



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

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 390,391,393/2568

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th>

21 กรกฎาคม 2568 เวลา 10:49

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

เอกสารแนบ 3 ฉบับ

 **390(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ดารณี.pdf**
4404K

 **391(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ญาณโชธมาน์.pdf**
7357K

 **393(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ณัฐชกรณ์.pdf**
4881K

แพทย์ พิชัยพันธ์

ผศ.ดร.พิชญินทร์ เงินทอง

รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พช. ๖๘๖. ๒๐๐/๒๕๖๘

วันที่ 17 กรกฎาคม ๒๕๖๘



วิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงใหม่
ที่ ๓๙๓ (ท) / ๒๕๖๘
ว.ค.บ. ๒๕๖๘ เวลา 1๖.๒๐
ผู้รับ.....

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฟังอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล อาจารย์ชฎันฐภรณ์ ปันต๊ะ	ตำแหน่ง : อาจารย์พยาบาล
หน่วยงาน : ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์	
กิจกรรม	<input type="radio"/> การสัมมนา <input type="radio"/> การฝึกอบรม <input checked="" type="radio"/> การประชุมเชิงวิชาการ <input type="radio"/> การประชุมเชิงปฏิบัติการ <input type="radio"/> อื่นๆ(ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่...../.....
เรื่อง	การพยาบาลเด็ก
หน่วยงานที่จัด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถานที่จัด	ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วัน เดือน ปี	วันจันทร์ ที่ 16-20 มิถุนายนพ.ศ. 2567
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่เบิก <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....3,800.....บาท งบประมาณที่จ่ายจริง <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....3,800.....บาท งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี จำนวน.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	<input checked="" type="radio"/> ได้รับ <input type="radio"/> ไม่ได้รับเนื่องจาก..... <input type="radio"/> ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

Biopsychosocial care for Hospitalization Child โดย พว. ปรีภาดา สร้างนอก

การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในโรงพยาบาล เน้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของเด็ก โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ ผลกระทบของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของเด็ก รวมถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวและสถานพยาบาลในการบรรเทาผลกระทบ พัฒนาการทางจิตสังคม เข้าใจพัฒนาการตามทฤษฎีของ Erikson และ Freud เพื่อดูแลเด็กอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแล เพื่อสร้างความผูกพันและสนับสนุนพัฒนาการของเด็ก การเตรียมเด็กเข้าสู่โรงพยาบาล แนะนำและเยี่ยมชมสถานที่ล่วงหน้า เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย จัดบรรยากาศที่เป็นมิตรกับเด็ก มีมุมเล่นและกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการ การเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้พ่อแม่และญาติเยี่ยมได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อความสบายใจของเด็ก การสื่อสารกับครอบครัว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการอธิบายขั้นตอนการรักษา เพื่อสร้างความร่วมมือและลดความเครียดของผู้ปกครอง ที่พักสำหรับผู้ปกครอง จัดให้มีพื้นที่สำหรับพักผ่อน ค้างคืนร่วมกับเด็ก การดูแลด้านจิตสังคม สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยอย่างเข้าใจง่ายและมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย

Common GI Problems in Children โดย ผศ.พิเศษ พญ.ศิริลักษณ์ เอนนุวัตร

Acute Diarrhea (ท้องร่วงเฉียบพลัน) ถ่ายเหลว ≥ 3 ครั้ง/วัน หรือมากกว่า 10 กรัม/กก./วัน ในทารก และ >200 กรัม/วัน ในเด็กโต การชักประวัติสำคัญ คือลักษณะอุจจาระ อาการร่วม อาหารที่รับประทาน โรคประจำตัว น้ำหนักลด เป็นต้น อาการขาดน้ำ สังเกตจากพฤติกรรม ดวงตา ซีดพร่า ผิวแห้ง น้ำตา ปัสสาวะ ฯลฯ แบ่งตามระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง สาเหตุของท้องร่วง 1. Watery stool เกิดจากไวรัส 2. Mucous bloody stool มักเกิดจากแบคทีเรีย แนวทางการรักษา 1. ORT สำหรับรายที่ไม่มีภาวะช็อก 2. IV fluids สำหรับรายที่รุนแรงหรือมีภาวะช็อก 3. พิจารณาให้ Antibiotic เฉพาะกรณีมีข้อบ่งชี้

Functional Constipation ท้องผูกโดยไม่มีพยาธิสภาพทางกาย เช่น การถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ อุจจาระแข็ง เจ็บเวลาถ่าย การตรวจเพิ่มเติม Film abdomen, electrolyte, thyroid, anorectal manometry, colonic transit study แนวทางการรักษา 1. Disimpaction ใช้

oral laxatives หรือ enema 2. ปรับพฤติกรรมกรกิน เช่น ดื่มน้ำมากขึ้น, เพิ่มไฟเบอร์ 3. ให้ยาระบายต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

GI Bleeding (เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร) อาการที่บ่งชี้ว่าอันตราย Melena hematochezia ชีพจรเร็ว >20 bpm จากเกณฑ์อายุ ปริมาณเลือดคลมาก ต้องการ resuscitation หรือ transfusion ประเมินเบื้องต้น 1. ตรวจชีพจร ความดัน และ capillary refill 2. ให้สารน้ำ/เลือดหากจำเป็น พร้อมค้นหาตำแหน่งเลือดออก เช่น endoscopy

