# การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร

**ผศ.ดร.มัณทนาวดี เมธาพัฒนะ**

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. อธิบายเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารในเด็กได้อย่างถูกต้อง

2. บอกการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารได้อย่างถูกต้อง

 3. สามารถประเมินความเจ็บปวดในเด็กโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดชนิดต่างๆ ได้และบอกการจัดการกับความเจ็บปวดในเด็กได้ถูกต้อง

# ความนำ

ระบบทางเดินอาหารประกอบด้วยอวัยวะที่สำคัญ คือ ปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร สำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก รวมถึงตับ ตับอ่อน ซึ่งแต่ละอวัยวะมีหน้าที่แตกต่างกันไป (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนาและคณะ, 2556) เด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารนั้น มีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังหรือความผิดปกติของการร่างกายตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา การรักษาเด็กเหล่านี้มีทั้งการรักษาทางยาและการรักษาโดยการผ่าตัด วิธีที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรค แต่หากไม่สามารถป้องกันได้ ควรจะได้รับวินิจฉัยตั้งแต่เป็นระยะแรกๆ โดยในบทนี้จะกล่าวถึงการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อุจจาระร่วง กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ กระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด และภาวะลำไส้กลืนกัน

**โรคระบบทางเดินอาหารในเด็ก**

**1. Diarrhea**

อุจจาระร่วง หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ จำนวน 3 ครั้ง/วันหรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำปริมาณมาก จำนวน 1 ครั้งขึ้นไปต่อวัน ชนิดของอุจจาระร่วง มี 3 แบบ ได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) จะหายภายใน 7 วัน ถ้านานเกิน 14 วัน และเกิดจากการติดเชื้อที่ลำไส้ เรียกว่า อุจจาระร่วงยืดเยื้อ (Persistent diarrhea) แต่ถ้าสาเหตุไม่ได้มาจากการติดเชื้อที่ลำไส้ เรียกว่า อุจจาระร่วงเรื้อรัง (Chronic diarrhea) (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนาและคณะ, 2556)

สาเหตุของอุจจาระร่วงเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนี้

 1. การติดเชื้อ เป็นสาเหตุที่พบในเด็ก จากเชื้อไวรัส ได้แก่ Rotavirus เป็นสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับแรกในอุจจาระร่วงในเด็ก พบในเด็กอายุ 6-24 เดือน จากเชื้อแบคทีเรีย ที่พบว่าเป็นสาเหตุอุจจาระร่วงบ่อย มี 3 ขนิด ได้แก่ e. coli, shigella และ vibrio cholera การแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง โดยการปนเปื้อนเชื้อที่มือ แล้วไปสัมผัสสิ่งของหรืออาหารทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้

 2. ขาดเอนไซน์และน้ำย่อยที่สำคัญ คือ แลคเตส จะพบในเด็กที่การดูดซึมแลคโตสบกพร่อง

 3. การดูดซึมบกพร่อง เกิดในรายที่มีความผิดปกติของการทำงานในการดูดซึมน้ำและเกลือแร่ที่เยื่อบุลำไส้เล็ก

อาการและอาการแสดงจะจำแนกตามสาเหตุ ดังนี้

1. โรคอุจจาระร่วงรุนแรงจากเชื้อ vibrio cholera มีอาการถ่ายเป็นน้ำทันที โดยไม่ปวดท้อง กล้ามเนื้ออาจเป็นตะคริวเนื่องจากมีการสูญเสียเกลือแร่

2. โรคอุจจาระร่วงจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารพิษจากเชื้อแบคทีเรีย จะอุจจาระร่วงไม่รุนแรง แต่มีอาการอาเจียนรุนแรง และมักเป็นอาการนำมาก่อนถ่ายอุจจาระร่วง มีอาการปวดท้องแบบตะคริว (cramping) ร่วมด้วย

3. โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัส ในเด็กจะเกิดจากเชื้อ rotavirus ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ ไอ หวัดเล็กน้อย เป็นอยู่ 1-2 วัน

4. โรคบิด หรือ dysenteric diarrhea ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะมีไข้ > 38.5 °C ประมาณ 1-2 วัน อุจจาระในวันแรกๆ อาจมีลักษณะเหลวหรือเป็นน้ำสีเขียว

5. การขาดน้ำย่อยแล็กเทส จากการขาดตั้งแต่แรกเกิด หรือเด็กอายุ 2-5 ปี หรือภายหลังการอักเสบของลำไส้ มีอาการอุจจาระร่วง ปวดท้อง มีลมมาก แน่นท้อง

6. การแพ้โปรตีนนมวัว (cow’s milk protein allergy, CMPA) พบในทารกต่ำกว่า 1 ปี มีอาการอุจจาระร่วงสัมพันธ์กับการเปลี่ยนนม

ภาวะแทรกซ้อนของโรคอุจจาระร่วง มีดังนี้

1. Dehydration อาการขาดน้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

Mild dehydration มีการขาดน้ำน้อยกว่า 3-5% ของน้ำหนักตัว

Moderate dehydration มีการขาดน้ำ 6-9% ของน้ำหนักตัว

Severe dehydration มีการขาดน้ำมากกว่าหรือเท่ากับ 10% ของน้ำหนักตัว

โดยมีการประเมินจากลักษณะและพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ส่วนของร่างกายที่แสดงให้เห็นอาการชัดเจนได้แก่ กระหม่อมหน้า ตา ปากและลิ้น การหายใจ ความตึงตัวของผิวหนัง สัญญาณชีพ เป็นต้น

**ตารางที่ 5.1 การประเมินภาวะขาดน้ำ**

| **ความรุนแรง** | **Mild (3-5%)** | **Moderate (6-9%)** | **Severe (≥10%)** |
| --- | --- | --- | --- |
| ชีพจร | ปกติ | เร็ว | เร็ว เบา |
| ความดันเลือด | ปกติ | ปกติหรือต่ำลงมากกว่า10 มม. ปรอท | ต่ำ หน้ามืดpulse pressure < 20 มม.ปรอท |
| พฤติกรรม | ปกติ | กระสับกระส่าย | กระวนกระวายถึงซึมมาก |
| กระหายน้ำ | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก |
| เยื่อบุปาก | ปกติ | แห้ง | แห้งจนเหี่ยว |
| น้ำตา | มีน้ำตา | ลดลง | ไม่มีน้ำตา ตาลึกโหล |
| กระหม่อมหน้า | ปกติ | บุ๋มเล็กน้อย | บุ๋มมาก |
| ความยืดหยุ่นของผิวหนัง | ยังดีอยู่ | เสียเล็กน้อย ไม่คืนกลับในช่วง 2 วินาที | จับแล้วยังตั้งอยู่นานเกิน> 4 วินาที |
| ค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ | > 1.020 | > 1.020 ปัสสาวะออกน้อยลง< 1 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ชั่วโมง | > 1.030 ปัสสาวะออกน้อยมาก0.5 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ ชั่วโมงหรือปัสสาวะไม่ออก |
| Capillary refill | < 2 วินาที | 2 - 3 วินาที | 3 - 4 วินาที |

ที่มา: ปรับปรุงจาก พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนาและคณะ, 2556, หน้า 37

2. Metabolic acidosis ผลจากการสูญเสียไบคาร์บอร์เนต (HCO3) ออกมาในอุจจาระ ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรด ทำให้เซลล์ต่างๆของร่างกายได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ

3. ภาวะขาดอาหาร

4. ภาวะติดเชื้อ ในรายที่เป็นอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเชื้อจะลุกลามถึงระบบไหลเวียนโลหิต

5. การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ จากการเสียน้ำและ electrolyte โดยเฉพาะ potassium จะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความดันต่ำ ง่วงซึม ถ้าต่ำมากมีผลต่อหัวใจเต้นเร็วขึ้น หรือไม่คลายตัว ทำให้เสียชีวิตได้

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติ

2. การตรวจร่างกาย

3. การตรวจอุจจาระ ส่ง stool examination, rectal swab culture

4. การตรวจเลือด เช่น CBC, electrolyte, BUN

5. การตรวจปัสสาวะ เพื่อวิเคราะห์ค่าต่างๆ ในปัสสาวะ และค่าความถ่วงจำเพาะ

การรักษามีประเด็นใหญ่อยู่ 3 ประการ คือ การป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำ ป้องกันภาวะทุพโภชนาการ โดยการให้อาหารระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง และหลังจากหายแล้ว และการให้ยาปฏิชีวนะและยาต้านอุจจาระร่วง

**ตารางที่ 5.2 การรักษาโรคอุจจาระร่วง**

| **ระดับการขาดน้ำ** | **อาการ** | **การรักษา** | **การทดแทนน้ำที่เสียไป** | **การ Maintenance** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| mild (3-5%) | - กระหายน้ำเพิ่มขึ้น- เยื่อบุปากแห้งเล็กน้อย | ORS 50 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ใน 4 ชั่วโมง | - ในทารกให้ ORS 10 ml/kg- ในเด็กให้ 150-250 ml สำหรับการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง | - ให้นมแม่- ถ้าไม่ได้รับนมแม่ ให้นมผสม- ทารกและเด็กที่ได้รับอาหารเสริม ให้ตามปกติ |
| moderate(6-9%) | - ผิวหนังเสียความยืดหยุ่น- เยื่อบุแห้ง ตาลึก กระหม่อมบุ๋ม | ORS 100 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ใน 4 ชั่วโมง | เช่นเดียวกับmild | เช่นเดียวกับ mild |
| severe (≥10%) | เหมือน moderate และมีอาการร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้- ชีพจรเบาเร็ว- cyanosis- หารใจเร็ว- ไม่รู้สึกตัว | IV. fluid เป็น initial fluid resuscitation (Ringer Lactate, NSS) 20-30 ml/kg/hr ใน 2 ชั่วโมง จนกระทั่งชีพจรและความรู้สึกตัวกลับมาปกติ จึงให้ ORS 50-100 ml/kg | เช่นเดียวกับ mild | เช่นเดียวกับ mild |

ที่มา: ปรับปรุงจาก พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนาและคณะ, 2556, หน้า 39

**2. Gastroenteritis**

Gastroenteritis หรือ กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติระบบ

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis) คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติระบบทางเดินอาหารซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่ เป็นสาเหตุของโรคลำไส้ที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก โดยไวรัสที่พบบ่อยที่สุดคือ ไวรัสโรต้า (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์และคณะ, 2555)

 สาเหตุการเกิดโรค ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ Rota virus หรือเชื้อแบคทีเรีย การเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับจำนวนเชื้อ ความรุนแรงของเชื้อ และภูมิต้านทานของเด็กที่รับเชื้อเข้าไป ซึ่งโดยปกติเชื้อโรคจะถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหาร

อาการและอาการแสดง อาการที่พบได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่างรุนแรง อาจพบไข้สูง ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลียและหนาวสั่นได้

การรักษา ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ เช่น รักษาภาวะขาดน้ำ ให้ยาลดไข้ในกรณีที่มีไข้ โดยทั่วไปไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพ ยกเว้นในเด็กที่มีภูมิต้านทานต่ำ ทารกแรกเกิด หรือเด็กที่มีภาวะ septicemia

**3. Gastritis**

Gastritis หรือ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หมายถึง โรคที่เกิดจากมีการอักเสบ บวม แดง ของเยื่อเมือกบุภายในกระเพาะอาหาร เมื่อมีอาการและรักษาได้หายภายในประมาณ 1-3 สัปดาห์ เรียกว่า โรคกระเพาะอาหารอักเสบเฉียบพลัน แต่เมื่อมีอาการเรื้อรัง เป็นๆหายๆ นานเป็นเดือน หรือ เป็นปี เรียกว่า โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์และคณะ, 2555)

สาเหตุของโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เกิดจากการที่กระเพาะอาหารหลั่งกรดมาปริมาณมาก ซึ่งอาจเกิดจากความเครียด การได้รับยาหรือสารเคมี เช่น ยาต้านการอักเสบ หรือยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDS แอสไพริน กลุ่มสเตียรอยด์ รวมถึงสารเคมีอื่น ๆ ที่มาจากของดอง มีฤทธิ์กัดกร่อนเยื่อบุกระเพาะ จนเป็นสาเหตุให้กระเพาะบางลง การติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแมคเตอร์ ไฟลอร์ (Helicobacter pylori: H. pylori) การติดเชื้อไวรัสและราบางชนิด

อาการและอาการแสดงของโรคกระเพาะอาการอักเสบเด็กจะมีอาการปวดท้องตำแหน่งกระเพาะอาหาร (ใต้ลิ้นปี่) เป็นๆ หายๆ มีท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เมื่อเป็นมากอาจอาเจียนเป็นเลือดได้ บางรายมีถ่ายเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นสีดำ

การตรวจวินิจฉัย จากประวัติอาการ ประวัติโรคประจำตัวต่างๆ เช่น การกินยาต่างๆ ความเครียดในชีวิตประจำวัน/ครอบครัว การตรวจร่างกายพบมีอาการจุดเสียดที่บริเวณลิ้นปี่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อจากส่วนที่มีการอักเสบเพื่อจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค

การรักษาโรคกระเพาะอาการอักเสบ จะรักษาตามสาเหตุ เช่น ให้ยาปฏิชีวนะเมื่อโรคเกิดจากติดเชื้อแบคทีเรีย H. pylori หรือการปรับเปลี่ยนยาแก้ปวด เมื่อโรคเกิดจากยาในกลุ่ม NSAIDS เป็นต้น

และรักษาตามอาการ เช่น ให้ยาลดกรด ยาเคลือบกระเพาะอาหาร ยาช่วยย่อยอาหาร และยาบรรเทาอาการปวดท้อง เป็นต้น

4. **Cleft lip/ Cleft palate**

Cleft lip (ปากแหว่ง) ถ้ารอยแยกนั้นไม่ถึงส่วนเพดานปาก จะเรียกความผิดปกตินี้ว่า ปากแหว่ง หากเกิดที่ด้านบนของริมฝีปากในลักษณะช่องว่างเล็กๆ หรือเว้าเล็กน้อยเรียกว่า ปากแหว่งไม่สมบูรณ์ หรือปากแหว่งบางส่วน (Partial or incomplete cleft) แต่หากรอยแยกนี้ต่อเนื่องไปถึงจมูกเรียกว่า ปากแหว่งสมบูรณ์ (complete cleft) ปากแหว่งอาจเกิดข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ ปากแหว่งมีสาเหตุจากการเชื่อมของขากรรไกรบนและส่วนยื่นจมูกด้านใกล้กลาง (medial nasal processes) เพื่อเป็นเพดานปากปฐมภูมิ (primary palate) ไม่สมบูรณ์

ปากแหว่งรูปแบบหนึ่งเรียกว่า Microform cleft ซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่า มีลักษณะเป็นรอยเล็กๆ บนริมฝีปากหรือมีลักษณะคล้ายแผลเป็นจากริมฝีปากไปยังจมูก ในบางรายกล้ามเนื้อหูรูดปากใต้แผลเป็นนั้นอาจผิดปกติซึ่งต้องได้รับการผ่าตัด ทารกที่เกิดมามีความผิดปกติดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการประเมินความรุนแรงจากแพทย์ด้านใบหน้าและปากทันที

Cleft palate (เพดานโหว่) เป็นภาวะที่แผ่นกระดูกของกะโหลกศีรษะที่ประกอบเป็นเพดานแข็ง 2 แผ่นไม่เชื่อมกัน เพดานโหว่มีสาเหตุมาจากความบกพร่องของการเชื่อมของส่วนยื่นเพดานปากด้านข้าง, ผนังกลางจมูก (nasal septum), และ/หรือส่วนยื่นเพดานปากกลาง (median palatine processes) เพื่อเป็นเพดานปากทุติยภูมิ (secondary palate)

ช่องที่เพดานปากที่เกิดจากเพดานโหว่ทำให้ช่องปากเชื่อมโดยตรงกับโพรงจมูกช่องดังกล่าวทำให้อากาศรั่วไปยังโพรงจมูกทำให้เมื่อพูดจะเกิดเสียงก้องขึ้นจมูก ทางเลือกในการรักษาคือการบำบัดวจีเภท (Speech therapy) , การใช้อุปกรณ์เทียม, การเสริมผนังหลังคอหอย, การเพิ่มความยาวเพดานปาก และการผ่าตัด

สาเหตุ

1. กรรมพันธุ์ (Heredity) ครอบครัวที่มีพ่อแม่หรือญาติทางฝ่ายพ่อแม่เป็นโรคปาก

แหว่งเพดานโหว่ ลูกมีโอกาสเป็นถึง 60 %

2. สิ่งแวดล้อม (Environmental agents) เช่น มารดาติดหัดเยอรมัน

ระหว่างตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

1. ทารกที่มีปากแหว่งเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถอมหัวนมแม่หรือจุกนมได้สนิท

มีลมรั่วเข้าไปขณะดูดนม ทารกต้องออกแรงดูดนมมากขึ้น พบอาการท้องอืดภายหลังดูดนม

2. ทารกที่มีเพดานโหว่ มักสำลักนมขึ้นจมูกและเข้าช่องหูชั้นกลางหรือสำลักนมเข้าสู่

ปอดได้

3. การได้ยินผิดปกติ

4. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น

5. วัยหัดพูด จะพูดเสียงขึ้นจมูก พูดไม่ชัด

6. การขึ้นของฟันจะผิดปกติ

การตรวจวินิจฉัย โรคปากแหว่งพบตั้งแต่ทารกแรกเกิด การตรวจทารกในครรภ์ด้วย

คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) สามารถตรวจพบได้เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 13-14 สัปดาห์ สามารถยืนยันที่ได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ และคณะ, 2555)

การรักษา

การผ่าตัดรักษาโรคปากแหว่ง นิยมผ่าตัดโดยยึดหลัก Rule of over ten ซึ่ง

หมายถึงเด็กอายุประมาณ 10 สัปดาห์ น้ำหนักมากกว่า 10 ปอนด์ Hemoglobin มากกว่า 10% ทั่วไปเมื่อเด็กอายุ 1 เดือนขึ้นไปร่างกายจะมีความพร้อมผ่าตัด เนื่องจากมีระบบหัวใจหลอดเลือดและปอดสมบูรณ์ ภาวะโภชนาการดี สามารถต่อต้านกับการติดเชื้อได้ การผ่าตัดมีหลายวิธีขึ้นกับลักษณะความพิการของเด็ก รายที่เป็นน้อย เช่น ปากแหว่งข้างเดียวไม่มีความพิการของเหงือกการรักษาจะทำเพียงผ่าตัดเย็บริมฝีปากเพียงขั้นตอนเดียว นอกจากนี้การดึงรั้งริมฝีปากที่แหว่งเข้ามาชิดกันโดยการปิด Steri-strips จะเป็นการช่วยดึงรั้งให้ริมฝีปากที่แหว่งเจริญเข้ามาอยู่ชิดกันมากขึ้นก่อนทำการผ่าตัด ขั้นตอนต่อไปจะทำผ่าตัดเพดาน เพื่อให้มีการพูดได้ชัดเจนใกล้เคียงปกติมากที่สุด มีการเจริญเติบโตของใบหน้าและฟันเป็นไปอย่างสมบูรณ์ นิยมผ่าตัดเมื่ออายุ 6 - 18 เดือน เพื่อให้เพดานมีการเจริญเติบโตในช่วงขวบปีแรกก่อน ซึ่งเมื่อทำผ่าตัดในระยะนี้จะได้ผลดีภายหลังการผ่าตัด และทำก่อนเด็กเริ่มหัดพูด เมื่ออายุประมาณ 3 ปี จะทำการผ่าตัดแก้ไขจมูกตามด้วยการฝึกพูดจากนักอรรถบำบัด (Speech therapist) และปรึกษาทันตแพทย์จัดฟันเมื่ออายุประมาณ 5 ปี หลังจากนั้นหากพบมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่จะผ่าตัดแก้ไข จนกระทั้งผลการรักษาผู้ป่วยมีลักษณะของริมฝีปาก จมูกและลักษณะภายในช่องปากใกล้เคียงปกติมากที่สุด (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ และคณะ, 2555)

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยเลี้ยงไม่โต พูดไม่ชัดออกเสียงขึ้นจมูก จมูกผิดรูป ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วน

ต้นจากการสำลัก นอกจากนี้การสำลักนมผ่านเพดานขึ้นไปยังช่องหูชั้นกลางและท่อยูสเตเชียล จะทำให้หูชั้นกลางอักเสบเกิดหูน้ำหนวกสูญเสียการได้ยินได้ และมีฟันขึ้นผิดรูป บิดามารดาจะรู้สึกผิด เศร้าเสียใจ ทำให้มีปัญหาต่อการสร้างความรักความผูกพันกับทารก (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ และคณะ, 2555)

**5.** **Tracheoesophageal fistula**

Tracheoesophageal fistula (T-E fistula) หมายถึง หลอดอาหารติดต่อหลอดลมคอ เป็นความผิดรูปแต่กำเนิด ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพื่อไม่ให้ทารกเกิดอันตรายถึงชีวิต (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, 2556)

สาเหตุ เชื่อว่ามาจากหลายปัจจัย (Multifactorial) อาจมาจากพันธุกรรม หรือ

สิ่งแวดล้อม เช่น จากสารติดเชื้อ (Infectious agent) เป็นต้น

ลักษณะทางคลินิก ลักษณะความผิดรูปของหลอดอาหารที่พบมากที่สุด คือ การอุด

ตันของหลอดอาหาร และมีทางติดต่อระหว่างหลอดอาหารช่วงล่างกับหลอดลมคอ (Esophageal atresia with distal trachea – esophageal fistula) (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, 2556)

อาการและอาการแสดง

 1. อาการน้ำลายมาก หรือน้ำลายฟูมปาก เป็นอาการที่พบแรกสุด เป็นผลมาจากทารกไม่สามารถกลืนน้ำลายผ่านหลอดอาหารลงไปได้ จึงท้นออกมา พบได้ 2-3 ชั่วโมงหลังคลอด

 2. เมื่อเริ่มให้สารเหลวทางปาก จะมีการสำลัก (Choking) ไอ (Coughing) และเขียวเกิดจากอาหารไม่สามารถผ่านหลอดอาหารลงไปได้ จึงท้นเข้าไปในหลอดลมคอ ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายมาก ถ้าไม่ได้ตรวจสอบก่อนให้นม

 3. ท้องส่วนบนโป่ง (Upper abdominal distension) จากลมผ่าน fistula เข้าไปในกระเพาะทำให้โป่งขึ้นๆ จนถึงจุดหนึ่ง กระเพาะอาหารจะบีบตัวทำให้ลมและน้ำย่อยท้นเข้าไปในปอด ทำให้ปอดอักเสบได้ (Chemical pneumonitis)

 4. ใส่สายยางให้อาหารไม่ได้

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis) ทารกที่มีเหตุให้ต้องสงสัยว่ามี

ภาวะหลอดอาหารตันส่วนใหญ่จะมีภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นการตรวจพบในระหว่างการฝากครรภ์ที่นำไปสู่การตรวจ อัลตราซาวนด์ทารกในครรภ์ พบว่าทารกที่ตรวจไม่พบ Stomach bubble ในขณะที่มารดามีภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ

 การตรวจวินิจฉัยหลังคลอด (Postnatal diagnosis)

 1. จากอาการและอาการแสดง เช่น น้ำลายออกมาก หายใจลำบาก และหายใจเสียงดัง คล้ายมีเสมหะอุดหลอดลม โดยเฉพาะทารกที่มีประวัติมารดามีน้ำคร่ำมากผิดปกติ

 2. โดยการใส่สายยางให้อาหารผ่านทางรูจมูกหรือทางปาก เพื่อพิสูจน์ว่ามีหลอดอาหารตันหรือไม่ หากไม่สามารถใส่สายยางให้อาหารได้ลึกเกิน 8-10 เซนติเมตร แสดงว่าน่าจะมีการอุดกั้นของหลอดอาหาร เมื่อนำทารกไปถ่ายภาพรังสีของทรวงอกรวมกับช่องท้อง จะพบสายยางให้อาหารขดอยู่บริเวณรอยต่อระหว่างคอและทรวงอกเป็นการยืนยันการวินิจฉัย

การรักษา

 การดูแลก่อนผ่าตัด ให้การดูแลแบบทารกแรกเกิดโดยทั่วไป คือ ให้ความอบอุ่น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้วิตามิน เค ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อเป็นการป้องกัน และดูแลปัญหาอื่นๆ ตามสภาพร่างกายของทารก ยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน และบอกชนิดของความผิดรูปให้ได้ ประเมินสภาพปอด และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ทารกมีความพร้อมก่อนผ่าตัด

 การผ่าตัดรักษา หลักของการผ่าตัดรักษาภาวะนี้ ได้แก่ ขจัดทางติดต่อระหว่างหลอดลมคอกับทางเดินอาหารช่วงล่าง ซึ่งมักจะทำโดยการตัดขาดจากกันและเย็บปิดช่องทางติดต่อที่หลอดลมคอ และต่อหลอดอาหารช่วงบนและช่วงล่างเข้าด้วยกัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มักมีปัญหาแทรกซ้อนทางปอด หายใจไม่ดี อาจต้องใช้

เครื่องช่วยหายใจ อาจมีรูรั่วของรอยต่อหลอดอาหาร มักเกิดในวันที่ 3-4 หลังผ่าตัด ซึ่งอาจปิดได้เองเมื่อเวลาผ่านไป อาจมีการตีบของรอยต่อของหลอดอาหาร มักใช้วิธีผ่าตัดช่วยภายหลังผ่าตัดแล้ว 2 สัปดาห์ และการเกิดซ้ำของทางติดต่อระหว่างหลอดอาหารกับหลอดลมคอ (Recurrent fistula) ถ้าพบว่ามีต้องแก้ไขใหม่ หรือมีการไหลย้อนของสิ่งคัดหลั่ง และอาหารจากกระเพาะเข้าสู่หลอดอาหาร (Gastroesophageal reflux: GER)

**6. Hirschsprung’s disease**

Hirschsprung’s disease หรือ Congenital aganglionicmegacolon (โรคลำไส้โป่งพอง)หมายถึง โรคที่เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของลำไส้ใหญ่ที่ขาด parasympathetic ganglion cell มาเลี้ยงผนังลำไส้ ทำให้ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรูด (peristalsis) ตามปกติ ทำให้เกิดลำไส้อุดตันบางส่วนหรือทั้งหมด ลำไส้ส่วนที่ปกติ ซึ่งอยู่ติดกันจึงเกิดการโป่งพอง (hypertrophy) (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์และคณะ, 2555)

สาเหตุการเกิดโรค เกิดจากเซลล์ต้นแบบ (Neural crest) ของเซลล์ปมประสาท parasympathetic ในผนังลำไส้เคลื่อนลงมาไม่ถึงไส้ตรง (rectum) ส่วนปลายสุด ทำให้ลำไส้ส่วนที่ไม่มีปมประสาทเกิดการหดเกร็งและไม่มีการบีบรูด ทำให้อุจจาระเคลื่อนผ่านไปไม่ได้เสมือนเกิดลำไส้อุดตัน

อาการและการแสดงโรคลำไส้โป่งพอง เด็กจะไม่ถ่ายขี้เทาภายใน 24 หรือ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ท้องอืด หน้าท้องโตตึง อาเจียน เมื่อได้รับการสวนอุจจาระ อาการดังกล่าวจะดีขึ้น ในเด็กโต จะมีประวัติท้องผูกเรื้อรัง ท้องอืด เบื่ออาหาร กินอาหารได้น้อย เลี้ยงไม่โต มีภาวะทุพโภชนาการ กลิ่นหายใจเหม็น ต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาระบายเป็นประจำ มีอาการสำไส้อักเสบเรื้อรัง อุจจาระเป็นสีดินโคลน กลิ่นเหม็น ท้องผูกสลับท้องเสียหรืออุจจาระร่วงอย่างรุนแรง

การตรวจวินิจฉัย จากการตรวจร่างกาย พบท้องอืด เมื่อตรวจทางทวารหนัก (rectal examination) จะพบว่ารูทวารหนักบีบรัดนิ้วผู้ตรวจ เมื่อเอานิ้วออก จะพบอุจจาระและลมพุ่งตามนิ้วมือออกมา หน้าท้องจะโป่งใสจนเห็นเส้นเลือดดำขยายตัวได้ทั่วไป หรืออาจเห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่หน้าท้อง และมีอาการปวดท้องขณะลำไส้บีบตัว สำหรับการตรวจพิเศษ จะมีการตรวจหลายแบบ ได้แก่ การตรวจทางทวารหนัก โดยใส่สายยางแดงสวนที่ก้นและดึงออกจะพบขี้เทาลักษณะปกติหรือขี้เทาพร้อมกับผายลม การทำ plain abdominal x-ray พบลำไส้โป่งพองบริเวณลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายและบริเวณลำไส้ส่วน sigmoid ทำ barium enema พบ transitional zone การตรวจวัดความดันภายในทวารหนักลำไส้ตรงและลำไส้เร็คโตซิกมอยด์ (anorectalmanometry) พบว่าเมื่อขยายลำไส้ตรงโดยเพิ่มความดัน จะพบหูรูดทวารหนักชั้นในไม่คลายตัว วิธีนี้มีความแม่นยำสูงถึง 90% การทำ suction rectal mucosa เพื่อตรวจหา acetylcholine esterase และการตรวจชิ้นเนื้อ(Rectal biopsy)

การรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ลดการอุดตันลำไส้ เพื่อลดขนาดของลำไส้ที่โป่งพอง และลดการอักเสบติดเชื้อของลำไส้ ด้วยวิธีการสวนระบายอุจจาระ (rectal irrigation) โดยใส่สาย rectal tube และสวนล้างด้วย NSS 20 ml/kg โดยไม่เกิน 50 ml/kg และการผ่าตัดทวารเทียม (colostomy) เพื่อระบายอุจจาระ

ระยะที่ 2 การทำผ่าตัด เพื่อแก้ไขสาเหตุของโรค โดยการผ่าตัดลำไส้ส่วนที่ขาดปมประสาทออกและต่อปลายลำไส้ที่ดีส่วนที่เหลือเข้าด้วยกัน มีหลายวิธี ได้แก่ Swenson operation, Duhamel operation, Soave operation, Transanalendorectal pull-through

ระยะที่ 3 ผ่าตัดปิดทวารเทียม เพื่อให้เด็กถ่ายอุจจาระออกทางทวารหนักเหมือนเด็กปกติ

**7. Intussusception**

 Intussusception หรือ ภาวะลำไส้กลืนกัน หมายถึง ภาวะที่ลำไส้ส่วนต้นเคลื่อนตัวเข้าไปในลำไส้ส่วนปลายกว่า ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือลำไส้เล็กส่วนปลายไอเลี่ยม (ileum) เคลื่อนตัวเข้าหาส่วนที่รับการกลืนได้แก่ ลำไส้ใหญ่ (colon) (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์และคณะ, 2555)

เข้าไปอยู่ในอีกส่วนหนึ่งของลำไส้ ทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ เป็นภาวะ พบได้บ่อยที่สุดในเด็กกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 1 ปี

สาเหตุยังไม่ทราบว่าอะไรเป็นสาเหตุแต่ในบางรายพบว่าอาจเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อของลำไส้ หรือจากการที่มีความผิดปกติในผนังของลำไส้เล็กที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เช่น ก้อนติ่งเนื้อ (Polyps) หรือ กระพุ้งของลำไส้ (meckel’s diverticulum)

อาการและอาการแสดง อาการปวดท้องจะค่อนข้างรุนแรงเป็นพักๆ ทำให้เด็กมี อาการกรีดร้อง ตัวงอเป็นพักๆได้ อาการอาเจียน ก็เป็นอาการเด่นอีกอันหนึ่ง บางครั้งเด็กจะมีอาเจียนรุนแรง ดูหน้าซีดๆ สลับกับอาการปวดท้อง ในรายที่เป็นมาก อาจพบว่าเด็กมีถ่ายเป็นมูกเลือด สีแดงๆ เหมือนเยลลี่ด้วย

การตรวจวินิจฉัย จากการซักประวัติตรวจร่างกาย พบอาการปวดท้อง อาการท้องอืด อาการถ่ายเป็นมูกปนเลือดสีค่อนข้างสดลักษณะคล้าย currant jelly การตรวจทางรังสีวิทยา จะทำ plain film acute abdomen และ Barium enema (BE) เห็นลักษณะลําไส้ที่ถูกกลืนเห็นเป็นเงาโค้ง (crescent sign) และเห็นแบเรียมแทรกอยู่ระหว่างลำไส้ที่ถูกกลืนเห็นลักษณะเหมือนขดลวดที่เรียกว่า coil-spring sign

การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (non-operative treatment) ได้แก่ Hydrostatic reduction โดยการสวนแบเรียมหรือ NSS เข้าทางทวารหนัก โดยการสวนแบเรียมจะไปดันให้ลำไส้กลืนกันออกจากกัน โดยดันจุดนำให้ถอยร่นกลับไป การสวนแบเรียมไม่ทำในผู้ป่วยที่ มีการแตกทะลุของทางเดินอาหาร หรือเยื่อบุช่องท้องอักเสบแล้ว และ Pneumatic reduction เป็นการใช้แรงดันอากาศแทนการสวนแบเรียม ข้อดีของการใช้แรงดันอากาศคือไม่เกิดการติดกรังของแบเรียมถ้าลำไส้มีการแตกทะลุ

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) ทำโดยการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเด็ก แล้วใช้มือรูดจากด้านปลาย เพื่อดันส่วนนำให้ถอยออกไปจนลำไส้หายกลืนกัน (manual reduction) ในกรณีที่ดันไม่ออกหรือผนังลำไส้มีการตาย แพทย์จะตัดลำไส้ที่กลืนกันออกและเชื่อมต่อปลายลำไส้เข้าหากัน (resection with end to end anastomosis)

8. **Imperforate anus**

Imperforate anus **หมายถึง ความพิการ**แต่กำเนิดของทวารหนัก อาจเป็นแบบไม่

มีรูเปิดออกภายนอก (Imperforate anus) หรือมีรูเปิดผิดไปจากตำแหน่งปกติ เช่น รูเปิดอยู่บริเวณฝีเย็บ รูเปิดต่อกับท่อปัสสาวะ สิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องทราบ ก่อนจะให้การดูแลรักษา ได้แก่ ความพิการนั้นเป็นระดับไหน มีช่องเปิด (Fistula) เข้าสู่อวัยวะใดหรือไม่ และที่ตำแหน่งใด มีความพิการอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่

ชนิดของความพิการแบ่งตามระดับของ Rectal pouch โดยเทียบกับระดับของ

กล้ามเนื้อ Levator ani

1) Low (Infralevator) type เป็นชนิดที่ rectal pouch ผ่านกล้ามเนื้อ Levator

ani ลงมา และมักจะอยู่ใกล้กับผิวหนัง หรือตำแหน่งปกติของรูทวารหนัก

 2) Intermediate (Translevator) type เป็นชนิดที่ Recta pouch อยู่ในระดับเดียวกับ Levator ani

 3) High (Supralevator) type เป็นชนิดที่ rectal pouch อยู่เหนือระดับ Levator ani

Diagnosis

ในอดีต เด็กส่วนมากมาด้วยปัญหาของลำไส้ใหญ่ส่วนล่างอุดตัน คือไม่ถ่ายอุจจาระ หรือ Meconium ท้องอืด และอาเจียน แต่ในปัจจุบัน ส่วนมากวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกคลอด โดยการตรวจร่างกาย จะไม่พบรูเปิดของทวารหนัก ในตำแหน่งปกติ

 หลักในการวินิจฉัยเพื่อการรักษาคือ ให้แยกว่าเป็นความพิการระดับต่ำหรือสูง ซึ่งสามารถแยกได้จากลักษณะทางคลินิก และการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ในบางรายที่จำเป็น Perineum มักจะเรียบ และไม่มีสันนูน หรือรอยจีบ ตรวจพบว่าปลายท่อปัสสาวะมี Meconium ติดอยู่

 การรักษาควรดูแลทารกให้มีการหายใจดีขึ้นก่อน จึงค่อยทำการผ่าตัด

 1) การดูแลรักษาก่อนผ่าตัด การเตรียมทารกก่อนการผ่าตัด อาจใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงหรือมากกว่านี้ ก่อนการผ่าตัดจะต้องดูแลสภาพทั่วไปของทารกให้พร้อมก่อน

 2) การผ่าตัด ส่วนมากนิยมผ่าตัดผ่านทางช่องท้อง เพราะสามารถดึงอวัยวะในช่องท้องกลับมาได้ง่าย สามารถมองเห็นรูโหว่ของกะบังลมได้ชัดเจน เย็บซ่อมแซมได้ง่าย และยังสามารถแก้ไขความพิการอื่นของระบบทางเดินอาหารที่เกิดร่วมได้ด้วย

 3) การดูแลหลังการผ่าตัด จะต้องทำทางเดินหายใจทารกให้เป็นอัมพาตและใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไประยะหนึ่ง เพื่อป้องกันภาวะ PFC (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, 2556)

**9. Diaphragmatic Hernia**

Diaphragmatic Hernia เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสร้างกะบังลม ทำให้เกิดช่องว่างขึ้นและเป็นจุดที่ทำให้อวัยวะภายในช่องท้อง เคลื่อนเข้ามาอยู่ในทรวงอก การย้ายที่ของอวัยวะ ภายในช่องท้องมักเกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุ ที่ขัดขวางการเจริญเติบโตของปอดข้างนั้นทำให้เกิด Pulmonary hypoplasia

อาการและอาการแสดง เด็กจะมีอาการหายใจลำบาก และหายใจเร็วจากการที่มี

ขนาดของปอดเล็กและมีค่าความเป็นกรดใน กระแสเลือด หน้าท้องของทารกแฟบ เนื่องจากอวัยวะ ทางช่องท้องเคลื่อนตัวเข้าไปอยู่ในช่องอก ร่วมกับได้ยินเสียงหัวใจอยู่ทาง ด้านขวา

การตรวจวินิจฉัย ภาพถ่ายรังสีทรวงอก แต่ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับโรคกะบังลม

หย่อนตั้งแต่ กำเนิด (Congenital eventration of the diaphragm)

การรักษาในระยะแรกคือการประคับประคองให้ผู้ป่วยมี ความเสถียรของการหายใจ

ระบบไหลเวียนโลหิตและค่าความเป็นกรดด่าง ในกระแสเลือดดีขึ้นก่อน เวลาที่เหมาะสมของการผ่าตัดคือ เมื่อใดที่ความดันของเลือดและ ความต้านทานการไหลของเลือดในปอดลดลงแล้ว หรือมีความคงที่ในระดับหนึ่ง โดยประเมินจากการเฝ้าระวังค่าร้อยละของออกซิเจนในกระแสเลือด การเปลี่ยนแปลงของ lung compliance โดยประเมินจากค่า minute ventilation ที่ดีขึ้น จึงจะนำผู้ป่วยไปทำการ ผ่าตัดเพื่อย้ายอวัยวะของช่องท้องที่อยู่ในทรวงอกกลับสู่ช่องท้องและปิด ช่องโหว่ที่กะบังลมได้

**การประเมินความเจ็บปวดในเด็ก**

การประเมินความเจ็บปวดในเด็กนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ต้องการตรวจสอบว่ามีความเจ็บปวดหรือไม่
2. ต้องการประเมินความเจ็บปวดนั้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ต้องการการรักษา

หรือไม่

1. ต้องการดูผลของการรักษาในการให้ยาแก้ปวดว่าสามารถลดความเจ็บปวดได้มากน้อย

เพียงใด

แบบประเมินความเจ็บปวดในเด็กที่นิยมใช้กัน มีดังต่อไปนี้

1. Newborn & Infant Pain Scale (NIPS) ใช้สำหรับเด็กอายุ 0-1ปี มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-7 โดยทั่วไปมีเกณฑ์การประเมิน (cut-off point) คือ 4 หมายถึง มีความเจ็บปวดต้องมี intervention หรือได้รับยาบรรเทาอาการปวด แบบประเมิน NIPS มีลักษณะตามตารางดังนี้

 **ตารางที่ 5.3 แสดงแบบประเมินความเจ็บปวดแบบ NIPS**

|  |  |
| --- | --- |
| **เกณฑ์** | **คะแนน** |
| **0** | **1** | **2** |
| สีหน้า | เฉยๆ สบาย | แสยะปาก เบะปาก จมูกย่น คิ้วย่น ปิดตาแน่น | - |
| การร้องไห้ | ไม่ร้อง | ร้องคาง | กรีดร้อง |
| การหายใจ | หายใจสม่ำเสมอ | หายใจเร็วขึ้นหรือช้าลง หรือกลั้นหายใจ | - |
| แขน | วางสบายๆ | งอ | - |
| ขา | วางสบายๆ | งอ/ เหยียด | - |
| ระดับการตื่น | หลับ/ ตื่น | กระสับกระส่าย วุ่นวาย | - |

 ที่มา: ปรับปรุงจาก สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2554, หน้า 6

1. Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) ใช้สำหรับเด็กอายุ

มากกว่า 1 ปี ถึง 6 ปี มีค่าคะแนนตั้งแต่ 4-13 โดยทั่วไปมีเกณฑ์การประเมิน (cut-off point) คือ 6

หมายถึง มีความเจ็บปวดต้องมี intervention หรือได้รับยาบรรเทาอาการปวด แบบประเมิน CHEOPS มีลักษณะตามตารางดังนี้

**ตารางที่ 5.4 แสดงแบบประเมินความเจ็บปวดแบบ CHEOPS**

| **เกณฑ์** | **คะแนน** |
| --- | --- |
| **0** | **1** | **2** | **3** |
| การร้องไห้ | - | ไม่ร้อง | คราง/ ร้องไห้ | หวีดร้อง |
| การเปล่งเสียงร้อง | พูดสนุกร่าเริงไม่พูด | บ่นอื่นๆ เช่น หิว ร้องหาแม่ | บ่นปวดร่วมกับบ่นอื่นๆ | - |
| สีหน้า | ยิ้ม | เฉย | เบ้ | - |
| ท่าทางของลำตัว | - | ธรรมดา สบายๆ | ดิ้นไปมา ตัวงอแข็ง สั่น ดิ้นจนถูกจับตรึงไว้ | - |
| การสัมผัสแผล | - | ไม่สัมผัส | เอื้อมมือมาสัมผัสแผล/ เตะแผลเบาๆ/ ตะปบแผล/ เกร็งแขนไม่ให้ถูกแผล | - |
| ขา | - | ท่าสบาย | บิดตัวไปมา/ เตะ/ ดึงขาหนี/ เกร็ง/ ยีน/ ดิ้นจนถูกจับตรึงไว้/ เกร็งไม่เคลื่อนไหว | - |

ที่มา: ปรับปรุงจาก สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2554, หน้า 7

3. Face Leg Activity Crying Consolidation (FLACC) เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ถึง 6 ปี มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยทั่วไปมีเกณฑ์การประเมิน (cut-off point) คือ 3 หมายถึง มีความเจ็บปวดต้องมี intervention หรือได้รับยาบรรเทาอาการปวด แบบประเมิน FLACC มีลักษณะตามตารางดังนี้

**ตารางที่ 5.5 แสดงแบบประเมินความเจ็บปวดแบบ FLACC**

| เกณฑ์ | คะแนน |
| --- | --- |
| **0** | **1** | **2** |
| สีหน้า | เฉยๆ/ ไม่ยิ้ม | หน้าตาเบะ/ ขมวดคิ้ว/ ถอยหนีไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเป็นบางครั้ง | คางสั่น/ กัดฟันแน่นเป็นบ่อยๆ หรือตลอดเวลา |
| ขา | อยู่ในท่าปกติ หรือผ่อนคลาย | อยู่ในท่าไม่สบาย/ กระสับกระส่าย/ เกร็ง | เตะหรืองอขาขึ้น |
| การเคลื่อนไหว | อยู่ในท่าปกติ นอนนิ่งๆ | บิดตัวไปมา/ แอ่นหน้าแอ่นหลัง/ เกร็ง | ตัวงอ/ เกร็งจนแข็งหรือสั่นกระตุก |
| ร้องไห้ | ไม่ร้อง (ตื่นหรือหลับ) | ครางฮือๆ/ ครางเบาๆ/ บ่นเป็นบางครั้ง | ร้องไห้ตลอด/ หวีดร้อง/ สะอึกสะอื้น/ บ่นบ่อยๆ |
| การตอบสนองต่อการปลอบโยน | เชื่อฟังดี | สามารถปลอบโยนได้ด้วยการสัมผัสโอบกอด/ พูดคุยเพื่อดึงดูดความสนใจเป็นระยะๆ | ยากที่จะปลอบโยน |

ที่มา: http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/827.pdf, 2561, หน้า 3

 4. Facial Expression Scales (FES) หรือ FACES เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นภาพวาดหรือภาพถ่ายแสดงความรู้สึกบนใบหน้าที่แสดงความรู้สึกเจ็บปวดมาก ปานกลาง น้อย หรือไม่เจ็บปวดเลย ซึ่งก่อนผู้ประเมินจะให้เด็กประเมินความรู้สึกของตนจะต้องอธิบายภาพให้เด็กเข้าใจอย่างชัดเจนเสียก่อนจะทำการประเมิน ใช้สำหรับเด็กอายุมากกว่า 7 ปีหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกเป็นตัวเลขได้ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 -10 หรือบางตำรามีค่าตั้งแต่ 0-5 คะแนน โดยทั่วไปมีเกณฑ์การประเมิน (cut-off point) 2 คะแนนในแบบประเมิน FES ที่มีคะแนนเต็ม 5 และ 4 ในแบบประเมินที่มีคะแนนเต็ม 10 ถ้าผู้ป่วยให้คะแนนตั้งแต่ cut-off point ดังกล่าวจะต้องมี intervention หรือได้รับยาบรรเทาอาการปวด



 **0 1 2 3 4 5**

ภาพที่ 5.1 แสดงแบบประเมิน FES หรือ FACES

 ที่มา : ปรับปรุงจาก สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2554, หน้า 5

 5. Numerical Rating Scale (NRS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ใช้สำหรับเด็กอายุ ≥ 8 ปี หรือเด็กที่รู้สึกตัวดีและสามารถให้คะแนนความปวดได้ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 -10 ให้เด็กบอกตัวเลขที่แสดงค่าความเจ็บปวด โดยผู้ประเมินต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจอย่างชัดเจนเสียก่อนจะทำการประเมินว่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย ค่าคะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย ค่าคะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง ค่าคะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากจนถึงมากที่สุด โดยทั่วไปมีเกณฑ์การประเมิน (cut-off point) คือ 4 ต้องมี intervention หรือได้รับยาบรรเทาอาการปวด

 6. Behavioral Pain Scales (BPS) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วยเด็กหรือผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถบอกความเจ็บปวดได้ด้วยตัวเอง ไม่รู้สึกตัว หรือผู้ป่วยระยะวิกฤต มีค่าคะแนนตั้งแต่ 3-12 มีการประเมิน 2 แบบ ได้แก่ ประเมินในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวแต่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ ประเมินในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยประเมิน 3 ลักษณะคือ ประเมินสีหน้า (facial expression) การเคลื่อนไหว (upper limbs) และการหายใจ (ventilation) คะแนน 3 หมายถึงไม่ปวด ค่าคะแนน 4-6 หมายถึงปวดเล็กน้อย ค่าคะแนน 7-9 หมายถึงปวดปานกลาง และค่าคะแนน 10-12 หมายถึงปวดรุนแรงโดยทั่วไปมีเกณฑ์การประเมิน (cut-off point) คือ 7 ต้องมี intervention หรือได้รับยาบรรเทาอาการปวด

**การจัดการกับความเจ็บปวดในเด็ก**

1. คาดการณ์การประเมินความเจ็บปวดและสามารถป้องกันได้ (anticipate & prevent pain) เช่น การให้คำอธิบายพ่อแม่และเด็กเรื่องการผ่าตัด และการทำหัตถการต่างๆ

 2. ประเมินความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม (adequate pain assessment) เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องใช้ให้เหมาะสมกับเด็กโดยคำนึงถึงพัฒนาการตามวัยของเด็ก
 3. ใช้หลักการระงับการเจ็บปวดอย่างผสมผสาน (multi- modal approach) หมายถึง การที่แพทย์มีแผนการรักษาทางยาในการลดอาการปวดในเด็กอย่างผสมผสาน เช่น ใช้วิธี Lumbar anesthesia ร่วมกับ opioids และ NSAIDS ตั้งแต่ ก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด

 4. ใช้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการระงับการเจ็บปวด (parental involvement) เช่น การให้ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลเด็กขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพราะเป็นผู้ทราบข้อมูลและลักษณะนิสัยของเด็กมากที่สุดจะช่วยลดความวิตกกังวลให้เด็กได้ ส่วนตัวเด็กเองควรให้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีระงับความเจ็บปวดได้ตามความเหมาะสม

 5. เลือกใช้วิธีที่ไม่เจ็บปวดในการให้การรักษา (use non-noxious routes) ในแผนการรักษาของแพทย์เรื่องการให้ยาระงับอาการปวดในเด็กควรงดให้ทางที่เด็กเกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น เช่น ไม่ควรบริหารยาแก้ปวดเด็กด้วยวิธีทางกล้ามเนื้อ ควรให้เด็กรับประทานยาทางปากในรายที่มีอาการปวดน้อยถึงปานกลาง ส่วนเด็กที่มีอาการเจ็บปวดระดับมากถึงมากที่สุดควรบริหารยาทางหลอดเลือดดำเพื่อลดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

**การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร**

ปัญหาทางการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร อ้างอิงมาจาก Betty, Gail & Mary (2017)

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 1 :** risk for intestinal perforation r/t distention of the intestinal

เป้าหมายการพยาบาล **:** ไม่เกิดภาวะลำไส้แตกทะลุ

เกณฑ์ประเมินผล

1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย

2) ไม่มีอาการของลำไส้แตกทะลุ เช่น อาการท้องอืด เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ท้องอืดลดลง หน้าท้องไม่แข็งตึง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ติดตามอาการและอาการแสดงของลำไส้แตกทะลุ เช่นอาการท้องอืด เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ และติดตามบันทึก vital signs ทุก 4 ชั่วโมง

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย แต่ถ้าผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีลำไส้แตกทะลุ เช่น ปวดท้อง ท้องอืดมากขึ้น หน้าท้องแข็งตึง อาเจียน กระสับกระส่าย หายใจลำบาก เขียว ให้งดน้ำและงดอาหารทันที และรีบรายงานแพทย์

3) ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

4) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 2 :** risk for dysfunctional gastrointestinal motility r/t gastrointestinal perforate or peritonitis

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดอันตรายจากการที่ลำไส้แตกทะลุหรือเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

เกณฑ์ประเมินผล

1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย

2) เสียงเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ

3) ท้องอืดลดลง หน้าท้องนุ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งถึงอันตรายอย่างต่อเนื่อง คือการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่นมีไข้ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว มีอาการปวดท้อง อาการท้องอืด หน้าท้องแข็งตึง เสียงลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ซึม อ่อนเพลีย ผลการตรวจนับเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น ถ้าพบอาการเหล่านี้ควรรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสม

2) ใส่สายสวนกระเพาะอาหารและระบายสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหารตามแผนการรักษา เพื่อลดความดันในช่องท้อง ซึ่งอาจมีผลให้ลำไส้ส่วนต้นขาดเลือดมาเลี้ยง

3) สังเกตและบันทึกจำนวนและลักษณะของของเหลวที่ออกมาจากสายสวนกระเพาะอาหาร ลักษณะและสีของอุจจาระ และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพื่อประเมินการทำงานของลำไส้

4) ให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 12-18 ชั่วโมงหลังการรักษา หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของลำไส้ภายหลังการรักษา

5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ electrolyte หรือเลือดตามแผนการรักษา

6) วัดและบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ และปริมาณน้ำที่ออกจากร่างกายอย่างถูกต้อง

7) สังเกตอาการและอาการแสดงของลำไส้กลืนกัน ที่อาจเกิดขึ้นได้ในเด็กหลังได้รับการรักษาขณะที่ยังอยู่ในโรงพยาบาล

8) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 3 :** risk for intestinal inflammation r/t obstruction of the intestinal and decrease resistance of the intestinal wall

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะลำไส้อักเสบ

เกณฑ์ประเมินผล

1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย

2) เสียงเคลื่อนไหวลำไส้ปกติ ท้องอืดลดลง

3) ไม่มีอาการอุจจาระร่วง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการและอาการแสดงของการอักเสบของลำไส้ ได้แก่ มีไข้สูง อุจจาระร่วง ขาดน้ำ

2) สวนล้างลำไส้ทุก 6-8 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการอุดกั้นของลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง

3) ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ทดแทน ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำที่ขาด

4) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 4 :** diarrhea r/t gastrointestinal infection

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดอันตรายจากภาวะท้องเสียเนื่องจากมีการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์ประเมินผล

1) ถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน

2) ผลการเพาะเชื้ออุจจาระไม่พบเชื้อ

3) ไม่มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร

4) ผู้ป่วยไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินการถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ ปริมาณ และจำนวนครั้งในการถ่ายอุจจาระ

2) ดูแลให้ได้รับ ORS ทีละน้อยบ่อยๆครั้ง เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไปกับการถ่ายอุจจาระ

3) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

4) ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อระบบทางเดินเดินอาหารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

5) ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า CBC และผลการตรวจอุจจาระ

6) ใช้หลัก standard precaution ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

7) แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ถูกสุขลักษณะใช้ถุงมือและล้างมือเมื่อสัมผัสอุจจาระผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

8) แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มน้ำผลไม้เนื่องจากมีค่า osmolality สูงและทำให้อุจจาระล่วงเพิ่มมากขึ้น

9) แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนได้แก่ มันฝรั่ง ข้าว ขนมปัง ซีเรียล โยเกริ์ต ผัก และผลไม้ หลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลเชิงเดี่ยวและอาหารที่มีผลิตภัณฑ์นมเป็นส่วนผสม

10) แนะนำให้ทารกได้รับวัคซีนป้องกัน Rotavirus ตามตารางวัคซีนเพื่อป้องกันอาการท้องเสียอย่างรุนแรงและเสียชีวิตจากท้องเสียอย่างรุนแรงในทารก

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 5 :** acute pain r/t increased peristalsis causing cramping

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่มีอาการปวดท้อง

เกณฑ์ประเมินผล

1) ไม่ร้องปวดท้อง

2) นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินลักษณะการปวดท้อง ความถี่ในการปวดท้อง ลักษณะสีหน้าท่าทางในการปวดท้อง

2) บันทึกสัญญาณชีพ และประเมิน pain score ทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่รุนแรงประเมินทุก 1 ชั่วโมง

3) ตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุในการปวดท้องเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

4) ลดอาการปวดท้องโดยการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยปวดท้องมากขึ้น ให้การพยาบบาลอย่างนุ่มนวล

5) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 6 :** deficient fluid volume and nutrition r/t excessive loss of fluids in liquid stools

เป้าหมายการพยาบาล : ได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์ประเมินผล

1) น้ำหนักไม่ลดลง

2) ผิวหนังไม่แห้ง ผิวหนังมีความตึงตัวดี ปากไม่แห้งแตก ตาไม่โหลลึก

3) ปริมาณน้ำที่ได้รับสมดุลกับน้ำที่ขับออก

4) ปัสสาวะสีเหลืองใส มีความถ่วงจำเพาะไม่น้อยกว่า 1.010

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินระดับการขาดน้ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ ขาดน้ำเล็กน้อย แสดงออกโดย กระหายน้ำเพิ่มมากขึ้น ปากแห้ง ขาดน้ำระดับปานกลาง แสดงออกโดย ผิวหนังเสียความยืดหยุ่น เยื่อบุปากแห้ง ตาโหลลึก และกระหม่อมบุ๋ม และขาดน้ำระดับรุนแรงจะมีอาการขาดน้ำระดับปานกลางร่วมกับอาการดังต่อไปนี้อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว เขียว หายใจเร็ว และไม่รู้สึกตัว

2) ดูแลให้ได้รับ oral rehydration solution (ORS) ทีละน้อย บ่อยๆครั้ง

3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในรายที่ขาดน้ำรุนแรงและอาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้

4) ติดตามผล urine specific gravity

5) ติดตามค่า electrolyte และรักษาให้อยู่ในค่าปกติ

6) ชั่งน้ำหนักทุกวัน

7) บันทึก vital signs ทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีที่ขาดน้ำปานกลางหรือรุนแรงบันทึก vital signs ทุก 1-2 ชั่วโมง

8) เมื่อถ่ายอุจจาระเหลวลดลงหรือหยุดถ่าย ไม่มีอาการของการขาดสารน้ำและสารอาหาร ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ทารกให้ได้รับนมแม่หรือนมผสม ในรายที่มีปัญหาขาดน้ำย่อยแล็กโทสให้ได้รับนมที่มีแล็กโทสต่ำหรือไม่มีแล็กโทส

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 7 :** constipation: bowel obstruction r/t inhibited peristalsis as a result of congenital absence of parasympathetic ganglion cells in distal colon

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะท้องอืดหรือท้องผูกจากการอุดตันของลำไส้

เกณฑ์การประเมิน

1) ไม่มีการแตกทะลุของลำไส้ อาการท้องอืดและท้องผูกลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินภาวะท้องอืดหรือท้องผูกของผู้ป่วย

2) สวนล้างลำไส้ใหญ่ด้วย 0.9% NSS ที่มีอุณหภูมิอุ่นพอเหมาะ ทำโดยใส่สายสวนเข้าไปในทวารหนักลึกประมาณ 8-10 เซนติเมตร (4-5 เซนติเมตรในทารกแรกเกิด) ปริมาณ NSS ที่ใช้ครั้งละ 50 มิลลิลิตร/กิโลกรัม โดยไม่ใช้ปริมาณมากในการสวนครั้งเดียวเพราะจะเป็นการเพิ่มความดันในลำไส้ใหญ่ที่กำลังโป่งพองมากๆ ควรใช้ครั้งละ 15-20 มิลลิลิตร ลักษณะการสวนจะค่อยๆฉีดน้ำเบาผ่านสายเข้าในบริเวณที่มีอุจจาระ แล้วค่อยๆดูดกลับ และวัดปริมาณน้ำที่ใส่เข้าไปและดูดออกมาต้องใกล้เคียงกัน

3) ใส่สายสวนกระเพาะอาหารหรือทางทวารหนักตามแผนการรักษา เพื่อระบายลมออกจะกระเพาะอาหารและลำไส้

4) ดูแลให้ได้รับอาหารที่มีกากน้อย โปรตีนและพลังงานสูง เพื่อลดท้องผูก

5) สังเกตและบันทึกลักษณะ สี และกลิ่นของอุจจาระ

6) วัดและบันทึกขนาดของรอบท้องทุกวัน เพื่อประเมินภาวะท้องอืด

7) ดูแลให้ได้รับยาละบาย ตามแผนการรักษา

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 8** : risk for retention of gas and gastric juice in stomach and intestinal r/t abnormal intestinal function

เป้าหมายการพยาบาล : ท้องไม่อืด

เกณฑ์ประเมินผล

1) ท้องไม่อืด

2) เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการท้องอืด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และดูแลวัดรอบท้องทุกวัน

2) งดอาการและน้ำทางปาก และดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เมื่อเริ่มให้รับประทานอาหาร ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและมีกากอาหารน้อย

3) กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย และแนะนำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ในทารกและผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้พลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยๆเพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น

4) บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย รวมทั้งน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 9 :** impaired skin integrity r/t diarrhea

เป้าหมายการพยาบาล : ผิวหนังไม่เกิดการระคายเคืองเนื่องจากอุจจาระบ่อยครั้ง

เกณฑ์ประเมินผล

1) ผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักไม่อับชื้น ไม่มีรอยแดง ผื่น หรือตุ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักว่ามีการอับชื้น ระคายเคือง มีผื่นแดง หรือตุ่มหรือไม่

2) ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์และก้นให้สะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ หลังทำความสะอาดให้เช็ดให้แห้ง ไม่อับชื้น ไม่ควรใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพื่อป้องกันให้อุจจาระสัมผัสผิวหนังเป็นเวลานาน ควรเปลี่ยนผ้าอ้อมหลังขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทันทีหลังขับถ่าย ดูแลให้ผิวหนังนั้นแห้งอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าที่ผสมแอลกอฮอล์เช็ดหรือสัมผัสผิวหนัง

3) ทาขี้ผึ้งหรือวาสลีนบริเวณที่เกิดการระคายเคือง

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 10 :** parental anxiety r/t lack of exposure to information for treatment, surgical, and home care

เป้าหมายการพยาบาล : บิดามารดาลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1) บิดามารดาได้รับข้อมูลในการรักษา การทำผ่าตัด ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครบถ้วน

2) บิดามารดามีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

3) บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรและสามารถให้การดูแลบุตรได้

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขหรือการให้ข้อมูลได้ถูกต้อง

2) เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามถึงอาการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงของเด็ก และได้ระบายถึงความวิตกกังวลของตนเอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขความวิตกกังวลและตอบคำถามและข้อสงสัยของบิดามารดาได้ตรงประเด็น

3) ให้ข้อมูล คำแนะนำ อธิบาย เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และการรักษาวิธีการต่างๆเพื่อเป็นข้อมูลให้กับบิดามารดาและติดต่อให้พบแพทย์ประจำที่ทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อซักถามข้อสงสัยต่างๆ

4) ปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้บิดามารดาคอยดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 11** : parental anxiety r/t congenital disease in newborn

เป้าหมายการพยาบาล : บิดามารดาและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์ประเมินผล

1) บิดามารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกคลายความวิตกกังวล สีหน้าของบิดามารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

2) บิดามารดาและผู้ดูแลร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมพยาบาล

1) เปิดโอกาสให้บิดามารดาแลผู้ดูแลได้ดูภาพทารกที่ได้รับการผ่าตัดรักษาระยะก่อนผ่าตัด

และหลังผ่าตัดที่ประสพความสำเร็จ

2) ส่งเสริมให้บิดามารดาและผู้ดูแล มีโอกาสระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย

3) ขณะให้คำแนะนำบิดามารดาและผู้ดูแล พยาบาลต้องแสดงท่าทีที่แสดงการยอมรับความผิดปกติของเด็กเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ เพื่อปรับทัศนคติของบิดามารดาและผู้ดูแลต่อทารกให้ดีขึ้น

4) แนะนำให้รู้จักกับญาติของทารกที่เป็นโรคนี้และได้รับการรักษาเป็นผลสำเร็จ เพื่อให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน

5) ส่งเสริมสนับสนุนให้บิดามารดาและผู้ดูแลได้อุ้ม กอด สัมผัส เปลี่ยนผ้าอ้อม เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพและดูแลผู้ป่วยเหมือนสมาชิกอื่นในครอบครัว ส่งเสริมให้นมแม่ในทารกที่สามารถดูดนมแม่ได้

6) แนะนำบิดามารดาและผู้ดูแลให้ส่งเสริมสนับสนุนและเตรียมสมาชิกในครอบครัวให้รับรู้และเข้าใจความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น พาสมาชิกในครอบครัวไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 12** : parental deficient knowledge r/t lack of disease and caring knowledge

เป้าหมายการพยาบาล : บิดามารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย

เกณฑ์ประเมินผล

1) บิดามารดาบอกขั้นตอนการรักษาและวิธีการดูแลทารกได้ถูกต้อง

2) บิดามารดาร่วมมือในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องความผิดปกติของผู้ป่วยและวิธีการผ่าตัดรักษา

2) อธิบายหรือแก้ไขความผิดต่างๆ ของบิดามารดาหรือผู้ดูแล

3) อธิบายวิธีการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และผลลัพธ์ที่ได้ภายหลังผ่าตัด

4) ให้ดูรูปผู้ป่วยที่เป็นเหมือนกันระยะก่อนและหลังผ่าตัดที่ประสพความสำเร็จ

5) สอนบิดามารดาและผู้ดูแลเรื่องวิธีการป้อนนมอย่างถูกวิธี

6) แนะนำวิธีการดูแลทารกระยะก่อนและหลังการผ่าตัดอย่างชัดเจนพร้อมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจ

7) แนะนำวิธีการผูกแขนสองข้างเพื่อป้องกันทารกเอามือจับแผล

8) แนะนำให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับญาติของทารกที่เป็นโรคนี้ซึ่งประสบความสำเร็จในการปรับตัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือได้รับการผ่าตัดรักษาเป็นผลสำเร็จ

**การพยาบาลหลังผ่าตัดเด็กที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร**

ปัญหาทางการพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร อ้างอิงมาจาก Betty, Gail & Mary (2017)

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 1**: risk for decrease cardiac output r/t decrease fluid volume, blood volume, and electrolyte according to surgical procedure (post operation)

เป้าหมายการพยาบาล: ไม่เกิดภาวะไหลเวียนเลือดล้มเหลว

เกณฑ์ประเมินผล

1) สัญญาณชีพเหมาะสมตามวัย

2) ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกสมดุลกัน

3) ไม่มีการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดจำนวนมาก

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพภายหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดโดยวัด vital signs ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่สอง และทุก1 ชั่วโมงจนผู้ป่วยมี vital signs ที่เหมาะสมตามอายุ

2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ electrolyte ทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนสารน้ำและ electrolyte ที่สูญเสียไป

3) สังเกตแผลผ่าตัดว่ามีเลือดออกหรือไม่ ติดตามผล CBC เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกหรือซีดหลังผ่าตัดหรือไม่ ทำการจองเลือดตามแผนการรักษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยซีด

4) Record Intake and output ให้มีความสมดุลกัน

5) ติดตาม electrolyte เพื่อทำการแก้ไขหรือให้ electrolyte ทดแทนได้อย่างรวดเร็ว

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 2** : acute pain r/t surgical correction

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์ประเมินผล

1) ผู้ป่วยเด็กบอกปวดแผลน้อยลง

2) ผู้ป่วยเด็กมีสีหน้าสดชื่น ไม่แสดงถึงความเจ็บปวด

3) สัญญาณชีพปกติ พักผ่อนได้

4) ระดับความเจ็บปวด (pain score) ลดลงจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยเครื่องมือประเมินความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับวัย

ของผู้ป่วยเด็ก

2) สังเกตและประเมินสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ

3) ให้การพยาบาลต่างๆ แก่ผู้ป่วยเด็กด้วยความนุ่มนวล มีท่าทีสงบและใช้คำพูดปลอบโยน

4) ร่วมมือกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการปวด

5) ดูแลให้ความสุขสบายบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความวิตกกังวลด้วยวิธีบรรเทา

ความเจ็บปวดแบบใช้ยาตามแผนการรักษาและแบบไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละวัย

6) จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เช่น การทำแผล การเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

7) จัดท่าผู้ป่วยเด็กให้เหมาะสมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

8) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

9) ภายหลังให้การพยาบาล ควรประเมินความเจ็บปวดอีกครั้ง

10) ส่งเสริมและดูแลความสุขสบายทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

11) กำจัดสาเหตุต่างๆที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 3** : risk for skin infection or impaired skin integrity r/t irritation from bowel contents (on colostomy)

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กไม่เกิดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดหรือระคายเคืองบริเวณผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่

เกณฑ์ประเมินผล

1) ผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่ไม่มีการอักเสบหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง

2) ดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด และระวังไม่ให้เกิดการปนเปื้อนอุจจาระหรือน้ำย่อยจากรูเปิดของลำไส้ใหญ่ และดูแลความสะอาดของผิวหนังรอบรูเปิดของลำไส้ใหญ่ทุกครั้งที่มีน้ำย่อยหรืออุจจาระออกมาปนเปื้อน

3) ทาผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ใหญ่ด้วยขี้ผึ้ง วาสลิน หรือซิงค์ออกไซด์ เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนัง จากการปนเปื้อนของอุจจาระหรือน้ำย่อย

**ปัญหาทางการพยาบาลข้อที่ 4 :** disturbed body image r/t presence of stoma, daily care of fecal material (on colostomy)

เป้าหมายการพยาบาล : เด็กหรือบิดามารดายอมรับและดูแลตนเองหรือผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้องได้

เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือบิดามารดาดูแลผู้ป่วยที่มีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้องได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและบิดามารดาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ได้แสดงความรู้สึกที่มีลำไส้ใหญ่มาเปิดที่หน้าท้อง

2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและบิดามารดาผู้ป่วยได้ดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแล colostomy อย่างถูกต้อง

3) กระตุ้นให้เด็กได้ร่วมกิจกรรมกับเด็กวัยเดียวกันเพื่อตอบสนองความต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนของเด็กในวัยเดียวกัน

**สรุป**

ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารที่รักษาทางยา ได้แก่ Diarrhea, Gastroenteritis และ Gastritis สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อทั้งไวรัส แบคทีเรียและโปรโตซัว จะมีอาการ ไข้ ถ่ายเหลว เป็นน้ำ อาจมีมูกหรือเลือด คลื่นไส้อาเจียน การรักษาส่วนใหญ่จะแก้ไขภาวะขาดน้ำเป็นสำคัญและรักษาตามอาการ ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียจะรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ

ผู้ป่วยเด็กโรค Cleft lip & palate, TE fistula, Hirschsprung’s disease, Intussusception, Imperforated anus และ Diaphragmatic Hernia สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารแต่กำเนิด การรักษาโดยการผ่าตัด การพยาบาลมีทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การให้การพยาบาลต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว และที่สำคัญพยาบาลควรมีความรู้ในการประเมินเด็กเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. (2554). *เอกสารการสอนชุดวิชาการ*

*พยาบาลเด็กและวัยรุ่น* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนาและคณะ. (2556). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2*(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด**.**

พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนาและคณะ. (2556). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 3* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด.

ศรีสมบูณ์ มุสิกสุคนธ์ . (บรรณาธิการ). (2555)**.** *ตำราการพยาบาลเด็ก* *เล่มที่ 1* ( พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ :

[โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล](http://www.e-lib.ssru.ac.th:8080/liberty/opac/search.do?queryTerm=11312679&mode=BASIC&operator=AND&title=Title%20...%20enter%20here&publicationYear=Year%20From&yearTo=Year%20To&catalogAuthors=Author%20...%20enter%20here&mainSubject=Subject%20...%20enter%20here&publisher=Publisher%20...%20enter%20here&series=Series%20...%20enter%20here&limit=All&branch=All&resourceCollection=All&=undefined&modeRadio=KEYWORD&activeMenuItem=false).

ศรีสมบูณ์ มุสิกสุคนธ์ . (บรรณาธิการ). (2555)**.** *ตำราการพยาบาลเด็ก* *เล่มที่ 2* ( พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ :

[โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล](http://www.e-lib.ssru.ac.th:8080/liberty/opac/search.do?queryTerm=11312679&mode=BASIC&operator=AND&title=Title%20...%20enter%20here&publicationYear=Year%20From&yearTo=Year%20To&catalogAuthors=Author%20...%20enter%20here&mainSubject=Subject%20...%20enter%20here&publisher=Publisher%20...%20enter%20here&series=Series%20...%20enter%20here&limit=All&branch=All&resourceCollection=All&=undefined&modeRadio=KEYWORD&activeMenuItem=false).

สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ. (2554). *Pain Assessment and Measurement*. Retrieved from

<http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/PainAssessmen>t.pdf

Allen, P. J, Vessey, J. A., & Schapiro, N. A. (2010). *Primary care of the child with*

*chronic condition* (5th ed.). USA: Mosby Elsevier.

Betty, J., A., Gail, B., L., Mary, B., F., M. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook: An*

*Evidence-Based Guide to Planning Care* (11th ed.). USA: Elsevier.

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong’s nursing care of infants and*

*children*(9th ed.). USA: Elsevier Inc.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C., C. (2017). *Wong’s Essentials of PEDIATRIC*

*NURSING*(10th ed.). Canada: Elsevier Inc.

Wong’s. (2011). *Nursing Care of Infants and Children* (9th ed.). Canada: Elsevier

Mosby.