



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๐๓/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๘
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จำนวน ๑ ราย
ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางอาภรณ์ ประสาร	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โรงพยาบาลพระปิยมหาราช กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายสุชาติ ตันตินิรามย์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพระปิยมหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลา
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระปิยมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

[illegible]

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาล ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดรุนแรงและมีพัฒนาการช้ารอบด้าน

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 12 สิงหาคม 2563

วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 14 ตุลาคม 2568

วันที่จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 17 ธันวาคม 2568

รวมระยะเวลา ในการดูแล 64 วัน ให้การดูแล 3 ครั้ง

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 บทนำ

การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อซ้ำๆ ในวัยเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางกุมารเวชศาสตร์ โดยเฉพาะเมื่อมีสาเหตุมาจาก ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดรุนแรง (Severe Combined Immunodeficiency : SCID) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคทางพันธุกรรมแต่กำเนิดที่ร้ายแรง ทารกจะสูญเสียปฏิกิริยาการป้องกันโรคจากความบกพร่องขั้นรุนแรงของ T-lymphocytes ร่วมกับ B-lymphocytes หรือ NK cells ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะไม่สามารถทำงานได้เลย และมักเสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาสภายในขวบปีแรก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดหรือไขกระดูก (HSCT)

แม้ว่าผู้ป่วยเด็กรายจะได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกตั้งแต่อายุ 6 เดือน แต่ปัจจุบันในวัย 5 ปีกว่า ร่างกายยังคงมีภาวะภูมิคุ้มกันฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ในระยะยาว (Poor Immune Reconstitution) ทำให้ยังจำเป็นต้องได้รับสารน้ำแอนติบอดีทดแทน (IVIG) และยาปฏิชีวนะกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาว (G-CSF) เป็นประจำทุกเดือนเพื่อประคับประคองภูมิคุ้มกัน ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะพัฒนาการช้ารอบด้าน (Global Developmental Delay : GDD) เป็นโรคร่วม ผู้ป่วยยังคงอยู่ภายใต้การบริบาลและแยกโรคอย่างเข้มงวด และยังเป็นรอยต่อสำคัญของการวางแผนเพื่อเตรียมตัวเข้าเรียนชั้นอนุบาล 1 ในปีนี้ ซึ่งในมิติด้านพัฒนาการ (GDD) การเข้าเรียนถือเป็นโอกาสสำคัญในการกระตุ้นทักษะทางสังคม ภาษา และการช่วยเหลือตนเองร่วมกับกลุ่มเพื่อนตามวัยที่ล่าช้าไปมาก แต่ในมิติด้านภูมิคุ้มกัน (SCID) โรงเรียนคือสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อโรค การเตรียมความพร้อมเชิงรุกเพื่อหาจุดสมดุลระหว่างความปลอดภัยจากโรคและการเปิดโอกาสทางสังคม จึงเป็นโจทย์บริบาลทางการพยาบาลที่ท้าทายและซับซ้อนอย่างยิ่ง ในการดูแลจากระบบปิดที่บ้าน เข้าสู่ระบบเปิดในโรงเรียน และยังคงต้องการรักษาอย่างต่อเนื่องในการให้ยาและกระตุ้นพัฒนาการ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมและป้องกันความเสี่ยงก่อนที่เด็กจะเผชิญสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยมีแนวทางในการประสานความร่วมมือระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และระบบการศึกษา (School-Health Readiness) ในการเตรียมสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยงสูง

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชกรรม มีบทบาทสำคัญในการประเมินความพร้อมและวางแผนจัดการความเสี่ยงล่วงหน้า (Pre-school Risk Assessment) ในทุกๆ เดือนที่ผู้ป่วยมารับ IVIG/G-CSF พยาบาล OPD มีหน้าที่ติดตามสถานะภูมิคุ้มกันและระดับเม็ดเลือดขาว (ANC) ของเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลร่วมกับกุมารแพทย์ในการประเมินว่าร่างกายเด็กพร้อมสำหรับการเข้ากลุ่มเพื่อนมากน้อยเพียงใด รวมถึงการประเมินและกระตุ้นการรับวัคซีนของสมาชิกในครอบครัว (Cocooning strategy) ให้ครบถ้วนเพื่อสร้างกำแพงป้องกันโรครอบตัวเด็กก่อนไปโรงเรียนและให้ความรู้และฝึกทักษะชีวิตวิถีใหม่แก่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ครอบครัว (Health Educator for School Readiness) ทำหน้าที่เป็นผู้แนะนำและร่วมวางแผนกับบิดามารดาในการเตรียมตัวเด็ก เช่น การฝึกให้เด็กคุ้นชินกับการสวมหน้ากากอนามัยเป็นเวลานาน การฝึกทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอน จนเป็นนิสัย และการสอนให้เด็กเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของ แก้วน้ำ หรือช้อนส้อมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งต้องเตรียมการตั้งแต่ช่วงก่อนเปิดเทอม ประสานงานจัดทำแผนสุขภาพเฉพาะบุคคลล่วงหน้า (Care Connector) พยาบาล OPD มีบทบาทในการช่วยรวบรวมข้อมูลและประสานงานจัดทำสรุปประวัติทางการแพทย์และข้อควรระวังวิกฤต (Critical Safety Alerts) เช่น การห้ามรับวัคซีนชนิดตัวเป็นเด็ขาดข้อห้ามการใช้เลือดทั่วไป (ต้องเป็นเลือดฉายรังสีเท่านั้นหากเกิดอุบัติเหตุ) เพื่อให้ผู้ปกครองใช้เป็นเอกสารสำคัญในการเข้าพบคณะครูและผู้บริหารโรงเรียนเพื่อวางแผนมาตรการความปลอดภัยร่วมกันก่อนการเปิดภาคเรียน สนับสนุนและประเมินภาวะจิตใจของครอบครัว (Family Support & Counseling) ในช่วงก่อนส่งเด็กเข้าโรงเรียน บิดามารดามักมีความวิตกกังวลสูง (Parental Anxiety) เกี่ยวกับความปลอดภัยของลูก พยาบาล OPD มีบทบาทในการรับฟัง ให้คำปรึกษา เสริมสร้างความมั่นใจ และเปิดช่องทางการสื่อสารเชิงรุก (เช่น Line group หรือ Tele-nursing) เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกอุ่นใจว่ามีทีมพยาบาลเป็นที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิดในทุกก้าวของการเปลี่ยนแปลง การจัดทำกรณีศึกษานี้ จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาล OPD เด็ก มีความสำคัญอย่างยิ่งในมิติการบริหารเชิงรุก ซึ่งเน้นการเตรียมความพร้อมและป้องกันก่อนเกิดเหตุ (Prevention & Preparation) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคมุ้มกันบกพร่องรุนแรงและพัฒนาการช้ารอบด้านรายนี้ สามารถเปลี่ยนผ่านช่วงชีวิตจากที่บ้านสู่รั้วโรงเรียนอนุบาลได้อย่างปลอดภัย และมีโอกาสพัฒนาศักยภาพตามวัยอย่างดีที่สุดเท่าที่พยาธิสภาพของโรคจะเอื้ออำนวย

3.2 ความรู้ความชำนาญงาน

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดรุนแรง (Severe Combined Immunodeficiency : SCID) การที่เด็กเจ็บป่วยจากการติดเชื้อบ่อย ๆ เป็นปัญหาที่แพทย์พบเสมอ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีเด็กไปโรงเรียนตั้งแต่อายุน้อย ๆ ต้องสัมผัสกับเด็กป่วยอื่น ๆ ทำให้มีการติดเชื้อบ่อย ๆ สิ่งสำคัญคือ เมื่อใดควรสงสัยว่าการติดเชืื่อนั้นบ่อยผิดปกติ และเมื่อใดจำเป็นต้องทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของการติดเชื้อบ่อย ๆ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในเด็กที่มีการติดเชื้อบ่อย ๆ คือ ภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติไป หรือการมีการลดลงของ Host Non-specific Resistance to Infection ทั้งนี้เพราะนอกจากระบบภูมิคุ้มกันแล้ว ยังมีองค์ประกอบหลายประการที่มีผลต่อความต้านทานต่อเชื้อโรคของร่างกาย การประเมินผู้ที่ติดเชื้อบ่อย ๆ ต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ควบคู่ไปด้วยกันเสมอ

ภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติไปพบได้บ่อยพอสมควร แต่ผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่ได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรค ทำให้ดูเหมือนว่ามีผู้ที่มีปัญหานี้ไม่มากนัก การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาที่เหมาะสม บางโรคในกลุ่มนี้มีการพยากรณ์โรคที่ดี และสามารถรักษาให้หายขาดได้ ในรายที่มีเพียงการรักษาแบบประคับประคอง เมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องก็จะทำให้แพทย์มีแนวทางป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ปัจจุบันมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลาย ๆ อย่าง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ที่สามารถบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการส่งตรวจทำได้ไม่ยากนัก แพทย์จึงควรมีความรู้เบื้องต้นในเรื่องนี้ เพื่อเลือกการส่งตรวจที่ถูกต้องเหมาะสม

คำจำกัดความ (วิชญ์ ศุภอรธกร, 2565)

Severe Combined Immunodeficiency (SCID) คือ กลุ่มโรคทางพันธุกรรมแต่กำเนิดที่ร้ายแรงและจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์มีลักษณะเฉพาะคือ ความบกพร่องขั้นรุนแรงในการทำหน้าที่ และการพัฒนาของเม็ดเลือดขาวชนิด ที-เซลล์ (T-lymphocytes) ซึ่งมักเกิดขึ้นร่วมกับความบกพร่องของ บี-เซลล์ (B-lymphocytes) หรือ เอ็นเคเซลล์ (Natural Killer cells) ความผิดปกตินี้ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะ (Adaptive Immunity) ของร่างกายไม่สามารถทำงานได้เลย ทำให้ผู้ป่วยเด็กสูญเสียปราการป้องกันโรค และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections) ที่รุนแรงซ้ำๆ จนอันตรายถึงแก่ชีวิตภายในขวบปีแรก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที

คำว่า SCID สามารถจำแนกความหมายตามคำศัพท์ ได้ดังนี้

1. Severe (รุนแรง) หมายถึง ระดับความรุนแรงของโรคที่หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (HSCT) ทารกมักจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรงภายในอายุ 1-2 ปี
2. Combined (ร่วมกัน/ผสมผสาน) หมายถึง ความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับระบบภูมิคุ้มกันมากกว่า 1 ระบบร่วมกัน โดยหลักคือระบบเซลล์ (Cellular Immunity/T-cells) และระบบสารน้ำ/แอนติบอดี (Humoral Immunity/B-cells)
3. Immunodeficiency (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หมายถึง สภาวะร่างกายขาดแคลนหรือไม่มีเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิภาพในการต่อสู้กับสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรคภายนอก

อุบัติการณ์ (Incidence) (พรรณดี วัฒนบุญยงเจริญ, 2563)

ในระดับสากลและในประเทศไทย โรค SCID มีตัวเลขทางระบาดวิทยาที่น่าสนใจ ดังนี้

- อุตการณ์ทั่วโลก : ในอดีตเชื่อว่าพบน้อย (ประมาณ 1 ต่อ 100,000 ของทารกเกิดมีชีวิต) แต่ปัจจุบันหลังจกมีการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด (Newborn Screening) ในหลายประเทศ พบว่าอุบัติการณ์จริงสูงกว่าที่คิด คือประมาณ 1 ต่อ 40,000 ถึง 1 ต่อ 58,000 ของทารกเกิดมีชีวิต (Kwan, A., et al. (2014). Newborn screening for severe combined immunodeficiency in 11 screening programs in the United States. JAMA, 312(7), 729–738.)
- อุตการณ์ในไทย : ปัจจุบันยังไม่มีการบรรจุการตรวจคัดกรอง SCID ในทารกแรกเกิดระดับแห่งชาติ ทำให้ตัวเลขรายงานมักต่ำกว่าความเป็นจริง (Consanguinity) เช่นในบางพื้นที่หรือบางชุมชนเฉพาะ

สาเหตุ (Etiology / Causes) (วิทยา ศรีตามา, และคณะ. 2565)

SCID เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม (Genetic Mutations) ที่ถ่ายทอดมาตั้งแต่เกิด หรือเกิดการกลายพันธุ์ขึ้นใหม่ ส่งผลต่อการสร้างและการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด T-cells, B-cells และ NK-cells โดยแบ่งตามลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบบ่อยได้ 2 กลุ่มหลัก

1. X-linked SCID (พบมากที่สุด ประมาณ 45-50% ของเคสทั้งหมด)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- เกิดจากยีนบกพร่องบนโครโมโซม X (IL2RG gene)
- มักพบในผู้ป่วยเด็กเพศชายเท่านั้น โดยมารดาเป็นพาหะ

2. Autosomal Recessive SCID (พบประมาณ 40-50%)

- เกิดจากยีนบกพร่องบนโครโมโซมร่างกาย ถ่ายทอดแบบยีนด้อย (ต้องได้รับยีนผิดปกติจากทั้งพ่อและแม่)
- พบได้ทั้งในเด็กชายและเด็กหญิง สาเหตุที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือ ภาวะพร่องเอนไซม์ Adenosine Deaminase (ADA deficiency) ซึ่งทำให้เกิดสารพิษสะสมและทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกัน

การป้องกัน (Prevention) (วิทยา ศรีตามา, และคณะ. 2565)

- การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ (Genetic Counseling): สำหรับครอบครัวที่มีประวัติเคยมีบุตรเสียชีวิตตอนอายุน้อยจากการติดเชื้อรุนแรง หรือมีประวัติโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในตระกูล
- การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal Diagnosis): หากทราบยีนที่กลายพันธุ์ในครอบครัวแล้ว สามารถเจาะชิ้นเนื้อรก (CVS) หรือเจาะน้ำคร่ำ เพื่อตรวจยีนของทารกในครรภ์ได้
- การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด (Newborn Screening - NBS): ใช้การตรวจที่เรียกว่า TRECs (T-cell Receptor Excision Circles) จากหยดเลือดส้นเท้าเด็ก เพื่อหาภาวะ T-cell ต่ำตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันไม่ให้ทารกติดเชื้อรุนแรงก่อนได้รับการรักษา

การดูแลรักษาและการพยาบาล (Management & Nursing Care) (วิทยา ศรีตามา, และคณะ. 2565)

1. การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อขั้นสูงสุด (Strict Infection Prevention)

- Reverse Isolation: แยกผู้ป่วยในห้องความดันบวก (Positive Pressure) หรือห้องเดี่ยวที่สะอาดที่สุด บุคลากรต้องใส่ PPE เต็มรูปแบบ (Mask, Gown, Gloves) และล้างมือเคร่งครัด
- Safe Food & Water: นมและอาหารต้องผ่านการฆ่าเชื้อ (Sterilized) งดผลไม้สดหรือดองอาหารที่ไม่ผ่านความร้อนสูง
- การดูแลผิวหนังและเยื่อหู: ทำความสะอาดช่องปากเพื่อป้องกันเชื้อรา (Oral Thrush) และดูแลความสะอาดรอบทวารหนักอย่างนุ่มนวลทุกครั้งหลังขับถ่ายเพื่อป้องกันผื่นแพ้

2. ข้อควรระวังและข้อห้ามวิกฤต (Critical Precautions)

- งดวัคซีนชนิดตัวเป็น (Live Vaccines) เด็ดขาด: เช่น BCG, OPV, ไรต้าไวรัส (หากทารกได้ BCG ไปแล้วตั้งแต่แรกคลอด ต้องเฝ้าระวังและประเมินผลติดเชื้อ BCG-osis อย่างใกล้ชิด)
- การใช้ส่วนประกอบของเลือด: เลือดหรือเกล็ดเลือดทุกถุงที่ผู้ป่วยจะได้รับ ต้องผ่านการฉายรังสี (Irradiated blood products) เท่านั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เรียกว่า TA-GVHD

3. การรักษาทางการแพทย์และการพยาบาลร่วม (Medical & Supportive Co-management)

- การให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน (Prophylaxis) บริหารยาตามแผนการรักษา เช่น ยา TMP-SMX เพื่อป้องกันปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis jirovecii (PCP) และยาต้านเชื้อรา
- การให้ IVIG (Intravenous Immunoglobulin) ให้ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปทดแทนตามรอบ และประเมินอาการข้างเคียงขณะสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย เช่น ไข้ หนาวสั่น หรือความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- การเตรียมตัวสู่ Definitive Therapy ประเมินความพร้อมของร่างกายและให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองในการเตรียมตัวเข้ารับ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT) หรือการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งเป็นวิธีเดียวที่จะรักษาโรคนี้อันตรายได้

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน (Comprehensive Discharge Planning) (วิทยา ศรีดามา, และคณะ. 2565)

1. อธิบายให้บิดามารดาเข้าใจว่าโรค SCID คือภาวะที่น้องไม่มีภูมิคุ้มกันสำหรับต่อสู้กับเชื้อโรค ร่างกายจึงไวต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว
2. เน้นย้ำความสำคัญของการแยกโรค (Isolation) อยู่ที่บ้าน จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT) สำเร็จ
3. ห้องนอนของผู้ป่วย ต้องเป็นห้องส่วนตัว มีอากาศถ่ายเทดี ไม่เปิดพัดลมจ่อหรือใช้เครื่องปรับอากาศที่ไม่ได้ล้างแผ่นกรอง หลีกเลี่ยงห้องที่มีดักอับชื้น
4. เช็ดถูบ้านด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อบ่อย ๆ งดการปูพรม ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของเชื้อราและฝุ่น
5. หลีกเลี่ยงชุมชน ห้ามพาผู้ป่วยไปในที่ชุมชน แออัด เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด หรือโรงเรียนเด็ดขาด
6. คนในบ้านที่เจ็บป่วย (แม้จะเป็นหวัดเล็กน้อย) ต้องแยกตัวออกจากผู้ป่วยอย่างเด็ดขาด สมาชิกในบ้านทุกคนต้องฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันรอบตัวผู้ป่วย (Cocooning strategy) คนในบ้านต้องงดรับวัคซีนโปลิโอชนิดกิน (OPV) และวัคซีนโรตาไวรัส เพราะเชื้อสามารถขับออกทางอุจจาระและมาติดผู้ป่วยได้ (ให้ใช้ชนิดฉีดแทน)
7. เน้นย้ำผู้ดูแลเรื่อง "การล้างมือ 7 ขั้นตอน" ทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวผู้ป่วย ก่อนเตรียมอาหารและหลังเปลี่ยนผ้าอ้อม
8. ผู้ดูแลต้องสวม หน้ากากอนามัย (Surgical mask) ตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด
9. ห้ามพาผู้ป่วยไปรับวัคซีนตามเกณฑ์ของเด็กทั่วไปเองที่คลินิกหรืออนามัยโดยไม่ได้ปรึกษากุมารแพทย์โรคภูมิคุ้มกันวิทยา และหากผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลอื่น ต้องแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งว่า "ผู้ป่วยเป็นโรค SCID ต้องใช้เลือดฉายรังสีเท่านั้น"
10. อาหารและนม ถ้านมแม่ ต้องมั่นใจว่าผ่านการอุ่นหรือเก็บอย่างสะอาด (ในบางเคสแพทย์อาจให้งดนมแม่หากแม่มีเชื้อ CMV) ถ้าเป็นนมผสม ต้องใช้น้ำต้มสุกที่เดือดเต็มที่มาผสมเท่านั้น อาหารเสริมตามวัยต้องปรุงสุกใหม่ร้อน ๆ งดผักผลไม้สดที่ปอกเปลือกไม่ได้ งดน้ำดื่มบรรจุขวดที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ (แนะนำน้ำต้มสุก)
11. สุขอนามัยส่วนบุคคล อาบน้ำสระผมให้น้องด้วยสบู่อ่อนโยนทุกวัน ตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันการเกาจนผิวหนังเป็นแผล เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีที่ขับถ่ายเพื่อป้องกันผื่นผ้าอ้อมติดเชื้อรา
12. เน้นย้ำความสำคัญของการมาพบนัดทุกครั้งเพื่อรับยาปฏิชีวนะป้องกันและมาตามรอบการให้ยา IVIG (Intravenous Immunoglobulin) ทุก 3-4 สัปดาห์
13. เตรียมความพร้อมของครอบครัวในการประสานงานส่งต่อเพื่อเข้าสู่กระบวนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic Stem Cell Transplantation : HSCT)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

14. ให้คำแนะนำผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ให้ประเมินอาการสัญญาณอันตราย หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ต้องพาผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินทันที ไม่ต้องรอนัด

- มีไข้ (อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.8°C - 38°C ขึ้นไป) หรือตัวเย็นผิดปกติ ร่วมกับซึมลง ไม่ยอมดูดนม
- หายใจหอบเหนื่อย ออกรุ่น หรือปัสสาวะน้อย
- มีผื่นแดงหนา หรือมีตุ่มหนองเกิดขึ้นตามผิวหนัง
- มีฝ้าขาวหนาในปากเพิ่มขึ้น กลืนลำบาก หรือไอเรื้อรัง
- ท้องเสีย ถ่ายเหลวเป็นน้ำบ่อยครั้ง หรือถ่ายมีมูกเลือดปน

ภาวะพัฒนาการช้ารอบด้าน Global Developmental Delay (GDD)

1.1- Global Developmental Delay (GDD)

คำจำกัดความ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

Global Developmental Delay (GDD) คือภาวะที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน อย่างมีนัยยะสำคัญ (มากกว่า 2 standard deviations อย่างน้อย 2 ด้านขึ้นไปจาก 5 ด้านหลักได้แก่

1. Gross/Fine motor (กล้ามเนื้อมัดใหญ่/กล้ามเนื้อมัดเล็ก)
2. Speech /language (ภาษาและการสื่อสาร)
3. Cognition (สติปัญญาและการรับรู้)
4. Social/Personal (สังคมและการช่วยเหลือตนเอง)
5. Activities of Daily Living (การใช้ชีวิตประจำวัน)

หมายเหตุ โดยทั่วไปจะใช้ในการวินิจฉัยนี้กับเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งยังไม่สามารถประเมินระดับสติปัญญา (IQ) ได้อย่างแม่นยำ

พยาธิสภาพ (สถาบันราชานุกูล, 2560)

สาเหตุของพัฒนาการที่ล่าช้านี้ยังไม่ทราบแน่ชัด ระหว่างที่คุณแม่กำลังตั้งครรภ์นั้น ควรดูแลตัวเอง หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารเคมีหรือสารพิษ และไปตรวจสุขภาพครรภ์ตามนัดทุกครั้ง เมื่อสังเกตเห็นว่าบุตรหลานเริ่มมีพัฒนาการล่าช้าควรไปปรึกษาแพทย์ เพราะการได้รับการตรวจวินิจฉัยและกระตุ้นพัฒนาการในเด็กก่อนอายุ 3 ปี เพื่อผลที่ดีต่อพัฒนาการในระยะยาว

พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่และพฤติกรรมของอวัยวะต่างๆรวมทั้งตัวบุคคล ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยทั่วไป พัฒนาการปกติ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. พัฒนาการด้านร่างกาย (physical development) เป็นความสามารถของร่างกายในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว โดยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor) การใช้มือและตาประสานกันในการทำกิจกรรมต่างๆ (fine motor-adaptive)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา (cognitive development) เป็นความสามารถในการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆกับตนเอง การรู้คิด รู้เหตุผลและความสามารถในการแก้ปัญหา พัฒนาการด้านภาษา(language) และการใช้มือกับตา (fine motor) เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านสติปัญญา

3. พัฒนาการด้านจิตใจ- อารมณ์ (emotional development) เป็นความสามารถของร่างกายในการแสดงความรู้สึกและควบคุมการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการสร้างความรู้สึกที่ดี นับถือตนเอง (self esteem)

4. พัฒนาการด้านสังคม (social development) เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (personal-social, self help, self care)

5. พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (spiritual development) เป็นความสามารถในการรู้จักคุณค่าของชีวิตของตนเอง สามารถในการเลือกดำรงชีวิตในทางสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม มีความรู้ดีชอบชั่วดีและมีคุณธรรม

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก (ประกาศิต วรรณภาสขัยยง, 2564)

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรมหรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดามารดา

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมก่อนคลอด การติดเชื้อของมารดา สารพิษ สภาวะทางโภชนาการและการเจ็บป่วยของมารดาส่งผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อนในครรภ์

ปัจจัยด้านกระบวนการคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอด การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐาน รวมไปถึงพฤติกรรมของแม่ขณะตั้งครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหลังคลอด สภาวะหลังคลอด ปัจจัยด้านระบบประสาท และสภาพแวดล้อมส่งผลร่วมกันต่อพัฒนาการของเด็ก เด็กที่ไม่มีบิดามารดา หรือเด็กที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมขาดการกระตุ้นพัฒนาการอย่างถูกต้อง สภาวะแวดล้อมที่ตึงเครียดในครอบครัวหรือเด็กที่ขาดการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด ยากจน เด็กถูกทอดทิ้ง-ล่วงละเมิด ปัจจัยด้านการศึกษา เชาวนปัญญาและความสามารถของมารดา ในการจัดสภาพการเรียนรู้ของเด็ก การใช้โทรศัพท์มือถือเป็นเวลานานส่งผลเสียอย่างรุนแรงต่อพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน Global Developmental Delay (GDD) โดยการดูจอนานทำให้เด็กขาดปฏิสัมพันธ์ และการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัว ส่งผลให้เกิดภาวะพูดช้า สมาธิสั้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการ (ตติยา ตระกูลสมบุรณ์ และกุสุมา ชูศิลป์ 2562)

1. โรคพันธุกรรม เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามาตั้งแต่เกิดหรือสังเกตได้ชั่วระยะไม่นานหลังเกิด มักมีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดร่วมด้วย กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติของโครโมโซมซึ่งเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการหรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่พบบ่อยที่สุด ในปัจจุบันมีโรคทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการอีกหลายโรค ซึ่งมีลักษณะจำเพาะและการตรวจโครโมโซมด้วยวิธี

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ธรรมดา มักให้ผลปกติ ได้แก่ กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (Fragile X syndrome) กลุ่มอาการ พราเดอร์-วิลลี (Prader-Willi syndrome) และ velocardiofacial syndrome เป็นต้น

ในประเทศไทยปัจจุบันเริ่มมีการตรวจยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้ velocardiofacial syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีหัวใจผิดปกติ เพดานโหว่ และพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะทางภาษา สามารถให้คำวินิจฉัยได้จากการตรวจโดยเทคนิคพิเศษ คือ fluorescent in situ hybridization (FISH) จะพบความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 22 ดังนั้น เด็กที่มาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้า หากแพทย์ตรวจพบว่ามีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดแม้เพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรม

2. โรคของระบบประสาท เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการส่วนใหญ่มักมีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทร่วมด้วย ที่พบบ่อยคืออาการชัก และความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ในกรณีที่เด็กมาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้าและมีอาการชักควรถามประวัติโดยเฉพาะอายุที่เริ่มมีพัฒนาการล่าช้าและตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะมีพยาธิสภาพเป็น static หรือ progressive เด็กที่มีประวัติพัฒนาการถดถอย (regression) ควรได้รับการพิจารณาส่งต่อแพทย์ทางระบบประสาทต่อไป

3. การติดเชื้อ โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เด็กมักมีน้ำหนักร่างกายแรกเกิดน้อย ศีรษะเล็กกว่าปกติ อาจมีตับม้ามโต การได้ยินบกพร่อง และต่อกระเจกร่วมด้วย นอกเหนือจากการส่งซีรัมเพื่อตรวจหาหลักฐานการติดเชื้อ toxoplasma, rubella, cytomegalovirus, syphilis และ histoplasma แล้ว ยังควรพิจารณาส่งตรวจหาการติดเชื้อ human immunodeficiency virus ด้วย นอกจากนี้การติดเชื้อรุนแรงภายหลังเกิด เช่น สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นสาเหตุที่พบได้บ้าง

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม โรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขไทย คือ ไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดต่ำ ในกรณีที่เป็นมาแต่กำเนิดและไม่ได้รับการรักษาก่อนอายุ 2-3 เดือน เด็กจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติอย่างถาวรซึ่งแก้ไขไม่ได้ แม้จะให้ไทรอยด์ฮอร์โมนในภายหลัง นอกจากไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดต่ำ โรคอื่นๆในกลุ่มนี้ เช่น ความผิดปกติของกรดอะมิโนมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างต่ำและยังมีข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอยู่ จึงทำให้เด็กซึ่งมีความบกพร่องทางพัฒนาการจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอน แม้จะมีลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ก็ตาม ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมแต่กำเนิดมีความก้าวหน้ามาก มีการค้นพบความผิดปกติถึงส่วนย่อยของเซลล์ เช่น mitochondria, peroxisome เป็นต้น แม้จะมีข้อจำกัดในการรักษา แต่มีบางโรคเมื่อให้การรักษาแล้วได้ผลดี เช่น biotinidase deficiency ซึ่งเด็กอาจมีอาการและอาการแสดง คือ พัฒนาการล่าช้า ผื่น ผอม ร่วง ชัก และภาวะเป็นกรดในเลือด แต่บางคนอาจมาด้วยอาการชัก หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย (hypotonia) เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง การใช้ biotin รักษาอาจทำให้เด็กมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติ ดังนั้น เมื่อตรวจพบเด็กที่มีประวัติการแต่งงานระหว่างญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีความผิดปกติทำนองเดียวกันมีประวัติพัฒนาการถดถอยโดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาเจียน เสียใจไม่โต ชัก พัฒนาการล่าช้า หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น cerebral palsy โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เด็กเหล่านี้ ควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคความผิดปกติแต่กำเนิดเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมด้วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกเกิด ภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางพัฒนาการที่พบบ่อยคือการเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย และภาวะขาดออกซิเจน ปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของโรค เช่น น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในครรภ์ เป็นต้น

6. สารเคมีตะกั่วเป็นสารที่มีผลกระทบต่อเด็กและมีการศึกษามากที่สุด ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากประชาชนทั่วไปมีโอกาสได้รับสารนี้ในชีวิตประจำวันมากกว่าชนิดอื่นๆ ผลกระทบที่มีการศึกษากันมาก คือเมื่อเด็กมีระดับตะกั่วในเลือดสูงสะสมเป็นเวลานาน จะทำให้มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไป สารเคมีอีกชนิดหนึ่งที่มีผลทำให้พัฒนาการของทารกในครรภ์ล่าช้าคือ แอลกอฮอล์ ซึ่งเชื่อว่าเป็น teratogen ทารกที่เกิดมาจะมีความผิดปกติซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการ fetal-alcohol คือ มีตัวเล็ก ตาเล็ก hypoplasia ของริมฝีปากบนและร่องริมฝีปากบน (philtrum) หัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น atrial septal defect และมีปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรม การที่เด็กจะเกิดกลุ่มอาการนี้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางมารดา ได้แก่ พันธุกรรม ช่วงเวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม นอกจากนั้นยังมีสารเคมีอีกหลายชนิดที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก ดังนั้น ประวัติแหล่งที่อยู่อาศัยและอาชีพของบิดามารดาจึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยหาสาเหตุ

7. การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งการขาดสารอาหาร ปัจจัยข้อนี้แม้จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัยของเด็กแต่ก็ไม่รุนแรง ดังนั้น หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าค่อนข้างมาก ควรตรวจค้นหาสาเหตุอื่นร่วมด้วยเสมอ

การวินิจฉัยโรค (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2564)

แนวทางการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

1. การซักประวัติ

1.1 โรคประจำตัวต่างๆ ที่จะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น โรคลมชัก

1.2 การเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น

1.3 โรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว มีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร

1.4 การตั้งครรภ์ของมารดาตั้งแต่ประวัติฝากครรภ์ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อเด็ก

1.5 ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น อายุครรภ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการต่างๆ น้ำหนักแรกเกิด Apgar score ภาวะคลอดลำบากและการเจ็บป่วยต่างๆช่วงแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อน

1.6 ช่วงเวลาที่พ่อแม่สังเกตว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการที่ล่าช้านั้นเป็นแบบถดถอยหรือไม่ เช่น เคยนั่งได้ต่อมานั่งไม่ได้

1.7 พัฒนาการที่ผ่านมา มักนิยมถามย้อนพัฒนาการที่พ่อแม่สังเกตเห็นง่ายๆ เช่น ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ การคว่ำหงาย การนั่ง การคลาน การเดิน การพูด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.8 พัฒนาการทางภาษา เช่น การเล่นน้ำลาย การเลียนเสียงพูดคุย การทำตามคำสั่ง การพูดคำแรกที่มีความหมาย การพูดสองคำที่ต่อกัน

1.9 การเล่นตามวัย การช่วยเหลือตนเอง

1.10 ปัญหาพฤติกรรมที่มักพบร่วมกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้บ่อย

1.11 ปัญหาการกิน การนอน การขับถ่าย ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากมีผลโดยตรงต่อเด็กและผู้เลี้ยงดู และประวัติเกี่ยวกับความพิการต่างๆ ที่พบร่วมได้ เช่น การได้ยิน การมองเห็นที่ผิดปกติ

1.12 ประวัติด้านอื่นๆ ที่น่าจะมีประโยชน์ในการประเมินสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเด็ก เช่น สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ความคาดหวังที่มีต่อเด็กของครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัว การได้รับบริการต่างๆ ทางสังคม เช่น การกระตุ้นพัฒนาการ การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด การขึ้นทะเบียนเด็กพิเศษ เป็นต้น

จากการซักประวัติ จะทำให้สามารถบอกได้ว่า

1. ลักษณะพัฒนาการล่าช้าดังกล่าวเป็นแบบคงที่ (static) หรือถดถอย(progressive encephalopathy)
2. เด็กมีระดับพัฒนาการช้าจริงหรือไม่ อย่างไร อยู่ในระดับไหน
3. มีข้อบ่งชี้ว่าจะมีสาเหตุจากโรคทางพันธุกรรมหรือไม่
4. สาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการนั้นเกิดจากอะไร
5. ขณะนี้เด็กได้รับการช่วยเหลือและฟื้นฟูอย่างไร

2.การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายที่สำคัญและอาจสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพัฒนาการ ได้แก่

2.1 ตรวจร่างกายทั่วไปทุกระบบ และการเจริญเติบโตที่อาจบ่งชี้สาเหตุที่ทำให้เด็กมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น ตรวจดูลักษณะผิดปกติของรูปร่างหน้าตา หรือ dysmorphic features ทั้ง major dysmorphic, minor dysmorphic พบได้ในเด็กที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

2.2 ภาวะตับม้ามโต ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ inborn error บางชนิด

2.3 ผิวหนัง เช่น cutaneous markers ได้แก่ café-au-lait spots บ่งถึง tuberous sclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าได้

2.4 ระบบประสาทต่างๆ โดยละเอียดและวัดรอบศีรษะด้วยเสมอเพื่อที่จะสามารถตรวจพบเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการที่มีความรุนแรงไม่มากนัก

2.5 ดูลักษณะของเด็กที่ถูกทารุณกรรม (child abuse) เพราะเด็กพิเศษถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างหนึ่ง

2.6 ระบบการมองเห็นและการได้ยินเพราะเป็นความพิการซ้ำซ้อนที่พบร่วมได้บ่อย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3.การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพันธุกรรม (genetic laboratory test)

3.1.1 การตรวจโครโมโซมมาตรฐาน (standard chromosomal analysis) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ใน

การส่งตรวจโครโมโซมที่พบบ่อยมีดังนี้

- สงสัยความผิดปกติของโครโมโซมในผู้ป่วยหรือญาติชั้นที่ 1 (first degree relative ซึ่งได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง)
- มีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะหลายส่วน (multiple congenital anomalies) หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิดของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งร่วมกับพัฒนาการล่าช้า หรือเติบโตช้าผิดปกติ
- ประวัติแท้งในขณะครรภ์อ่อน (หรือในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) หลายครั้ง
- ซีกโตซีกหนึ่งของลำตัวมีขนาดใหญ่กว่าอีกซีกหนึ่ง (hemihypertrophy) มีปานดำหรือปานขาวขนาดใหญ่ (patchy hypo/hyperpigmentation) ซึ่งไม่ชัดเจนว่าเป็นกลุ่มอาการใด

3.1.2 การตรวจด้วยเทคนิค Fluorescent In-Situ Hybridization (FISH) ใช้ตรวจความ

ผิดปกติที่เกิดจากการที่ชิ้นส่วนเล็ก ๆ ของโครโมโซมขาดหายไป (microdeletion)

3.2 การตรวจรังสีทางระบบประสาท (neuroimaging studies) ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ตรวจด้วยวิธีเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging : MRI) มากกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT) เนื่องจากการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถมองเห็นเนื้อสมองได้ชัดกว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กสามารถตรวจพบความผิดปกติในผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการได้ประมาณร้อยละ 30 แต่ความผิดปกติดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการ (syndrome diagnosis) ได้เพียงร้อยละ 0-3.9 เท่านั้น จึงควรส่งตรวจรังสีทางระบบประสาทเฉพาะในรายที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการร่วมกับมีขนาดศีรษะโตหรือเล็กผิดปกติ หรือตรวจร่างกายพบความผิดปกติของระบบประสาท

3.3 การตรวจทางเมตาบอลิก (metabolic testing) แม้โรคทางเมตาบอลิกเป็นสาเหตุที่พบน้อย โดยพบเป็นสาเหตุเพียงร้อยละ 1 แต่หากตรวจพบอาจสามารถป้องกันการเกิดอาการรุนแรงได้ การตรวจทางเมตาบอลิกควรทำในรายที่มีประวัติการแต่งงานในเครือญาติ มีพัฒนาการถดถอย มีอาการป่วยเป็น ๆ หาย ๆ โดยหาสาเหตุไม่ได้ (recurrent unexplained illness) ตั้งแต่วัยทารก มีอาการชัก หรือหมดสติ ตรวจร่างกายพบกล้ามเนื้ออ่อนนิ่ม การเจริญเติบโตช้า ใบหน้าหยาบ (coarse features) ตับม้ามโต หรือมีกลิ่นตัวผิดปกติ

4.การประเมินพัฒนาการ

การประเมินพัฒนาการนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากการที่เราสามารถบอกได้ว่าเด็กคนไหนมีความบกพร่องทางพัฒนาการได้เร็วเท่าไรและรีบให้การวินิจฉัยและให้การรักษาและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมย่อมจะส่งผลดีต่อเด็กและครอบครัวในระยะยาว โดยทั่วไปการประเมินพัฒนาการแบ่งได้เป็น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1. การประเมินแบบไม่เป็นทางการ เป็นการประเมินโดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความน่าเชื่อถือจากการสอบถามผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการค่อนข้างใกล้เคียงกับการใช้แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการในกรณีของผู้เลี้ยงดูที่ใกล้ชิดกับเด็ก และให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ดังนั้น อาจจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้เราเห็นพัฒนาการที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง เพราะบางครั้งในทางปฏิบัติมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เราไม่สามารถประเมินพัฒนาการได้อย่างครบถ้วน เช่น พื้นอารมณ์ของเด็กที่ปรับตัวยากทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมทางพัฒนาการไม่เต็มตามศักยภาพ อย่างไรก็ตามพึงระวังในเรื่องของการให้ข้อมูลที่มากกว่าหรือน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้น กุมารแพทย์ควรสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องตรวจร่วมด้วย เพื่อพิจารณาต่อว่ามีความจำเป็นต้องส่งเด็กไปตรวจพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไปหรือไม่

2. การประเมินที่ใช้ในเวชปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการที่มีใช้ในปัจจุบัน ดังนี้

2.1 -แบบประเมิน DSPM /DAIM / Denver II / TEDA4I เป็นแบบคัดกรองซึ่งใช้กับเด็กช่วงอายุ 1 เดือนถึง 6 ปี ประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ดังนี้

- Gross motor คือ การทรงตัว และการเคลื่อนไหว
- Fine motor คือ การทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อมือและตาในการแก้ปัญหา
- Receptive Language คือ การเข้าใจภาษา
- Expressive Language คือ การใช้ภาษา
- Personal social คือ ทักษะการช่วยเหลือดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึง

ทักษะการมีความสัมพันธ์และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

2.2 The Goodenough-Harris Drawing Test ใช้ทดสอบพัฒนาการเด็กอายุ 3-15 ปี

2.3 Gesell Drawing Test เป็นวิธีทดสอบ Visual motor perceptio

2.4 แบบทดสอบ Capute Scales (CAT/CLAMS) เป็นแบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการที่ประกอบด้วย ข้อทดสอบด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กเพื่อการแก้ปัญหา (CAT: Cognitive Adaptive Test) และข้อทดสอบด้านความเข้าใจและการใช้ภาษา (CLAMS: Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scales) ใช้ทดสอบเด็กในช่วงอายุ 1-36 เดือน

2.5 แบบทดสอบ Bayley Scales of Infant and Toddler Development ปรับปรุงจากแบบทดสอบ Bayley Scales of Infant Development โดยปรับปรุงเป็นครั้งที่ 3 พ.ศ. 2548 เป็นแบบประเมินพัฒนาการที่ค่อนข้างละเอียดมีข้อทดสอบข้อย่อยมากใช้ทดสอบเด็กช่วงอายุ 1-42 เดือน แบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ สถิติปัญญา (cognitive scale) การใช้ภาษาและความเข้าใจภาษา(language scale) กล้ามเนื้อมัดเล็กและการเคลื่อนไหว(motor scale) สังคมและอารมณ์ (social-emotional scale) พฤติกรรมการปรับตัว(adaptive behavior scale)

2.6 แบบประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี สถาบันราชานุกูล สามารถใช้ในการคัดกรอง ประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการ

มีพัฒนาการล่าช้า กว่าเกณฑ์ทุกด้าน หรือ 2 ด้านขึ้นไปดังนี้

1. ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor; GM)
2. การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor Skill ; FM)
3. ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL)
4. ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language; EL)
5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social Skill; PS)

การรักษา (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563)

- Global Developmental Delay (GDD)

1. หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการ โดยมาพบกุมารแพทย์และแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อทำการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นและหาสาเหตุด้วยเสมอ ทั้งนี้เพราะเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถหาสาเหตุได้ ในขณะที่มีบางกลุ่มที่หาสาเหตุได้มากพอควร โดยเฉพาะมีสาเหตุจากความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในครอบครัว ตลอดจนติดตามและส่งต่อแพทย์เฉพาะทางหากมีข้อบ่งชี้ รวมถึงการพิจารณาให้ยาในกรณีต่างๆ

2. การตรวจค้นหาความผิดปกติร่วม เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสด้านต่างๆ ร่วมด้วย เช่น การมองเห็น การได้ยินหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น ปัญหาการกิน บางคนเป็นโรคขาดสารอาหาร การขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ธาตุเหล็กจะมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ในด้านสมาธิและความตั้งใจ

3. การรักษาสาเหตุโดยตรง เช่น การให้ไทรอยด์ฮอร์โมน แม้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของความบกพร่องทางพัฒนาการจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่การที่สามารถสืบค้นหาสาเหตุได้อาจช่วยป้องกันความผิดปกติแทรกซ้อนที่เกิดภายหลัง หรือป้องกันการเกิดซ้ำในบุตรคนต่อไป

4. การส่งเสริมพัฒนาการ หลักการคือพยายามทำให้มีวิธีการเดียวกับการเลี้ยงดูเด็กทั่วไปในชีวิตประจำวัน แต่อาจต้องย่อยการฝึกในบางขั้นตอน อย่างไรก็ตามถ้าประเมินแล้วพบว่าผู้เลี้ยงดูไม่มีทักษะในการฝึกควรแนะนำให้มารับบริการในสถานพยาบาล เช่น คลินิกส่งเสริมพัฒนาการหรือรับบริการในชุมชน อย่างไรก็ตามหัวใจสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการคือผู้เลี้ยงดูเมื่อมารับการฝึกและรับคำแนะนำตามแหล่งบริการดังกล่าว ควรนำกลับไปปฏิบัติกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมพัฒนาการ

5. ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการหาแหล่งความรู้เพิ่มเติมต่างๆ เช่น หนังสือ หรือเว็บไซต์เกี่ยวกับเด็กพิเศษ สมาคมและชมรมผู้ปกครองต่างๆ

การพยาบาล (สมาคมกุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรมไทย. 2564)

- Global Developmental Delay (GDD)

การส่งเสริมพัฒนาการ หลักการคือ การพยายามทำให้ มีวิธีการเดียว กับ การเลี้ยงดูเด็กทั่วไปในชีวิตประจำวัน แต่อาจต้องฝึก ในบางขั้นตอน อย่างไรก็ตามถ้าประเมินแล้วพบว่าผู้เลี้ยงดูไม่มีทักษะใน การฝึกควรแนะนำให้มา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

รับบริการในสถานพยาบาล เช่น คลินิกส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการในชุมชน หัวใจสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการคือผู้เลี้ยงดู เมื่อมารับการฝึกและรับคำแนะนำแหล่งบริการต่างดังกล่าวควรนำกลับไปฝึกปฏิบัติกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมพัฒนาการให้คำปรึกษา กับครอบครัวในการหาแหล่งความรู้เพิ่มเติม ต่างๆ เช่น คลินิก กระตุ้นพัฒนาการ หนังสือหรือเว็บไซต์ที่เกี่ยวกับเด็กพิเศษ ตั้งสมาคม ชมรม ผู้ปกครอง หรือ กรุปไลน์ เพื่อดูแลช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในแบบเดียวกัน บำบัดด้านการพูด การส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการด้านการพูดนั้น ผู้ปกครองสามารถเริ่มต้นได้ด้วยตัวเอง เช่น พูดตอบโต้กับลูก โดยการพูดซ้ำๆ และออกเสียงให้ชัด หรืออ่านนิทานให้ฟัง หากพัฒนาการด้านภาษายังไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์

กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเป็นวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ที่มีปัญหาพัฒนาการด้านร่างกาย และทักษะการใช้ชีวิตอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมตามช่วงวัยช่วยเสริมในการควบคุมร่างกายและทรงตัวให้เกิดความสมดุล รวมถึงสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดี ฝึกทักษะในการเข้าสังคม และการปรับตัว การบำบัดด้านสังคมเป็นการบำบัดกลุ่มเด็กที่มีปัญหาในการเข้าสังคม และการควบคุมอารมณ์ เช่น รัสสิกโกรธ โมโห หรือสมาธิสั้น การเลือกกิจกรรมบำบัด ที่เหมาะสมกับปัญหาและช่วงอายุ เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการให้สามารถควบคุมตัวเอง และสื่อสารออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง สามารถอยู่ในสังคมได้ โดยที่ไม่สร้างปัญหาให้กับผู้อื่น การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่ง ที่เน้นการพูดคุยกับนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพฤติกรรมและความคิดที่อาจจะเข้าใจผิด โดยแพทย์จะพยายามชี้ให้เห็นถึงปัญหา และการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับระบบความคิด อารมณ์ได้ และส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ปกติ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา : ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง และ มีพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน

ข้อมูลทั่วไป : เด็กชายชวาท กัมพูชา อายุ 5 ปี 9 เดือน เชื้อชาติ กัมพูชา สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ยังไม่ได้เข้าโรงเรียน ที่อยู่ บ้านเลขที่ 101 หมู่ 1 ต.หนองคันทรอ อ.เมือง จ.ตราด รับวัคซีนตามเกณฑ์ คลอดปกติทางช่องคลอด วันที่ 13 มกราคม 2563 apgar 1 นาที = 10 , 5 นาที = 10 ไม่มีตัวเหลือง ไม่ on photo วันที่ 15 มกราคม 2563 จำหน่ายพร้อมมารดา เป็นบุตรคนที่ 2 ของบิดามารดา

สิทธิการรักษา : บัตรผู้ติดตามแรงงานต่างชาติ โรงพยาบาลพระปิยะมหาราช

วันที่รับไว้ในการดูแล : วันที่ 14 ตุลาคม 2568

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล : วันที่ 22 ธันวาคม 2568

รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด : ให้การดูแล 69 วัน รวมvisit ที่OPD ทั้งหมด 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันที่ 14 ตุลาคม 2568

ครั้งที่ 2 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ครั้งที่ 3 วันที่ 22 ธันวาคม 2568

แหล่งที่มาของข้อมูล : จากการซักประวัติผู้ป่วย ญาติและแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มารโรงพยาบาล : CASE SCID มีนัดจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อมาให้ IVIG

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน :

5 ปี มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ เป็นๆหายๆตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2563 เป็นไข้หายใจเหนื่อย ต้องนอนรพ.เดือนละ 1-2 ครั้ง แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Pneumocystis jirovecii Pneumonia สงสัย primary immunodeficiency refer ไป รพ.จุฬาลงกรณ์ วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.2563 แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Severe Combined Immunodeficiency (SCID) และได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก วันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2563 หลังปลูกถ่ายไขกระดูก ผู้ป่วยมีภาวะ graft versus host disease ต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างใกล้ชิด โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา รวมระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในรพ. จุฬาลงกรณ์ 427 วัน แล้วจำหน่ายกลับบ้าน และนัดติดตามอาการที่รพ. จุฬาลงกรณ์ ทุก 3 สัปดาห์ (มารดา อยู่เฝ้าผู้ป่วยตลอดและอยู่ในห้องตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ได้กลับบ้าน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมซึมมากอยู่ไม่นิ่ง มารดาจึง ให้อาหารประท้วง วันละหลายชั่วโมง มารดามีภาวะเครียด ปรึกษาจิตแพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Major Depressive Disorder with anxious disease แพทย์สั่งยาจิตเวชให้รับประทานปัจจุบันหยุดรับประทานยาแล้ว)

3 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่งตัวกลับมาให้ GCSF เดือนละ 5 เข็ม ที่รพ.สต.ใกล้บ้าน และให้ IVIG ที่ โรงพยาบาล ใกล้บ้านเดือนละ 1 ครั้ง และนัดติดตามอาการที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ 2-3 เดือนต่อครั้ง

2 ปี ผู้ป่วย อายุ 5 ปีมากับมารดา ปรึกษาเรื่องพัฒนาการ พูดช้า พูดได้เป็นคำๆ เรียก พ่อ แม่ พี่นา น้องบี แต่ยังพูดเป็นประโยคไม่ได้ บอกความต้องการได้บางอย่าง อยู่ไม่นิ่ง เรียกหัน ไม่ค่อยสบตา ติดจอตตั้งแต่ 6 เดือนที่นอนรักษาตัวอยู่ที่รพ. จุฬาลงกรณ์ ดูตลอดวัน ปัจจุบันหยุดดูได้หนึ่งปี ประเมิน DSPM : Gross motor= 42 เดือน ยืนขาเดียวได้ Fine motor= 19-24 เดือน ต่อบล็อกไม้ได้ 6 ก้อน Receptive Language = 31-36 เดือน หีบขวด 2 ชนิดได้แต่ยังพูดได้เป็นคำๆ Expressive Language= 25-29 เดือน พูดตอบรับและ ปฏิเสธได้ Personal and Social Skill= 31-36 เดือน ใส่เสื้อใส่กางเกงได้เอง แพทย์วินิจฉัยเป็น Global Developmental Delay

วันนี้ 14 ตุลาคม 2568 ผู้ป่วยอายุ 5 ปี 9 เดือน นัดติดตามอาการต่อเนื่องเรื่องพัฒนาการและให้ IVIG ผู้ป่วยไม่มีไข้ ริมฝีปากแห้งมีเลือดซึมเล็กน้อย ปี ประเมิน TEDA4I : Gross motor= 54 เดือน ขว้างลูกบอลลง ตะกร้าในระยะ 1.5 เมตรได้ และวิ่งเตะบอลได้ Fine motor= 30 เดือน ต่อบล็อกไม้ได้ 8 ก้อน เลียนแบบ ลากเส้นเป็นวงต่อเนื่องได้ Receptive Language = 36 เดือน เลือกวัตถุขนาดใหญ่ขนาดเล็กได้ นำวัตถุ 2 ชนิด ในห้องมาให้ตามสั่งได้ Expressive Language= 24 เดือน พูดตอบรับและปฏิเสธได้ Personal and Social Skill= 42 เดือน พูดขอ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายได้

ประวัติครอบครัว : มีบุคคลในครอบครัว 4 คน คือ บิดา มารดา ผู้ป่วย และ หลาน บุคคลในครอบครัวไม่มีใคร เจ็บป่วยด้วยโรคพันธุกรรม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยโรคอื่นๆ

ประวัติการแพ้ยา/ อาหาร/ สารเคมี : ปฏิเสธ แพ้ยา อาหาร สารเคมี

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป เด็กชายชาวแกมพูชา รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 19.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 110 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เท่ากับ 16.3 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ผิวดำแดง เรียกสบตาพูดน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/56 mmHg

ศีรษะ ศีรษะได้รูป เส้นผมสีดำหยิก ผมสั้น หนังศีรษะสะอาด ใบหน้าเท่ากันทั้งสองข้าง
ผิวหนังและเล็บ ผิวสีน้ำตาลแดง ผิวหนังไม่มีบาดแผล หรือตุ่มอักเสบ เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น ปลายมือปลายเท้าไม่คล้ำ

ตา เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตาเท่ากันทั้งสองข้าง สายตามองเห็นชัดเจน ไม่ได้สวมแว่น

หู ใบหูเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงได้ยินชัดเจน ไม่พบต่อมน้ำเหลืองหลังหูโต

จมูก ไม่มีหายใจ ปีกจมูกบาน ไม่มีน้ำมูกไหลออกมา

ปากและช่องคอ ริมฝีปากแห้งแตก มีเลือดซึมออกมาเล็กน้อย ไม่มีเหงือกอักเสบ ทอนซิลไม่โต คอไม่แดง

คอ คลำไม่พบไทรอยด์โต ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง

ทรวงอก ลักษณะการขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง คลำไม่มีก้อนที่ทรวงอก ฟังปอดไม่มีเสียง Wheezing อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

หัวใจ อัตราเต้นของชีพจรเร็วสม่ำเสมอ 86 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur

ท้อง คลำหน้าท้องไม่พบก้อน ตับม้ามไม่โต เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใสไม่มีแสบขัด

กล้ามเนื้อและกระดูก การเคลื่อนไหวของร่างกายปกติ แขนและขาทั้งสองข้างยาวเท่ากัน ข้อไม่บวมเท่าไม่แบน กระดูกสันหลังไม่โค้งงอ กล้ามเนื้อไม่ลีบ

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ รับรู้เวลาและสถานที่

ประเมินพัฒนาการ ประเมิน TEDA4I : Gross motor= 54 เดือน ข้างลูกบอลลงตะกร้าในระยะ 1.5 เมตรได้ และวิ่งเตะบอลได้ Fine motor= 30 เดือน ต่อบล็อกไม้ได้ 8 ก้อน เลียนแบบลากเส้นเป็นวงต่อเนื่องได้ Receptive Language = 36 เดือน เลือกวัตถุขนาดใหญ่ขนาดเล็กได้ นำวัตถุ 2 ชนิด ในห้องมาให้ตามสั่งได้ Expressive Language= 24 เดือน พูดตอบรับและปฏิเสธได้ Personal and Social Skill= 42 เดือน พูดขอ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายได้ พบมีพัฒนาการช้ารอบด้าน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ประวัติครอบครัว ในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกัน 4 คน คือ บิดา มารดา ผู้ป่วย และหลาน บิดาประกอบอาชีพรับจ้างตัดยางรายได้เดือนละ 10,000 บาท ซึ่งบิดาเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในบ้าน บางครั้งรายได้ไม่พอกับรายจ่ายต้องยืมนายจ้างล่วงหน้า ส่วนมารดาเป็นแม่บ้านดูแลผู้ป่วย และหลาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ วันที่ 14 ตุลาคม 2568	ผลการตรวจ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568	ผลการตรวจ วันที่ 22 ธันวาคม 2568	แปลผล
IgG	501- 1170	558 mg/dl	593 mg/dl	502 mg/dl	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ วันที่ 14 ตุลาคม 2568	ผลการตรวจ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568	ผลการตรวจ วันที่ 22 ธันวาคม 2568	แปลผล
Liver function					
Total Protein	5.7-8.0 g/dl	6.2	6.8	6.5	ปกติ
Albumin	3.5-5.2 g/dl	4.0	4.2	3.8	ปกติ
Globulin	2.5-3.5 g/dl	2.5	2.6	2.7	ปกติ
Total Bilirubin	0.3-1.2 mg/dl	0.3	0.3	0.3	ปกติ
Direct Bilirubin	0.0-0.2 mg/dl	0.1	0.0	0.0	ปกติ
SGOT (AST)	< 35 U/L	98.1	90.8	64.4	สูงกว่า ปกติ
SGPT (ALT)	< 35 U/L	122.9	143.8	95.5	สูงกว่า ปกติ
Alkaline Phosphatase	96-297 U/L	735.4	779.7	729.5	สูงกว่า ปกติ

การวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค่าเอนไซม์ตับ AST/ALT ที่สูงกว่า ปกติ 2-4 เท่า บ่งชี้ว่ามีภาวะตับอักเสบ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะนาน อาจส่งผลให้เกิดตับอักเสบได้ Alkaline Phosphatase สูงกว่า ปกติ 2.5 เท่า อาจเกิดจาก G-CSF ทำหน้าที่ กระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดขาว ชนิด Neutrophil การกระตุ้นและเกิดปฏิกิริยาในไขกระดูก สามารถ ส่งผลโดยตรง ทำให้ALPสูงขึ้นได้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย และมักจะค่อยๆกลับสู่ระดับปกติหลังหยุดยา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ วันที่ 14 ตุลาคม 2568	ผลการตรวจ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568	ผลการตรวจ วันที่ 22 ธันวาคม 2568	แปลผล
CBC (Complete blood Count)					
WBC Count	4.6-10.6 10 ³ /uL	5.1	6.9	8.8	ปกติ
RBC	4.7-6.2 10 ⁶ /uL	4.53	4.52	4.43	ต่ำกว่า ปกติ
HGB	13.0-16.7 g/dl	12.7	12.6	12.3	ต่ำกว่า ปกติ
HCT	40.5-50.8 %	38.0	37.4	36.9	ต่ำกว่า ปกติ
MCV	80.0-97.8 fL	83.8	82.8	83.3	ปกติ
MCH	25.2-32.0 pg	28.0	28.0	27.7	ปกติ
MCHC	31.3-34.0 g/dL	33.4	33.8	33.3	ปกติ
RDW	11.9-14.8 %	13.9	14.3	14.0	ปกติ
PLT	140-400 10 ³ /uL	202	220	224	ปกติ
MPV	6.7-10.0 fL	9.5	9.2	8.7	ปกติ
NRBC	/100 WBC	0.0	0.0	0.0	ปกติ
Neutrophil	43.7-70.9 %	54.6	65.7	72.1	สูงกว่า ปกติ
Lymphocyte	20.1-44.5 %	26.6	16.0	13.6	ต่ำกว่า ปกติ
Monocyte	3.1-9.8 %	14.2	14.3	10.8	สูงกว่า ปกติ
Eosinophil	0.7-9.2 %	4.3	3.4	3.3	ปกติ
Basophil	0-2.6 %	0.3	0.6	0.2	ปกติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

การวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ

RBC,HGB,HCT ต่ำกว่า ปกติ แสดงได้ว่าผู้ป่วยกำลังมีภาวะโลหิตจาง (anemia) ซึ่งผู้ป่วย SCID มักเผชิญกับการติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำๆ หรือมีการอักเสบเรื้อรังในร่างกาย ร่างกายจะหลั่งสารสื่ออักเสบ (cytokines) ออกมาซึ่งสารเหล่านั้นจะไปยับยั้งการสร้างฮอร์โมน erythropoietin ที่ช่วยกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงและไปขัดขวางการนำเหล็กมาใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้ลดลง ส่วน Lymphocyte ต่ำ Neutrophil และ Monocyte ที่สูงบ่งชี้ถึงการตอบสนองอย่างรุนแรงของระบบภูมิคุ้มกันด้านแรก ต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสในร่างกาย โดยมีไขกระดูกถูกยับยั้งเคลื่อนย้ายเต็มที่จากการกระตุ้นด้วยยา G-CSF เพื่อทดแทนระบบภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะที่ล้มเหลว

การวินิจฉัยของแพทย์ : Severe Combined Immunodeficiency (SCID) with Global Developmental Delay (GDD)

สรุปอาการและอาการแสดงร่วม การรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

ผู้ป่วยเด็กชายชาวกำพูชา อายุ 5 ปี 9 เดือน มีประวัติเป็นโรค SCID และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดหรือไขกระดูก (HSCT) 5 ปี ปัจจุบัน ยังต้องให้ G-CSF เดือนละ 5 ครั้ง ที่ รพ.สต. และให้ IMG เดือนละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลตราด และยังมีนัดติดตามอาการที่ ร.พ.พยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2-3 เดือนต่อครั้ง และผู้ป่วยยังมีพัฒนาการช้ารอบด้าน รักษาได้ 2 ปี มียาปรับประทุกันเป็น risperidone 0.3 ml ก่อนนอน วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2568 /17 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 /22 ธันวาคม 2568 นัดติดตามอาการเพื่อให้ IMG และติดตามพัฒนาการ เรื่องโรค SCID ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในทุก visit ค่า IgG อยู่ในช่วงปกติระดับล่าง 502-593.0 mg/dl ซึ่งมารับ IMG เพิ่ม และผู้ป่วยจะมีอาการปากแห้งแตกมีเลือดซึมเล็กน้อยทุกครั้ง ผล ANC อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีแนวโน้มดีขึ้นทุกครั้ง อยู่ในช่วง 2784 – 6344 cell/ μ l และค่าเอนไซม์ตับ AST/ALT ที่สูงกว่าปกติ 2-4 เท่า บ่งชี้ว่ามีภาวะตับอักเสบ ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะนาน อาจส่งผลให้เกิดตับอักเสบได้ Alkaline Phosphatase สูงกว่า ปกติ 2.5 เท่า อาจเกิดจาก G-CSF ทำหน้าที่กระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil การกระตุ้นและเกิดปฏิกิริยาในไขกระดูก สามารถส่งผลโดยตรง ทำให้ ALP สูงขึ้นได้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย และมักจะค่อยๆ กลับสู่ระดับปกติหลังหยุดยา ซึ่งอยู่ในค่าที่รับได้ ผู้ป่วยไม่มีอ่อนเพลีย ตาตัวเหลืองและใน visit ที่ 3 มารดาผู้ป่วยแจ้งว่าป็นามีแพลนที่จะเข้าโรงเรียน จึงได้วางแผนในการประสานครูเรื่องแนวทางการดูแลที่ต้องระมัดระวัง พร้อมทั้งให้ความรู้กับมารดาในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเรียน และการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ส่วนในเรื่องของพัฒนาการ ผู้ป่วยมีพัฒนาการช้ารอบด้าน ในทุกครั้งที่มา visit มีการกระตุ้นพัฒนาการ และสอนฝึกพัฒนาการในช่วงวัยถัดไป ซึ่งมารดาผู้ป่วย ให้ความร่วมมือ กลับไปฝึก และทุกครั้งที่มา มีพัฒนาการดีขึ้น ถึงแม้ยังไม่ครบทุกด้าน และยังไม่สมวัย จำหน่ายออกจากความดูแล รวมดูแลผู้ป่วย 69 วัน 3 visit

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปอาการวันที่นัดมาติดตามอาการครั้งที่ 1

วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2568 ผู้ป่วยมาพบมารดาที่นัดจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อมาให้ IMG ไม่ป่วย ปากแห้งมีเลือดซึมเล็กน้อย ไม่คัน ตัวตาไม่เหลือง ไม่เพลีย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 19.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 110 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เท่ากับ 16.3 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/56 mmHg ผลตรวจ CBC ANC 2784 cell/ μ l ปกติ แต่มีภาวะซีดเล็กน้อย ผู้ป่วยมีฉีดยา G-CSF ที่รพ.สต.เดือนละ 5 เข็ม แนะนำการรับประทานผักใบเขียวไข่แดงเครื่องในเพิ่ม ส่วนผล LFT มีค่าตับอักเสบขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการรับประทานยาฆ่าเชื้อ เป็นเวลานาน แต่ผู้ป่วยไม่มีตาตัวเหลือง สามารถรับ IMG ได้

จากการตรวจพัฒนาการโดยใช้ TEDA4I พบพัฒนาการช้ารอบด้านดังนี้ : Gross motor = 54 เดือน ขว้างลูกบอลลงตะกร้าในระยะ 1.5 เมตรได้ และวิ่งเตะบอลได้ Fine motor = 30 เดือน ต่อบล็อกไม้ได้ 8 ก้อน เลียนแบบลากเส้นเป็นวงต่อเนื่องได้ Receptive Language = 36 เดือน เลือกวัตถุขนาดใหญ่ขนาดเล็กได้ นำวัตถุ 2 ชนิด ในท้องมาให้ตามสั่งได้ Expressive Language = 24 เดือน พูดตอบรับและปฏิเสธได้ Personal and Social Skill = 42 เดือน พูดขอ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายได้ และได้แนะนำการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในช่วงวัยถัดไป ผู้ป่วยนั่งขึ้น เดินไปมาเล็กน้อย ไม่มีเอะอะโวยวาย เรียกหันมองสบตา พูดได้เป็นคำๆ จำนวนคลังคำศัพท์มากขึ้น เช่น แม่ ไก่ หมา ไป กิน ฝึกกระตุ้นให้พูด 2 คำติดกัน นัดติดตามอาการในวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2568

สรุปอาการวันที่นัดมาติดตามอาการครั้งที่ 2

วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2568 ผู้ป่วยมาพบมารดาที่นัดจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อมาให้ IVIG ไม่ป่วย ปากแห้งมีเลือดซึมเล็กน้อย ไม่คัน ตัวตาไม่เหลือง ไม่เพลีย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 19.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 110 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เท่ากับ 16.3 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเท่าครั้งก่อนสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg ผลตรวจ CBC ANC 4533 cell/ μ l ปกติ ดีขึ้น กว่าครั้งที่แล้วแต่มีภาวะซีดเล็กน้อย ผู้ป่วยมีฉีดยา G-CSF ที่รพ.สต.เดือนละ 5 เข็มเช่นเดิม สอบถามเรื่องการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงมารดาตอบว่า ผู้ป่วยรับประทานได้น้อย แต่ก็พยายามกระตุ้นให้รับประทาน ส่วนผล LFT มีค่าตับอักเสบขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการรับประทานยาฆ่าเชื้อ เป็นเวลานาน แต่ผู้ป่วยไม่มีตาตัวเหลือง สามารถรับ IVIG ได้

ด้านพัฒนาการ นิ่งเท่าครั้งแรกยังมีวิ่งไปมาเป็นบางครั้ง เรียกมองหน้าสบตา พูดได้มากขึ้น พูดได้ 2 คำติดกัน เช่น กินข้าว ไปเที่ยว กินขนม เริ่มบอกปวดปัสสาวะ อูจจะ เป็นบางครั้ง ยังล้างทำความสะอาดหลังขับถ่ายเองไม่ได้ ประเมินพัฒนาการโดยใช้ TEDA4I Gross motor = 60 เดือน สามารถรับลูกบอลขนาด 20 เซนติเมตรที่กระดอนขึ้นมาได้ในระยะห่างจากผู้ป่วย 1 เมตร กระโดดขาเดียวไปข้างหน้าทีละข้างอย่างต่อเนื่อง ทั้งสองขา แนะนำกระตุ้นพัฒนาการช่วงวัยถัดไป Fine motor = 60 เดือน ชี้อ่อนที่หายไปในภาพได้ ยังจับดินสอแบบ Tripod ไม่ได้ วาดรูปสามเหลี่ยมตามแบบไม่ได้ แนะนำมารดากลับไปกระตุ้นจับดินสอแบบ Tripod

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

และสอนวาดรูปสามเหลี่ยม Receptive Language = 42 เดือน ทำตามคำสั่งต่อเนื่องได้สองกริยากับวัตถุ 2 ชนิด เลือกรูปภาพเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงได้ถูกต้อง แนะนำกระตุ้นพัฒนาการช่วงวัยถัดไป Expressive Language = 30 เดือน พูดชื่อเล่นหรือสรรพนามแทนตัวเองได้แต่ยังพูดโต้ตอบด้วยวลีที่เป็นคำ 3 คำติดต่อกัน ได้อย่างน้อย 4 ความหมาย แนะนำมารดากลับไปกระตุ้นซ้ำในพัฒนาการขั้นต่อไปโดยฝึกพูดขอน้ำอีก น้ำหมดแล้ว ไปกินข้าว ไปหาแม่ Personal and Social Skill = 48 เดือน รู้จักขอโทษเมื่อทำให้อีกคนหนึ่งได้รับบาดเจ็บ ไม่พอใจ ใส่เสื้อที่ไม่มีกระดุมได้ ส่วนเสื้อที่มีกระดุมยังติดกระดุมเสื้อไม่ได้ แนะนำการฝึกติดกระดุม และกระตุ้นพัฒนาการในช่วงวัยถัดไป นัดติดตามอาการในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2568

สรุปอาการวันที่นัดมาติดตามอาการครั้งที่ 3

วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2568 ผู้ป่วยมากับมารดามีนัดจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อมาให้ IVIG ไม่ป่วย ปากแห้งมีเลือดซึมเล็กน้อย ไม่คัน ตัวตาไม่เหลือง ไม่เพลีย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 19.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 112 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เท่ากับ 15.2 อยู่ในเปอร์เซ็นต์ที่ 25-50 น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 mmHg ผลตรวจ CBC ANC 6344 cell/ μ l ปกติ ดีขึ้น กว่าครั้งที่แล้วแต่มีภาวะซีดเล็กน้อย ผู้ป่วยมีเม็ด G-CSF ที่รพ.สต.เดือนละ 5 เข็มเช่นเดิม ทบพวนเรื่องการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง แนะนำมารดาปรับปรุงเมนูให้หลากหลายขึ้น มารดาเริ่มบอกว่าจะพยายามทำอาหารให้หลากหลาย ส่วนผล LFT มีค่าตับอักเสบขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการรับประทานยาฆ่าเชื้อ เป็นเวลานาน แต่ผู้ป่วยไม่มีตาตัวเหลือง สามารถรับ IVIG ได้

ด้านพัฒนาการ นิ่งขึ้นยังมีวิ่งไปมาเป็นบางครั้ง เรียกมองหน้าสบตามากขึ้น พูดได้มากขึ้นติดกัน 3 คำ เช่น ไปกินข้าว ไปหาพ่อ แม่ไปเที่ยว จะกินน้ำ เริ่มบอกปวดปัสสาวะ อุจจาระ เป็นบางครั้ง ยังลังการทำความสะอาดหลังขับถ่ายเองไม่ได้ ประเมินพัฒนาการโดยใช้ TEDA4I Gross motor = 66 เดือน สามารถเดินต่อส้นเท้าถอยหลังได้แต่ยังวิ่งควมเหมือนม้าไม่ได้ แนะนำฝึกวิ่งควมม้า Fine motor = 60 เดือน จับดินสอดแบบ Tripod ได้ แต่ยังไม่ประกอบชิ้นส่วนของรูปภาพ 10 ชิ้นไม่ได้ วาดรูปคนไม่ได้ แนะนำมารดากลับไปกระตุ้นพัฒนาการในขั้นต่อไป Receptive Language = 48 เดือน เลือกวัตถุที่มีขนาดใหญ่กว่าและเล็กกว่าได้ แต่เลือกรูปภาพที่แสดงสีหน้ามีความสุข เศร้า โกรธ หรือแสดงสีหน้าเองไม่ได้ แนะนำมารดากลับไปกระตุ้นพัฒนาการซ้ำในขั้นต่อไป Expressive Language = 36 เดือน พูดประโยคให้คนที่ไม่คุ้นเคยฟังรู้เรื่องไม่ได้ ร้องเพลงหรือสวดมนต์ไม่ได้ แนะนำมารดากลับไปกระตุ้นซ้ำในพัฒนาการขั้นต่อไป Personal and Social Skill = 54 เดือน ทำความสะอาดหลังอุจจาระได้แต่ยังไม่สะอาด ไม่สามารถบอกที่อยู่ของตนเองหรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้ปกครองได้ แนะนำให้กลับไปฝึกกระตุ้นพัฒนาการในขั้นต่อไป

มารดาแจ้งว่าเปิดเทอมปีหน้าผู้ป่วยมีแผนจะเข้าโรงเรียนต้องการปรึกษาว่าต้องทำอะไรบ้างแนะนำเรื่องการเตรียมตัว การดูแลความสะอาด และการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยเฉพาะเรื่องการใส่แมสก์ต้องฝึกใส่ให้ชิน และถ้ามีเพื่อนเจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อได้ต้องแยกออกจากเพื่อน อีกทั้งผู้ป่วยต้องมีการนัดติดตามอาการทั้งที่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

โรงพยาบาลตราด และที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความจำเป็นต้องหยุดเรียนต้องแจ้งให้คุณครูรับทราบ และพยาบาลจะประสานโดยทำหนังสือส่งตัวไปให้คุณครูเพื่อเป็นแนวทางในการดูแล และให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยต้องการสอบถาม นัดติดตามอาการในวันที่ 26 มกราคม พ.ศ.2569

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 พัฒนาการช้ารอบด้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเนื้อเยื่ออักเสบและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการกระตุ้น

ไขกระดูก เนื่องจากผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะและการรักษาด้วย G-CSF

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีดเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติ ตามแผนการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการเงิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 พร่องความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อต้องเข้าโรงเรียน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 พัฒนาการช้ารอบด้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาบอกว่าพูดช้า ชนไม่นิ่ง

2. อายุจริง 5 ปี 9 เดือน ประเมินพัฒนาการด้วย TEDA4I พบพัฒนาการช้ารอบด้านดังนี้ : Gross motor = 54 เดือน ขว้างลูกบอลลงตะกร้าในระยะ 1.5 เมตรได้ และวิ่งเตะบอลได้ Fine motor = 30 เดือน ต่อบล็อกไม้ได้ 8 ก้อน เลียนแบบลากเส้นเป็นวงต่อเนื่องได้ Receptive Language = 36 เดือน เลือกวัตถุ ขนาดใหญ่ขนาดเล็กได้ นำวัตถุ 2 ชนิด ในห้องมาให้ตามสั่งได้ Expressive Language = 24 เดือน พูดตอบรับ และปฏิเสธได้ Personal and Social Skill = 42 เดือน พูดขอ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายได้

3. แพทย์วินิจฉัยเป็น GDD

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องสมวัย และมารดาสามารถฝึกทักษะให้ลูกได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีระดับพัฒนาการขยับเพิ่มขึ้นในแต่ละด้านเมื่อประเมินซ้ำ
- มารดาให้ความร่วมมือและสามารถสาธิตย้อนกลับวิธีการฝึกพัฒนาการได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตรยิ้มแย้มแจ่มใสเพื่อให้ผู้ป่วย และมารดา

ไว้วางใจ

2. ประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้น ชักประวัติเพิ่มเติมจากมารดา และประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น

3. แจ้งวัตถุประสงค์ของการประเมินพัฒนาการให้มารดาทราบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

- 4.ประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ TEDA4I ทั้ง 5 ด้าน
- 5.ฝึกกระตุ้นพัฒนาการให้มารดานำไปฝึกผู้ป่วยต่อที่บ้านทั้ง 5 ด้าน
 - 5.1 Gross motor พัฒนาด้านการเคลื่อนไหว
 - 5.2 Fine motor พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา
 - 5.3 Receptive Language พัฒนาด้านการเข้าใจภาษา
 - 5.4 Expressive Language พัฒนาด้านการใช้ภาษา
 - 5.5 Personal and Social Skill พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม
- 6.นัดติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทุกครั้งที่มาแม้บางครั้งไม่ครบทั้ง 5 ด้าน มารดาให้ความร่วมมือดีสามารถสาธิตย้อนกลับเพื่อนำไปฝึกผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 5 ปี 9 เดือน ประวัติเป็นโรค SCID หลังปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (HSCT) มา 5 ปี ปัจจุบันยังคงต้องได้รับ G-CSF เดือนละ 5 ครั้ง ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรับ IVIG เดือนละ 1 ครั้ง ที่ โรงพยาบาลตราด และยังมีนัดติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2-3 เดือนต่อครั้ง

2.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (3 visits)

ระดับ IgG อยู่ในช่วงปกติระดับล่าง (502 - 593.0 mg/dl)

ระดับ ANC มีแนวโน้มดีขึ้น แต่อยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวัง (2,784 - 6,344 cell/ μ l)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน และมารดามีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ($BT < 37.5^{\circ}C$)
- 2.ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น ไอ น้ำมูก ท้องเสีย หรือแผลอักเสบ
- 3.มารดาสามารถอธิบายวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินสัญญาณชีพ (โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย) และตรวจร่างกายเพื่อค้นหาภาวะติดเชื้อในทุก
ระบบทุกครั้งที่มา Visit

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

- 2.ดูแลแยกโซนผู้ป่วยออกจากเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 3.ประเมินผล ANC Count เพื่อประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อ
- 4.แนะนำการใส่แมสก์ ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
- 5.แนะนำสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 6.ถ้ามีคนป่วยในบ้านให้แยกผู้ป่วย ไม่อยู่รวมกัน
- 7.ถ้ามีไข้รับมาพบแพทย์ ไม่ซื้อยารับประทานเอง

การประเมินผล

ตลอดการดูแล 69 วัน (3 visits) ผู้ป่วยไม่ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อแทรกซ้อน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BT 36.5 - 36.8 °C) มารดาได้รับทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วย และสามารถตอบกลับได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเนื้อเยื่ออักเสบและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการกระตุ้นไขกระดูก เนื่องจากผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะและการรักษาด้วย G-CSF

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ผลเอนไซม์ตับ AST/ALT สูงกว่าปกติ 2-4 เท่า (สัมพันธ์กับประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน)
- 2.ผล Alkaline Phosphatase (ALP) สูงกว่าปกติ 2.5 เท่า (สัมพันธ์กับการได้รับ G-CSF กระตุ้นไขกระดูก)
- 3.ผู้ป่วยมีอาการปากแห้งแตกและมีเลือดซึมเล็กน้อยทุกครั้งที่มา Visit

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังภาวะตับอักเสบรุนแรง ป้องกันเนื้อเยื่อช่องปากบาดเจ็บ และผู้ป่วยปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของตับอักเสบรุนแรง เช่น อ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)
- 2.ริมฝีปากมีความชุ่มชื้นขึ้น เลือดออกลดลงหรือหมดไป
- 3.ค่า LFT (AST/ALT, ALP) มีแนวโน้มลดลงหรือคงที่ในระดับที่ยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินและติดตามอาการแสดงของภาวะตับอักเสบ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และตรวจดูภาวะตาตัวเหลืองในทุก Visit
- 2.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LFT อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังระดับความรุนแรงของการอักเสบ
- 3.ดูแลและแนะนำการรักษาความชุ่มชื้นของริมฝีปากเนื่องจากมีปากแห้งแตกเลือดซึม: แนะนำให้มารดาทาลิปมัน วาสลีน หรือสาลีชุบน้ำสะอาดเช็ดริมฝีปากบ่อยๆ และหลีกเลี่ยงการแกะเกา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

4. ทบทวนการได้รับยาและให้ความรู้แก่มารดาว่า ค่าตับและ ALP ที่สูงขึ้นเป็นผลข้างเคียงที่ยอมรับได้ และจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อหยุดยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีตาตัวเหลือง ค่าตับอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และแพทย์พิจารณาว่า สามารถรับ IVIG ได้ตามปกติในทุก Visit แต่ยังมีอาการปากแห้งแตกเลือดซึมเล็กน้อยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง มารดาผู้ป่วยทาวาสลินให้ตลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะซีดเล็กน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ CBC ทั้ง 3 ครั้ง RBC $4.3-4.53 \times 10^6/\mu\text{L}$ HGB 12.3-12.7 g/dl HCT 36.9-38 %

2. มารดาให้ข้อมูลใน Visit ที่ 2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงได้น้อยแต่พยายามกระตุ้นอยู่

3. Visit 1 และ 2 น้ำหนัก 19.4 กก. ส่วนสูง 110 ซม. BMI = 16.3)

Visit 3 น้ำหนัก 19.6 กก. ส่วนสูง 112 ซม. (BMI = 15.2 อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-50) รูปร่างสมส่วนตามเกณฑ์

วัตถุประสงค์

เพื่อปรับปรุงภาวะซีด และคงไว้ซึ่งโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงได้มากขึ้น

2. น้ำหนักและส่วนสูงเจริญเติบโตตามเส้นเกณฑ์มาตรฐานต่อเนื่อง

3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะซีดรุนแรง เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือตัวซีดเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความชื้นชื้นของเยื่อบุตา (Conjunctiva) ปลายมือปลายเท้า เพื่อประเมินภาวะซีดทางคลินิก

2. ให้คำแนะนำแก่มารดาเรื่องการเลือกอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและดูดซึมได้ดี เช่น ผักใบเขียวเข้ม ไข่แดง ตับ และเนื้อสัตว์

3. แนะนำมารดาให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบเมนูอาหารให้มีความหลากหลาย นำรับประทาน เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยกินอาหารธาตุเหล็กได้น้อย

4. ติดตามน้ำหนัก ส่วนสูง และคำนวณ BMI ทุกครั้งเพื่อประเมินแนวโน้มการเจริญเติบโต

ประเมินผล

ผู้ป่วยยังคงมีภาวะซีดเล็กน้อยจากผลห้องปฏิบัติการ แต่ไม่มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 19.4 กิโลกรัม เป็น 19.6 กิโลกรัม รูปร่างอยู่ในเกณฑ์สมส่วน (Percentile 25-50) มารดาได้รับปากว่าจะไปปรับปรุงเมนูอาหารให้หลากหลายขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5 เสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติ ตามแผนการรักษาเนื่องจากมีปัญหาการเงิน

ข้อมูลสนับสนุน

1.มารดาผู้ป่วยบอกว่าบิดาหาเลี้ยงครอบครัวคนเดียวรายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน บางครั้งไม่พอใช้เบิกเงินจากนายจ้างล่วงหน้าบ่อยๆก็เกรงใจ

2.มีขาดนัดพัฒนาการ 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ และสามารถรักษาต่อเนื่องตามนัด
เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วย และมารดาสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจ

2.ผู้ป่วยมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องตรงตามนัด

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากสิทธิของผู้ป่วยเป็นบัตรผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว แนะนำให้ต่อบัตรอย่างต่อเนื่อง

2.ให้ข้อมูลและแนะนำขั้นตอนการขอใช้สิทธิช่วยเหลือต่างๆ ส่งปรึกษาทีมนักสังคมสงเคราะห์

3.เปิดโอกาสให้มารดาผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก

ประเมินผล

มารดาผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น รับทราบแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจพร้อมรับปากจะมาตรวจตรงตามนัดทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 6 พร่องความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อต้องเข้าโรงเรียน

ข้อมูลสนับสนุน

1.มารดาแจ้งว่าปีหน้ามีแพลนที่จะเข้าเรียนในโรงเรียนต้องดูแลอย่างไรบ้าง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดามีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเมื่อผู้ป่วยต้องเข้าโรงเรียน

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาสามารถอธิบายวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่โรงเรียนได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1.แนะนำการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องเข้าโรงเรียน

2.แนะนำให้มารดาฝึกผู้ป่วยให้ใส่แมสก์ให้เป็นนิสัยเมื่อต้องไปโรงเรียน

3.สอนและเน้นย้ำเรื่องการล้างมืออย่างถูกวิธี ทั้งตัวผู้ป่วยและมารดา

4.แนะนำเรื่องไม่ใช้แก้วน้ำ ช้อน หรือรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้อื่น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

5.แนะนำมารดาให้ประสานกับครูประจำชั้นล่วงหน้า เพื่อขอแยกผู้ป่วยห่างจากเพื่อนที่มีอาการป่วย (ไข้ ไอ น้ำมูก หรือโรคติดต่อ)

6.แนะนำการแจ้งคุณครูเกี่ยวกับวันหยุดที่ต้องมารักษาตามนัด

7.จัดทำหนังสือส่งตัวทางการพยาบาลไปยังโรงเรียน เพื่อแจ้งแนวทางการดูแลและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อพยาบาลกรณีฉุกเฉิน

8.แนะนำมารดาเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีก่อนนัด เช่น มีไข้ ซึมลง ไอ หายใจหอบ หรืออุจจาระเหลว

ประเมินผล

มารดาสามารถอธิบายการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องไปโรงเรียนได้ และแจ้งว่าเมื่อโรงเรียนใกล้เปิดจะมาขอหนังสือส่งตัวไปให้คุณครู

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษา ข้อมูล เลือกเรื่องที่สนใจโดยปรึกษา ผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.2.2 คัดเลือกกรณีศึกษา ที่ได้ให้การพยาบาลครบ 3 visit 1 ราย ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ที่มารับบริการที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอก

4.2.3 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ อาการปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต ประวัติการคลอด ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมีและอื่นๆ แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ

4.2.4 ศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อ่านวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแลแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวทาง วางแผนตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้น ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ

4.2.6 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม และใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมด้วย

4.2.7 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

4.2.8 สรุปกรณีศึกษาเรียบเรียงผลงาน และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้ข้อเสนอแนะกับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

4.2.9 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงานจัดทำเอกสารวิชาการ

4.2.10 อยู่ในระหว่างดำเนินการส่งผลงานเผยแพร่

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังให้ยา IVIG ผู้ปกครอง และผู้ป่วย มีความรู้ในการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.3 เป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.3.2 มีการกระตุ้นพัฒนาการเพื่อให้พัฒนาการสมวัย

4.2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

4.2.4 เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเป็นแนวทางต่อไปในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

5. สำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดรุนแรง และมีพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน จำนวน 1 ราย รวมจำนวนครั้งที่ visit ทั้งหมด 4 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กรายนี้ พบว่า มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งได้ทำเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกแล้ว แต่ยังคงได้รับยากระตุ้นเม็ดเลือดและ IVIG อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการรับประทานยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นประจำ อีกทั้งยังมีพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ซึ่งได้รับความร่วมมือในการดูแลจาก ผู้ปกครอง และผู้ป่วย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ต่อไป

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจแผนกกุมารเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

6.2 เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรงและมีพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน

6.3 เป็นเอกสารวิชาการเพื่อเผยแพร่สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นที่สนใจศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เป็นเด็กชายชาวกำพูชา อายุ 5 ปี 10 เดือน ในครอบครัวอยู่ด้วยกัน 4 คน คือ บิดา มารดา ผู้ป่วย และ หลาน ซึ่งบิดาทำงานรับจ้างเลี้ยงครอบครัวแต่เพียงผู้เดียว และผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการรักษาเป็นประจำต่อเนื่อง มีทั้งนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลพระปิยะมหาราช 2 แผนก อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2-3 เดือนต่อครั้ง ในการเดินทางต้องมีค่าใช้จ่ายสูง และการรักษาโดยการให้ยารักษาโรค SCID เป็นยาเฉพาะที่มีราคาสูง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีบัตรผู้ติดตามแรงงานต่างชาติ บางครั้งก็มีค่าใช้จ่ายร่วมที่ต้องจ่าย บางครั้งก็มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ต้องเบิกเงินนายจ้างล่วงหน้า ทำให้เงินไม่พอใช้จ่ายในบางเดือน ทำให้มีอาการท้อในบางครั้ง การให้กำลังใจและการเป็นที่ปรึกษาคอยแนะนำจะทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีพลังในการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัด อีกทั้งโรค SCID ซึ่งเป็นภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรงแต่กำเนิด เม็ดเลือดขาวไม่สามารถทำงานได้ปกติ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ตลอดเวลา ส่วนหัวใจของการรักษา GDD คือการส่งเสริมให้เด็กไปโรงเรียน เล่นกับเพื่อน และทำกิจกรรมกลุ่ม (Socialization) เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ แต่ในทางกลับกัน โรค SCID บังคับให้เด็กต้องรักษาระยะห่าง (Isolation) หลีกเลี่ยงแหล่งชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้พร้อมในการกลับไปอยู่บ้านและชุมชน รวมทั้งการสื่อสารประสานงานประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล เช่นการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการไปโรงเรียน การให้ยาที่รพ.สต. (G-CSF) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยรายนี้ รวมถึงเปิดโอกาสให้ ผู้ปกครอง สอบถาม หรือปรึกษาในข้อกังวลสงสัย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรงซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและมีพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน ซึ่งการดูแลตรงข้ามกันเป็นอย่างมาก SCID ต้องป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อหลักเลี่ยงชุมชนหรือการสัมผัสการแพร่กระจายของโรคติดต่อทุกทาง แต่หัวใจสำคัญ ของ GDD คือการกระตุ้นให้เด็กได้ไปโรงเรียน ได้มีกิจกรรมกับผู้อื่นเพื่อกระตุ้นพัฒนาการให้สมวัย ดังนั้นทั้งผู้ปกครองและครูต้องมีความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังและการป้องกันการติดเชื้อเป็นอย่างดี ทั้งยังต้องมีความรู้ในการกระตุ้นพัฒนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมต่อไป

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรศึกษาหาความรู้และวิวัฒนาการใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

9.2 บุคลากรควรให้การดูแลแบบองค์รวม ส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจ โดยให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ ส่งเสริมคุณค่าในตัวเองในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พร้อมทั้งแนะนำแหล่งที่สนับสนุน ดูแลช่วยเหลือเมื่อพบปัญหา

9.3 ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ

10. การเผยแพร่ผลงาน

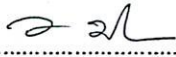
อยู่ระหว่างดำเนินการ

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน 100 %

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

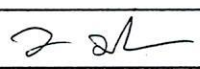
(ลงชื่อ) 

(นางอาภรณ์ ประสาร) ผู้ขอประเมิน

(วันที่) 15 / สิงหาคม / 2564

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอาภรณ์ ประสาร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

นางรัตยา ไทอิผลิ

(หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ))

ตำแหน่ง

(วันที่) ๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) 

(นายสุชาติ ตันติปิรามย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปิยมหาราช

ตำแหน่ง

(วันที่) ๑๖ มิ.ย. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

2. หลักการและเหตุผล

โรคหอบหืด หรือ โรคหืด (Asthma) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Disease: NCD) ที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดการตีบแคบของหลอดลมและมีอาการสำคัญ ได้แก่ ไอ หายใจมีเสียงหวีด หายใจลำบาก และแน่นหน้าอก โรคหืดสามารถพบได้ในทุกช่วงวัยและเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก (World Health Organization [WHO], 2026) ปัจจุบันโรคหืดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยในปี ค.ศ. 2023 มีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 363 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหืดประมาณ 442,000 ราย (WHO, 2026) สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่มีรายงานอัตราการความชุกของโรคหืดสูง โดยพบความชุกของโรคหืดในเด็กไทยวัยเรียนประมาณร้อยละ 7-8 และพบว่าอัตราการความชุกอาจสูงเกินกว่าร้อยละ 10 (Uppala et al., 2026; Inmai et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดจากสถิติในปี ค.ศ. 2015-2022 พบว่าผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน (Asthma Exacerbation) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี สูงถึงร้อยละ 62.3 และเด็กกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (Uppala et al., 2026) เนื่องจากเด็กมีสรีรวิทยาของทางเดินหายใจที่เล็กและไวต่อสิ่งเร้าได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการกระตุ้นให้โรคหืดกำเริบ (Varopichetsan et al., 2025) หรือสารก่อภูมิแพ้ จะส่งผลให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจอย่างรวดเร็ว หากขาดการจัดการตนเองและการควบคุมโรคที่ดีจากผู้ปกครอง จะนำไปสู่การภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน ส่งผลให้เด็กต้องขาดเรียน ส่งผลกระทบต่อพัฒนา และเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษามะเร็งในห้วงฉุกเฉินซ้ำ

สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลในระดับภูมิภาคจากรายงานสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระปิยะมหาราชย้อนหลัง 3 ปี พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีสถิติการตรวจรักษาเพิ่มขึ้นตามลำดับ ได้แก่ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 84 ราย (ตรวจรักษา 264 ครั้ง) ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 99 ราย (ตรวจรักษา 378 ครั้ง) และปีงบประมาณ 2568 จำนวน 109 ราย (ตรวจรักษา 444 ครั้ง) (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลพระปิยะมหาราช, 2568) สะท้อนให้เห็นว่าโรคหืดในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเด็กต่อไป

แม้โรคหืดจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ด้วยการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับ “การจัดการตนเอง (Self-management)” เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องจัดการอาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การติดตามอาการ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

3.2 แนวคิด

ในปัจจุบัน เทคโนโลยีดิจิทัลและแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการติดตามอาการ การให้ความรู้ และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การใช้เครื่องมือดิจิทัลร่วมกับการให้ความรู้ การติดตามอาการ และการแจ้งเตือนการใช้ยา สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Medication Adherence) ส่งเสริมการควบคุมโรค และลดการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ (Hodkinson et al., 2020)

3.3 ข้อเสนอ

พัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดต่อเนื่องที่บ้าน ผ่านแอปพลิเคชัน “Asthma Home-Care Smart Assistant via LINE OA” โดยเลือกใช้แพลตฟอร์ม LINE Official Account เพื่อส่งเสริมศักยภาพการจัดการตนเองอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยเด็กโรคหืดและผู้ดูแลหลักภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แพลตฟอร์ม LINE ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่ประชาชนไทยคุ้นเคยและใช้งานอย่างแพร่หลายในวิถีชีวิตประจำวัน นวัตกรรมนี้ประกอบด้วยฟังก์ชันหลัก 6 ส่วน ได้แก่

1. สื่อวิทัศน์สารสนเทศการพ่นยาอย่างถูกวิธี
2. ระบบแจ้งเตือนเวลาในพ่นยา
3. ระบบบันทึกติดตามอาการรายวัน
4. แนวทางการจัดการตนเองตามแผนปฏิบัติการโรคหืด (Asthma Action Plan) แบบจำแนกสี
5. ระบบการแจ้งเตือนวันนัดหมายพบแพทย์
6. ระบบติดต่อประสานงานกรณีฉุกเฉิน

ทั้งนี้ นวัตกรรมดังกล่าวไม่ได้ทำหน้าที่เพียงเป็นเครื่องมือแจ้งเตือนเท่านั้น แต่ยังเป็นสื่อกลางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลหลักอย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมความรู้และทักษะ ตลอดจนเพิ่มความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่น ยิ่งไปกว่านั้น ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินอาการเบื้องต้นและจัดการกับอาการกำเริบได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับมานอนในโรงพยาบาลซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2569 - เดือนพฤษภาคม 2570

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดรายใหม่และผู้ดูแลหลัก

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เด็กหรือผู้ป่วยเด็กในความดูแลเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดอัตราการกำเริบ (Lycett et al., 2018)

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลพระปิตุเตชะพบว่า ยังไม่มีระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดรายใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและ/หรือผู้ดูแลส่วนหนึ่งประสบปัญหาผู้ป่วยเด็กลืมใช้ยาพ่นควบคุมโรค พ่นยาผิดวิธี ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง และขาดสติให้เด็กใช้ยาพ่นควบคุมโรค พ่นยาผิดวิธียาพ่นควบคุมโรค พ่นยาสุดผิดวิธี ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง และขาดช่องทางในการปรึกษาเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดปัญหา ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันจนต้องกลับมาใช้บริการซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน (Re-visit) หรือต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อชีวิตและยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว (Hodkinson et al., 2020; Hogan et al., 2021)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลพระปิตุเตชะย้อนหลังพบว่า จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืด ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลพระปิตุเตชะ พบว่าปัญหาสำคัญที่ยังเป็นอุปสรรคคือ ความจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่เข้าใจความสำคัญของการใช้ยาพ่นควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง หรือไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการได้อย่างแม่นยำ และเมื่อขาดความรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว จึงส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเอง (Self-management) ที่มีประสิทธิภาพได้จริงในขณะที่อยู่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์บริบทการให้บริการทางสุขภาพของผู้ป่วยนอกในแผนกกุมารเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลพระปิตุเตชะพบว่า ยังไม่มีระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดรายใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและ/หรือผู้ดูแลส่วนหนึ่งประสบปัญหาผู้ป่วยเด็กลืมใช้ยาพ่นควบคุมโรค พ่นยาผิดวิธี ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง และขาดสติให้เด็กใช้ยาพ่นควบคุมโรค พ่นยาผิดวิธียาพ่นควบคุมโรค พ่นยาสุดผิดวิธี ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง และขาดช่องทางในการปรึกษาเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดปัญหา ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันจนต้องกลับมาใช้บริการซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน (Re-visit) หรือต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อชีวิตและยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว (Hodkinson et al., 2020; Hogan et al., 2021)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ลำดับ ที่	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ											
		พ.ค.68	มิ.ย.68	ก.ค.68	ส.ค.68	ก.ย.68	ต.ค.68	พ.ย.68	ธ.ค.68	ม.ค.69	ก.พ.69	มี.ค.69	เม.ย.69
1.	ระยะที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการ - วิเคราะห์ข้อมูลปัญหา อุปสรรคที่พบจากการให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด - ศึกษาเอกสารวิชาการ ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง - รวบรวมข้อมูล จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยปรึกษาทีมสหสาขาการเวชกรรม/แพทย์เฉพาะทางสาขาการเวชกรรม - ประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องจัดระบบบริการลดขั้นตอน	↔											
2.	ระยะที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงาน - ออกแบบเนื้อหาและสื่อการสอน เช่น บทวิทัศน์ สาคติการพ่นยา ออกแบบโครงสร้างหน้าจอ และเมนูการใช้งานของ Line OA - พัฒนาแอปพลิเคชัน Line OA พัฒนาฟังก์ชันและเชื่อมต่อบริบบข้อมูลหลังบ้าน - นำแอปพลิเคชันต้นแบบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความง่ายในการใช้งาน - ปรับปรุงและแก้ไขระบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบระบบภายในเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด	↔				↔							
3.	ระยะที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผล - รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์หลังการใช้งาน - ติดตามผลการดำเนินงาน รวบรวมปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติงาน - สร้างแบบฟอร์มประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ - ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ - วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินการ เพื่อวางแผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง									↔	↔		

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและผู้ดูแลหลักมีขีดความสามารถในการจัดการตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น สามารถใช้ยาพ่นควบคุมโรคได้อย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี
2. ผู้ดูแลหลักสามารถประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้นและจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันที่บ้านได้อย่างถูกต้องตามแผนปฏิบัติการโรคหอบหืด (Asthma Action Plan)
3. อัตราการเกิดอาการกำเริบซ้ำ (Exacerbation) ของโรคหอบหืดในเด็ก และอัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉิน (Re-admission/ER visit) ลดลง
4. โรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home-care support system) ที่เข้าถึงง่าย ทันสมัย และช่วยลดความแออัดในคลินิกผู้ป่วยนอก
5. ได้นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลต้นแบบ (LINE OA) ที่ผ่านการพิสูจน์ประสิทธิผล

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด
2. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....

(นางอาภรณ์ ประสาร) ผู้ขอประเมิน

ตำแหน่ง
.....

(วันที่) 15 / ๑๒ / ๒๕๖๑

บรรณานุกรม

- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลพระปิตมหาราช. (2568). รายงานสถิติผู้ป่วยนอกประจำปี 2566-2568. โรงพยาบาลพระปิตมหาราช.
- Hodkinson, A., Bower, P., Grigoroglou, C., Zghebi, S. S., Pinnock, H., Kontopantelis, E., & Panagioti, M. (2020). Self-management interventions to reduce healthcare use and improve quality of life among patients with asthma: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 370, m2521. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2521>
- Hogan, A. H., Carroll, C. L., Iverson, M. G., Hollenbach, J. P., Philips, K., Saar, K., Simoneau, T., Sturm, J., Vangala, D., & Flores, G. (2021). Risk factors for pediatric asthma readmissions: A systematic review. *The Journal of Pediatrics*, 236, 219–228.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.05.015>
- Inmai, P. N., Liabsuetrakul, T., Ichihara, N., Yamamoto, H., Thungthong, J., Chongsuvivatwong, V., & Miyata, H. (2022). Health effects of the asthma care program under the Universal Coverage Scheme in children and young adults in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), Article 4130. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074130>
- Lycett, H. J., Raebel, E. M., Wildman, E. K., Guitart, J., Kenny, T., Sherlock, J.-P., & Cooper, V. (2018). Theory-based digital interventions to improve asthma self-management outcomes: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), e293. <https://doi.org/10.2196/jmir.9666>
- Morrison, D., Wyke, S., Agur, K., Cameron, E. J., Docking, R. I., MacKenzie, A. M., McConnachie, A., Raghuvar, V., Thomson, N. C., & Mair, F. S. (2014). Digital asthma self-management interventions: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(2), e51. <https://doi.org/10.2196/jmir.2814>
- Uppala, R., Sitthikarnkha, P., Niamsanit, S., Techasatian, L., Saengnipanthkul, S., Thepsuthammarat, K., Teeratakulpisarn, J., & Kosalaraksa, P. (2026). In-hospital outcomes and mortality of pediatric asthma exacerbations in Thailand: A nationwide study (2015–2022). *Journal of Asthma and Allergy*, 19, Article 603890. <https://doi.org/10.2147/JAA.S603890>
- Varopichetsan, S., Bunplod, N., Dejchanchaiwong, R., Tekasakul, P., & Ingviya, T. (2025). Short-

term exposure to fine particulate matter and asthma exacerbation: A large population-based case-crossover study in Southern Thailand. *Environmental Health*, 24(1), Article28.
<https://doi.org/10.1186/s12940-025-01182-7>

World Health Organization. (2026, April 28). Asthma. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>