

บทความวิชาการ

**การติดเชื้อในเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล
และการวางแผนจำหน่ายกับครอบครัว/ผู้ดูแล**
**Infection in Children with Nephrotic Syndrome: Challenging
Roles of Nurses and Discharge Planning with
Family/Caregivers**

อุษณีย์ จินตะเวช*

Usanee Jintrawet

ทัศนียา วังสะจันทานนท์*

Tassaneeya Wangsachantanon

*คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ ชลบุรี 20180

*School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management, Chonburi, 20180 Thailand

Corresponding author: Tassaneeya Wangsachantanon; E-mail: tassaneeyawan@pim.ac.th

Received: September 4, 2025; Revised: December 7, 2025; Accepted: December 10, 2025

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการเนฟโรติก (nephrotic syndrome: NS) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของไตในการซึมผ่านของโกลเมอรูลัส ทำให้ร่างกายสูญเสียโปรตีน รวมถึงสารภูมิต้านทาน และโปรตีนที่ทำงานร่วมกับภูมิคุ้มกันของร่างกายทางปัสสาวะ การรักษาโรคนี้ด้วยสเตียรอยด์ซึ่งมีฤทธิ์กดภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการติดเชื้อ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อของเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้และความเข้าใจผู้ดูแลเด็กเมื่อเด็กถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการรักษากลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดปฐมภูมิ การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะเด็กรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการวางแผนจำหน่ายกับครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ: เด็ก กลุ่มอาการเนฟโรติก การวางแผนจำหน่าย

Abstract

Nephrotic Syndrome (NS) is the renal disease affecting the permeability of the glomerular filtration barrier leading to massive proteinuria, including immunoglobulins and complement protein. Treatment of this disease with steroids with having action of immunosuppressive resulting in compromised their immunity. Thus, high risk of infection is

anticipated. Nurses play essential roles in preventing infection among children with nephrotic syndrome during hospitalization. In addition, nurses should provide effective health education to caregivers for proper care of preventing infection after discharge from hospital to home.

This article aims to present the treatment of primary NS, nurses' interventions to prevent infection during child's hospitalization, and discharge planning with family or caregivers. Nurses can bring acquired knowledge of preventing infection to providing proper child's care.

Keywords: Childhood, Nephrotic syndrome, Discharge planning

บทนำ

กลุ่มอาการเนฟโรติก (nephrotic syndrome: NS) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานในการซึมผ่าน (permeability) ของโกลเมอรูลัส (glomerular permeability) ในไต พบมากในเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 - 6 ปี¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคทั่วโลกประมาณปีละ 2 - 7 ราย ต่อ 100,000 ราย² ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคในเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกในประเทศไทยยังไม่ทราบชัดเจน แต่พบ จำนวน 2 ใน 3 ของเด็กโรคไตทั้งหมด และพบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 2 - 7 ปี ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง³ กลุ่มอาการ ประกอบด้วย โปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) โปรตีน/อัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoproteinemia/hypoalbuminemia) ไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) และอาการบวม (edema) นอกจากนี้ ยังมีการสูญเสียสารภูมิต้านทาน (immunoglobulin) ทางปัสสาวะ⁴ โดยกลุ่มอาการเนฟโรติก แบ่งตามสาเหตุได้ 3 ชนิด ได้แก่ 1) ความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital NS/infantile NS) 2) ชนิดปฐมภูมิ (primary NS/idiopathic NS) และ 3) ชนิดเกิดภายหลังโรค (secondary NS)⁴

กลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดความผิดปกติแต่กำเนิด พบในทารกช่วงอายุ 3 เดือนแรกของชีวิต แต่พบได้น้อย และชนิดปฐมภูมิ ที่เกิดความผิดปกติที่ไต ซึ่งจะส่งผลต่อไตเท่านั้น สำหรับชนิดเกิดภายหลังโรค อาจเกิดจากการได้รับยาหรือสารพิษที่ส่งผลต่อการทำงาน

ของไต เนื่องจากกลุ่มอาการ NS ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน และมีผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะหากมีภาวะพร่องโภชนาการ โรคนี้อาจทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ไม่เป็นไปตามวัย และส่งผลให้ครอบครัวอาจได้รับผลทางจิตใจ จากอาการของโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับกลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดปฐมภูมิ ประกอบด้วย ลักษณะทางคลินิก การรักษา การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ขณะเด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายกับครอบครัวหรือผู้ดูแล

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดปฐมภูมิ

กลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดปฐมภูมิ เป็นกลุ่มอาการชนิดที่พบบ่อย แสดงความผิดปกติ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงโรคเล็กน้อย (minimal change disease) 2) โรคโกลเมอรูโลสเคลอโรซิสเฉพาะส่วน (focal segmental glomerulosclerosis) และ 3) โรคไตอักเสบจากเยื่อหุ้มเซลล์ขยายตัว (membranoproliferative glomerulonephritis) บทความนี้เน้นความผิดปกติชนิดปฐมภูมิ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโรคเล็กน้อย (minimal change disease) ของโกลเมอรูลัส ตรวจพบได้จากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน (electron microscope) ลักษณะทางคลินิก

ในเด็กเริ่มจากบวมบริเวณรอบดวงตา และใบหน้า ภายหลังตื่นนอน และอาการจะหายไปในช่วงกลางวัน หรือตอนเย็น ตามมาด้วยอาการซีด หงุดหงิดง่าย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะลดลง และเป็นพอง⁴

การรักษาเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก

การรักษาเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกมีเป้าหมาย ได้แก่ ลดอาการบวม ลดภาวะโปรตีนในปัสสาวะ การจัดการอาการที่เกิดขึ้น ส่งเสริมภาวะโภชนาการ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การติดเชื้อ⁴ (infection) การรักษาประกอบด้วย การใช้สเตียรอยด์ ชนิดคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) ยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressants) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) และยาลดความดันเลือด (antihypertensives) ซึ่งเด็กร้อยละ 85.00 - 90.00 ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ ภายใน 8 สัปดาห์ และหายเป็นปกติ แต่อาจเกิดอาการซ้ำได้ตลอดช่วงชีวิตของเด็ก⁵ ซึ่งพบว่าร้อยละ 40.00 - 50.00 ของเด็กที่มีอาการเกิดซ้ำ สาเหตุหนึ่งเป็นผลของการติดเชื้อไวรัส ทั้งนี้ เด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกสามารถแบ่งตามลักษณะการตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์¹ ได้ 3 กลุ่มอาการ ดังนี้

1. กลุ่มอาการเนฟโรติกไวต่อสเตียรอยด์ (steroid-sensitive NS: SSNS) สังเกตได้จากภายหลังการรักษา 28 วัน เด็กหายเป็นปกติไม่พบอาการของ NS
2. กลุ่มอาการเนฟโรติกพึ่งพาสเตียรอยด์ (steroid-dependent NS: SDNS) สังเกตได้จากมีอาการกลับมา 2 ครั้งติดต่อกัน ระหว่างการรักษาหรือภายใน 14 วัน ภายหลังสิ้นสุดการรักษา
3. กลุ่มอาการเนฟโรติกดื้อต่อสเตียรอยด์ (steroid-resistant NS non-responder: SRNS) สังเกตได้จากเด็กยังมีอาการของ NS ภายหลังการรักษา 8 สัปดาห์

เด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกตอบสนองต่อการรักษาโดยไม่แสดงอาการ พบได้ ร้อยละ 85.00 และพบว่า ร้อยละ 70.00 - 80.00 มีอาการเกิดซ้ำ 1 ครั้ง และ ร้อยละ 50.00 พบว่า มีอาการเกิดบ่อยครั้ง และ

ต้องรับการรักษาด้วยสเตียรอยด์⁶ เด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงของสเตียรอยด์ ในกรณีที่ระยะเวลาในการรักษา มากกว่า 2 - 3 เดือน ร่วมกับได้รับยาในปริมาณมากขึ้น เช่น ภาวะอ้วน หน้ากลมคล้ายพระจันทร์ หลังโกนจากการสะสมไขมันที่ผิดปกติบริเวณหลัง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อ เนื่องจากร่างกายถูกกดภูมิคุ้มกัน⁷

สาเหตุของการติดเชื้อในเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก

การติดเชื้อในเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกมีหลายสาเหตุ เช่น ร่างกายสูญเสียสารภูมิคุ้มกันตามผู้ดูแลขาดความต่อเนื่องในการติดตามอาการโรค การสูญเสียสารภูมิคุ้มกันตามโรคของร่างกายเกิดจากการสูญเสียอิมมูโนโกลบูลิน จี (immunoglobulin G) และโปรตีนที่ทำงานร่วมกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย (complement factors) ทางปัสสาวะ ร่วมกับการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน⁸ และความผิดปกติของ ทีเซลล์ (T cell dysfunction)⁹ ซึ่งเด็กที่เกิดการติดเชื้อส่งผลให้กลับมา มีกลุ่มอาการเนฟโรติกซ้ำ และมีอาการติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้นจนถึงเสียชีวิตได้¹⁰ จากการศึกษาในประเทศอินเดีย พบการติดเชื้อของเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก NS ที่กลับมามีอาการเกิดซ้ำ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกุมารแพทย์โรคไต จำนวน 22 ราย พบว่า เด็กร้อยละ 40.00 มีการติดเชื้อรุนแรงเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 13.00 มีการติดเชื้อทุกสัปดาห์¹¹ และจากการขาดความต่อเนื่องในการติดตามอาการโรค การศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน พบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 22.00 ที่ได้รับการตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ดูแลเด็กตรวจด้วยวิธีการทดสอบแถบจุ่มปัสสาวะ (urine dipstick) ผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นว่า การทดสอบแถบจุ่มปัสสาวะนี้ หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะจะเป็นวิธีการที่เด็กจะได้รับการรักษาได้รวดเร็ว และช่วยลดการติดเชื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับอัลบูมินในเลือดต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (odds infection) 5 เท่า¹¹ นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาในประเทศอิสราเอล เกี่ยวกับการติดเชื้อในเด็กกลุ่ม

อาการเนฟโรติก จำนวน 107 ราย มีอายุเฉลี่ย 5.20 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 239 ครั้ง ด้วยอาการไข้ พบว่า เกิดภาวะปอดอักเสบ จำนวน 12 ราย ภาวะแบคทีเรียในกระแสเลือด (bacteremia) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จำนวน 8 ราย และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) จำนวน 6 ราย โดยร้อยละ 60.00 เป็นเพศหญิง และพบภาวะโปรตีนในปัสสาวะ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน pneumococcal polysaccharide vaccine⁸ เนื่องจากเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกเป็นเด็กในวัยก่อนเรียน และวัยเรียน ซึ่งอยู่ในวัยที่ต้องได้รับ

การพึ่งพาจากผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงติดตามประเมินอาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มอาการเนฟโรติก พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้ และความเข้าใจต่อผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแล และลดโอกาสการติดเชื้อในเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยชนิดของการติดเชื้อที่อาจพบ อาการและอาการแสดง ที่ได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์¹² รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงชนิดของการติดเชื้อ อาการและอาการแสดง

ชนิดของการติดเชื้อ	อาการและอาการแสดง
เยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)	ไข้ ปวดท้องหรือกดเจ็บ (tenderness)
โรคปอดอักเสบ (pneumonia)	ไอ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรือฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis)	ไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง (stiff neck) หรือมีอาการกลัวแสง (photophobia)
โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (cellulitis)	ผิวหนังที่มีพยาธิสภาพบวม แดง อุ่น และมีความปวดร่วม
โรคอีสุกอีใส (varicella)	ไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ตามด้วยผิวหนังเกิดผื่นคันแดง

บทบาทที่ทำหายของพยาบาล และการให้ความรู้และความเข้าใจกับผู้ดูแล

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก ประกอบด้วย การให้การดูแลในขณะที่เด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การบริหารยา (medication administration) การให้การดูแลแบบประคับประคอง (supportive care) และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (prevention of complications) และเป้าหมายในการจัดการทางพยาบาล (nursing management) ได้แก่ ส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ป้องกันการติดเชื้อ และการส่งเสริมการขับปัสสาวะ (promoting diuresis)⁴ ซึ่งหัวข้อนี้เน้นบทบาทพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อขณะที่เด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และการให้ความรู้

ความเข้าใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

บทบาทพยาบาลในการให้การดูแลขณะเด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก มีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ โดยระบุความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน (assessment) ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลอัตนัย (subjective data) เด็กหรือผู้ดูแลระบุอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร

1.2 ข้อมูลอัตนัย (objective data) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเม็ดเลือดสมบูรณ์

(complete blood count: CBC) อาจพบภาวะ ดังนี้
 1) leukocytosis คือ ภาวะเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ
 2) neutrophilia คือ ภาวะที่ร่างกายมีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลสูง 3) leukopenia คือ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และ 4) neutropenia ภาวะที่ร่างกายมีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ

ข้อมูลอัตราย และปรนัย เกี่ยวกับการติดเชื้อ ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ และระบบที่เกิดการติดเชื้อ เช่น ในกรณีที่เด็กเป็นโรคปอดอักเสบ อาจเกิดอาการไอ หายใจลำบาก¹³ เป็นต้น จากการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อสร้างความเข้าใจรูปแบบการติดเชื้อในเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดปฐมภูมิที่มีอายุตั้งแต่ 1 - 12 ปี จำนวน 61 ราย พบว่า เด็กเกิดการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 36.10 ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infections) พบร้อยละ 9.80 ปอดอักเสบ (pneumonia) พบร้อยละ 6.50 และเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) พบร้อยละ 3.20 เด็กติดเชื้อ ส่วนใหญ่คิดเป็น ร้อยละ 90.90 มีอาการไข้ ผู้วิจัยสรุปว่า การติดเชื้อของเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกชนิดปฐมภูมิส่วนใหญ่ ได้แก่ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจ ซึ่งตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก ๆ นอกจากนี้ การจัดการการติดเชื้อสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้¹³

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง

2. การวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ¹⁴ ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และเน้นย้ำในเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อติดตามประเมินอาการแสดงการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

2.2 งดการเข้าเยี่ยมของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ครอบครัวยุติ และเด็กอื่น ๆ

2.3 จัดให้รับประทานอาหารปรุงสุก สะอาด

2.4 ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อลดการติดเชื้อของร่างกาย

2.5 ล้างมือตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ก่อนและหลังการทำหัตถการ

2.6 ทำหัตถการด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic techniques) เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรค

2.7 ประเมินติดตามอาการติดเชื้อ (อาการทั่วไป ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยร่างกาย เบื่ออาหาร ท่อน้ำเหลืองโต ไม่ร่าเริง/ซึม)

3. การให้การพยาบาล (nursing intervention) ตามแผนการพยาบาลที่กำหนด และปรับแผนการพยาบาลตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของเด็ก

4. การประเมินผล (evaluation) อาการแสดงของเด็กที่เกิดการติดเชื้อ รวมถึงความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับแผนการพยาบาลการป้องกันการติดเชื้อในเด็ก

บทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ และ ความเข้าใจกับผู้ดูแลด้วยการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านของเด็กที่ป่วยจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และคุณภาพของการวางแผนจำหน่ายสัมพันธ์กับการกลับรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมลดลง ภายใน 30 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล¹⁵ เนื่องจากเด็กที่มีกลุ่มอาการเนฟโรติกจะพบบ่อยในวัยก่อนเรียน และวัยเรียน ซึ่งอยู่ในวัยที่ต้องได้รับการพิทักษ์ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ

สำนักงานวิจัยและคุณภาพการดูแลสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนวคิด “IDEAL” สำหรับการวางแผนจำหน่าย¹⁶ โดยให้เด็กและครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อการปรับปรุงผลลัพธ์ของเด็ก ลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่คาดคิด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ซึ่งพยัญชนะ IDEAL มีความหมาย ดังนี้

I ย่อมาจาก Include คือ การให้เด็ก และครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของ

กระบวนการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล

D ย่อมาจาก Discuss คือ การสนทนากับเด็กและครอบครัว/ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อเมื่อถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ในประเด็นหลัก 5 ด้าน ได้แก่

1. อธิบายการใช้ชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนที่ต้องการ การตรวจปัสสาวะด้วยแถบจุ่มปัสสาวะเวลาเข้าทุกวัน จนกว่าจะไม่พบโปรตีนในปัสสาวะหรือพบในปริมาณเล็กน้อยเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน หลังจากนั้น ตรวจปัสสาวะอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในช่วงปีแรกที่มีอาการ กรณีที่ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ $\geq 1+$ หรือมีการติดเชื้อให้ตรวจปัสสาวะทุกวัน

2. ทบทวนยาที่ได้รับ โดยตรวจสอบความถูกต้องของชนิดยากับแผนการรักษาของแพทย์ อธิบายคุณสมบัติของยาแต่ละชนิด การบริหารยา และอาการข้างเคียง ยาที่สำคัญแก่เด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก คือ สเตียรอยด์ พร้อมทั้งเน้นย้ำข้อปฏิบัติการบริหารยาและการหยุดใช้ยา

3. เน้นสัญญาณเตือน และแจ้งปัญหา โดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล ในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีเด็กมีอาการผิดปกติ

4. อธิบายผลการตรวจต่าง ๆ หากผลการตรวจยังไม่ถูกรายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในขณะที่เด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าเด็กจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ก็ควรแจ้งผลการตรวจให้ทราบ

5. นัดหมายการมาตรวจตามนัด อธิบายให้เด็กและครอบครัว/ผู้ดูแล ทราบถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด

E ย่อมาจาก educate คือ การให้ความรู้แก่เด็ก และครอบครัว/ผู้ดูแล ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับอาการของเด็ก กระบวนการจำหน่าย และขั้นตอนต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และกลับบ้าน โดยมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1. ระบุเป้าหมายตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (การป้องกันการติดเชื้อในเด็ก) และบันทึกความก้าวหน้าที่จะไปถึงเป้าหมายทุกวัน

2. มีส่วนร่วมในการเขียนชื่อยาที่เด็กได้รับทุกเช้า

3. ทบทวนยาทุกชนิดที่เด็กได้รับขณะแฉกยาทุกมือ โดยระบุยาแต่ละชนิดรักษาอาการอะไร ขนาดที่ได้รับ วิธีทางที่ได้รับ และอาการข้างเคียงของยา

4. กระตุ้นเด็ก และครอบครัว/ผู้ดูแล มีการฝึกปฏิบัติการดูแล เพื่อเพิ่มศักยภาพครอบครัว/ผู้ดูแลให้มีความมั่นใจในการดูแลเด็กที่บ้าน

5. แนะนำให้เด็กได้รับวัคซีนตามอายุจากการทบทวนวรรณกรรมของ Tran และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการได้รับวัคซีน พบว่า ผู้ปกครองพร้อมความรู้เกี่ยวกับชนิดของวัคซีนที่เด็กควรได้รับทั้งนี้ จากแนวปฏิบัติทางคลินิกโดย The Royal's Children Hospital Melbourne¹⁸ พบว่า การวางแผนในการได้รับภูมิคุ้มกัน ควรได้รับจากบุคลากรการให้รับภูมิคุ้มกัน (vaccination) โดยผู้ดูแลต้องแจ้งบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับ เพราะเด็กควรได้รับวัคซีนชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine) เช่น วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ และไม่ควรได้รับวัคซีนเชื้ออ่อนแรง (live attenuated vaccine) เช่น หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส (varicella) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน¹⁹ ไม่ควรรับวัคซีนที่กล่าวข้างต้น เพราะเด็กมีโอกาสเกิดโรคได้จากวัคซีนที่ได้รับ¹⁷ หากมีความจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเชื้ออ่อนแรงต้องรอภายหลังหยุดการรักษาด้วยการกดภูมิคุ้มกันเป็นเวลา 1 เดือน

6. ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน เพื่อติดตามภาวะโภชนาการ

7. ประเมินติดตามอาการและอาการแสดงจากการได้รับยาสเตียรอยด์ เด็กที่เกิดกลุ่มอาการเนฟโรติกครั้งแรกจะได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์นานประมาณ 6 เดือน²⁰ อาการข้างเคียงจากการใช้ยานี้คือ ความอยากอาหารมากขึ้น ทำให้เด็กรับประทาน

อาหารมากกว่าเดิม ส่งผลให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น อ้วน บวม อารมณ์แปรปรวน ซึ่งอาการเหล่านี้จะลดลงภายหลังการปรับลดยา ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องไม่เพิ่มหรือหยุดยาเอง

8. สอนการล้างมือตามขั้นตอน โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหารปรุงสุก และสะอาด รวมถึงการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

9. อาการและการแสดง รวมถึงข้อมูลที่ต้องพาเด็กมาพบแพทย์ทันที²⁰ ได้แก่

9.1 ผลตรวจปัสสาวะแบบจุ่ม ได้ค่าโปรตีน 3+ หรือ 4+ ติดต่อกันเป็นเวลา 4 วัน

9.2 น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัม ในระยะที่เกิดอาการซ้ำ

9.3 อาการมือ และเท้าเย็น หรืออาการปวดท้องในระยะที่เกิดอาการซ้ำ

9.4 อาการไข้ หรืออาเจียน ในระยะที่กำลังได้รับการรักษา

9.5 การสัมผัสผู้ที่เป็นโรคอีสุกอีใสในระยะที่กำลังได้รับการรักษา

นอกจากนี้ ควรแนะนำให้ผู้ดูแลทำตารางประจำวันสำหรับบันทึกปริมาณน้ำเข้า - ออกร่างกาย รวมถึงผลการตรวจปัสสาวะ และการให้ยาสเตียรอยด์ เพื่อเป็นการติดตามอาการ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างตารางบันทึกข้อมูลผลการตรวจปัสสาวะ ปริมาณน้ำเข้าออกร่างกาย และขนาดยาสเตียรอยด์ที่ได้รับในแต่ละวัน

วันที่	ผลการตรวจปัสสาวะ	น้ำเข้า - ออกร่างกาย		ขนาดยาสเตียรอยด์ที่เด็กได้รับ
		น้ำ + เครื่องดื่มต่าง ๆ	จำนวนปัสสาวะ/วัน	
10 ธ.ค. 68	โปรตีน 3+	น้ำดื่ม 1,000 มิลลิลิตร	980 มิลลิลิตร	Prednisolone 20 มิลลิกรัม/วันละ 2 ครั้ง

10. สำหรับเด็กวัยเรียนที่ไม่สามารถกลับเข้าเรียนได้ทันที ผู้ดูแลควรหาแหล่งสนับสนุนการเรียน และสอนเด็กให้อยู่ห่างจากบุคคลที่ป่วย เช่น หวัด ตาแดง ไม่พาเด็กไปแหล่งชุมชน หรือสถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน

A ย่อมาจาก **Assess** คือ การประเมินประสิทธิภาพของแพทย์ และพยาบาลในการอธิบายความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการ และขั้นตอนต่อไปในการดูแลแก่เด็ก และครอบครัว/ผู้ดูแล ด้วยเทคนิคสอนกลับ (teach back) ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลการดูแลเด็กตามลำดับของการป้องกันการติดเชื้อในเด็ก และการย้ำเตือนข้อมูลเหล่านี้ตลอดการรักษาในโรงพยาบาล การค่อย ๆ ให้ข้อมูลการดูแลที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อแก่เด็ก และผู้ดูแลพร้อมทั้งย้ำเตือนข้อมูลเหล่านี้ตลอดการรักษาในโรงพยาบาล

2. การเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กตามตัวแปรเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแก่เด็ก และความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

L ย่อมาจาก **Listen** คือ การรับฟังเด็ก และครอบครัว/ผู้ดูแล เกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลเด็กของครอบครัว/ผู้ดูแล ความชอบ การสังเกต และความตระหนักอย่างตั้งใจ โดยมีแผนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดกระดานหรือแผ่นกระดานเปล่า และเครื่องเขียน เพื่อให้ผู้ดูแลเขียนข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลเด็ก

2. พยาบาลตั้งคำถามปลายเปิดกับผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลถามว่า “...เมื่อกลับบ้านต้องดูแลอะไรเด็กบ้าง...” อาจตั้งคำถาม เช่น “...ตามความเข้าใจของคุณแม่ คิดว่าต้องดูแลเรื่องใดบ้าง...”

3. มอบเอกสารหรือเว็บไซต์ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการดูแลโดยเฉพาะเรื่องการติดเชื้อแก่ผู้ดูแล

4. นัดการสนทนากับผู้ดูแลอีกครั้งในวัน
จำหน่าย โดยพยาบาลทบทวนเกี่ยวกับชนิดของยา
ขนาดที่ได้รับ วิธีทางให้ยา เวลา และจัดทำเอกสาร
รายการยาให้ผู้ดูแล ให้เอกสารนัดพบแพทย์ และ
ย้ำเตือนการมาพบตามวันเวลานัดหมาย รวมถึง
ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ดูแลสามารถติดต่อในกรณี
เกิดเหตุฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือ
ผู้ดูแลเด็ก²¹ จึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิด
การติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในเรื่องการดูแลสุขวิทยา
ส่วนบุคคลให้สะอาด การดูแลโภชนาการ การแนะนำ
เรื่องการรับประทานยาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้
การเปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามข้อสงสัย
แจ้งความก้าวหน้าในการรักษา รวมถึงเปิดโอกาสให้
ครอบครัวร่วมตั้งเป้าหมาย และวางแผนในการดูแลเด็ก
เพื่อลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำ

สรุป

กลุ่มอาการเนฟโรติกเกิดจากความผิดปกติ
ในการทำหน้าที่ของไตในการกรองของไหลเมอรูลัส
ทำให้เกิดการสูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะ โดยกลุ่ม
อาการนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์
แต่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งจากการรักษาที่
พบได้บ่อย ได้แก่ การติดเชื้อ ซึ่งส่งผลต่อเด็กในการเกิด
อาการโรคซ้ำ พยาบาลควรริเริ่มจัดทำแผนการจำหน่าย
ร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และความเข้าใจ
ในการให้การดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในเด็ก
ที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสม และลดการเกิดอาการ
กลุ่มเนฟโรติกซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Croitoru A, Balgradean M. Treatment-associated side effects in patients with steroid-dependent nephrotic syndrome. *Maedica* 2022;17(2):285-90. doi: 10.26574/maedica.2022.17.2.285.
2. Robinson CH, Aman N, Banh T, Brooke J, Chanchlani R, Dhillon V, et al. Impact of childhood nephrotic syndrome on obesity and growth: a prospective cohort study. *Pediatric Nephrology* 2024;39(9):2667-77. doi: 10.1007/s00467-024-06370-0.
3. Chuaykaew B, Pichairat A, Ponsang S. Experiences of parents and grandparents caring for their children in hospital nephrotic syndrome. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;8(3):122-32. (in Thai)
4. Tagher G, Knapp L. *Pediatric nursing: a case-based approach*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2019.
5. Hahn D, Samuel SM, Willis NS, Craig JC, Hodson EM. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;2020(8):CD001533. doi: 10.1002/14651858.CD001533.pub6.
6. Lella G, Pecoraro L, Benetti E, Arnone OC, Piacentini G, Brugnara M, et al. Nutritional management of idiopathic nephrotic syndrome in pediatric age. *Medical Sciences* 2023;11(3):47. doi: 10.3390/medsci11030047.
7. Gül I. Steroid therapy for children with idiopathic nephrotic syndrome: is a short-term or long-term treatment plan more effective?. *Turkish Medical Student Journal* 2023;10(3):93-8. doi: 10.4274/tmsj.galenos.2023.2022-12-2.

8. Lebel A, Kropach N, Ashkenazi-Hoffnung L, Huber-Yaron A, Davidovits M. Infections in children with nephrotic syndrome: twenty years of experience. *Clinical Pediatrics* 2020;59(7):692-8. doi: 10.1177/0009922820908583.
9. Jechel E, Nedelcu AH, Dragan F, Lupu VV, Starcea IM, Mocanu A, et al. Nutritional management of pediatric nephrotic syndrome regarding oxidative stress and antioxidant balance. *Frontiers in Immunology* 2025;16:1542735. doi: 10.3389/fimmu.2025.1542735.
10. Kalra S, Daryani H, Saxena A, Bhandari S, Sharma S. Infectious complications in children with nephrotic syndrome: can they be prevented?. *Medical Journal Armed Forces India* 2022;78(2):170-4. doi: 10.1016/j.mjafi.2020.10.010.
11. Mekonnen BA, Alene TD, Yimer YA, Lakew AM, Genet GB. Prevalence and associated factors of infection in children with nephrotic syndrome aged 2-18 years in the northwest and east Amhara region, Ethiopia: a multi-center cross-sectional retrospective study. *BioMed Central Public Health* 2024;24(1):1845 doi: 10.1186/s12889-024-19408-7.
12. Vivarelli M, Gibson K, Sinha A, Boyer O. Childhood nephrotic syndrome. *Lancet* 2023;402(10404):809-24. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01051-6.
13. Clarin JD, Vivek G, Naik BM. Spectrum of infections in children with primary nephrotic syndrome in a tertiary care centre. *International Journal of Academic Medicine and Pharmacy* 2025;7(4):1046-51. doi: 10.47009/jamp.2025.7.4.200.
14. Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust. Nursing management of nephrotic syndrome [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 28]. Available from: <https://apps.worcsacute.nhs.uk/KeyDocumentPortal/Home/DownloadFile/1917>
15. Patel PR, Bechmann S. Discharge planning [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/>
16. Agency for Healthcare Research and Quality. IDEAL discharge planning overview, process, and checklist [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 2]. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Tool_1_IDEAL_chklst_508.pdf
17. Tran CL, Selewski DT, Oh GJ, Troost JP, Massengill SF, Al-Akash SI, et al. Pediatric immunization practices in nephrotic syndrome: an assessment of provider and parental knowledge. *Frontiers in Pediatrics* 2021;8:619548. doi: 10.3389/fped.2020.619548.
18. The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical practice guidelines: nephrotic syndrome [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/nephrotic_syndrome/
19. Angeletti A, Bruschi M, Bianchin S, Bonato I, Montobbio C, Verrina E, et al. Vaccines and disease relapses in children with nephrotic syndrome. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2021;16(6):937-8. doi: 10.2215/CJN.01890221.

20. The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical practice guidelines: nephrotic syndrome [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Nephrotic_syndrome/
21. Charoensatsiri R. Nursing care of children with nephrotic syndrome: role of family participation. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2021;38(4):497-502. (in Thai)