Common Problem in Pediatric Neurology โดย ศศ.พิเศษ พญ.ศิริรัตน์ สุวรรณโชติ

ปัญหาทางระบบประสาทในเด็กเป็นประเด็นที่สำคัญซึ่งพยาบาลควรมีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องเพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม ไข้ชัก (Febrile Seizures) เป็นภาวะชักที่เกิดในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี โดยไม่มีการติดเชื้อในสมองและไม่มีพยาธิสภาพทางระบบประสาท แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ Simple FS ซึ่งมักเป็นการชักทั้งตัวระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที และไม่มีอาการซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง และ Complex FS ที่มีลักษณะเฉพาะที่ ชักซ้ำ หรือชักนานเกิน 15 นาที การรักษาในกรณีทั่วไปควรเน้นการให้ข้อมูลและปลอบโยนผู้ปกครอง ไม่จำเป็นต้องใช้ยากันชักประจำ ยกเว้นในกรณีที่มีการชักซ้ำหรือนาน โรคลมชักในเด็ก (Epilepsy) หมายถึงภาวะที่มีอาการชักเกิดขึ้นซ้ำโดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นอย่างชัดเจน จำแนกตามลักษณะการชัก เช่น ชักแบบเฉพาะที่ (Focal) ชักแบบทั่วทั้งสมอง (Generalized) และชักที่ไม่สามารถจัดประเภทได้ การวินิจฉัยต้องใช้ข้อมูลประวัติ อาการร่วม และการตรวจทางระบบประสาท โดยการรักษานำการใช้ยากันชักให้เหมาะสมกับชนิดของอาการ 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 หรือ โรคกล้ามเนื้อ เช่น Duchenne muscular dystrophy การจำแนกตำแหน่งของความผิดปกติ ระหว่าง upper motor neuron และ lower motor neuron มีความสำคัญเพื่อวางแผนทางการดูแลรักษา นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคลมชักจำเป็นต้องมีความเข้าใจในแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นขณะเกิดอาการ เช่น การจัดท่าตะแคง รองศีรษะ ปลดเสื้อผ้าที่รัดแน่น และห้ามใส่ของเข้าปาก ซึ่งสามารถลดอันตรายและช่วยเหลือได้อย่างปลอดภัย

Nutritional Problems in Pediatrics โดย ศศ.พิเศษ พญ.อรพรรณ เอี่ยมโสภาส

โภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง เติบโตได้ตามเกณฑ์ และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในอนาคต ปัญหาทางโภชนาการในเด็กไทยซึ่งมีทั้งภาวะขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และพฤติกรรมกรกินที่ไม่เหมาะสม ในช่วงทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุด เพราะมีสารอาหารครบถ้วน ย่อยง่าย และมีสารภูมิคุ้มกันที่นมผสมไม่มี หากต้องใช้นมผสมควรเลือกตามวัยและใช้ในปริมาณเหมาะสม การให้อาหารตามวัย (Complementary food) ควรเริ่มเมื่ออายุ 6 เดือน โดยเริ่มจากอาหารที่เนื้อเนียน ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ข้าวบด ไข่แดง ผักบด และเนื้อสัตว์ เพื่อเสริมพลังงานและธาตุเหล็กที่นมแม่ไม่เพียงพอ ในขณะนั้น ทั้งนี้ควรเพิ่มจำนวนมื้อตามอายุ และปรับเนื้อสัมผัสของอาหารให้เหมาะสมกับพัฒนาการด้านการเคี้ยวกลืนของเด็ก ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การเริ่มอาหารเสริมเร็วเกินไป ให้เฉพาะข้าว ผัก ผลไม้ แต่ไม่ให้เนื้อสัตว์ ทำให้เด็กขาดธาตุเหล็ก ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง อีกทั้งการให้ขนมหรือน้ำหวานแทนอาหารหลัก ทำให้เด็กได้รับพลังงานแต่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาพฤติกรรมกรกิน เช่น การป้อนข้าวแบบตามใจ การไม่สร้างวินัยในการกิน และการใช้ขนมมทดเนื่องเกินวัย ภาวะโภชนาการในเด็กสามารถประเมินได้จากกราฟน้ำหนัก ส่วนสูง และพฤติกรรมกรกิน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ภาวะโภชนาการขาด ภาวะปกติ และภาวะโภชนาการเกิน เช่น โรคอ้วน เด็กที่มีภาวะอ้วนมักเกิดจากการรับประทานอาหารพลังงานสูงร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย เช่น ในกรณีศึกษาของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรมติดจอ ขาดกิจกรรมทางกาย และบริโภคน้ำหวานมัน ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และสัญญาณของภาวะคีโตอินซูลิน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาภาวะขาดธาตุเหล็กในทารกและเด็กเล็กจากการไม่ยอมกินเนื้อสัตว์ ส่งผลให้เกิดอาการซีด เพลีย การพัฒนาช้าลง และสมาธิสั้น สำหรับวัยรุ่นยังพบปัญหา "Anorexia nervosa" ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความกังวลเรื่องรูปร่าง ทำให้จำกัดอาหารมากเกินไป จนเกิดภาวะขาดสารอาหารรุนแรงและไม่มีประจำเดือน

แนวทางการดูแลโภชนาการในเด็กควรมุ่งเน้นการให้คำแนะนำเรื่องการเลือกอาหารที่มีคุณค่า ปรับพฤติกรรมกรกิน สร้างวินัยในการกินอย่างเหมาะสมกับวัย และให้เด็กมีส่วนร่วมในการกินอาหาร

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

บทบาทสำคัญของการดูแลทางการแพทย์สำหรับเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเน้นความสำคัญของการจัดการตนเอง ที่เด็กฯ เรียนรู้ที่จะจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติตามการใช้ยา โภชนาการ และกิจกรรมทางกาย โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล แนวคิดหลักที่กล่าวถึง ได้แก่ การดูแลพัฒนาการ ความผูกพัน การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบไม่กระทบกระเทือนจิตใจ และข้อควรพิจารณาด้านจริยธรรมเกี่ยวกับสิทธิเด็ก ความแตกต่างระหว่างการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยระบุถึงความแตกต่างในการตอบสนองทางสรีรวิทยา การประเมินสุขภาพ และพัฒนาการทางปัญญา นอกจากนี้ การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและความสัมพันธ์เชิงบำบัดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยได้รับคำแนะนำจากแนวทางความร่วมมือในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแล แนวคิดหลักของการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ เช่น การดูแลพัฒนาการ ความผูกพัน การดูแลที่เน้นครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเจ็บ สิทธิเด็ก และจริยธรรม ความแตกต่างระหว่างกุมารเวชศาสตร์และผู้ใหญ่ ในด้านสรีรวิทยา การประเมินสุขภาพ อาการและสัญญาณ ปฏิกริยาของยา การบำบัด/พิษ ผลข้างเคียง พัฒนาการทางปัญญา การดูแลตนเอง และการสนับสนุน

Dengue/DHF/DSS: Diagnosis and Management โดย พ.ญ.ประอร สุประดิษฐ์ อชยุธา

ไข้เลือดออกเฉียบพลัน (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) โดยเน้นที่คำจำกัดความ การวินิจฉัย การจัดการ และภาวะแทรกซ้อน ไข้เลือดออกมีสาเหตุจากไวรัสเด็งกี ซึ่งอยู่ในตระกูล Flaviviridae และมีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยมีสถิติผู้ป่วยทั้งหมด 105,250 ราย และอัตราการเสียชีวิต (CFR) 0.11% ในปี 2567 ลักษณะทางคลินิกของไข้เลือดออก ได้แก่ ไข้สูง, ภาวะเลือดออก และภาวะเม็กลือคขาวดำ DHF มีลักษณะเฉพาะคือ ไข้, เลือดออก, ตับโต และการไหลเวียนโลหิตผิดปกติหรือช็อก โดยมีเกณฑ์เฉพาะสำหรับการวินิจฉัย รวมถึงการรั่วของพลาสมา การจัดการไข้เลือดออกเน้นการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ซึ่งส่งผลต่ออัตราการป่วยและอัตราการตาย

โรคระบบหายใจในเด็ก โดย พญ. กัญฉิมมาศ สาทิธกุล

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

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

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 อาจใช้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบคือ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน

การประเมินพัฒนาการในเด็ก โดย พว. ฐานวีร์ ธนชัยบุญหารมย์

พัฒนาการหมายถึงการเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่และวุฒิภาวะของเซลล์และอวัยวะ ทำให้สามารถทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนขึ้นได้ พัฒนาการของมนุษย์มีทิศทางจากบนลงล่าง จากใกล้ไปไกล และจากทักษะทั่วไปไปสู่การเคลื่อนไหวแบบเฉพาะเจาะจง พัฒนาการของมนุษย์ต้องอาศัยวุฒิภาวะและการเรียนรู้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีอัตราที่แตกต่างกัน เซลล์สมองที่ไม่ได้รับการกระตุ้นตั้งแต่เด็กจะไม่แตก

กึ่งก้านสาขา ทำให้เรียนรู้ช้า แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นจะทำให้ใยประสาทแตกกึ่งก้านสาขา ทำให้ฉลาดและเรียนรู้ง่าย สมองซิกซาย เกี่ยวกับบรรทัด ส่วนสมองซีกขวาเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ประสบการณ์ในช่วงแรกของชีวิตมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ กระบวนการคลอด สภาพแวดล้อมก่อนคลอด และสภาพแวดล้อมหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพในระยะก่อนคลอดหรือแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อย การรักษาค้นคว้าออกซิเจนนานเกิน 28 วัน Apgar score ต่ำ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มารดาเป็นวัยรุ่น มารดามีสติปัญญาอ่อน สภาพบ้านไม่เหมาะสม ยากจน การค้นหา ปัญหาพัฒนาการเด็กทำได้โดยการเฝ้าระวังพัฒนาการ (Developmental Surveillance) และการตรวจคัดกรองพัฒนาการ (Developmental Screening) แบบเฝ้าระวังพัฒนาการ ได้แก่ อนามัย 55, DSPM, DAIM แบบคัดกรองพัฒนาการ ได้แก่ Denver II Developmental Screening Test, TDSI, DSI ภาวะความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ ขาดสมาธิ ขน คือต่อต้าน (ADHD) ใช้กำลังทำร้ายผู้อื่น จุนเฉียวง่าย (Conduct Disorders) Delusion Hallucination ทำร้ายตัวเอง (ภาวะความบกพร่องทางพฤติกรรมและอารมณ์ระดับรุนแรง การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อ โดย นภสร ไชยภักดิ์ ICN

ระยะของโรคติดเชื้อ ระยะฟักตัว เวลาตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มมีอาการ ใช้พิจารณาแยกผู้ป่วย ระยะติดต่อ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อได้ และระยะเชื้อปรากฏ (Patent period) ระยะที่ตรวจพบเชื้อในร่างกาย หัด/สุกใส/COVID-19/RSV/ไข้เลือดออก/มือเท้าปาก/Influenza/Rota/Noro/Adeno/Herpes มีระยะฟักตัวและแพร่เชื้อแตกต่างกัน ต้องเฝ้าระวังเฉพาะโรค แนวทางป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล แยกผู้ป่วยติดเชื้อ ป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น สบสวนและคัดกรอง ตรวจประวัติ วัคซีน และกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้ สอน การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ วัชปฏิบัติที่ปลอดภัย ใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์อย่างเหมาะสม เช่น การทำความสะอาดมือ การจัดการขยะ ควบคุมการแพร่เชื้อทางอากาศ สวม PPE และปฏิบัติตามแนวทางเคร่งครัด บุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคหัด/สุกใส ต้องใส่ N95 เมื่อดูแลผู้ป่วย

เชื้อดื้อยา (Drug-resistant Organisms) 1. MDR คือดื้อยา ≥ 3 กลุ่ม 2. XDR คือดื้อยาเกือบทั้งหมด เหลือยาไว้ไม่น้อยมาก 3. PDR คือยาทุกชนิดที่มีใน รพ. ผลกระทบของเชื้อดื้อยา คือยารักษาไม่ได้ผล ต้องใช้ยาที่แรงและมีผลข้างเคียง รักษาานานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อซ้ำ ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทั้ง รพ. และผู้ป่วย เสี่ยงแพร่เชื้อดื้อยาใน รพ. และชุมชน ทางเลือกในการรักษาน้อยลง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลต้องอาศัยการเฝ้าระวังที่เข้มงวด การแยกผู้ป่วย การให้ความรู้ และการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม

Nursing Care in Pediatric Cancer Patients โดย พว. พรทิพย์ แพทกระจำ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในเด็กแบ่งตามวัย เด็กเล็ก (Toddler 1-3 ปี) เริ่มพัฒนาทางด้านภาษาและการเคลื่อนไหว มีแนวคิดแบบจินตนาการ เด็กโต (Preschool 3-6 ปี) เข้าใจความเป็นจริงแบบง่ายๆ เริ่มมีการสื่อสารที่ชัดเจน วัยรุ่น มีความเข้าใจในกระบวนการรักษา และสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้มากขึ้น เป้าหมาย รักษาคุณภาพชีวิตมุ่งเน้นการให้การรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ผลกระทบจากโรคมะเร็ง การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ล่าช้า คุณภาพชีวิตที่ลดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การรักษา เคมีบำบัด ไซยาเคมีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งรังสีรักษา ใช้รังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมักใช้ร่วมกับการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ผลข้างเคียง อากาศทางเดินอาหารอาจเกิดการเบื่ออาหาร กลืนได้และอาเจียน ซึ่งมักเกิดขึ้นจากเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันต่ำการกดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น ผิวหนังอักเสบอาจเกิดการระคายเคืองหรืออักเสบที่ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี การดูแลหลังการรักษา การติดตามอาการตรวจสอบสุขภาพและอาการข้างเคียงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี และการสนับสนุนจิตใจให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้คำปรึกษาหรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน เพื่อช่วยให้พวกเขาปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

การพยาบาลโรคไตในเด็ก โดย นพ.ภูเกียรติ เกียรติชจรกุล

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับไตทั่วไปในเด็ก เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีไข้สูง มักมีไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะรายที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี วิธีการเก็บปัสสาวะ 1. แปะถุง (strap-on bag) 2. Clean-catch, midstream void 3. Urethral catheterization 4. Suprapubic aspiration แม่นยำมากที่สุด แนะนำให้ใช้ในทารกและเด็กเล็ก การตรวจปัสสาวะ การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis/UA) เป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้น การเพาะเชื้อในปัสสาวะ (urine culture) เป็นการวินิจฉัย ต้องทำก่อนให้ยาต้านจุลชีพทุกราย ภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) คือภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถกรองของเสียออกจากเลือดได้ตามปกติ สามารถจำแนกตามสาเหตุได้เป็น 3 ประเภทหลักคือ ภาวะก่อนไต (pre-renal) ภาวะในไต (renal) และภาวะ

หลังไต (post-renal) การจัดการ AKI มักเกี่ยวข้องกับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไตวาย การดูแลระดับประคอง ควบคุมความดันโลหิต ให้โภชนาการที่เหมาะสม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงหรือภาวะคิเคซื่อ ปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ บำบัดทดแทนไต เช่น Hemodialysis หรือ Peritoneal Dialysis ในรายที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะน้ำเกิน อาการบวม หายใจลำบาก หรือหัวใจล้มเหลว ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้นได้

การดูแลโรคหัวใจในเด็ก โดย นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา

ความชุก CHD เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีอัตราเกิดประมาณ 8-10 รายต่อการเกิด 1,000 ราย และมีผู้ป่วยใหม่กว่า 5,000 รายต่อปี มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เสียชีวิตในครรภ์ ภาวะวิกฤติในทารก ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การรอคอยการผ่าตัดที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงและความจำเป็นในการมีทีมแพทย์เฉพาะทางและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ อาการที่สำคัญของโรคหัวใจแต่กำเนิด 1. ซีดหรือเขียว อาการเขียวที่ผิวหนังหรือนิ้วมือ 2. หายใจลำบาก เช่น เหนื่อยง่ายหลังจากการกินนมหรือกิจกรรม 3. หัวใจเต้นแรงและเร็ว อาจมีอาการเหงื่อออกและหายใจเร็ว รวมถึงการขยายตัวของหัวใจและตับ การตรวจคัดกรองโรคหัวใจในทารกแรกเกิดมีความสำคัญเพื่อให้สามารถระบุและรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิดได้อย่างทันเวลาที่ โดยมีขั้นตอนหลักดังนี้ ชักประวัติและตรวจร่างกาย เช่น เสียงหัวใจผิดปกติ ใช้เทคโนโลยีช่วยวินิจฉัย เช่น Echocardiography ประชุมทีมสหสาขา เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เครื่องมือพื้นฐานในการวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็ก 1. X-ray หน้าอก ใช้ในการประเมินขนาดและรูปร่างของหัวใจและหลอดเลือด 2. ECG ตรวจจังหวะการเต้นของหัวใจ 3. อัลตราซาวด์หัวใจ ตรวจดูโครงสร้างหัวใจ วิธีการรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิด 1. เฝ้าระวังอาการและพัฒนาการของผู้ป่วย 2. การใช้ยา เพื่อควบคุมอาการ 3. สวนหัวใจ เพื่อแก้ไขปัญหาหัวใจ 4. การผ่าตัด เพื่อซ่อมแซมหรือปรับปรุงการทำงานของหัวใจ การสื่อสารกับครอบครัว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบาย ทางเลือก ข้อดี-ข้อเสีย เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และ ทบทวนสรุปเป็นระยะ และให้เวลาตัดสินใจ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชัก โดย พว. ปิยะนารถ พรหมมาสกุล

โรคลมชัก (Epilepsy) อธิบายถึงภาวะที่เกิดจากการทำงานของสมองผิดปกติ ทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทที่ผิดปกติและนำไปสู่อาการชักที่เกิดขึ้นซ้ำๆ การประเมิน (Assessment) การประเมินผู้ป่วยเพื่อระบุปัจจัยกระตุ้น ชนิดของการชัก ประวัติการเจ็บป่วย และอาการแสดงต่างๆ การตรวจวินิจฉัย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) และการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อหาสาเหตุของอาการชัก 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

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

โรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (Atopic dermatitis หรือ eczema) พบบ่อยในเด็ก ผิวแห้ง คัน ผื่นแดง อาจมีน้ำเหลืองซึม ตำแหน่งผื่น เด็กเล็กพบบริเวณ แก้ม หน้าผาก หนังสีรษะ แขนขาด้วนอก และเด็กโตจะพบบริเวณข้อพับ ลำคอ ข้อมือ เกณฑ์วินิจฉัย คัน ผื่นแห้งและมีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว

1. Atopic Dermatitis (AD) เป็น โรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก สาเหตุเกิดจากปัจจัยทั้งทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเริ่มพบได้ตั้งแต่ 6 เดือนแรกของชีวิต โดยผื่นจะคัน แดง มีตุ่มน้ำ และตกสะเก็ดตำแหน่งขึ้นอยู่กัวัย 2. Diaper Dermatitis เป็นผื่นผ้าอ้อม เกิดจากความอับชื้น การเสียดสี แนวทางการดูแล คือ รักษาความสะอาด เปลี่ยนผ้าอ้อมบ่อย ใช้ barrier cream และ steroid อ่อนถ้าจำเป็น 3. Candida Infection เกิดได้ง่ายในทารก โดยเฉพาะบริเวณที่อับชื้น เช่น ปาก (thrush) หรือบริเวณผ้าอ้อม ลักษณะเฉพาะคือมีผื่นแดงรอบจุดใหญ่ (satellite lesion) รักษาด้วยยามาเชื้อรา 4. Tinea (Dermatophyte infection) ลักษณะเด่นคือผื่นวงกลม มีขอบนูนคัน ตรวจด้วย KOH พบเส้นใยเชื้อรา รักษาด้วยยาทาฆ่าเชื้อราอย่างต่อเนื่อง 2-3 สัปดาห์ 5. Seborrheic Dermatitis (Cradle Cap) พบใน

ทารกอายุไม่เกิน 3 เดือน ลักษณะเป็นขุยเหลืองที่หนังศีรษะ หายได้เองภายใน 8-12 เดือน แต่สามารถใช้ยาทา mild steroid หรือ antifungal ช่วยได้ 6. Hand-Foot-Mouth Disease (HFMD) เกิดจากเชื้อไวรัส อาการมีไข้ ผลในปาก ผื่นคุ่มน้ำที่มือ เท้า และก้น บางราย มีผื่นลักษณะ atypical เช่น eczema herpeticum-like, petechiae รักษาแบบประคับประคอง

ภาวะแพ้ยาที่แสดงออกทางผิวหนัง 1. Urticaria และ Angioedema พบเป็น wheal and flare คัน บวม 2. Exanthematous Drug Eruption เป็นผื่นคล้ายหัด มักหายเองเมื่อหยุดยา 3. DRESS Syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) เป็นอาการแพ้ยารุนแรง ผื่น คัน ไข้ คับอึกเสบ ต่อม้ำเหลืองโต 4. Stevens-Johnson Syndrome (SJS) และ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) อาการรุนแรงมาก ผิวหนังหลุดลอกเหมือนแผลไฟไหม้ มีแผลที่เยื่อตา ปาก โรคที่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นผื่นแพ้ยา Roseola (HHV-6) ผื่นเกิดหลังไข้ลด Measles (หัด) เริ่มจากไข้สูงร่วมกับไอ คัดจมูก ตาแดง ตามด้วยผื่นขึ้นที่หน้า แล้วลามลง มี Koplik's spots ในปากเป็นลักษณะจำเพาะ โรคอีริทีมา มีดติฟอร์ม สตีเวนส์-จอห์นสัน การติดเชื้อในปอด ภาวะเลือดออกในปัสสาวะ ไตอักเสบ และไตวาย แผลในหลอดอาหารหรือหลอดลม ตับและม้ามโตพร้อมกับระดับเอนไซม์ทรานซามินาสีสูง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โรคคาวาซากิ เยื่อตาอักเสบ โดยไม่มีสารคัดหลั่ง เยื่อตาแดงแห้ง การจัดการ ควรหยุดใช้ยาทั้งหมดที่ได้รับภายใน 2 เดือนก่อน จัดผู้ป่วยอยู่ห้องไอซียูหรือห้องแยก สมดุลอิเล็กโทรไลต์ ให้สารน้ำสารอาหารทางเส้นเลือด การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อซ้ำ ส่งปรึกษาจักษุวิทยา ให้ยารักษาอาการแพ้ทางปาก

Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever โดย พว. สุภาพร บัวบาน

โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีขลุ่ยลายเป็นพาหะ ระยะฟักตัวในคน 5-8 วัน ผู้ติดเชื้ออาจมีอาการตั้งแต่ไม่รุนแรง ไปจนถึงมีภาวะช็อกของพลาสมาและช็อก ระยะของโรค 1. ระยะไข้ ไข้สูง 2-7 วัน ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน 2. ระยะวิกฤติ เกิดพลาสมารั่วภายใน 24-48 ชม. มีโอกาสเกิดภาวะช็อก 3. ระยะฟื้นตัว อาการดีขึ้น ปัสสาวะออกมากขึ้น อาจพบภาวะน้ำเกิน การจำแนกระดับความรุนแรง Grade I ตรวจ Tourniquet test ให้ผลบวก Grade II มีเลือดออกเล็กน้อย Grade III ช็อก pulse pressure แคบ Grade IV ช็อกรุนแรง วัด BP ไม่ได้ ไม่คล้ำซีพอร์ หลักการให้สารน้ำ เน้นการคงสมดุลการไหลเวียน ให้สารน้ำตาม Maintenance + 5% Deficit ระหว่างช่วงรั่วพลาสมา หลีกเลี่ยงการให้เกิน การพยาบาลในแต่ละระยะ ระยะไข้ เช็ดตัวลดไข้ ให้พาราเซตามอล (ห้ามใช้ NSAIDs) กระตุ้นให้ดื่ม ORS หรือผลไม้ ดื่มน้ำตาม I/O, CBC และ Electrolyte ระยะวิกฤติ ประเมินภาวะช็อก 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 ผื่น ผื่นตัว ระวังภาวะ electrolyte imbalance เช่น Hypokalemia Hypocalcemia สัญญาณเตือน (Warning Signs) อ่อนเพลียเมื่อ ไข้ลด ปวดท้อง อาเจียนมาก ซึม มือเท้าเย็น เหงื่อออก ปัสสาวะน้อยลงใจ 4-6 ชม เลือดออกผิดปกติ เช่น เหงือก จมูก การประเมินทางการพยาบาล ใช้แบบประเมิน Dengue Pediatric Early Warning Score (DPEWS) 4 ด้าน ระบบไหลเวียนโลหิต การหายใจ พฤติกรรม ความกังวลของญาติ บทบาทของพยาบาลในแต่ละจุด OPD คัดกรอง ซักประวัติ ตรวจ CBC/NSI นัดติดตาม ER ตรวจ shock ประเมิน CR, V/S เริ่มสารน้ำและเจาะ Lab WARD เฝ้าระวังภาวะเลือดออก ช็อก น้ำเกิน บันทึก V/S และ I/O อย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ น้ำเกิน หายใจลำบาก บวม ปัสสาวะลด ตับวาย สับสน เพื่อ เกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วย 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) ป้องกันขลุ่ยลาย

Oxygen therapy nursing management โดย พว.ศิริวิทย์ อรุณี

ข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจน ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก โรคปอดอักเสบ หอบหืด หัวใจล้มเหลว หลังดมยาสลบ และกรณีฉุกเฉิน วิธี การให้ออกซิเจน (Modes of Delivery) 1. Low-Flow System 1.1 Nasal Cannula: FiO₂ 24-44% เด็ก 0.5-2 L/min, ผู้ใหญ่ ≤ 6 L/min 1.2 Simple Mask: FiO₂ 40-60% ต้องใช้ ≥ 5 L/min 1.3 Partial-Rebreather Mask: FiO₂ ~60-80% 1.4 Non-Rebreather Mask (NRBM) FiO₂ 90-100%, ใช้ในภาวะฉุกเฉิน 2. High-Flow System 2.1 Venturi Mask ควบคุม FiO₂ ได้แม่นยำ 2.2 HFNC (High-Flow Nasal Cannula) ให้ความชื้น อุณหภูมิ ลดแรงต้านทางเดินหายใจ 3. สำหรับทารกแรกเกิด Oxygen Hood / Incubator ควบคุมออกซิเจน อุณหภูมิ และความชื้นได้ดี ข้อควรระวัง ห้ามมีประกายไฟใกล้แหล่งออกซิเจน ห้ามทาวาสลินบริเวณจมูก/ปาก ตรวจสอบไม่ให้พันหรืออุดตัน ติดตาม SpO₂ และสัญญาณชีพต่อเนื่อง การประเมินผลการให้ออกซิเจนสังเกตอาการ: หายใจโล่ง สีผิวดีขึ้น SpO₂ ควร ≥ 94% (ผู้ใหญ่) 92-95% (เด็ก) ตรวจ GCS, ABG, PaO₂ หากจำเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ เชื้อเมือกแห้ง (หากไม่ใช้ humidifier) b Oxygen toxicity หากให้ความเข้มข้นสูงเกิน 24-48 ชม. ภาวะหายใจช้าลงในผู้ป่วย COPD ROP (Retinopathy of Prematurity) ในทารกคลอดก่อนกำหนด

บทบาทของพยาบาลประเมินอาการ เลือกลูปกรณ์และ flow rate ให้เหมาะสม เฝ้าระวัง SpO₂, RR, HR, ABG ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดูแลความปลอดภัยของเครื่องมือ แนวทางปฏิบัติสำหรับเด็ก เริ่มจาก nasal cannula ด้วย flow ค่า ทารกใช้ head box หรือ incubator ระวัง barotrauma จากแรงดันสูงปรับ flow และอุปกรณ์ตามพัฒนาการ ออกซิเจนเป็นการรักษาที่จำเป็น แต่ต้องใช้อย่างรอบคอบ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละวัย พยาบาลต้องมึบทบาททั้งด้านการประเมิน การติดตาม และการสื่อสารกับครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด

โรคเลือดและโรคมะเร็งในเด็ก โดย พญ.สมใจ กาญจนพงศ์กุล

โรคโลหิตจาง (Anemia) การวินิจฉัยโรคโลหิตจางต้องพิจารณาจากประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด (CBC) การตรวจค่าดัชนีเม็ดเลือด การตรวจสมิธรีเลือดและการนับจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ยังไม่เจริญ 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 อาจให้ในรูปแบบของยาขับประทานหรือฉีด การให้เลือด ใช้ในกรณีที่ภาวะโลหิตจางรุนแรงหรือมีการสูญเสียเลือดมาก การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น การรักษาภาวะขาดเอนไซม์ G6PD หรือการรักษาภาวะโลหิตจางจากภูมิคุ้มกันทำลายเม็ดเลือดแดง (AIHA) การเสริมวิตามินในกรณีที่โลหิตจางเกิดจากการขาดวิตามิน เช่น วิตามิน B12 หรือ โฟเลต การรักษาเฉพาะทาง เช่น การใช้ยากภูมิคุ้มกันในกรณีของโลหิตจางจากภูมิคุ้มกันทำลายเม็ดเลือดแดง การรักษาจะขึ้นอยู่กับสาเหตุและประเภทของโลหิตจาง รวมถึงความรุนแรงของอาการ การเสริมธาตุเหล็กในกรณีที่ขาดธาตุเหล็ก การให้เลือดในกรณีที่ภาวะโลหิตจางรุนแรง ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบมากในเด็กเล็กและวัยรุ่นหญิง สาเหตุอาจมาจากการบริโภคธาตุเหล็กไม่เพียงพอหรือการสูญเสียเลือดเรื้อรัง

โรคมะเร็งในเด็ก มะเร็งที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง และระยะของโรค รวมถึงลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งมักประกอบด้วย การผ่าตัด ใช้ในการกำจัดเนื้องอก เคมีบำบัด ใช้น้ำยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น การเหนี่ยวนำ การเสริมสร้าง การป้องกันระบบประสาทส่วนกลาง และการบำรุงรักษา การฉายรังสี ใช้น้ำยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการเจริญเติบโต การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ใช้ในกรณีที่จำเป็นต่อฟื้นฟูระบบเลือด หลังจากรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคที่เกิดจากการสร้างโกลบินเซนลดลง การรักษาอาจรวมถึงการให้เลือด การใช้ยาขับเหล็ก และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาาระบบทางเดินอาหาร โดย พว.ชั้นฉัตร กิ่งแสงทอง

โรคทางเดินอาหารในเด็กที่สำคัญดังนี้ 1. Crohn's Disease เป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังที่สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ และรอบรูทวารหนัก 2. Ulcerative Colitis เป็นโรคลำไส้อักเสบที่มีอาการที่ลำไส้ใหญ่ อาการถ่ายอุจจาระปนเลือด และปวดท้อง 3. Short Bowel Syndrome ภาวะที่เกิดจากการมีลำไส้สั้นกว่าปกติ ทำให้การดูดซึมสารอาหารไม่เพียงพอ 4. Neonatal Cholestasis ภาวะน้ำดีคั่งในทารกแรกเกิด ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชืหรือโรคพันธุกรรม

อาการในระบบทางเดินอาหาร แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียเรื้อรัง มี/ไม่มีมูกเลือดปน ดึงผิวหนังขนาดใหญ่ที่ทวารหนัก ทางทะเลรอบทวารหนัก สีบริเวณรอบทวารหนัก สีในช่องท้อง เลือดออกจากมีลำไส้อักเสบรุนแรงหรือแผลลึก ทางเดินอาหารอุดตัน อาการนอกกระบบทางเดินอาหาร มีไข้ ซีด อ่อนเพลีย บวม มีน้ำหนักลด การเจริญเติบโตช้า รอยโรคที่ผิวหนัง ข้ออักเสบ ผื่นงูกตา ชั้นกลางอักเสบ ตับอักเสบ ทางเดินน้ำดีอักเสบชนิด primary sclerosing cholangitis หลอดเลือดอักเสบ ลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนทางทะเล ระหว่างลำไส้ รอบทวารหนัก/กระเพาะปัสสาวะ เลือดออกรุนแรงจากแผลขนาดใหญ่แผลลึกในลำไส้ ทางเดินอาหารอุดตันจากลำไส้อักเสบรุนแรง หรือมีการตีบ สีในช่องท้องจากลำไส้อักเสบรุนแรง เกิดการทะลุของลำไส้ ทางทะเลระหว่างลำไส้

การวินิจฉัย ตรวจเลือด CBC, Electrolyte, LFT, ESR ตรวจอุจจาระ SA, Stool calprotectin ต้องกล้องตรวจลำไส้กล้องส่องแคปซูล ตรวจลำไส้เล็ก ตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ต้องกล้องส่องตรวจลำไส้ การตรวจลำไส้เล็กจากภาพถ่าย การรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะ 1. การทำให้โรคสงบ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหรือยากอร์ติโคสเตียรอยด์ การรักษาด้วยโภชนาบำบัด คีมนามชนิดพิเศษอย่างเดียวานาน 6-8 สัปดาห์ การผ่าตัด 2. การควบคุมโรคในระยะยาว ยากลุ่ม Immunomodulators 1. Thiopurines: 6-Mercaptopurine (6-MP) Azathioprine Methotrexate 2. Anti-TNF ได้แก่ Infliximab

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพิ่มพูนความรู้และทักษะเฉพาะทางได้เรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น การใช้เครื่องมือช่วยหายใจ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพในเด็ก เทคนิคการให้คำแนะนำและสนับสนุนครอบครัว
2. อับเขตแนวทางการดูแลรักษาตามมาตรฐานล่าสุด ทำให้เข้าใจลักษณะเฉพาะของการดูแลเด็กในแต่ละช่วงวัย

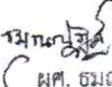
แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน

หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
1. นำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการสอนหรือจัดกิจกรรมอบรมต่อยอด พัฒนาทักษะการวางแผนการดูแล การบันทึก และการนิเทศนักศึกษาพยาบาล	-
2. นำความรู้จากการอบรมไปพัฒนาทักษะการวางแผนการดูแล การบันทึก และการนิเทศนักศึกษาพยาบาล	-

เอกสารที่แนบมาด้วย

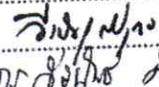
1. ใบเสร็จรับเงิน
2. ประกาศนียบัตร


 ผศ.ดร.พัชรินทร์ เจ็บทอง
 วิชาการคอมพิวเตอร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 16 ก.ค. 68

รรพ. 
 (ผศ. สมณัญญา วิชา)
 นิตินิทรรศการ
 16 ก.ค. 68

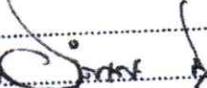
ผู้รายงาน..... สุกัญญาณ์ บัณฑิต
 (อาจารย์ชุนัฐภรณ์ ปันดีบ)
 16 / กรกฎาคม / 2568

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

ลงชื่อ..... 
 (ผศ.ดร.สูงเนิน จิตทอง)
 18 ก.ค. 2568

ความคิดเห็นของอธิการบดี

ทกบ.

ลงชื่อ..... 
 (ผศ.ดร.สูงเนิน จิตทอง)
 18 ก.ค. 2568

18/7/68
 ผศ.ดร.สูงเนิน จิตทอง
 18/7/68



ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

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

420/8 Rajapitthi Road, Rajavee District, Bangkok 10400 THAILAND โทร. 02-354-8393

เล่มที่ 16837 94
Book No.

เลขที่ 097
No.

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

เลขที่อ้างอิง 00044131

เลขที่ใบ 04384

เลขประจำตัวผู้ป่วย

ชื่อนางสาวสุริยรัฐภรณ์ ปิ่นดีป

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

พิกัดพื้นที่แปดร้อยบาทถ้วน	จำนวนเงินรวม Total Amount	3,800.00
----------------------------	------------------------------	----------

ได้รับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....*Signature*.....ผู้รับเงิน
ตำแหน่ง นางสาวรณุนันท์ ธนนิศพัฒน์
นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประกาศนียบัตรฉบับนี้แสดงว่า

นางสาวฐณัฐฐภรณ์ ปันตึบ

ได้รับการอบรม

การพยาบาลเด็ก

ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระหว่างวันที่ 16 - 20 มิถุนายน 2568

โดยได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาศัลยกรรม 29 หน่วยคะแนน
รับรองโดย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาศัลยกรรม

ออกให้ ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2568

(นางสาวรัชฎา อนันต์วรปัญญา)
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

(นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี