CRC

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

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 379/2568

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th> 17 กรกฎาคม 2568 เวลา 14:46
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

379(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุมอหทัยวรัญ.pdf
5651K

แจ้งเป้าหมายโพสการ

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พย.วธร. 188/2568
วันที่ 16 กรกฎาคม 2568

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ 379(ท)/2568
วันที่ 16 ก.ค. 2568 เวลา 10.00
ผู้รับ อนิพ

วิทยาลัยเชียงราย

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล อาจารย์หทัยวรัญ ศรีทอง	**ตำแหน่ง :** อาจารย์พยาบาล
หน่วยงาน : ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์	
กิจกรรม	○ การสัมมนา ○ การฝึกอบรม ☑ การประชุมเชิงวิชาการ ○ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ○ อื่นๆ(ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่ 1189/2567
เรื่อง	การพยาบาลเด็ก
หน่วยงานที่จัด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถานที่จัด	ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วัน เดือน ปี	วันจันทร์ ที่ 16-20 มิถุนายนพ.ศ. 2567
ค่าใช้จ่าย	**งบประมาณที่เบิก** ○ ไม่มี ☑ มี จำนวน.....3,200.....บาท **งบประมาณที่จ่ายจริง** ○ ไม่มี ☑ มี จำนวน.....3,200.....บาท **งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม** ○ ไม่มี ○ มี จำนวน.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	☑ ได้รับ ○ ไม่ได้รับเนื่องจาก..... ○ ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

Biopsychosocial care for Hospitalization Child โดย พว. ปริภาดา สร้างนอก

การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในโรงพยาบาล เน้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของเด็ก โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ ผลกระทบของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของเด็ก รวมถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวและสถานพยาบาลในการบรรเทาผลกระทบ พัฒนาการทางจิตสังคม เข้าใจพัฒนาการตามทฤษฎีของ Erikson และ Freud เพื่อดูแลเด็กอย่างเหมาะสมตามช่วงวัย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแล เพื่อสร้างความผูกพันและสนับสนุนพัฒนาการของเด็ก การเตรียมเด็กเข้าสู่โรงพยาบาล แนะนำและเยี่ยมชมสถานที่ล่วงหน้า เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย จัดบรรยากาศที่เป็นมิตรกับเด็ก มีมุมเล่นและกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการ การเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้พ่อแม่และญาติเยี่ยมได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อความสบายใจของเด็ก การสื่อสารกับครอบครัว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการอธิบายขั้นตอนการรักษา เพื่อสร้างความร่วมมือและลดความเครียดของผู้ปกครอง ที่พักสำหรับผู้ปกครอง จัดให้มีพื้นที่สำหรับพักค้างคืนร่วมกับเด็ก โดยเฉพาะในกรณีเด็กเล็กหรือป่วยหนัก การดูแลด้านจิตสังคม สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยอย่างเข้าใจง่ายและมีกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น การเล่นหรืออ่านหนังสือ เพื่อช่วยลดความเครียดของเด็ก การพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมสำคัญ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย

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

Acute Diarrhea (ท้องร่วงเฉียบพลัน) ถ่ายเหลว $\geq$3 ครั้ง/วัน หรือมากกว่า 10 กรัม/กก./วันในทารก และ >200 กรัม/วันในเด็กโต การซักประวัติสำคัญ คือลักษณะอุจจาระ อาการร่วม อาหารที่รับประทาน โรคประจำตัว น้ำหนักลด เป็นต้น อาการขาดน้ำ สังเกตจากพฤติกรรม ดวงตา ชีพจร ผิวหนัง น้ำตา ปัสสาวะ ฯลฯ แบ่งตามระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง สาเหตุของท้องร่วง 1. Watery stool ส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส 2. Mucous bloody stool มักเกิดจากแบคทีเรีย แนวทางการรักษา 1. ORT (Oral Rehydration Therapy) สำหรับรายที่ไม่มีภาวะช็อก 2. IV fluids สำหรับรายที่รุนแรงหรือมีภาวะช็อก 3. พิจารณาให้ Antibiotic เฉพาะกรณีมีข้อบ่งชี้

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

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

Common Problem in Pediatric Neurology โดย ผศ.พิเศษ พญ.ศิโรรัตน์ 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 ที่มีลักษณะชักเฉพาะที่ ชักซ้ำ หรือชักนานเกิน 15 นาที การรักษาในกรณีทั่วไปควรเน้นการให้ข้อมูลและปลอบโยนผู้ปกครอง ไม่จำเป็นต้องใช้ยากันชักประจำ ยกเว้นในกรณีที่มีการชักซ้ำหรือนาน 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 มีความสำคัญเพื่อวางแนวทางการดูแลรักษา นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคลมชักจำเป็นต้องมีความเข้าใจในแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นขณะเกิดอาการ เช่น การจัดท่าตะแคง รองศีรษะ ปลดเสื้อผ้าที่รัดแน่น และห้ามใส่ของเข้าปาก ซึ่งสามารถลดอันตรายและช่วยเหลือได้อย่างปลอดภัย ทั้งนี้พยาบาลยังควรแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การกินยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการใช้ชีวิตประจำวันอย่างระมัดระวัง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ การให้ความรู้แก่ครอบครัว และการสังเกตอาการที่อาจบ่งชี้ถึงโรคทางระบบประสาท การมีความรู้ความเข้าใจ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Nutritional Problems in Pediatrics โดย ผศ.พิเศษ พญ.อรวรรณ เอี่ยมโอภาส

โภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิตที่เป็น "หน้าต่างทอง" ของการพัฒนาสมองและระบบร่างกาย การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง เติบโตได้ตามเกณฑ์ และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในอนาคต ปัญหาทางโภชนาการในเด็กไทยซึ่งมีทั้งภาวะขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และพฤติกรรมการกินที่ไม่เหมาะสม 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 ยังมีปัญหาพฤติกรรมการกิน เช่น การป้อนข้าวแบบตามใจ การไม่สร้างวินัยในการกิน และการใช้ขวดนมต่อเนื่องเกินวัย ภาวะโภชนาการในเด็กสามารถประเมินได้จากการวัดน้ำหนัก ส่วนสูง และพฤติกรรมการกิน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ภาวะโภชนาการขาด (เช่น ขาดโปรตีน พลังงาน หรือวิตามิน) ภาวะปกติ และภาวะโภชนาการเกิน เช่น โรคอ้วน เด็กที่มีภาวะอ้วนมักเกิดจากการรับประทานอาหารพลังงานสูงร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย เช่นในกรณีศึกษาของเด็กวัยเรียนที่มีพฤติกรรม

ติดจอ ขาดกิจกรรมทางกาย และบริโภคอาหารหวานมัน ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และสัญญาณของภาวะดื้อต่ออินซูลิน นอกจากนี้ ยังพบปัญหาภาวะขาดธาตุเหล็กในทารกและเด็กเล็กจากการไม่ยอมกินเนื้อสัตว์ ส่งผลให้เกิดอาการซีด เพลีย การพัฒนาช้าลง และสมาธิสั้น สำหรับวัยรุ่นยังพบปัญหา "Anorexia nervosa" ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความกังวลเรื่องรูปร่าง ทำให้จำกัดอาหารมากเกินไป จนเกิดภาวะขาดสารอาหารรุนแรงและไม่มีประจำเดือน

แนวทางการดูแลโภชนาการในเด็กควรมุ่งเน้นการให้คำแนะนำเรื่องการเลือกอาหารที่มีคุณค่า ปรับพฤติกรรมการกิน สร้างวินัยในการกินอย่างเหมาะสมกับวัย และให้เด็กมีส่วนร่วมในการกินอาหาร โดยควรให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองในการสร้างนิสัยการกินที่ดี การส่งเสริมโภชนาการในเด็กจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือจากทั้งครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน ให้คำแนะนำ และเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการในเด็กอย่างรอบด้าน เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยเติบโตอย่างแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

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

บทบาทสำคัญของการดูแลทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเน้นความสำคัญของการจัดการตนเอง ที่เด็กๆ 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 ปฏิกิริยาของยา การบำบัด/พิษ ผลข้างเคียง พัฒนาการทางปัญญา การดูแลตนเอง และการสนับสนุน การพยาบาลที่เน้น การรับรู้ตั้งแต่แรกเริ่ม การรักษาเฉพาะ การปรับปรุงผลลัพธ์ของการดูแล การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการประเมินข้อมูล ตัดสินใจว่าจะจัดการเรื่องใด และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ลงมือปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ

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

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

โรคระบบหายใจในเด็ก โดย พญ. กัณฑิมาศ สิทธิกูล

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

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

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 และฮีโมฟีลัส อินฟลูเอนซา การติดเชื้อเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการอักเสบในหลอดลมและปอด การรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (LRI) รวมถึงการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การใช้ท่อช่วยหายใจในกรณีที่มีการอุดกั้นรุนแรงและการให้ออกซิเจนและสารน้ำเพียงพอ อาจใช้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบคือ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน

การประเมินพัฒนาการในเด็ก โดย พว. ฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์

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 ดื้อต่อต้าน (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

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อ โดย นภสร ไชยภักดี ICN

ระยะของโรคติดเชื้อ ระยะฟักตัว เวลาตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มมีอาการ ใช้พิจารณาแยกผู้ป่วย ระยะติดต่อ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อได้ และระยะเชื้อปรากฏ (Patent period) ระยะที่ตรวจพบเชื้อในร่างกาย ตัวอย่างระยะฟักตัวและแพร่เชื้อของโรค วัณโรค ฟักตัว ~45 วัน แพร่เชื้อเมื่อมีอาการ หากรักษาแล้ว 14 วันจะลดการแพร่เชื้อ หัด/สุกใส/COVID-19/RSV/ไข้เลือดออก/มือเท้าปาก/Influenza/Rota/Noro/Adeno/Herpes มีระยะฟักตัวและแพร่เชื้อแตกต่างกัน ต้องเฝ้าระวังเฉพาะโรค แนวทางป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล แยกผู้ป่วยติดเชื้อ ป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น สอบสวนและคัดกรอง ตรวจประวัติ วัคซีน และกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วย/ญาติ/บุคลากร) ให้ความรู้ สอนการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ วิธีปฏิบัติที่ปลอดภัย ใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์อย่างเหมาะสม เช่น การทำความสะอาดมือ การจัดการขยะ ควบคุมการแพร่เชื้อทางอากาศ เช่น ใช้ UV-C หรือ Hydrogen Peroxide ปกป้องบุคลากรและผู้ป่วย สวม PPE และปฏิบัติตามแนวทางเคร่งครัด บุคลากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคหัด/สุกใส ต้องใส่ N95 เมื่อดูแลผู้ป่วย

เชื้อดื้อยา (Drug-resistant Organisms) 1. MDR ดื้อต่อยา ≥ 3 กลุ่ม 2. XDR ดื้อต่อยาเกือบทั้งหมด เหลือยาไว้น้อยมาก 3. PDR ดื้อยาทุกชนิดที่มีใน รพ. ผลกระทบของเชื้อดื้อยา คือยารักษาไม่ได้ผล ต้องใช้ยาที่แรงและมีผลข้างเคียง รักษานานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อซ้ำ ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทั้ง รพ. และผู้ป่วย เสี่ยงแพร่เชื้อดื้อยาใน รพ. และชุมชน ทางเลือกในการรักษาน้อยลง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลต้องอาศัยการเฝ้าระวังที่เข้มงวด การแยกผู้ป่วย การให้ความรู้ และการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม ขณะที่เชื้อดื้อยากลายเป็นภัยเงียบที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและประเทศ โดยรวมแล้ว การควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือและการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามแนวทางของหน่วยงานสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Nursing Care in Pediatric Cancer Patients โดย พว. พรทิพย์ แพกระจ่าง

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในเด็กแบ่งตามวัย เด็กเล็ก (Toddler 1-3 ปี) เริ่มพัฒนาทางด้านภาษาและการเคลื่อนไหว มีแนวคิดแบบจินตนาการ เด็กโต (Preschool 3-6 ปี) เข้าใจความเป็นจริงแบบง่ายๆ เริ่มมีการสื่อสารที่ชัดเจน วัยรุ่น มีความเข้าใจในกระบวนการรักษาและสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้มากขึ้น เป้าหมาย รักษาคุณภาพชีวิตมุ่งเน้นการให้การรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ผลกระทบจากโรคมะเร็ง การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่อาจล่าช้า คุณภาพชีวิตที่ลดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การรักษา เคมีบำบัด ใช้ยาเคมีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง รังสีรักษา ใช้รังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมักใช้ร่วมกับการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ผลข้างเคียง อาการทางเดินอาหารอาจเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งมักเกิดขึ้นจากเคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันต่ำการกดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น ผิวหนังอักเสบอาจเกิดการระคายเคืองหรืออักเสบที่ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี การดูแลหลังการรักษา การติดตามอาการตรวจสอบสุขภาพและอาการข้างเคียงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดี และการสนับสนุนจิตใจให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้คำปรึกษาหรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน เพื่อช่วยให้พวกเขาปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

การพยาบาลโรคไตในเด็ก โดย นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล

หน้าที่ของไต การรักษาสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การขับของเสีย เช่น ยูเรีย (Urea) ครีเอทินีน (Creatinine/ Cr) เก็บสารบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น กลูโคส และหลั่งฮอร์โมน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับไตทั่วไปในเด็ก เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีไข้สูง มักมีไข้สูงไม่ทราบสาเหตุโดยเฉพาะรายที่มีอายุต่ำกว่า 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) และภาวะหลังไต (post-renal) การจัดการ AKI มักเกี่ยวข้องกับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไตวาย การดูแลประคับประคอง ควบคุมความดันโลหิต ให้โภชนาการที่เหมาะสม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงหรือภาวะติดเชื้อ ปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ บำบัดทดแทนไต เช่น Hemodialysis หรือ Peritoneal Dialysis ในรายที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภาวะน้ำเกิน อาการบวม หายใจลำบาก หรือหัวใจล้มเหลว ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) อาจส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ 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 การตรวจคัดกรองโรคหัวใจในทารก

แรกเกิดมีความสำคัญเพื่อให้สามารถระบุและรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิดได้อย่างทันท่วงที โดยมีขั้นตอนหลักดังนี้ ซักประวัติและตรวจร่างกาย เช่น เสียงหัวใจผิดปกติ ใช้เทคโนโลยีช่วยวินิจฉัย เช่น Echocardiography ประชุมทีมสหสาขา เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม เครื่องมือพื้นฐานในการวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็ก 1. X-ray หน้าอก (CXR) ใช้ในการประเมินขนาดและรูปร่างของหัวใจและหลอดเลือด 2. ECG (การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) ตรวจจังหวะการเต้นของหัวใจ 3. อัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiography) ตรวจดูโครงสร้างหัวใจ วิธีการรักษาโรคหัวใจแต่กำเนิด 1. เฝ้าระวังอาการและพัฒนาการของผู้ป่วย 2. การใช้ยา เพื่อควบคุมอาการ 3. สวนหัวใจ (Catheter intervention) เพื่อแก้ไขปัญหาหัวใจ 4. การผ่าตัด เพื่อซ่อมแซมหรือปรับปรุงการทำงานของหัวใจ

การสื่อสารกับครอบครัว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อธิบาย ทางเลือก ข้อดี-ข้อเสีย เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และทบทวนสรุปเป็นระยะ 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 ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ช่วยแพทย์ในการเจาะน้ำไขสันหลัง / วิเคราะห์น้ำไขสันหลังในเบื้องต้น เพื่อวางแผนการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

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

โรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (Atopic dermatitis หรือ eczema) พบบ่อยในเด็ก ผิวแห้ง คัน ผื่นแดง อาจมีน้ำเหลืองซึม ตำแหน่งผื่น เด็กเล็กพบบริเวณ แก้ม หน้าผาก หนังศีรษะ แขนขาด้านนอก และเด็กโตจะพบบริเวณข้อพับ ลำคอ ข้อมือ เกณฑ์วินิจฉัย คัน ผิวแห้งและมีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว

1. Atopic Dermatitis (AD) เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก สาเหตุเกิดจากปัจจัยทั้งทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเริ่มพบได้ตั้งแต่ 6 เดือนแรกของชีวิต โดยผื่นจะคัน แดง มีตุ่มน้ำ และตกสะเก็ดตำแหน่งขึ้นอยู่กับวัย เช่น เด็กเล็กมักเป็นที่แก้ม หนังศีรษะ ส่วนเด็กโตจะพบที่ข้อพับ 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) 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

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 ตับอักเสบ ต่อมน้ำเหลืองโต 4. Stevens–Johnson Syndrome (SJS) และ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) อาการรุนแรงมาก ผิวหนังหลุดลอกเหมือนแผลไฟไหม้ มีแผลที่เยื่อบุ ตา ปาก โรคที่อาจเข้าใจผิดว่าเป็นผื่นแพ้ยา Roseola (HHV-6) ผื่นเกิดหลังไข้ลด Measles (หัด) เริ่มจากไข้สูงร่วมกับไอ คัดจมูก ตาแดง ตามด้วยผื่นขึ้นที่หน้า แล้วลามลง มี Koplik's spots ในปากเป็นลักษณะ

จำเพาะ โรคอีริทีมา มัลติฟอร์ม สตีเวนส์–จอห์นสัน การติดเชื้อในปอด ภาวะเลือดออกในปัสสาวะ ไตอักเสบ และไตวาย แผลในหลอดอาหารหรือหลอดลม ตับและม้ามโตพร้อมกับระดับเอนไซม์ทรานซามิเนสที่สูง กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ โรคคาวาซากิ เยื่อบุตาอักเสบโดยไม่มีสารคัดหลั่ง เยื่อบุตาแดงแห้ง การจัดการ ควรหยุดใช้ยาทั้งหมดที่ได้รับภายใน 2 เดือนก่อน จัดผู้ป่วยอยู่ห้องไอซียูหรือห้องแยกสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ให้สารน้ำสารอาหารทางเส้นเลือด การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อซ้ำ ส่งปรึกษาจักษุวิทยา ให้ยารักษาอาการแพ้ทางปาก

Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever โดย พว. สุภาพร บัวบาน

โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะ ระยะฟักตัวในคน 5–8 วัน ผู้ติดเชื้ออาจมีอาการตั้งแต่ไม่รุนแรง ไปจนถึงมีภาวะรั่วของพลาสมาและช็อก ระยะของโรค 1. ระยะไข้ (Febrile phase) ไข้สูง 2–7 วัน ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน 2. ระยะวิกฤติ (Critical phase) เกิดพลาสมารั่วภายใน 24–48 ชม. มีโอกาสเกิดภาวะช็อก Pulse เบาเร็ว Pulse Pressure $\leq$ 20 mmHg 3. ระยะฟื้นตัว (Convalescence) อาการดีขึ้น ปัสสาวะออกมากขึ้น อาจพบภาวะน้ำเกิน (Fluid overload) 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 ระหว่างช่วงรั่วพลาสมา หลีกเลี่ยงการให้เกิน โดยใช้หลัก Holiday & Segar คำนวณ การพยาบาลในแต่ละระยะ ระยะไข้ เช็ดตัว ลดไข้ 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) อ่อนเพลียเมื่อไข้ลด ปวดท้อง 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 ซักประวัติ ตรวจ CBC/NS1 นัดติดตาม ER ตรวจ shock ประเมิน CR, V/S, เริ่มสารน้ำและเจาะ Lab WARD เฝ้าระวังภาวะเลือดออก ช็อก น้ำเกิน บันทึก V/S และ I/O อย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ น้ำเกิน (Fluid overload): หายใจลำบาก บวม ปัสสาวะลด ตับวาย สับสน เพ้อ ALT/AST สูง ไตวาย ปัสสาวะลด BUN/Cr สูง Hypoglycemia / Hyperglycemia Electrolyte imbalance: hypoNa, hypoK, hypoCa 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) ป้องกันยุงลาย

Oxygen therapy nursing management โดย พว.ศิรินทิพย์ ยูซูฟี

ข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจน ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก โรคปอดอักเสบ หอบหืด หัวใจล้มเหลว หลังคมยาสลบ และกรณีฉุกเฉิน วิธีการให้ออกซิเจน (Modes of Delivery) 1. Low-Flow System 1.1 Nasal Cannula: FiO_2 24–44% เด็ก 0.5–2 L/min, ผู้ใหญ่ $\leq$ 6 L/min 1.2 Simple Mask: FiO_2 40–60% ต้องใช้ $\geq$ 5 L/min 1.3 Partial Rebreather Mask: FiO_2 ~60–80% 1.4 Non-Rebreather Mask (NRBM) FiO_2 90–100%, ใช้ในภาวะฉุกเฉิน 2. High-Flow System 2.1 Venturi Mask ควบคุม FiO_2 ได้แม่นยำ 2.2 HFNC (High-Flow Nasal Cannula) ให้ความชื้น อุ่น ลดแรงต้านทางเดินหายใจ 3. สำหรับทารกแรกเกิด Oxygen Hood / Incubator ควบคุมออกซิเจน อุณหภูมิ และความชื้นได้ดี ข้อควรระวัง ห้ามมีประกายไฟใกล้แหล่งออกซิเจน ห้ามทาวาสลีนบริเวณจมูก/ปาก ตรวจสายไม่ให้พันหรืออุดตัน ติดตาม SpO_2 และสัญญาณชีพต่อเนื่อง การประเมินผลการให้ออกซิเจนสังเกตอาการ: หายใจโล่ง สีผิวดีขึ้น SpO_2 ควร $\geq$ 94% (ผู้ใหญ่) 92–95% (เด็ก) ตรวจ GCS, ABG, PaO_2 หากจำเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ เยื่อเมือกแห้ง (หากไม่ใช้ humidifier)b Oxygen toxicity หากให้ความเข้มข้นสูงเกิน 24–48 ชม. ภาวะหายใจช้าลงในผู้ป่วย COPD ROP (Retinopathy of Prematurity) ในทารกคลอดก่อนกำหนด

บทบาทของพยาบาลอประเมินอาการ เลือกอุปกรณ์และ flow rate ให้เหมาะสม เฝ้าระวัง SpO_2, RR, HR, ABG ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดูแลความปลอดภัยของเครื่องมือ แนวทางปฏิบัติสำหรับเด็ก เริ่มจาก nasal cannula ด้วย flow ต่ำ ทารกใช้ head box หรือ incubator อระวัง barotrauma จากแรงดันสูงปรับ flow และอุปกรณ์ตามพัฒนาการ ออกซิเจนเป็นการรักษาที่จำเป็น แต่ต้องใช้อย่างรอบคอบ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละวัย พยาบาลต้องมีบทบาททั้งด้านการประเมิน การติดตาม และการสื่อสารกับครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด

โรคเลือดและโรคมะเร็งในเด็ก โดย พญ.สมใจ กาญจนาพงศ์กุล

โรคโลหิตจาง (Anemia) การวินิจฉัยโรคโลหิตจางต้องพิจารณาจากประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด (CBC) การตรวจค่าดัชนีเม็ดเลือด (Indices) การตรวจสเมียร์เลือด (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 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบมากในเด็กเล็กและวัยรุ่นหญิง สาเหตุอาจมาจากการบริโภคธาตุเหล็กไม่เพียงพอหรือการสูญเสียเลือดเรื้อรัง

โรคมะเร็งในเด็ก มะเร็งที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphomas) การรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและระยะของโรค รวมถึงลักษณะทางพยาธิวิทยาของมะเร็งมักประกอบด้วยการผ่าตัดใช้ในการกำจัดเนื้องอก เคมีบำบัด ใช้ยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ประกอบด้วยหลายขั้นตอน เช่น การเหนี่ยวนำ (Induction) การเสริมสร้าง (Consolidation) การป้องกันระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) และการบำรุงรักษา (Maintenance) การฉายรังสี ใช้รังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการเจริญเติบโต การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell transplantation) ใช้ในกรณีที่จำเป็นต้องฟื้นฟูระบบเลือดหลังจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคที่เกิดจากการสร้างโกลบินเชนลดลง การรักษาอาจรวมถึงการให้เลือด การใช้ยาขับเหล็ก และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม

การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร 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 อาการถ่ายอุจจาระปนเลือดและปวดท้อง 3. Short Bowel Syndrome ภาวะที่เกิดจากการมีลำไส้สั้นกว่าปกติ ทำให้การดูดซึมสารอาหารไม่เพียงพอ 4. Neonatal Cholestasis ภาวะน้ำดีคั่งในทารกแรกเกิด ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อหรือโรคพันธุกรรม

อาการในระบบทางเดินอาหาร แผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียเรื้อรัง มี/ไม่มีมูกเลือดปน ติ่งผิวหนังขนาดใหญ่ที่ทวารหนัก ทางทะลุรอบทวารหนัก ฝีบริเวณรอบทวารหนัก (Perianal abscess) ฝีในช่องท้อง เลือดออกจากมีลำไส้อักเสบรุนแรงหรือแผลลึก ทางเดินอาหารอุดกั้น (Stricture/stenosis) อาการนอกระบบทางเดินอาหาร มีไข้ ซีด อ่อนเพลีย บวม มีน้ำหนักลด การเจริญเติบโตช้า รอยโรคที่ผิวหนัง ข้ออักเสบ ผนังลูกตาชั้นกลางอักเสบ ตับอักเสบ ทางเดินน้ำดีอักเสบชนิด primary sclerosing cholangitis หลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะแทรกซ้อน ทางทะลุ (fistula) ระหว่างลำไส้ (enteroenteric fistula) /รอบทวารหนัก/กระเพาะปัสสาวะ (enterovesical fistula) เลือดออกรุนแรงจากแผลขนาดใหญ่แผลลึกในลำไส้ ทางเดินอาหารอุดกั้นจากลำไส้อักเสบรุนแรง หรือมีการตีบ (stricture) ฝีในช่องท้องจากลำไส้อักเสบรุนแรง เกิดการทะลุของลำไส้ ทางทะลุระหว่างลำไส้

การวินิจฉัย ตรวจเลือด CBC, Electrolyte, LFT, ESR ตรวจอุจจาระ SA, Stool calprotectin ส่องกล้องตรวจลำไส้กลืนกล้องแคปซูลตรวจลำไส้เล็ก ตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ส่องกล้องบอลลูนตรวจลำไส้ การตรวจลำไส้เล็กจากภาพถ่าย การรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะ 1. การทำให้โรคสงบ (induction of remission) การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหรือยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ การรักษาด้วยโภชนบำบัด ดื่มนมชนิดพิเศษอย่างเดียวนาน 6-8 สัปดาห์ การผ่าตัด 2. การควบคุมโรคในระยะยาว (maintenance therapy) ยากลุ่ม Immunomodulators 1. Thiopurines: 6-Mercaptopurine (6-MP) Azathioprine Methotrexate 2. Anti-TNF ได้แก่ Infliximab

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ประยุกต์ใช้ความรู้นำแนวทางและหลักฐานเชิงประจักษ์จากการอบรมมาใช้ในการประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย พัฒนาการ และสภาวะสุขภาพของเด็กแต่ละราย
2. ยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลเด็กปรับปรุงกระบวนการดูแลให้สอดคล้องกับหลักปฏิบัติที่ทันสมัย เช่น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การใช้เทคโนโลยีช่วยประเมินอาการ และการให้ยาอย่างแม่นยำตามน้ำหนักตัวและอายุ
3. ใช้ความรู้จากการอบรมสนับสนุนการประเมินปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาล การเขียนแผนการดูแล และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลเด็กให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน

หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
1. ปรับปรุงการสอน Clinical Skill ให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติใหม่ นำความรู้จากการอบรม เช่น เทคนิคการประเมินอาการเด็กตามวัย การให้สารน้ำ การให้ออกซิเจนบำบัด หรือการสังเกตสัญญาณเตือนของโรค มาใช้ในการฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ 2. ใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) เพื่อเสริมการคิดวิเคราะห์ทางคลินิก คัดเลือกกรณีจากประสบการณ์ในการอบรม เช่น โรคติดเชื้อในเด็ก โรคหัวใจแต่กำเนิด หรือภาวะวิกฤตที่พบบ่อย มานำเสนอให้นักศึกษาวิเคราะห์ร่วมกัน และเชื่อมโยงความรู้พื้นฐาน สภาพปัญหา และแผนการพยาบาลในบริบทจริง เพื่อเตรียมนักศึกษาให้พร้อมคิดและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ 3. ส่งเสริมความปลอดภัยของเด็กในระหว่างการสอนและการนิเทศ ถ่ายโอนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การให้ยา การระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในการดูแลเด็ก	-

เอกสารที่แนบมาด้วย

1. ใบเสร็จรับเงิน
2. ประกาศนียบัตร

ทพ

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

(ผศ. ดร.พัชรินทร์ เงินทอง)
(หัวหน้าสาขาวิชาฯ)
15 ก.ค. 2568

ผู้รายงาน.....
(อาจารย์หทัยวรัญ ศรีทอง)
15 / กรกฎาคม / 2568

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ○ ฝ่ายบริหาร ⊘ ฝ่ายวิชาการ ○ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(ผศ.ดร.สังศิต ปิยวาทิต)
17 / ก.ค / ๒๕

ความคิดเห็นของอธิการบดี

ทพ.

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(ดร.ศุภเดช ปิยวาทิต)
17 ก.ค. 2568

เรียน อธิการบดี
เห็นควรอนุมัติ
ค่าใช้จ่ายในการ
ส่งเสริม คุณวุฒิ
ทั้งนี้
17/7/68

ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
Queen Sirikit National Institute of Child Health
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Department of Medical Services
Ministry of Public Health
420/8 Rajvithi Road, Rajtavee District, Bangkok 10400 THAILAND โทร 02-354-8333

เล่มที่ Book No. **16837** 85

เลขที่ No. **088**

เลขที่อ้างอิง 00044122

เลขที่เวร 04384

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

เลขประจำตัวผู้ป่วย ชื่อนางสาวหทัยวรัญ ศรีทอง

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

สามพันแปดร้อยบาทถ้วน

จำนวนเงินรวม Total Amount 3,800.00

ได้รับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน
นางสาววรนุชนันท์ ธนณิศพัฒน์
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

พิมพ์ครั้งที่ 3/68 สัญญาเลขที่ 7/2568 ลงวันที่ 30/10/67 เล่มที่ 16301-19700

เลขรหัสหลักสูตร H043-M-68-C3-0008-1

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประกาศนียบัตรฉบับนี้แสดงว่า

นางสาวหทัยวรัญ ศรีทอง

ได้รับการอบรม

การพยาบาลเด็ก

ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ระหว่างวันที่ 16 – 20 มิถุนายน 2568

โดยได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ 29 หน่วยคะแนน

รับรองโดย ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์

ออกให้ ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2568

(นางสาวรัชฎา อนันต์วรปัญญา)
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

(นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี