

## การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอาหารส่วนปลายตีบ และมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทำ GI study

: กรณีศึกษา

กิ่งดาว เพชรวัตร, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

ภาวะภาวะอาหารส่วนปลายตีบ เป็นภาวะที่ส่วน Pylorus ของกระเพาะอาหารส่วนปลายหนาตัวขึ้น ทำให้มีการตีบแคบของส่วนทางออกแต่ไม่ถึงกับตัน มักมีอาการอาเจียน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ อาเจียนพุ่ง ลักษณะสีขาว มีกลิ่นเปรี้ยว ไม่มีน้ำดีปน กรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นเด็กชายไทยอายุ 1 เดือนมาโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียนพุ่งลักษณะสีขาว ไม่มีน้ำดีปน มีการประเมินที่รวดเร็วเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ consult กุมารศัลยแพทย์ ทำการตรวจ U/S , Upper GI study พบภาวะ Anaphylaxis จากการแพ้ Barium หลังทำ Upper GI study ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดร่วมกับการรักษาที่รวดเร็ว จนผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะ Anaphylactic shock ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis (IHPS) และได้รับการผ่าตัด Pyloromyotomy ผู้ป่วยได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในเรื่องการป้องกันแก้ไขภาวะพร่องสารน้ำ, สารอาหาร, ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์, การบรรเทาอาการท้องอืด/อาเจียน, การป้องกันภาวะ Anaphylactic shock ร่วมกับการให้ข้อมูลกับญาติในเรื่องการปฏิบัติตัว ก่อนได้รับการผ่าตัดและได้รับยาสลบ ส่วนของการพยาบาลหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดแผล, การป้องกันภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น Hypovolemic shock, แผลติดเชื้อ, ทางเดินหายใจอุดกั้น/สำลัก, การให้ความรู้กับญาติในการดูแลหลังจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากให้การพยาบาลตามกระบวนการ พยาบาลพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย แผลแห้งดี ไม่มีอาการปวดแผล ปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมวันนอนพักที่โรงพยาบาล 9 วัน และได้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยอาการทุเลาลง รับประทานอาหารได้ดีขึ้น ไม่มีอาเจียน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 7.3 กิโลกรัม ตอนอายุ 4 เดือน ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ พัฒนาการปกติ

ผลการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ทำให้นำมาพัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องการดูแลผู้ป่วย Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis, การพยาบาลผู้ป่วย Anaphylaxis และจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังผ่าตัด, การแปลผลทางห้องปฏิบัติการในเด็ก

**คำสำคัญ:** ภาวะอาหารส่วนปลายตีบในเด็ก (Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis), ภาวะแพ้อย่างรุนแรง (Anaphylaxis), การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังผ่าตัด

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

E-mail: kingdoa2511@gmail.com

## **Nursing Care in Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis and Anaphylaxis Patient : case study**

Kingdoa Petchawat, B.N.S.

### **Abstract**

Infantile hypertrophic pyloric stenosis is a condition that muscle of pylorus; lower portion of the stomach that connects to the small intestine, becomes abnormally thickened and manifests as narrowing the opening between stomach and small intestine. The infant presents with forcefully projectile vomiting which is often characterized as white, nonbilious and sour-smelled vomiting.

In this case, a 1-month-old infant boy was admitted to the hospital with symptoms of non-bile stained as well as projectile vomiting and was referred to pediatric surgeon to do ultrasound and upper GI study after appropriately initial assessment. Thanks to careful medical care and immediate emergency treatment of professional medical team, the infant was safe without anaphylactic shock and fully recovered from anaphylaxis allergy that was caused by barium after doing upper GI study. Eventually, the infant patient's illness was diagnosed as infantile hypertrophic pyloric stenosis (IHPS) and treated with pyloromyotomy surgery. The patient was well prepared before surgery in order to prevention of dehydration, nutrition deficiency, electrolyte imbalance, anaphylactic shock and relief of flatulence as well as emesis. Moreover, the patient's family were given instruction about how to take care of the patient before doing surgery and going under general anesthesia. After surgery, the patient was relieved pain by nursing care team together with precaution of dehydration, mineral insufficiency and complication such as hypovolemic shock, wound infection, aspiration and airway obstruction. In addition, the patient's relatives were received advice about post-surgery home care. After admitted in hospital for 9 days, the patient was safe and had healed wound without pain and any complications after surgery. Three months later, following up process of 4-month-old infant patient found that the infant could drink milk without vomiting as well as had weight gained to 7.3 kg with normal development and get vaccines following a recommended guideline.

Case study results bring about development of nursing care in infantile hypertrophic pyloric stenosis and anaphylactic patients. Creating guideline for nursing care in infantile patients before and after surgery including interpretation of lab results in infantile patients as well.

**Key words:** Infantile hypertrophic pyloric stenosis, Anaphylaxis, Nursing care before and after surgery

## บทนำ

หอผู้ป่วยกุมารชั้น 5 โรงพยาบาลเจ้าพระยา  
ยมราชเดิมรับผู้ป่วยเด็กหลังคลอดถึง 2 ปีที่ป่วยด้วยโรค  
ทางอายุรกรรม ในรายที่เป็นโรคทางศัลยกรรมจะปรึกษา  
ศัลยแพทย์ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพใน  
การดูแลรักษาสูงกว่า ต่อมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ทาง  
โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราชมีแพทย์เฉพาะทางด้าน  
กุมารศัลยศาสตร์เพิ่ม 1 ท่าน จึงทำให้โรงพยาบาล  
เจ้าพระยา ยมราชมีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่ป่วย  
ด้วยโรคทางศัลยกรรม และสามารถรับรักษาผู้ป่วยเด็ก  
โรคทางศัลยกรรมที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขต  
สุขภาพที่ 5 ได้ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า  
โรคทางศัลยกรรมที่พบบ่อยได้แก่ Hirschsprung's  
disease, Intussusception, Hernia, Orchitis, Anal abscess,  
NEC ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 - 2561 จึงได้มีการพัฒนา  
ศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางกุมาร  
ศัลยศาสตร์ที่พบบ่อย พัฒนาทักษะการทำหัตถการต่างๆ

ในปี พ.ศ. 2562 ได้รับรักษาผู้ป่วยในกรณีศึกษา  
เป็นเด็กชายไทยอายุ 1 เดือนมาโรงพยาบาลด้วยอาการ  
อาเจียน การวินิจฉัยเบื้องต้นคือ R/O Acute gastritis with  
poor intake หลังพักรักษาพบภาวะผิดปกติจาก gastritis  
ทั่วไปคืออาเจียนพุ่ง ลักษณะอาเจียนเป็นสีขาวที่ไม่มีน้ำดี  
ปน ส่งปรึกษากุมารศัลยแพทย์ ได้ทำการตรวจ  
Ultrasound , Upper GI study เพิ่มเติม หลังทำ Upper GI  
study พบภาวะ Anaphylaxis จากการแพ้ Barium ผลการ  
ทำพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Infantile Hypertrophic Pyloric  
Stenosis with gastric outlet obstruction ได้รับการผ่าตัด  
Pyloromyotomy ซึ่งเป็น Pyloric stenosis ในเด็กแรก  
แรกที่ตรวจพบและให้การผ่าตัดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยา  
ยมราช เป็นกรณีที่พบได้น้อย และมีความยุ่งยากซับซ้อนใน  
การรักษา และการให้การพยาบาลตั้งแต่การประเมิน  
ผู้ป่วย การประเมินซ้ำ การตรวจพิเศษต่างๆ การวินิจฉัย

การรักษา การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดต้องอาศัยความรู้  
ความสามารถของทีมสุขภาพ ในการประเมินสภาพ  
อาการผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ารักษา ความรีบด่วนในการดูแล  
รักษาพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่เหมาะสม  
การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตลอดจนการ  
วางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลสำคัญครบถ้วนเพื่อให้  
ญาติสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน จาก  
ความสำคัญดังกล่าวผู้จัดทำจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วย  
เฉพาะราย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอาหาร  
ส่วนปลายตีบและมีภาวะแพ้อย่างรุนแรงหลังทำ GI  
study เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาการ  
พยาบาลผู้ป่วยเด็กต่อไป

## โรคกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบในเด็ก (Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis : IHPS)

โรคกระเพาะอาหารส่วนปลายตีบเป็นภาวะที่  
ส่วน pylorus ของกระเพาะอาหารหนาตัวขึ้นในทารก ทำ  
ให้มีการตีบแคบของส่วนทางออก เกิดการอุดตันไม่ถึง  
ต้นที่ส่วนปลายของกระเพาะอาหาร

สาเหตุเกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อแบบ  
เรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการหนาตัวขึ้นของทั้งกล้ามเนื้อ  
กระเพาะอาหาร และ pylorus จนกระทั่งมีการตีบแคบ  
มากที่บริเวณ pylorus, จากการมีปริมาณกรดในกระเพาะ  
อาหารสูงกว่าปกติหรืออาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

อาการพบในเด็กเพศชาย มากกว่าเพศหญิง และ  
พบในเด็กที่เป็นบุตรคนแรกมากกว่า มักจะเริ่มอย่างน้อย  
สัปดาห์หลังคลอด 2 มีอาการดังนี้ อาเจียนเป็นนมที่จับ  
ตัวเป็นก้อน (curd) สีขาวกลิ่นเปรี้ยว ไม่มีน้ำดีปน อาจมี  
เลือดปนจากการแตกของเยื่อผิว ระยะแรกอาเจียนเป็น  
บางมื่อ ต่อมาก็มืดขึ้น หรือทุกมื่อ ลักษณะอาเจียนจะพุ่ง  
ระหว่างให้นมจะพบกระเพาะอาหารเคลื่อนไหว เป็น  
คลื่น (wave like) จากซ้ายไปขวา มีลักษณะขาดน้ำ ขาด  
อาหาร น้ำหนักน้อยลง มีภาวะเป็นด่าง จากการเสีย

คลอไรด์ไปกับการอาเจียน มักมีภาวะตัวเหลืองร่วมด้วย (indirect hyperbilirubinemia)

การวินิจฉัยโรคได้จากการซักประวัติ ประกอบด้วยอาการ และอาการแสดงดังที่ได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนั้น ถ้าคลำทางหน้าท้องช่วงที่ทารกไม่ดิ้น และกระเพาะอาหารว่าง จะคลำได้ก้อน pylorus ลักษณะคล้ายลูกมะกอก (olive liked) ตำแหน่งที่คลำได้อยู่ตรงกลางลำตัว 1/3 ถึง 1/2 จากสะดือถึงกระดูกลิ้นปี่ หากคลำก้อนไม่ได้ อาจพิจารณาทำอัลตราซาวด์ หรือตรวจทางรังสีเพิ่มเติม

การรักษา ได้แก่การผ่าตัด และต้องแก้ไขภาวะขาดน้ำ ความเป็นด่าง ความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ก่อนผ่าตัด ถ้าช่วงแรกรับประทานได้บ้าง ก็จะได้รับประทานจนกว่าจะงดน้ำงดอาหารการผ่าตัดรักษาที่เป็นมาตรฐานคือ การทำ pyloromyotomy (Ramstedt operation) การดูแลหลังผ่าตัดมักจะต้องติดตามค่าฮีมาโตคริต และคลาสาสนวกระเพาะไว้ เพื่อระบายของเหลว เมื่อของเหลวมีน้อย และสำไส้เริ่มทำงานประมาณ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัดก็จะเริ่มให้อาหารทางปาก การผ่าตัดส่วนใหญ่ มักจะได้ผลดีทั้งระยะสั้น และระยะยาว อาจมีปัญหาอยู่บ้างในกรณี ผ่า pylorus ไม่ลึกพอ ก็จะทำให้มีการอุดตันเหลืออยู่ และส่งผลให้ทารกยังอาเจียนอยู่เรื่อย ๆ หรือผ่าตัดลึกเกินไป จนทะลุก็ทำให้มีการแตกทะลุตามมาได้

### Anaphylaxis

Anaphylaxisหมายถึง อาการแพ้อย่างรุนแรง และรวดเร็วทั่วร่างกาย และอาจรุนแรงมากจน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ อาการดังกล่าวเป็นผลจากการปฏิกิริยา IgE mediated hypersensitivity reaction ทำให้เกิดการหลั่งสาร active mediator จาก mast cell

สาเหตุ ในทางคลินิก พบว่า anaphylaxis ในเด็ก ส่วนใหญ่จะแพ้อาหาร ยา และแมลงกัดต่อย อาหารที่พบว่าแพ้บ่อยคือ อาหารทะเล นมวัว ถั่วชนิดต่าง ๆ ไข่

ผลไม้ และธัญพืชที่พบเป็นสาเหตุของ anaphylaxis ในเด็กได้แก่ ceftriaxone, cefaclor, penicillin, NSAIDs และ muscle relaxant การออกกำลังกาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่า สามารถกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยา ผู้ป่วยบางรายสามารถเกิดขึ้นภายหลังกินอาหารชนิดใดก็ได้ แต่บางรายจะเกิดขึ้นกับการกินอาหารเฉพาะอย่างเช่น คื่นฉ่าย (celery) แป้งสาลี(wheat) และอาหารทะเล การแพ้ยาง latex มีอุบัติการณ์สูงขึ้น เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยที่แพ้ latex เกิดขึ้นในขณะที่อยู่โรงพยาบาล เนื่องจากมีโอกาสสูงที่จะสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ผลิตจากยางธรรมชาติ เช่น balloon สายยาง ถุงมือ เป็นต้น และในระยะหลังนี้อุบัติการณ์การแพ้ยาง latex ลดลงมากแล้ว เมื่อมีการแนะนำให้หลีกเลี่ยง โดยหันมาใช้ถุงมือยางที่ไม่ได้ใส่แป้ง หรือที่ทำจากยางสังเคราะห์แทน

อาการและอาการแสดง Anaphylaxis มีอาการและอาการแสดงได้ตั้งแต่อาการเล็กน้อย เป็นผื่นลมพิษ คันตามผิวหนัง จนถึงช็อก เสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่นาที ส่วนใหญ่ปฏิกิริยาแพ้จะเกิดขึ้นภายใน 5 ถึง 60 นาที หลังจากผู้ป่วยได้รับสารก่อแพ้ที่สำคัญคือ ความรุนแรงของโรคจะมากถ้าอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่บางรายอาจจะเกิดล่าช้าเป็นหลาย ๆ ชั่วโมงได้ ระยะเวลาที่เกิดอาการนี้ ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ คือ ปริมาณสารก่อแพ้ที่ได้รับ วิธีการที่ได้รับ (ฉีด กิน สัมผัสฯ) และระดับการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในตัวผู้ป่วยเอง มีผู้ป่วยเด็กประมาณร้อยละ 5 – 7 เกิดการตอบสนองในลักษณะ biphasic anaphylaxis คือเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำภายใน 1 – 24 ชั่วโมงหลังจากอาการของ acute anaphylaxis หายไปแล้ว ดังนั้นควรที่จะเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างน้อย 12 – 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำดังกล่าว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอาการของโรคที่ระบบสำคัญ 4 ระบบ คือ ผิวหนัง ทางเดินหายใจทางเดินอาหารและระบบไหลเวียนเลือด ลักษณะสำคัญที่พบ

เห็นคือ เริ่มต้นด้วยผู้ป่วยมีความรู้สึกคล้ายจะเป็นลม ร่วมกับอาการ flushing ใจสั่นหัวใจเต้นเร็ว และรู้สึกถึงอาการคันฝ่ามือ ฝ่าเท้า ต่อมาอาการต่าง ๆ ของ anaphylaxis ก็จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วตามมามี ลมพิษ angioedema น้ำมูกไหล มีเสมหะมากขึ้น คัดจมูก หอบ หืด laryngeal edema แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องมาก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเป็นลม เหงื่อแตกตัวตัว และ ช็อก เสียชีวิต

พยากรณ์โรค มีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่หายขาดจากอาการของ anaphylaxis ภายหลังให้การรักษาเบื้องต้น อีกประมาณร้อยละ 25 จะค่อย ๆ ดีขึ้นจากการรักษา โดยใช้ระยะเวลาเป็นชั่วโมงจนกระทั่งหลาย ๆ วัน (protracted anaphylaxis) และอีกร้อยละ 25 ที่เหลือจะดีขึ้นจนเป็นปกติ จากการรักษาในระยะแรก แต่ภายหลังจากนั้นประมาณ 1 – 24 ชั่วโมง จะมีอาการของ anaphylaxis ขึ้นมาอีก (biphasic anaphylaxis) ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมาก ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น anaphylaxis ควรมีการติดตามอาการจนกว่าจะพ้นขีดอันตรายภายในโรงพยาบาล อย่างน้อยที่สุดควรใช้เวลา 12 – 24 ชั่วโมง

#### การพยาบาลผู้ป่วย Anaphylaxis

1. การให้ออกซิเจน เพื่อให้แก้ไขภาวะขาดออกซิเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบ หายใจลำบาก และความดันโลหิตต่ำ พร้อมทั้งแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด

2. การจัดทำผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยนอนหงาย อาจยกขาสูงประมาณ 15 องศา (Trendelenburg position) แต่ควรระวังการยกขาสูงในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ หรือมีอาการอาเจียน ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือมีอาการช็อกแบบรวดเร็ว มักเกิดขึ้นขณะเปลี่ยนท่าผู้ป่วยจากนอนเป็นนั่งหรือยืน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของ anaphylaxis จึงไม่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางเร็ว ๆ หรือยืนขึ้น

3. การให้สารน้ำ ขณะที่เกิดภาวะ anaphylaxis พลังหลอดเลือดจะมีการเพิ่ม permeability ทำให้มีการรั่วซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดได้มาก ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ หลังจากให้ epinephrine แล้ว ต้องรีบให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที โดยชนิดของสารน้ำที่ให้ ควรเป็น crystalloid เช่น saline 10 – 20 มล./กก. ภายใน 5 – 10 นาที หลังจากนั้น ปรับอัตราความเร็วของการให้สารน้ำตามความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย หรือไตวาย ควรระวังการให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว

4. Vasopressor agents ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะ anaphylaxis ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย epinephrine และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรพิจารณาให้ dopamine 2 – 20 มก./กก./นาที ปรับตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต systolic ในผู้ใหญ่ให้สูงกว่า 90 mmHg หรือความดันโลหิต systolic ในเด็กตามอายุ ดังนี้

มากกว่า 60 mmHg ในเด็กอายุ 0–28 วัน

มากกว่า 70 mmHg ในเด็กอายุ 1 เดือน – 1 ปี

มากกว่า 70 mmHg + (2 x อายุเป็นปี) ในเด็กอายุ 1–10 ปี

มากกว่า 90 mmHg ในเด็กอายุ 11–17 ปี

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ anaphylaxis การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นสาเหตุ และสอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการแก่ผู้ป่วย (anaphylaxis emergency action plan)

6. ให้บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่บอกถึงโรค และการรักษาเบื้องต้น

7. ให้ผู้ป่วยพกยาฉีด epinephrine ติดตัวตลอดเวลา และได้รับการสอนแสดงวิธีการใช้ที่ถูกต้อง โดยพิจารณาให้ epinephrine แบบพกแก่ผู้ป่วยดังต่อไปนี้

### 7.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะ anaphylaxis ทุกราย

7.2 ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้พิษแมลงตระกูล Hymenoptera ได้แก่ ผึ้ง ต่อ แตน และมดมีพิษ โดยพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้แบบรุนแรงในระบบใดระบบหนึ่ง เช่น ลมพิษทั่วตัว อาการหอบหืด หรือหมดสติ เป็นต้น

8. ให้ผู้ป่วยพกยาใช้ฉุกเฉินกรณีเกิด anaphylaxis เช่น non – sedating H1 – antihistamine prednisolone ยาขยายหลอดลม และยาอื่น ๆ ที่แพทย์เห็นสมควร

9. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ anaphylaxis จากการแพ้พิษแมลงตระกูล Hymenoptera ได้แก่ ผึ้ง ต่อ แตน และมดมีพิษ ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์เฉพาะทาง และพิจารณาการฉีดวัคซีนภูมิแพ้ (allergen immunotherapy) เพื่อป้องกันการแพ้ซ้ำหลังถูกแมลงต่อยครั้งต่อไป

10. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเหล่านี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติ anaphylaxis

- Beta – adrenergic blocker
- Angiotensin – converting enzyme inhibitors (ACEI)
- Tricyclic antidepressants

11. ผู้ที่แพ้สารทึบรังสี ควรประเมินตามความรุนแรงของ anaphylaxis หากไม่รุนแรง ไม่มีความเสี่ยงเสียชีวิต และตอบสนองดีต่อการให้ยารักษาเบื้องต้น ถ้าจำเป็นต้องใช้สารทึบรังสีอีก ควรเลือกใช้สารทึบรังสีที่มี osmolality ต่ำลง ร่วมกับให้ยาป้องกัน

แต่หากเป็น anaphylaxis รุนแรง เช่น มีความดันโลหิตต่ำมาก หรือภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ควรหลีกเลี่ยงการใช้ทึบรังสีทั้งกลุ่มเนื่องจากมีโอกาสที่จะแพ้แบบ IgE – mediated จึงควรเปลี่ยนไปใช้การตรวจวิธีอื่น หรือตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยไม่ฉีดสารทึบรังสี และปรึกษาแพทย์

เฉพาะทาง เพื่อทดสอบยืนยันการแพ้ยา หรือพิจารณาหา ยาใช้แทน

### ข้อมูลกรณีศึกษา

เด็กชายไทย อายุ 1 เดือน 10 วัน เข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ด้วยอาการอาเจียนหลังดูดนม 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล โดย 2 วันแรกอาเจียนหลังดูดนมเป็นบางครั้ง ต่อมาในวันที่ 3 อาเจียนเป็นสีเหลืองขุ่น คล้ายตะกอน หลังกินนม 5-10 นาที และ 3 ชม.ก่อนมาอาเจียนอีก 4 ครั้ง จึงพามาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อ 17 มิ.ย. 2562 วินิจฉัย R/O Acute gastritis with poor intake หลังนอนโรงพยาบาล ดูเพิลีมีอาเจียนพุ่งสีขาว ไม่ถ่ายอุจจาระ ปรีกษากุมารศัลยแพทย์ ให้ NPO, on NG ต่อลงถุง ส่งเอกซเรย์ช่องท้อง ทำ ultrasound abdomen และทำ Upper GI Study ผลตรวจพบว่า มี pyloric stenosis with gastric outlet obstruction หลังกลับจากทำ upper GI Study ผู้ป่วยมีภาวะ anaphylaxis พบอาการผื่นคัน ตรวจร่างกายฟังปอดมีเสียง wheezing จึง consult กุมารแพทย์เวร ให้ยา Adrenaline, CPM, Ranidine เพื่อระงับอาการอย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Anaphylactic shock แพทย์ลงความเห็นเห็นว่า ภาวะดังกล่าว เกิดจากการแพ้สาร Barium ระหว่างทำ upper GI Study ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explor lab c pyloromyotomy 20/6/2562

### การพยาบาลกรณีศึกษา

#### 1. การประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน 4 ครั้ง 3 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล, 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไม่ถ่ายอุจจาระ มีอาเจียนหลังกินนมบางครั้ง, 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาเจียนเป็นสีเหลืองขุ่นคล้ายตะกอน หลังเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีอาการอาเจียนพุ่งสีขาว ไม่มีสีน้ำตาลปน หลังกินนม จึงมีการปรึกษา กุมารแพทย์ ถึงอาการผิดปกติ กุมารแพทย์ให้ปรึกษากุมารศัลยแพทย์ต่อ ทำ

U/S Upper Abdomen และ Upper GI Study ผลตรวจ :

Finding are Suggestive of pyloric stenosis with gastric outlet obstruction หลังกลับจากทำ Upper GI Study พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะ Anaphylaxis มีผื่นขึ้นทั้งตัว lung มี Wheezing both lung ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ clinical chemistry พบ  $\text{CO}_2 = 14.8 \text{ mmol/L}$  ต่ำกว่าปกติจากการอาเจียนและการอดอาหาร ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Pyloromyotomy ส่วน ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นบุตรคนแรกและเป็นเด็กเล็ก จึงซักถามถึงการผ่าตัดอันตรายจากการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้อง NPO ต่อ On NG Tube และ Foley cath มี urine ออกดี, มีอาการปวดแผล ร้องอแง pain score = 4 จึงให้ยาแก้ปวด หลังจากนั้น อาการทุเลาลง ไม่ปวดแผล แผลแห้งดี

## 2. การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

### การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำ สารอาหาร และภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีการอาเจียน และการตีบแคบของ pylorus

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษา คือ 5/D/N/<sub>3</sub> vein drip 25 ml/hr.
2. ประเมินภาวะ dehydration ชั่งน้ำหนักทุกวัน วันละครั้ง ตอนเช้า
3. I/O record urine output ทุก 4 ชม. Keep > 16 ml/4 hr.

4. เจาะเลือด และติดตามผล Lab Electrolyte ปรับเปลี่ยน IV Fluid ตามแผนการรักษา

### ผลการประเมิน

- หลังให้ IV Fluid ผล Lab Electrolyte,  $\text{Co}_2$  ปกติ คือ 15.6 mmol/L

- มีปัสสาวะออกมากกว่า 16ml/ 4hr. ไม่พบภาวะ dehydration

2. ไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องอืด และอาเจียนพุ่ง หลังดูนม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำนอน ศีรษะสูง หรือนอนตะแคงถ้ามี อาเจียนจัดทำ ช่วย suction

2. On NG เปิดปลายสายระบายลม บันทึกลักษณะ และ จำนวน Content ทุก 8 ชม

### ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ท้องอืดลดลง กลับได้ ไม่ มีไข้ ไม่มีภาวะสุดตึง NG Content สี เหลืองขุ่น 10 – 20 ml/8 ชม.

3. มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด anaphylactic shock จากการได้รับ Barium ในการทำ upper GI Study

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน V/S, ความรู้สึกตัวทุก 5 นาที พัง ปอด สังเกตผื่นตามตัว

2. ดูแลให้ on O2 cannular 3 l/min

3. ดูแลให้ได้ Adrenaline (1:1000) 0.04 mg ฉีด เข้ากล้ามเนื้อ , CPM 0.4 mg vein, Ranidine 4 mg vein stat then ทุก 6 ชม.

4. ประสานทีมเภสัช เพื่อประเมินอาการแพ้ที่เกิดขึ้น พร้อมกับออกบัตรแพ้แนะนำญาติ ต้องนำบัตร แพ้ที่ได้ให้แพทย์ พยาบาลดูทุกครั้งไปตรวจรักษาครั้งต่อไป

5. Observe อาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะใน 24 ชม. เพราะอาจจะมี biphasic anaphylaxis

### ผลการประเมิน

- หลังได้ Adrenaline, CPM, Ranidine ฉีด 5 นาที ผู้ป่วยอาการทุเลาลง พัง lung clear ผื่นตามตัวลดลง V/S stable ไม่พบอาการ Anaphylaxis ซ้ำ จากการประเมิน

ทีมลงความ เห็นว่าผู้ป่วยแพ้สาร Barium ที่ใช้ทำ upper GI study และให้บัตรแพ้กับญาติ

4. อาจเกิดการเลื่อนการผ่าตัด เนื่องจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม

กิจกรรมการพยาบาล

1. Identify โดยติดป้ายข้อมือผู้ป่วยที่ระบุชื่อ – สกุล, HN, อายุ พร้อม Double Check กับญาติให้ถูกต้อง

2. Set OR ส่งข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถ้าพบปัญหาที่อาจส่งผลถึงการผ่าตัด เป็นผู้ประสานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องทันที

3. เน้นกับผู้ดูแลเรื่องการงดน้ำงดนม ติดป้ายงดน้ำงดนม เพื่อให้ได้ NPO time ตามเกณฑ์

4. ประเมิน V/S ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบ อาจต้องเลื่อนผ่าตัด

5. ให้ข้อมูลญาติให้ครบถ้วนถึงสาเหตุ การดูแลก่อน/ขณะ/หลังผ่าตัด การลดความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลำดับคิวที่ผ่าตัด ในวันผ่าตัดให้ญาติไปส่ง แล้วรอเด็กหน้าห้องผ่าตัด และให้ญาติลงนามยินยอมรับการผ่าตัด

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างครบถ้วน ได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกตำแหน่งไม่ต้องเลื่อนการผ่าตัด ญาติได้รับข้อมูลถึงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดครบถ้วน

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด เช่น ทางเดินหายใจอุดตัน สำลัก การเสียเลือดจากแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล แบ่งตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อ

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะทางเดินหายใจอุดตัน สูดสำลัก

1. จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง หรือนอนตะแคง หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก หรือ ลื่นตกไปอุดทางเดินหายใจ

2. ดูแลเสมหะ น้ำลายในปาก และคอ

3. วัด และบันทึกสัญญาณชีพ สีผิว อาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 30 นาที ในช่วงต่อมา และทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งอาการไม่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ On O<sub>2</sub> hood 5 l/min keep O<sub>2</sub> sat  $\geq$  95%

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด

1. สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อค

2. ตรวจสอบแผลผ่าตัด ว่ามีเลือดออกผิดปกติหรือไม่

3. วัด และบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับ ปริมาณ urine และปริมาณเลือดที่ ออกจากแผล ผ่าตัด น้ำย่อยจาก NG Tube และอาเจียน

วัตถุประสงค์ที่ 3 แผลผ่าตัดไม่เกิดการติดเชื้อ

1. ล้างมือก่อน และหลังสัมผัสผู้ป่วย สัมผัสแผลผู้ป่วย

2. ทำแผลด้วยความระมัดระวัง ถูกเทคนิค

3. ระวังแผลไม่ให้เปียกน้ำระหว่างเช็ดตัว ไม่ให้ปนเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ

4. ดูแลให้ได้รับยา cefotaxime 100 mg vein ทุก 6 ชม.

ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน O<sub>2</sub> Sat  $\geq$  95% ไม่พบภาวะสูดสำลัก อัตราการ หายใจ 36–42 ครั้ง/นาที หลังผ่าตัด On O<sub>2</sub> hood 5l/min และ off O<sub>2</sub> วันรุ่งขึ้น V/S stable, urine ออกดี ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock แผลไม่มี Discharge แผลแห้งดี



## 2. ไม่สุขสบายจากการปวดแผล กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน pain score โดยใช้ NIPS (Neonatal Infant Pain Score) ถ้ามี pain score  $\geq 4$

ให้ fentanyl 4 Mcgm vein ทุก 4 ชม. โดยต้องมีการ ประเมิน Sedation score ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง ถ้า sedation score  $\leq 2$  สามารถให้ ยาได้ตามแผนการรักษา

2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณแผลผ่าตัด โดย ไม่จำเป็น

3. ควรทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังจากผู้ป่วยได้รับ ยาแก้ปวดแล้ว

### ผลการประเมิน

- ผู้ป่วยมีอาการปวด แผลหลังกลับห้องผ่าตัด 8 ชม. (Pain Score = 4 มีจุกยื่น/ลิ้นยื่น ร้องกราง แขนขา งอ กระสับกระส่าย) ได้รับยา fentanyl 1 ครั้ง หลังจาก นั้นกลับได้ sedation score = 1

3.เสี่ยงต่อภาวะขาดสารน้ำ และเกลือแร่จากการ งดน้ำ และนม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ IV Fluid ตามแผนการ รักษา คือ 5% D/N/3 vein drip 25 ml/hr

2. Record urine ทุก 2 ชม. 2 ครั้ง keep  $\geq 8$  ml/2 ชม. Then ทุก 4 ชม. Record NG content ทุก 4 ชม.

3. ดูแลให้นม หลังจาก off NPO ดู content ก่อน feed ถ้าเหลือ  $\geq 5$  ml งด feed และดูแลเพิ่มปริมาณ นมที่ให้ตามแผนการรักษา ถ้า feed รับได้ไม่อาเจียน

4. หลัง off NG ดูแลให้นมทางปาก

### ผลการประเมิน

- ไม่พบภาวะ dehydration urine ออกดี  $\sim 100 - 200$  ml/ 8 ชม. รับ feed ได้ดี ไม่มี content ผล lab electrolyte ปกติ

4. ญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการ เลี้ยงดูผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ญาติได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ โรงพยาบาล เช่น การเช็ดตัว, เปลี่ยนผ้าอ้อม, การให้นม และแจ้งให้ญาติทราบว่า แผลผ่าตัดเป็นอย่างไรบ้าง

2. แนะนำให้ไปเปิดแผลอีกครั้งในวันที่ 7 หลัง ผ่าตัด ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

3. ให้มาตรวจตามนัด หลังกลับบ้านถ้ามีอาการ ผิดปกติ คือ แผลบวมแดง มีเลือด หรือหนองซึม มีไข้ อาเจียน ไม่ดูดนม ให้รีบพามาโรงพยาบาล ไม่ต้องรอถึง วันนัด

4. คำแนะนำในการเลี้ยงดูอื่น ๆ ได้แก่

- หลีกเลี่ยงการพาไปแหล่งชุมชน
- หลีกเลี่ยงการให้เล่นของเล่นที่มีเชือก หรือ สายอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ในบริเวณที่เด็กอยู่
- ไม่ดื่มเครื่องดื่มร้อน ขณะกำลังอุ้มเด็ก
- ถ้าลูกร้อง ควรหาสาเหตุ เช่น หิว เหลือ นอน ง่วง กลัว และให้การช่วยเหลือ

- อาหารเสริม เริ่มเมื่ออายุ 6 เดือน รับวัคซีน ครั้งต่อไปเมื่อเด็กอายุ 2 เดือน ติดตามพัฒนาการ เช่น อายุ 2 เดือน จับนอนท่าคว่ำจะชันคอได้ 45 องศา, อายุ 4 เดือน ท่าคว่ำชันคอได้ 90 องศา ท่าเสียงอ้อแอ้ หัวเราะ เวลาสนุก

### ผลการประเมิน

- บิดามารดามีสีหน้าแจ่มใส ดูแลผู้ป่วยเป็น อย่างดี เช็ดตัว ป้อนนม เช็ดทำความสะอาดหลังขับถ่าย โดยไม่รู้สึกลำบากขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนกลับ สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัว ข้อควรระวังในการเลี้ยงดู ต่าง ๆ ได้ถูกต้อง

### 3. การวางแผนการจำหน่าย

วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยใช้ข้อมูลตั้งแต่การประเมินแรกรับ และต่อเนื่องจนกลับบ้าน โดยจัดการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น ทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมพัฒนาการ ให้คำปรึกษารอบครัวในการปรับตัว จัดแบบแผนการดำเนินชีวิตระหว่างเจ็บป่วย และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และสรุปการพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

### 4. การบันทึกทางการพยาบาล

บันทึกทางการพยาบาลอย่างมีระบบ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อทีมการพยาบาล และแผนการรักษาของแพทย์ และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพได้

### 5. การให้ข้อมูล และการเคารพสิทธิผู้ป่วย

ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจ และร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ก่อนลงนามรับการรักษาได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ตามขอบเขตวิชาชีพ ก่อนให้การพยาบาลแจ้งให้ญาติทราบปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ซึ่งพบว่าครอบครัวรับทราบภาวะสุขภาพเป็นอย่างดี ไม่เกิดการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

### สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Pyloric stenosis with gastric outlet obstruction จากการทำ Upper GI study ได้รับการผ่าตัด Explor lab c pyloromyotomy เมื่อ 20/6/2562 หลังผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะ และหลังผ่าตัด จำหน่ายอาการทุเลาและญาติมีความรู้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อ 26/6/2562 โดยมีการนัดตรวจอีกครั้งในวันที่ 1/7/2562

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพบว่าผู้ป่วย แข็งแรงดี แผลผ่าตัดแห้งดี สามารถดูแลตนเองและนมผสมได้ ต่อมาได้ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยตอนอายุ 4 เดือน มีน้ำหนัก 7.3 กก. พัฒนาการปกติ ได้รับวัคซีนตามนัดจากการเรียนรู้กรณีศึกษานำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลดังนี้

1. เป็นแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาลโรคทางกุมาร-ศัลยกรรม

2. เป็นแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเด็กเล็กก่อนผ่าตัด/หลังผ่าตัด

3. เป็นแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเด็กเล็กส่งตรวจพิเศษ GI study และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะตรวจ และหลังตรวจ

4. เป็นแนวทางการใช้ Pain score ในเด็กเล็ก

5. พัฒนา Specific competency การดูแลผู้ป่วยโรคทางกุมาร-ศัลยกรรม

6. พัฒนาแนวทางการส่งผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัยโดยใช้ surgical safety checklist

### วิจารณ์

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นเด็กเล็ก มาด้วยอาการอาเจียน ซึ่งพบได้ทั่วไปในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อักเสบ ทำให้วินิจฉัยแรกรับเป็น Acute gastritis การรักษาช่วงแรกเป็นการรักษาเช่นเดียวกับโรคลำไส้อักเสบท้องเสีย แต่จากการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดของทีมดูแล ทำให้เห็นความแตกต่างจาก ลำไส้อักเสบทั่วไป เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีอาเจียนพุ่ง ไม่มีไข้ สีลักษณะอาเจียนที่ออกมา แตกต่างจากผู้ป่วยลำไส้อักเสบทั่วไป คือ อาเจียนสีเนื้อซัด ๆ ไม่ใช่สีเหลือง สีเขียว หรือสีเหมือนนมที่ผู้ป่วยรับประทานโดยทั่วไป ถึงแม้ว่าไม่สามารถคลำได้ก้อนทางหน้าท้อง แต่ก็ทำให้เห็นอาการ

แสดงที่ผิวด ปกติจากลำไส้อักเสบโดยทั่วไป ทำให้เกิดการ consult กุมารศัลยแพทย์ที่รวดเร็ว ทำให้ได้รับการตรวจ U/S, ทำ Upper GI Study และได้รับการผ่าตัดและการรักษาทันตแพทย์

ผู้ป่วยเด็กที่ต้องมีการส่งตรวจพิเศษ เช่น ทำ upper GI study , CT อาจมีการแพ้สารที่ใช้ในการตรวจพิเศษ ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา , อาหารและอื่นๆ ของตัวผู้ป่วยเองร่วมกับประวัติแพ้ของบิดา , มารดา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสแพ้สารจากการตรวจพิเศษได้มากเด็กทั่วไป ขณะตรวจและหลังตรวจพิเศษต้องมีการเฝ้าระวังภาวะ Anaphylaxis , Anaphylactic shock อาการแสดงที่พบบ่อยคือ ลมพิษ , อาการบวมของปากและลิ้น , ภาวะหลอดลมตีบ , หอบเหนื่อย , ความดันโลหิตลดลง , อาเจียน , ปวดท้อง อาการมักเกิดภายใน 5 – 30 นาที

หลังได้รับสิ่งกระตุ้น กรณีเกิดอาการซ้ำมักเกิดภายใน 2 ชม.หลังได้รับสิ่งกระตุ้น อาจเกิดอาการซ้ำ หรือเกิดอาการติดต่อกันหลายวัน ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง การพยาบาลใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทั่วไป คือ การแก้ไขเรื่องทางเดินหายใจ (airway) , การหายใจ (breathing) , ระบบไหลเวียนโลหิต(circulation) , พร้อมกับการให้ยา (drug) ควรมีขนาดยาฉุกเฉิน ขนาด endotracheal tube ตามน้ำหนักตัว เพื่อให้การช่วยเหลือช่วงวิกฤติฉุกเฉินรวดเร็วและปลอดภัย ก่อนกลับบ้านแนะนำให้ญาติพกบัตรประจำตัวที่บ่งบอกชนิดของสารหรือยาที่แพ้ ต้องหลีกเลี่ยงสิ่งที่ผู้ป่วยแพ้ พร้อมกับการสอนการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ เพื่อญาติจะได้ช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งรพ.ได้ถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการเพื่อการรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรง  
แห่งประเทศไทย.(2560).*แนวทางเวชปฏิบัติ  
สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง*  
พ.ศ. 2560.กรุงเทพฯ: คณะทำงานเพื่อการรักษา  
และป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย.

งามนิษฐ์ รัตนานุกุล, วรณิ ดนปทียากร และคณะ.(2552).  
*การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล.เล่ม 2.*  
กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบัน  
บรมราชชนก.

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และ จุฬารักษ์ สมรูป.(2550).  
*คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่*  
*ที่ 5.*กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการพยาบาลสภากาชาด  
ไทย.

ดุสิต สดาวร,เฉลิมไทย เอกศิลป์,รุจิภัตต์ สำราญ  
สำราญกิจ, กวีวรรณ ลิ้มประยูร และณัฐชัย  
อนันตสิทธิ (บรรณาธิการ).(2560).*Pediatric*  
*Critical Care:Every day Practical.* กรุงเทพฯ:  
สมาคมโรคระบบหายใจและ เวชบำบัดวิกฤตใน  
เด็กแห่งประเทศไทย.

พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์,วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสา  
นนท์และประสพศรี อึ้งถาวร.(2557).

*Guideline in child Health supervision.*

กรุงเทพฯ: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา.(2555). *การพยาบาลเด็กเล่ม 3.*

กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบัน  
พระบรมราชชนก.

รุจา ภูไพบูลย์.(2556).*การวางแผนการพยาบาลเด็ก*  
*สุขภาพดี และเด็กป่วย.* กรุงเทพฯ: โรงเรียน  
พยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัฒนา วัฒนาภา, สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์ และ สุพรพิมพ์ เจีย  
สกุล .(2552). *สรีรวิทยา 2. พิมพ์ครั้งที่ 5.*  
กรุงเทพฯ: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทย  
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

สมพร ชินโนรส.(2557).*การพยาบาลทางศัลยศาสตร์*  
*เล่มที่ 1.พิมพ์ครั้งที่ 6.*กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฟ้าไทย  
เพรส.

สุจินดา ริมศรีทอง,สุดาพรรณ ชาญจิรา, อรุณศรี เดชชัส  
หงส์ และ สุภามาส พาดิประจักษ์.(2556).*พยาธิ*  
*สรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 4.*  
กรุงเทพฯ:โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล.