



คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยเด็กโรคไตอักเสบ
ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม

นางสาวขวัญชนก ดาวสามแป

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2566

คำนำ

โรคลำไส้กลืนกันพบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์พบได้ไม่มากนัก แต่หากได้รับการประเมินและรักษาล่าช้าจะส่งผลให้ทวีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น อัตราความสำเร็จของการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดก็ลดน้อยลงตามไปด้วย ในภาวะลำไส้กลืนกันการได้รับการประเมินและดูแลรักษาที่ถูกต้องทันทั่วทั้งที่จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น เพิ่มโอกาสในการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด ลดความเจ็บปวด ลดระยะเวลาในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มีการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ได้รวบรวมข้อมูล เรียบเรียงจากประสบการณ์ พร้อมทั้งค้นคว้าตำราวิชาการ ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บทความ วารสาร งานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การวินิจฉัย การรักษา รวมไปถึงสามารถประเมินและให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ครบคลุม เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเด็ก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจต่อไป

ขวัญชนก ดาวสามแป
กุมภาพันธ์ 2566

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไตสัณฐานที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลายการกลืนด้วยแรงดันลบฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้เนื่องด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายท่าน ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์อักรพล มุ่งนิรันดร์ อาจารย์สาขาวิชากุมารศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นางสาวจงจิตร หงษ์เจริญ หัวหน้างานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นางพวงยุพา ยิ้มเจริญ หัวหน้าหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันตก นางสาวนฤติญา จันทร์สน หัวหน้าหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันออก และนางเอื้องพร พิทักษ์สังข์ หัวหน้างานวิจัยและสารสนเทศ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเนื้อหา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้ร่วมงานที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลตลอดมา

ขวัญชนก ดาวสามเป
ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญรูป	จ
สารบัญตาราง	ฉ
 บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตคู่มือการพยาบาล	2
คำจำกัดความ	3
 บทที่ 2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	
บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	4
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	5
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	11
โครงสร้างงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	12
โครงสร้างหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันตก	13
 บทที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อลีบและการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม	
กายวิภาคของลำไส้	14
พยาธิกำเนิด	15
พยาธิสภาพ	16
การวินิจฉัย	18
การรักษา	20
อัตราการเกิดซ้ำ	23
ภาวะแทรกซ้อน	23

บทที่ 4 หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา

1. หลักการพยาบาล	24
1.1 การพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีกลายการกลืนด้วยแรงดันลม	24
1.2 การพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีกลายการกลืนด้วยแรงดันลม	34
2. กรณีศึกษา	41
2.1 การพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีกลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษา	46
2.2 การพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีกลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษา	51

บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

61

บรรณานุกรม

64

ภาคผนวก

68

ก ตารางแสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

69

ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

73

ค ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

78

สารบัญรูป

รูป	หน้า
รูปที่ 1 ภาพวิภาคของลำไส้	15
รูปที่ 2 ลำไส้ก่อนการกลืนกันชนิด ileocolic	16
รูปที่ 3 การเกิดลำไส้กลืนกันชนิด ileocolic	17
รูปที่ 4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ pneumatic reduction	22

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการใช้เบร็ชและการใช้ลมในการคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดัน	22
ตารางที่ 2 คำสั่งการรักษา	42
ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	44
ตารางที่ 4 บันทึกปริมาณและค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ	45
ตารางที่ 5 ตัวอย่างการเริ่มจิบน้ำ	62
ตารางที่ 6 ตัวอย่างการเริ่มอาหารเหลว	63
ตารางที่ 7 Neonatal Infant Pain Scale	70
ตารางที่ 8 Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale	70
ตารางที่ 9 การประเมินภาวะขาดน้ำ	70
ตารางที่ 10 สัญญาณชีพตามเกณฑ์อายุ	71
ตารางที่ 11 อุณหภูมิของร่างกาย	71
ตารางที่ 12 ประเมินระดับความง่วงซึม	71
ตารางที่ 13 พัฒนาการของเด็กปกติ อายุ 1-2 ปี	72
ตารางที่ 14 ระดับการตรวจเม็ดเลือดแดงที่แสดงว่ามีภาวะเลือดจาง	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ลำไส้กลืนกัน (intussusception) เป็นสาเหตุหนึ่งของลำไส้อุดตัน เกิดจากส่วนหนึ่งของลำไส้ส่วนต้นมุดตัวหรือม้วนตัว (invagination) หรือเคลื่อนตัวเข้าไปในช่องของลำไส้ส่วนปลายที่อยู่ติดกัน ทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของลำไส้อย่างรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด มักพบในผู้ป่วยอายุ 3 เดือนถึง 2 ปี¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงขวบปีแรก² พบมากที่สุดช่วงอายุ 9 เดือน³ และพบได้น้อยในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 3 เดือนและมากกว่า 3 ปี² ดังนั้นในผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจน เมื่อปวดท้องอาจแสดงอาการร้องกวนเป็นพักๆ บิดตัวรุนแรง มือเท้าเกร็ง ทำให้บิดามารดาเข้าใจและให้ประวัติว่ามีอาการชักร่วมด้วย ส่งผลต่อการวินิจฉัย ทำให้การรักษาล่าช้าได้ นอกจากนี้ปัญหาสำคัญของลำไส้กลืนกัน คือ การถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ทำให้แพทย์ผู้รักษามุ่งไปรักษาลำไส้อักเสบจนการดำเนินโรคมารุนแรง หากเกิดภาวะลำไส้กลืนกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ลำไส้บริเวณที่เกิดการกลืนกันกดรัดจนทำให้ผนังลำไส้บวมขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดลำไส้เน่า แดกทะลุ เยื่อช่องท้องอักเสบ อาจเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อค และถึงแก่ชีวิต

อุบัติการณ์การเกิดลำไส้กลืนกันในประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานไว้ประมาณ 18-56 ราย ต่อ 100,000 รายของทารกที่เกิดมีชีวิต ในประเทศแถบยุโรปพบ 1-4 ราย ต่อ 1,000 รายของทารกที่เกิดมีชีวิต³ และการเกิดลำไส้กลืนกันในเด็กในประเทศไทยยังไม่มีผู้รายงานอย่างชัดเจน สถิติของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาลำไส้กลืนกันในโรงพยาบาลศิริราช สาขากุมารศาสตร์ ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในระยะ 3 ปี คือ พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 12, 7 และ 6 ราย (ตามลำดับ)

การรักษาลำไส้กลืนกันหากไม่มีเยื่อช่องท้องอักเสบ เริ่มรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดคือการส่งผ่านแรงดันเข้าทางทวารหนักด้วยตัวกลางชนิดต่างๆ เช่น ลม น้ำเกลือ สารแบเรียม เป็นต้น เพื่อดันลำไส้บริเวณที่กลืนกันให้คลายออก ที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบันคือ ลม ผลการรักษาพบว่าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการ สามารถคลายการกลืนด้วยแรงดันลม (pneumatic reduction) ได้สำเร็จ ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ภายใน 1-2 วัน กลับบ้านได้ภายใน 2-3 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของลำไส้กลืนกันอีก แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าจะทำให้อัตราสำเร็จในการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดนั้นลดลงตามไปด้วย การเกิดภาวะลำไส้กลืนกันเป็นเวลานานจนส่งผลทำให้ลำไส้เน่าและแตกทะลุ หรือในกรณีที่ไม่สามารถใช้แรงดันคลายการกลืนได้สำเร็จ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด⁴ ส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษาใน

โรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด เกิดความเจ็บปวด เพิ่มความเครียดและวิตกกังวล ทั้งต่อผู้ป่วย บิดามารดาและครอบครัว เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือแม้กระทั่งถึงแก่ชีวิต เป็นต้น

โรคลำไส้กลืนกันเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีอาการรุนแรง ต้องรักษาแบบปัจจุบันทันด่วน หากได้รับการประเมินและดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่เบื้องต้นความรุนแรงของโรคจะน้อยลง แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กไม่สามารถสื่อสารบอกอาการได้อย่างชัดเจนเหมือนผู้ใหญ่ และมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วรุนแรง พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ เพื่อสามารถประเมิน ติดตามอาการ ให้การดูแลและการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขภาวะเจ็บป่วยเบื้องต้นก่อนรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเด็กได้ การจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม จึงมีความสำคัญในการเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลำไส้กลืนกัน กายวิภาคของลำไส้ พยาธิสภาพของการเกิดลำไส้กลืนกัน การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม
2. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการฟื้นฟูและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม
2. พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลมในแนวทางเดียวกัน
3. ผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลมได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การวินิจฉัย การรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อนและหลังการรักษาจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

คำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันตก โรงพยาบาลศิริราช อายุตั้งแต่ 1 เดือน – 18 ปี
2. ลำไส้กลืนกัน (intussusception) หมายถึง ภาวะที่ส่วนหนึ่งของลำไส้ที่อยู่ส่วนต้นมุดหรือม้วนตัว (invagination) หรือเคลื่อนตัวเข้าไปในช่องของลำไส้ส่วนปลายที่อยู่ติดกัน¹
3. การคลายการกลืนด้วยแรงดันลม (pneumatic reduction) หมายถึง การส่งผ่านแรงดันลมเข้าทางทวารหนักด้วยแรงดันจำกัด เพื่อดันลำไส้ที่กลืนกันให้คลายออก¹

บทที่ 2

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานให้การพยาบาลในหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันตก งานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง ตั้งแต่อายุ 1 เดือน – 18 ปี และรับผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 18 ปี ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาต่อเนื่องทางกุมารศัลยศาสตร์ ให้การรักษาทางศัลยกรรมในระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ กลุ่มศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ และศัลยกรรมตกแต่ง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน หายจากภาวะโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการ ซึ่งมีเป้าหมายหลายประการ เช่น การผ่าตัดเพื่อรักษา เพื่อช่วยชีวิต เพื่อการวินิจฉัยโรค ให้ชัดเจน เพื่อตกแต่งความผิดปกติของอวัยวะร่างกายให้ใกล้เคียงกับปกติ

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาแบ่งได้ 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยประเภทตามนัดหมาย (elective surgery) เพื่อแก้ไขความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ ท่อปัสสาวะเปิดต่ำ (hypospadias) ความผิดปกติของทวารหนักและเรคตัม (anorectal malformation) โรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's disease)

2. กลุ่มผู้ป่วยประเภทมาด้วยอาการฉุกเฉิน (emergency case) ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาหรือให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารที่มาด้วยอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ ลำไส้กลืนกัน (intussusception) ไส้ติ่งอักเสบ (appendicitis) ลำไส้อุดตัน (gut obstruction) ผู้ป่วยที่กลืนกินสิ่งแปลกปลอมหรือคั่งสารคัดกร่อนในทางเดินอาหาร เช่น กลืนกินเหรียญ ก้อนแบตเตอรี่ ลูกบิด คีมน้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาซักล้างต่างๆ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีอาการบวม แดง เป็นตุ่มหนองฝี และผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุกระดูกหัก แตร รั่ว เช่น รดล้ม ตกจากที่สูง หกล้ม เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ป่วยนัดติดตามต่อเนื่องที่มีความผิดปกติของทวารหนักและเรคตัม (anorectal malformations) ที่สามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้เอง นัดติดตามประเมินอาการที่คลินิก ARM (anorectal malformations clinic) ที่หอผู้ป่วยทุกบ่ายวันศุกร์ เพื่อติดตามการขับถ่ายอุจจาระ การขยายรูทวารหนัก และอาการผิดปกติอื่นๆขณะอยู่ที่บ้าน ดูแลให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดหรือหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ ทั้งผู้ป่วยประเภทตามนัดหมาย (elective surgery) และผู้ป่วยที่มาด้วยอาการฉุกเฉิน (emergency case) ดังนี้

1.1 ชักประวัติและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรับการผ่าตัดหรือหัตถการ ได้แก่ ตรวจร่างกาย หากพบผู้ป่วยมีไข้ ไอ เป็นหวัด มีน้ำมูก หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจก่อนมาโรงพยาบาล รายงานให้แพทย์ทราบก่อนรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อมในการผ่าตัดหรือเปลี่ยนแผนการรักษาต่อไป ตรวจผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดและความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น ตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาสีเล็บ ไม่ใส่เครื่องประดับในร่างกาย เป็นต้น ตรวจหนังสือประวัติ หากพบผู้ป่วยมีหารายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาหมักหา ในบางรายอาจงดหรือเลื่อนผ่าตัดหรือหัตถการและจำหน่าย ตรวจสอบสภาพฟัน หากมีฟันผุ ฟันโยก รายงานให้แพทย์ทราบ

1.2 ให้ข้อมูลคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและบิดามารดาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับขั้นตอนการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดหรือหัตถการ เช่น การใส่ป้ายชื่อระบุตัวผู้ป่วย การเจาะเลือด การเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมความสะอาดร่างกาย การชั่งน้ำหนัก เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและบิดามารดาได้รับทราบขั้นตอน มีความเข้าใจ มีความพร้อมในการรับการพยาบาลและการผ่าตัดหรือหัตถการ ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวหรือตกใจ เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ ตอบคำถาม แสดงท่าทีเข้าใจ ให้กำลังใจ ปลอบโยน เพื่อให้บิดามารดาคลายความวิตกกังวล

1.3 ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดหรือหัตถการ เพื่อให้ผู้ป่วยและบิดามารดามีความเข้าใจ คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวด สามารถประเมินอาการปวดหรือแจ้งทีมสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความปวดหลังการผ่าตัดหรือหัตถการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพ เครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยเด็ก ได้แก่

1.3.1 Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิด-1 ปี ระดับคะแนน 0-7 คะแนน คะแนน > 4 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด (ภาคผนวก ก ตารางที่ 7)

1.3.2 Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) ใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี หรือในผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ ประเมิน 6 ด้าน ระดับคะแนน 0-13 คะแนน คะแนน > 8 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด (ภาคผนวก ก ตารางที่ 8)

1.3.3 Numerical Rating Scale (NRS) ใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 6 ปี หรือผู้ป่วยเด็กที่สามารถใช้ตัวเลขช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวดได้ ระดับคะแนน 0 - 10 คะแนน คะแนน > 3 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด

1.4 ให้ข้อมูลคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจหลังผ่าตัดในเด็กที่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำซึ่งอย่างน้อยเป็นเด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป

การให้คำแนะนำประกอบด้วย การฝึกหายใจ (deep breathing exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การเคลื่อนไหวและลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัด (early ambulation)

1.5 เตรียมผลตรวจร่างกาย เช่น บันทึกลักษณะชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบท้องในผู้ป่วยท่อน้ำดีตีตัน (biliary atresia) เพื่อประเมินภาวะท้องมาน (ascites) เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete Blood Count (CBC), Urine Analysis (UA), electrolytes เตรียมผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น ผลอัลตราซาวด์ ผลเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการ

1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำตามแผนการรักษา ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมรับการผ่าตัดหรือหัตถการ และเพื่อทำให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ปอดระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจได้

1.7 เตรียมแบบยินยอมผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก แบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่งหรือข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ ตรวจสอบความถูกต้องของป้ายชื่อที่ใช้ระบุตัวผู้ป่วย การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งข้างที่จะทำการผ่าตัด (marking site) และดูแลความสมบูรณ์ของเอกสารสำคัญต่างๆ ให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนส่งผู้ป่วยไปทำผ่าตัดหรือหัตถการ

1.8 ดูแลความสะอาดร่างกายในเช้าวันผ่าตัด สอนล้างลำไส้ (ถ้ามี) ในผู้ป่วยวัยรุ่นอาจมีการโกนขนเฉพาะบริเวณที่จะทำการผ่าตัดตามแผนการรักษาด้วยความระมัดระวัง ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังทำผ่าตัดหรือหัตถการ

2.1 ประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดหรือหัตถการ ให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม วิญญาณ ได้แก่

2.1.1 ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) โดยดูแลให้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95⁶ ร่วมกับประเมินเส้นสะท้อนสัญญาณชีพทุก 30 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง จากนั้นทุก 1 ชั่วโมงติดต่อกันอย่างน้อย 4 ครั้งหรือจนกว่าสัญญาณชีพคงที่หรือตามแผนการรักษา⁷ หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่หรือตามแผนการรักษา ประเมินอาการปวดและบริหารยาแก้ปวด

2.1.2 ประเมินลักษณะของแผล ภาวะเลือดออกจากแผล ปริมาณของเหลวจากสายระบายต่างๆ และดูแลสายระบายต่างๆ ให้อยู่ในตำแหน่ง ไม่หัก พับ งอ ดึงรั้ง เลื่อน หลุด หากแผลมีเลือดออกมาก หรือปริมาณของเหลวจากสายระบายต่างๆออกมาก รายงานแพทย์เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

2.1.3 ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เจ็บคอ เสียงแหบ บาดเจ็บบริเวณริมฝีปาก⁸

2.1.4 ประเมินภาวะสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ประเมินการปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหรือหัตถการ

2.1.5 ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลให้ร่างกายอบอุ่น จัดท่า ดูแลความสุขสบายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.1.6 ให้ข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหรือหัตถการแก่ผู้ป่วยและบิดามารดา ดูแลให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ เคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองโดยเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือช่วยให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงและลงเดินภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง

2.3 ระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือตกเตียงเนื่องจากผู้ป่วยยังมีการตกค้างหรือหลงเหลือของยาระงับความรู้สึก โดยแนะนำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือกิจกรรมและยกragenเตียงที่ถูกวิธีขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้งขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงหรือหลังทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแล้วเสร็จ

2.4 ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก universal precaution อย่างเคร่งครัด ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ให้คำแนะนำแก่ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยให้ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

2.5 ติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผนการรักษาในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ต้องการการดูแลฟื้นฟูเฉพาะด้าน เช่น หน่วยกุมารเวชศาสตร์ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่ต้องการการร่วมประเมินและดูแลรักษาต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจ หอบหืด ลมชัก ต่อมไทรอยด์ เป็นต้น หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด กายอุปกรณ์ ในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อที่ต้องการการดูแลฟื้นฟูหลังผ่าตัด หน่วยโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย

3. ให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคอย่างเหมาะสมโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล 5 โรคที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย ได้แก่

3.1 ถ้าไส้กลืนกัน (intussusception) เป็นภาวะลำไส้อุดตันที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ดังนั้นต้องได้รับการแก้ไขเบื้องต้นในเรื่องภาวะขาดน้ำและความผิดปกติของสมดุลอิเล็กโทรไลต์ การแก้ไขและป้องกันการติดเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะ การใส่สายสวนกระเพาะอาหาร ดูแลงดน้ำและอาหาร ประเมิน ติดตามอาการ เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับการรักษ¹⁰ ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่บิดามารดาเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยระบายความรู้สึก เพื่อให้บิดามารดาคลายความวิตกกังวลและผู้ป่วยพร้อมรับการรักษา

การรักษาลำไส้กลืนกันจะเริ่มจากวิธีไม่ผ่าตัดก่อนเสมอหากไม่มีข้อห้ามสมบูรณ์ คือ เชื้อบวมท้องอืดเสบ แต่หากรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดไม่สำเร็จหรือเกิดการแตกทะลุของลำไส้จึงส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดช่วยเหลือต่อไป หากผู้ป่วยรับการคลายลำไส้กลืนกันด้วยวิธีการกลายการกลืนด้วยแรงดันลมได้สำเร็จ หลังรับการรักษาผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารต่ออย่างน้อย 12-18 ชั่วโมง⁴ เพื่อสังเกตอาการลำไส้กลืนกันซ้ำและเพื่อให้ลำไส้มีความพร้อมกลับมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อลำไส้เคลื่อนไหวนไหวดี ผู้ป่วยไม่มีอาการผิปกติหรืออาการบ่งชี้ว่าลำไส้กลืนกันซ้ำได้แก่ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด เป็นต้น¹¹ ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารตามลำดับ (step diet) ได้แก่ จิบน้ำ อาหารเหลว (liquid diet) อาหารอ่อน (soft diet) และอาหารปกติ (regular diet)¹² หรือตามแผนการรักษา พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมการทำงานของลำไส้ ภายหลังรับประทานอาหารติดตามประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) โดยสังเกตจากการเรอ การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องอืด¹¹ และแนะนำติดตามการเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิปกติ หากมีอาการผิปกติแจ้งให้พยาบาลทราบ

3.2 ทางเดินน้ำดีตีบตัน (biliary atresia) เป็นโรคที่มีความพิการแต่กำเนิดของทางเดินน้ำดี เกิดจากการตีบตันของทางเดินน้ำดีภายนอกตับหรือไม่พบทางเดินน้ำดีในทารกแรกเกิด ผู้ป่วยมาด้วยอาการตาตัวเหลือง อุจจาระสีซีด ปัสสาวะเข้ม อาจมีภาวะซีดเพราะเลือดออกง่าย พัฒนาการช้า ท้องอืด ทุพโภชนาการ ค้น กระดูกอ่อน และตับโต¹³ การเตรียมผู้ป่วยและติดตามการ เพื่อให้พร้อมรับการรักษาพยาบาลควรให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยาบาล ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแก่บิดามารดา เช่น การสังเกตอาการตาและตัวเหลือง การประเมินสีอุจจาระและปัสสาวะหลังผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้ง การระมัดระวังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายและกระดูกอ่อน การดูแลความสุขสบายเพื่อบรรเทาอาการคัน เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ดูแลส่งเสริมอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรค ให้วิตามินที่ละลายในไขมัน วิตามิน A, D, E, K และวิตามินรวม (multivitamin) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ตัดเล็บให้สั้น ระมัดระวังอุบัติเหตุ ดูแลให้วิตามิน K (1-2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) ตามแผนการรักษาก่อนผ่าตัด เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับการรักษาตามคำสั่งการรักษา และสำรองเลือดเพื่อใช้ในการผ่าตัด

หลังรับการรักษาผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ดูแลประเมินลักษณะของแผลและอาการปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลให้ยาสแตียรอยด์เพื่อเพิ่มการขับน้ำดี ดูแลให้ยา phenobarbital เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำดี ดูแลให้ยา ursodeoxycholic acid เพื่อรักษาอาการคัน ลดคอเลสเตอรอลในน้ำดีและทำให้น้ำดีไหลดีขึ้น ประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น การอักเสบหรือติดเชื้อของท่อน้ำดี ลำไส้ได้แก่ ตาและตัวเหลืองเพิ่มขึ้น อุจจาระสีซีดลง มีไข้ เป็นต้น ประเมินอาการท้องมาน¹³ พร้อมทั้งแนะนำการสังเกตอาการผิปกติดังกล่าวแก่บิดามารดา เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

3.3 รูท่อน้ำปัสสาวะเปิดต่ำ (hypospadias) เป็นภาวะความพิการแต่กำเนิดที่รูเปิดของหลอดปัสสาวะเปิดต่ำกว่าบริเวณส่วนปลายสุดขององคชาติ โดยจะเปิดตามแนวกลางด้านล่าง

ลงไปถึงบริเวณฝีเย็บหน้าต่อรูทวารหนัก การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดรักษา พยาบาลควรประเมินตำแหน่งของรูเปิดท่อปัสสาวะของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อใช้ในการประเมินเปรียบเทียบกับตำแหน่งรูเปิดท่อปัสสาวะหลังได้รับการผ่าตัดแก้ไข ให้คำแนะนำบิดามารดาเกี่ยวกับโรค การรักษา การพยาบาลที่จะได้รับ เช่น การเตรียมความพร้อมสัณฐานร่างกายและบริเวณอวัยวะเพศ การสวนอุจจาระ (ถ้ามี) เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, UA หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณองคชาติและใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงรองรับปัสสาวะ โดยแผลจะปิดไว้ประมาณ 5-7 วัน (การเปิดแผลก่อน 5 วันจะทำให้แผลบวม มีเลือดออกหรือพบเป็นก้อนเลือดได้) ดูแลประเมินลักษณะและความสะอาดของแผล ไม่ให้เปียกชื้น อุจจาระไม่เลอะเปรอะเปื้อน เนื่องจากตำแหน่งของแผลอยู่ใกล้กับบริเวณรูทวารหนักซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ และทำให้ไม่สามารถปิดแผลได้นาน 5-7 วันตามแผนการรักษา สายสวนปัสสาวะจะคาไว้ประมาณ 5-7 วัน ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ ดึงรั้ง เลื่อน หลุด เพื่อให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในตำแหน่งได้นานตามแผนการรักษา ประเมินสี ปริมาณปัสสาวะ และความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา จนแผลหายดี ประมาณ 5-7 วัน¹⁴ หลังจากแพทย์เปิดแผล ประเมินแผลและดูแลไม่ให้แผลกระทบกระแทก เปียกชื้น เมื่อแพทย์ถอดสายสวนปัสสาวะออก กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ และสังเกตการถ่ายปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังถอดสาย¹⁵ ประเมินลักษณะการปัสสาวะ ได้แก่ ตำแหน่งของรูเปิดท่อปัสสาวะ การพุ่งเป็นลำของปัสสาวะ อาการปวด เบ่ง แสบ ขัด ขณะปัสสาวะ

3.4 ความผิดปกติของหลอดเลือดดำ (venous malformation) เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดดำแต่กำเนิดมีหลายรูปแบบและสามารถพบได้ทุกอวัยวะในร่างกาย สามารถพบได้ที่เดียวหรือหลายที่ก็ได้ โดยปกติรอยโรคจะโตตามตัว ในผู้ป่วยที่รอยโรคเล็กแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดได้เลย แต่ในกรณีที่มีก้อนใหญ่ แพทย์อาจพิจารณาใช้เลเซอร์หรือฉีด sclerotherapy เพื่อลดขนาดรอยโรคก่อนการผ่าตัด¹⁴ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต้องระมัดระวังการกระทบกระแทกบริเวณรอยโรคเนื่องจากหลอดเลือดไม่แข็งแรงและเลือดออกง่าย ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและบิดามารดาเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, blood coagulation และสารองเลือดเพื่อใช้ในการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลบริเวณอวัยวะที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดดำและอาจมีขั้วระบายสูญญากาศ (radivac drain) จากแผลเพื่อระบายเลือดและสารคัดหลั่ง ดูแลประเมินแผล อาการปวด ปริมาณเลือดและสารคัดหลั่งในขั้วระบายสูญญากาศ ดูแลให้ขั้วระบายอยู่ในระบบสูญญากาศ สายไม่เกิดการหัก พับ งอ ดึงรั้ง เลื่อน หลุด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล

3.5 รอยต่อระหว่างท่อไตและกรวยไตอุดตัน (ureteropelvic junction obstruction) เกิดจากการอุดตันที่บริเวณรอยต่อของกรวยไตกับหลอดไต เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะไตบวมน้ำ (hydronephrosis) พบในเด็กผู้ชายบ่อยกว่าเด็กผู้หญิง ปัจจุบันส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยทารกโดยการตรวจคลื่นความถี่สูง และถือเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection : UTI) หลังรับการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณ

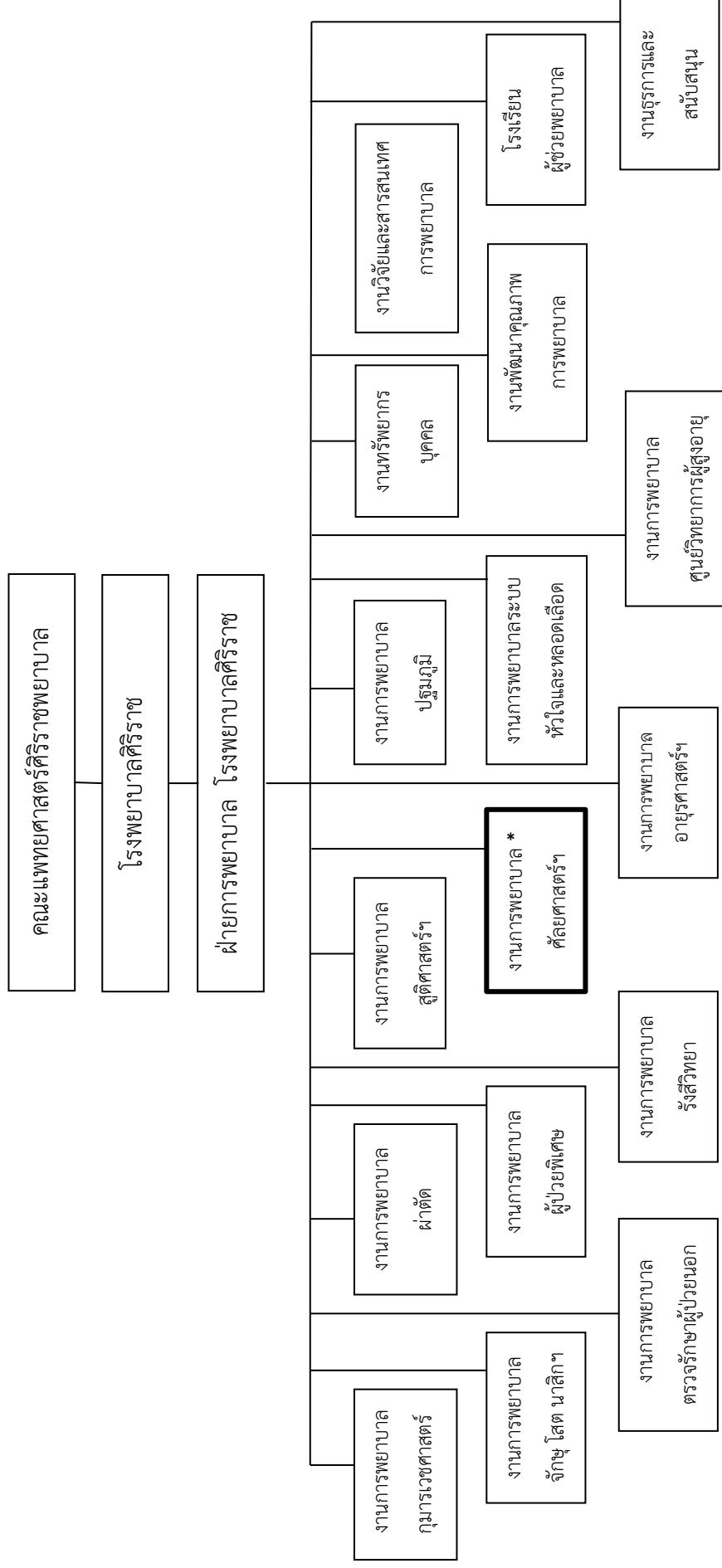
เหนือหัวหน้าและคาสายสวนปัสสาวะต่อลงรองรับปัสสาวะ คุณดูแลให้ข้อมูลคำแนะนำแก่บิดามารดาเกี่ยวกับการดูแลแผล อาการปวด การดูแลสายสวนปัสสาวะ ไม่ให้หัก พับ งอ ดึงรั้ง เลื่อน หลุด ประเมินสีและปริมาณของปัสสาวะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกเวอร์หรือตามแผนการรักษา คุณดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ป้องกันการติดเชื้อ เมื่อแพทย์ถอดสายสวนปัสสาวะออกกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ สังเกตการถ่ายปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังถอดสาย¹⁵ และประเมินอาการปวด เบ่ง แสบ ขัด ขณะปัสสาวะ หรือมีไข้

4. วางแผนจำหน่าย

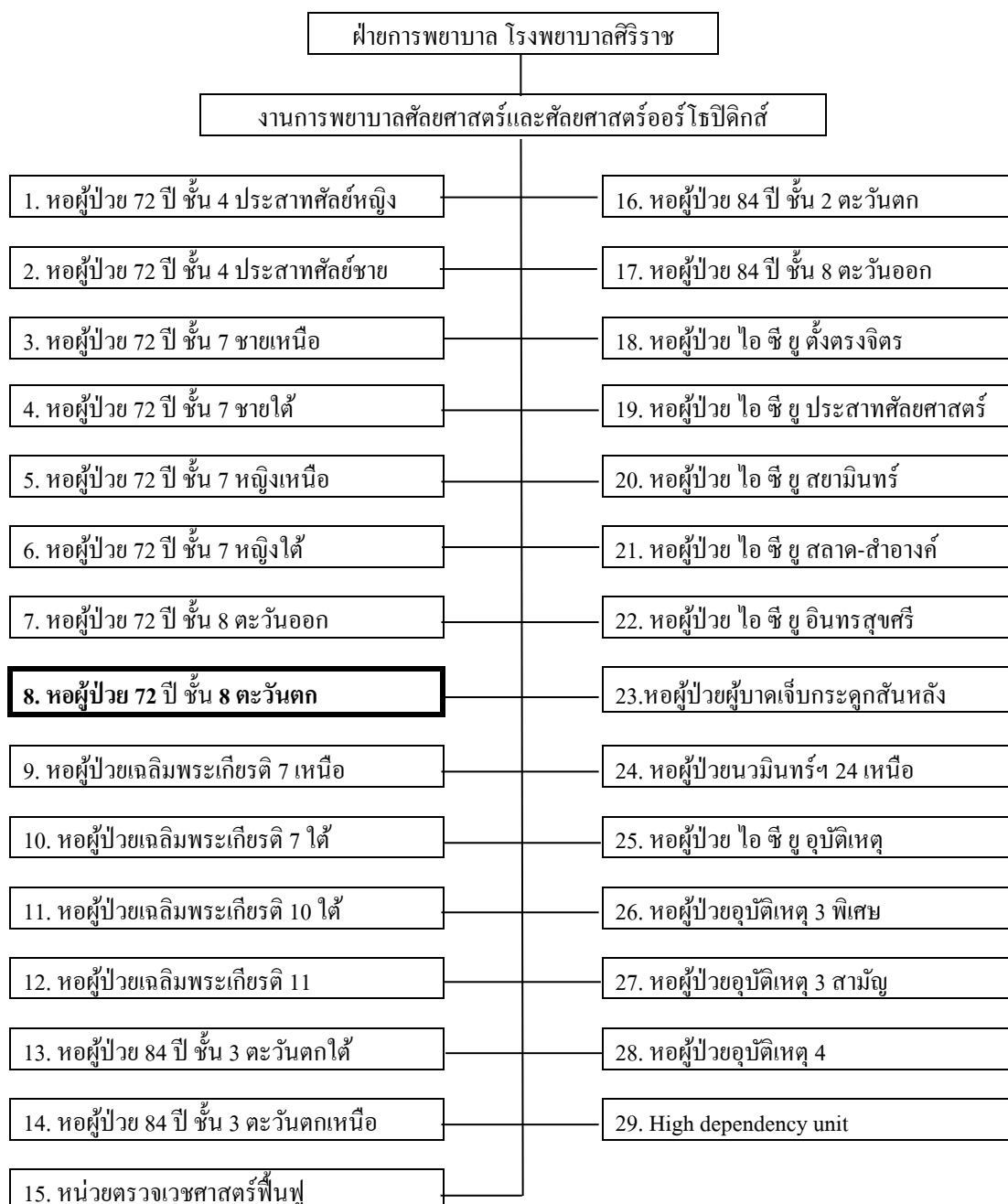
4.1 ให้ความรู้และฝึกทักษะในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยโรคทางเดินน้ำดีตีบตัน (biliary atresia) ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการจัดยาแก่บิดามารดา เนื่องจากผู้ป่วยมียาที่ต้องกลับไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้านเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของทวารหนักและเรคตัม (anorectal malformations) ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการสวนอุจจาระ การขยายรูทวารหนักด้วย hegar การฝึกควบคุมการขับถ่าย การดูแลผิวหนังบริเวณรอบรูทวาร หรือหากมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (colostomy) ฝึกทักษะเรื่องการติดถุง colostomy และการดูแลลำไส้ที่เปิดทางหน้าท้อง เป็นต้น ในกลุ่มผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะที่ต้องกลับไปสวนปัสสาวะเองที่บ้าน ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการสวนปัสสาวะ กลุ่มที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะกลับบ้าน แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและบิดามารดามีทักษะ ความมั่นใจในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สร้างเสริมพลังความเชื่อมั่น ให้กำลังใจในการรักษาและการดูแลตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลใกล้บ้านหากมีอาการผิดปกติหรือต้องการการดูแลช่วยเหลือ

4.2 คุณดูแลติดต่อประสานงานและส่งต่อข้อมูลกับหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลอื่น ในกรณีส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยกลับหรือย้ายหน่วยงานเพื่อให้การรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

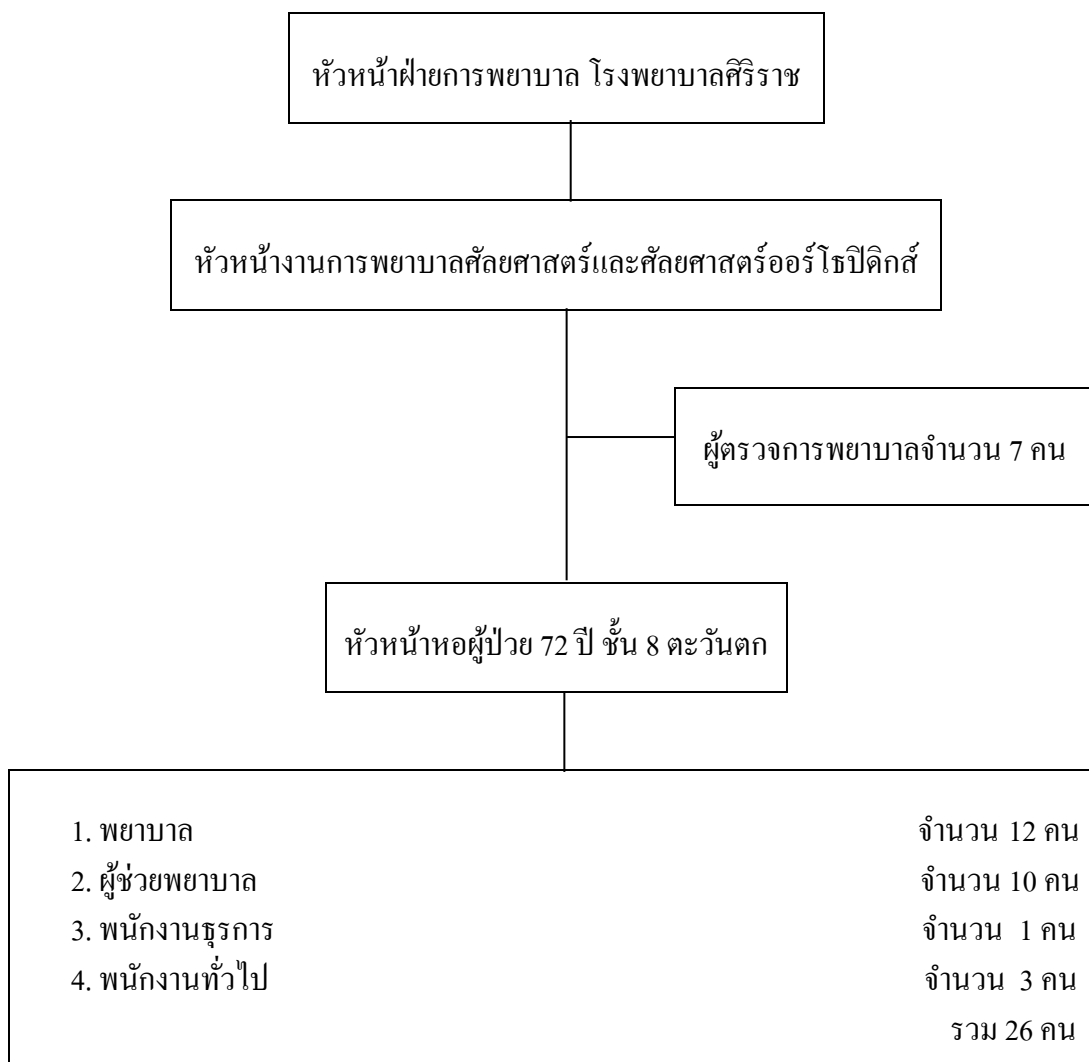
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



โครงสร้างงานการพยาบาลศาสตร์และศาสตรออร์โธปิดิกส์



โครงสร้างหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันตก

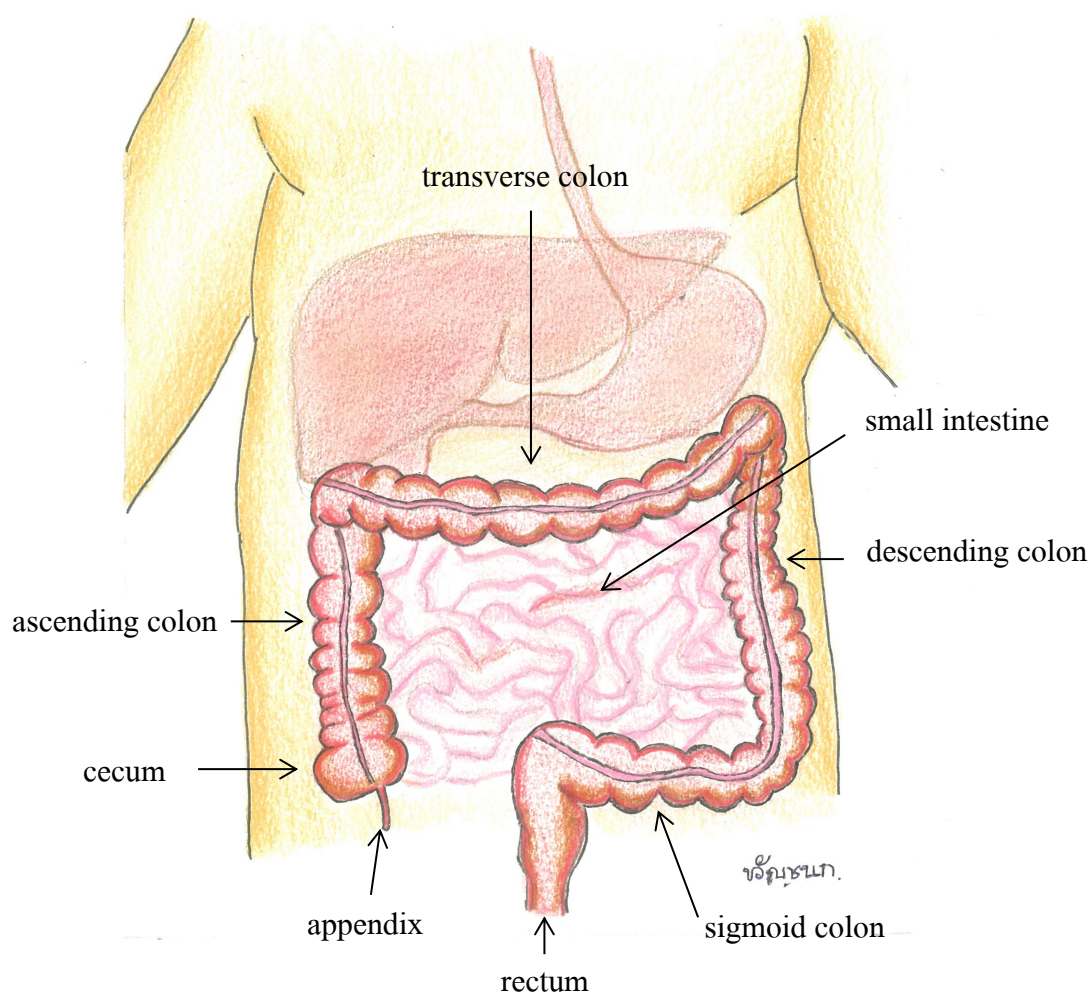


บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลำไส้กลืนกัน และการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

กายวิภาคของลำไส้

ลำไส้เป็นอวัยวะของทางเดินอาหารที่ต่อมาจากกระเพาะอาหารและสิ้นสุดที่ทวารหนัก แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็กประกอบด้วย ลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) เป็นลำไส้เล็กส่วนที่สั้นที่สุด ยาวประมาณ 23-28 เซนติเมตร ต่อจากกระเพาะอาหาร ส่วนปลาย (pylorus) ไปจนถึง duodenojejunal junction เกือบทั้งหมดของลำไส้เล็กส่วนนี้จะถูกดันไปติดกับผนังท้องด้านหลัง ลำไส้เล็กส่วนกลาง (jejunum) ลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) มีความยาวประมาณ 6-7 เมตร ลำไส้เล็กส่วนกลางเริ่มต้นจาก duodenojejunal flexure ไปจนถึงสิ้นสุดลำไส้เล็กส่วนปลายที่ ileocecal junction รอยต่อระหว่างลำไส้เล็กส่วนกลางและส่วนปลายไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน โดยรวมตำแหน่งของลำไส้เล็กส่วนกลางจัดอยู่บริเวณช่องท้องบนด้านซ้าย (left upper quadrant) และลำไส้เล็กส่วนปลายส่วนใหญ่จัดอยู่บริเวณช่องท้องล่างด้านขวา (right lower quadrant) ลำไส้เล็กมีหน้าที่ย่อยและดูดซึมอาหาร ผนังลำไส้เล็กประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบรอบอยู่ชั้นในและกล้ามเนื้อตามยาวอยู่ชั้นนอก การหดตัวของกล้ามเนื้อเพื่อการย่อยและการดูดซึมสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การหดตัวเพื่อช่วยคลุกเคล้าอาหารให้เข้ากับน้ำย่อย เพื่อเพิ่มโอกาสที่อาหารจะสัมผัสกับผนังลำไส้มากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพของการดูดซึม และการหดตัวเพื่อให้อาหารเคลื่อนที่จากบนลงล่างอย่างเป็นระเบียบ^{16,17} ลำไส้ใหญ่ยาวประมาณ 1.5 เมตร แบ่งออกเป็นหลายส่วนได้แก่ ซีคัม (cecum) ลำไส้ใหญ่ส่วนขึ้น (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (transverse colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (sigmoid colon) ไส้ตรง (rectum) และมีไส้ติ่ง (vermiform appendix) อยู่ส่วนต้นของซีคัม ส่วนต้นกว้างกว่าส่วนปลายและแคบลงตามลำดับ มีลักษณะพองเป็นลอน ผนังของลำไส้ใหญ่ประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบรอบอยู่ชั้นในและกล้ามเนื้อตามยาวอยู่ชั้นนอก ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นทำหน้าที่ดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมีหน้าที่ควบคุมการถ่ายอุจจาระ ไม่มีบทบาทในการย่อยและดูดซึมอาหาร^{16, 17} ระบบประสาทควบคุมการทำงานของลำไส้ประกอบด้วย ระบบประสาทลำไส้ (Enteric Nervous System : ENS) และระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System : ANS)



รูปที่ 1 กายวิภาคของลำไส้
ที่มา : รูปวาดโดยนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป

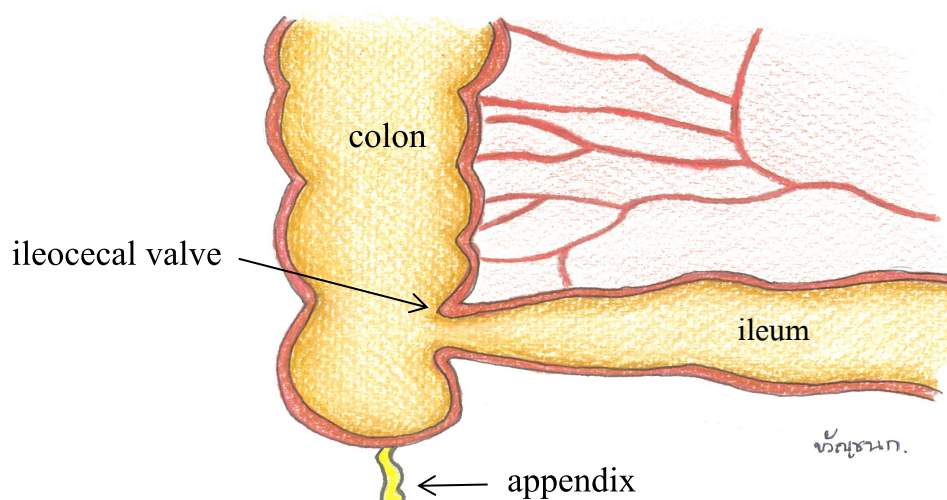
พยาธิกำเนิด

ปรากฏการณ์การกลืนกันของลำไส้พบว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น ในขณะที่เปิดช่องท้องทำผ่าตัด พบลำไส้ส่วนที่อยู่ต่ำกว่ามดเข้าไปในช่องของลำไส้ส่วนที่อยู่ปลายกว่าชั่วคราว แต่สามารถคลายตัวออกได้เอง ดังนั้นกลุ่มที่เกิดโรคคือกลุ่มที่ลำไส้เกิดการกลืนกันแล้วไม่สามารถคลายตัวออกเองได้ จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพและอาการขึ้น โดยปกติลำไส้จะมีการบีบและคลายสลับกัน เพื่อให้เกิดคลื่นส่งผ่านจากต้นไปสู่ปลาย ที่ความยาวใดความยาวหนึ่งด้วยแรงที่เท่ากันอย่างสมมาตร การบีบหรือคลายจะอยู่ในระยะเดียวกันตลอดเส้นรอบวง แรงที่สมมาตรนี้ประกอบกับการที่ผนังด้านนอกของลำไส้มีลักษณะลื่นเป็นมัน ถือเป็นกลไกป้องกันไม่ให้เกิดการมุดตัวของลำไส้จากส่วนหนึ่งเข้าสู่อีกส่วนหนึ่ง หรือหากเกิดขึ้นก็สามารถหลุดออกได้เอง แต่หากเกิดความไม่สมมาตรแล้ว จะส่งผลให้เกิดการหักงอของลำไส้และเกิดแรงบิดจากการบีบตัวของ

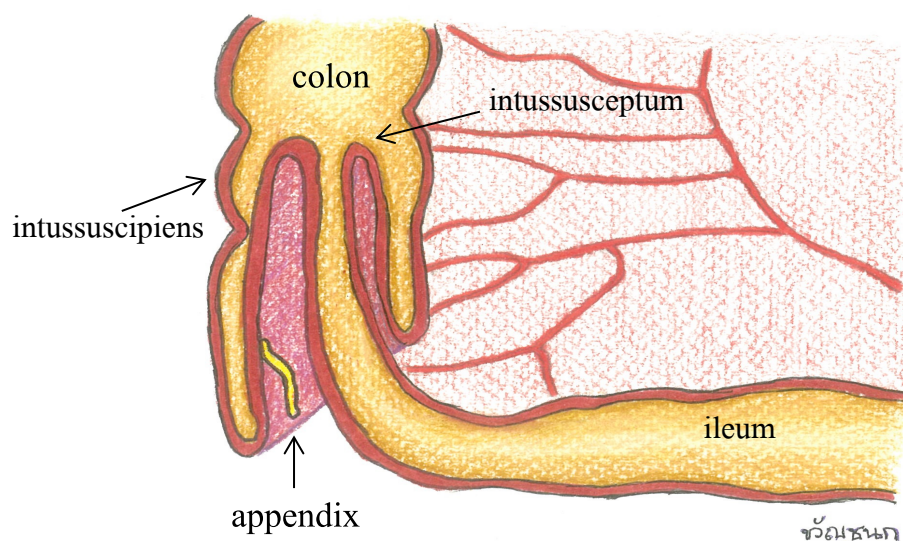
กล้ามเนื้อตามแนวยาวซึ่งขนานกันอยู่จนแรงกระทำที่ต่อเนื่องนี้ทำให้เกิดการสวมกันเกิดขึ้น ลำไส้ที่มุดเข้าไปกลายเป็นผู้มุดหรือผู้ถูกกลืน (intussusceptum) ซึ่งจะถูกลำไส้เคลื่อนไปข้างหน้าตามกลไกการบีบและคลายของผู้รับการกลืน (intussuscipts) ที่สวมอยู่ภายนอก ภาวะไม่สมมาตรของแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อแนววงกลมบนผนังลำไส้นี้อาจเกิดจากความผิดปกติทางกายวิภาค เช่น เนื้อเยื่อต่อมน้ำเหลืองของลำไส้ (Payer's patches) มีการอักเสบและโตขึ้น (hypertrophic change) ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดลำไส้กลืนกัน ความผิดปกติอื่นๆ ที่เป็น pathologic leading point ทำให้เกิดการกลืนกัน เช่น ตังเนื้อ (polyps) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) โรคหลอดเลือดขนาดเล็กอักเสบ (Henoch-Schonlein purpura) และ ซีสต์ (cysts) เป็นต้น¹⁸

พยาธิสภาพ

การเกิดลำไส้กลืนกันปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (idiopathic intussusception) แต่มักจะพบต่อมน้ำเหลืองด้านบนของลำไส้เล็กมีขนาดใหญ่ขึ้น (lymphoid hyperplasia ของ Payer's patches) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของลำไส้กลืนกัน มีบางรายงานเชื่อกันว่ามักพบในผู้ป่วยที่มีประวัติลำไส้เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ อาจนำมาด้วยอาการท้องเสีย หรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนอาหาร หรือ ดิฉะเชื้อไวรัสนามาก่อน ลำไส้กลืนกันสามารถเกิดที่ส่วนใดของลำไส้ก็ได้ แต่มักกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเกิดที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนปลาย ใกล้ๆ กับ ileocecal valve (รูปที่ 2) หรือเกิดที่ ileocecal vale เข้าไปในลำไส้ใหญ่รวมเรียกว่าชนิด ileocolic (รูปที่ 3) มีส่วนน้อยเกิดระหว่างลำไส้เล็กด้วยกันเรียกว่าชนิด enteroenteric หรือหากเกิดบริเวณลำไส้ใหญ่ด้วยกันเรียกว่าชนิด colocolic เป็นต้น¹⁰



รูปที่ 2 ลำไส้ก่อนการกลืนกันชนิด ileocolic
ที่มา : รูปวาดโดยนางสาวขวัญชนก ดาวสามแป



รูปที่ 3 การเกิดลำไส้กลืนกันชนิด ileocolic
ที่มา : รูปวาดโดยนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป

ลำไส้กลืนกันพบได้น้อยในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 3 เดือนและมากกว่า 3 ปี ในวัยทารกนั้นมากกว่าร้อยละ 90 เกิดขึ้นโดยไม่มีพยาธิสภาพเป็นจุดนำ มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่เกิดโดยมีพยาธิสภาพที่เป็นจุดนำประมาณร้อยละ 10¹ พบมากขึ้นตามอายุ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีลำไส้กลืนกันกลับเป็นซ้ำ โอกาสที่จะพบจุดนำที่เป็นพยาธิสภาพนั้นมีมากขึ้น

การเกิดลำไส้กลืนกันโดยเฉพาะในทารก ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการแบบเฉียบพลันรุนแรงและต้องได้รับการแก้ไขฉุกเฉินอย่างปัจจุบันทันด่วน เมื่อลำไส้เริ่มกลืนกันจะมีการเคลื่อนตัวของลำไส้อย่างรุนแรง ลำไส้ส่วนต้นกว่าจะมุดเข้าไปในช่องของลำไส้ส่วนปลายกว่าที่อยู่ถัดไป ส่วนของลำไส้ที่ถูกกลืนเข้าไปนั้นเรียกว่า intussusceptum ลำไส้ส่วนปลายชั้นนอกที่รับการมุดตัวสวม intussusceptum อยู่ เรียกว่า intussusciens นอกจากลำไส้ส่วนต้นที่ถูกกลืนเข้าไปแล้ว เยื่อแขวนลำไส้ที่ยึดติดกับช่องท้อง (mesentery) ของลำไส้ก็ถูกดึงเข้าไปอยู่ใน intussusciens ด้วย ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สำคัญ 2 ประการ คือ ช่องลำไส้ตีบแคบลงทำให้เกิดทางเดินอาหารอุดตัน เนื่องจากลำไส้โป่งพองจากการคั่งของก๊าซและของเหลวที่ไม่สามารถผ่านไปได้ การเกิดลำไส้อุดตันนี้ทำให้เกิดอาการปวดบีบ (colicky pain) ท้องอืด และอาเจียนตามมา ในระยะหลังลักษณะอาเจียนอาจมีสีน้ำตาลปนเพราะมีการอุดตันของลำไส้มากยิ่งขึ้น การขาดเลือดเกิดจากการคั่งของระบบเลือดดำ การอุดตันของระบบน้ำเหลืองและเลือดแดง การขาดเลือดนี้เป็นกลไกกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งเมือกจาก goblet cells บนเยื่อผิว เยื่อผิวบางส่วนที่ขาดเลือดจะตายและหลุดลอกปนออกมากับอุจจาระคล้ายกับแยมผลไม้ชนิดหนึ่ง หรือเรียกว่า currant jelly stool¹⁸ ซึ่งถือเป็นลักษณะเฉพาะของโรคอย่างหนึ่ง การคั่งของเลือดนี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ลำไส้ขาดเลือดจนทำให้ลำไส้เปื่อยยุ่ย เน่า แดกทะลุ เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ การกลืนกันของลำไส้จนกระทั่งมีการดึงรั้ง mesentery เข้าไปด้วย จะทำให้สามารถคลำได้ก่อน

บริเวณหน้าท้องลักษณะคล้ายไส้กรอก (sausage shaped) ร้อยละ 95¹¹ ของการกลืนกันเกิดขึ้นที่บริเวณส่วนปลายของลำไส้เล็ก ก่อนที่เกิดขึ้นจึงมักคลำได้ตรงบริเวณช่องท้องด้านขวาใต้ชายโครง หรือหากบางรายมีอาการมากขึ้นอาจลงมาถึงลำไส้ใหญ่ส่วนปลายหรือโผล่พ้นทวารหนักออกมาได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยประกอบไปด้วยการประเมิน สอบถาม อาการ อาการแสดง ลักษณะทางคลินิก การตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจทางรังสีวิทยา ดังนี้

1. อาการทางคลินิกที่เฉพาะต่อการวินิจฉัยลำไส้กลืนกัน ได้แก่ อาการปวดท้อง คลำได้ก้อนในท้อง และถ่ายเป็นมูกเลือด² แต่อย่างไรก็ตาม มีรายงานการพบผู้ป่วยที่มีลักษณะตามอาการทางคลินิกดังกล่าวเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น และการคลำได้ก้อนในท้องพบได้ประมาณร้อยละ 50-70 ส่วนหนึ่งเนื่องจากการคลำหน้าท้องในเด็กขณะร้องและไม่ให้ความร่วมมือนั้นถือเป็นเรื่องไม่ยากนัก อาการที่น่าสังเกตและพบได้บ่อยที่สุดอีกอาการหนึ่ง คือ อาเจียน²

1.1 ปวดท้อง พบได้ร้อยละ 69-100³ ในเด็กที่ไม่สามารถบอกได้ว่าปวดท้อง จะแสดงอาการโดยร้องกวน บิดตัวรุนแรง มือเท้าเกร็ง มีอาการเป็นพักๆ (intermittent colicky pain) ซึ่งเป็นผลมาจากการเคลื่อนตัวของลำไส้มากกว่าปกติ เมื่อหายปวดท้องเด็กจะหลับไป สักครู่หนึ่งก็จะตื่นมามีอาการอีก บางรายปวดท้องรุนแรงจนมีอาการช็อคและมีเหงื่อออกท่วมตัว ในผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการปวดท้อง (painless intussusception)

1.2 คลำได้ก้อนในท้อง การตรวจพบในทารกขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดลำไส้กลืนกันมานานเท่าใด ถ้าเป็นในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการท้องอืด จะคลำได้ก้อนในท้องเป็นลำยาวคล้ายไส้กรอก (sausage shaped) ส่วนใหญ่การกลืนกันของลำไส้จะเกิดขึ้นที่ลำไส้เล็กส่วนปลายเข้าไปในลำไส้ใหญ่ (ileocolic type) จึงมักคลำได้ก้อนที่หน้าท้องขวาบนบริเวณใต้ชายโครง การตรวจเฉพาะอีกอย่างหนึ่ง คือ การคลำได้ลักษณะว่างเปล่าที่บริเวณช่องท้องด้านขวาล่าง คือ คลำไม่พบ cecum อย่างที่ควรจะเป็น เรียกอาการแสดงนี้ว่า Dance's sign และหากคลำก้อนในท้องไม่ได้ อาจต้องตรวจทางทวารหนัก เพราะมีผู้ป่วยบางรายที่การกลืนกันคืบไปจนสามารถคลายอดของ intussusceptum ได้ทางทวารหนัก หรือบางรายก้อนโผล่ยื่นพ้นทวารหนักออกมาให้เห็น ดูคล้ายการโผล่ยื่นของเรคตัม (rectal prolapse) การตรวจทางทวารหนักในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบว่าอุจจาระมีลักษณะเป็นมูกเลือด

1.3 ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด (currant jelly stool) เป็นลักษณะอุจจาระที่พบได้บ่อยที่สุดในลำไส้กลืนกัน เป็นอาการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบร้อยละ 35-73³ ในผู้ป่วยบางรายอาจถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสีแดงสด หรือสีดำแดงคล้ายอิฐ หรือเป็นเลือดสีแดงจางๆ บางรายอาจเป็นน้ำสีเหลืองปกติ ลักษณะอุจจาระเป็นมูกเลือดนั้นตามปกติจะมีปริมาณไม่มากนัก ซึ่งอาจพบได้จากอุจจาระที่ทารกถ่ายออกมาเองหรือจากการตรวจทางทวารหนัก

2. อาการและอาการแสดงอื่นๆ

2.1 อาเจียน เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดร้อยละ 78-91³ ในระยะแรกผู้ป่วยอาเจียนเป็นนมหรืออาหารที่รับประทานเข้าไป ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิกิริยาเรเฟล็กซ์ ลักษณะอาจคล้ายกับการอาเจียนในไส้ติ่งอักเสบ และในระยะหลังหากเกิดลำไส้อุดตันมากขึ้น อาเจียนจะมีสีเหลืองหรือเขียวของน้ำดีปน ผู้ป่วยจะท้องอืดมากขึ้น ในเด็กโตอาการอาเจียนพบได้น้อยกว่าในเด็กเล็ก

2.2 ท้องอืด ระยะแรกผู้ป่วยยังไม่มีอาการท้องอืด แต่หากลำไส้เกิดการกลืนกันเป็นเวลานาน จะทำให้ท้องอืดมากยิ่งขึ้น และในระยะท้ายๆเนื่องจากลำไส้อุดตัน บางรายอาจท้องอืดมากจนทำให้หายใจลำบาก

2.3 มีไข้สูง ชีพ ชัก หน้าซีด ริมฝีปากซีด บางรายมีอาการของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือระบบทางเดินอาหารนำมาก่อน บางรายมีตัวอ่อนปวกเปียก จนถึงปากเขียวและหยุดหายใจได้ ส่งผลถึงแก่ชีวิตหรือมีความพิการหลงเหลืออยู่หลังรักษาหายจากโรค

3. ปัจจัยเสี่ยง

3.1 อายุ ผู้ป่วยลำไส้กลืนกันส่วนใหญ่มักพบในช่วงขวบปีแรก² และพบอุบัติการณ์มากที่สุดในช่วงอายุ 9 เดือน³ พบได้น้อยในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 3 เดือนและมากกว่า 3 ปี²

3.2 เพศ พบเพศชายมากกว่าหญิงเกือบทุกรายงาน แต่อัตราส่วนแตกต่างกันออกไป อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อหญิงประมาณ 3:2²

3.3 ช่วงเวลาของปี มีหลายรายงานตั้งข้อสังเกตว่าเดือนที่พบลำไส้กลืนกันมากคือเดือนที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส คือ ในช่วงฤดูหนาวและต้นฤดูร้อน⁴ มีการให้สมมติฐานว่าในฤดูหนาวมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นมากขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องไปถึงการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลาย และในช่วงฤดูร้อนมีการอักเสบของลำไส้ (enteritis) มากขึ้น ซึ่งทั้งสองกรณีทำให้ลำไส้ถูกเร้าได้ง่ายมากกว่าช่วงเวลาอื่นๆของปี ส่งผลให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ

3.4 สภาพโภชนาการ ทารกส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการดี น้ำหนักตัวมาก สุขภาพดี พบส่วนน้อยที่มีภาวะทุพโภชนาการ

4. การตรวจทางรังสีวิทยา

4.1 การฉายภาพรังสีช่องท้อง (abdominal radiography) เป็นการส่งตรวจอันดับแรกและแนะนำให้ส่งตรวจในผู้ป่วยทุกราย ในระยะแรกอาจไม่พบอาการผิดปกติหรืออาจพบเงาของก้อนในช่องท้อง และระยะต่อมาจะเริ่มเห็นลักษณะการอุดตันที่ส่วนปลายของลำไส้เล็กชัดเจนขึ้น

4.2 การถ่ายภาพอัลตราซาวด์ช่องท้อง (abdominal ultrasonography) โดยผู้เชี่ยวชาญมีความแม่นยำถึงร้อยละ 100¹⁸ ในการตรวจหาก้อนลำไส้กลืนกัน คือไม่มีผลลบลงและผลบวกลง การตรวจในแนวยาวจะพบก้อนเป็น tubular mass คล้ายไตหรือ pseudokidney sign และถ้าตรวจพบในแนวขวางจะพบก้อนเป็นวงกลมซ้อนกันคล้ายรูปเป็ดตัว เรียกว่า target sign หรือขนมโดนัท เรียกว่า doughnut sign การตรวจอัลตราซาวด์ยังอาจตรวจพบ pathologic leading points บางอย่าง เช่น lymphoma และ duplication ได้

4.3 การสวนแบเรียม (Barium Enema : BE) เป็นการพิสูจน์ทางรังสีที่แน่นอนของโรคลำไส้กลืนกันมีความเที่ยงตรงร้อยละ 100¹ มีประโยชน์ทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาลักษณะของลำไส้กลืนกันที่พบจากการทำ BE คือ เป็นเงาโค้ง และพบแบเรียมแทรกอยู่ระหว่างลำไส้ที่กลืนกันคล้ายกับขดลวดสปริง เรียกว่า coil-spring sign¹⁸ ปัจจุบันบทบาทในการวินิจฉัยกำลังถูกแทนที่ด้วยอัลตราซาวด์มากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อรังสีต่ำ ไม่เกิดความเจ็บปวดขณะทำ และลดความเสี่ยงหากแบเรียมมีการแตกทะลุจะทำให้เกิดการอักเสบที่รุนแรงได้

การรักษา

โดยทั่วไปผู้ป่วยลำไส้กลืนกันจะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เป็นปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำและเกิดความผิดปกติของสมดุลอิเล็กโทรไลต์ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเบื้องต้น พื้นฟูสภาพร่างกายจากภาวะลำไส้อุดตันให้อยู่ในสภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับปกติก่อนเข้ารับการรักษาคือ แก้ไขภาวะขาดน้ำ แก้ไขความผิดปกติของสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ให้ยาปฏิชีวนะ ดูแลให้งดน้ำและอาหาร ใส่สายสวนกระเพาะอาหาร หรือหากมีไข้ต้องได้รับการบรรเทาไข้ เพื่อให้อาการโดยทั่วไปดีขึ้นก่อนที่จะรับการรักษาต่อไปไม่ว่าจะผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด

1. การรักษาโดยวิธีผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีเยื่อช่องท้องอักเสบ เป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาโดยวิธีผ่าตัด และจัดเป็นข้อห้ามสมบูรณ์ (absolute contraindication) ในการรักษาโรคลำไส้กลืนกันโดยใช้แรงดัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น เช่น ผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัดไม่สำเร็จ ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีพยาธิสภาพที่จุดนำ (pathologic leading point) และผู้ป่วยที่เป็นลำไส้กลืนกันซ้ำหลายครั้ง เป็นต้น การผ่าตัดมี 2 วิธี

1.1. การนำลำไส้กลืนกันออกนอกช่องท้องเพื่อบีบไล่ลำไส้ที่ถูกกลืนกันให้หลุดออก (manual reduction) ตลอดจนมองหาจุดนำซึ่งอาจเป็นพยาธิสภาพ หลังคลายการกลืนกันได้สำเร็จ แพทย์จะประเมินลำไส้บริเวณที่ถูกกลืน หากสงสัยว่าลำไส้มีการขาดเลือดและอาจตายให้ใช้ผ้าชุบน้ำเกลืออุ่นห่อหุ้มลำไส้ตำแหน่งนั้นไว้เพื่อช่วยให้เลือดมาเลี้ยงดีขึ้น เมื่อพบว่ามีกรเน่าตาย แดกทะลุ หรือมีพยาธิสภาพเป็นจุดนำแน่ชัด ก็เป็นข้อบ่งชี้ที่จะตัดลำไส้ส่วนนั้นหรือพยาธิสภาพนั้นต่อไป

1.2 การตัดเอาลำไส้กลืนกันออกแล้วนำปลายทั้งสองข้างมาเย็บต่อกัน (resection with end to end anastomosis) ทำในกรณี manual reduction ไม่สำเร็จหรือลำไส้มี necrosis

2. การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด

โดยทั่วไปการรักษาลำไส้กลืนกันในเด็กควรเริ่มจากการคลายด้วยแรงดันก่อนเสมอ หากไม่มีข้อห้ามสมบูรณ์ คือ ผู้ป่วยมีเยื่อช่องท้องอักเสบ ซึ่งแสดงว่ามีการแตกทะลุของลำไส้แล้ว นอกจากนี้ปัจจัยจำกัดต่างๆ จัดเป็นข้อห้ามสัมพัทธ์ (relative contraindication) คือ ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการรักษาลำไส้กลืนกันโดยวิธีไม่ผ่าตัดแต่อย่างใด เพียงแต่อาจส่งผลให้อัตราความสำเร็จจากการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดลดลง¹⁰ เช่น มีลักษณะลำไส้อุดตันจากการฉายภาพรังสีช่องท้อง มีอาการทางระบบทางเดินอาหารมานานกว่า 48 ชั่วโมง ลำไส้กลืนกันที่เกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 3 เดือน

หรือมากกว่า 3 ปี มีลำไส้กลืนกันกลับมาเป็นซ้ำซึ่งมีโอกาที่จะพบจุดนำเป็นพยาธิสภาพมากขึ้น มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ในทางปฏิบัติหากไม่มีข้อห้ามที่จะรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด ควรเลือกใช้การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดก่อน ถ้าไม่สำเร็จจึงให้การผ่าตัดรักษาต่อไป ดังนั้นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้พร้อมรับการรักษาไม่ว่าจะรักษาโดยวิธีการใด เพราะหากรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดไม่สำเร็จหรือเกิดการทะลุของลำไส้ ก็สามารถส่งผู้ป่วยรับการผ่าตัดได้ทันที การรักษาลำไส้กลืนกันที่ดีที่สุดจึงเป็นการร่วมมือของศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ กุมารแพทย์ และวิสัญญีแพทย์¹⁰

2.1 การส่งผ่านสารแบเรียมเข้าทางทวารหนักเพื่อดันลำไส้ที่กลืนกันให้คลายออก (barium enema reduction) เนื่องจากใช้สำหรับวินิจฉัยลำไส้กลืนกันอยู่แล้ว จึงสามารถสวนคลายการกลืนต่อไปได้เลย วิธีการคือ ใช้กระป๋องบรรจุแบเรียมวางให้อยู่สูงกว่าตัวผู้ป่วยไม่เกิน 3 ฟุต การใช้ความดันในแต่ละครั้งหากไม่มีความคืบหน้าในการคลายการกลืนต่อเนื่องกันนาน 10 นาที (บางรายงานอาจใช้ 3 หรือ 5 นาที) ก็ควรหยุด ภายใต้อุจจาระ fluoroscopic control โดยรังสีแพทย์ และศัลยแพทย์ที่มีประสบการณ์ แต่ข้อเสียของแบเรียมคือหากมีการแตกทะลุสารทึบรังสีจะกระจายเข้าสู่ช่องท้อง จะเกิดการปนเปื้อนอย่างรุนแรงและยากที่จะล้างออกหมด ของเหลวชนิดอื่นที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ น้ำเกลือ¹⁰

2.2 การส่งผ่านแรงดันลมเข้าทางทวารหนักด้วยแรงดันจำกัดเพื่อดันลำไส้ที่กลืนกันให้คลายออก (pneumatic reduction) การคลายการกลืนด้วยแรงดันลมโดยทั่วไปจะทำให้ห้องผ่าตัดโดยกุมารศัลยแพทย์ เป็นการส่งผ่านแรงดันลมเข้าทางทวารหนักเพื่อดันลำไส้ที่กลืนกันให้คลายออกโดยใช้เครื่องวัดความดันชนิดปรอท (mercury sphygmomanometer) ต่อกับสายยางด้วยแท่งแก้ว 3 ทางและต่อปลายสายเข้ากับ foley catheter เบอร์ 18-20 สอดปลายสายเข้าทางทวารหนักผู้ป่วย ให้ลึกประมาณ 2-3 นิ้ว ใส่ น้ำกลั่น (sterile water) ทางทางแถบสีแดงประมาณ 5 มิลลิลิตร เพื่อถ่วงขยายลูกโป่งของสาย foley catheter ไว้และพันด้วยพลาสติกเหนียว หรือใช้มือตรึงยึดสายไว้กับทวารหนัก เพื่อป้องกันไม่ให้ลมจากแรงดันรั่วออกรอบสาย ใช้แรงบีบจากที่บีบเครื่องวัดความดันส่งผ่านแรงดันลมเข้าสู่ทวารหนักด้วยความดันประมาณ 80-120 มิลลิเมตรปรอท แรงดันจากลมดังกล่าวจะดันลำไส้ที่กลืนกันให้คลายออกทีละน้อย ขนาดแรงดันที่ใช้จะพิจารณาตามสภาพและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเด็ก ขณะใช้แรงดันจะต้องตรวจความคืบหน้าด้วย fluoroscopy ตลอดเวลา ดังนั้นในผู้ป่วยเด็กบางรายจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อทำให้สงบ เช่น midazolam และ fentanyl เป็นต้น หากการสวนคลายการกลืนกันด้วยแรงดันลมไม่มีความคืบหน้านานเกิน 3 นาที หยุดใช้แรงดันและปล่อยลมออกทั้งหมด เมื่อพยายาม 3 ครั้งแล้วไม่สามารถคลายการกลืนได้สำเร็จ ให้พิจารณาผ่าตัดต่อไป เพราะความพยายามที่มากกว่านี้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ลำไส้แตกทะลุได้ หากเกิดลำไส้แตกทะลุขณะสวนคลายด้วยลมจะทำให้เกิด tension pneumoperitoneum จนกดการหายใจของผู้ป่วย และหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว แพทย์จะพิจารณาใช้เข็มเบอร์ 14, 16 หรือ 18 แทงผ่านผนังหน้าท้องถึงกลางระหว่างยอดอกกับสะดือ และในระหว่างนั้นให้นำผู้ป่วยเข้าผ่าตัดทันที

ปัจจุบันการวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์และการคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดันลมนั้นได้รับความนิยมกว่าการสวนแบบเริ่มมากขึ้นเรื่อยๆ¹⁸ เนื่องจากการรักษาที่ได้ผลดี ง่าย รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีแสบและทอระ ค่ำใช้จ่าน้อย¹¹ และระยะเวลาคลายการกลืนกันสั้นกว่าการใช้เบรียมทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีในช่วงที่สั้นกว่า หรือหากมีการแตกทะลุก็จะไม่ติดกรัง เลอะเทอะเหมือนการใช้เบรียมและระคายเคืองเยื่อช่องท้องน้อยกว่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการใช้เบรียมและการใช้ลมในการคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดัน^{11,18}

เบรียม	ลม
-ใช้สำหรับวินิจฉัยและสามารถสวนคลายการกลืนของลำไส้ต่อไปได้เลย -ระยะเวลาคลายการกลืนกันนานกว่าการใช้ลมทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีนานกว่า -หากเกิดการแตกทะลุ สารทึบรังสีจะกระจายเข้าสู่ช่องท้อง จะเกิดการปนเปื้อนที่รุนแรง เลอะเทอะ ติดกรัง ไม่ดูดซึม ระคายเคืองเยื่อช่องท้อง และยากที่จะล้างออกหมด	-ต้องได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าลำไส้กลืนกัน -ระยะเวลาคลายการกลืนกันสั้นกว่าการใช้เบรียมทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีสั้นกว่า -หากมีการแตกทะลุจะไม่ติดกรัง เลอะเทอะ และระคายเคืองเยื่อช่องท้องน้อยกว่า -เป็นการรักษาที่ได้ผลดี ง่าย ปลอดภัย รวดเร็ว ค่ำใช้จ่าน้อย



รูปที่ 4 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ pneumatic reduction

ที่มา : รูปถ่ายโดยนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป

ข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการใช้แรงดันสวนคลายลำไส้กลืนกัน คือ มีการไหลเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนปลายได้สะดวกของเบรียมหรือลมจากผลตรวจ fluoroscopy มีอุจจาระหรือลมขับออกมาทางทวารหนัก ก่อนที่คล่ำได้ทำหน้าที่หายใจไป และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น คือ หายจากอาการปวดท้องและท้องอืดยุบลง

อัตราการเกิดซ้ำ

ในผู้ป่วยที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัดพบประมาณร้อยละ 8-15 ซึ่งสูงกว่าอัตราการเกิดซ้ำโดยการผ่าตัดที่พบประมาณร้อยละ 1-3¹⁹ ระยะเวลาของการเกิดซ้ำห่างจากการเกิดครั้งแรกไม่แน่นอนในผู้ป่วยแต่ละราย พบตั้งแต่ไม่กี่ชั่วโมงหลังการรักษาจนถึงนานเป็นปี การรักษาถ้าได้กลับกันซ้ำให้รักษาเหมือนผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรก กล่าวคือ ให้ใช้วิธีการรักษาโดยไม่ผ่าตัดก่อนถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ว่าต้องผ่าตัด ยังมีความเห็นที่หลากหลายว่าเกิดถ้าได้กลับกันก็ครั้งจึงจะนำไปผ่าตัด เพราะพบว่าอัตราความสำเร็จจากการรักษาด้วยแรงดันนั้นไม่ต่างจากครั้งแรก⁴

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยถ้าได้กลับกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม พบการแตกทะลุที่เกิดจากการสวนคลายการกลืนประมาณร้อยละ 0.14-2.8 ความเสี่ยงของการแตกทะลุขณะรักษาด้วยแรงดันมีมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 6 เดือน และกลุ่มที่มีอาการมานานกว่า 36 ชั่วโมง⁴ เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณลำไส้เป็นเวลานาน

บทที่ 4

หลักการพยาบาลและกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เกิดล้าไส้กลืนกันนั้นเป็นการพยาบาลที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน มีเวลาจำกัดในการให้การพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้อง ครบคลุม ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ มีความสมดุลของปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย ลดความเจ็บปวด มีความสุขสบายมากขึ้น หายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบิдамารดาหรือผู้ดูแล (care giver) คลายความวิตกกังวล²⁰ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการรักษา สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว

1. หลักการพยาบาล

บทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคล้าไส้กลืนกันแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

- 1.1 การพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม
- 1.2 การพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม

1.1 การพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม

เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งผู้ป่วยเด็กไปรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม แบ่งการพยาบาล ดังนี้

1.1.1 สร้างสัมพันธภาพ โรคล้าไส้กลืนกันมักพบในช่วงขวบปีแรก เด็กวัยนี้ จะเกิดความเครียดและกลัวกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย มีการเรียนรู้ผ่านระบบสัมผัส สามารถจำบุคคล สถานที่ และสิ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดได้¹¹ เป็นวัยที่มีการรับรู้โลกภายนอกมากขึ้นแต่ยังไม่สามารถป้องกันตนเองได้ จึงขี้กลัวและมีความต้องการบิдамารดา²¹ ความเจ็บป่วยทำให้เด็กเกิดความกลัวและวิตกกังวล แสดงพฤติกรรมชัดเจน ไม่ให้ความร่วมมือ²² ส่งผลกระทบต่อบิдамารดาและครอบครัวเช่นเดียวกัน ปฏิกริยาของบิдамารดาต่อการเจ็บป่วยของเด็กในระยะแรกจะปฏิเสธไม่เชื่อ แต่เมื่อตระหนักได้ว่าแน่ชัดว่าเด็กเกิดความเจ็บป่วยจริงจะรู้สึกโกรธและโทษตนเอง เกิดความกลัวและวิตกกังวล รู้สึกหงุดหงิดกับข้อใจและขาดอำนาจต่อรองหากบิдамารดาไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ความรู้สึกและปฏิกริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่กล่าวมาข้างต้นจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคที่เด็กเป็น ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล อาจมีความรู้สึกเศร้าร่วมด้วย²³

1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเด็ก ควรคำนึงถึงระดับพัฒนาการ การรับรู้และปฏิกริยาของผู้ป่วยเด็ก²² ควรพูดคุยสื่อสารโดยใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยน ดังพอสมควร กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีการสัมผัส ปลอบโยนและเรียกชื่อเล่นของผู้ป่วยเด็กเพื่อสร้างความคุ้นเคย ควรเข้าหาโดยการพูดคุยกับบิดามารดาก่อนจึงพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก หรือเข้าหาผู้ป่วยเด็กขณะที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยเพื่อสร้างความไว้วางใจ²³ นำเทคนิคการเล่นของเล่นหรือนำสิ่งของที่ผู้ป่วยรักมาไว้กับผู้ป่วยเพื่อดึงดูดความสนใจ ลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับบิดามารดาหรือผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความคุ้นเคย เริ่มจากการแนะนำตนเอง กล่าวทักทายบิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก แจ้งให้บิดามารดาทราบก่อนทุกครั้งที่จะให้การพยาบาล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กอย่างนุ่มนวล อ่อนโยน การเรียกชื่อผู้ป่วยเด็กจะทำให้บิดามารดารู้สึกว่าพยาบาลเอาใจใส่บุตรของตน ส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือขณะผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลรู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเด็กอาการดีขึ้น ลดความรู้สึกวิตกกังวล ลดความกังวลใจและขาดอำนาจต่อรอง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถเผชิญความเครียดหรือความกลัวจากการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้²³ ควรรับฟังพร้อมๆกับเปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก แสดงความเข้าใจ ให้ข้อมูล คำปลอบใจ และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

1.1.2 ชักประวัติ โดยการสัมภาษณ์ประวัติจากบิดามารดาหรือผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเด็กไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการได้อย่างชัดเจน การซักประวัติสามารถสอบถามและประเมินได้ตามแบบประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลศิริราช (pediatric nursing assessment form, Siriraj hospital) รายละเอียดตามการซักประวัติในกรณีศึกษา

1.1.3 ตรวจร่างกาย

1) ผิวหนัง ประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ความชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนัง (skin turgor) เชื่อบุช่องปาก capillary refill กระหม่อมหน้าบวม ประเมินผิวหนังโดยรวม ได้แก่ แผลเป็น แผลผ่าตัด รอยโรค ผด ผื่น สีผิว อุณหภูมิ

2) ระบบหัวใจและปอด ได้แก่ ประเมินลักษณะและอัตราของการเต้นของหัวใจ ประเมินหัวใจโต การโป่งพองของเส้นเลือดดำที่คอ ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ ประเมินลักษณะของทรวงอก เช่น ออกนูน ออกไก่ การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจเข้าและหายใจออก ประเมินการไอ มีน้ำมูก หอบเหนื่อย มีเสมหะ เป็นต้น

3) ระบบกล้ามเนื้อและเส้นประสาท ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลีย ซึมลง การมองเห็น การได้ยิน การพูด การรับกลิ่น การรับสัมผัส ประวัติการชัก ประเมินกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อตามส่วนต่างๆของร่างกาย ประเมินปฏิกริยารีเฟล็กซ์และกระหม่อมของทารก โดยกระหม่อมหน้ามักจะปิดเมื่ออายุ 7 เดือน ถึง 18 เดือน และกระหม่อมหลังมักจะปิดเมื่ออายุแรกเกิด ถึง 2 เดือน²⁴

4) การเคลื่อนไหว ประเมินตามพัฒนาการร่วมกับการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ประเมินมือข้างที่ถนัดในการใช้งาน

5) ระบบทางเดินอาหาร ประเมินการขับถ่ายและสีอุจจาระ ติดตามการขับถ่าย อุจจาระมีมูกเลือดปน ตรวจช่องท้องประเมินอาการปวดท้อง คลำได้ก้อน

1.1.4 ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อปฏิบัติขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล แนะนำสถานที่ อุปกรณ์ เวลาเยี่ยม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดหรือหัตถการ อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบ ได้แก่ ปวดท้องมากขึ้น อุจจาระเป็นมูกเลือด อาเจียน ชีพจรลง กระสับกระส่าย ท้องอืด ท้องแข็ง ชัก หายใจเร็วตื่น หอบเหนื่อย แนะนำวิธีการขอความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยระยะยาวรู้สึก เพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและ คลายวิตกกังวล

1.1.5 ประเมินและเตรียมผู้ป่วยเด็กให้พร้อมเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

1) ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กงดน้ำและอาหาร เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสูดสำลักเข้าสู่ปอดขณะทำหัตถการ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ¹¹

2) เจาะเลือดและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) ได้แก่ ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin : Hb) ปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit : Hct) ปริมาณเม็ดเลือดแดง (Red Blood Cell : RBC) ปริมาณเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell : WBC) ปริมาณเกล็ดเลือด (Platelet) ประเมินค่าความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด (electrolytes) ได้แก่ โซเดียม (sodium : Na) โพแทสเซียม (potassium : K) คลอไรด์ (chloride : Cl) ไบคาร์บอเนต (bicarbonate : HCO₃) และจางเลือด

3) ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตอาการเยื่อช่องท้องอักเสบหรือลำไส้แตกทะลุ ได้แก่ ไข้สูง อาเจียน หน้าท้องแข็งเกร็ง ท้องอืดตึง อ่อนเพลีย ชีพจรลง และกระสับกระส่าย¹¹ หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติหรือมีอาการผิดปกติดังกล่าวมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อคได้รายงานให้แพทย์ทราบทันที ประเมินอาการผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ประเมินอาการขาดน้ำ เช่น ตาลึกโหล กระหม่อมบวม เยื่อช่องปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนังน้อย ปัสสาวะออกน้อย²⁶ ประเมิน capillary refill time โดยการทำ nail blanch test คือ การใช้นิ้วกดที่เล็บจนเป็นสีขาวซีดแล้วปล่อยทันที สังเกตการไหลเวียนกลับของเลือดจนเล็บกลับมาเป็นสีชมพู หากมีอาการขาดน้ำ capillary refill time จะมากกว่า 2 วินาที²⁵ เป็นต้น

4) บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนอย่างเพียงพอ

5) ช่วยแพทย์ใส่สายสวนปัสสาวะ (foley catheter) ติดตามปริมาณ และค่าความถ่วงจำเพาะ (urine specific gravity) ของปัสสาวะ ประเมินและแก้ไขภาวะขาดน้ำ

6) ช่วยแพทย์ใส่สายสวนกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อระบายลมของเหลว จากกระเพาะอาหาร ลดอาการท้องอืดและอาเจียน

7) เตรียมยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

8) เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย เช็ดตัว ตรวจฟัน โยก ฟันผุ ตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาสีเล็บ ไม่ใส่เครื่องประดับในร่างกาย

9) เตรียมเอกสารให้ครบถ้วนพร้อมรับการทำการหัตถการ ได้แก่ ใบยินยอมรับการผ่าตัดหรือการทำการหัตถการและการระบุความรู้สึก แบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่ง ข้าง ที่ทำการผ่าตัดหรือการทำการหัตถการ ตรวจสอบความถูกต้องของป้ายชื่อผู้ป่วย เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสีช่องท้อง และผลตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 1

เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะขาดสมดุลสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

(เนื่องจากพบอาการปวดท้องร้อยละ 69-100³ และอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 78-91³ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลงหรือไม่สามารถรับประทานได้)

ข้อมูลสนับสนุน

- เยื่อบุช่องปากแห้ง²⁶
- ความยืดหยุ่นของผิวหนังน้อย (skin turgor > 2 วินาที)²⁶
- ปัสสาวะออก < 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง²⁶
- ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ > 1.020²⁶
- ขาดสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ
- ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10)
- น้ำหนักลดลง > 3%²⁷

เป้าหมายการพยาบาล

- มีภาวะสมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมิน

- เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น²⁶
- ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี²⁶
- ปัสสาวะออก ≥ 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง²⁶
- ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ≤ 1.020 ²⁶
- มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์ปกติ (sodium (Na⁺) = 136-145, potassium (K⁺) = 3.4-4.5, chloride (Cl⁻) = 98-107, bicarbonate (HCO₃⁻) = 22-29)
- สัญญาณชีพปกติตามเกณฑ์อายุ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10)
- น้ำหนักคงเดิม หรือลดลง < 3%²⁷

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังน้อย เยื่อบุช่องปากแห้ง ตาลึกโหล กระหม่อมหน้าบวม กระสับกระส่าย ซึมลง เป็นต้น²⁶
2. ดูแลช่วยแพทย์ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกและประเมินปริมาณ สี ปัสสาวะและค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ หากพบปริมาณปัสสาวะออก < 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ > 1.020 แจ้งแพทย์
3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่สายสวนกระเพาะอาหาร เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระบายของเหลว ลม จากกระเพาะอาหาร บันทึกและประเมินปริมาณ ลักษณะ ของเหลวจากกระเพาะอาหาร รวมทั้งติดตามอาการคลื่นไส้ อาเจียน
4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และพร้อมรับการรักษา
5. บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ
6. บันทึกและประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
7. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10) แจ้งแพทย์
8. สังเกตและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กทรอนิกส์ และดูแลให้ทดแทนตามแผนการรักษา
9. ชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเดิม เวลาเดิมทุกวัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

(หากเกิดลำไส้กลืนกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ลำไส้บริเวณที่เกิดการกลืนกันกดรัดจนทำให้ผนังลำไส้บวม ขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดลำไส้เน่า แดกทะลุ และเยื่อบุช่องท้องอักเสบได้)

ข้อมูลสนับสนุน

- อาเจียน อ่อนเพลีย ซึมลง กระสับกระส่าย¹¹
- ท้องอืดตึง หน้าท้องแข็งเกร็ง¹¹
- ลำไส้เคลื่อนไหวมาก (hyperactive bowel sound > 30 ครั้งต่อนาที)²⁸
- ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพไม่คงที่ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10)
- มีไข้สูง (อุณหภูมิร่างกาย > 39.5 องศาเซลเซียส) (ภาคผนวก ก ตารางที่ 11)
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง (WBC > 17.0 x10³/ul)

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและไม่เกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่อาเจียน
- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active)
- หน้าท้องก้นนุ่ม
- ถ้าใส่เคลื่อนไหวกปกติ ประมาณ 5-30 ครั้งต่อนาที ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸
- สัญญาณชีพปกติตามเกณฑ์อายุ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10)
- อุณหภูมิร่างกายปกติ (36 – 37.4 องศาเซลเซียส) (ภาคผนวก ก ตารางที่ 11)
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณเม็ดเลือดขาวปกติ ($WBC = 6.0 - 17.0 \times 10^3 / \mu l$)²⁷

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ไข้สูง ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น แจ้งแพทย์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่
2. ประเมินอาการที่บ่งชี้ถึงลำไส้แตกทะลุและเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยการติดตามอาการอาเจียน อ่อนเพลีย ซึมลง กระสับกระส่าย¹¹ ตรวจบริเวณหน้าท้องด้วยการฟังเสียง การเคลื่อนไหวกของลำไส้ คลำและเคาะบริเวณหน้าท้องเพื่อประเมินอาการท้องอืด หน้าท้องแข็งเกร็ง
3. บริหารสารน้ำและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเรื่องการดูแลหึ่งคั่นังคอาหาร รวมทั้งการสังเกตอาการลำไส้แตกทะลุและเยื่อช่องท้องอักเสบ หากมีอาการดังกล่าวแจ้งพยาบาลทราบ
5. สังตรวจและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC
6. สังตรวจและติดตามผลตรวจทางรังสีวิทยา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 3

ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

(การเกิดลำไส้กลืนกันจะทำให้เกิดอาการปวดบีบ (colicky pain)¹)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยอายุแรกเกิด – 1 ปี NIPS > 4 คะแนน (ภาคผนวก ก ตารางที่ 7) ได้แก่ สีหน้า แสยะ ปากเบะ จมูกย่น คี้น ย่น ปิดตาแน่น ร้องไห้ ร้องกรางหรือกรีดร้อง การหายใจเร็วขึ้นหรือช้าลง หรือกลืนหายใจ แขนงอหรือเหยียด ขงอหรือเหยียด กระสับกระส่าย วุ่นวาย
- ผู้ป่วยอายุ 1 – 6 ปี CHEOPS > 8 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 8) ได้แก่ กราง ร้องไห้หรือหวีดร้อง มีสีหน้าเฉยหรือเบ้ บ่นอื่นๆ เช่น หิว หาแม่ หรือบ่นปวด ทำทางคั้น เกร็ง สั่น ยืน หรือคั้น จนถูกจับหรือตริงไว้ เอื้อมมือมาสัมผัสท้อง ตะเบาๆ ตะปบ เอื้อมมือมาจนต้องจับมือหรือแขนไว้ บิดตัว ตะขา คิงขาหนี เกร็ง ยืน คั้นจนถูกจับไว้หรือตริงไว้

เป้าหมายการพยาบาล

- สุขสบายมากขึ้น NIPS ≤ 4 คะแนน หรือ CHEOPS ≤ 8 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยอายุแรกเกิด – 1 ปี $NIPS \leq 4$ คะแนน (ภาคผนวก ก ตารางที่ 7) ได้แก่ สีหน้าเฉยๆ สบายๆ ไม่ร้องงอแง หายใจสม่ำเสมอ (อัตรา 22-30 ครั้งต่อนาที²³) แขนและขาว่างสบายๆ ทำทางผ่อนคลายเป็น กระสับกระส่าย วุ่นวาย หรือกระสับกระส่ายวุ่นวายน้อยลง

- ผู้ป่วยอายุ 1 – 6 ปี $CHEOPS \leq 8$ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 8) ได้แก่ ไม่ร้องไห้ สีหน้าเฉยหรือยิ้ม ไม่พูดหรือพูดสนุกรำเริง ทำทางธรรมดา สบายๆ ไม่เอื้อมมือมาสัมผัสท้อง ขาวว่างสบายๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้การพยาบาลบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา โดยช่วยบิดามารดาอุ้มปลอบโยน สัมผัสผู้ป่วย หาล้างเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย เช่น เปิดเพลงให้ฟัง พาเดินเล่น หางamesให้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดท้อง

2. วางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้มีความกระชับ เพื่อไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

3. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น ดูแลเช็ดตัวให้สะอาดไม่เหนียวเหนอะหนะ ไม่ให้ผ้าอ้อมเปียกชื้น ดูแลอุณหภูมิห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป จำกัดบุคคลเข้าเยี่ยม เพื่อเพิ่มความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดเสียงและแสงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และเหมาะแก่การพักผ่อนนอนหลับ

5. ประเมินความปวดด้วย NIPS หรือ CHEOPS ทุก 4 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 4

มีโอกาสดีกภาวะซีด เนื่องจากเสียเลือดทางอุจจาระ

(ภาวะลำไส้กลืนกันทำให้เยื่อบุผิวบางส่วนที่ขาดเลือดตายและหลุดลอกปนออกมากับอุจจาระคล้ายกับแยมผลไม้ หรือเรียกว่า currant jelly stool พบอุจจาระมีมูกเลือดปนร้อยละ 35-73³)

ข้อมูลสนับสนุน

- ซีมลง อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย²⁹
- อาการซีดบริเวณเยื่อตา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เล็บ²⁹
- ค่าความหนาแน่นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit : Hct) $< 32.9\%$ ³⁰
- ค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin : Hb) $< 11\text{ mg}\%$ ³⁰

เป้าหมายการพยาบาล

- ได้รับการเฝ้าระวังและไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด

เกณฑ์การประเมิน

- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active) ไม่หอบเหนื่อย
- เยื่อตา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เล็บ มีสีชมพู
- ค่าความหนาแน่นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit : Hct) $\geq 32.9\%$ ³⁰
- ค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin : Hb) $\geq 11\text{ mg}\%$ ³⁰

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปริมาณ ลักษณะ และความรุนแรงของการขับถ่ายอุจจาระที่มีมูกเลือดปน
2. ประเมินอาการผิดปกติจากภาวะช็อค เช่น อาการช็อคบริเวณเยื่อบุตา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เล็บซีดลง อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย เป็นต้น²⁹
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ผิดปกติ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10) รายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่
4. ดูแลให้เลือดและหรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษา
5. สังเกตทางห้องปฏิบัติการและติดตามผลตรวจ Hematocrit และ Hemoglobin

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีกลายกรณด้วยแรงดันลม ข้อที่ 5

เกิดความกลัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(เด็กขวบปีแรกมักเกิดความเครียดและกลัวกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคย สามารถจำบุคคล สถานที่ และสิ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดได้¹¹ เป็นวัยที่มีการรับรู้โลกภายนอกมากขึ้นแต่ยังไม่สามารถป้องกันตนเองได้จึงกลัว²¹)

ข้อมูลสนับสนุน

- ร้องไห้แฉะ
- แสดงท่าทีหวาดกลัว
- คิดหรือกอดหรือโผเข้าหาบิดามารดาตลอดเวลา
- ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการตรวจร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล

- คลายความกลัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน

- ร้องไห้น้อยลงหรือไม่ร้องไห้ แฉะใสดี
- ท่าที่ผ่อนคลาย สงบมากขึ้น
- คิดหรือกอดหรือโผเข้าหาบิดามารดาน้อยลง
- ให้ความร่วมมือในการรักษาและการตรวจร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรม ความกลัว การรับรู้ของผู้ป่วยเด็กเพื่อวางแผนให้การพยาบาล และสร้างสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็ก โดยการพูดคุยสื่อสารโดยใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยน ดังพอสมควร กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย มีการสัมผัส ปลอบโยน และเรียกชื่อเล่นของผู้ป่วยเด็กเพื่อสร้างความคุ้นเคย ควรเข้าหาโดยการพูดคุยกับบิดามารดาก่อนจึงพูดคุยกับผู้ป่วยเด็ก หรือเข้าหาผู้ป่วยเด็กขณะที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยเพื่อสร้างความไว้วางใจ²³

3. เปิดโอกาสให้บิดามารดามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่เหมาะสม เพื่อดูแล ปลอดภัย สัมผัส ให้กำลังใจผู้ป่วยเด็กระหว่างทำหัตถการ อนุญาตให้เฝ้าเพื่อลดความหวาดกลัวของผู้ป่วยเด็ก

4. เตรียมผู้ป่วยเด็กให้พร้อมรับการทำการหัตถการด้วยวิธีที่เหมาะสมกับวัย เช่น จัดเตรียมของเล่นอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคย ลดความหวาดกลัว หลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยเด็กเห็นอุปกรณ์การแพทย์ที่ทำให้เกิดความกลัว แนะนำให้บิดามารดานำสิ่งของที่ผู้ป่วยเด็กรักหรือคุ้นเคยมาไว้ที่โรงพยาบาล²³ เป็นต้น

5. ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจขณะทำการหัตถการ เช่น การชี้ให้ดูรูปภาพที่เด็กสนใจ การเล็งเสียงสัตว์ การใช้ของเล่นในการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น และกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหลังให้การพยาบาลแล้วเสร็จ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 6

บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

(ปฏิกิริยาของบิดามารดาต่อการเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ ปฏิเสธและไม่เชื่อ โกรธและโทษตนเอง กลัวและวิตกกังวล หงุดหงิดคับข้องใจขาดอำนาจต่อรอง และรู้สึกเศร้า²³)

ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดาบอกว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร
- บิดามารดาสอบถามอาการของบุตรบ่อยครั้ง
- บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวล
- บิดามารดามีพฤติกรรมกระวนกระวาย ไม่สงบ ผุดลุกผุดนั่ง

เป้าหมายการพยาบาล บิดามารดาคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

- บิดามารดาบอกว่าคลายความวิตกกังวล
- บิดามารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
- บิดามารดามีพฤติกรรมสงบ ไม่กระวนกระวาย ไม่ผุดลุกผุดนั่ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยการสอบถาม ร่วมกับการประเมินสีหน้า พฤติกรรม และคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกวิตกกังวลของบิดามารดา เช่น สีหน้าเคร่งเครียด คำพูดที่สอบถามแสดงถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยเด็ก ทำที่กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สงบ เป็นต้น

2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ รับฟังอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีเข้าใจ ปลอดภัย

3. ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเด็ก การดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการตรวจและการรักษาแก่บิดามารดา การพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ เช่น การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การบริหารยา การส่งตรวจ

ทางรังสี การใส่สายสวนกระเพาะอาหาร การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล และประโยชน์ในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้บิดามารดาได้รับทราบขั้นตอนที่จะเกิดขึ้น เกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา

4. เสริมสร้างพลังความมั่นใจ ให้กำลังใจแก่บิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้ความเชื่อมั่นว่าจะมีพยาบาลคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด หากต้องการความช่วยเหลือหรือมีอาการผิดปกติสามารถแจ้งให้พยาบาลทราบได้ทันที แนะนำวิธีการกดกริ่ง (nurse call) ขอความช่วยเหลือ เพื่อให้บิดามารดามีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล

5. ดูแลให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและเตรียมผู้ป่วยเด็กก่อนไปทำหัตถการอย่างเหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวล และเพื่อให้บิดามารดารู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเด็กอาการดีขึ้น²³ เช่น การเช็ดตัว ช่วยจับขณะตรวจ อยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบโยน กอดให้กำลังใจ และเตรียมสิ่งของที่ผู้ป่วยเด็กรักหรือคุ้นเคยให้แก่ผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

6. พยาบาลช่วยประสานงานกับแพทย์เพื่อเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยเด็กและแผนการรักษา เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจและคลายความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

1.2 การพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อกลืนกันระยะหลังการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ยังต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกับระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ทั้งในเรื่องการประเมินและแก้ไขภาวะขาดน้ำ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ระบายและประเมินของเหลว ลม จากสายสวนกระเพาะอาหาร เพื่อรักษาสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและการบรรเทาอาการปวด²⁰ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยเด็กให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็ว มีขั้นตอนการดูแล ดังนี้

1.2.1 รวบรวมข้อมูลและสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายกลับมายังหอผู้ป่วย ได้แก่ ผลการคลายกล้ามเนื้อกลืนกันด้วยแรงดันลม สัญญาณชีพ ระดับความง่วงซึม อาการปวด การรักษาที่ได้รับขณะทำหัตถการ เช่น ยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดตามปริมาณปัสสาวะ ปริมาณของเหลวจากสายสวนกระเพาะอาหาร เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน

1.2.2 เมื่อผู้ป่วยเด็กกลับมาถึงหอผู้ป่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเด็กขึ้นเตียง โดยการอุ้ม ประคองบริเวณศีรษะและคออย่างระมัดระวัง ดูแลไม่ให้เกิดการกดทับ เลื่อน หลุด ดึงรั้ง สายระบาย จากตัวผู้ป่วยเด็ก

1.2.3 ประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กแรกรับ ได้แก่ สัญญาณชีพ การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ระดับความง่วงซึม ความปวด หากพบว่ามีอาการผิดปกติหรือสัญญาณชีพไม่คงที่ รายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่

1.2.4 ดูแลความสะอาดร่างกาย เช็ดตัว ประเมินสีผิว ผิวหนัง ประเมินรอยกดทับตามร่างกาย จัดท่า ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลสายสวนกระเพาะปัสสาวะ สายสวนกระเพาะอาหาร ให้อยู่ในตำแหน่งระบายได้ตามแรงโน้มถ่วง ไม่ให้หัก พับ งอ ดึงรั้ง ดูแลความสบายและดูแลร่างกายให้อบอุ่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การพักผ่อนนอนหลับ

1.2.5 ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารต่ออย่างน้อย 12-18 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการและเฝ้าระวังภาวะผิดปกติซึ่งบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อกลืนกันกลับมาเป็นซ้ำ¹ และให้คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความวิตกกังวล สามารถร่วมมือในการพยาบาลได้เหมาะสม

1.2.6 บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนอย่างเพียงพอ ประเมินน้ำเข้าและออกจากร่างกาย

1.2.7 บริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

1.2.8 ประเมิน ติดตาม เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบแก่บิดามารดาและผู้ดูแล

1) อาการซึ่งอาจบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อกลืนกันกลับมาเป็นซ้ำ ได้แก่ ปวดท้อง อาเจียน ท้องอืด ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด เป็นต้น¹¹

2) ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับปวดกลุ่ม opioids ขณะรับการรักษา ได้แก่ อาการง่วงซึม หายใจลำบาก อาการคัน คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น³¹

3) อาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 9) เช่น ปัสสาวะออก < 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ > 1.020 กระหม่อมหน้าบวม ตาลึกโหล เยื่อบุช่องปากแห้ง ซีพจิบเร็ว กระสับกระส่าย ความยืดหยุ่นของผิวหนัง skin turgor > 2 วินาที เป็นต้น²⁶

1.2.9 ติดตามและประเมินการทำงานของลำไส้เป็นระยะ โดยประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) ตั้งเฝ้าจากการเรอ การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องอืด¹¹ ติดตามฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางหน้าท้องโดยใช้หูฟัง (stethoscope) ด้าน diaphragm ฟังหน้าท้องให้ทั่วทุกจุดๆละอย่างน้อย 3 นาที ลักษณะเสียงการเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ (normal bowel sound or peristalsis) จะได้ยินเสียงดังกรอกร-กรือก คล้ายเสียงเทน้ำออกจากขวด ประมาณ 5-30 ครั้งต่อนาที ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸ เพื่อประเมินความพร้อมในการให้อาหาร

1.2.10 ดูแลป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การตกเตียง โดยแนะนำให้บิดามารดาประเมินระดับความรู้สึกตัว ในผู้ป่วยเด็กโต ให้บอกชื่อ วันที่ สถานที่ หรือตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยเด็กเล็กนั้นสามารถประเมินได้จากการสังเกตการติดตามองสิ่งต่างๆรอบตัว การเคลื่อนไหวมือเท้า แขนขา การร้องไห้¹¹ เป็นต้น และดูแลช่วยเหลือกิจกรรมอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ หยิบใช้ง่าย การยกরাวก้นเตียงขึ้นสูงสุดทั้งสองข้างทุกครั้ง แนะนำวิธีการกดยกพยาบาลหากต้องการขอความช่วยเหลือ และในกรณีเปลี่ยนผู้เฝ้าให้มารดาแจ้งให้ผู้เฝ้าคนอื่นทราบวิธีดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้องทุกครั้ง

1.2.11 แนะนำบิดามารดาดูแลให้ผู้ป่วยเด็กเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุดเมื่อรู้สึกตัวดี ไม่ง่วงซึม กระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กลุกนั่งบนเตียง เกาะเดินข้างเตียง จับมือพาเดิน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้

1.2.12 ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารตามลำดับ (step diet) หรือตามแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยเด็กสามารถถ่ายอุจจาระได้ ท้องไม่อืด ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนมีเสียงการทำงานของลำไส้ปกติ สายสวนกระเพาะอาหารมีปริมาณของเหลวลดลงและไม่มีสีเขียว ขั้นตอนการรับประทานอาหารดังนี้

1) จิบน้ำ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กจิบน้ำเปล่าเท่านั้น

2) อาหารเหลวใส (clear liquid diet) คือ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กจิบน้ำที่มีลักษณะใส ไม่มีกากใยปน เช่น น้ำหวานเฮลซ์บลูบอย น้ำซุ๊ป หากเป็นน้ำผลไม้ต้องกรองเอากากใยหรือเนื้อผลไม้ทิ้ง

3) อาหารเหลว (liquid diet) คือ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานอาหารลักษณะเป็นน้ำที่เหลวข้นกว่าน้ำใส กลืนได้ง่าย เช่น นม ไอศกรีม คัสตาร์ด น้ำซุ๊ปที่มีการบดผักเนื้อสัตว์ หรือนมผสมลงไป เป็นต้น

4) อาหารอ่อน (soft diet) คือ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานอาหารที่มีลักษณะเปื่อย ชุ่ม นุ่ม ย่อยง่าย เคี้ยวง่าย และรสค่อนข้างจืด เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น

5) อาหารธรรมดา (regular diet) คือ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานอาหารที่มีลักษณะคล้ายกับอาหารปกติทั่วไป งดอาหารรสจัด¹²

1.2.13 แนะนำบิดามารดาให้ผู้ป่วยเด็กเริ่มรับประทานตามแผนการรักษาจากปริมาณน้อยและสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทาน ได้แก่ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดรับประทานและแจ้งให้พยาบาลทราบ หากผู้ป่วยเด็กสามารถรับประทานได้ ไม่มีอาการผิดปกติ สามารถเพิ่มปริมาณขึ้นได้จนรับได้เต็มที่ตามปกติ หลีกเลี่ยงน้ำและอาหารที่มีสีเข้ม เช่น โอวัลติน ช็อกโกแลต โกโก้ สหรัย เป็นต้น เพื่อสังเกตลักษณะอาเจียนหรืออุจจาระที่มีเลือดปนได้ง่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 1

มีโอกาสดีกลำไส้กลืนกันซ้ำ

(พบอัตราการเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำในผู้ป่วยที่รักษาโดยไม่ผ่าตัดร้อยละ 8-15¹⁹)

ข้อมูลสนับสนุน

- ปวดท้อง¹¹
- อาเจียน¹¹
- ท้องอืด¹¹
- ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด¹¹

เป้าหมายการพยาบาล

- ได้รับการเฝ้าระวังและช่วยเหลืออย่างทันที่
- ไม่เกิดอันตรายจากภาวะลำไส้กลืนกันซ้ำ

เกณฑ์การประเมิน

- รับประทานอาหารได้ดี
- ท้องกดนิ่ม
- ถ่ายอุจจาระเป็นสีเหลือง ไม่มีมูกเลือดปน
- ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ประมาณ 5-30 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการลำไส้กลืนกันซ้ำ ได้แก่ อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ท้องอืด หากพบอาการผิดปกติแจ้งแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างทันที่

2. ประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) สังเกตการผายลม การเรอ การขับถ่ายอุจจาระ¹¹ และติดตามฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้

3. ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กดื่มน้ำและอาหารภายหลังสวนคลายการกลืนด้วยแรงดันลมตามแผนการรักษาอย่างน้อย 12-18 ชั่วโมง¹ เพื่อประเมินภาวะลำไส้กลืนกันซ้ำ และป้องกันอาการท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน

4. แนะนำบิดามารดาให้กระตุ้นผู้ป่วยเด็กเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ เช่น จับลูกนั่งข้างเตียง เกาะเดิน พาเดินเล่น เป็นต้น และสังเกตอาการลำไส้กลืนกันซ้ำ หากมีอาการดังกล่าวแจ้งให้พยาบาลทราบทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 2

มีโอกาสดเกิดภาวะขาดสมดุลสารน้ำสารอาหาร

(เนื่องจากต้องงดน้ำและอาหารภายหลังรับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 12-18 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการและเฝ้าระวังภาวะผิดปกติซึ่งบ่งชี้ว่าเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ⁴)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น เยื่อบุช่องปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนังน้อย กระหม่อมหน้าบวม ตาลึกโหล กระสับกระส่าย ซึมลง เป็นต้น²⁶
- ปัสสาวะออก < 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง²⁶
- ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ > 1.020²⁶
- ขาดสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
- ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10)
- น้ำหนักลดลง > 3%²⁷

เป้าหมายการพยาบาล

- มีภาวะสมดุลของสารน้ำสารอาหาร

เกณฑ์การประเมิน

- เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีความความยืดหยุ่นดี²⁶
- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active)
- ปัสสาวะออก ≥ 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง²⁶
- ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ≤ 1.020 ²⁶
- มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
- สัญญาณชีพปกติตามเกณฑ์อายุ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10)
- น้ำหนักคงเดิม หรือลดลง < 3%²⁷

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการของภาวะขาดน้ำ เยื่อบุช่องปากแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังน้อย อาการกระหายน้ำ ตาลึกโหล กระหม่อมหน้าบวม กระสับกระส่าย ซึมลง²⁶ แจ้งแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

2. บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ

3. บันทึกและประเมิน ปริมาณ สี ปัสสาวะและค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ทุก 4 ชั่วโมง หากพบปริมาณปัสสาวะออก < 1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง และค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ > 1.020 แจ้งแพทย์

4. บันทึกและประเมินปริมาณ ลักษณะ ของเหลวจากสายสวนกระเพาะอาหาร
5. บันทึกและประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
6. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากพบชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ (ภาคผนวก ก ตารางที่ 10) แจ้งแพทย์
7. ชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเดิม เวลาเดิมทุกวัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 3

เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

(โรคลำไส้กลืนกันมักพบในช่วงอายุขวบปีแรก ซึ่งเด็กวัยนี้ต้องการบิดามารดาจึงอาจโผล่เข้าหาหรือมักให้บิดามารดาอุ้ม²¹ และขณะสวนคลายลำไส้กลืนกันในผู้ป่วยเด็กบางรายจำเป็นต้องได้รับยาเพื่อให้สงบ เช่น midazolam และ fentanyl เป็นต้น⁴)

ข้อมูลสนับสนุน

- โผล่เข้าหาบิดามารดาตลอดเวลา
- อ่อนเพลีย
- ระดับความง่วงซึม Sedation Score (SS) ≥ 1 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 12)

เป้าหมายการพยาบาล

- พลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

- ตื่นดี ไม่ง่วงซึม Sedation Score (SS) = 0 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 12)
- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active)
- ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย
- บิดามารดาปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความง่วงซึมของผู้ป่วยเด็ก ในผู้ป่วยเด็กโต ให้บอกชื่อ วันที่ สถานที่ หรือตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยเด็กเล็กสังเกตจากการลืมตามองสิ่งต่างๆ รอบตัว การเคลื่อนไหวของมือเท้า แขนขา การร้องไห้¹¹ พร้อมทั้งให้ข้อมูลการประเมินระดับความง่วงซึมแก่บิดามารดา

2. ให้ข้อมูลการดูแลและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มขณะอยู่โรงพยาบาลแก่บิดามารดา ขกรวกันเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้งหลังทำกิจกรรมข้างเตียงแก่ผู้ป่วยแล้วเสร็จ เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือในดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือกิจกรรมและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เน้นย้ำไม่ให้ผู้ป่วยลงเดินหากระดับความง่วงซึม Sedation Score (SS) ≥ 1 บิดามารดาสามารถดูแลให้ผู้ป่วยเด็กลงเดินได้เมื่อพยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยเด็กตื่นดี ไม่ง่วงซึม Sedation Score (SS) = 0 และไม่มีอาการอ่อนเพลียแล้วเท่านั้น

3. ตรวจสอบผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และดูแลให้ราวกันเตียงยกอยู่ในตำแหน่งสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้ง

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เป็นระเบียบ หยิบใช้ง่าย พื้นไม่เปียกชื้น แสงสว่างเพียงพอ
5. แนะนำให้บิดามารดาขอสั่ง (nurse call) เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือโดยไม่ต้องออกจากข้างเตียงผู้ป่วย
6. ในกรณีจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเด็กอยู่ตามลำพัง แนะนำให้บิดามารดาเฝ้าดูกันเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้าง และแจ้งให้พยาบาลทราบก่อนทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 4

มีโอกาสดังกล่าวไม่สุขสบาย เนื่องจากลำไส้ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ท้องอืด
- ทำทางไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย
- ไม่ถ่ายอุจจาระ
- ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยกว่า 5 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸

เป้าหมายการพยาบาล

- สุขสบาย ลำไส้ทำงานมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน

- รับประทานอาหารได้ดี
- ทำทางสุขสบาย
- ถ่ายอุจจาระสีเหลือง
- หน้าท้องก้นนุ่ม
- ลำไส้เคลื่อนไหวปกติประมาณ 5-30 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) ดังเกิดจากการเรอ การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ และอาการท้องอืด¹¹
2. แนะนำให้บิดามารดากระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัวดี เริ่มจากจับลูกนั่ง เกาะยืนข้างเตียง จับมือพาเดิน เพื่อส่งเสริมให้ลำไส้เคลื่อนไหวและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามลำดับ (step diet) ได้แก่ จิบน้ำ อาหารเหลว (liquid diet) อาหารอ่อน (soft diet) อาหารปกติ (regular diet)¹² หรือตามแผนการรักษาเพื่อให้ลำไส้มีความพร้อมและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ข้อมูลคำแนะนำในการรับประทานอาหารแก่บิดามารดา หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการผิดปกติ สามารถเพิ่มเป็นปริมาณที่มากขึ้นจนรับได้เต็มที่ตามปกติ
4. เฝ้าระวังอาการลำไส้ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดรับประทานอาหารและรายงานแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ข้อที่ 5

บิดามารดาขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดาบอกว่าไม่ทราบวิธีการสังเกตอาการกลืนลำบาก การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาและรับประทานอาหารเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมายการพยาบาล

- บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

- บิดามารดาสามารถบอกเกี่ยวกับอาการกลืนลำบากที่ควรพาผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาและการรับประทานอาหารเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ดูแลโดยตรง (อาจจะไม่ใช่บิดามารดา) เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลถูกต้องครบถ้วน มีความรู้ความเข้าใจ หากมีคำถามหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามพยาบาลเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ได้แก่ การสังเกตอาการที่อาจบ่งชี้ว่าเกิดกลืนลำบากซ้ำ คือ อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด¹¹ หากมีอาการดังกล่าวให้นำผู้ป่วยเด็กมาโรงพยาบาลทันที แนะนำวิธีการผสมยา การเตรียมยา การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาปฏิชีวนะจนครบตามคำสั่งแพทย์ และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโดยหลีกเลี่ยงอาหารแข็งที่ทำให้ย่อยยาก

2. สอบทาน ประเมินความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อที่บ้านของบิดามารดาหรือผู้ดูแล เปิดโอกาสให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

3. แนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีฉุกเฉิน หากผู้ป่วยเด็กมีอาการที่อาจบ่งชี้ว่าเกิดกลืนลำบากกลับมาเป็นซ้ำหรือหากต้องการความช่วยเหลือ

2. กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี 3 เดือน น้ำหนัก 9.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 80 เซนติเมตร
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร
ระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกรับ ileocolic intussusception

หัตถการ pneumatic reduction

อาการสำคัญ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มารดาสังเกตพบผู้ป่วยร้องไห้แง เป็นพักๆ นานครั้งละประมาณ 5-10 นาที ตัวอืด ชี้นิ้วไปที่ท้องบางครั้ง หลังจากนั้นรับประทานนมได้ แต่ปริมาณน้อยลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 6-7 ครั้งก่อนมาโรงพยาบาล (ประมาณ 200 มิลลิลิตร) โดย 4 ครั้งแรกเป็นนมและอาหารที่รับประทานเข้าไป และ 2-3 ครั้งหลังเริ่มมีน้ำสีเหลืองปน อาเจียนครั้งล่าสุดก่อนขึ้นมานอนห่อผู้ป่วย หลังจากนั้นไม่รับประทานอีก ไม่มีไข้ ท้องไม่อืด ไม่มีถ่ายอุจจาระ เป็นมูกเลือด (ถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้าย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเป็นสีเหลืองปกติ) มารดาจึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ประวัติสุขภาพในอดีต ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ

ประวัติครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ

การตรวจร่างกาย

ผิวหนัง ผิวสีขาวเหลือง มีความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่มีรอยโรค ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย
ผิวหนังและปลายมือปลายเท้าอุ่นดี

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ผมหงอกดำ หนังศีรษะสะอาด ไม่มีเหา ไม่มีรอยโรค กระโหลกศีรษะสมมาตรกัน ทั้งสองข้าง กระหม่อมหลังปิดแล้ว กระหม่อมหน้า (anterior fontanel) ยังไม่ปิดและไม่บวม คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาสองชั้น หนังตาปิดสนิท การเคลื่อนไหวลูกตาทั้งสองข้างเป็นปกติ conjunctiva สีชมพู ไม่มีภาวะซีด การมองเห็นชัดเจน ใบหูทั้งสองข้างสมมาตรกัน อยู่ในตำแหน่ง eye-occiput line การได้ยินปกติ รูจมูกและปีกจมูกสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีน้ำมูก ริมฝีปาก สีชมพู เยื่อช่องปากแห้งเล็กน้อย

ทรวงอกและการหายใจ ทรวงอกสมมาตรกัน ไม่มีอกไก่หรืออกนูน คลำไม่พบก้อน การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้าออกทั้งสองข้าง หายใจปกติดี ไม่หอบเหนื่อย ไม่ไอ ไม่มีเสมหะ

หน้าท้อง คลำได้ก้อนเป็นลำยาวบริเวณด้านขวาบนของช่องท้องได้ชายโครง ท้องก้นม ไม่อืดตึง กดไม่เจ็บ ไม่มีหน้าท้องแข็งเกร็ง มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวมาก (hyperactive bowel sound) ไม่มีรอยผดผื่นบริเวณหน้าท้อง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทรวงอกด้านซ้ายปกติ ฟังเสียงหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มี murmur

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ร้องไห้แง แขนขาทั้งสองข้างมีแรงเท่ากัน

พัฒนาการ สมวัย (อายุ 1 ปี 3 เดือน สามารถเดินได้คล่อง ไม่ต้องเกาะเดิน ไม่ล้ม พูดได้ 2-3 คำ บอกความต้องการได้ด้วยการชี้ ทำตามคำสั่งง่ายๆได้ หยิบของชิ้นเล็กได้ ถนัดมือข้างขวา)

การได้รับวัคซีน ได้รับตามนัดทุกครั้ง

ผลตรวจ ultrasound emergency WJ target sign at subhepatic lesion

ตารางที่ 2 คำสั่งการรักษา

การรักษาที่ได้รับระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
<u>วันที่ 1 เวลา 13.00 น.</u> - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC), electrolyte, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Point Of Care Testing (POCT) glucose - urine specific gravity at ward - 0.9% normal saline 100 มิลลิลิตร ใน 30 นาที ทางหลอดเลือดดำ แล้วให้ 5% dextrose in normal saline อัตรา 65 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ - retain nasogastric tube เบอร์ 10 - retain foley catheter เบอร์ 8 - urine specific gravity หลังให้ 0.9% normal saline ครบ - 0.9% normal saline 100 มิลลิลิตร ใน 30 นาที ทางหลอดเลือดดำ - set OR for pneumatic reduction on call - เตรียม fentanyl 5 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ x 2 dose และ dormicum 1 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ x 1 dose ไปตอนทำ pneumatic reduction <u>เวลา 16.00 น.</u> - 5% dextrose in normal saline อัตรา 65 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ - observe abdominal sign - ส่งตรวจ electrolyte เวลา 18 น. - record urine out put ทุก 4 ชั่วโมง - keep urine ≥ 40 milliliter per 4 hour. - urine specific gravity ≤ 1.020	-งดน้ำงดอาหารทางปาก -record vital sign -record intake/output <u>medication</u> -cefotaxime 250 มิลลิกรัม เจือจาง normal saline จนถึง 15 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง -metronidazole 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 คำสั่งการรักษา (ต่อ)

การรักษาที่ได้รับประสิทธิผลหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
<u>วันที่ 1 เวลา 18.00 น.</u> - ลด 5% dextrose in normal saline อัตรา 55 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ <u>เวลา 22.00 น.</u> - ลด 5% dextrose in normal saline อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ <u>วันที่ 2 เวลา 10.00 น.</u> - record urine out put ทุก 4 ชั่วโมง - keep urine ≥ 40 milliliter per 4 hour . urine specific gravity ≤ 1.020 - x-ray abdomen supine position - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ electrolyte - off foley catheter - dulcolax (10 milligram) 1/2 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก - off intravenous fluid เดิม - 5% dextrose in 1/3 normal saline + potassium chloride 5 มิลลิอิกวาเลนต์ อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ <u>เวลา 12.00 น.</u> - off nasogastric tube - จิบน้ำได้ - observe abdominal sign <u>เวลา 22.00 น.</u> - ให้รับประทานน้ำหวาน <u>วันที่ 3 เวลา 9.00 น.</u> - มือเข้าให้รับประทานอาหารเหลว - มือกลางวันให้รับประทานอาหารอ่อน - observe abdominal sign - ถ้ากินได้ดี off intravenous fluid - plan discharge เย็นนี้ <u>เวลา 16.00 น.</u> - discharge ได้ นัดตรวจติดตาม 1 สัปดาห์	-งดน้ำงดอาหารทางปาก -record vital sign -record intake/output <u>medication</u> -cefotaxime 250 มิลลิกรัม เจือจาง normal saline จนถึง 15 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง -metronidazole 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 คำสั่งการรักษา (ต่อ)

การรักษาที่ได้รับระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
<u>วันที่ 3 เวลา 16.00 น.</u> <u>home medication</u> - omnicef (125 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิตร) รับประทาน 2.8 มิลลิตร หลังอาหาร เข้า เย็น - metronidazole (200 มิลลิกรัม) 1 เม็ด บดผสมน้ำ 5 มิลลิตร รับประทาน 2.5 มิลลิตร หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น	

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	วันที่ 1 เวลา 13.00 น.	วันที่ 1 เวลา 18.00 น.	วันที่ 2 เวลา 10.00 น.
sodium (Na ⁺)	(136-145 mmol/l)	134	142	141
potassium (K ⁺)	(3.4-4.5 mmol/l)	4.4	3.8	3.5
chloride (Cl ⁻)	(98-107 mmol/l)	102	109	107
bicarbonate(HCO ₃ ⁻)	(22-29 mmol/l)	22	21	19
glucose (POCT)	(70-99 mg/dl)	115		
BUN	(5-18 mg/dl)	11.5		
creatinine	(0.51-0.95 mg/dl)	0.35		
hemoglobin	(10.5-13.5 g/dl)	12.7		
hematocrit	(33-39 %)	40		
Rbc count	(3.4-5.2 x10 ⁶ /ul)	5.1		
Wbc count	(6.0-17.0 x10 ³ /ul)	14.06		
platelet count	(150-350 x10 ³ /ul)	450		
neutrophils	(20.7-61.8 %)	65		
lymphocyte	(19.8-63.7 %)	23		
monocyte	(3.3-18.1 %)	5		

อ้างอิงจากห้องปฏิบัติการภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล³²

ตารางที่ 4 บันทึกปริมาณและค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (ผู้ป่วยน้ำหนัก = 9.9 กิโลกรัม)

วัน-เวลา	ปริมาณน้ำเข้า (มิลลิลิตร)	ปริมาณน้ำออก (มิลลิลิตร)	ค่าความถ่วงจำเพาะ ของปัสสาวะ
<u>วันที่ 1</u>			
14.00 น.	200	30	1.018
18.00 น.	310	100	1.010
22.00 น.	220	110	1.010
<u>วันที่ 2</u>			
02.00 น.	195	55	1.014
06.00 น.	175	40	1.016
10.00 น.	180	80	1.010
14.00 น.	265	100	1.010
18.00 น.	295	100	1.012
22.00 น.	260	80	1.016
<u>วันที่ 3</u>			
02.00 น.	195	50	1.014
06.00 น.	275	100	1.014
10.00 น.	300	120	1.010
14.00 น.	240	80	1.012

2.1 การพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษา

สภาพทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ในความดูแล

แรกรับผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี 3 เดือน รู้สึกตัวดี ร้องไห้ งอแง งอตัวบางครั้ง กระสับกระส่าย ไม่ยอมนอน มีสีหน้าอ่อนเพลีย ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ เยื่อบุช่องปากแห้งเล็กน้อย บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวลและถามว่า “ลูกจะเป็นอันตรายไหมและรักษาได้อย่างไร” สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/67 มิลลิเมตรปรอท capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 1

เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะขาดสมดุลสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดาให้ประวัติผู้ป่วยอาเจียน 6-7 ครั้ง ประมาณ 200 มิลลิตร และรับประทานอาหารไม่ได้ประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

- อ่อนเพลีย
- เยื่อบุช่องปากแห้งเล็กน้อย
- ปัสสาวะสีเข้ม ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะแรกรับ = 1.024
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ sodium (Na⁺) = 134 mmol/l

เป้าหมายการพยาบาล มีภาวะสมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมิน

- เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีความความยืดหยุ่นดี²⁶
- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active)
- ไม่คลื่นไส้อาเจียน
- มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
- ปัสสาวะออก ≥ 1 มิลลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง²⁶
- ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ≤ 1.020 ²⁶
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์ปกติ³² sodium (Na⁺) = 136-145, potassium (K⁺) = 3.4-4.5, chloride (Cl⁻) = 98-107, bicarbonate (HCO₃⁻) = 22-29
- สัญญาณชีพปกติตามเกณฑ์อายุ 1 ปี อุณหภูมิ 36-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-150 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/54-106/58 มิลลิเมตรปรอท³³
- น้ำหนักคงเดิม หรือลดลง $< 3\%$ ²⁷

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ความตึงตัวของผิวหนังน้อย เยื่อบุช่องปากแห้ง ตาลึกโหล กระหม่อมหน้าบวม กระสับกระส่าย ซึมลง เป็นต้น²⁶
2. บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ด้วย 0.9% normal saline อัตรา 100 มิลลิตรใน 30 นาที
3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่สายสวนปัสสาวะ เบอร์ 8 บันทึกและประเมินปริมาณ สีปัสสาวะ และค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง
4. ดูแลช่วยแพทย์ใส่สายสวนกระเพาะอาหาร เบอร์ 10 บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระบายของเหลว ลม จากกระเพาะอาหาร บันทึกและประเมินปริมาณของเหลวจากกระเพาะอาหาร และอาเจียน
5. บันทึกและประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
6. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
7. สังเกตและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์ ตามแผนการรักษา
8. ชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเดิม เวลา 6.00 น. ทุกวัน

การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและเยื่อบุช่องปากแห้งเล็กน้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่มีอาการซึมลงหรือตาลึกโหลหรือกระหม่อมบวม ของเหลวทางสายสวนกระเพาะอาหารเป็นน้ำสีเหลืองปนเขียวออกค้ำสาย

เวลา 13.30 น. ปริมาณน้ำเข้า 100 มิลลิตรใน 30 นาที ปัสสาวะออก 10 มิลลิตรใน 30 นาที ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ = 1.022 บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ด้วย 0.9% normal saline อัตรา 100 มิลลิตรใน 30 นาที (ครั้งที่ 2)

เวลา 14.00 น. ปริมาณน้ำเข้า 100 มิลลิตรใน 30 นาที ปัสสาวะออก 10 มิลลิตรใน 30 นาที ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ = 1.018 บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ด้วย 5% dextrose in normal saline อัตรา 65 มิลลิตรต่อชั่วโมง

สัญญาณชีพก่อนส่งทำหัตถการ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/54 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ยังคงอยู่ ต้องดูแลต่อเนื่องจนถึงภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ร้องไห้ หน้าเบ้
- บ่นหาหรือเรียกหาแม่ตลอดเวลา
- คื่น บิดตัวหรืองอตัวหรือเกร็งขาบางครั้ง
- คะแนนความปวด CHEOPS = 10 คะแนน

เป้าหมายการพยาบาล สุขสบายมากขึ้น CHEOPS $\leq$ 8 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

- ร้องไห้น้อยลง
- มีสีหน้า ท่าทางสุขสบาย ผ่อนคลายมากขึ้น
- บ่นหรือเรียกหาแม่น้อยลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้บ้าง
- สงบมากขึ้น
- คะแนนความปวด CHEOPS $\leq$ 8 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อนุญาตให้บิดามารดาอยู่กับผู้ป่วยคอยปลอบโยน สัมผัส และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล
2. จัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา โดยช่วยบิดามารดาดูแล อุ้ม ปลอบโยน สัมผัสผู้ป่วย หาส่งเสียงเบนความสนใจ เปิดเพลงเด็กแบบมีภาพประกอบให้ฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดท้อง
3. วางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้มีความกระชับ เพื่อไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย
4. ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย เช็ดตัวให้สะอาดไม่เหนียวเหนอะหนะ ไม่ให้ผ้าอ้อมเปียกชื้น ดูแลอุณหภูมิห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป จำกัดบุคคลเข้าเยี่ยม
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดเสียงและแสงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ
6. ติดตามประเมิน CHEOPS ทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล ผู้ป่วยสงบและมีสีหน้าสุขสบายมากขึ้น ร้องไห้แฉะบางครั้ง บ่นหาหรือเรียกหาแม่น้อยลง สามารถพักผ่อนได้บ้าง งอตัวเป็นพักๆ CHEOPS = 6 คะแนน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ยังต้องดูแลต่อเนื่องจนถึงภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 3
มีความกลัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน

- ร้องไห้งอแงทุกครั้งเมื่อพยาบาลเข้าตรวจเยี่ยม
- แสดงท่าทีหวาดกลัว
- โฝกอดมารดาทุกครั้งเมื่อพยาบาลเข้าตรวจเยี่ยม
- ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการตรวจร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล คลายความกลัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน

- ร้องไห้น้อยลงหรือไม่ร้องไห้เมื่อพยาบาลเข้าตรวจเยี่ยม
- ท่าทีผ่อนคลาย สงบมากขึ้น
- คุ่นเคย พุดคุยได้ ยิ้มแย้มแจ่มใสมากขึ้น
- ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการตรวจร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรม การรับรู้ ความกลัวของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การพยาบาลและสร้างสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม
2. ตรวจเยี่ยม พุดคุย สัมผัส สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เรียกชื่อเล่นของผู้ป่วยเพื่อสร้างความคุ้นเคย โดยใช้น้ำเสียงในการสื่อสารที่อ่อนโยน ใช้คำพูดกระชับ เข้าใจง่าย ใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เป็นมิตร
3. เปิดโอกาสให้บิดามารดามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล โดยการเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การช่วยจับผู้ป่วยขณะตรวจ เพื่อลดความหวาดกลัวของผู้ป่วย และอนุญาตให้มารดาเฝ้าผู้ป่วยได้ 24 ชั่วโมง
4. ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจขณะทำหัตถการหรือกิจกรรมการพยาบาล โดยการให้ของเล่นเบี่ยงเบนความสนใจ การชี้ให้ดูรูปการ์ตูนบนผนัง การเลียนแบบเสียงสัตว์ต่างๆ เพื่อลดความหวาดกลัว และกล่าวชื่นชมให้กำลังใจหลังให้การพยาบาลแล้วเสร็จ
5. จัดเตรียมของเล่นอุปกรณ์การแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยและลดความกลัว
6. แนะนำให้บิดามารดานำตุ๊กตาที่ผู้ป่วยรักมาไว้กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลายมากขึ้น ร้องไห้น้อยลง ไม่มีท่าทีหวาดกลัว พุดคุยกับพยาบาลมากขึ้น จับของเล่นเล่นได้ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยมีท่าทีผ่อนคลายความกลัวและให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 4
 บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวล มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ไม่สงบ
- บิดามารดาบอกว่า “ไม่เคยรู้เกี่ยวกับโรคมามาก่อน”
- บิดามารดาสอบถามว่า “ลูกจะเป็นอันตรายไหมและรักษาได้อย่างไร”

เป้าหมายการพยาบาล บิดามารดาคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

- บิดามารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล พฤติกรรมสงบ ไม่กระวนกระวาย
- บิดามารดาบอกว่าคลายความวิตกกังวล
- บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาผู้ป่วย โดยการพูดคุย แนะนำตัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คู่กันเคย
2. ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โดยการสอบถามว่าบิดามารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรหรือไม่อย่างไร และสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแล้วซักถามกัน พร้อมทั้งประเมินจากสีหน้าและพฤติกรรมของบิดามารดา
3. ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่บิดามารดาเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังรับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม
4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ รับฟังอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีเข้าใจ ปลอดภัย
5. ดูแลให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและเตรียมผู้ป่วยก่อนไปทำหัตถการ โดยการเช็ดตัว การวัดสัญญาณชีพ การช่วยจับผู้ป่วยขณะตรวจ เพื่อลดความวิตกกังวล และอนุญาตให้มารดาเฝ้าผู้ป่วยได้ 24 ชั่วโมง
6. เสริมสร้างพลังความมั่นใจ ให้กำลังใจแก่บิดามารดาในการดูแลผู้ป่วย โดยแนะนำว่าจะมีพยาบาลคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และหากต้องการขอความช่วยเหลือหรือเมื่อมีอาการผิดปกติสามารถกดเรียกพยาบาล (nurse call) ได้ตลอดเวลา เพื่อให้บิดามารดามีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล
7. ประสานงานกับแพทย์เพื่อเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับพยาธิสภาพและแผนการรักษากับแพทย์โดยตรง เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจและคลายความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

การประเมินผล บิดามารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มีพฤติกรรมสงบมากขึ้น บอกว่า “คลายกังวล มีเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การรักษา และการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการ” และได้ส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการตามแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

2.2 การพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษา

สภาพทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยได้รับการส่งไปทำหัตถการคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดันลม (pneumatic reduction) เวลา 15.00 น. สามารถคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดันลมได้สำเร็จ โดยไม่เกิดการแตกทะลุของลำไส้ขณะสวนคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ระหว่างทำหัตถการได้รับยาทำให้สงบ fentanyl 5 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ เจือจาง normal saline จนถึง 5 มิลลิลิตร 2 dose และ dormicum 1 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เจือจาง normal saline จนถึง 5 มิลลิลิตร 1 dose หลังทำหัตถการผลการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องไม่พบลำไส้กลืนกัน แรกเริ่มมายังหอผู้ป่วยเวลา 16.00 น. ผู้ป่วยหายใจเอง มีสีหน้าอ่อนเพลีย ง่วงเล็กน้อยแต่ปลุกตื่นง่าย Sedation Score (SS) = 1 อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) = 99% อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินคะแนนความปวด CHEOPS = 5 คะแนน ของเหลวจากสายสวนกระเพาะอาหารเป็นสีเหลืองปนเขียวออกน้ำตาลเยื่อช่องปากชุ่มชื้น ระหว่างส่งทำหัตถการปริมาณน้ำเข้า 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปริมาณปัสสาวะสีเหลืองใสออก 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ = 1.016 ประเมินหน้าท้อง ท้องอืดเล็กน้อยแต่กดนิ่ม ไม่ปวดท้อง คลำไม่พบก้อน มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ประมาณ 10-20 ครั้งต่อนาที ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 1

เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะขาดสมดุลสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

- จดน้ำและอาหารอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนและหลังทำหัตถการ เป็นเวลา 23 ชั่วโมง
- อ่อนเพลีย
- ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังทำหัตถการ potassium (K+) ลดลงจาก 4.4 เหลือ 3.8

เป้าหมายการพยาบาล มีภาวะสมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมิน

- เยื่อช่องปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี
- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active)
- ปัสสาวะสีเหลืองใสออก ≥ 40 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
- ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ $\leq 1.020^{26}$
- มีความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์ปกติ³² (sodium (Na+) = 136-145, potassium (K+) = 3.4-4.5, chloride (Cl-) = 98-107, bicarbonate (HCO₃-) = 22-29)
- สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36 – 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-150 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98-106/54-58 มิลลิเมตรปรอท³³
- น้ำหนักคงเดิม หรือลดลง $< 3\%^{27}$

กิจกรรมการพยาบาล

1. บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษา
2. บันทึกและประเมิน ปริมาณ สี ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง หากปัสสาวะมีสีเข้ม ปริมาณปัสสาวะออก < 40 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ > 1.020 แจ้งแพทย์เพื่อให้การรักษา
3. บันทึกและประเมินปริมาณ ลักษณะ ของเหลวจากสายสวนกระเพาะอาหารทุก 4 ชั่วโมง
4. บันทึกและประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
5. ฝ้าระวังอาการขาดน้ำ อาการเยื่อช่องปากแห้ง ความยืดหยุ่นของผิวหนังน้อย ตาลีกโหล กระหม่อมหน้าบวม กระสับกระส่าย ซึมลง
6. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
7. ประเมินอาการ potassium (K+) ในเลือดต่ำ ได้แก่ กลืนไส้ อาเจียน ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง³⁴ หากมีอาการผิดปกติดังกล่าวรายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่
8. สังเกตและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์
9. ชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเดิมวันละครั้ง เวลา 6.00 น.

การประเมินผล

วันที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย วันที่ 2 และ 3 เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active) ไม่มีอาการอ่อนเพลีย เยื่อช่องปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี ไม่มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน ไม่มีอาการตาลีกโหลหรือกระหม่อมหน้าบวมหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

ปริมาณน้ำเข้าเฉลี่ย 239.2 มิลลิลิตร ต่อ 4 ชั่วโมง ปัสสาวะออกเฉลี่ย 80.4 มิลลิลิตร ต่อ 4 ชั่วโมง ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ = 1.010 – 1.018 ปัสสาวะสีเหลืองใส สายสวนกระเพาะอาหารเป็นน้ำสีเหลืองปนเขียวออกคั่งสาย ผู้ป่วยน้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อยชั่งได้ 10 กิโลกรัม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์ sodium (Na+) อยู่ในเกณฑ์ปกติ bicarbonate (HCO₃⁻) ต่ำเล็กน้อย chloride (Cl⁻) วันที่ 1 สูงเล็กน้อย วันที่ 2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ potassium (K+) อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ลดลง คือ 4.4, 3.8 และ 3.5 (ตารางที่ 3) ดูแลบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน 5% dextrose in normal saline อัตรา 55 และ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (วันที่ 1 เวลา 18.00 น. และ 22.00 น. ตามลำดับ) วันที่ 2 ดูแลเปลี่ยนสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนเป็น 5% dextrose in 1/3 normal saline + potassium chloride 5 มิลลิอิกวาลেন্ট อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา

สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 122-132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24-30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/56 – 106/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 2 มีภาวะท้องอืด เนื่องจากการทำงานของลำไส้ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ท้องอืดเล็กน้อย
- ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ
- ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ไม่ยอมเดินตามปกติ ส่วนใหญ่ให้มารดาอุ้ม

เป้าหมายการพยาบาล อาการท้องอืดลดลงหรือหมดไป

เกณฑ์การประเมิน

- รับประทานอาหารได้ดี
- หน้าท้องกดนิ่ม
- ถ่ายอุจจาระสีเหลือง
- ผู้ป่วยเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น
- ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ 5-30 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและแนะนำมารดาในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย โดยการดูแลให้ลูกนั่งบนเตียง นั่งข้างเตียง เกาะเดินข้างเตียง จับมือพาเดินช่วยขึ้นเสาน้ำเกลือเดินตาม เพื่อส่งเสริมให้ลำไส้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยติดตามฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) ติดตามการเรอ การผายลม การขับถ่ายอุจจาระ

3. ดูแลเหน็บยา dulcolax (10 มิลลิกรัม) 1/2 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก ติดตามการขับถ่ายอุจจาระ

4. ดูแลให้รับประทานอาหารตามลำดับ (step diet) ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการผิดปกติ ดังนี้

4.1 วันที่ 2 ดูแลให้เริ่มจิบน้ำ (เวลา 12 00 น.) โดยแบ่งให้รับประทานครั้งละน้อย และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดรับประทานและแจ้งพยาบาล หากไม่มีอาการผิดปกติดูแลให้เริ่มดื่มน้ำหวาน (เวลา 22.00 น.) หลีกเลี่ยงน้ำสีแดง สีดำ สีน้ำตาล เพื่อให้สังเกตลักษณะอาเจียนหรืออุจจาระที่มีเลือดปนได้

4.2 วันที่ 3 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวเมื่อเช้า (เวลา 9.00 น.) เช่น น้ำ น้ำหวาน นม น้ำผลไม้ (ไม่มีกากปน) น้ำซูป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสีดำหรือแดง เช่น น้ำแดง โกโก้ โอวัลติน นมรสช็อกโกแลต เพื่อสังเกตลักษณะอุจจาระหรืออาเจียนที่มีเลือดปนได้ โดยเริ่มรับประทานครั้งละน้อยและสังเกตอาการผิดปกติเช่นเดียวกับการจิบน้ำ หากผู้ป่วยรับประทานได้ดีดูแลให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อนมื้อกลางวัน เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว ปลานึ่ง เป็นต้น

การประเมินผล

วันที่ 1 ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงได้ เธอได้ แต่ยังไม่หายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดเล็กน้อย แต่หน้าท้องกดนิ่ม ถ้าใส่เกลือไอโวนประมาณ 5-10 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ

วันที่ 2 ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง เกาะยืนและเดินได้ หลังเหน็บยา dulcolax อุจจาระ 1 ครั้ง สีเหลืองออกพอกพร หน้าท้องกดนิ่ม ท้องไม่อืด หลังนำสายสวนกระเพาะอาหารออก ผู้ป่วยจิบน้ำได้ 200 มิลลิลิตร ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และรับประทานน้ำหวานได้ 100 มิลลิลิตร ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าใส่เกลือไอโวนประมาณ 10-20 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ

วันที่ 3 ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี เดินเล่นโดยมีมารดาดูแลใกล้ชิด หน้าท้องกดนิ่ม ท้องไม่อืด หายลมได้ ผู้ป่วยรับประทานนมได้ 240 มิลลิลิตร ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทาน โจ๊กหมูมีผักกลางวันได้ประมาณครึ่งถ้วย ไม่ปวดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังรับประทานถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง สีเหลืองออกพอกพร ถ้าใส่เกลือไอโวนประมาณ 10-20 ครั้งต่อวันที่ ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยนี้ได้รับการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาทั้งหมดไป ดูแลให้ข้อมูลแก่มารดาในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารปกติ (regular diet) ต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 3
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- ระดับความง่วงซึมแรกเริ่ม Sedation Score (SS) = 1 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 12)
- ระหว่างทำหัตถการได้รับยาทำให้สงบ fentanyl 5 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ 2 dose และ dormicum 1 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 1 dose
- อ่อนเพลีย ดิ้น โศหาบิดามารดาตลอดเวลาไม่ยอมนอนบนเตียง

เป้าหมายการพยาบาล พลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

- ดิ้นดี ไม่ง่วงซึม Sedation Score (SS) = 0
- เคลื่อนไหวร่างกายปกติ (active)
- ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย
- บิดามารดาปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย ได้แก่ การตื่น ลืมตามองสิ่งต่างๆรอบตัว การเคลื่อนไหวมือเท้า แขนขา การร้องไห้¹¹
2. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ราวกั้นเตียงยกขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้ง ขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียง
3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เป็นระเบียบ หยิบใช้ง่าย มีแสงสว่างเพียงพอ

4. ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาและผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือกิจกรรมและป้องกันอุบัติเหตุ ยกราวกั้นเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้งขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงหรือหลังทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแล้วเสร็จ เนื่องจากผู้ป่วยยังง่วงซึมและอ่อนเพลียหลังรับการรักษา

5. เน้นย้ำให้บิดามารดาให้ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลาจนกว่าพยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยเด็กตื่นดี ไม่ง่วงซึม Sedation Score (SS) = 0 และไม่มีอาการอ่อนเพลียแล้ว บิดามารดาจึงสามารถดูแลให้ผู้ป่วยเด็กลงเดินได้

6. แนะนำให้บิดามารดาขอร้อง (nurse call) เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือโดยไม่ต้องออกจากข้างเตียงผู้ป่วย

7. ในกรณีจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเด็กอยู่ตามลำพัง แนะนำให้บิดามารดา ยกราวกั้นเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้าง และแจ้งให้พยาบาลทราบก่อนทุกครั้ง

8. กรณีมีญาติมาเยี่ยมหรือเปลี่ยนผู้เฝ้าให้แจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มแก่ผู้เฝ้าคนใหม่

การประเมินผล

วันที่ 1 ง่วงซึมเล็กน้อย Sedation Score (SS) = 1 ยังมีอาการอ่อนเพลีย เมื่อตื่นจะร้องไห้ ดิ้นและโหหารดาตลอดเวลา บิดามารดาดูแลใกล้ชิด และยกราวกั้นเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้งขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงหรือหลังทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแล้วเสร็จ ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

วันที่ 2 ผู้ป่วยเด็กตื่นดี ไม่ง่วงซึม Sedation Score (SS) = 0 เคลื่อนไหวร่างกายปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ดิ้นและโหหารดาบางครั้ง บิดามารดาดูแลใกล้ชิด จับมือพาผู้ป่วยเดิน ช่วยขึ้นเสาน้ำเกลือเดินตาม และยกราวกั้นเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้งขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงหรือหลังทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแล้วเสร็จ ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

วันที่ 3 ผู้ป่วยเด็กตื่นดี ไม่ง่วงซึม Sedation Score (SS) = 0 เคลื่อนไหวร่างกายปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย โภให้บิดามารดาอุ้มบางครั้ง บิดามารดาจับมือพาเดินเล่น และยกราวกั้นเตียงขึ้นสูงสุดทั้ง 2 ข้างทุกครั้งขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงหรือหลังทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแล้วเสร็จ ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ระหว่างรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดพลัดตกหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย บิดามารดาปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 4
มีโอกาสดีกลำไส้กลืนกันซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

- ท้องอืดเล็กน้อย
- ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม

เป้าหมายการพยาบาล

- ได้รับการเฝ้าระวังและช่วยเหลืออย่างทันที่
- ไม่เกิดภาวะลำไส้กลืนกันซ้ำ

เกณฑ์การประเมิน

- รับประทานอาหารได้ดี
- ถ่ายอุจจาระสีเหลือง ไม่มีมูกเลือดปน
- หน้าท้องกดนิ่ม
- ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ประมาณ 5-30 ครั้งต่อนาที ด้วยอัตราไม่สม่ำเสมอ²⁸

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการลำไส้กลืนกันซ้ำ ได้แก่ อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ท้องอืด¹¹ และแนะนำการสังเกตอาการแก่บิดามารดาหากมีอาการผิดปกติดังกล่าวแจ้งให้พยาบาลทราบ
2. ประเมินการทำงานของลำไส้ โดยติดตามฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) สังเกตการผายลม การเรอ การขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องอืดของผู้ป่วย
3. กระตุ้นการทำงานของลำไส้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แนะนำบิดามารดาดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการให้ลูกนั่งบนเตียง พานั่งข้างเตียง เกาะเดินรอบๆ พาเดินเล่น
4. ดูแลเหน็บยา dulcolax (10 มิลลิกรัม) 1/2 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก (วันที่2) ติดตามการขับถ่ายอุจจาระ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานตามแผนการรักษา โดยดื่มน้ำและอาหารในวันที่1 เริ่มจิบน้ำและน้ำหวานในวันที่ 2 รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนวันที่ 3 ตามลำดับ
6. สังเกตและติดตามผลตรวจรังสีช่องท้องท่านอนหงาย (x-ray abdomen supine position) ตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารต่อเนื่อง 23 ชั่วโมง หลังนำสายสวนกระเพาะอาหารออก สามารถรับประทานอาหารได้ดีตามแผนการรักษา ไม่มีอาการปวดท้องหรือคลื่นไส้ อาเจียน หลังเหน็บยาทางทวารหนักผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง สีเหลืองออกพอควร ไม่มีมูกเลือดปน มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ประมาณ 10-20 ครั้งต่อนาที อัตราไม่สม่ำเสมอ หน้าท้องกดนิ่ม ท้องไม่อืด ผลการตรวจรังสีช่องท้องพบขนาดลำไส้ปกติ ไม่พบการอุดตัน ขณะอยู่โรงพยาบาลไม่เกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ยังต้องให้ข้อมูลแก่บิดามารดาในการติดตามอาการเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม กรณีศึกษาข้อที่ 5
 บิดามารดาขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดาบอกว่า “ยังไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน”

เป้าหมายการพยาบาล

- บิดามารดามีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

- บิดามารดาสามารถบอกเกี่ยวกับอาการลำไส้กลืนกันซ้ำที่ควรพาผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาและการรับประทานอาหารเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแก่บิดามารดา ดังนี้

1.1 การรับประทานยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยาปฏิชีวนะ ควรรับประทานยาคิดต่อกันตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง และไม่ซื้อยามารับประทานเพิ่มเอง โดยศึกษาวิธีการผสมยา การรับประทานยา และการเก็บรักษายาได้ดังนี้

1.1.1 omnicef ยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับผสมเป็นยาน้ำแขวนตะกอน ขนาดยาคือ 125 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิตร ก่อนผสมยาเคาะขวดยาแล้วผสมยาด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว หรือน้ำสะอาด (ไม่ใช้น้ำอุ่นหรือน้ำร้อนเนื่องจากอาจทำให้ยาเสื่อมสภาพ) เขย่าขวดจนผสมเข้ากันดี จึงเติมน้ำจนถึงขีดที่กำหนด เขย่าก่อนรับประทานทุกครั้ง เขย่าในตู้เย็นจะเก็บยาได้ 14 วัน³⁵ วิธีรับประทานให้รับประทานครั้งละ 2.8 มิลลิตร หลังอาหารเช้าและเย็น เป็นเวลา 7 วัน (จนถึงวันมาตรฐานตามนัด)

1.1.2 metronidazole ยาปฏิชีวนะชนิดเม็ด ขนาด 200 มิลลิกรัม วิธีรับประทาน ให้น้ำยา 1 เม็ด บดให้ละเอียดแล้วใช้น้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว 5 มิลลิตร ผสมจนเข้ากันดี แบ่งรับประทานครั้งละ 2.5 มิลลิตร หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เป็นเวลา 7 วัน (จนถึงวันมาตรฐานตามนัด)

1.2 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารแข็งย่อยยาก

1.3 การมาตรฐานตามนัด นัดติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์

1.4 อาการผิดปกติที่อาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ คือ อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด¹¹ หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวให้บิดามารดาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

2. สอบทานเพื่อเน้นย้ำและทบทวนความเข้าใจ เกี่ยวกับการสังเกตอาการที่อาจบ่งชี้ว่าเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ การผสมยา การเตรียมยา การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาปฏิชีวนะจนครบตามคำสั่งแพทย์ และการมาตรฐานตามนัด

3. เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังความมั่นใจแก่บิดามารดาในการกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4. แนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีฉุกเฉินหรือหากต้องการการช่วยเหลือ

การประเมินผล บิดามารดาบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง เกี่ยวกับการสังเกตอาการไข้ ไข้กลับกันซ้ำที่ต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การตรวจตามนัด และเมื่อสอบถามถึงข้อสงสัย บิดามารดาตอบว่า “เข้าใจดี ไม่มีข้อสงสัย”

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 1 ปี 3 เดือน น้ำหนัก 9.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 80 เซนติเมตร ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการแพ้ยาหรืออาหารหรือสารต่างๆ ประมาณ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มารดาสังเกตพบว่าผู้ป่วยร้องไห้แแงเป็นพักๆ นานครั้งละประมาณ 5-10 นาที ตัวงอ และชี้ไปที่ท้อง รับประทานนมได้น้อยลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 6-7 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล โดย 4 ครั้งแรกเป็นนมและอาหารที่รับประทานเข้าไป และ 2-3 ครั้งหลังเริ่มมีน้ำสีเหลืองปน จึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ไม่มีไข้ ถ่ายอุจจาระล่าสุด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล สีเหลืองปกติ ไม่มีมูกเลือดปน แรกเริ่มผู้ป่วยอ่อนเพลียเล็กน้อย ร้องไห้แแง งอตัวบางครั้ง กระสับกระส่าย ไม่ยอมนอน ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ เชื้อบูช่องปากแห้งเล็กน้อย ผิวหนังมีความยืดหยุ่นดี กระหม่อมหน้าไม่บวม capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที ตรวจร่างกายคลำได้ก้อนเป็นลำยาว ด้านขวาบนของช่องท้องบริเวณใต้ชายโครงและมีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวมาก (hyperactive bowel sound) ตรวจอัลตราซาวด์พบ target sign at subhepatic lesion แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นลำไส้กลืนกัน ชนิด ileocolic (ileocolic intussusception) บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวล พฤติกรรมกระวนกระวาย ไม่สงบ สอบถามว่า “ลูกจะเป็นอันตรายไหมและรักษาได้อย่างไร” และเมื่อสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคลำไส้กลืนกัน บิดามารดาบอกว่า “ไม่เคยรู้เกี่ยวกับโรคมามาก่อน” จากการประเมินพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม ดังนี้

1. เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะขาดสมดุลสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรไลต์

(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ยังคงอยู่ ต้องดูแลต่อเนื่องจนถึงภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม)

2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ยังคงอยู่ ต้องดูแลต่อเนื่องจนถึงภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม)

3. มีความกลัวในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

4. บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

ภายหลังรักษาลำไส้กลืนกันด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลมสำเร็จ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำหัตถการ ผลการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องหลังทำหัตถการไม่พบลำไส้กลืนกัน แรกเริ่มมายังห่อผู้ป่วย ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงเล็กน้อยแต่ปลุกตื่นง่าย Sedation Score (SS) = 1 ตรวจร่างกายคลำไม่พบก้อน ท้องอืดเล็กน้อยแต่คดนุ่ม ไม่ปวดท้อง ดูแลให้ยงดน้ำและอาหารต่อเนื่องหลังทำหัตถการเพื่อประเมินอาการลำไส้กลืนกันซ้ำและเพื่อให้ลำไส้พร้อมทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนอย่างเพียงพอ บันทึกและประเมินปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อิเล็กโทรไลต์และอาการผิดปกติจากภาวะอิเล็กโทรไลต์ในเลือดต่ำ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Sedation Score (SS) = 0 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อกระตุ้นการทำงานของ

ลำไส้ โดยเน้นย้ำให้บิคมารดาดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ ติดตาม ประเมินสัญญาณทางช่องท้อง (abdominal sign) โดยสังเกตจากการเรอ การผายลม การจับถ่าย อุจจาระ อาการท้องอืด และติดตามฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นระยะ สังเกตและติดตาม ผลตรวจทางรังสีช่องท้อง เมื่อไม่พบลำไส้กลืนกันซ้ำ กระตุ้นการทำงานของลำไส้ด้วยการเหน็บยา ทางทวารหนักตามแผนการรักษา ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง สีเหลือง ไม่มีมูกเลือดปน หน้าท้องกดนุ่ม ดูแลนำสายสวนกระเพาะอาหารออก และดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารตามลำดับ (step diet) ตามแผนการรักษา คือ จิบน้ำ รับประทานอาหารน้ำหวาน อาหารเหลว (liquid diet) และอาหารอ่อน (soft diet) เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี ไม่ปวดท้อง ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง สีเหลือง ไม่มีมูกเลือดปน ดูแลนำสารน้ำทางหลอดเลือดดำออก ขณะรับการรักษา ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน ลำไส้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดันลม ปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ บิคมารดา มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล มีสีหน้าแจ่มใสและทำทีผ่อนคลาย ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พุดคุยและเล่นกับพยาบาลมากขึ้น ไม่แสดงอาการหวาดกลัว จากการประเมินพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังรักษาด้วยวิธีการคลายลำไส้ด้วยแรงดันลม ดังนี้

1. เสี่ยงเกิดอันตรายจากภาวะขาดสมดุลสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์
(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)
2. มีภาวะท้องอืด เนื่องจากการทำงานของลำไส้ไม่มีประสิทธิภาพ
(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)
4. มีโอกาสเกิดลำไส้กลืนกันซ้ำ
(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ยังต้องให้ข้อมูลแก่บิคมารดาในการติดตามอาการเมื่อ
จำหน่ายกลับบ้าน)
5. บิคมารดาขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
(ข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

บทที่ 5

ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

โรคลำไส้กลืนกันเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน มีความรุนแรงอันตรายถึงแก่ชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาที่ การรักษาโรคลำไส้กลืนกันด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม เป็นวิธีหนึ่งที่มีความปลอดภัย ส่งเสริมการฟื้นฟู พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยเด็กแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้องจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน อย่างไรก็ตาม การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้กลืนกันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลมให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีแนวทางแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ลำดับการรับประทานอาหาร (step diet) สำหรับผู้ป่วยโรคลำไส้กลืนกัน ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่าควรดูแลให้เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารเหลว (liquid diet) จากปริมาณเท่าใดในแต่ละวัน เว้นระยะเวลานานเท่าใดจึงสามารถเพิ่มปริมาณได้ จึงอาจทำให้บิดามารดาดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานได้ไม่เหมาะสม เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานในปริมาณที่มากและรวดเร็วเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียนได้เนื่องจากลำไส้หลังกลายการกลืนกันยังบวมและทำงานไม่มีประสิทธิภาพ หรือกรณีบิดามารดาดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานในปริมาณน้อยและช้าเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยหิว งอแง และไม่พร้อมเริ่มอาหารในขั้นตอนต่อไป

แนวทางการแก้ไขปัญหา

1.1 จัดทำตารางการเริ่มจิบน้ำตามแผนการรักษาหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการกลืนด้วยแรงดันลม โดยคำนึงถึงปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวันตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ดังนี้

น้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมแรก ต้องการน้ำ 100 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อวัน³⁶

น้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมถัดมา ต้องการน้ำ 50 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อวัน³⁶

น้ำหนักส่วนที่เกิน 20 กิโลกรัม ต้องการน้ำ 20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อวัน³⁶

แนะนำมารดาดูแลให้ผู้ป่วยเด็กเริ่มจิบน้ำโดยแบ่งน้ำใส่ขวดนมประมาณ 1 ออนซ์หรือ 30 มิลลิลิตร ให้ผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยจิบครั้งละน้อย หรือใช้กระบอกฉีดยา (syringe) ขนาด 5 มิลลิลิตร ป้อนครั้งละน้อย เป็นระยะ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานมากและรวดเร็วเกินไป หลังจากนั้น ประเมินอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติดังกล่าวให้หยุดรับประทานและแจ้งให้พยาบาลทราบ หากไม่มีอาการผิดปกติภายหลังจากรับประทานน้ำ 1 ชั่วโมงจึงเพิ่มปริมาณมากขึ้นเป็น 2 ออนซ์หรือประมาณ 60 มิลลิลิตร ยังคงให้ผู้ป่วยจิบน้ำครั้งละน้อยและสังเกตอาการผิดปกติ คือ อาการปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน หากภายหลังเพิ่มปริมาณน้ำที่รับประทาน 1 ชั่วโมงและไม่มีอาการผิดปกติ จึงสามารถให้ผู้ป่วย

รับประทานน้ำได้ตามต้องการตามปริมาณที่ผู้ป่วยควรได้รับตามน้ำหนักตัวในแต่ละวัน ดังตัวอย่างผู้ป่วยน้ำหนัก 10 กิโลกรัม ปริมาณน้ำที่ควรได้รับ คือ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการเริ่มจิบน้ำ

ชั่วโมงที่	ปริมาณน้ำ	ใช้ syringe	อาการผิดปกติ
1	30 มล.	ครั้งละ 5 มล.	อาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
2	60 มล.	ครั้งละ 5-10 มล.	
3	รับประทานได้ตามต้องการ ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน		
4			
5			

1.2 จัดทำตารางการเริ่มรับประทานอาหารเหลว (liquid diet) ตามแผนการรักษา ภายหลังคลายลำไส้กลืนกันด้วยแรงดันลม แนะนำมารดาให้ผู้ป่วยเริ่มจากการรับประทานอาหารเหลวน้ำใส (clear liquid diet) ก่อนเสมอเพื่อประเมินการทำงานของลำไส้ เช่น น้ำซูป น้ำหวาน เกล็ดบวย เป็นต้น แนะนำวิธีการรับประทานและการสังเกตอาการผิดปกติเช่นเดียวกับข้อ 1.1 หากผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารน้ำใสได้ 2 ออนซ์หรือประมาณ 60 มิลลิลิตรและไม่มีอาการผิดปกติ คือ ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียนใน 1 ชั่วโมงภายหลังเริ่มรับประทาน จึงดูแลให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวน้ำข้น (full liquid diet) ได้ เช่น นม น้ำข้าว เป็นต้น แนะนำและสังเกตอาการผิดปกติเช่นเดียวกับข้อ 1.1 เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ จึงดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวได้ตามต้องการตามปริมาณและพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน อาจคำนวณความต้องการพลังงานพื้นฐานต่อวันจากน้ำหนักตัวผู้ป่วย กล่าวคือ

น้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมแรก ต้องการพลังงาน 100 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน³⁶

น้ำหนักตัว 10 กิโลกรัมถัดมา ต้องการพลังงาน 50 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน³⁶

น้ำหนักตัวส่วนที่เกิน 20 กิโลกรัม ต้องการพลังงาน 20 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน³⁶ ดังตัวอย่างผู้ป่วยน้ำหนัก 10 กิโลกรัม พลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ คือ 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

ตารางที่ 6 ตัวอย่างการเริ่มอาหารเหลว

ชั่วโมงที่	ชนิดของเหลว	ปริมาณ	ใช้ syringe	อาการผิดปกติ
1	น้ำใส (clear liquid diet) ได้แก่	30 มล.	ครั้งละ 5-10 มล.	อาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
2	น้ำซุ่ป น้ำหวาน เป็นต้น	60 มล.	ครั้งละ 15-20 มล.	
3	น้ำข้น (full liquid diet) ได้แก่	30 มล.	ครั้งละ 5-10 มล.	
4	นม น้ำข้าว เป็นต้น	60 มล.	ครั้งละ 15-20 มล.	
5	อาหารเหลว (น้ำ น้ำใส น้ำข้น)	รับประทานได้ตามต้องการตามปริมาณและพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ คือ 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน		
6				

2. การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ผู้ป่วยเด็กขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล มีความไม่สบายจากอาการปวดท้อง มีความกลัวจากการรักษา สถานที่และบุคลากรที่ไม่คุ้นเคย บิดา มารดา หรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กให้รู้สึกผ่อนคลายจากความกลัว และให้ความร่วมมือในการพยาบาล จึงอนุญาตให้มารดาเข้าได้ แต่หากมารดาเกิดความเหนียวแน่นอาจส่งผลกระทบต่อความสับสนในการรับข้อมูล รวมทั้งกรณีมีการเปลี่ยนแปลงหมุนเวียนกันมาเยี่ยมหรือเปลี่ยนผู้เฝ้า ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทบทวนวิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้เฝ้าเป็นระยะจึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยของบิดา มารดา หรือผู้ดูแลและทีมสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

แนวทางการแก้ไขปัญหานี้

ทบทวนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ดูแล เป็นระยะทุกครั้งที่เข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมืออย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้เกิดการตอบคำถามระหว่างกัน (two way communication) แนะนำแก่ผู้เฝ้าว่าหากมีญาติมาเยี่ยมหรือเปลี่ยนผู้เฝ้าให้แจ้งพยาบาลทราบ เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้เฝ้าใหม่ แสแกน QR code กฎระเบียบและวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อให้รับทราบข้อปฏิบัติและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตรงตามแผนการรักษาในแต่ละระยะ ตลอดจนแนะนำวิธีการยกยกร่างก้นเตียง อธิบายแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง แนะนำการใช้อุปกรณ์ขอความช่วยเหลือ (nurse call) เมื่อต้องการความช่วยเหลือโดยไม่ต้องออกจากข้างเตียงผู้ป่วย เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างครบถ้วน มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพโดยเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือตกเตียง

บรรณานุกรม

1. รังสรรค์ นิรามิช. Intussusception in Infancy and childhood. ใน: สุเมธ ชีร์รัตนกุล, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 46 ภาวะฉุกเฉินในช่องท้องทางกุมารศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2554. หน้า 197-217.
2. ไพศาล เวชพิพัฒน์. ทางเดินอาหารในทารกและเด็ก. กรุงเทพฯ: หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
3. Sutcliffe J. Intussusception-BMJ Best Practice [Internet]. 2017 [updated 2018 Dec; cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/679?q=Intussusception&c=suggested>.
4. ไช้มุก บุญสนิท. ภาวะลำไส้กลืนกันในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 31 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://meded.psu.ac.th/binla/class05/388_531/Intussusceptum/index.html.
5. สุจิตรา วันพุช. แนวทางการดูแลและจัดการความเจ็บปวดในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 19 มี.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideshare.net/18351835/ss-36208178>.
6. พัฒนพล เอ็งสุโสภณ. เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วใช้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th/line/เครื่องวัดออกซิเจนปลาย/>
7. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือปฏิบัติงานการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
8. คณะกรรมการร่างแนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก. แนวทางพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rcat.org/_files/ugd/82246c_36f4f7976c5e4057a1efdfaeda54e92.pdf
9. พยาบาลออสโตมีและแผล. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ [อินเทอร์เน็ต]. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/download/6575>.
10. รังสรรค์ นิรามิช. Intussusception in Infancy and childhood. ใน: สุเมธ ชีร์รัตนกุล, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 46. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย; 2554. หน้า 197-217.

11. สุภารัตน์ สุวรรณทေးคุปต์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบทางเดินอาหาร. ใน: ศรีสมบุญ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปื้องหวาย, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 1105-213.
12. สำนักบริหารการสาธารณสุข. มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
13. ไพศาล เวชพิพัฒน์, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ. โรคทางเดินน้ำดีตีบตัน (Biliary Atresia) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cai.md.chula.ac.th/lesson/lesson4801/index.html>.
14. อัครพล มุ่งนิรันดร์. โรคทางสัลยกรรมเด็กที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
15. คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ กพย. รพ.ร.ร.6. การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ [อินเทอร์เน็ต]. คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6/หน่วยป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ รพ.ร.ร.6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-029.pdf>
16. สมนึก นิลบุหงา, อุดมศรี โชว์พิทพรชัย. มหกายวิภาคของทางเดินอาหารที่เป็นท่อ. ระบบทางเดินอาหารและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557. หน้า 33-69.
17. สมนึก นิลบุหงา, อุดมศรี โชว์พิทพรชัย. การทำงานของกล้ามเนื้อทางเดินอาหาร. ระบบทางเดินอาหารและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557. หน้า 141-57.
18. อำไพพรรณ นามอำนาจ. Intussusception. ใน: อลิสา ลีสุวรรณ และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. คู่มือกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 590-598.
19. นิรมิตา ศรีสันต์. กุมารศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารในเด็กเล็กและเด็กโต. ใน: กฤตยา กฤตยาภิรม, ไพศาล เวชพิพัฒน์, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563. หน้า 927-56.
20. Browne NT, Flanigan LM, McComiskey CA, Pieper P. Nursing care of the pediatric surgical patient. 3rd ed. Butlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
21. มัตสุดะ มิชิโอะ. เด็กหนึ่งขวบถึงขวบครึ่ง. พรอนงค์ นิยมคำ, แปล/เรียบเรียง. สารานุกรมการเลี้ยงดูเด็ก เล่ม 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2555.

22. ภัทรพร วิลาวรรณ. การสัมภาษณ์ประวัติและการตรวจร่างกายเด็ก. ใน: สมบูรณ์ จันท์สกุลพร, อรุชา ตรีศิริโชติ, ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, โอฬาร พรหมาลิจิต, เกศรา อัสคามงคล, ไพโรจน์ จงบุญญติเจริญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2557. หน้า 1-23.
23. คณินันต์ พงษ์สิทธิถาวร, พิสมัย อุบลศรี. หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว. ใน: พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็ก เล่ม 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2556. หน้า 153-94.
24. Children's Hospital Colorado. Anterior and Posterior Fontanelle Closures [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://www.childrenscolorado.org/just-ask-childrens/articles/fontanelles>
25. Zieve D. Capillary nail refill test [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2019[updated 2021 May 4 ; cited 2021 May 20]. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/003394.htm>.
26. วันดี วราวิทย์, จิราศรี วัชรคุลย์, ประพันธ์ อ่านเปรื่อง, พรพิมล พัวประดิษฐ์, ยง ภู่วรรณ, นุชบา วิวัฒน์เวคิน, และคณะ. แนวปฏิบัติการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2556.
27. พนิดา กาญจนอุปถัมภ์, สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. ใน: สุรัชย์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล, วิฐารณ บุญสิทธิ, วาณี วิสุทธิ์เสริวงศ์, รัตนาวัลย์ นิตยารมย์, อัจฉรา สัมบุณณานนท์, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ศิริราช ประเด็นสำคัญในเวชปฏิบัติ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559. หน้า 277-88.
28. Jennifer Lapum, Michelle Hughes, Erin Ziegler, Evan Accettola, Alexis Andrew and Sita Mistry. Gastrointestinal System Assessment [Internet]. Toronto Metropolitan University; 2021[cited 2024 Dec 8] . Available from: <https://pressbooks.library.torontomu.ca/assessmentnursing/chapter/abdomen-auscultation/>.
29. บุญเพียร จันทวัฒนา. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางโลหิตวิทยา. ใน: ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ตีลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 745-88.
30. วรณฤดี เชาว์ศรีกุล. การประเมินผู้ป่วยเด็กโดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ. ใน: พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็ก เล่ม 3. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2555. หน้า 401-33.
31. ปิยะดา บุญทรง. Opioids [อินเทอร์เน็ต]. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/Opioids.pdf>.

32. ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/Document/E/Electrolytes.htm>.
33. ทิพวรรณ ทรัพย์คุณาชัย. การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ. ใน: อัจฉรา ตั้งสภาพพงษ์, พรรณพัชร พิริยะนนท์, ศรียา ประจักษ์ธรรม, ทิพวรรณ ทรัพย์คุณาชัย, บรรณาธิการ. พื้นฐานกุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555. หน้า 171-214.
34. จิตติมา สุขเลิศตระกูล. การพยาบาลเด็กที่มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์. พยาบาลสาร. 2561;45(4):240-52.
35. ฐานิตา แสงเขียว. การผสมยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้งสำหรับรับประทาน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธ.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/373/ยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง>
36. The Royal Children's Hospital Melbourne. Intravenous fluids [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/intravenous_fluids/
37. กองแก้ว ย้วนบุญหลิม. Journal Club Fever [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tm.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/Journal-Club-1.ppt>
38. คณะกรรมการ Care Team ห้องพักฟื้น. ระเบียบปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตารางแสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 7 Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)⁵

สีหน้า	ร้องไห้	การหายใจ	แขน	ขา	ระดับการตื่น
0 = เฉยๆ สบาย 1 = แสยะ ปาก เบะ จมูกย่น คิ้ว ย่น ปิดตาแน่น	0 = ไม่ร้อง 1 = ร้อง คราง 2 = กรีด ร้อง	0 = สม่ำเสมอ 1 = หายใจเร็ว ขึ้นหรือช้าลง หรือกลั้น หายใจ	0 = วาง สบายๆ 1 = งอ เหยียด	0 = วาง สบายๆ 1 = งอ เหยียด	0 = หลับ ตื่น 1 = กระสับกระส่าย วุ่นวาย

ตารางที่ 8 Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)⁵

ร้องไห้	สีหน้า	การส่งเสียง	ท่าทาง (ลำตัว)	สัมผัสแผล	ขา
1 = ไม่ร้อง 2 = คราง ร้องไห้ 3 = หิวร้อง	0 = ยิ้ม 1 = เฉย 2 = เป้	0 = พุดสนุกเร้าใจ หรือไม่พุด 1 = บ่นอื่นๆ เช่น หิว หาแม่ 2 = บ่นปวด บ่นอื่นๆ	1 = ธรรมชาติ สบายๆ 2 = คืบ เกร็ง สั่น ขึ้น คืบจนถูกจับ หรือตึงไว้	1 = ไม่สัมผัส 2 = เอื้อมมือมา แตะเบาๆ ตะปบ เอื้อมมือมาจนต้อง จับมือหรือแขนไว้	1 = ทำสบาย 2 = บิดตัว ตะ ดิ้งขาหนี เกร็ง ขึ้น คืบจนถูกจับ หรือตึงไว้

ตารางที่ 9 ประเมินภาวะขาดน้ำ²⁶

ความรุนแรง	น้อย (ร้อยละ 3-5)	ปานกลาง (ร้อยละ 6-9)	มาก ($\geq$ ร้อยละ 10)
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เบา เร็ว
ความดันโลหิต	ปกติ	ปกติ หรือต่ำลง > 10 มม.ปรอท	ต่ำ หน้ามืด pulse pressure < 20 มม.ปรอท
กระหายน้ำ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
พฤติกรรม	ปกติ	กระสับกระส่าย	กระวนกระวายถึงซึมมาก
น้ำตา	มีน้ำตา	ลดลง	ตาลึกโหล ไม่มีน้ำตา
เชื่อบุช่องปาก	ปกติ	แห้ง	แห้งจนเหี่ยว
ความยืดหยุ่นของ ผิวหนัง	ดี	เสียเล็กน้อย Skin turgor > 2 วินาที	skin turgor > 4 วินาที
กระหม่อมหน้า	ปกติ	บวมเล็กน้อย	บวมมาก
capillary refill	< 2 วินาที	2-3 วินาที	3-4 วินาที
urine specific gravity	> 1.020	> 1.020 ปัสสาวะออกน้อยลง < 1 มล. ต่อ 100kcal ต่อ ชม.	ปัสสาวะออกน้อยมาก 0.5 มล. ต่อ 100kcal ต่อ ชม. หรือปัสสาวะไม่ออก

ตารางที่ 10 สัญญาณชีพตามเกณฑ์อายุ³³

อายุ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	ชีพจร (ขณะพัก) (ครั้งต่อนาที)	ชีพจร (ขณะหลับ) (ครั้งต่อนาที)	ชีพจร (ขณะออกกำลังกาย) (ครั้งต่อนาที)	ความดัน systole (มิลลิเมตรปรอท)	ความดัน diastole (มิลลิเมตรปรอท)
แรกเกิด	40-60	100-180	80-160	up to 220	50-70	29-45
1 ปี	22-30	80-150	70-120	up to 220	98-106	54-58
5 ปี	20-24	70-110	60-90	195-200	108-116	69-74

ตารางที่ 11 อุณหภูมิของร่างกาย³⁷

อุณหภูมิร่างกายปกติ	37 องศาเซลเซียส
ไข้ต่ำ	37.5 - 38.4 องศาเซลเซียส
ไข้ปานกลาง	38.5 - 39.4 องศาเซลเซียส
ไข้สูง	39.5 - 40.5 องศาเซลเซียส
ไข้สูงมาก (hyperpyrexia)	40.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป

ตารางที่ 12 ประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation Score : SS)³⁸

ระดับ 0	ไม่ง่วงซึม รู้สึกตัวอยู่
ระดับ 1	ง่วงซึมเล็กน้อย เรียกปลุกตื่นง่าย
ระดับ 2	ง่วงซึมปานกลาง ง่วงบ่อยหรือตลอดเวลาแต่ยังปลุกตื่นได้ง่าย
ระดับ 3	ง่วงซึมอย่างรุนแรง หลับมาก ปลุกตื่นยาก
ระดับ S	นอนหลับปกติ ไม่แสดงอาการปวดหรือความต้องการยาแก้ปวด

ตารางที่ 13 พัฒนาการของเด็กปกติ อายุ 1-2 ปี³³

อายุ (เดือน)	ด้านกล้ามเนื้อใหญ่	ด้านกล้ามเนื้อเล็ก	ด้านภาษา	ด้านสังคม
12	-หัดก้าวเดิน -ก้มหยิบของและยัดตัว ขึ้นเองได้โดยไม่ล้ม -ยืนได้นานกว่า 10 นาที	-ชอบขว้างของหรือทำ ของหล่นให้เก็บ -รู้จักรูปร่างของวัตถุ สามารถเลือกแท่งไม้ รูปร่างต่างๆ ใส่กล่องได้ ถูกต้อง	-รู้จักคำสั่งง่ายๆ -สามารถทำตาม คำพูดได้ เช่น สาธุ	-ดื่มน้ำหรือนม จากแก้ว -ร่วมมือในการแต่งตัว -เล่นกลิ้งบอลโต้ตอบ ได้
13-15	-เดินคล่อง -คลานขึ้นบันไดได้	-เทของขึ้นเล็กๆ เช่น เม็ดขยาออกจากขวดได้ -ขีดเขียนขยุกขยิกได้	-พูดเพิ่มได้อีก 3 คำ	-เลียนแบบได้ เช่น กวาดบ้าน -บอกความต้องการได้ โดยการชี้ หรือชี้
15-18	-เดินถอยหลังได้ -ขึ้นบันไดได้เอง	-เทของออกจากขวดได้ โดยไม่ต้องทำให้ล้น -เปิดหนังสือได้ที่ละ 2-3 หน้า	-ชื่อวัยวะของ ร่างกายได้ถูกต้อง 1 ชื่อ เช่น ปาก	-ใช้ช้อนตักอาหาร ป้องกันตัวเองได้โดย ไม่หกมากนัก -ชอบอุ้มและโอบอุ้มตุ๊กตา -ถอดเสื้อผ้าเองได้
19-24	-ชอบปีนเก้าอี้ -กระโดดอยู่กับที่	-เปิดหนังสือทีละหน้า ได้ -เขียนเส้นตรงใน แนวตั้งเลียนแบบได้	-จัดรูปภาพได้ถูกต้อง 1 ภาพ เช่น ลิง -ชอบพูดซ้ำๆ เลียนแบบ	-ใส่เสื้อผ้าได้เอง -เลิกปัสสาวะรด กลางวัน -บอกความต้องการ เกี่ยวกับการขับถ่ายได้

ตารางที่ 14 ระดับการตรวจเม็ดเลือดแดงที่จัดว่ามีภาวะเลือดจาง³⁰

อายุ	1-2 ปี	2-5 ปี	5-8 ปี	ผู้ใหญ่	
				ชาย	หญิง
Hematocrit (Hct)	< ร้อยละ 32.9	< ร้อยละ 33	< ร้อยละ 34.5	< ร้อยละ 39.7	< ร้อยละ 35.9
Hemoglobin (Hb)	< 11mg%	< 11.1mg%	< 11.5mg%	< 13.3mg%	< 12mg%

ภาคผนวก ข

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 024197120

ที่ อว 78.072/กพ780/2564

วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง เชิญผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาลนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัศรพล มุ่งนิรันดร์)

เรียน หัวหน้าภา.ศัลยศาสตร์

ด้วยนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป ตำแหน่ง พยาบาล SAP 10020446 สังกัดงานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ จะจัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่องผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลฯ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัศรพล มุ่งนิรันดร์ ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์ สังกัดสาขาวิชากุมารศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการพยาบาล เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

วิศิษฐ์ วามวาณิชย์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฐ์ วามวาณิชย์)
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

ร่าง น.ส. ขวัญชนก ดาวฮามแป

ตรวจสอบ น.ส. พิมพ์จิตร์ กาญจนสินธุ์, นาง พวงอุษา อัมเจริญ, น.ส. จันทร์จุรีย์ เขาทินพฤกษ์, น.ส. จงจิตร หงษ์เจริญ, นาง วัฒนาพรหม ถกษ่มงคล, นาง เอื้องพร พิทักษ์สังข์, นาง อรภาณ ดำรงวัฒนกุล, นาง คารณีย์ พิพัฒน์กุลชัย, นาง คารณีย์ พิพัฒน์กุลชัย, น.ส. อินทรา บุญบางเก้ง

22331
23 ก.พ. 2564



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานคณบดี งานบริหารจัดการ
โทรศัพท์ ๐๒-๔๑๙๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๒๐๗
โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๐๕๔๖
วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
เรื่อง อนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตามหนังสือที่ อว ๗๘.๐๗/๐๐๙๑๗ ลงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เรียนเชิญ อาจารย์สุดารัตน์ สุวรรณหะคุปต์ เป็น
ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาล เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วย
วิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม” ของ นางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป ตำแหน่ง พยาบาล (พนักงานมหาวิทยาลัย)
สังกัด งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ความละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมให้
อาจารย์สุดารัตน์ สุวรรณหะคุปต์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลายเซ็น)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉันทิกา จันทร์เปี้ย)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

ปฏิบัติหน้าที่แทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริหารและธุรการดำเนินการ

ในระบบ E-Doc & HR ES แล้ว

☐ ส่งต้นฉบับ.....

☒ ไม่ส่งต้นฉบับ..... *ฝ่ายพยาบาล*

☐ สำเนา.....



ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 024197120

ที่ 50000367/51133/2565

วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาลของนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป (นางสาวนาถติญา จันทร์สน)
เรียน หัวหน้างานการพยาบาลศัลยกรรมและศัลยศาสตร์ออร์โธ

ด้วยนางสาวขวัญชนก ดาวฮามแป ตำแหน่งพยาบาล SAP ID 10020446 สังกัดงานการพยาบาล
ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลเรื่อง
ผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีคลายการกลืนด้วยแรงดันลม

ในการนี้ฝ่ายการพยาบาลฯ จึงขอเรียนเชิญนางสาวนาถติญา จันทร์สน ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย สังกัด
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช เป็น
ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคู่มือการพยาบาลดังกล่าว เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ชไมพร เจริญไกรกมล
(นางชไมพร เจริญไกรกมล)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

ร่าง น.ส. ขวัญชนก ดาวฮามแป

ตรวจสอบ น.ส. พิมพ์จิตร กาญจนสินธุ์, นาง พวงยุพา ยิ้มเจริญ, น.ส. จันทร์จรัสย์ เขาคินพฤกษ์, นาง วัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล, นาง เอื้องพร พิทักษ์สังข์, นาง อรกรณ์

ดำรงวัฒนกุล

ภาคผนวก ค
ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ-สกุล	นางสาวขวัญชนก คาวฮามแป
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2530
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2552
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2553-2566 ปฏิบัติการพยาบาล ณ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 8 ตะวันตก งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช