

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๕๐๒..... ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕.....  
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ.....นางสาวปณัฐดา.....นามสกุล ตาเป็ง.....  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)..... สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง  
สำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร.....  
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ  
หลักสูตร อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิกฤติทารกแรกเกิด (NICU).....  
ระยะที่ ๑ ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕  
ระยะที่ ๒ ภาคปฏิบัติจริงในคลินิก วันที่ ๑๘ กรกฎาคม - วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕  
จัดโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ณ ห้องประชุมท่านผู้หญิงวิระยา ชวกุล  
ชั้น ๕ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.....  
เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐ 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.....ผู้รายงาน  
(.....นางสาวปณัฐดา ตาเป็ง.....)

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวปณัฐดา ตาเป็ง.....  
อายุ.....๒๗..ปี การศึกษา...ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต.....  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน...ดูแลทารกแรกเกิดและทารกวิกฤตในหออภิบาลทารกแรกเกิด.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล).....  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)...พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการปฏิบัติงานดูแลทารกแรกเกิดและ  
ทารกวิกฤตในหออภิบาลทารกแรกเกิด.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร...อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลวิกฤตทารก  
แรกเกิด (NICU).....  
เพื่อ  ศึกษา  ฝึกรอบม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว  
จำนวนเงิน.....๓๐,๐๐๐.....บาท  
ระหว่างวันที่...ภาคฤดูร้อน...ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ ภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๑๘  
กรกฎาคม ๒๕๖๕ - ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕.....สถานที่.....ณ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.....  
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ...ได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง ๕๐ หน่วยงาน.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

- สามารถดูแลทารกที่มีภาวะ HIE และได้รับการรักษาด้วย Therapeutic hypothermia
- เพื่อสามารถดูแลทารกที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนเครื่องมือที่ทันสมัย  
ต่างๆ
- สามารถประเมินอาการ อาการแสดง ภาวะผิดปกติต่างๆและประเมินผล Labs ได้

๒.๒ เนื้อหา (โดยย่อ)

๒.๒.๒ Hypoxic ischemia encephalopathy (HIE)

คือ ภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด การวินิจฉัย ประกอบด้วยการมีประวัติเข้าได้กับ perinatal asphyxia ตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดจากเส้นเลือดสะดือ หรือเลือดที่เจาะจากทารกภายใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังเกิด พบภาวะเลือดเป็นกรด ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงผิดปกติทางสมอง การชักจากภาวะ HIE มักแสดงอาการภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเกิด ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง แต่ถือว่า การทำให้อุณหภูมิร่างกายทารกต่ำลงที่เรียกว่า Therapeutic hypothermia หรือ cooling ทำให้ทารกมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ๓-๔ องศาเซลเซียส โดยเริ่มภายใน ๖ ชั่วโมงแรกหลังเกิด ได้ผลดีที่สุด

### ๒.๒.๓ 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. preterm
๒. ฮอร์โมนอิซูลิน
๓. ภาวะ 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. Tachypnea
๒. grunting
๓. cyanosis
๔. nasal flaring
๕. retractions
๖. increased  $O_2$  requirement

#### การป้องกัน

๑. ไม่รีบผ่าตัดคลอดถ้าไม่จำเป็น ควรให้มีการดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปหากไม่มีความเสี่ยงต่อมารดา
๒. บริหารจัดการครรภ์เสี่ยง
๓. ให้ dexamethasone ๖ mg IM q ๑๒ hr. ทั้งหมด ๔ ครั้งในหญิงตั้งครรภ์ GA < ๓๔ wk ที่จะคลอดก่อนกำหนด

#### การรักษา

๑. การรักษาทั่วไป ได้แก่ ควบคุมอุณหภูมิของทารกให้ปกติ ให้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำ งดนมหากอาการยังไม่คงที่ ให้ยาปฏิชีวนะ (ampicillin & gentamicin)
๒. การช่วยหายใจด้วย NCPAP ตั้งแต่เริ่มต้น จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่ปอดลดอัตราการตาย โรคปอดเรื้อรัง และลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ดีกว่า

### การให้ surfactant

Prophylaxis ปัจจุบันไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะให้ prophylactic surfactant ในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากสามารถ stabilize ทารกได้ด้วย CPAP Early selective surfactant administration หากใช้ CPAP แล้วทารกยังมีอาการหายใจลำบากต้องการ FiO<sub>2</sub> มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๓- ๐.๔ พิจารณาให้ surfactant โดยวิธี INSURE (intubation-surfactant-extubation) กรณีทารกที่ต้องใส่ endotracheal tube เพื่อช่วยหายใจตั้งแต่ในห้องคลอด มีอาการหายใจลำบาก และต้องการ FiO<sub>2</sub> มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๓-๐.๔ ควรให้ surfactant โดยเร็วที่สุด การให้ surfactant มีข้อควรระวังคือ อย่าให้ปลาย endotracheal tube อยู่ลึกเกินไปเพราะจะทำให้ surfactant เข้าไปที่ปอดข้างใดข้างหนึ่ง หลังให้ surfactant แล้วต้องเฝ้าระวังภาวะต่อไปนี้

Pneumothorax เนื่องจาก compliance ของปอดดีขึ้นมาก กรณีใช้ pressure control mode ต้องลด PIP เพื่อให้ได้ tidal volume ๔-๖ ml/kg

ผู้ป่วยที่มี PDA อาจมี pulmonary hemorrhage ที่รุนแรงได้ เนื่องจาก pulmonary vascular resistance (PVR) ลดลงอย่างรวดเร็ว

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

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

#### สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ PPHN

๑. ภาวะที่หลอดเลือดในปอดยังคงมีความไวของการหดตัวสูงทำให้มีการหดตัวตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆได้ง่าย เช่น hypoxia,hypercapnia,acidosis

๒. ภาวะที่หลอดเลือดในปอดมีความผิดปกติทางด้านกายภาพ ได้แก่ มีปริมาณน้อยลง มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของปอด ปอดถูกกดทับกันเป็นเวลานานหรือปริมาตรปอดลดลง

๓. ภาวะที่กล้ามเนื้อเรียบในผนังหลอดเลือดของปอด ชั้น INTRA-ACINAR ARTERIES หดตัวขึ้นและมีความไวของการหดตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากภาวะความดันเลือดในปอดสูง และการขาดออกซิเจนเป็นเวลานานขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดา

๔. ภาวะที่มีการเพิ่มของ PULMONARY ARTERIAL PRESSURE สูงขึ้นด้วย

#### การวินิจฉัย PPHN

การหายใจและการตรวจระบบหัวใจ อาจพบหรือไม่พบความผิดปกติ

๑. ทำ hyperoxia test แล้วได้ผลเหมือนทารกที่มี CHD

๒. ทำ hyperoxia-hyperventilation test แล้วทารกจะหายใจเขียว

๓. O<sub>2</sub> saturation สูงได้ถึง ๙๙% และ PaO<sub>2</sub> สูงกว่า ๑๐๐ mmHg เมื่อหยุดทำ hyperventilation PaO<sub>2</sub> จะลดลงมากและทารกตัวเขียวทันที
๔. ติดเครื่อง monitor O<sub>2</sub> ดู Differential cyanosis คือ SpO<sub>2</sub> Pre-ductal สูงกว่า Post-ductal มากกว่า ๓% ขึ้นไป

#### การรักษาและการพยาบาล

๑. การดูแลรักษาทั่วไปสำหรับทารกที่มีอาการหนัก ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิแวดล้อมที่เหมาะสม การให้สารอาหารและสารน้ำตามความต้องการของร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการควบคุมความสมดุลของน้ำตาล เกลือแร่ และสารต่างๆในร่างกาย

๒. การควบคุมให้ Systemic blood pressure อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการให้ยากลุ่ม Inotrope เมื่อ SBP อยู่ในเกณฑ์ต่ำ เพราะถ้า SBP ต่ำอาจทำให้มี Right to left shunt มากขึ้น

๓. การรักษาภาวะที่เป็นสาเหตุและโรคแทรกซ้อน เช่น การให้ surfactant ในรายที่เป็น RDS การพยายามล้างเอาซีเทาออกจากปอด

๔. การใช้เครื่องช่วยหายใจ

๕. การให้ยา เช่น Nitric oxide

๖. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)

#### ๒.๒.๕ Early Warning Signs of Newborns

๑. อัตราการหายใจปกติของทารกแรกเกิดอาจยังไม่สม่ำเสมอ

๒. Periodic breathing หายใจเร็วเป็นช่วงสั้นๆแล้วหยุดหายใจเป็นเวลา ๒-๓ นาที จึงหายใจต่อ ระหว่างหยุดหายใจทารกจะไม่เขียว(cyanosis) หรืออัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า ๑๐๐ ครั้ง/นาที

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

๔. Gaspng อาการหายใจเฮือก ใช้แรงในการหายใจมาก แสดงถึงภาวะขาดออกซิเจน

#### ๒.๒.๖ Work of breathing

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

๒. Nasal flaring of alae nasi : ลักษณะปีกจมูกจะขยายกว้างออกทุกครั้งที่หายใจเข้า เนื่องจากทารกพยายามที่จะหายใจเอาลมเข้าไปในปอดให้มากที่สุด

๓. Retraction : การหายใจแบบมีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก โดยเห็นเป็นผิวหนังบริเวณซี่โครงบุ๋มลงไป อาการนี้จะเห็นขณะที่ทารกหายใจเข้า เพื่อพยายามขยายปอดที่มีความยืดหยุ่นน้อยกว่าปกติ

๔. Stridor :มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน มักเป็นช่วงหายใจเข้าโดยปกติการฟังเสียง หายใจทารกแรกเกิด มักจะให้ความสำคัญกับเสียงหายใจเข้าออกว่าดีหรือไม่

#### ๒.๒.๗ Non-invasive ventilation

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

เป็นเทคนิคที่ทำให้ทารกหายใจเองด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก โดยการช่วยหายใจต้องมีระบบปรับแรงดันผ่าน nasal prong/nasal Mask เข้าสู่ทางเดินหายใจของทารก

## หลักการทํางานของCPAP

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

## ข้อบ่งชี้ในการใช้งาน CPAP

- ๑.ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือครบกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก เช่น RDS,Pneumonia,TTNB,CHF เป็นต้น
๒. หลังถอดท่อช่วยหายใจในทารก
๓. ทารกที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน
๔. ใช้หลังจากการพันสารเคลือบปอดทารก
๕. ช่วยทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

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

คือการจ่ายแรงดันบวกเป็นพั๊ๆผ่านรูจมูกเหมือนการตั้งเครื่องหายใจขณะใส่ท่อหลอดลมคอ โดย NIPPV ทำให้มีแรงดันเฉลี่ยในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ช่วยถ่วงขยายถุงลมที่แฟบอยู่ และช่วยรักษาปริมาตรความจุปอดส่วน FRC ให้คงที่ แรงที่ใช้ในการหายใจจึงลดลง

การตั้ง NIPPV มักใช้ค่า PIP เท่ากับหรือมากกว่า PIP ที่ใช้เมื่อตอนก่อนถอดท่อหลอดคอเล็กน้อย ตั้งอัตราการหายใจประมาณ๑๐-๓๐ ครั้ง/นาที PEEP เท่ากับตอนก่อนถอดท่อหลอดลมคอหรือ ประมาณ ๓-๖ cmH<sub>2</sub>O และ Inspiratory time ประมาณ ๐.๓-๐.๕ วินาที

## Prevention Oxygen toxicity

- ๑.ปรับเพิ่ม FiO<sub>2</sub> ชั่วคราวจากเดิมที่ใช้อยู่ ครั้งละ ๑๐-๒๐% ขณะมี Desaturation
๒. Keep O<sub>2</sub> Saturation โดย
  ๑. Preterm ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน SpO<sub>2</sub> ๙๑-๙๕%
  ๒. Preterm with BPD และ Pulmonary hypertention SpO<sub>2</sub> ๙๔-๙๘%
  ๓. Preterm with ROP SpO<sub>2</sub> ๙๔-๙๘%
  ๔. Preterm with CHD SpO<sub>2</sub> ตามพยาธิสภาพของโรค
- ๓.ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและประมวลผลค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน๒๔ชั่วโมง โดยใช้ pulse oximetry เพื่อปรับใช้ออกซิเจนได้เหมาะสมมากขึ้น
- ๔.ปรับลด FiO<sub>2</sub> เมื่อมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนคงที่ มากกว่า ๙๕% โดยลดครั้งละ ๐.๐๕-๐.๑ ทุก๓๐ นาที

## การพยาบาล

๑. ล้างมือด้วยน้ำสบู่ให้สะอาด เช็ดมือให้แห้ง สวมถุงมือสะอาด และห่อตัวทารก
๒. แพทย์ปรับ setting ที่ต้องการและประเมิน continuous flow

๓. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ภาวะหายใจลำบาก เสียงลมเข้าปอดและ continuous flow อัตราการเต้นของหัวใจ การยอมรับของการช่วยหายใจ เช่น นอนสงบไม่ร้องกวน

๔. Suction clear airway ความถี่ของการดูดเสมหะ ประเมินตามอาการของทารก ควรทำก่อนให้นมเพื่อป้องกันการสำลัก เปิดเครื่องดูดสารคัดหลั่ง (Vacuum Pressure)

ปรับแรงดัน ๘๐ - ๑๐๐mmHg และใช้ MU-TIP ดูดน้ำลายและเสมหะในปากก่อน จากนั้นดูดเสมหะในจมูกทั้งสองข้างสอดปลาย MU-TIP เข้ารูจมูกอย่างนุ่มนวล ใช้นิ้วหัวแม่มือปิดรูด้านบน MU-TIP เพื่อทำการดูด หยุด NSS ล้างจมูกและปากจนเสมหะหมด ใช้เวลาดูดเสมหะไม่เกิน ๑๐ วินาทีต่อครั้ง และหยุดพักเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

๕. ใช้แผ่นกระจกตรวจสอบว่ารูจมูกโล่งดีหรือไม่ โดยสังเกตจากขนาดของไอ้บ่นกระจก ถ้าขนาดเล็กหรือไม่มีไอ้บ่น ให้หยุด NSS (slide test)

๖. ตรวจสอบความชื้นในวงจรช่วยหายใจทุกชั่วโมง โดยดูว่าการกลั่นตัวเป็นหยดน้ำในท่อหรือไม่ เนื่องจากการกลั่นตัวเป็นหยดน้ำทำให้มีการสำลักน้ำเข้าปอดได้

๗. ตรวจสอบความชื้นในหม้อทำความชื้น และเติมน้ำตามความจำเป็น

๘. ป้องกันภาวะท้องอืด โดยใส่ Orogastric tube ขนาดใหญ่ (No.๘ Fr,๑๐ Fr)และเปิดปลายสายตลอดเวลา โดยปลาย Orogastric tube ควรวางเหนือระดับหน้าท้องทารกไม่เกิน ๒ นิ้ว เพื่อระบายลมและดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ถ้าไม่ถ่ายทำ Rectal stimulate หรือ รายงานแพทย์เพื่อทำ Rectal irrigate

๙. Feeding intolerance การให้นมทารก ควรให้แบบ mini bolus เพื่อระบายลม ทารกที่มีภาวะ GERD, Short bowel syndrome ที่ต้องการ CND ให้ใส่สาย Orogastric tube ๒ เส้น โดยเบอร์เล็กสำหรับ feeding เบอร์ใหญ่ สำหรับระบายลม

๑๐. การจัดทำทารก จัดทำได้ทุกท่า ไม่ให้คอพับ ควรแหงนคอเล็กน้อยเพื่อให้ ventilate ได้ ดีขึ้น และในการจัดทำนอนแต่ละท่าควรประเมินว่าทารกอยู่ในท่าสุขสบาย ไม่มีการกดทับหรือดึงรั้งใดๆ ถ้าไม่มีข้อห้ามควรจัดให้ทารกนอนคว่ำศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อลดการยุบของผนังหน้าอกลดแรงที่ใช้ในการหายใจ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น และช่วยลดลมเข้ากระเพาะอาหารลดกรดไหลย้อน ทำให้ทารกปรับนมดีขึ้น

๑๑. เมื่อทารกมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น ควรพิจารณาดังต่อไปนี้

๑๑.๑ ขนาด/ตำแหน่งของ Prong เหมาะสมหรือไม่

๑๑.๒ มีการอุดตันของจมูก/ Prong หรือไม่

๑๑.๓ Position ของทารก นอนคอหักพับ/ทารกนอนอ้าปากกว้างทำให้ไม่ได้ Pressure หรือไม่ เมื่อพยาบาลประเมินสิ่งเหล่านี้ ไม่มีปัญหาให้รายงานแพทย์ เพื่อประเมินอาการทารกและพิจารณาเพิ่มการช่วยหายใจ (Pressure/Flowที่ใช้เพียงพอหรือไม่)

๑๒. ประเมินบริเวณที่ถูกกดทับ อาจมีการใช้ Skin barrier เพื่อป้องกันการเกิด skin trauma

**๓. High Flow Nasal Cannula** เป็นอุปกรณ์ให้ก๊าซออกซิเจนระบบความเข้มข้นสูงช่วยการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดได้ดีขึ้นหรือใช้แทน Noninvasive ทำให้เกิดแรงดันบวกขณะหายใจเข้าและออก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ ทำให้การระบายเสมหะง่ายขึ้น ลด

ความเสี่ยงจากการติดเชื้อทางระบบหายใจ คงความชุ่มชื้นในช่องปากและลดการใช้พลังงานในการหายใจ

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

ต่อตนเอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ ในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิด วิกฤต 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 ..... ผู้รายงาน

(นางสาวปณัฐดา ตาเป็ง)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)

### ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การอบรมในครั้งนี้สร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร



ลงชื่อ .....หัวหน้าส่วนราชการ  
( นางค์ชรินทร์ เจียมศรีพงษ์ )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง