

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๖๐๒/๖๙๓๔..... ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕.....
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวเสาวภาคย์..... นามสกุล แจ่มจุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)..... สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร การประชุมเชิงปฏิบัติการ Workshop.I : Neonatal resuscitation ๒๐๑๕ Workshop.II :
Optimal Use of Volume-guaranteed Ventilation และ Workshop.III : Newborn Temperature
Management ในวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ และประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๕ เรื่อง Practice-
Towards Good Outcomes ระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕
จัดโดย ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๕,๙๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ นางสาวเสาวภาคย์ แจ่มจุล ผู้รายงาน
(นางสาวเสาวภาคย์ แจ่มจุล)



รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวเสาวภาคย์ แจ้จูล.....
 อายุ ๔๓ ปี การศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต.....
 ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ดูแลทารกแรกเกิดและทารกวิกฤตในหออภิบาลทารกแรกเกิด.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล).....
 หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการปฏิบัติงานดูแลทารกแรกเกิดและ
 ทารกวิกฤตในหออภิบาลทารกแรกเกิด.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมเชิงปฏิบัติการ Workshop.I: Neonatal resuscitation ๒๐๑๕
 Workshop.II: Optimal Uses of Volume-guaranteed Ventilation และ Workshop
 III: Newborn Temperature Management และการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๕ เรื่อง
 Practice-Towards Good Outcomes
 สาขา.....
- เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
 งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน ๕,๙๐๐ บาท
 ระหว่างวันที่ วันอังคารที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ และ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕
 สถานที่ ณ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง ๕๐ หน่วยคะแนน.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผิดอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

- สามารถดูแลทารกที่มีภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด (HIE) และได้รับการรักษาด้วยการทำให้อุณหภูมิร่างกายทารกต่ำลง (Therapeutic hypothermia)
- เพื่อสามารถดูแลทารกที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนเครื่องมือที่ทันสมัย
- สามารถประเมินอาการ อาการแสดง ภาวะผิดปกติต่างๆและประเมินผล Labs ได้

๒.๒ เนื้อหา (โดยย่อ)

๒.๒.๒ ภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด(Hypoxic ischemia encephalopathy) (HIE)

คือ ภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด การวินิจฉัยประกอบด้วย การมีประวัติเข้าได้กับ perinatal asphyxia ตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดจากเส้นเลือดสะดือ หรือเลือดที่เจาะจากทารกภายใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังเกิด พบภาวะเลือดเป็นกรด ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงผิดปกติทางสมอง การชักจากภาวะ HIE มักแสดงอาการภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเกิด ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาที่เฉพาะเจาะจง แต่ถือว่าการทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติที่เรียกว่า Therapeutic hypothermia หรือ cooling ทำให้ทารกมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ๓-๔ องศาเซลเซียส โดยเริ่มภายใน ๖ ชั่วโมงแรกหลังเกิด ได้ผลดีที่สุด

๒.๒.๓ ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) (RDS)

Respiratory distress syndrome หมายถึง ภาวะที่มีการขาดสารลดแรงตึงผิวในทารกที่คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้มีแรงตึงผิวที่มากขึ้นบริเวณ alveoli เป็นเหตุให้มีการตีบตันของถุงลม (alveolar collapse) และทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพลดลง ในที่สุดทารกจะเกิดภาวะขาดออกซิเจน hypoxia, acidosis และเพิ่ม shunt ในปอด ทำให้ทารกมีอาการหายใจเร็ว หายใจติดขัด หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อทรวงอก และเขียว

ปัจจัยยับยั้งการสร้างหรือถูกทำลายสารลดแรงตึงผิว

๑. ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm)
๒. ฮอร์โมนอิซูลิน
๓. ภาวะขาดออกซิเจน(hypoxia)
๔. ภาวะเลือดเป็นกรด
๕. ภาวะเซลล์ถุงลมปอดถูกทำลาย
๖. ภาวะสารลดแรงตึงผิวถูกทำลาย
๗. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

อาการ : มักจะมีอาการทันทีหลังเกิดหรือภายใน ๔-๖ ชม. แรกหลังเกิด หากมีภาวะหายใจล้มเหลวจะตรวจพบ pallor, lethargy และ apnea ได้ หากไม่ได้รับการรักษาด้วย surfactant ทารกจะมีอาการเลวลง ภายใน ๔๘-๗๒ ชม. หลังเกิดและอาการค่อยๆดีขึ้นหลังอายุ ๗๒ ชม. ไปแล้ว

๑. หายใจเร็ว (Tachypnea)
๒. ร้องคราง (grunting)

๓. ภาวะเขียว (cyanosis)
๔. ปีกจมูกบาน (nasal flaring)
๕. หายใจอกบวม (retractions)
๖. เนื้อเยื่อต้องการออกซิเจน (increased O_2 requirement)

การป้องกัน

๑. ไม่รีบผ่าตัดคลอดถ้าไม่จำเป็น ควรให้มีการดำเนินการตั้งครรถ่อไปหากไม่มีความเสี่ยงต่อมารดา
๒. บริหารจัดการครรถ์เสี่ยง
๓. ให้ dexamethasone ๖ mg IM q ๑๒ hr. ทั้งหมด ๔ ครั้งในหญิงตั้งครรถ์อายุครรภ์ < ๓๔ สัปดาห์ ที่จะคลอดก่อนกำหนด

การรักษา

๑. การรักษาทั่วไป ได้แก่ ควบคุมอุณหภูมิกายของทารกให้ปกติ ให้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำ ดมมหากอาการยังไม่คงที่ ให้ยาปฏิชีวนะ (ampicillin & gentamicin)
๒. การช่วยหายใจด้วย NCPAP ตั้งแต่เริ่มต้น จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่ปอดลดอัตราการโรคปอดเรื้อรัง และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ดีกว่า

การให้ surfactant

ปัจจุบันไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะให้เพื่อป้องกันการหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (prophylactic surfactant) ในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากสามารถรักษาอาการให้คงที่สม่ำเสมอ (stabilize) หากใช้ CPAP แล้วทารกยังมีอาการหายใจลำบากต้องการค่าความเข้มข้นของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๓- ๐.๔ พิจารณาให้สารลดแรงตึงผิว โดยวิธีการใส่ท่อช่วยเพื่อให้สารลดแรงตึงผิวและนำท่อช่วยหายใจออก (INSURE: intubation-surfactant-extubation) กรณีทารกที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยหายใจตั้งแต่ในห้องคลอด มีอาการหายใจลำบาก และต้องการค่าความเข้มข้นของออกซิเจนมากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๓-๐.๔ ควรให้สารลดแรงตึงผิว โดยเร็วที่สุด การให้สารลดแรงตึงผิว มีข้อควรระวังคือ อย่าให้ปลายท่อช่วยหายใจอยู่ลึกเกินไปเพราะจะทำให้สารลดแรงตึงผิว เข้าไปที่ปอดข้างใดข้างหนึ่ง หลังให้ต้องเฝ้าระวังภาวะต่อไปนี้

ภาวะปอดแตก(Pneumothorax) เนื่องจากความยืดหยุ่น (compliance) ของปอดดีขึ้นมาก กรณีใช้แรงดันควบคุม (pressure control mode) ต้องลดแรงดันสูงสุดของการหายใจเข้า เพื่อให้ได้ tidal volume ๔-๖ ml/kg

ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจเกิน (PDA) อาจมี เลือดออกในปอด (pulmonary hemorrhage) ที่รุนแรงได้ เนื่องจากความต้านทานของเส้นเลือดในปอดลดลง (pulmonary vascular resistance) อย่างรวดเร็ว

๒.๒.๔ ภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง (PERSISTENT PULMONARY HYPERTENSION OF THE NEWBORN) (PPHN)

คือภาวะที่ความต้านทานเลือดในปอด (pulmonary vascular resistance, PVR) และความดันเลือดในปอด (pulmonary arterial pressure, PAP) ไม่ลดลงหลังจากทารกเกิด ทำให้ทารกมีภาวะความดันเลือดในปอดสูง เป็นผลให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดำไปผสมกับเลือดแดง (right to left shunt) และทารกมีออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติ (hypoxemia) จนเกิดภาวะตัวเขียว (cyanosis)

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง(PPHN)

๑. ภาวะที่หลอดเลือดในปอดยังคงมีความไวของการหดตัวสูงทำให้มีการหดตัวตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆได้ง่าย เช่น ทารกมีออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติ (hypoxia)
๒. ภาวะที่หลอดเลือดในปอดมีความผิดปกติทางด้านกายภาพ ได้แก่ มีปริมาณน้อยลง มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของปอด ปอดถูกกดทับกันเป็นเวลานานหรือปริมาตรปอดลดลง
๓. ภาวะที่กล้ามเนื้อเรียบในผนังหลอดเลือดของปอดหนาตัวขึ้นและมีความไวของการหดตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความดันเลือดในปอดสูง และการขาดออกซิเจนเป็นเวลานานขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดา
๔. ภาวะที่มีการเพิ่มของแรงดันหลอดเลือดแดงในปอด(PULMONARY ARTERIAL PRESSURE) สูงขึ้นด้วย

การวินิจฉัยภาวะความดันเลือดในปอดสูง(PPHN)

การหายใจและการตรวจระบบหัวใจ อาจพบหรือไม่พบความผิดปกติ

๑. ทำการทดสอบให้ความเข้มข้นออกซิเจนสูง (hyperoxia test) แล้วได้ผลเหมือนทารกที่มีภาวะโรคหัวใจแต่กำเนิด (CHD)
๒. ทำการทดสอบเพิ่มความถี่การช่วยการหายใจ (hyperoxia-hyperventilation test) แล้วทารกจะหายใจเขียว
๓. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน(O_2 saturation) สูงได้ถึง ๙๙% และ PaO_2 สูงกว่า ๑๐๐ mmHg เมื่อหยุดทำการทดสอบเพิ่มความถี่การช่วยการหายใจ(hyperventilation) PaO_2 จะลดลงมากและทารกตัวเขียวทันที
๔. ติดเครื่องบันทึกค่าออกซิเจน(monitor O_2) ดูแยกสาเหตุของภาวะเขียว (Differential cyanosis) คือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนแขนขวา(SpO_2 Pre-ductal) สูงกว่าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนขา (Post-ductal) มากกว่า ๓% ขึ้นไป

การรักษาและการพยาบาล

๑. การดูแลรักษาทั่วไปสำหรับทารกที่มีอาการหนัก ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิแวดล้อมที่เหมาะสม การให้สารอาหารและสารน้ำตามความต้องการของร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการควบคุมความสมดุลของน้ำตาล กลีโคแร และสารต่างๆในร่างกาย
๒. การควบคุมให้แรงดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการให้ยากลุ่ม เพิ่มความดันเลือด (Inotrope) เมื่อแรงดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เพราะถ้าต่ำอาจทำให้มีการไหลเวียนของเลือดดำไปผสมกับเลือดแดง (Right to left shunt) มากขึ้น
๓. การรักษาภาวะที่เป็นสาเหตุและโรคแทรกซ้อน เช่น การให้สารลดแรงตึงผิว(surfactant) ในรายที่มีภาวะหายใจลำบาก การพยายามล้างเอาซีเทอออกจากปอด
๔. การใช้เครื่องช่วยหายใจ
๕. การให้ยา เช่น ก๊าซไนตริก (Nitric oxide)
๖. เครื่องปอดหัวใจเทียม (Extracorporeal membrane oxygenation) (ECMO)

๒.๒.๕ อาการเตือนเพื่อเฝ้าระวังของทารกแรกเกิด (Early Warning Signs of Newborns)

๑. อัตราการหายใจปกติของทารกแรกเกิดอาจยังไม่สม่ำเสมอ

๒. หายใจเร็วเป็นช่วงสั้นๆแล้วหยุดหายใจ (Periodic breathing) เป็นเวลา ๒-๓นาที จึงหายใจต่อ ระหว่างหยุดหายใจทารกจะไม่เขียว(cyanosis) หรืออัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า๑๐๐ ครั้ง/นาที

๓. การหยุดหายใจ (Apnea) เป็นเวลามากกว่า ๒๐ วินาที หรือ หยุดหายใจอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า ๑๐๐ ครั้ง/นาที (Bradycardia) และ/หรือการเปลี่ยนสีผิวร่วมด้วย

๔.อาการหายใจเฮือก(Gaspings) ใช้แรงในการหายใจมาก แสดงถึงภาวะขาดออกซิเจน

๒.๒.๖ การเพิ่มแรงในการหายใจ (Work of breathing)

๑. ร้องคราง (Grunting) : การที่ทารกพยายามหายใจเพื่อเพิ่มความดันในช่องอกจากภาวะถุงลมแฟบ(Alveoli collapse)ช่วยทำให้ถุงลมปอดเปิดออกเพื่อรักษา FRC ในปอดไว้

๒. ปีกจมูกบาน (Nasal flaring of alae nasi) : ลักษณะปีกจมูกจะขยายกว้างออกทุกครั้งที่หายใจเข้า เนื่องจากทารกพยายามที่จะหายใจเอาลมเข้าไปในปอดให้มากที่สุด

๓. หายใจอกบุ๋ม Retraction : การหายใจแบบมีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก โดยเห็นเป็นผิวหนังบริเวณซี่โครงบุ๋มลงไป อาการนี้จะเห็นขณะที่ทารกหายใจเข้า เพื่อพยายามขยายปอดที่มีความยืดหยุ่นน้อยกว่าปกติ

๔. มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน Stridor มักเป็นช่วงหายใจเข้าโดยปกติการฟังเสียงหายใจทารกแรกเกิด มักจะให้ความสำคัญกับเสียงหายใจเข้าออกกว่าดีหรือไม่

๒.๒.๗ การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่รุกราน (Non-invasive ventilation)

๑. การช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง(Continous Positive Airway Pressure) (CPAP)

เป็นเทคนิคที่ทำให้ทารกหายใจเองด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก โดยการช่วยหายใจต้องมีระบบปรับแรงดันผ่าน nasal prong/nasal Mask เข้าสู่ทางเดินหายใจของทารก

หลักการทํางานของ CPAP

ปอดที่มีความยืดหยุ่นปกติ(Normal compliance)ถุงลมปอดจะยังคงขยายตัวแม้ในขณะหายใจออก แต่ในปอดที่มีความยืดหยุ่นน้อย(Poor compliance) เช่น ปอดที่ขาดสารลดแรงตึงผิว (Respiratory distress syndrome : RDS) ถุงลมปอดอาจจะแฟบขณะหายใจออก ทำให้ทารกต้องใช้แรงเพิ่มขึ้นในการเปิดถุงลมขณะหายใจเข้าและมีอาการหายใจลำบาก เสียงคราง ที่ได้ยินเป็นกลไกที่ทารกพยายามเปิดถุงลมขณะหายใจออกด้านการปิดของกล่องเสียง

ข้อบ่งชี้ในการใช้งาน CPAP

๑. ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก
๒. หลังถอดท่อช่วยหายใจในทารก
๓. ทารกที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน
๔. ใช้หลังจากการพันสารเคลือบปอดทารก
๕. ช่วยทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

๒. การช่วยหายใจแรงดันบวกอย่างไม่ต่อเนื่อง(Nasal intermittent positive pressure ventilation) (NIPPV)

คือการจ่ายแรงดันบวกเป็นพัลส์ผ่านรูจมูกเหมือนการตั้งเครื่องหายใจขณะใส่ท่อหลอดลมคอ โดย NIPPV ทำให้มีแรงดันเฉลี่ยในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ช่วยถ่างขยายถุงลมที่แฟบอยู่ และช่วยรักษา ปริมาตรความจุปอดให้คงที่ แรงที่ใช้ในการหายใจจึงลดลง

การตั้ง NIPPV มักใช้ค่า PIP เท่ากับหรือมากกว่า PIP ที่ใช้เมื่อตอนก่อนถอดท่อหลอดลมคอ เล็กน้อย ตั้งอัตราการหายใจประมาณ ๑๐-๓๐ ครั้ง/นาที PEEP เท่ากับตอนก่อนถอดท่อหลอดลมคอ หรือ ประมาณ ๓-๖ cmH₂O และ Inspiratory time ประมาณ ๐.๓-๐.๕ วินาที

การป้องกันพิษจากออกซิเจน (Prevention Oxygen toxicity)

๑.ปรับเพิ่มความเข้มข้นออกซิเจน ชั่วคราวจากเดิมที่ใช้อยู่ ครั้งละ ๑๐-๒๐% ขณะมีค่า ออกซิเจนในเลือดต่ำ(Desaturation)

๒.การรักษาค่าความอิ่มตัวออกซิเจน (O₂ Saturation) โดย

๒.๑ ทารกคลอดก่อนกำหนด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนค่าความอิ่มตัวออกซิเจน ๙๑-๙๕%

๒.๒ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะโรคปอดเรื้อรังค่าความอิ่มตัวออกซิเจน ๙๔-๙๘%

๒.๓ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเส้นเลือดจางประสาทตาเจริญผิดปกติค่าความ อิ่มตัวออกซิเจน ๙๔-๙๘%

๔.ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะโรคหัวใจแต่กำเนิดตามพยาธิสภาพของโรค

๓.ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและประมวลผลค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ใน ๒๔ ชั่วโมง เพื่อปรับใช้ออกซิเจนได้เหมาะสมมากขึ้น

๔.ปรับลดความเข้มข้นของออกซิเจน (FIO₂) เมื่อมีค่าความอิ่มตัวออกซิเจนคงที่ มากกว่า ๙๕% โดยลดครั้งละ ๐.๐๕-๐.๑ ทุก ๓๐ นาที

การพยาบาล

๑. ล้างมือด้วยน้ำสบู่ให้สะอาด เช็ดมือให้แห้ง สวมถุงมือสะอาด และห่อตัวทารก

๒. แพทย์ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ ที่ต้องการและประเมินการไหลของอากาศในปอด

๓. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ภาวะหายใจลำบาก เสียงลมเข้าปอดและ อัตราการเต้นของหัวใจ การยอมรับของการช่วยหายใจ เช่น นอนสงบไม่ร้องกวน

๔. ความถี่ของการดูดเสมหะ ประเมินตามอาการของทารก ควรทำก่อนให้นมเพื่อป้องกันการ สำลัก เปิดเครื่องดูดสารคัดหลั่ง (Vacuum Pressure) ปรับแรงดัน ๘๐ - ๑๐๐mmHg และใช้สายดูด น้ำลายและเสมหะในปากก่อน จากนั้นดูดเสมหะในจมูกทั้งสองข้างสอดปลายสายเข้ารูจมูกอย่าง นุ่มนวล ใช้นิ้วหัวแม่มือปิดรูด้านบนสายเข้ารูจมูก เพื่อทำการดูด หยดน้ำเกลือล้างจมูกและปากจน เสมหะหมด ใช้เวลาดูดเสมหะไม่เกิน ๑๐ วินาทีต่อครั้ง และหยุดพักเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะพร่อง ออกซิเจน

๕. ใช้แผนกระจกตรวจสอบว่ารูจมูกโล่งดีหรือไม่ โดยสังเกตจากขนาดของไอน้ำบนกระจก ถ้า ขนาดเล็กหรือไม่มีไอน้ำ ให้หยดน้ำเกลือทดสอบ

๖. ตรวจสอบความชื้นในวงจรช่วยหายใจทุกชั่วโมง โดยดูว่าการกลั่นตัวเป็นหยดน้ำในท่อหรือไม่ เนื่องจากการกลั่นตัวเป็นหยดน้ำทำให้มีการสำลักน้ำเข้าปอดได้

๗. ตรวจสอบความชื้นในหม้อทำความชื้น และเติมน้ำตามความจำเป็น

๘. ป้องกันภาวะท้องอืด โดยใส่สายยางให้อาหาร (Orogastric tube) ขนาดใหญ่ (No.๘ Fr,๑๐ Fr) และเปิดปลายสายตลอดเวลา โดยปลายสายยางให้อาหาร Orogastric tube ควรวางเหนือระดับหน้าท้องทรวงอกไม่เกิน ๒ นิ้ว เพื่อระบายลมและดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ถ้าไม่ถ่ายทำการกระตุ้นการขับถ่าย (Rectal stimulate) หรือ รายงานแพทย์เพื่อทำการสวนล้างทางทวารหนัก (Rectal irrigate)

๙. การรับนมไม่ได้ (Feeding intolerance) การให้นมทารก ควรให้อย่างช้าๆ ผ่านหลอดให้อาหาร เพื่อระบายลม

๑๐. การจัดทำทารก จัดทำได้ทุกท่า ไม่ให้คอพับ ควรแหงนคอเล็กน้อยเพื่อให้ ventilate ได้ดีขึ้น และในการจัดทำนอนแต่ละท่าควรประเมินว่าทารกอยู่ในท่าสุขสบาย ไม่มีการกดทับหรือดึงรั้งใดๆ ถ้าไม่มีข้อห้ามควรจัดให้ทารกนอนคว่ำศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อลดการยวบของผนังหน้าอกลดแรงที่ใช้ในการหายใจ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น และช่วยลดลมเข้ากระเพาะอาหารลดกรดไหลย้อน ทำให้ทารกรับนมดีขึ้น

๑๑. เมื่อทารกมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ควรพิจารณาดังต่อไปนี้

๑๑.๑ ขนาด/ตำแหน่งของหลอดเสียบจมูก (Prong) เหมาะสมหรือไม่

๑๑.๒ มีการอุดตันของจมูก/หลอดเสียบจมูก (Prong) หรือไม่

๑๑.๓ การจัดตำแหน่งของทารก นอนคอหักพับ/ทารกนอนอ้าปากกว้างทำให้ไม่ได้แรงดันหรือไม่ เมื่อพยาบาลประเมินสิ่งเหล่านี้ ไม่มีปัญหาให้รายงานแพทย์ เพื่อประเมินอาการทารก และพิจารณาเพิ่มการช่วยหายใจที่ใช้เพียงพอหรือไม่

๑๒. ประเมินบริเวณที่ถูกกดทับ อาจมีการใช้ Skin barrier เพื่อป้องกันการเกิด skin trauma

๓. อุปกรณ์ให้ก๊าซออกซิเจนระบบความเข้มข้นสูงช่วย (High Flow Nasal Cannula)

การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดให้ดีขึ้นหรือใช้แทน Noninvasive ทำให้เกิดแรงดันบวกขณะหายใจเข้าและออก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ ทำให้การระบายเสมหะง่ายขึ้น ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อทางระบบหายใจ คงความชุ่มชื้นในช่องปากและลดการใช้พลังงานในการหายใจ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อตนเอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และสามารถประเมินอาการและใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยรวมถึงสามารถพัฒนาแนวคิด แนวปฏิบัติในการดูแลทารกเพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาจากการรักษาพยาบาลได้ นำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน รวมทั้ง สามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับให้กับบุคลากรในหน่วยงานได้ และได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกับบุคลากรต่างสถาบัน

ต่อหน่วยงาน เพื่อนำความรู้ไปวางแผนและให้การพยาบาลทารกวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ทารกที่เจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเติบโตมีพัฒนาการที่เหมาะสมต่อไป และนำความรู้ได้รับการศึกษาอบรม มาปรับใช้และประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน

ส่วนที่ ๓ ปัญหา / อุปสรรค

เนื้อหาที่อบรมมีประโยชน์ ความรู้ทางการแพทย์ในการดูแลทารกมีความก้าวหน้า แต่ความรู้ที่ได้จากการอบรมจะสามารถนำไปปฏิบัติได้ก็ต่อเมื่อมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ

ควรส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาลในหน่วยงานเด็ก ไปศึกษาอบรมให้มากขึ้น เพื่อที่จะได้นำความรู้มาปฏิบัติได้ถูกต้องและพัฒนาการทำงานในหน่วยงาน รวมถึงเป็นที่ปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ เพราะเนื้อหาหลักสูตรมีครอบคลุมกับลักษณะงาน ได้รับความรู้จากภาคทฤษฎีและได้ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง ทำให้เข้าใจมากขึ้น ทีมบุคลากรมีความรู้เหมาะสมในการเป็นวิทยากรสามารถแนะนำแนวทางวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยขณะฝึกปฏิบัติแบ่งเป็นกลุ่มย่อย เพื่อทำเคสกรณีศึกษาสามารถซักถามได้ตลอดเวลา

ลงชื่อ นางสาวเนตรใจ.....นางจุฑา.....ผู้รายงาน
(นางสาวเสาวภาคย์ แจ่มจุล)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การอบรมในครั้งนี้สร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อหัวหน้าส่วนราชการ
(นางศุภรินทร์ เจริญศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง