

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุดสัลดั้งชีพเทา
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ
(Endotracheal tube) ในทารกแรกเกิด

เสนอโดย

นางสุภนิช หอมหวล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 203)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุดสัลดักชีพเทา
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 10 วัน (ตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2552)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ภาวะสุดสัลดักชีพเทาเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเด็กแรกเกิด จากการที่สูดสัลดักเอาชีพเทาของตนเองเข้าไปตั้งแต่ที่เด็กอยู่ในครรภ์มารดาซึ่งเด็กจะมีอาการหอบร่วมกับมีประวัติมีชีพเทาปนในน้ำคร่ำหรือคูดได้ชีพเทาจากปอด การถ่ายชีพเทาของทารกในครรภ์ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุครรภ์เป็นสำคัญ เนื่องจากลำไส้ของทารกอายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์ยังไม่มึระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาทเทคคิที่สมบรูณ์ ดังนั้นการถ่ายชีพเทาของทารกกลุ่มนี้จึงพบได้น้อย แต่จะพบบ่อยขึ้นเมื่อทารกมีอายุมากขึ้นทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์จะพบอุบัติการณ์ได้สูงถึงร้อยละ 35-40 นอกจากนี้อาจพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในทารกทำกันซึ่งมีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์

สาเหตุของการเกิดภาวะสุดสัลดักชีพเทา

ในภาวะปกติ กล้ามเนื้อหูดทวารหนัก และการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่น้อยกว่าปกติ รวมทั้งชีพเทาที่อยู่ใกล้ทวารหนักจะช่วยป้องกันไม่ให้ทารกถ่ายชีพเทาขณะอยู่ในครรภ์มารดาเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นทารกปกติบางรายอาจถ่ายชีพเทาขณะอยู่ในครรภ์ได้ และพบว่าทารกถ่ายชีพเทาจะพบบ่อยในทารกที่มีระดับออกซิเจนในเส้นเลือดดำในสะดือ(umbilical vein) ต่ำกว่าปกติ ปัจจุบันกลไกที่กระตุ้นให้ทารกในครรภ์ถ่ายชีพเทาชนิดนี้

1. การขาดออกซิเจน จะทำให้เส้นเลือดของลำไส้มีการหดตัว และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติพร้อมกับกระตุ้นให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูดทวารหนัก
2. การที่สายสะดือ หรือศีรษะทารกถูกกด จะทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทเวกัส ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของลำไส้

ขณะอยู่ในครรภ์ทารกจะมีการหายใจตื้นๆ ทำให้น้ำในปอดไหลออกมาสู่โพรงมดลูก เมื่อขาดออกซิเจนทารกจะหายใจแรงขึ้นและอาจมีการหยุดหายใจ ถ้ายังไม่ได้รับการแก้ไข ทารกจะเริ่มหายใจแบบเฮือก(air hunger) ทำให้มีการสูดสัลดักน้ำคร่ำซึ่งอาจมีชีพเทาปนลงไปนปอด

ภาวะสุดสัลดักชีพเทาเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จึงควรเริ่มให้การรักษาระหว่างทารกอยู่ในครรภ์ คือป้องกันไม่ให้เกิดการขาดออกซิเจน เพราะการขาดออกซิเจนเรื้อรังมักนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดแดงขนาดเล็กนปอดได้ ทารกซึ่งคลอดจากมารดาที่น้ำคร่ำปนเปื้อนด้วยชีพเทาเหนียวข้นไม่จำเป็นต้องมีการสูดสัลดักชีพเทาเกิดขึ้นทุกราย และเมื่อทำการดูดเสมหะนท้อหลอดลมคอบชีพเทาในหลอดลมคอบ จะพบอุบัติการณ์ของโรคปอดอักเสบจากการสูดสัลดักชีพเทาได้สูงถึงร้อยละ50 ทารกส่วนใหญ่มจะมีอาการของภาวะสัลดักชีพเทาชัดเจน แต่ถ้าไม่พบชีพเทาในหลอดลมคอบ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการภายหลังคลอด

พยาธิสรีรวิทยา

พบได้ทั้งในทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่างพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในทางเดินหายใจส่วนบนคือการอุดตัน ซึ่งทำให้มีการขาดออกซิเจนตามมา ส่วนพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในทางเดินหายใจส่วนล่างคือปอดอักเสบที่เกี่ยวกับทางเคมี (chemical pneumonia) ซึ่งทำให้เกิดการทำลายเซลล์ของถุงลม บางรายมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติมเพราะเชื้อเป็นสารซึ่งเหมาะสำหรับการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะเชื้อสแตฟิโลค็อกคัส ออเรียส (staphylococcus aureus) และ เชื้ออีส์เชอริคเชีย โคลิ (Escherichia coli) นอกจากนี้เชื้ออาจไปทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนล่าง ถ้าการอุดตันเกิดขึ้นเป็นบางส่วนจะเกิดลักษณะ ลมเข้าได้แต่ออกไม่ได้ ปอดหรือถุงลมส่วนล่างต่อการอุดตันจะมีปอดขยายหรือพองตัวมากเกินไป (hyperinflation) เกิดขึ้น และเมื่อมีลมเหลือค้างอยู่ในถุงลมมากกว่าปกติ อาจทำให้ถุงลมแตกเกิดภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด แต่ถ้าเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์จะทำให้ปอดส่วนล่างต่อการอุดตันแฟบ ทำให้เกิดทางเชื่อมระหว่างหลอดเลือดทั้งสองหลอดเลือดจากขวาไปซ้าย (right to left shunt) ขึ้นในปอดและมีการขาดออกซิเจนตามมา

อาการและอาการแสดง

ทารกจะมีอาการหายใจเร็วหรือหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด ความรุนแรงอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ

รายที่รุนแรงน้อย จะมีอาการหายใจเร็วระยะสั้นๆ เพียง 48-72 ชั่วโมง เมื่อตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดจะพบว่า ค่าความเป็นกรด-ด่าง ปกติ และมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำกว่าปกติ

รายที่รุนแรงปานกลาง ทารกจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ระดับคาร์บอนไดออกไซด์จะสูงกว่าปกติ และมักพบภาวะเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิกร่วมด้วย

รายที่อาการรุนแรงมาก จะพบการขาดออกซิเจนรุนแรงร่วมกับอาการและอาการแสดงที่กล่าวมา เมื่อตรวจร่างกายจะพบว่า ความกว้างของทรวงอกจากด้านหน้าไปด้านหลังจะเพิ่มขึ้นอาจได้ยินเสียงหายใจผิดปกติ (rales) หรือเสียงกรนในลำคอ (rhonchi) ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ กลุ่มอาการลมรั่ว เมื่อติดตามทารกเหล่านี้ไปรายที่ไม่รุนแรงมากจะมีอาการค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 5-7 วัน แต่รายที่รุนแรงมาก โดยเฉพาะรายที่มีความดันเลือดในปอดสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนอาจต้องใช้เวลารักษานานกว่า 2-3 สัปดาห์ นอกจากนี้อาจพบอาการแสดงในระบบอื่นได้

การวินิจฉัย

มักเป็นทารกครบกำหนดซึ่งน้ำหนักเหมาะสมกับอายุครรภ์ ในรายที่มีการขาดออกซิเจนเรื้อรังขณะอยู่ในครรภ์ อาจพบลักษณะของทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ เช่น ผิวหนังเขียวช้ำเพราะมีไขมันใต้ชั้นผิวหนังน้อยกว่าปกติ ทารกจะตื่นอยู่ตลอดเวลา มักพบสายสะดือขนาดเล็ก หรืออาจพบเชื้อตาติดเชื้อที่สายสะดือ ผิวหนัง หรือเล็บ การวินิจฉัยภาวะสูงสุดสำคัญที่หาควรใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ มีประวัติไข้ในน้ำคร่ำ ตรวจพบว่า มีเชื้อค้างอยู่ในหลอดลมคอ โดยทำการดูดเสมหะในหลอดลมคอ และมีอาการหายใจลำบาก

การถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะพบลักษณะของปอดอักเสบจากการสูดสำลักซึ่งมีได้ 2 ลักษณะ

1.พบมีการแทรกซึมเข้าไปของซีเทาเป็นหย่อมๆ (patchy infiltration) ร่วมกับ มีลมในช่องปอดมากเกินไป (hyperaeration)

2.พบมีการรวมตัวกันจนแข็ง (consolidation) หรือปอดไม่ขยายตัว (atelectasis)

การเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีทรวงอกจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับปริมาณของซีเทา ถ้าซีเทาหลุดเข้าไปอยู่ในหลอดลมที่มีขนาดใหญ่ และมีส่วนน้อยที่เข้าไปในหลอดลมส่วนปลายหรือถุงลม ภาพรังสีทรวงอกจะมีลักษณะของ patchy infiltration ร่วมกับ hyperaeration แต่ถ้าซีเทาเข้าไปในหลอดลมส่วนปลายหรือถุงลมจะเห็นลักษณะของ consolidation หรือ atelectasis

การรักษา

เมื่อรับทารกเข้ามารักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดควรเฝ้าสังเกตทารกซึ่งมีประวัติต่อไปนี้เป็นพิเศษ การดูแลทารกที่สงสัยว่ามีภาวะสูดสำลักซีเทาชนิดนี้

1. ป้องกันและรักษาภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ตรวจสอบระดับฮีมาโทคริต น้ำตาลและแคลเซียมในเลือด
2. ให้ออกซิเจนเมื่อพบว่ามีอาการหายใจเร็ว หายใจลำบาก หรือมีอาการเขียว ในรายที่เสี่ยงต่อการเกิด ความดันในปอดสูง ควรรักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้สูงกว่าปกติเล็กน้อย ไม่ควรหยุดการให้ออกซิเจนแม้เพียงระยะสั้นๆ เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดความดันเลือดในปอดสูงได้ หรือถ้ามีภาวะดังกล่าวอยู่แล้ว อาจทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น
3. ถ้าพบว่ามีซีเทาเหลือค้างอยู่ในปอด ควรทำสรีรบำบัดทรวงอกทุก 30 นาที เพื่อระบายซีเทาออกจากทางเดินหายใจให้มากที่สุด เมื่อมีปริมาณน้อยลงให้ยืดเวลาการทำสรีรบำบัดทรวงอกให้ยาวขึ้นถ้าทารกมีอาการเขียวหรือหายใจลำบากมากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการทำสรีรบำบัดทรวงอกหรือนาน้อยครั้งลง เพื่อหลีกเลี่ยงการขาดออกซิเจน
4. ในรายที่มีอาการหายใจเร็วหึ่งคอบทางปาก และให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือด ควรให้ในปริมาณที่น้อยกว่าปกติ เพราะทารกเหล่านี้มักมีการขาดออกซิเจนร่วมด้วย
5. ใส่สายทางปาก ดูดซีเทาในกระเพาะอาหารที่อาจมีเหลือค้างอยู่ออก เพื่อป้องกันการสูดสำลักหลังคลอด และทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (complete blood count) เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้อร่วมด้วย
6. เฝ้าสังเกตอาการและอาการแสดงรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด และถ่ายภาพรังสีทรวงอก
7. พยายามรักษาความดันโลหิตซิสโตลิก ให้สูงกว่า 55 มิลลิเมตรปรอท
8. แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิกหรือจากระบบหายใจ
9. พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ โดยเฉพาะในรายที่สงสัยว่าการมีซีเทาในน้ำคร่ำพบร่วมกับการติดเชื้อหรือในรายที่มีอาการรุนแรง
10. ให้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือดเป็นระยะๆ ในรายที่รุนแรงให้พิจารณาทำการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงทางสะดือ

11. ในรายที่ขาดออกซิเจนรุนแรง อาจให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก ถ้ามีระบบหายใจล้มเหลว ควรรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ รายที่มีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจพิจารณาให้การรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิว

การพยาบาล

การพยาบาลทารกที่มีภาวะสุดสัตกซีเทอ แบ่งออกเป็น การพยาบาลด้านร่างกายและด้านจิตใจ

1. การพยาบาลด้านร่างกาย
 - 1.1 ประเมินการหายใจของทารก และดูแลให้ใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา
 - 1.2 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และสังเกตบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย
 - 1.3 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและรับนมตามแผนการรักษา ,บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
 - 1.4 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC ,BS, BUN, Cr, Electrolyte, HCT และ MCB
2. การพยาบาลด้านจิตใจ
 - 2.1 สร้างสัมพันธภาพกับญาติ พุดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค แผนการรักษาของแพทย์
 - 2.2 อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการทารก เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาหรือข้อมูลต่างๆ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

เนื่องจากทารกส่วนมากเป็นทารกแรกเกิดที่ครบกำหนดหรือเกินกำหนดบางรายอาจแสดงอาการก่อนคลอด หรือในช่วงที่มีการเข้าสู่ระยะของการคลอด ทำให้บิดา-มารดาของทารกอยู่ในระยะปฏิเสธเมื่อทราบว่าบุตรคลอดมาแล้วมีปัญหาการหายใจลำบาก ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสุดสัตกซีเทอ และต้องดูแลทารกทั้งด้านร่างกายและจิตใจของญาติควบคู่กันไป จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับ โรค และทฤษฎีทางการพยาบาล
2. เลือกเรื่องที่สนใจ ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ทารกเด็กชายไทยอายุแรกเกิด คลอดปกติน้ำหนักแรกคลอด 3,560 กรัม คลอดวันที่ 7 พฤษภาคม 2552 เวลา 16.10 น. มารดาอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ประเมินสภาพทารกแรกคลอดนาที่แรก 5 คะแนน และประเมินซ้ำนาที่ที่ 5 8 คะแนน มารดาครรภ์ที่ 2 มารดาอายุ 28 ปี บุตรมีชีวิตอยู่ 1 คน ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตากสิน 7 ครั้ง ผลเลือดปกติ แรกคลอดทารกแพทย์ดูคเสมอได้เป็นลักษณะซีเทอ เหนียวสีเขียว หายใจอกยกสูงอัตรา 60-80 ครั้งต่อนาที สีผิวคล้ำ ร้องคราง แพทย์รับไว้ในหออภิบาลทารกแรกเกิด แรกรับแพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10%D/W 100 มิลลิลิตรอัตราการไหล 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิต 69/32 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิแรกรับ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้งต่อ

นาที แพทย์ได้ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดช่วยการหายใจทุกครั้งที่ทารกมีการหายใจ กระตุ้นและตรวจภาพรังสีทรวงอก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีระดับเม็ดเลือดขาว 12,000 THSD/CUMM (ค่าปกติ 9,000-30,000 THSD/CUMM) ฮีโมโกลบิน 16 gm/dl (ค่าปกติ 14-24 gm/dl) ฮีมาโตคริต 53 VOL% (ค่าปกติ 44-64 VOL%) เพลตเลต 273,000 THSD/CUMM (ค่าปกติ 140,000-300,000 THSD/CUMM) ค่าน้ำตาลในเลือด 65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 45-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) โซเดียม 137 mmol/L (ค่าปกติ 136-145 mmol/L) โพแทสเซียม 4.1 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.5 mmol/L) คลอไรด์ 98 mmol/L (ค่าปกติ 98-105 mmol/L) คาร์บอนไดออกไซด์ 23 mmol/L (ค่าปกติ 22-28 mmol/L) มีการบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย แพทย์ให้การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการประเมินร่างกายทารกแรกเกิดรวมทั้งการประเมินอาการการหายใจเป็นระยะร่วมกับการตรวจรังสีทรวงอกและยาปฏิชีวนะร่วมด้วย ระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจทารกมีอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด แพทย์ได้ใส่ท่อหลอดลมคอใหม่เนื่องจากทารกหายใจเหนื่อยหอบ และจากนั้นทารกหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่เหนื่อยหอบ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการทารก การรักษาและมีการวางแผนร่วมกับญาติในการดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน การดูแลทางด้านร่างกายได้ดูแลความสุขสบาย ความสะอาดของร่างกาย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและติดตามสังเกตอาการการหายใจลำบากเป็นระยะตามแผนการรักษา การดูแลด้านจิตใจได้สร้างสัมพันธภาพให้ญาติเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกเนื่องจากบิดา-มารดา มีความวิตกกังวล และได้อธิบายให้ญาติทราบถึงสาเหตุของการเกิดภาวะสุดสัณฐานและกระตุ้นให้กำลังใจญาติ จากการประเมินอาการทารกพบว่ามี การหายใจไม่เหนื่อยหอบหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2552 และนัดมาติดตามอาการที่คลินิกทารกแรกเกิด 2 สัปดาห์หลังกลับบ้าน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 10 วัน

3. นำข้อมูลกรณีศึกษาที่รวบรวมได้จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ และนำเสนอตามลำดับขั้นตอนเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ทารกเด็กชายไทย อายุแรกเกิด เลขที่ภายนอก 22922/52 เลขที่ภายใน 8173/52 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บท้องคลอด วันที่ 7 พฤษภาคม 2552 คลอดปกติที่ห้องคลอด โรงพยาบาลตากสิน เวลา 16.10 น. น้ำหนักแรกคลอด 3,560 กรัม อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มารดาครรภ์ที่ 2 บุตรมีชีวิตอยู่ 1 คน ไม่มีประวัติการแท้งบุตร ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตากสิน 7 ครั้ง ผลเลือดปกติ มารดาอายุ 28 ปี แรกคลอดประเมินสภาพแรกเกิดนาทีแรก 5 คะแนน ประเมินซ่านาทีที่ 5 ได้ 8 คะแนน และตรวจร่างกายพบซีเทาติดตามร่างกาย เล็บมือและเล็บเท้า หายใจหอบเหนื่อยอัตรา 70 ครั้งต่อนาที สีผิวคล้ำ ร้องเสียงเบา กล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรง

เล็กน้อย แก้ไข โดยดูคจีเทาออกจากหลอดลมคอ และให้ออกซิเจนนาน 6 นาที ทารกสีผิวแดง หายใจหอบเหนื่อยอัตรา 72 ครั้งต่อนาที วัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 92 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะสูดสำลักจีเทา

แรกรับที่หน่วยทารกแรกเกิด เวลา 17.00 น. ทารกซึม ตื่นตัวน้อย อุณหภูมิแรกรับ 36.4 องศาเซลเซียส ทารกตัวเย็นดูแลให้ทารกนอนในตู้อบปรับตั้งอุณหภูมิตู้อบ 36.3 องศาเซลเซียส จากนั้นทารกหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นอัตรา 80 ครั้งต่อนาที วัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 87 แพทย์ตัดสินใจใส่ท่อหลอดลมคอ และให้ออกซิเจนชนิดแรงดันบวก (positive pressure ventilation) ทารกสีผิวแดง หายใจอัตรา 70 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10%D/W 100 มิลลิลิตร อัตราการ 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินบริเวณที่ให้สารน้ำ ไม่บวมแดง จากนั้นส่งต่อทารกไปยังหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ

แรกรับที่หออภิบาลทารกแรกเกิดเวลา 17.30 น. ประเมินอาการทารกแรกรับทารกเริ่มตื่นตัว ใส่ท่อหลอดลมคอ หายใจหอบเหนื่อยอัตรา 80 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียสดูแลทารกนอนในตู้อบเพื่อให้ความอบอุ่น สีผิวร่างกายแดงดีดูแลทารกใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดช่วยการหายใจทุกครั้ง และตรวจสอบ ขนาดของท่อหลอดลมคอเบอร์ 3.5 ตำแหน่งที่ 9 เซนติเมตร ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา และเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ระดับเม็ดเลือดขาว 12,000 THSD/CUMM (ค่าปกติ 9,000-30,000 THSD/CUMM) ซีโมโกลบิน 16 gm/dl (ค่าปกติ 14-24 gm/dl) ซีมาโตรคริต 53VOL% (ค่าปกติ 44-64VOL%) เพลตเลต 273,000 THSD/CUMM (ค่าปกติ 140,000-300,000 THSD/CUMM) BUN 8 mg/dl (ค่าปกติ 8-18 mg/dl) Cr 0.7 mg/dl (ค่าปกติ 0.3-1.2 mg/dl) โซเดียม 137 mmol/L (ค่าปกติ 136-145 mmol/L) โพแทสเซียม 4.1 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.5 mmol/L) กลอไรด์ 98 mmol/L (ค่าปกติ 98-105 mmol/L) คาร์บอนไดออกไซด์ 23 mmol/L (ค่าปกติ 22-28 mmol/L) น้ำตาลในเลือด 65 mg/dl (ค่าปกติ 45-130 mg/dl) ตรวจรังสีทรวงอกพบ patchy infiltration, hyperaeration ดูแลทารกงดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิด และใส่สายยางทางปากเพื่อประเมินน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จากนั้นดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10%D/W 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงพยาบาลตรวจสอบ ชนิด ขนาด จำนวนของสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ถูกต้องตามแผนการรักษา และสังเกตบริเวณที่ให้สารน้ำพบว่าไม่บวมแดง

แพทย์ให้การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดช่วยการหายใจทุกครั้ง และพยาบาลให้การพยาบาลตามหลักสะอาดปราศจากเชื้อ โดยล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง จากนั้นให้ยาปฏิชีวนะเป็น Claraxime 180 มิลลิกรัมให้ทางเส้นเลือดดำวันละ 2 ครั้งห่างกัน 12 ชั่วโมง Amikin 54 มิลลิกรัม ให้ทางเส้นเลือดดำทุกวัน วันละครั้ง ดูแลให้ทารกได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา สังเกตและติดตามอาการแพ้ยาพบว่าทารกไม่แพ้ยา นอกจากนั้นได้มีการวางแผนการให้การพยาบาลร่วมกับญาติ โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา วิธีการรักษา และให้ญาติสอบถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้ให้การรักษา

วันที่ 7 พฤษภาคม 2552 ทารกนอนในคู่อุปปรับตั้งอุณหภูมิคู่อุป 36.3 องศาเซลเซียส ทารกตื่นตัวดี ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดช่วยหายใจทุกครั้ง พบว่าทารกหายใจหอบเหนื่อยอัตรา 68 ครั้งต่อนาที จากนั้นดูแลให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็น 10%D/W 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตรวจสอบสารน้ำที่ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา บริเวณที่ให้สารน้ำไม่บวมแดง ดูแลงดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิดประเมินภาวะขาดน้ำ พบว่าทารกผิวไม่แห้ง บิดามาเยี่ยมได้แนะนำระเบียบการเข้าเยี่ยม และดูแลทางด้านจิตใจโดยอธิบายอาการของทารกให้ทราบ และสร้างสัมพันธภาพกับญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ผ่อนคลายความวิตกกังวล นัดหมายให้บิดาได้คุยกับแพทย์ผู้ดูแลทารก การประเมินผลพบว่า มีความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการพยาบาลเป็นอย่างดี

วันที่ 8 พฤษภาคม 2552 ทารกรู้สึกตัวดี ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดช่วยการหายใจทุกครั้ง หายใจหอบเหนื่อยเล็กน้อย อัตรา 60 ครั้งต่อนาที และให้สารน้ำเป็น 10%D/W 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงบริเวณที่ให้สารน้ำไม่บวมแดง แพทย์มีแผนการรักษาให้เริ่มนมทางสายยางตามแผนการรักษา และดูแลทารกนอนศีรษะสูง 30 องศาขณะรับนมและหลังรับนม 30 นาทีเพื่อป้องกันการสำลักนม บิดามาเยี่ยมดูแลอธิบายอาการทารกให้บิดาทราบ บิดายังมีสีหน้าวิตกกังวลดูแลให้บิดาพูดคุยซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้รักษา

วันที่ 9 พฤษภาคม 2552 ทารกหายใจไม่หอบเหนื่อยอัตรา 50 ครั้งต่อนาที แพทย์ปรับเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดช่วยการหายใจบางครั้งร่วมกับให้ทารกหายใจเอง วัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 92 และสังเกตประเมินอาการทารกเป็นระยะๆ หลังปรับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าทารกหายใจเองร่วมกับเครื่องช่วยหายใจได้ ไม่หอบเหนื่อยหายใจอัตรา 54 ครั้งต่อนาที ดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอตามหลักสะอาดปราศจากเชื้อพบเสมหะสีขาวขุ่นปริมาณเล็กน้อยและจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ตรวจพบทารกตัวเหลืองดูแลให้ทารกส่องไฟและปิดตาขณะส่องไฟ จากนั้นดูแลทารกรับนมทางสายยางทารกรับนมได้ท้องไม่อืดขณะรับนมดูแลทารกนอนศีรษะสูง 30 องศา และดูแลเปลี่ยนสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10%/D/N/5 500 มิลลิลิตร อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตรวจสอบสารน้ำให้ถูกต้องตามแผนการรักษา บิดา-มารดามาเยี่ยม ดูแลอธิบายอาการทารกวันนี้ให้ทราบ บิดามารดาจับฟังอาการของทารกและเข้าใจดี สีหน้าสดชื่นพยาบาลส่งเสริมให้บิดามารดาได้พูดคุยกับทารกในคู่อุปตลอดเวลาเพื่อกระตุ้นสายสัมพันธ์แม่ ลูก และสายใยรัก พ่อ แม่ ลูก

วันที่ 10 พฤษภาคม 2552 ทารกตื่นตัว คื่นกระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อยอัตรา 72 ครั้งต่อนาที วัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 80 สีผิวคล้ำพยาบาลประเมินอาการโดยฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง พบว่าไม่ได้ยินเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง และตรวจสอบตำแหน่งท่อหลอดลมคอพบว่าตำแหน่งท่อหลอดลมคอเลื่อนจาก 9 เซนติเมตรเป็น 7 เซนติเมตร และพบมีเสียงร้องของทารก ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้น โดยดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ จากนั้นรายงานแพทย์ แพทย์ประเมินอาการทารกโดยฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง พบว่าท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดแพทย์ตัดสินใจถอดท่อหลอดลมคอก่อนจากนั้นประเมินอาการหายใจหลังถอดท่อหลอดลมคอ พบว่าทารกหายใจหอบเหนื่อย

อัตรา 68 ครั้งต่อนาที ออกนํ้า วัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 87 แพทย์มีการรักษาต่อโดยใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ และใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ ประเมินการหายใจหลังใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ ทารกหายใจอัตรา 58 ครั้งต่อนาที ดูแลดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอตามหลักสภาวะปราศจากเชื้อได้เสมหะสีขาวขุ่น ปริมาณปานกลาง จัดทำนอนทารกให้ศีรษะสูง 30 องศา ดูแลทารกรับนมทางสายยางตามแผนการรักษา ประเมินการรับนมพบทารกท้องไม่อืด ไม่สำลักนมและดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10 %D/N/5 500 มิลลิลิตรอัตราการไหล 12 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงบริเวณให้สารน้ำไม่บวมแดง และทารกตัวเหลืองลดลง ค่าบิลิรูบิน 3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้ทารกหยุดส่งไฟ บิดา-มารดามาเยี่ยมดูแลให้คุยอาการกับแพทย์ ญาติเข้าใจอาการและเหตุผลที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

วันที่ 11 พฤษภาคม 2552 ทารกตื่นรู้สึกตัวดี หายใจอัตรา 54 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 94 แพทย์ประเมินการหายใจและมีแผนการรักษาให้ถอดท่อหลอดลมคอ โดยให้ทารกหายใจเองและให้ออกซิเจน canula 1 ลิตรต่อนาที วัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 97 และประเมินอาการต่อเป็นระยะๆพบว่าทารกหายใจเองได้ไม่หอบเหนื่อยหายใจอัตรา 52 ครั้งต่อนาที จากนั้นดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10% D/N/5 500 มิลลิลิตรอัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รับนมทางสายยางได้ไม่สำลักนมและจัดทำนอนศีรษะสูงขณะและหลังรับนม บิดา-มารดามาเยี่ยมปกติสีหน้าสดชื่น

วันที่ 12 พฤษภาคม 2552 ทารกหายใจอัตรา 52 ครั้งต่อนาทีวัดความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดได้ร้อยละ 95 แพทย์หยุดให้ออกซิเจน ดูแลดูแลเสมหะตามหลักสภาวะปราศจากเชื้อเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และทารกหายใจเอง จากนั้นประเมินการหายใจหลังหยุดให้ออกซิเจนพบว่าทารกหายใจได้เอง ไม่หอบเหนื่อย และดูแลรับนมทางสายยางตามแผนการรักษาประเมินอาการพบว่าทารกรับนมได้ท้องไม่อืด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10%D/N/5 500 มิลลิลิตรอัตราการไหล 12 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงประเมินบริเวณที่ให้สารน้ำไม่บวมแดง บิดา-มารดามาเยี่ยมปกติ พบว่าบิดา-มารดาสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มดี

วันที่ 13 พฤษภาคม 2552 ทารกรู้สึกตัวดี หายใจได้เองอัตรา 48 ครั้งต่อนาที แพทย์มีแผนการรักษาให้ทารกดูคนมารดา ดูแลทารกดูคนมารดาตามหลักวิธีที่ถูกต้อง และติดตามการดูคนของทารกถ้าดูคนได้ดี 2 มื้อให้หยุดสารน้ำทางหลอดเลือดดำประเมินผลพบว่าทารกดูคนมารดาได้ดี ดูถูกวิธี ดูแลหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บิดามาเยี่ยมปกติอธิบายอาการทารกให้ทราบ พบว่าบิดาสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มดี

วันที่ 14 พฤษภาคม 2552 แพทย์ตรวจดูอาการ ทารกหายใจอัตรา 44 ครั้งต่อนาที ไม่หอบเหนื่อยและดูคนมารดาได้ดี แพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายทารกไปหน่วยทารกแรกเกิดเพื่อเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน ดูแลความสุขสบายทั่วไปและเตรียมพร้อมทารกเพื่อย้ายไปหน่วยทารกแรกเกิด

วันที่ 15 พฤษภาคม 2552 ติดตามอาการทารกต่อที่หน่วยทารกแรกเกิด ทารกดูคนมารดาได้ดี หายใจได้เองไม่หอบเหนื่อย นัดตรวจตา ,หู, วันนีผลการตรวจพบว่า การได้ยินและการมองเห็นปกติ และพยาบาลฉีดวัคซีนแรกเกิดให้ จากนั้นพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิดเตรียมพร้อมมารดาก่อนกลับบ้าน มารดาสีหน้าสดชื่น

วันที่ 16 พฤษภาคม 2552 ติดตามอาการทารกต่อเนื่อง แพทย์ตรวจร่างกาย อนุญาตให้กลับบ้านได้ น้ำหนักก่อนกลับบ้าน 3,600 กรัม คุณนมมารดาได้ดี มารดาสีหน้าสดชื่น แพทย์นัดตรวจติดตามอาการอีกครั้ง 2 สัปดาห์หลังกลับบ้าน ที่คลินิกทารกแรกเกิด รวมทารกอยู่โรงพยาบาล 10 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามประเมินผลการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสูงสุดสำคัญี่เทาเป็นเวลา 10 วันพบว่าปัญหาการพยาบาลทั้งหมดมี 6 ปัญหาคือ มีภาวะการแลกเปลี่ยนแก๊สไม่มีประสิทธิภาพ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีภาวะbilirubin สูงและบิลิ-มารดาวิตกกังวลปัญหาที่กล่าวข้างต้นได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยทารกแรกเกิดที่มีภาวะสูงสุดสำคัญี่เทา รายนี้อาการทั่วไปอยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และปลอดภัยจากภาวะสูงสุดสำคัญี่เทา มารดาของทารกคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสูงสุดสำคัญี่เทาเข้าปอดได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์
- 8.2 เพิ่มพูนความรู้ในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสูงสุดสำคัญี่เทา
- 8.3 ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาทารกแรกเกิดที่ภาวะสูงสุดสำคัญี่เทารายนี้พบว่า ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เนื่องจากภาวะสูงสุดสำคัญี่เทาเป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนตั้งแต่แรกคลอด ทารกได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและเฝ้าระวังไม่เพียงพออาจทำให้ทารกแรกเกิดได้รับอันตรายจากการสูงสุดสำคัญี่เทา เนื่องจากทารกแรกเกิดมีอาการหายใจลำบากแรกคลอดและพบภาวะสูงสุดสำคัญี่เทา และทารกอาจเกิดอันตรายจากการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ เนื่องจากทารกวัยนี้มีการ เลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอระหว่างรับการรักษา ซึ่งทำให้ทารกวัยนี้มีอาการหายใจลำบากจำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ส่งผลให้ทารกต้องเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ปัญหาที่สำคัญรองลงมาคือ ปัญหาทางด้านจิตใจของมารดาเกี่ยวกับอาการของภาวะสูงสุดสำคัญี่เทาจึงให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวและวิธีการสังเกตอาการผิดปกติ พุดปลอดภัย และให้กำลังใจมารดาของทารกเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษา เปิดโอกาสให้พบแพทย์เพื่อสอบถามข้อสงสัยคลายความวิตกกังวล

10 ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการดูแลเป็นรูปแบบของ CPG (Clinical Practice Guideline) เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะหายใจลำบากจากการสูดสําลักซ์ให้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

10.2 ควรจัดอบรมเฉพาะโรคเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ เร่งด่วน ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการช่วยชีวิตทารกแรกเกิด

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*สุวิมล*.....*นอมหวด*.....

(นางสุกนิช หอมหวด)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ *12* / *พ.ย* / *53*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นันทวัน*.....

(นางนันทวัน จาตุรันต์วัฒน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน

วันที่ *12* / *พ.ย* / *53*

ลงชื่อ.....*กิตติยา*.....

(นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

วันที่ *12* / *พ.ย* / *53*

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางสุนิษา หอมหวล

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 203) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube)
ในทารกแรกเกิด

หลักการและเหตุผล

การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในทารกแรกเกิด พบในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งโรกระบบทางเดินหายใจ หรือ อากาศหายใจลำบากพบบ่อยในทารกแรกเกิด ในรายที่มีอาการหนักพบมีการหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และปัญหาท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้ตั้งใจเป็นปัญหาที่พบบ่อยทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการใส่ท่อหลอดลมคอยังทำให้เกิดอันตรายต่อทางเดินหายใจส่วนบน และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้เช่นกัน

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยไม่ให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดจึงมีความสำคัญมาก สามารถช่วยลดอัตราการตายและความพิการได้ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต่างมีบทบาทและความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ โดยวิธีการยึดตรึงท่อหลอดลมคอที่ถูกต้องและมีการประเมินทุกเวร รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอเพื่อส่งต่อข้อมูลให้ทีมทราบทุกเวร

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ
2. เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการยึดตรึงท่อหลอดลมคอ
3. เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การดูแลทารกขณะใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปลอดภัยและได้ผลของการรักษาและให้ได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจชนิดของเครื่องช่วยหายใจการใส่ท่อหลอดลมคอที่เหมาะสม และเข้าใจการดำเนินของโรค และพยาธิสรีรวิทยาของโรค ซึ่งการดูแลทารกขณะใส่เครื่องช่วยหายใจมีเป้าหมายในการรักษาเพื่อให้ทารกได้รับความปลอดภัยและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งหากพบมีการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอขณะใช้เครื่องช่วยหายใจก็จะส่งผลเสียให้ทารกอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้เช่น ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน(Hypoxia) การสูดสำลัก กล้องเสียงตีบแคบ(Laryngospasm) หลอดลมตีบแคบ(Bronchospasm) ซึ่งการให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอจึงเป็นสิ่งสำคัญ และพบว่าบางรายอาจเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง และรวดเร็ว

การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอมีตั้งแต่ การพันเทปแบบต่างๆ การใช้ Tube Holder การยึดตรึงศีรษะ อุปกรณ์การเคลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ พบได้บ่อยในผู้ป่วยทารกที่คืนกระสับกระส่าย เนื่องจากความเจ็บปวดที่ได้รับจากการทำหัตถการต่างๆ การดูแลเสมหะ การทำสรีระบำบัด การพลิกตัวหรือการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย เทปที่พันไม่เหนียว การดึงรั้งของท่อหลอดลมคอ หรือความยาวของท่อหลอดลมคอที่พันมูมปากกับช่วงต่อกับ ข้อต่อ(connector) สั่นเกินไป

ท่อหลอดลมคอที่ใช้กับเด็กมีหลายแบบ ในทารกแรกเกิดถึง 8 ปีจะเป็นท่อหลอดลมคอชนิด ไม่มีถุงลม(uncuffed) ดังนั้นจึงต้องอาศัยการยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้ดี การจัดตำแหน่งศีรษะให้อยู่ในท่าทางเดินหายใจเหยียดตรง(Neutral Position) และป้องกันไม่ให้ศีรษะผู้ป่วยเคลื่อนไหวไปมาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นสาเหตุของการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ดังนั้นจึงได้จัดทำเรื่องนี้ขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลทารกแรกเกิด และเพื่อพัฒนาบุคลากรในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในการดูแลทารกแรกเกิด โดยวิธีผูกยึดตรึง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เสนอแผนงานต่อหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. มีการประชุมร่วมกันของพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อความเข้าใจและให้การพยาบาลไปในทางเดียวกัน
3. วางแผนการทำงาน
4. จัดทำแผนการบันทึก อุปกรณ์ยึดตรึงท่อหลอดลมคอ
5. นำอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับยึดตรึงท่อหลอดลมคอไปทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยและตรวจประเมินบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอทุกเวร
6. ประเมินผลการใช้อุปกรณ์ยึดตรึงท่อหลอดลมคอ โดยการรวบรวมข้อมูลและเก็บสถิติในแต่ละเดือนแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมพยาบาลทุกเดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรให้ความสำคัญในการผูกยึดตรึงท่อหลอดลมคอ
2. บุคลากรมีแนวทางในการผูกยึดตรึงท่อหลอดลมคอเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. บุคลากรมีแนวทางในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นไปอย่างต่อเนื่องและในแนวทางเดียวกัน
4. บุคลากรมีแนวทางในการบันทึกข้อมูลการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
5. ทารกแรกเกิดทุกรายที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อุบัติการณ์การเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดเป็น 0

ลงชื่อ.....สุกนิช หอมหวล.....

(นางสุกนิช หอมหวล)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 12 / พย / 53

ภาคผนวก

รูปภาพแสดงอุปกรณ์ป้องกันการเลื่อนหลุดท่อหลอดลมคอ



การผูกยึดตรึงท่อหลอดลมคอ



หมอนทราย



การผูกยึดตรึง



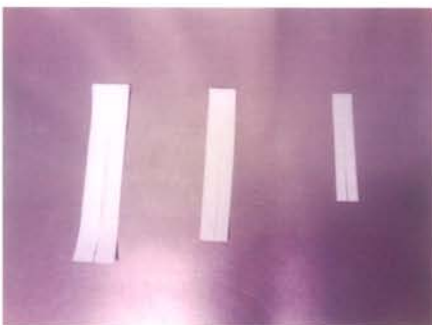
NEST



HOLDER & เทปผูกยึด



HOLDER



พลาสติกผูกยึดท่อหลอดลมคอ



แบบบันทึกป้องกันการเลื่อนหลุด