

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน Nursing Care for Ill Children with Acute Asthmatic Attack

กัญพัทธ์ นียมวิทย์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) *
Kanyapat Niyomwit, M.N.S. (Nursing Administration) *

โรคหืด (asthma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน (acute asthmatic attack) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเสียชีวิต โดยต้องรีบแก้ไขภาวะหลอดลมหดรัดเกร็งและภาวะพร่องออกซิเจน หากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการหอบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ (จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, 2558) พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน สามารถประเมินระดับการควบคุมโรคหืดได้ และให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างมีคุณภาพทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลเมื่อแรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน การพยาบาลในหอผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย บทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน ในสาระสำคัญ ได้แก่ การประเมินระดับการควบคุมโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการพยาบาล

โรคหืดสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย ตั้งแต่อายุ 1 ปี พบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคหืดมักมีอาการในช่วงวัยเด็กเล็กหรือก่อนอายุ 4-5 ปี จากข้อมูลการสำรวจในกลุ่มประชากรเด็กกว่า 1,200,000 คน จาก 97 ประเทศทั่วโลก พบว่าความชุกของโรคหืดในกลุ่มเด็กเล็กอยู่ระหว่างร้อยละ 2.40-37.60 และในกลุ่มเด็กโต อายุ 13-14 ปี อยู่ระหว่าง

ร้อยละ 0.80-32.60 (สมบุรณ์ จันทร์สกุลพร, 2558) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีประชากรเด็กประมาณ 15,192,000 คน โดยพบความชุกของโรคหืดร้อยละ 10 กล่าวคือ มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดประมาณ 1.52 ล้านคน และมีค่าใช้จ่ายจากยารักษาโรคหืดประมาณ 6,500 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นเงินทั้งสิ้น 9,880 ล้านบาทต่อปี ถือว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างยิ่ง (สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, 2555)

โรคหืดเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างมาก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดจะมีอาการหอบ หายใจลำบาก ไอมากในเวลากลางคืน ทำให้รบกวนการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียความสามารถในการเรียนรู้ลดลง เมื่อมีอาการหอบมากขึ้นทำให้ต้องขาดเรียนบ่อย ลดความสามารถในการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ไม่สามารถร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นเด็กทั่วไป หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เด็กอาจเกิดความผิดปกติของร่างกาย เช่น หน้าอกพองโต การเจริญเติบโตน้อยกว่าปกติ และอาจเกิดปัญหาพัฒนาการช้า นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ดูแลเนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก โดยเฉพาะอาการหอบในเวลากลางคืนทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนได้น้อย รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาเด็กมารักษา หรือสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อมาดูแลเด็ก เมื่อเกิดโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับ

* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือหอผู้ป่วยเด็ก รวมถึงหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืดแล้ว ไม่รีบเข้ารับการรักษา จะสูญเสียสมรรถภาพปอดอย่างถาวรได้ (สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, 2554)

ความหมายของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบเฉียบพลันในทางที่เลวลงของอาการหืด โดยจะเกิดการหดเกร็งของหลอดลม หลอดเลือดขยายตัว มีการรั่วซึมของของเหลวจากหลอดเลือดเข้าต่อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการบวมของเยื่อหลอดลม มีการสร้างสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น และเพิ่มความไวเกินของหลอดลม ผลที่ตามมาคือมีการเพิ่มแรงต้านทานของทางเดินหายใจ เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ทำให้มีการผันผวนของลมทั่วทั้งปอด และมีลมค้างในปอด ทำให้ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ได้แก่ ไอ หายใจหอบ หายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ร่วมกับการลดลงอย่างชัดเจนของสมรรถภาพปอด (จรรยา ไขวญ, 2556; ประภาศรี กุลาเลิศ, 2559)

การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง การรักษามุ่งเน้นไปที่เป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ก่อนเริ่มการรักษา หรือขณะติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความสามารถในการควบคุมอาการของโรค การใช้ยารักษา และความร่วมมือในการรักษา โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด ด้วยประวัติภายในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดังอาการต่อไปนี้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2558)

1. มีอาการไอ หรือหอบ หรือหายใจมีเสียงหวีด ในช่วงกลางวัน มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. ต้องลุกขึ้นมาไอ/หอบ/หายใจมีเสียงหวีด ในช่วงกลางคืน

3. มีอาการไอ/หอบ/หายใจมีเสียงหวีด ทำให้มีปัญหาการเล่น หรือการทำกิจวัตรประจำวัน

4. ต้องใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ยกเว้นการใช้ยาก่อนออกกำลังกาย) (ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

หากผู้ป่วยมีอาการตามข้อ 1 และข้อ 2 แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคได้บางส่วน (partly controlled) หากผู้ป่วยมีอาการตามข้อ 3 และข้อ 4 แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคไม่ได้ (uncontrolled) และหากผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ทั้ง 4 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคได้สมบูรณ์ (complete controlled) (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2558)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนี้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2558; อรพรรณ โพชนุกูล, 2558)

1. ปัจจัยด้านการควบคุมโรคหืด ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ทั้งหมด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน หากมีอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลันบ่อย ๆ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา หรือเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน จะต้องทบทวนการดูแลรักษาทุกครั้งว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลันคือ ระดับการควบคุมโรคหืดที่ต่ำ โดยในกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำถึง 29 เท่า ในขณะที่กลุ่มที่ควบคุมโรคได้บางส่วนเพิ่มความเสี่ยงเพียงร้อยละ 4.80 ในช่วงที่ยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้ แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการบ่อย ๆ และเมื่อมีอาการดีขึ้นจนคงที่ จึงนัดห่างออกไปเป็น 1-6 เดือน โดยต้องประเมินการวัดค่าอัตราการไหลของอากาศที่หายใจออกสูงสุด (peak expiratory flow rate: PEFr) ซึ่งจะวัดในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังจากการหายใจเข้าเต็มที่ มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาที นอกจากนี้ยังต้องประเมิน

เรื่องการไอ การป้องกันสารก่อภูมิแพ้และสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วย การเจ็บป่วยอื่นๆ และสภาวะจิตใจ รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะทางเดินหายใจส่วนต้น จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ ซึ่งจำแนกการติดเชื้อได้ดังนี้

2.1 การติดเชื้อไวรัส เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุได้บ่อยคือ respiratory syncytial virus (RSV), rhinovirus และ influenza virus type A และ type B

2.2 การติดเชื้อแบคทีเรีย พบว่าเชื้อ Mycoplasma pneumoniae และเชื้อ Chlamydia pneumoniae มีความสัมพันธ์กับโรคหืดและการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี พบได้ร้อยละ 12 โดยเป็นการติดเชื้อร่วมกับเชื้อไวรัส

2.3 การติดเชื้อรา พบว่าเชื้อราเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่สำคัญ และผู้ป่วยโรคหืดมักไม่ตอบสนองต่อการรักษา (therapy-resistant severe asthma) โดยผู้ป่วยมักตรวจพบปฏิริยาภูมิแพ้ต่อเชื้อ Aspergillus fumigates และ Penicillium notatum

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญมีดังนี้

3.1 ควันบุหรี่ มีผลทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังชนิดไม่ใช้เซลล์ eosinophil ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ หากผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่จะทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบเฉียบพลันได้

3.2 สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของอากาศมลพิษต่าง ๆ และสารก่อภูมิแพ้ เช่น ละอองเกสร ฝุ่น ควัน ควันสัตว์

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ภาวะกรดไหลย้อน ภาวะเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาทางจิต

5. ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่หักโหม ใช้แรงมาก จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหืดบางรายเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้มีเหงื่อ หายใจเร็ว มีการสูญเสียความร้อน และสูญเสียไอน้ำบริเวณเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของของเหลวในผนังหลอดลม ซึ่งจะกระตุ้น

ให้เกิดอาการกำเริบได้

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลันเกิดจากการทำงานร่วมกันของการอักเสบของเซลล์ (inflammatory cell) สารตัวกลาง (mediator) และเนื้อเยื่อผิวทางเดินหายใจ (airway epithelium) ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดลมหลังจากได้รับสารก่อภูมิแพ้หรือสารระคายเคือง โดยสารก่อภูมิแพ้หรือสารระคายเคืองจะกระตุ้นให้เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์หลังสารอิมมูโนโกลบูลินอี (IgE) โดยที่ IgE ที่หลั่งออกมาจะไปเกาะที่ตัวรับที่ผิวแมสต์เซลล์ (mast cell) ทำให้แมสต์เซลล์แตกตัว และหลั่งสารคัดหลั่งภายใน ได้แก่ interleukin ออกมา ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมมีการหดตัวอย่างเฉียบพลัน เยื่อหุ้มหลอดลมบวม และมีสารน้ำรั่วออกมาจากหลอดเลือดมากขึ้นในทันที เรียกว่า ปฏิริยาในระยะเฉียบพลัน (acute phase reaction) จากนั้นสารตัวกลางที่หลั่งออกมาจะกระตุ้นเม็ดเลือดและเกิดการอักเสบของหลอดลมในอีก 6-8 ชั่วโมงต่อมา ซึ่งเรียกว่า ปฏิริยาในระยะท้าย (late phase reaction) เมื่อหลอดลมตีบ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) ในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดลมอย่างรุนแรง และเป็นเวลานาน กล้ามเนื้อการหายใจจะล้า จนเกิดภาวะการระบายอากาศในถุงลมลดลง (alveolar hypoventilation) มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และเกิดภาวะกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) โดยการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเป็นเวลานานจนร่างกายมีการสันดาปพลังงานจากกระบวนการไม่พึ่งออกซิเจน จะทำให้เกิดกรดแล็กติก ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดตามมา ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก นอกจากนี้ การที่หลอดลมตีบยังทำให้เกิดการคั่งของลมในช่วงหายใจออก ส่งผลต่อการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจห้องขวา ทำให้มีการลดลงของการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย เป็นเหตุให้ปริมาณก๊าซออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้ (ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2557; รัฐพล อุปลา, 2559)

แนวทางการวินิจฉัยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

การวินิจฉัยโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน มีดังนี้ (อรพรรณ โพนนุกูล, 2558)

1. การซักประวัติ เกี่ยวกับความรุนแรงและระยะเวลาที่เริ่มมีอาการหืดกำเริบ ความสามารถในการทำกิจกรรม การรบกวนการนอน ปัสสาวะกระตุ้นให้เกิดอาการ การตอบสนองของผู้ป่วยหลังได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน ทั้งชนิดยา ปริมาณ วิธีการใช้ยา และความถี่ในการใช้ยา รวมถึงประเมินความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวประกอบด้วย 1) มีประวัติโรคหืดกำเริบในระยะเฉียบพลันที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 2) มีประวัติโรคหืดกำเริบที่มีรักษาที่ห้องฉุกเฉินมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อปี หรือพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา 3) กำลังรับประทานหรือหยุดรับประทานยาสเตียรอยด์ 4) ไม่ได้ใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น หรือหยุดใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นได้ไม่นาน 5) ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นเพื่อบรรเทาอาการ มากกว่า 200 กด (puff) ต่อเดือน 6) มีประวัติการใช้ยารักษาโรคหืดไม่สม่ำเสมอ และ/หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลอาการหืดกำเริบ 7) มีประวัติการแพ้อาหารที่ทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบ และ 9) มีโรคร่วม เช่น จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ หลอดลมอักเสบ โรคปอดเรื้อรัง ภาวะอ้วน โรคหัวใจ โรคทางจิตเวช

2. การตรวจร่างกาย ตรวจพบอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ได้ยินเสียงหวีดขณะหายใจออก ซึ่งมักมีอาการไอร่วมด้วย ไอบ่อย มีเสมหะมาก ซึ่งเป็นเสมหะที่เหนียวข้น จับออกยาก เมื่อมีอาการมากขึ้น เด็กจะรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจหอบมากขึ้น เมื่อประเมินสภาพปอดโดยการฟัง จะได้ยินเสียงหวีดที่ปอดทั้งสองข้าง โดยจะได้ยินเสียงในช่วงหายใจออกก่อน หากมีอาการมากขึ้น จะได้ยินเสียงทั้งในช่วงหายใจเข้าและหายใจออก หากอาการรุนแรงมากอาจฟังเสียงหวีดไม่ได้ และเสียงหายใจจะเบาลงเนื่องจากหลอดลมตีบมาก นอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นนั่ง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกมากเขียว ความรู้สึกตัวจะค่อย ๆ ลดลง จนกระทั่งหมดสติ และเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ นอกจากนี้ยังต้องวัดความอิ่มตัว

ของออกซิเจน ซึ่งควรมากกว่า 95% ในกรณีที่วัดได้น้อยกว่า 92% อาจพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และหากได้ค่าน้อยกว่า 90% บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีอาการหืดกำเริบรุนแรง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพปอด เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค โดยการเป่า peak flow meter เพื่อดูค่า PEFR โดยแนะนำให้ประเมินสมรรถภาพปอดเมื่อเริ่มการวินิจฉัย และหลังการรักษา ทุก 3-6 เดือน ส่วนการตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคอื่น และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปอดอักเสบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด

แนวทางการรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน คือ รีบแก้ไขภาวะหลอดลมหดเกร็ง และภาวะพร่องออกซิเจน เพราะหากปล่อยไว้จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น เมื่อทำการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยแล้ว ต้องรีบให้การรักษาทันที โดยการรักษาประกอบด้วย 1) การให้ยาขยายหลอดลม เพื่อแก้ไขภาวะหลอดลมหดเกร็ง 2) การให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และ 3) การให้ยาสเตียรอยด์ เพื่อลดการบวมและการอักเสบของหลอดลม หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นในห้องฉุกเฉิน ควรเตรียมความพร้อมในการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมต่อไป (กันย์ พงษ์สามารถ, จิตติมา ไพรคณะชก, ปารวี พรตตะเสน, อรสุรีย์ บุญญาวิวัฒน์, และนवलอนงค์ วิศิษฎสุนทร, 2555; ประภาศรี กุลาเลิศ, 2559)

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน การพยาบาลในหอผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การพยาบาลเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน

การพยาบาลในระยะนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การจัดการอาการฉุกเฉิน และการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการปฏิบัติคือ ประเมินความรุนแรงของโรคจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย จากนั้นตรวจสอบสมรรถภาพปอดโดยการเป่า peak flow meter เพื่อดูค่า PEFR โดยค่าปกติขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และส่วนสูง ซึ่งมีสูตรการคำนวณสำหรับเด็กอายุ น้อยกว่า 15 ปี คือ ค่าที่ทำนาย PEF (predicted PEF)

เท่ากับ (ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร x 5) - 400 ลิตรต่อนาที หากเป่าได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ของค่าที่ทำนายตามความสูง ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะหลอดลมส่วนล่างอุดกั้น นอกจากนี้ ยังต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่ดกำเริบเฉียบพลัน โดยใช้เกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งที่นิยมใช้คือ Siriraj Clinical Asthma Score (SCAS) โดยมีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ เสียหวีด การดึงรั้ง (การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ) อาการหายใจลำบาก และระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Siriraj Clinical Asthma Score

คะแนน	อัตราการหายใจ (respiratory rate) (ครั้ง/นาที)		เสียงหวีด (wheezing)	การดึงรั้ง (retraction)	อาการหายใจลำบาก (dyspnea)	ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน
	อายุ 0-5 ปี	> 5 ปี				
0	< 40	< 30	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	≥ 95%
1	40-60	30-40	เฉพาะการหายใจออก	ตำแหน่งเดียว	เล็กน้อย	92-94%
2	> 60	> 40	หายใจเข้าและออก	> 1 ตำแหน่ง	ปานกลาง	≤ 91%

การแปลผล (อรพรรณ โพนกุล, 2558)

คะแนน 0-4 = ไม่มีอันตรายในขณะนั้น ให้กลับบ้านได้

คะแนน 5-6 = รับไว้ในโรงพยาบาล

คะแนน 7-8 = พ่นยาขยายหลอดลม ทุก 20 นาที ไม่เกิน 3 ครั้ง แล้วประเมินอาการซ้ำ

คะแนน 9-10 = รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และให้การรักษาระเบิดต้นด้วยยาขยายหลอดลมทันทีที่ห้องฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันได้รับการประเมินดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผลการประเมินสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการรุนแรง และกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งมีแนวทางในการพยาบาลแตกต่างกัน ดังนี้ (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2558; มุกดา หวังวิรวงศ์, 2558; รัฐพล อุปลา, 2559)

1. กลุ่มที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยจะมีภาวะเขียว (cyanosis) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ อันแสดงถึงความรุนแรงของโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยจะมีอาการและอาการแสดงคือ มีชายโครงบวม พูดได้เป็นคำ กระสับกระส่าย ค่า PEFR น้อยกว่าร้อยละ 50 และมี SCAS เท่ากับ 9-10 คะแนน อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ โดยแนวทางในการพยาบาลมีดังนี้ 1) เตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์เพื่อการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้แก่ร่างกาย คงการแลกเปลี่ยนก๊าซของถุงลมในปอด และบรรเทาอาการล้าของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ 2) ดูแลให้ได้รับยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์ ได้แก่ ยา hydrocortisone หรือยา methylprednisolone โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ 3) ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมกลุ่ม short acting β_2 -agonists (SABA) ได้แก่ ยา salbutamol พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่สำคัญจากยาคือ หัวใจเต้นเร็ว และ 4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา จากนั้นย้ายผู้ป่วยไปดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤต

2. กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะไม่มีชายโครงบวม พูดได้เป็นประโยค ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 92% เมื่อหายใจอากาศปกติ (room air) อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 100-120 ครั้งต่อนาที ค่า PEFR มากกว่าร้อยละ 50 โดยแนวทางในการพยาบาลมีดังนี้

2.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด โดยรักษา ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 95%

2.2 ดูแลให้ได้รับยาลดการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์

ได้แก่ ยา hydrocortisone หรือยา methylprednisolone โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือยา prednisolone ชนิดรับประทาน

2.3 ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ครั้งละ 2-6 puff ในรูปของ metered dose inhaler (MDI) ร่วมกับ spacer หรือ nebulizers ตามแผนการรักษา ทุก 20-30 นาที โดยให้ได้ถึง 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง กรณีที่พ่นยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA มา 2 ครั้งแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์จะพิจารณาให้พ่นยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ร่วมกับยา ipratropium ต่อในครั้งที่ 3

2.4 ประเมินอาการซ้ำที่ 1 ชั่วโมง หากอาการดีขึ้น ได้แก่ เสียงลมหายใจเท่ากันทั้งสองข้าง (good air entry) และไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ (no retraction) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ 95% เมื่อหายใจอากาศปกติ ค่า PEFR มากกว่าร้อยละ 60 แพทย์จะพิจารณานุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้การดูแลต่อที่บ้าน ได้แก่ ให้ยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ชนิดสูด/พ่น หรือชนิดรับประทาน โดยให้ทุก 4-6 ชั่วโมง กรณีให้ยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA 3 ครั้ง ต้องให้รับประทานยา prednisolone ต่อ 5-7 วัน และนัดติดตามอาการภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืด และวางแผนการรักษาในระยะยาว หรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

2.5 กรณีที่ผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินบ่อย ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ควรพิจารณาส่งผู้ป่วยพบกุมารแพทย์ หรือกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคมุมแพหรือโรคทางเดินหายใจ เพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืด และวางแผนการรักษาในระยะยาวต่อไป

2. การพยาบาลในหอผู้ป่วย

การพยาบาลในระยะนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญคือ เพื่อรักษาอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยเด็กไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ มีอาการหอบต่อเนื่องมานานก่อนพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 1-3 ชั่วโมง หรือหลังมีการอุดกั้นของหลอดลมเพิ่มขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 95%

ค่า PEFr น้อยกว่าร้อยละ 25 ก่อนการรักษา หรือน้อยกว่า ร้อยละ 40 หลังได้รับการรักษา และมี SCAS เท่ากับ 5-6 คะแนนขึ้นไป โดยแนวทางในการพยาบาลมีดังนี้ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2555; จรุงจิตร งามไพบุลย์, 2556; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดากรณ์ พยัคฆเรือง, 2558; รัฐพล อุปลา, 2559)

2.1 ประเมินอาการโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน โดยใช้ SCAS เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค ทุก 2-4 ชั่วโมง

2.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับ ความอึดตัวของออกซิเจน ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อติดตาม อาการอย่างใกล้ชิด หากพบสิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงาน แพทย์

2.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่มีอาการรุนแรงควรติดตามระดับออกซิเจนใน เลือดแดงร่วมด้วย และในกรณีที่ใช้ยาขยายหลอดลม กลุ่ม SABA ในขนาดสูง ติดต่อกันหลายครั้ง ควรติดตาม ระดับโพแทสเซียมในเลือด

2.4 จัดทำอนศิระสูงประมาณ 30 องศา โดยใช้ผ้าห่มให้คอแห้งเล็กน้อยในเด็กเล็ก เพื่อให้ ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ส่วนเด็กโต ควรจัดทำอนศิระสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี

2.5 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา รักษาระดับความอึดตัวของออกซิเจนให้ได้มากกว่าหรือ เท่ากับ 95% ในกรณีที่เสมหะเหนียวข้น ควรใช้ออกซิเจน ชนิดที่มีความชื้นสูง

2.6 สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจ หอบมากขึ้น หายใจลำบาก หายใจหน้าอกบวม ระดับ ความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ร้องกวน ซึม หากพบ สิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

2.7 ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผน การรักษา ได้แก่ ยาขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ซึ่งโดยทั่วไป นิยมให้ทางการสูดดมแบบฝอยละออง (aerosol therapy) ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ salbutamol ชนิด nebule ครั้งละ

2.5-5 มก. ผสมกับ NSS ให้ได้ปริมาณ 3-4 มล. โดยใช้ อุปกรณ์ที่ผลิตฝอยละอองยา ที่เรียกว่า small volume jet nebulizer (SVN) เปิดอัตราการไหลของออกซิเจน 6-8 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ได้ฝอยละอองขนาด 1-3 ไมครอน ซึ่งเป็นขนาดของฝอยละอองที่ลงสู่ถุงลมได้ดี (ชิติดา ชัยสุขมงคลลาภ, 2551) โดยให้เด็กหายใจเข้า-ออก ตามปกติ หากเป็นเด็กโตที่ให้ความร่วมมือดี ให้หายใจ เข้าช้าๆ ลึกๆ เพื่อให้ได้รับยามากขึ้น ส่วนเด็กเล็ก อาจให้ มารดาอุ้มนั่งบนตัก พยายามไม่让孩子ร้องไห้ เพราะจะ ทำให้หายใจเอาฝอยละอองยาเข้าไปได้ไม่เต็มที่ หากผู้ป่วย มีอาการหอบรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยาพ่นขยาย หลอดลมแบบละอองฝอย จะให้ยา terbutaline ฉีดเข้า ขึ้นใต้ผิวหนัง ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้ขนาด 0.01 มก./กก. หรือหากมีอาการรุนแรงมาก จะให้ยา ในรูปการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่องใน หอผู้ป่วยวิกฤต

2.8 ประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจาก การใช้ยาขยายหลอดลม เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มือสั่น นอนไม่หลับ หากพบสิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

2.9 ประเมินสภาพปอดโดยการใช้หูฟัง ฟังเสียง ลมผ่านปอดก่อนและหลังการพ่นยาขยายหลอดลม เพื่อประเมินการหดเกร็งของหลอดลม หากหลังการพ่นยา แล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยยังคงมีอาการหายใจเร็ว ได้ยินเสียงหวีด ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา

2.10 ดูแลให้ได้รับยาสเตียรอยด์เพื่อลด การอักเสบ ตามแผนการรักษา ซึ่งข้อบ่งชี้ในการให้ คือ ควรให้ทันทีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการได้รับ ยาพ่นขยายหลอดลมในครั้งแรก โดยให้ยาในรูปการฉีด เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือรับประทานยาไม่ได้ ทั้งนี้ จากการศึกษาแบบ systematic review พบว่าผู้ป่วย เด็กที่มารักษาด้วยโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างรุนแรง การให้ยาสเตียรอยด์ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว และ โอกาสเกิดโรคหืดกำเริบเฉียบพลันภายใน 1-3 เดือน ลดลง 5 เท่า โดยใช้ยา hydrocortisone ขนาด 5 มก./กก. หรือยา methylprednisolone ขนาด 1-2 มก./กก. ในรูปการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นอยู่กับ

ความรุนแรงของอาการ หากอาการดีขึ้นและรับประทานยาได้ ให้เปลี่ยนเป็นยา prednisolone ชนิดเม็ด โดยให้รับประทานต่อจนครบ เป็นเวลา 5-7 วัน ซึ่งโดยทั่วไปการให้ยาสเตียรอยด์ในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์มักไม่เกิดผลข้างเคียง ยกเว้นบางรายที่อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหรือมีน้ำตาลในเลือดสูง

2.11 ดูแลให้ได้รับยาเมกนีเซียมซัลเฟตตามแผนการรักษา ซึ่งข้อบ่งชี้ในการใช้ยาคือ ใช้ในผู้ป่วยที่ยังมีอาการของโรคหืดกำเริบเฉียบพลันอย่างรุนแรง โดยยามีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว และช่วยขยายหลอดลม ทั้งนี้ ขนาดยาที่ใช้ในการรักษาคือ 25-40 มก./กก. ในรูปการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่องภายในเวลา 20-30 นาที และสามารถให้ยาซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง แต่ควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ หน้าแดง หัวใจเต้นผิดปกติ ง่วงซึม

2.12 ดูแลให้ดื่มน้ำอุ่นเป็นระยะ เพื่อช่วยละลายเสมหะ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อยมาก

2.13 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมาก ไม่สามารถให้สารน้ำทางปากได้เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้นจากการหายใจหอบเหนื่อย

2.14 ประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง กระหม่อมบวม ความตึงตัวของผิวหนังลดลง หากพบสิ่งผิดปกติ ให้รีบรายงานแพทย์

2.15 เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดในระยะแรก ๆ หรือในขณะมีอาการหอบหายใจลำบาก โดยช่วยปลอบโยน เพื่อให้คลายความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการหอบน้อยลง

2.16 ยึดหลักการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน

3. การวางแผนจำหน่าย

การพยาบาลในระยะนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ

คือ เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรคหืด จากการพบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลที่เหมาะสมของผู้ป่วยและครอบครัวในการป้องกันโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกันการกำเริบของโรคหืด โดยการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้น 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กและการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย 3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัด และ 4) ด้านการจัดการและดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบ โดยครอบครัวสามารถประเมินการหายใจและสังเกตอาการเตือนของโรคหืดกำเริบเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ อาการไอ และความผิดปกติของการหายใจ ทำให้สามารถเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืดได้ เป็นการลดความรุนแรงของโรค สามารถใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมเพื่อควบคุมอาการหอบได้ถูกวิธี ทำให้การพ่นยาแก่เด็กมีประสิทธิภาพ เด็กได้ยาครบถ้วน ซึ่งอาจช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ซึ่งการดูแลทั้ง 4 ด้านดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการได้ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและความพิการตามมา ทั้งนี้ บุคลากรทีมสุขภาพต้องเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเด็กมีความเชื่อมั่นและตระหนักในศักยภาพของตน ในการดูแลเด็กโรคหืด (ลักขมี สารบรรณ, ศรีวภา ธรรมสุนทร, ถนอม ชูงาน, และสุพิศ ว่องไวรุต 2555; สุนันท์ ขาวประพันธ์, ปรีกษ์มล รัชกุล, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2555; อาภาวรรณ หนูคง, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง, ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, และศิริวรรณ จูทะพงษ์, 2012) เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะได้รับการจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต โดยแนวทางในการพยาบาลแต่ละด้าน มีดังนี้ (อรพรรณ โพชนุกูล, 2552; อภิชาติ คณิตทรัพย์ และมุกดา หวังวีรวงศ์, 2555)

1. ด้านการป้องกันการกำเริบของโรคหืด โดยการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้น ซึ่งพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนี้

1.1 การป้องกันไรฝุ่น โดยซักผ้าปูเตียง ผ้าคลุมที่นอน ปลอกหมอนต่างๆ ผ้าห่ม และผ้าม่าน ในน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิ 55-60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที ทุก 1-2 สัปดาห์ ใช้ผ้าใยสังเคราะห์ชนิดพิเศษ (ทอแน่น) ในการหุ้มเครื่องนอนทั้งหมด เพื่อไม่ให้ไรฝุ่นหลุดออกมา จัดห้องนอนให้โล่ง หลีกเลี่ยงการปูพรม การติดม่าน หรือการมีตุ๊กตาหลายตัว ทำความสะอาดของเล่นด้วยน้ำร้อนเป็นประจำ และใช้เครื่องดูดฝุ่นอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.2 การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการรุนแรงขึ้น

1.3 การกำจัดแมลงสาบ โดยทำความสะอาดบ้านอยู่เสมอ ภาชนะที่เก็บอาหารควรมีฝาปิดมิดชิด กำจัดเศษอาหารภายในบ้านทุกวัน ไม่ปล่อยให้ น้ำขังในที่ต่างๆ เช่น ในอ่างน้ำ ขาตู้กับข้าว เพื่อไม่ให้ เป็นแหล่งที่อยู่ของแมลงสาบ

1.4 การหลีกเลี่ยงละอองเกสร ดอกหญ้า โดยปิดหน้าต่างและประตูในช่วงที่มีการกระจายของ ละอองเกสร หรือช่วงที่มีลมแรง ติดเครื่องปรับอากาศ และเครื่องฟอกอากาศที่เป็นระบบ HEPA (high efficiency particulate air) ซึ่งสามารถกรองอนุภาคของละอองเกสร ฝุ่น และสารก่อภูมิแพ้ในอากาศที่มีขนาด 0.30 ไมครอนได้

1.5 การกำจัดแหล่งของเชื้อรา โดยทำความสะอาด บริเวณที่มีน้ำขังเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นแหล่งของเชื้อรา ในบ้านได้ เช่น ห้องน้ำ ห้องครัว โดยใช้น้ำพ่นฆ่า หรือกันเชื้อราในบริเวณที่มีเชื้อรา

1.6 การหลีกเลี่ยงขนสัตว์เลี้ยง ซึ่งการรด เลี้ยงสัตว์เป็นวิธีที่ดีที่สุด หากจำเป็นต้องเลี้ยง ให้อาบน้ำ สัตว์เลี้ยงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ไม่นำสัตว์เลี้ยงไปนอน บนเตียง และไม่ให้สัตว์เลี้ยงเลียหน้า

1.7 การหลีกเลี่ยงควันไฟจากการใช้เตาถ่าน รวมทั้งสารระคายเคืองในบ้าน เช่น สเปรย์ น้ำยาเคลือบมัน โดยควรใช้เตาที่ไม่มีควัน หรือใช้เตาถ่านภายนอกบ้าน ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทดี

1.8 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

โดยเฉพาะหวัด ไข้หวัดใหญ่ โดยไม่คลุกคลีหรือใกล้ชิด ผู้ที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และควรฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ทุกปี

1.9 แนะนำให้ผู้ป่วยล้างจมูกอย่างสม่ำเสมอ วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กและการดูแล รักษาสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย โดยพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.1 สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนม ตนเอง อย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด

2.2 สอนวิธีการหายใจแก่ผู้ป่วยที่เป็นเด็กโต เพื่อช่วยให้ปลอดภัยตัวเต็มที่ทุกกลีบ เช่น การหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลม

2.3 แนะนำผู้ป่วยให้เลือกรับประทานอาหารที่ เหมาะสม โดยเป็นวิธีที่ไม่หักโหมหรือทำให้เหนื่อย จนเกินไป เนื่องจากการออกกำลังกายจะกระตุ้นให้ หลอดลมมีการหดเกร็ง หรืออาจกระตุ้นให้โรคหืด เกิดการกำเริบเฉียบพลันได้ ทั้งนี้ การว่ายน้ำถือว่าเป็น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่เป็นโรคหืด หากเคยออกกำลังกายแล้วมีอาการหอบ ควรใช้ยาพ่น ขยายหลอดลมกลุ่ม SABA ก่อนออกกำลังกายประมาณ 15-30 นาที เพื่อป้องกันการหดเกร็งของหลอดลม นอกจากนี้ควรฝึกให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยมีกรอบอุ่นร่างกาย (warm up) ก่อนทุกครั้ง ซึ่งจะ ช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้

3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ประสานงานให้แพทย์อธิบายสาเหตุ ของโรค อาการและอาการแสดง และแนวทางการรักษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นให้ทราบถึงความจำเป็น ในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง

3.2 อธิบายเรื่องการให้ยา ร่วมกับเภสัชกร โดยอธิบายเกี่ยวกับยา 2 ประเภท คือ 1) ยาที่ใช้ใน การควบคุมอาการ (controller) เป็นยาที่มีฤทธิ์ด้าน การอักเสบ ลดการบวมของผนังหลอดลม ได้แก่ ยาสูด สเตียรอยด์ (inhaled corticosteroids: ICS) โดยยา

ควบคุมอาการนี้ ผู้ป่วยต้องพ่นยาทุกวันอย่างสม่ำเสมอ แม้ไม่มีอาการของโรค เมื่อรักษาด้วยยาประเภทควบคุมอาการแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการได้เต็มที่ภายใน 2-3 เดือนหลังการรักษา ทั้งนี้ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ การเกิดเชื้อราในช่องปาก และเสียงแหบ ควรกลั้วคอหรือบ้วนปากด้วยน้ำทุกครั้งหลังพ่นยา และ 2) ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (reliever) เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหลอดลมหดเกร็ง โดยไม่มีผลต่อการอักเสบที่ผนังหลอดลม ยาที่นิยมใช้และได้ผลดีที่สุดคือ ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting β_2 -agonists: RABA) ซึ่งต้องเน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าให้ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น

3.3 เน้นย้ำกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการ และเพื่อประเมินผลการรักษา ได้แก่ การประเมินการควบคุมโรค ความสม่ำเสมอของการใช้ยา และตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาพ่นสูด สอบถามถึงการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง และตรวจประเมินโรคร่วม เช่น โรคอ้วน โรคภูมิแพ้ รวมทั้งทบทวนแผนการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ ในเด็กโตควรได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดทุก 3-6 เดือน

3.4 แนะนำให้ครอบครัวพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนนัด หากมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ มีไข้เป็นหวัด ไอมาก หอบมาก ใช้ยารักษาโรคหืดแล้วไม่ทุเลาหรือขาดยาในรายที่แพทย์แนะนำให้ใช้ยาประจำ

3.5 แนะนำให้ครอบครัวและผู้ป่วยรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การรับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ การรับข้อมูลข่าวสารจากสมาคมโรคหืด หรือจากการดูโทรทัศน์

4. ด้านการจัดการและดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบ โดยพยาบาลควรให้ความรู้ในการดูแลรักษาอาการโรคหืดกำเริบในระยะเฉียบพลันที่บ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตและประเมินความรุนแรงของอาการ ได้แก่ อาการไอ ตื่นมาไอตอนกลางคืน หายใจลำบาก มีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ไซ้กล้ำเนื้อช่วยหายใจ และหายใจหน้าอกบวม เมื่อมี

อาการดังกล่าว ให้ใช้ยาสูด inhaled SABA 4-6 puff ซ้ำได้ 3 ครั้ง โดยห่างกัน 20 นาที อาจให้ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานได้ ทั้งนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่ายายังอาจไม่ออกฤทธิ์ทันที หลังจากสูดยาแล้ว ให้ประเมินการตอบสนองของยา หากอาการดีขึ้นอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ให้สูด inhaled SABA 4-6 puff ทุก 3-4 ชั่วโมง ต่อประมาณ 24-48 ชั่วโมง และนัดมาพบแพทย์ภายใน 1-2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการรักษาต่อไป หากอาการดีขึ้นแล้วกลับเป็นอีกภายใน 3 ชั่วโมง ให้สูด inhaled SABA 6-10 puff ทุก 1-2 ชั่วโมง และไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาภายในวันนั้น และหากอาการไม่ดีขึ้นให้สูด inhaled SABA 6-10 puff ทุก 1-2 ชั่วโมง และให้รีบไปโรงพยาบาลทันทีเพื่อรับการรักษาฉุกเฉิน

โรคหืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านการควบคุมโรคหืด ซึ่งการประเมินความรุนแรงของโรคควบคู่กับการให้การรักษาย่างทันทั่วถึง จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้ นอกจากนี้ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้โรคหืดเกิดการกำเริบ การใช้ยาควบคุมอาการ และยาบรรเทาอาการที่ถูกต้อง และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมอาการของโรคได้สมบูรณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตในเด็กจากโรคหืดได้

เอกสารอ้างอิง

กันย์ พงษ์สามารถ, จิตติมา ไพโรคนะชก, ปารวี พรตตะเสน, อรุณีย์ บุญญาวีวัฒน์, และนวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร. (2555). โรคหืดในเด็ก (Childhood asthma). ใน อรรถัย พิบูลโคกานันท์, นวลอนงค์ วิศิษฎ์สุนทร, วรวิษญ์ เหลืองเวชการ, และปัญญา ปาจารย์. (บ.ก.). *โรคภูมิแพ้และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิในเด็ก Pediatric allergy & primary immunodeficiency diseases*. หน้า 79-136. กรุงเทพฯ: สยาม คัลเลอร์พริ้นท์.

- คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. (2558). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2560, จาก http://allergy.or.th/2016/pdf/Final_Thai_CPG_Ped_Asthma_2016.pdf
- จรุงจิตร์ งามไพบูลย์. (2556). Acute asthmatic attack. ใน พรชัย กิ่งวัฒนกุล, และคณะ. (บ.ก.). *ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก แนวทางการดูแลรักษา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3*. หน้า 38-51. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จิตต์ดาดา ดีโรจนวงศ์. (2558). Managing severe asthma: How do we manage in the ICU setting. ใน ดุลิต สดาวร, เฉลิมไทย เอกศิลป์, และรุจิภัตต์ สำราญสำรวกิจ. (บ.ก.). *Pediatric critical care: The essentials*. หน้า 67-79. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย.
- จิตติดา ชัยศุกมมงคลลาภ. (2551). Update care management in status asthmaticus. ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิตติดา ชัยศุกมมงคลลาภ, และธณู พุกบุญมี. (บ.ก.). *Advanced pediatric critical care nursing*. หน้า 125-134. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2557). โรคหืดกำเริบเฉียบพลัน. ใน ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล. (บ.ก.). *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 1*. หน้า 136-147. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพ็บลิชซิง.
- ประกาศิ์ ภูาลิศ. (2559). โรคหืดในเด็ก. ใน สุขเกษม โฉมิตเศรษฐ, พรทิพา อิงคกุล, ยวลักษณ์ ธรรมเกษร, พรรณพัชร พิริยะนนท์, ศรียา ประจักษ์ธรรม, และประกาศิ์ ภูาลิศ. (บ.ก.). *Textbook of pediatrics ตำรากรมเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1*. หน้า 491-522. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล แพ็บลิเคชัน.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติทางอายุรกรรมในระบบต่างๆ*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- มุกดา หวังวีรวงศ์. (2558). โรคหอบหืด. ใน วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, สมจิต ศรีอุดมขจร, ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร, และอรวรรณ เอี่ยมโอภาส. (บ.ก.). *ตำรากุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Textbook of pediatrics Rangsit University*. หน้า 1-18. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- รัฐพล อุปลา. (2559). Asthma: Management in acute setting. ใน อรุณวรรณ พุทธิพันธ์ุ, พนิดา ศรีสันต์, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, และสนิตรา ศิริธงกุล. (บ.ก.). *Common pediatric respiratory diseases 2016*. หน้า 82-91. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ลักษณะมี สารบรรณ, ศรีวิภา ธรรมสุนทร, ธนอม ชูงาน, และสุพิศ วงษ์ไรรูด. (2555). ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(2), 23-36.
- ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง. (2558). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2*. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิง.
- สมบูรณ์ จันท์สกุลพร. (2558). ระบาดวิทยาและความสัมพันธ์ระหว่างโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ. ใน อรพรรณ โพนนกุล, และสมบูรณ์ จันท์สกุลพร. *โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก*. หน้า 1-22. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรินต์ติ้ง.
- สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. (2554). *โรคหืดรุนแรงถึงตาย แต่ป้องกันได้*. สืบค้น วันที่ 16 มิถุนายน 2560, จาก http://allergy.or.th/2016/resources_expert_detail.php?id=118

- สุนันท์ ขาวประพันธ์, ปรีชกมล รัชนกุล, และสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2555). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 108-121.
- สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. (2555). *รายงานการวิจัยผลลัพธ์ทางคลินิก ทางคุณภาพชีวิตและทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 20 มิถุนายน 2560, จาก http://www.damus.in.th/damus/files/83_20120903171730_final%20report%20Asthma%20_may2012.pdf
- อรพรรณ โพนนุกุล. (2552). โรคหืดในเด็ก. ใน วนิดา เปาอินทร์, สุขเกษม โฉมิตเศรษฐ, ศุภระวรรณ อินทรขาว, และศรียา ประจักษ์ธรรม. (บ.ก.). *ตำรากุมารเวชศาสตร์สำหรับเวชปฏิบัติ*. หน้า 95-120. กรุงเทพฯ: ไอ กรู๊ป เพรส.
- อรพรรณ โพนนุกุล. (2558). หืดกำเริบเฉียบพลันในเด็ก. ใน อรพรรณ โพนนุกุล, และสมบุรณ์ จันทร์สกุลพร. *โรคมุมิแพ้ทางเดินหายใจในเด็ก*. หน้า 149-184. พระนครศรีอยุธยา: เทียนวัฒนาพรี้นท์ติ้ง.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์, และมุกดา หวังวีรวงศ์. (บ.ก.). (2555). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. สืบค้น วันที่ 2 มิถุนายน 2560, จาก http://rcot.org/datafile/_file/_doctor/18e7dc4ecbfbb3feb6809cd139dObaf4.pdf
- อาภาวรรณ หนูคง, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง, ชุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, และศิริวรรณ จุฑะพงษ์. (2012). การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด. *Journal of Nursing Science*, 30(1), 49-60.