวบาน

โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีุงกลายเป็นพาหะ ระยะฟักตัวในคน: 5-8

วัน ผู้ติดเชื้ออาจมีอาการตั้งแต่ไม่รุนแรง ไปจนถึงมีภาวะร้ายของพลาสมาและช็อก

ระยะของโรค

1. ระยะไข้ (Febrile phase): ไข้สูง 2-7 วัน ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน
2. ระยะวิกฤติ (Critical phase): เกิดพลาสมารั่วภายใน 24-48 ชม. มีโอกาสเกิดภาวะช็อก: Pulse เบาเร็ว, Pulse Pressure \leq 20 mmHg
3. ระยะฟื้นตัว (Convalescence): อาการดีขึ้น ปัสสาวะออกมากขึ้น อาจพบภาวะน้ำเกิน (Fluid overload) และภาวะแทรกซ้อนอื่น

การจำแนกระดับความรุนแรง (Severity Grade)

Grade I: ตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวก Grade II: มีเลือดออกเล็กน้อย Grade III: ช็อก – pulse pressure แคบ Grade IV: ช็อกรุนแรง – วัด BP ไม่ได้, ไม่คลำชีพจร

หลักการให้สารน้ำ

เน้นการคงสมดุลการไหลเวียน ให้สารน้ำตาม Maintenance + 5% Deficit ระหว่างช่วงรื้อพลาสมา

หลีกเลี่ยงการให้เกิน โดยใช้หลัก Holiday & Segar คำนวณ

การพยาบาลในแต่ละระยะ

ระยะไข้: เช็ดตัวลดไข้ ให้พาราเซตามอล (ห้ามใช้ NSAIDs) กระตุ้นให้ดื่ม ORS หรือผลไม้ ติดตาม I/O, CBC และ Electrolyte

ระยะวิกฤติ: ประเมินภาวะช็อก (BP, PR, CRT, O₂ sat) เจาะ Hct ทุก 4–6 ชม. หรือถ้าช็อกทุก 2 ชม. ควบคุมอัตราน้ำให้แม่นยำ ป้องกันภาวะน้ำเกิน ติดตาม urine output (> 0.5 ml/kg/hr) ติดตาม Lab (CBC, LFT, Coag, BS)

ระยะฟื้นตัว: สังเกต pulse ช้า ปัสสาวะออกมาก ดูแลอาการคันตามตัว ผื่นฟื้นตัว ระวังภาวะ electrolyte imbalance เช่น Hypokalemia, Hypocalcemia

สัญญาณเตือน (Warning Signs)

อ่อนเพลียเมื่อใช้ลดปวดท้อง อาเจียนมาก ซึม มือเท้าเย็น เหงื่อออก ปัสสาวะน้อยลงใน 4–6 ชม เลือดออกผิดปกติ เช่น เหงือก จมูก การประเมินทางการพยาบาล

ใช้แบบประเมิน Dengue Pediatric Early Warning Score (DPEWS) 4 ด้าน: ระบบไหลเวียนโลหิต

การหายใจ พฤติกรรม ความกังวลของญาติ

บทบาทของพยาบาลในแต่ละจุด

OPD: คัดกรอง ชักประวัติ ตรวจ CBC/NS1 นัดติดตาม ER: ตรวจ shock ประเมิน CR, V/S, เริ่มสาร

น้ำและเจาะ Lab WARD: เฝ้าระวังภาวะเลือดออก ช็อก น้ำเกิน บันทึกร V/S และ I/O อย่างใกล้ชิด

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

น้ำเกิน (Fluid overload): หายใจลำบาก บวม ปัสสาวะลด ตับวาย: สับสน เพื่อ ALT/AST สูง ไตวาย: ปัสสาวะลด BUN/Cr สูง

Hypoglycemia / Hyperglycemia Electrolyte imbalance: hypoNa, hypoK, hypoCa

ข้อควรระวังในการจำหน่ายผู้ป่วย

อาการดีขึ้นอย่างน้อย 24 ชม. หลังไข้ลด รับประทานและขับถ่ายได้ดี เกล็ดเลือด > 50,000, Hct ลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

หลีกเลี่ยงกิจกรรมกระทบกระแทก 1–2 สัปดาห์ เฝ้าระวังคนในบ้าน – หากมีไข้สูงให้รีบพบแพทย์ ติดตามอาการตามนัด รณรงค์ 3 เก็บ (เก็บบ้าน เก็บขยะ เก็บน้ำ) ป้องกันยุงลาย

หัวข้อ Oxygen therapy nursing management โดย พว.ศิรินทิพย์ ยูชูพี

การพยาบาลและการให้ออกซิเจนบำบัด (Oxygen Therapy)

ออกซิเจนถือเป็น “ยาชีวิต” ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน การให้ออกซิเจนต้องพิจารณาความเหมาะสม

ปริมาณ วิธีการ และการเฝ้าระวังผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด

ข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจน

ภาวะหายใจลำบาก ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) เช่น SpO₂ < 90% (เด็ก) / < 94% (ผู้ใหญ่) โรคทางปอด: ปอดบวม,

หอบหืด, ปอดอักเสบ ช็อก ภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการผ่าตัด/ดมยาสลบ

วิธีการให้ออกซิเจน (Modes of Delivery)

A. Low-Flow System

Nasal Cannula FiO₂ 24–44% เด็ก: 0.5–2 L/min ผู้ใหญ่: ไม่เกิน 6 L/min

Simple Face Mask FiO₂ 40–60% Flow rate ≥ 5 L/min

Partial Rebreather Mask FiO₂ ~60–80%

Non-Rebreather Mask (NRBM) FiO₂ 90–100% ใช้ในภาวะฉุกเฉิน

B. High-Flow System

Venturi Mask (ควบคุม FiO₂ ได้แม่นยำ)

High-Flow Nasal Cannula (HFNC) ให้ความชื้น อุณหภูมิ และอัตราการไหลสูง ลดแรงต้านทางเดินหายใจ

C. Oxygen Hood / Incubator

สำหรับทารกแรกเกิด ควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น และออกซิเจน

ข้อควรระวัง

ห้ามใช้ไฟฟ้า/ประกายไฟใกล้แหล่งออกซิเจน ห้ามทาวาสลิน/ผลิตภัณฑ์มัน ๆ บริเวณจมูกหรือปาก ดูแลให้สายออกซิเจนไม่พันหรืออุดตัน ติดตามสัญญาณชีพ SpO₂ อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการให้ออกซิเจน

สังเกตอาการของผู้ป่วย: หายใจโล่งขึ้น สีผิวดีขึ้น ค่า SpO₂: ≥ 94% (ผู้ใหญ่), ≥ 92–95% (เด็ก) ตระดับความรู้สึกตัว (GCS)

ตรวจสอบ PaO₂ / ABG ถ้าจำเป็น

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ออกซิเจน

Drying of mucosa (ถ้าไม่มี humidifier) Oxygen toxicity (ให้ความเข้มข้นสูงเกิน 24–48 ชม. Hypoventilation ในผู้ป่วย COPD Retinopathy of Prematurity (ROP) ในทารกคลอดก่อนกำหนด

บทบาทของพยาบาล

ประเมินอาการและระดับความจำเป็นในการให้ออกซิเจน เลือกอุปกรณ์และ flow rate ให้เหมาะสม ติดตามผลอย่างใกล้ชิด (SpO₂, ABG, RR, HR) ให้ความรู้กับผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับอุปกรณ์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลเครื่องมือให้ปลอดภัย

แนวทางปฏิบัติในการให้ออกซิเจนแก่เด็ก

ใช้ flow ต่ำ เริ่มจาก nasal cannula ทารกใช้ head box, incubator หรือ nasal prong ระวังปัญหาแรงดันสูง เช่น barotrauma ปรับ flow และวิธีตามพัฒนาการของเด็ก

หัวข้อ โรคเลือดและโรคกระดูกในเด็ก โดย พญ.สมใจ กาญจนางค์กุล

1. โรคโลหิตจาง (Anemia) การวินิจฉัยโรคโลหิตจางต้องพิจารณาจากประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด (CBC), การตรวจค่าดัชนีเม็ดเลือด (Indices) การตรวจเสมียร์เลือด (Peripheral smear) และการนับจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ยังไม่เจริญเต็มที่ (Reticulocyte count) ประเภทของโรคโลหิตจาง Microcytic anemia เช่น ธาลัสซีเมีย การขาดธาตุเหล็ก การเป็นพิษจากสารตะกั่ว Normochromic anemia เช่น โลหิตจางจากการขาดเม็ดเลือดแดง (Aplastic anemia) การขาดเอนไซม์ G6PD โลหิตจางจากภูมิคุ้มกันทำลายเม็ดเลือดแดง (AIHA) Macrocytic anemia เช่น การขาดวิตามิน B12 การขาดโฟเลต

การรักษา การเสริมธาตุเหล็ก ใช้ในกรณีที่โลหิตจางเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก อาจให้ในรูปแบบของยารับประทานหรือฉีด การให้เลือด ใช้ในกรณีที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงหรือมีการสูญเสียเลือดมาก

การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น การรักษาภาวะขาดเอนไซม์ G6PD หรือการรักษาภาวะโลหิตจางจากภูมิคุ้มกันทำลายเม็ดเลือดแดง (AIHA)

การเสริมวิตามิน ในกรณีที่โลหิตจางเกิดจากการขาดวิตามิน เช่น วิตามิน B12 หรือโฟเลต การรักษาเฉพาะทาง เช่น การใช้ยากดภูมิคุ้มกันในกรณีของโลหิตจางจากภูมิคุ้มกันทำลายเม็ดเลือดแดง การรักษาจะขึ้นอยู่กับสาเหตุและประเภทของโลหิตจาง รวมถึงความรุนแรงของอาการ การเสริมธาตุเหล็กในกรณีที่ขาดธาตุเหล็ก การให้เลือดในกรณีที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง

การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของโลหิตจาง เช่น การรักษาภาวะขาดเอนไซม์ G6PD หรือการรักษาภาวะโลหิตจางจากภูมิคุ้มกันทำลายเม็ดเลือดแดง ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบมากในเด็กเล็กและวัยรุ่นหญิง สาเหตุอาจมาจากการบริโภคธาตุเหล็กไม่เพียงพอหรือการสูญเสียเลือดเรื้อรัง

2. โรคมะเร็งในเด็ก มะเร็งที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphomas) การรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและระยะของโรค รวมถึงลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งมักประกอบด้วย การผ่าตัดใช้ในการกำจัดเนื้องอกหรือมะเร็งที่สามารถเข้าถึงได้ เคมีบำบัด ไซยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง

ประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น การเหนี่ยวนำ (Induction), การเสริมสร้าง (Consolidation), การป้องกันระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis), และการบำรุงรักษา (Maintenance) การฉายรังสี ไซริงส์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการเจริญเติบโต การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell transplantation) ใช้ในกรณีที่ต้องฟื้นฟูระบบเลือดหลังจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี

3. โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคที่เกิดจากการสร้างโกลบินเซนลดลง การรักษาอาจรวมถึงการให้เลือด การใช้ยาขับเหล็ก และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม

หัวข้อ การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาาระบบทางเดินอาหาร โดย พว.ชื่นจิตร กิจแสงทอง

โรคทางเดินอาหารในเด็กที่สำคัญดังนี้

1. Crohn's Disease (CD) เป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังที่สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ และรอบรูทวารหนัก อาการรวมถึงปวดท้อง ท้องเสียเรื้อรัง ถ่ายอุจจาระปนเลือด น้ำหนักลด และอาจมีอาการนอกระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดข้อ ข้ออักเสบ
2. Ulcerative Colitis (UC) เป็นโรคลำไส้อักเสบที่มีอาการที่ลำไส้ใหญ่ อาการรวมถึงถ่ายอุจจาระปนเลือดและปวดท้อง
3. Short Bowel Syndrome ภาวะที่เกิดจากการมีลำไส้สั้นกว่าปกติ ทำให้การดูดซึมสารอาหารไม่เพียงพอ
4. Neonatal Cholestasis ภาวะน้ำดีคั่งในทารกแรกเกิด ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อหรือโรคพันธุกรรม

อาการในระบบทางเดินอาหาร แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียเรื้อรัง มี/ไม่มีมูกเลือดปน ตึงผิวหนังขนาดใหญ่ที่ทวารหนัก ทางทะเลรอบรูทวารหนัก ฝีบริเวณรอบรูทวารหนัก (Perianal abscess) ฝีในช่องท้อง เลือดออกจากมีลำไส้อักเสบรุนแรงหรือแผลลึกทางเดินอาหารอุดตัน (Stricture/stenosis)

อาการนอกระบบทางเดินอาหาร มีไข้ ซีด อ่อนเพลีย บวม มีน้ำหนักลด การเจริญเติบโตช้า รอยโรคที่ผิวหนัง ข้ออักเสบ ผื่นลูกตาชั้นกลางอักเสบ ตับอักเสบ ทางเดินน้ำดีอักเสบชนิด primary sclerosing cholangitis หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ลิ้มเลือดอุดตัน ภาวะแทรกซ้อน ทางทะเล (fistula) ระหว่างลำไส้ (enteroenteric fistula) /รอบรูทวารหนัก/กระเพาะปัสสาวะ (enterovesical fistula) เลือดออกรุนแรงจากแผลขนาดใหญ่แผลลึกในลำไส้ ทางเดินอาหารอุดตันจากลำไส้อักเสบรุนแรง หรือมีการตีบ (stricture) ฝีในช่องท้องจากลำไส้อักเสบรุนแรง เกิดการทะลุของลำไส้ ทางทะเลระหว่างลำไส้

การวินิจฉัย ตรวจเลือด CBC, Electrolyte, LFT, ESR ตรวจอุจจาระ SA, Stool calprotectin ส่งกล้องตรวจลำไส้ กลืนกล้องแคปซูลตรวจลำไส้เล็ก ตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ส่งกล้องบอลูนตรวจลำไส้ การตรวจลำไส้เล็กจากภาพถ่าย

การรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะ 1. การทำให้โรคสงบ (induction of remission) การรักษาด้วยยากอร์ติโคสเตียรอยด์หรือยาปฏิชีวนะ การรักษาด้วยโชนบำบัด ตั้มนมชนิดพิเศษอย่างเดียวนาน 6-8 สัปดาห์ การผ่าตัด 2. การควบคุมโรคในระยะยาว (maintenance therapy) ยากลุ่ม Immunomodulators 1. Thiopurines: 6-Mercaptopurine (6-MP) Azathioprine Methotrexate 2. Anti-TNF ได้แก่ Infliximab

วันที่ 5 ดูแลการสังเกตทักษะปฏิบัติ

1. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค
2. การให้ออกซิเจนโดยใช้ออกซิเจนแบบ HHHNFC
3. การดูแลเด็กที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดส่วนกลาง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รับรู้และมีแนวทางการการพยาบาลเด็ก ทั้งในด้านการพยาบาลเด็กที่มีสุขภาพดี และเด็กที่ปัญหาในระบบต่างๆ
2. นำความรู้ที่ได้มาพัฒนานวัตกรรมต่างๆ จากชั้นเรียนหรือในการเรียนการสอนของรายวิชาต่างๆ
3. สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการประชุมวิชาการสู่การนิเทศน์ศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
4. เพิ่มเติมเนื้อหาที่สำคัญในเอกสารประกอบการสอนรายวิชาทฤษฎีเด็กและวัยรุ่น

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน

หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
1. การนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการสอนรายวิชาทฤษฎีเด็กและวัยรุ่น และนิเทศรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลเด็กทั้งเด็กที่มีสุขภาพดี และเด็กที่มีการเจ็บป่วยด้วยในระบบต่างๆ	-
2. การพัฒนาโครงการวิจัยหรือสร้างนวัตกรรมของตนเองโดยมีต้นแบบการดำเนินงานจากการอบรม	

เอกสารที่แนบมาด้วย

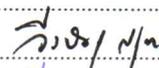
- สำเนาใบประกาศนียบัตร
- สำเนาใบเสร็จรับเงิน


 ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
 วิชาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์


 (ศ.ดร.ฉันทนา จิต)
 หัวหน้าภาควิชาฯ.
 16 ก.ค. 68

ผู้รายงาน.....
 (อาจารย์ญาณัชชานัน แก้วตา)
 16 กรกฎาคม 2568

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

ลงชื่อ 
 (ศ.ดร.ฉันทนา จิต)
 18 ก.ค. 2568

ความคิดเห็นของอธิการบดี

ทพ.

ลงชื่อ 
 (ศ.ดร.ฉันทนา จิต)
 18 ก.ค. 2568

เรียน อธิการบดี
 เพื่อโปรดพิจารณา
 สอน ๑.๖ ไร่
 ๒ ไร่
 1๘/7/68



ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
Queen Sirikit National Institute of Child Health
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Services
Ministry of Public Health

420/6 Rajvithi Road, Rajtavee District, Bangkok 10400 THAILAND โทร. 02-354-8333

วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568
Date Month Year

เลขประจำตัวผู้ป่วย

ชื่อนางสาวญาณัชฌาน์ แก้วตา

เล่มที่ 16837 97
Book No.

เลขที่ 100
No.

เลขที่อ้างอิง 00044134

เลขที่เวร 04384

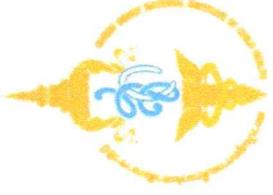
Tax id	รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	
		เบิกไม่ได้ตามระเบียบ กระทรวงการคลัง	เบิกได้
0020	ค่าลงทะเบียนการอบรมเรื่อง "การพยาบาลเด็ก" จัดอบรมวันที่ 16 - 20 มิถุนายน 2568		3,800.00

สามพันแปดร้อยบาทถ้วน

จำนวนเงินรวม
Total Amount 3,800.00

ได้รับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....นางสาววรรณชนันท์ ธนศิษพัฒน์ ผู้รับเงิน
ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประกาศนียบัตรฉบับนี้แสดงว่า

นางสาวญาณชฌมาน์ แก้วตา

ได้รับการอบรม

การพยาบาลเด็ก

ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ระหว่างวันที่ 16 - 20 มิถุนายน 2568

โดยได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาศัลยกรรม 29 หน่วยคะแนน

รับรองโดย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาศัลยกรรม

ออกให้ ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2568

(นางสาวรัชฎา อนันต์วรปัญญา)

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

(นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์นะ)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี