

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก

นเรศินี หวธะสิทธิ์* พย.ม.

บทคัดย่อ

ความเป็นมาของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอันตรายและอัตราการตายสูงกว่าทารกครบกำหนด เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก ภาวะตัวเหลือง ภาวะซีด ภาวะหลอดเลือดที่หัวใจไม่ปิด ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะโรคปอดเรื้อรัง ภาวะลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะพร่องในการมองเห็น ภาวะพร่องในการได้ยินอีกทั้งได้รับผลกระทบจากการเกิดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาทั้งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในด้านต่างๆทำให้ล่าช้ารวมทั้งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างและอวัยวะต่างๆส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยความพิการและอาจถึงชีวิตได้ภายหลัง

วัตถุประสงค์การศึกษา :

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย
2. นำผลการศึกษา เป็นองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป

กรณีศึกษาและสถานที่ : คัดเลือกจากผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก รับการรักษาในหอผู้ป่วยแรกเกิดวิกฤติและทารกแรกเกิดป่วย อาคาร 6 ชั้น 1 โรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษา

ผลการศึกษา :

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะภาวะหายใจลำบาก อายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ผ่าคลอด 5 ครั้ง คลอดเองทางช่องคลอด น้ำหนักแรกเกิด 770 กรัม เพศหญิง Apgar score 1,5,10 นาที เท่ากับ 4,7,7 คะแนน แรกเกิดมีอาการเขียวคล้ำทั้งตัว อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ช่วยหายใจแรงดันบวก ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจภาวะเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ ตาตัวเหลืองได้รับการส่องไฟรักษา ซีดได้รับเลือด มีภาวะหยุดหายใจเกิดภาวะปอดเรื้อรังหายใจออกซิเจนไม่ได้ นอนโรงพยาบาลรวม 92 วัน กรณีศึกษาที่ 2 อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ผ่าคลอด 6 ครั้ง คลอดเองทางช่องคลอด น้ำหนักแรกเกิด 1,490 กรัม เพศชาย Apgar score 1,5,10 นาที เท่ากับ 8,9,10 คะแนน ใส่ nasopharyngeal prongs และใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะซีดได้รับเลือดเลือดออกในปอด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว respiratory acidosis พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสียภาวะสมดุลกรดด่างในร่างกายตาตัวเหลืองได้รับการส่องไฟรักษา มีภาวะหยุดหายใจ เกิดภาวะปอดเรื้อรังหายใจออกซิเจนไม่ได้ พบภาวะ ROP stage 2 พบพังผืดใต้ลิ้นจึงตัดพังผืดใต้ลิ้นโดยศัลยแพทย์เด็ก นอนโรงพยาบาลรวม 96 วัน

สรุป :

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อยร่วมกับการมีภาวะภาวะหายใจลำบากและหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤติ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะด้านและการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพจะช่วยลดอุบัติการณ์ของความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ทำให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด, ภาวะภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษเด็ก โรงพยาบาลสุรินทร์

Nursing Care of preterm with Respiratory Distress (Case Study)

Nareasine Huanraluk* M.S.N

Abstract

Back ground

Prematurity is a risk of danger and death rates higher than the baby's due. Respiratory distress risk Hyperbilirubinemia were anemia, arteriosclerosis, the heart does not close. Bleeding in the brain Chronic lung disease Intestinal putrefaction Diminished visibility conditions Conditions diminished hearing in both affected by premature birth and complications that followed, the impact on growth and development in various fields, including high-risk delay in the onset of complications. Incomplete structures and organs, resulting in illness and disability could later life.

The purpose of the study:

1. To study the progression of the disease, health care and discharge planning.
2. The study is knowledge. In patients next.

Case and Point: A Selection of patients newborns crisis. Who has been diagnosed as premature infants with respiratory distress. patients first 6 floors Surin Hospital.

Methods: A case study

Result: Case Study 1 patients, premature infants with acute respiratory distress gestational age 25 weeks pregnant five times a vaginal birth. The birth weight of 770 grams, the female equivalent of 4,7,7-minute Apgar score 1,5,10 the newborn with cyanosis both. The heart rate less than 100 beats/min positive pressure ventilation. Mechanical ventilation Complications include infection from pneumonia in mechanically ventilated patients upset the balance of water and minerals. Jaundice on phototherapy. Pale blood transfusion a therapeutic Severe chronic pulmonary oxygen is not divorced. 92-day hospital stay included two case studies gestational age 30 weeks pregnant six times 1490 gm birth weight, Apgar score 1,5,10 male 8,9,10 minutes of the nasopharyngeal prongs and put on a ventilator. There was blood anemia bleeding in the lungs Respiratory failure, respiratory acidosis complications include infection, lung inflammation from a ventilator. Loss of balance pH in the body, eyes, jaundice on phototherapy. a therapeutic divorce causes chronic lung oxygen not found acute ROP stage 2, tongue tie, thus cutting by surgeons children. 96-day hospital stay

Conclusion: Prematurity is associated with less weight with respiratory distress and respiratory failure as a crisis. Administrators must have knowledge and specialized skills and patient care together with multidisciplinary. Reduces the incidence of disability and complications, the baby has a good quality of life.

Keywords: Nursing prematurity, respiratory distress in premature infants.

บทนำ

ปัจจุบันการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีการพัฒนาก้าวหน้าเป็นอย่างมาก รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีทันสมัย ทำให้ทารกที่อายุครรภ์น้อยหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นในประเทศ เศรษฐฐานะสูง อัตราการเสียชีวิตของทารก 5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลัง พัฒนาอัตราการเสียชีวิตของทารก 7.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 11 ยังสูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 7) ทารกเหล่านี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนจาการรอดชีวิตและการรักษาพยาบาลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าให้การช่วยเหลือไม่สมดุลทำให้เกิดผลเสียจากการรักษาและเกิดอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ ได้แก่ โรคจอประสาทตาผิดปกติ (retinopathy of prematurity, ROP) บาดเจ็บต่อเยื่อปอดและถุงลมเกิดการอักเสบและพังผืด (fibrosis) Periventricular Leukomalacia (PVL) การเกิดภาวะสมองพิการหรือภาวะทุพพลภาพเรื้อรังตามมาภายหลังการรอดชีวิตและจำหน่ายกลับบ้าน การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการวางแผนจำหน่าย
2. นำผลการศึกษา เป็นองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป

วิธีการศึกษา

คัดเลือกจากผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก รับการรักษาในหอผู้ป่วยแรกเกิดวิกฤติและทารกแรกเกิดป่วย อาคาร 6 ชั้น 1 โรงพยาบาลสุรินทร์

ผลการศึกษารณตัวอย่าง

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะภาวะหายใจลำบาก จากประวัติการพักรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤติ (NICU) โรงพยาบาลสุรินทร์ อายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 5 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ คลอดเองทางช่องคลอด เกิดเวลา 03.04 นาฬิกา (11 ธ.ค. 2556) น้ำหนักแรกเกิด 770 กรัม เพศหญิง Apgar score 1,5,10 นาที เท่ากับ 4,7,7 คะแนนตามลำดับ แรกเกิดมีอาการเขียวคล้ำทั้งตัว อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ช่วยหายใจแรงดันบวก หนึ่งรอบอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง /นาที มีภาวะภาวะหายใจลำบากเนื่องจากปอดขาดสารลดแรงตึงผิว BT 35°C HR 150 ครั้ง/นาที RR.48 ครั้ง/นาที BP.70/56 mmHg. HC 23 cms. CC 23 cms. รอบเอว 19 cms. ความยาว 33 cms. O₂Sat 98% หายใจลำบาก หอบ คราง ขยับแขนขาเล็กน้อย ต่อมา DTX สูงและต่ำ มีอาการช็อค Bl.gas มี Metabolic acidosis

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะภาวะหายใจลำบากทารกแรกเกิดภาวะวิกฤติ อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 6 ครั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติคลอดเองทางช่องคลอดเกิดเวลา 12.12 นาฬิกา (24 มี.ค. 57) น้ำหนักแรกเกิด 1,490 กรัม เพศชาย Apgar score 1,5,10 นาที เท่ากับ 8,9,10 คะแนนตามลำดับ มีภาวะภาวะหายใจลำบากเนื่องจากปอดขาดสารลดแรงตึงผิว ใส่ nasopharyngeal prongs แรกเกิดหายใจหอบ กระตุนเด็กลิ้มตาร้องเบาๆ BT35.5c HR150ครั้ง/นาที RR66ครั้ง/นาทีBP68/31 mmHg o2sat 89% HC. 26cms CC. 25cms ยาว 39 cms

ขณะผู้ป่วยพักรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (NICU) พยาบาลผู้ดูแลต้องประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลสภาพจิตใจของบิดามารดา รวมทั้งการเตรียมความพร้อมให้สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และลดความวิตกกังวลปัญหาทางการพยาบาล โดยจากที่ได้รับผู้ป่วยไว้ในกรณีดูแลนั้นปัญหาที่พบในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้คือ

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1

ทารกมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากการขาดสารลดแรงตึงผิวปอด (Surfactant)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว (> 60 ครั้ง/นาที) ปีกจมูกบาน (nasal flaring)
2. หน้าอกบุ๋ม, หายใจตื้น (Retraction of Substernal และ Inter Costal) มีเสียงคราง (Expiratory grunt) เขียวคล้ำ
3. กำหนดเวลาให้กิจกรรมควบคุมอุณหภูมิตัว 32-34 องศาเซลเซียส เพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายทารกให้อยู่ในระดับปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
4. จัดท่านอนทารก เพื่อให้ช่องทางเดินหายใจโล่ง ดูแลทารกให้ได้รับการเจาะหาแก๊สในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลเพื่อประเมินอาการขาดออกซิเจนของทารก
5. ติดตามค่า Oxygen saturation (SaO_2) อย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของร่างกาย

ประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีภาวะ cyanosis อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 40-60 ครั้ง/นาที O_2 saturation อยู่ในช่วง 95-100%

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2

ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์

ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการใช้ออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การดูแลทารกเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบดูแลดูแลตามหะทุกครั้งที่เหมาะสมได้ว่าทารกมีเสมหะใช้สายยางดูดเสมหะ
2. ให้การดูแลทารก เพื่อป้องกันภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยตรวจสอบความตึงของเครื่องช่วยหายใจ
3. ให้มีระดับความดันอยู่ในเกณฑ์ที่ตั้งไว้การบีบ bag เพื่อเพิ่มการระบายอากาศ
4. ให้การดูแลทารก เพื่อป้องกันการเกิดตาบอดจากพิษของออกซิเจน (retinopathy of prematurity) โดยควบคุมระดับความเข้มข้นของออกซิเจนและติดตามผลการตรวจหาค่าแก๊สในเลือด

ค่า Oxygen Saturation

5. ดูแลให้ทารกสามารถหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้อย่างปลอดภัย

ประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 3

ทารกไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ และสูญเสียความร้อนได้ง่ายเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์

ทารกไม่มีภาวะอุณหภูมิต่ำ สามารถดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิของร่างกายเป็นปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและติดตามการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายทารก โดยวัดอุณหภูมิกายเมื่อแรกรับทาง ทวารหนัก นาน 1-2 นาที ถ้าอุณหภูมิกายทารกต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ต้องวัดทุก $\frac{1}{2}$ ชั่วโมง จนกว่า อุณหภูมิร่างกายทารกจะคงที่อยู่ในระดับปกติ ต่อไปวัดทุก 4 ชั่วโมง
2. บันทึกอุณหภูมิร่างกายทารกลงในแผ่นบันทึกอุณหภูมิทุกครั้ง
3. เตรียมตุ๋บ และอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นให้พร้อม
4. ตรวจสอบสภาพตุ๋บให้ใช้ได้ตลอดเวลา เช่น ปรับอุณหภูมิ โปรทวัดอุณหภูมิของตุ๋บ
5. ปรับอุณหภูมิตุ๋บ และอุ่นตุ๋บไว้จนกระทั่ง อุณหภูมิคงที่ตามต้องการ จึงนำทารกเข้าตุ๋บ โดย ปรับอุณหภูมิของตุ๋บให้อยู่ในช่วง 32-34 องศาเซลเซียส หรือ 95-97 องศาเซลเซียส เพื่อให้ทารกมีการเผา ผลาญ และการใช้ออกซิเจนต่ำสุด (Neutral thermal environment)
6. ตรวจสอบอุณหภูมิห้องเป็นระยะอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผล

อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8-37.2 °C ไม่มีอาการเขียวตามปลายมือ ปลายเท้า

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 4

ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากภูมิคุ้มกันของทารกยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์

ทารกไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการทั่วไปที่แสดงว่าทารกมีอาการติดเชื้อในร่างกายวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงสังเกตอาการ ได้แก่ อาการซึมลง ลดการเคลื่อนไหวน้อยลง ตัวเย็น
2. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติ เช่น ผิวหนังเป็นผื่นแดงและการปลดท่อเครื่องช่วยหายใจ การ ดูดนม หายใจไม่สม่ำเสมอให้สัมผัสกับเตียงผู้ป่วยหรือสิ่งอื่น ใช้สำลีชุบ Alcohol 70% เช็ดข้อต่อ Self inflating bag และปลายท่อช่วยหายใจก่อนต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจทุกครั้ง
3. อุปกรณ์ และเครื่องใช้สำหรับทารกต้องสะอาดปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดตุ๋บ/เตียงนอน ทุกวัน เครื่องมือทุกชนิดที่ใช้กับทารกต้องทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อโรค โดยการต้ม นึ่ง อบแก๊ส

เช่น น้ำยา

4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, ESR และผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก ดูแลทารก ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

อุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.8-37.2 °C ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ค่าความอิ่มของออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 95-100%

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 5

ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลูโคสในเลือดต่ำเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีการสะสมไกลโคเจนน้อย

วัตถุประสงค์

ทารกไม่มีภาวะกลูโคสในเลือดต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการที่แสดงถึงภาวะกลูโคสในเลือดต่ำสังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงได้แก่ ซึมลง สั่นมาก ชักเกร็ง เมื่อพบความผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์
2. ดูแลทารกให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยตรวจสอบความถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน
3. ดูแลทารกได้รับความอบอุ่นด้วยตุ๋บและปรับอุณหภูมิตุ๋บ 32-34 องศาเซลเซียสเพื่อให้ทารกมีการเผาผลาญและใช้ออกซิเจนต่ำสุด

ประเมินผล

ติดตามผล DTX อยู่ระหว่าง 111-162 mg% และดูแลป้องกันไม่ให้เกิดสาเหตุส่งเสริม ให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 6

ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการดูดกลืนและระบบทางเดินอาหารยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์

ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทารกให้ได้รับสารน้ำ สารอาหาร ทดแทนทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ และสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ตึงตัวไม่ดี เหี่ยวยุบ กระหม่อมบวม
3. ดูแลชั่งน้ำหนักตัวทารกทุกวันเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
4. สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก จากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง ถ้าไม่สมดุลรายงานแพทย์ทราบ
5. สังเกต Reflex การดูด การกลืน และ bowel sound เพื่อประเมินความพร้อมของทารกในการที่จะรับนม

6. ดูแลให้ทารกได้รับนมทางสายยางตามจำนวน (ซี.ซี.) และมือตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ก่อนให้นมผสมทางสายยางทุกครั้ง ต้องทดสอบให้แน่ใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารและดูลักษณะ จำนวน Content ในกระเพาะอาหาร และการดูดซึมมี Content มากกว่า 50 %ของนมที่ให้รายงานแพทย์

ประเมินผล

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วงประมาณ Na 138 mmol/L K 2.8 mmol/L Cl 116 mmol/L CO₂ 13 mmol/L

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 7

ทารกมีภาวะตัวเหลือง จากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องจากการทำหน้าที่ของตับยังไม่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์

1. ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดปกติ
2. ทารกไม่เกิดภาวะสมองได้รับอันตรายจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยปฏิบัติดังนี้ ยกแผงส่องไฟสูงจากตัวทารก 15-20 เซลติเมตรตรวจสอบ การทำงานของไฟที่ใช้ส่องให้อยู่ในสภาพที่ดีอยู่เสมอ
2. จัดท่าทารกนอนคว่ำหรือหงาย พลิกตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง สังเกต และบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
3. สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งอาการทั้งระบบประสาทที่แสดงว่าสมองถูกทำลาย เช่น ซึมลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง ชักกระตุก ถ้าพบรีบรายงานแพทย์ทันที
4. ติดตามการตรวจค่า MBB ทุก 12 ชั่วโมง หรือทุกวัน เพื่อประเมินการรักษา

ประเมินผล

เกณฑ์ปกติ ผล MBB อยู่ระหว่าง 8.8-11.6 mg%

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 8

ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากการเกิดก่อนกำหนดและกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับ บิดา มารดาถูกรบกวน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ทารกมีภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ทารกได้รับอาหารอย่างพอเหมาะ พักผ่อนอย่างเต็มที่ ไม่รบกวนโดยไม่จำเป็นเพื่อลดการใช้พลังงาน
2. ชั่งน้ำหนักทุกวัน วันละครั้ง วัดรอบศีรษะ รอบอก อาทิตยละ 1 ครั้ง
3. กระตุ้นพัฒนาการโดยการสัมผัสทางผิวหนัง การนวดและการอุ้มทารกด้วยความนุ่มนวล พูดคุยกับทารก และจ้องมองสบตากับทารกระหว่างการให้การดูแล

4. ส่งเสริมให้บิดา มารดา เข้าเยี่ยมทารก และเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยสบตา สัมผัสอุ้มกอดทารกเพื่อเป็นการกระตุ้นพัฒนาการทารกและส่งเสริม สัมพันธภาพกับบิดา มารดา พร้อมทั้งแนะนำวิธีการส่งเสริมพัฒนาการให้แก่ทารก

5. ประสานงานและปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยกระตุ้นพัฒนาการ ทางด้านการดูกลืนให้กับทารกพร้อมให้บิดามารดา ได้เรียนรู้และฝึกวิถีกระตุ้นพัฒนาการ ทางด้านการดูกลืน

ประเมินผล

มารดามาฝึกดูแลบุตรในหอผู้ป่วย สามารถดูแลบุตร และให้นมบุตรได้

การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 9

บิดา มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก และไม่มั่นใจในการดูแลทารกที่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

บิดา มารดา คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับบิดา มารดา ยิ้มทักทาย กระตุ้นให้บิดา มารดา ได้ระบายความรู้สึกเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อข้องใจ พร้อมทั้งแสดงความเห็นใจ และให้กำลังใจ

2. ให้ความรู้แก่บิดา มารดา เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และฝึกทักษะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. ให้บิดา มารดา เข้าเยี่ยมบุตร และร่วมทำกิจกรรมในการดูแลทารก เช่น การให้นม การเปลี่ยนผ้าอ้อม อาบน้ำให้แก่ทารก

4. ก่อนให้ทารกกลับบ้าน ประเมินความพร้อมของบิดา มารดา ในการดูแลบุตรที่บ้านและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผล

เปิดโอกาสให้มารดาเข้าเยี่ยมเป็นระยะๆ และสามารถซักถามได้ และจัดห้องพักให้มารดาได้มาดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด

การวางแผนการจำหน่าย

ประเมินความต้องการในการดูแลขณะให้การพยาบาล ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อปอดของผู้ป่วย และทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง เช่น ควัน ควันบุรี ผู้ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแนะนำในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพทารกและฝึกผู้ปกครองให้ปฏิบัติจริงขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน เรื่องการเจริญเติบโตตามวัยและพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากประวัติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากร่วมกับมีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากปอดขาดสารลดแรงตึงผิวได้รับการรักษาพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดโดยใช้เครื่องช่วยหายใจจนกว่าทารกจะสามารถผ่านระยะวิกฤตไปได้สิ่งสำคัญคือการให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและครอบคลุมในทุกๆ ด้านและทุกระบบรวมทั้งให้การดูแลครอบครัวของทารกด้วยนอกจากนี้การป้องกันการติดเชื้อเป็นส่วนสำคัญเพราะหากทารกติดเชื้อจะทำให้มีอาการรุนแรงและเป็นสาเหตุการตาย

แสดงการดำเนินโรคและการรักษา กรณีศึกษาที่ 1

วันที่	อาการและการแสดง	CBC	Bl.gas	Electrolyte	LFT	การรักษา
0-92 วัน (11 ธ.ค. 56 - 11 มี.ค. 57)	Preterm c ELBW GA 25 wks. BW. 770 gms. เพศหญิง Apgar score 1,5,10 นาที เท่ากับ 4,7,7 คะแนน แรกเกิดมีเขียวคล้ำทั้งตัว HR น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ช่วยหายใจแรงดันบวก 1 รอบ HR น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที นำส่ง nicu BT 35°C HR 150 ครั้ง/นาที RR.48 ครั้ง/นาที BP. 70/56 mmHg. HC 23 cms. CC 23 cms. รอบเอว 19 cms. ความยาว 33 cms. O ₂ Sat 98% หายใจลำบาก หอบ คราง ชับแขนขาเล็กน้อย ต่อมา DTX สูง,ต่ำ มีอาการซีด Bl.gas มี Metabolic acidosis พว Na สูง และ Na ต่ำ WBC สูง ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีเหตุหายใจ 1 ครั้ง/เวรมี desat บ้าง ท้องอืด นิม รับ feed ได้ดี ตัวเหลือง จากการได้รับ TPN พว Hyponatremia LFT สูง WBC สูง พบเชื้อดื้อยา ต่อมาหายใจดี ไม่หอบ ไม่เขียว ไม่มีหยุดหายใจสลับกับหายใจหอบและท้องอืดเล็กน้อย รับ feed ได้ ตัวเหลือง อุจจาระสีเหลืองเข้ม ซีด ฟัง lung มีเสมหะดูดกลืนนมยังไม่ดี BW 1,800 grms	Wbc 22,000 cell/cumm Hct 32-36% DTX 199-334 mg% 45-49 mg% WBC 12,800 cell/cumm Hct 32% MBB 16.5 mg% 14.4 mg% 22.3 mg% 22.2 mg% 19.2 mg% 14.4 mg% 13.6 mg%	pH7.28 PCO ₂ 34 HCO ₃ -16 pH7.33 PCO ₂ 31 HCO ₃ -16 pH7.32 PCO ₂ 32 HCO ₃ -16 pH7.22 PCO ₂ 43 HCO ₃ -17	Na 160 mmol/L Na 164 mmol/L Na 155 mmol/L Na 151 mmol/L Na 154 mmol/L Na 151 mmol/L Triglycerite 299 mg/dl Na 116 mmol/L Na 120 mmol/L Na 122 mmol/L Na 122 mmol/L Na 125 mmol/L Stool occult blood positive	Totalbilirubin 6.8 mg/dl 6.52 mg/dl Directbilirubin 0.69 mg/dl 0.94 mg/dl Alkaline 697,667 U/L Totalbilirubin 23.84,12.58 mg/dl 12.66,11.13 mg/dl 7.85 mg/dl Directbilirubin 6.48,5.56 mg/dl 5.7,5.27 mg/dl 4.07 mg/dl Alkaline 623,940 U/L 812,825,750 U/L	ให้ความอบอุ่นในตู้อบ mode skin temperature ร่วมกับนอนบนถุงอ็อกซิเจน และใส่ bear 750 PSV setting mode flow cycle assist control Ti 0.3 วินาที PIP 16 cmH ₂ O PEEP 5 cmH ₂ O FIO ₂ 60 % BPM 60 ครั้ง/นาที งดน้ำ งดอาหาร ให้ 10% D/W IV drip 2 cc./hr. ใส่ UVC ให้ ATB ส่งเลือดตรวจห้องแลป ผล ckr haziness both lung เปลี่ยน v เป็น 7.5% drip 2cc./hr. 7.5%NaHCO ₃ 0.7 cc dilute เท่าตัว iv in 15 min. ให้ TPN ซีดให้ PRC 7 cc. drip in 3 hr. อาการคงที่ ลด settingPIP/PEEP=11/4 RR 55 ครั้ง Ventilator setting IMV FIO ₂ 0.4 PIP 12 PEEP 4 Ti 0.3 RR30/min. ให้ยา MTV 0.3cc. 0. OD Vit E 25 u 0. OD. Aminophylline 2 mg 0 q 12 hr. Sulperazone 50 mg. v q 12 hr. HCTZ 2 mg./kg/dose. Aldactone 2 mg. 0 q 24 hr. Fixotide 0.25 cc. +NSS 2 cc. NB OD on nasal CPAP Fio 2.3 PEEP 5 cxi infiltration both lung ต่อมาซีดให้เลือด 2 ครั้ง Try off CPAP on O2 canular ให้ PPN Try wean off incubator on phototherapy cxi Chronic lung disease ฝึกกระตุ้นดูดกลืน

แสดงการดำเนินโรคและการรักษา กรณีศึกษาที่ 2

วันที่	อาการและการแสดง	CBC	Bl.gas	Electrolyte	LFT	การรักษา
0-96 วัน (24 มี.ค. - 28 มี.ย.57)	Preterm cV LBW GA 30 wks. BW: 1,490 gms. เพศชาย Apgar score 1.5,10 นาที เท่ากับ 8,9,10คะแนน แรก เกิดหายใจหอบ กระตุ้นเด็กล้มตาร้องเบาๆ BT35.5cHR150ครั้ง/นาที RR66ครั้ง/นาที BP68/31cm Hg o2sat89% HC26cm CC25cm ยาว39cm ซีด มีเลือดออกในปอด ระบบทางเดินหายใจ ล้มเหลว หยุดหายใจ เสียว มีอาการเขียว หยุดหายใจ 1 ครั้ง /วัน หัวใจเต้นช้า ซีด มี desat บ้าง ท้องอืด นิม รับ feed ได้ ตัวเหลือง จากการได้รับ TPN WBC สูง พบเชื้อตื้อยา มีการติดเชื้อ ปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เสียภาวะ สมดุลกรด-ด่างในร่างกาย ตัวเหลือง หยุดหายใจ 1 ครั้ง/วัน หย่าออกซิเจนไม่ได้ พบ ฟังผิดตำแหน่งทำให้ดูดกลืนนมไม่ได้ ไม่หอบ ท้องไม่อืด ถ่ายปกติ พบภาวะ ROP stage 2 BW 3,360 gms	Wbc 3,600 16,400 cell/cumm Hct 39% Hct 36% Hct 34% Plt 58,000 Cell/mm ³ Lymphocyte 52% 67.8% WBC 11,400 cell/cumm Hc 32% 36% 31% 29.9% Neutrophil 30.1% 30.8% 17.4%	pH7.21 PCO ₂ 70 HCO ₃ -22.6 pH7.34 PCO ₂ 54 HCO ₃ -29 pH7.31 PCO ₂ 54 HCO ₃ -27.8 pH7.57 PCO ₂ 56 HCO ₃ -34.7 pH7.36 PCO ₂ 55 HCO ₃ -30.9 pH7.11 PCO ₂ 117 HCO ₃ -32.8 pH7.5 PCO ₂ 51 HCO ₃ -39.8 pH7.5 PCO ₂ 54 HCO ₃ -42.1	Na 134 mmol/L Na 135 mmol/L Na 132 mmol/L Triglycerite 568 mg/dl Na 132 mmol/L CO ₂ 33,32 mmol/L Ca 10.8 mg/dl Cr 4 mg/dl Na 132 mmol/L Co2 32 mmol/L P 4.74 mg/dl P 6.53 mg/dl Cl 96 mmol/L Stool occult blood positive	Total protein 4.9 g/dl Albumin 3.3 g/dl Globulin 1.6 g/dl Alkaline 338 U/l Total bilirubin 6.75 mg/dl Total bilirubin 2.03 mg/dl Alkaline 1.065 U/l Total protein 5.6 g/dl Globulin 2.3 g/dl	ตู้อบ mode skin temperature on nasopharyngeal prongs. ให้Aminophylline 3 mg q12hr on phototherapyaxis ใส่ bear 750 PSV setting mode flow cycle assist control งดน้ำ จดอาหาร ให้ 10% D/W IV drip 5 cc./hr. ใส่ UVC ให้ ATB ส่งเลือดตรวจ ห้างแลป ผล cxr infiltration both lung ซีดได้ PRC 4 ครั้ง On Ventilator setting IMV Ti0.3Fio2 0.3 PIP 15 PEEP 4 RR30 TPN Meropename 110 mg v q 8hr MTV drop 0.3 ml . vit drop 25 u Fer-in-sol 0.3 ml OD cxr patchy infiltration both lung ต่อมาซีด ให้เลือดอีก 3 ครั้ง On O2 canular Try wean off Incubator on phototherapy cxr Chronic lung disease ฝึกกระตุ้นดูดกลืน. MTV drop 0.3 ml . vit drop 25 u Fer-in-sol 0.3 ml oOD.Seretide 2 puff Hctz 4mg o q12hr Aldactone 4mg o OD. ได้รับการคัดกรองการได้ยิน

สรุป

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อยร่วมกับการมีภาวะหายใจลำบากและหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤต พยาบาลวิชาชีพ ต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะทางด้านการพยาบาล ทฤษฎีทางด้านการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพการดูแลทารกที่เหมาะสมจะช่วยอุบัติการณ์ของความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ทำให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการพัฒนาพยาบาลหน่วยบำบัดวิกฤต. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณการพิมพ์.
- จงจิตต์ คณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี และประชิด ศรารักษ์. (2543). *ภาวะวิกฤตในหออภิบาลการบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 1*. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์.
- ธราธิป โคละทัต และ สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (2542). *Neonatology for Pediatricians*. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- วิไล ราตรีสวัสดิ์และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (2540). *ปัญหาทารกแรกเกิด*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์. (2543). *คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- รัชตะวรรณ โอฬารพิริยกุล. (2544). *การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต*. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เจอร์รัลพับลิเคชั่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก*. กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณการ.
- วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญ และสุรางค์ เจริญจรรยา. (2540). *ตำรากุมารเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิง.
- วัลลี สัตยาชัยและจักรชัย จีงธีรพานิช. (2545). *ตำรากุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ : บุ๊คเน็ต.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2552). *กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2549). *Essential Neonatal Problem*. กรุงเทพฯ : ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2546). *Preventive Measures in Neonatal Care*. กรุงเทพฯ : ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- สุกัญญา ทักษะพันธ์. (2545). *คู่มือทารกแรกเกิด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (2550). *Neonatology*. กรุงเทพฯ : ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิติดา ชัยสุขมงคลลาภ และวรรณภา คงวิเวจกรกิจ. (2549). *New Trend in Pediatric Critical Care Nursing*. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- Lyon, A. (2007). Temperature control in neonate. *Pediatric and child health*, 18 (4),155-160
- Wong, D.L., Hess, C.S. (2000). *Clinical manual of pediatric nursing*. Philadelphia : Mosby.