

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 26 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลก รองลงมาจากการตกเลือดและการติดเชื้อ (WHO, 2020) มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด คิดเป็น 22.5 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเท่ากับ 2.2 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบและอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (life-threatening) และเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (ปริยา แก้วพิมล, 2558) และภาวะความดันโลหิตสูงของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ พบร้อยละ 25 (Ross, 2016) ซึ่งภาวะชักรักษาพบได้ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด (Pillitteri, 2014) ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตได้ทั้งนี้ เป็นผลเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารขณะชัก ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควรเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงขึ้น และเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (สุมิตรา สว่างทุกข์, 2558) โดยระดับความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด (Perry et al., 2012) อย่างไรก็ตาม อันตรายเป็นมารดาและทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จากการประเมินประเมินซ้ำ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการต่างๆ เช่น อาการเตือนนำสู่ภาวะชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชัก และยาลดความดันโลหิต จึงได้สนใจศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดน้อยที่สุด

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (preeclampsia)

หมายถึง กลุ่มอาการ (syndrome) ของความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และภาวะความดันโลหิตสูงคงอยู่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งแต่เดิมมักใช้เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการวินิจฉัยภาวะนี้ ปัจจุบัน เกณฑ์ตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การตรวจพบความดันโลหิตสูงร่วมกับเกณฑ์การทำงานผิดปกติของอวัยวะสำคัญ (end-organ dysfunction) อย่างน้อย 1 อย่าง (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะ Preeclampsia

ในอดีตมักแบ่งความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการน้อยเป็น preeclampsia และที่มีอาการรุนแรงเป็น severe preeclampsia ซึ่ง preeclampsia เป็น dynamic process ที่มีแนวโน้มมีอาการรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ได้มีการปรับการใช้คำศัพท์ใหม่ให้เหมาะสมตามข้อมูลหลักฐานการตรวจพบในคลินิก ได้เป็น ครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia with severe features) และ ครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (preeclampsia without severe features) (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ preeclampsia with severe features ของ preeclampsia คือมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

1. ความดันโลหิตสูง โดย systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท วัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงภายหลังการนอนพัก (bedrest)
2. เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อไมโครลิตร (thrombocytopenia)
3. การทำงานของตับผิดปกติ (impaired liver function) คือมีค่า serum transaminase เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่าของค่าปกติ หรือปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา หรือไตลึนป้ออย่างรุนแรง และอาการปวดไม่หายไป (severe persistence) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และไม่ใช่อันเกิดจากการวินิจฉัยอื่น
4. การทำงานของไตผิดปกติ (renal insufficiency) โดยค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ เพิ่มขึ้น 2 เท่าของค่า serum creatinine เดิม โดยไม่มีโรคไตอื่น
5. น้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
6. อาการทางสมองหรือทางสายตา (cerebral or visual disturbance) ที่เกิดขึ้นใหม่

พยาธิสภาพ

นงลักษณ์ เฉลิมสุข (2562) พยาธิสภาพหลักของภาวะครรภ์เป็นพิษอยู่ที่รก โดยการฝังตัวผิดปกติของรก และเกิดความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนจากลักษณะเนื้อเยื่อรกไปเป็นลักษณะเนื้อเยื่อรกที่พร่องหลอดเลือด ภาวะครรภ์เป็นพิษก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะในทุกระบบของมารดาและทารกในครรภ์ดังนี้ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562) 1) Renal system 2) Cardiopulmonary 3) Hematologic and coagulation system 4) Hepatic system 5) Neurological system 6) Visual system 7) placenta and uterus

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจุบันสาเหตุที่แท้จริงของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบแน่ชัด สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ดังนี้ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

1. สตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน (nulliparity)
2. ประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7 เท่า
3. ผ่านการคลอดบุตรคนก่อนมานานอย่างน้อย 10 ปี
4. สตรีอายุมากกว่าตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
5. ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 kg/m² ขึ้นไป หรือ อ้วน (obesity)
6. การตั้งครรภ์แฝด (multiple pregnancy) ครรภ์แฝดสาม เสี่ยงมากกว่าครรภ์แฝดสอง
7. ประวัติพันธุกรรมครรภ์เป็นพิษในครอบครัวโดยเฉพาะมารดา พี่สาว น้องสาว

- 8). ประวัติความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน เป็นต้น
- 9). ความผิดปกติทางสูติกรรม เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว ครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ไขปลาออก
- 10). ภาวะโภชนาการบกพร่อง เช่น ขาดวิตามินซี

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะ preeclampsia และ ภาวะ Eclampsia

1. ภาวะ Preeclampsia กลุ่มอาการสำคัญของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance) และปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ (epigastric pain) ซึ่งลักษณะความรุนแรง พิจารณาจากอาการ อาการแสดง หรือการตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ ต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

อาการแสดง

- 1) Systolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic BP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท
- 2) น้ำท่วมปอด
- 3) Eclampsia คือมีอาการชักแบบชักทั้งตัว
- 4) เลือดออกในสมอง
- 5) ตาบอด

อาการ

- 1) อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะอย่างรุนแรง สายตาพร่ามัว มีจุดบอดในลานสายตา (scotomata) ซีมลง หรือ หมดสติ
 - 2) อาการปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เนื่องจากการยืดขยายหรือการแตกของเยื่อหุ้มตับ
2. ภาวะ Eclampsia ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชัก หมายถึง ภาวะชักแบบ generalized convulsion หรือ grandma seizures ที่มีลักษณะเป็นการชักเกร็ง-ชักกระตุก (tonic-clonic) ที่เกิดขึ้นใน preeclampsia หรือ gestation hypertension อุบัติการณ์ของการชักเกิดได้ทุกระยะ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด

การรักษา (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

1.การรักษา Preeclampsia without severe feature

หลักสำคัญของการรักษาคือ การนอนพัก ดูแลควบคุมไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น ฝ้าระวังการเกิด severe feature และทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด สรุปการรักษามีดังนี้

- 1.1 ควรรับไว้ในโรงพยาบาล
- 1.2 ชักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ติดตามสังเกตอาการและอาการแสดงทุกวัน เจาะเลือดส่งตรวจ
- 1.3 ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ควรตรวจอย่างน้อย 3 วัน หรือตรวจ urine protein creatinine index (UPCI)
- 1.4 ให้นอนพัก (bed rest) ไม่จำเป็นต้องให้ยากล่อมประสาท
- 1.5 ประเมินความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง

1.6 ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อประเมินหรือยืนยันอายุครรภ์ แยกโรค molar pregnancy และ fetal hydrops ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ปกติให้ติดตามประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ เช่น ประเมินน้ำหนักตัวทารก ปริมาณน้ำคร่ำ เป็นต้น

1.7 กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และมี preterm labor พิจารณาให้ glucocorticoid เพื่อกระตุ้น fetal lung maturity

1.8 ให้รับประทานอาหารธรรมดา บันทึก intake และ output และชั่งน้ำหนักทุก 2 วัน
กรณีผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถให้สตรีตั้งครรภ์กลับบ้านได้ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติ นัดตรวจทุก 1-2 สัปดาห์ เจาะเลือดตรวจทุก 2 สัปดาห์ และตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงทุก 2-4 สัปดาห์ตามความรุนแรงของโรค

2. การรักษา Preeclampsia with severe features

หลักการสำคัญของการรักษา คือ การป้องกันการชัก ควบคุมความดันโลหิต และยุติการตั้งครรภ์ สรุปการรักษามีดังนี้

2.1 ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกราย

2.2 ให้นอนพักบนเตียงเต็มที่ (Absolute bed rest)

2.3 เริ่มให้ยา magnesium sulfate ($MgSO_4$) ทางหลอดเลือดดำทันที เพื่อป้องกันการชัก

2.4 ประเมินอาการแสดงของ Mg toxicity เป็นระยะ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง ได้แก่ Patellar หรือ Knee-jerk reflex หายไป อัตราการหายใจ ≤ 14 ครั้งต่อนาที และปัสสาวะ ≤ 100 มิลลิลิตร ต่อ 4 ชั่วโมง หรือ ≤ 25 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง

2.5 ให้อาลดความดันโลหิตเมื่อ systolic BP ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic BP ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท

2.6 ประเมินความดันโลหิตทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่ แล้วประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด

2.7 เจาะเลือดส่งตรวจ

2.8 หากวินิจฉัยว่ามีลักษณะรุนแรงแล้ว ไม่จำเป็นต้องตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

2.9 ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อยืนยันอายุครรภ์ ตรวจแยกโรค หากไม่พบ molar pregnancy และ fetal hydrops ให้ประเมิน fetal growth parameters และ AFI

2.10 กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และมี preterm labor พิจารณาให้ glucocorticoid

2.11 ขั้นตอนการรักษาดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก จะใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษาแบบเฝ้าระวัง หรือยุติการตั้งครรภ์

2.12 หลีกเลี่ยงการใช้ยาขับปัสสาวะ

2.13 การแก้ไขภาวะ hemoconcentration ควรให้สารน้ำประเภท crystalloid

2.14 Preeclampsia with severe features ที่มีการเจ็บครรภ์คลอด ห้ามให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดในทุกอายุครรภ์

2.15 การลดความเจ็บปวด ยาที่ใช้ ได้แก่ Pethidine

2.16 ในการรักษาแบบเฝ้าระวังให้ตรวจ NST ทุกวัน หากพบกลุ่มอาการ HELLP ให้ยุติการตั้งครรภ์ทันที

2.17 การยุติการตั้งครรภ์ แพทย์มักพิจารณาช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ แต่ในรายที่การคลอดไม่ก้าวหน้าหรือเกิดภาวะ fetal distress แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดคลอด

3. การรักษา eclampsia

หลักการสำคัญของการรักษา คือ ควบคุมการชัก แก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนและความเป็นกรดในร่างกายควบคุมความดันโลหิต และยุติการตั้งครรภ์เมื่อควบคุมอาการชักได้แล้ว สรุปการรักษามีดังนี้

3.1 ควบคุมอาการชักและป้องกันการชักซ้ำโดยให้ $MgSO_4$ loading dose ตามด้วย maintenance dose ควรให้ทางหลอดเลือดดำ

3.2 หากชักในขณะที่ได้ $MgSO_4$ อยู่ก่อน ให้เจาะ Ma level ทันที ในรายที่มีการเจ็บครรภ์คลอดแล้ว ให้ load ซ้ำได้อีก 2-4 กรัม โดยไม่ต้องรอผล Mg level

3.3 ให้อาลดความดันเมื่อ systolic BP \geq 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic BP \geq 110 มิลลิเมตรปรอท

3.4 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ชักและหลังชัก โดยทำให้ทางเดินหายใจโล่ง อาจใส่ Oral airway เตรียมเครื่องดูดเสมหะ งดน้ำและอาหารทางปาก และลดสิ่งกระตุ้น

3.5 ติดตามและตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ควบคุมสัญญาณชีพโดยเฉพาะการหายใจให้ออกซิเจน

3.6 ตรวจสอบสภาวะ oliguria หรือ anuria โดยคาสายสวนปัสสาวะ และวัดปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง

3.7 ไม่ควรใช้ยา Diazepam เนื่องจากจะกดระดับความรู้สึก

3.8 Eclampsia ที่มีการเจ็บครรภ์คลอด ห้ามให้ยา tocolysis ในทุกอายุครรภ์

3.9 เริ่มกระบวนการ augmentation of labor พิจารณาช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ

3.10 ฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด

3.11 ให้ magnesium sulfate ต่อไปจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

การพยาบาล

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่มีลักษณะรุนแรง (Preeclampsia without severe features)

1. ดูแลให้อนอนพักบนเตียง (bed rest)
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลและติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ
4. ฝ้าระวัง ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ preeclampsia ที่รุนแรงขึ้น
5. ดูแลให้รับประทานอาหารธรรมดา บันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และชั่งน้ำหนัก
6. ประเมินและให้การประคับประคองสภาวะทางอารมณ์ และจิตใจอย่างเหมาะสม

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง (Preeclampsia with severe features)

1. ดูแลให้อนอนพักบนเตียงเต็มที่ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน เพื่อลดการกระตุ้นต่อสมองส่วนกลาง ให้การพยาบาลอย่างมีระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน และดูแลให้ได้รับยา sedative ตามแผนการรักษา

2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง
3. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกในแต่ละวัน
4. ประเมินอาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียน เป็นต้น
5. ดูแลให้ยาป้องกันการชัก คือ $MgSO_4$ ตามแผนการรักษา และให้การดูแลภายหลังให้ยาให้อาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา เช่น hydralazine

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว ที่ห้องคลอด แรกรับจากแผนกฝากครรภ์ 23 มี.ค.66 เวลา 12.45 น. มาด้วยไม่เจ็บครรภ์ มีความดันโลหิตสูง สัญญาณชีพแรกรับ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/104 มิลลิเมตรปรอท Urine Albumin Trace มีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะก่อนและหลังคลอด แพทย์ให้การรักษาให้ยา 50% MgSO₄ 4 กรัม ผสมใน NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 30 นาที และต่อด้วย 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1gm /hr.) ความดันโลหิต 185/116 มิลลิเมตรปรอท ได้ยาลดความดันเป็น Hydralazine 10 กรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาลดความดัน 30 นาที ความดันโลหิตยังสูง 164/97 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงพิจารณาให้ยา Labetalol 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ หลังจากได้ยา 1 ชั่วโมงความดันโลหิตยังสูง 167/86 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง แพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดให้ LRS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาฆ่าเชื้อเป็น cefazolin 2 กรัม ก่อนไปห้องผ่าตัด มารดารู้สึกตัวดี ไม่เจ็บครรภ์ ทารกดี อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้งต่อนาที ส่งมารดาไปห้องผ่าตัดเวลา 16.58 น. ที่ห้องผ่าตัด เวลา 17.05 น. แพทย์ระงับความรู้สึกโดยทำ Spinal block มารดารู้สึกตัว ไม่มีอาการแสดงของการตกเลือด สัญญาณชีพปกติระหว่างทำการผ่าตัดชีพจร 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ทำผ่าตัดนาน 45 นาที ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นครบ 1 ชั่วโมง มารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/78 มิลลิเมตรปรอท ย้ายหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม แรกรับที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ได้รับยา oxytocin 40 ยูนิต ผสมใน LRS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มีโอกาสชักในระยะหลังคลอด ดูแลให้ 50% MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมการหยดโดยใช้ infusion pump ให้ครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ ดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ เจาะตรวจ Mg level 2.72 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์รับทราบ แพทย์ให้ 50%MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังคลอดวันที่ 1 ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด(Pain score) เท่ากับ 5 คะแนน ได้รับยาบรรเทาอาการปวด Tramol 30 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ระดับความปวด(Pain score)ทุเลาลง เท่ากับ 3 คะแนน เจาะเลือดตรวจ Mg level 3.78 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วย แพทย์ให้ 50%MgSO₄ 20 กรัม ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง มีโอกาสติดเชื้อหลัง

คลอด ดูแลให้ได้รับยา Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2 รู้สึกตัวดี ลูกเดินได้ดี ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ รับประทานข้าวต้ม และยาหลังอาหารได้ ท้องไม่อืด ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย(Pain score) เท่ากับ 3 คะแนน น้ำคาวปลาออกปกติ มีสีแดงจาง เต้านมไม่คัดตึง มารดามีน้ำนมไหลซึม ให้ทารกดูดนมได้ดี หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3 รับประทานอาหารธรรมดาได้ ท้องไม่อืด ลูกเดินช่วยเหลือตัวได้ดี ไม่มีอาการนำชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย(Pain score) เท่ากับ 3 คะแนน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ทำความสะอาดแผล ปิดพลาสติกกันน้ำไว้ มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งระดับต่ำกว่าสะดือน้ำคาวปลาออกปกติ เต้านม ไม่คัดตึง น้ำนมไหล 1 ดาว กระตุ้นให้มารดาให้บุตรดูดนมได้ตามความต้องการของอาการทั่วไปปกติดี แพทย์จำหน่ายกลับบ้านออกจากหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมพร้อมทารกกรรมระยะเวลาอนโรงพยาบาลนาน 4 วัน รวมระยะเวลาการดูแล 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิจัย และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ให้ได้รับความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2566 เวลา 19.00 น. ถึงวันที่ 26 มีนาคม 2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

มารดาได้รับการรักษาและการพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และกลับไปดำรงชีวิตตามปกติที่บ้านได้ มีระบบการส่งต่อข้อมูล และระบบติดตามเพื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่เกิดความพิการ
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ในการประเมิน แรกรับ พยาบาลต้องสามารถประเมินมารดาได้เร็ว เพื่อให้มารดาได้รับการรักษาได้ตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เมื่อมีมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง พยาบาลต้องติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่ แล้วประเมินทุก 1 ชั่วโมง ร่วมกับประเมินอาการแสดงของ Mg toxicity เป็นระยะ อย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง ได้แก่ Patellar หรือ Knee-jerk reflex หายไป อัตราการหายใจ ≤ 14 ครั้งต่อนาที และปัสสาวะ ≤ 100 มิลลิลิตร ต่อ 4 ชั่วโมง หรือ ≤ 25 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลงที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ในกรณีศึกษานี้มารดาต้องได้รับยากันชัก (magnesium sulfate) พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ร่วมกับการบริหารสารน้ำตาม แผนการรักษา และติดตามเฝ้าระวังภาวะ Oliguria หรือ Anuria โดยประเมินและบันทึกจากสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและ จากปริมาณปัสสาวะ เพื่อป้องกันภาวะ Mg toxicity หากมารดามีภาวะ Mg toxicity ต้องติดตามให้การพยาบาลเพื่อ แก้ไขภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยและญาติยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง
2. พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

1.1 พยาบาลจะต้องมีทักษะความรู้ความสามารถในการประเมินมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง การวางแผนการพยาบาล การประเมินซ้ำให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งความสามารถในการประเมินภาวะฉุกเฉิน อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์และให้การพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน

1.2 พยาบาลควรใช้เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ป่วย ด้วยวาจาที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตระหนักและเห็น ความสำคัญในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.3. พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการบริหารยา และการดูแลผู้ป่วยที่เชี่ยวชาญที่มีความเสี่ยงสูง

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาวณปภัสร วิสุทธิ์ ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ณปภัสร วิสุทธิ์*.....

(นางสาวณปภัสร วิสุทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....*๑1* / *พ.ย.* / *๒๕๖๖*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณภัสร์ วิสุทธิ์	ณภัสร์ วิสุทธิ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ศิริพร บัวสะอาด

(นางศิริพร บัวสะอาด)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

(วันที่) 21 / พ.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... จตุร

(นางสาวรัตนา ต่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 28 / พ.ย. / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... สมคิด

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)..... / /
22 ธ.ค. 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... 5

(.....(นายตรวจพงษ์...กิ่งไถ)...)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 12 ม.ค. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง พัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด

2.หลักการและเหตุผล

ภาวะลิ้นติด หรือพังผืดใต้ลิ้น (Tongue tie) หมายถึง พังผืดใต้ลิ้นสั้น ทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นลดลง โดยพังผืดนั้นอาจสั้นกว่าปกติ แฉกกว้าง หนา หรือยึดหยุ่นไม่ดี ตำแหน่งที่พังผืดเกาะ ค่อนไปทางปลายลิ้น หรือส่วนกลาง อยู่บริเวณสันเหงือก ทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นไปทางด้านหน้า ด้านบนมีความลำบาก ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นแบบ peristalsis ไม่ดี หากพังผืดเกาะปลายสุดของลิ้นจะทำให้เกิดลักษณะคล้ายรูปหัวใจบริเวณลิ้นส่วนหน้า (ทัศนีย์ วีระกวด, 2556) รวมถึงเนื้อเยื่อใต้ลิ้น (lingual frenulum) คือ เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับช่องปากส่วนล่าง พบได้ในทารกปกติ โดยไม่ทำให้เกิดปัญหาในการเคลื่อนไหวของลิ้น แต่เมื่อเนื้อเยื่อนั้นมีลักษณะหรือการทำงานที่เปลี่ยนไปเราจึงเรียกว่า ภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว การให้การวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิดจึงมีความสำคัญ คณิสส์ เสงี่ยมสุนทร (2559) ภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้นก่อให้เกิดปัญหาได้หลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความยากลำบากในการดูดนมแม่ในทารกแรกเกิด เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านการดูดนม การกินอาหารหรือการพูด ภาวะลิ้นติดเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัย อย่างไรก็ตามในทารกแรกเกิด การตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินภาวะลิ้นติด สามารถทำได้ในทารกทุกราย ทำให้การวินิจฉัยและแก้ปัญหาได้โดยเร็ว โดยลักษณะของเนื้อเยื่อพังผืด อาจหนาและเป็นเส้นใย (fibrous) หรือเป็นเนื้อเยื่อบางๆ (membranous) เกาะติดปลายลิ้น บางรายสามารถเห็นเป็นรอยหว้า หรือเป็นรูปหัวใจเมื่อแลบลิ้น ซึ่งเกิดจากการดึงรั้ง ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัด มี 4 วิธี ได้แก่ 1) Frenotomy หรือ frenulotomy เป็นการผ่าตัดรักษาที่นิยมใช้ในทารกแรกเกิด 2) Frenectomy หรือ Frenulectomy หรือ Frenuloplasty ทำในเด็กอายุมากกว่า 6 เดือน หรือ 1-2 ปี 3) การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ สามารถทำได้ทั้งในทารกแรกเกิด เด็กและผู้ใหญ่ ไม่ต้องดมยาสลบ 4) การผ่าตัดโดยใช้ Electocutery (การจี้ด้วยไฟฟ้า)

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564-2566 มีทารกแรกเกิดจำนวน 1,202 ราย, 1,504 ราย, และ 1,572 ราย ตามลำดับ และมีทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น จำนวน 386 ราย, 392 ราย, และ 440 ราย ตามลำดับ พบการปฏิเสธการรักษาของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติด จำนวน 0 ราย, 0 ราย, และ 0 ราย ตามลำดับ พบว่าไม่มีการปฏิเสธการรักษาของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติด ซึ่งหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ทารกที่มีภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น ได้รับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นทุกราย กิจกรรมการพยาบาลคือ การอธิบายถึงภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น และผลกระทบของทารกทำให้ทารกดูดนมมารดาได้ไม่ดี ให้มารดารับฟัง รวมถึงวิธีการรักษาโดยการขลิบพังผืดใต้ลิ้น แต่เมื่ออธิบายแผนการรักษาทารกที่มีภาวะลิ้นติด มารดาใช้เวลาในการตัดสินใจยินยอมการรักษาค่อนข้างนาน มารดามีท่าทางวิตกกังวล กลัวว่าทารกจะเจ็บจนทำให้ดูดนมไม่ได้ ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดขลิบพังผืดใต้ลิ้น เพื่อให้มารดาได้เห็นถึงวิธีการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น เพื่อช่วยให้มารดาคลายความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดขลิบพังผืดใต้ลิ้น ทำให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะลิ้นติด (Tongue tie) ในทารกแรกเกิด คือภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากการยึดของพังผืดใต้ลิ้นที่มากกว่าปกติ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลิ้นถูกจำกัด ส่งผลให้ทารกเกิดผลกระทบในการดูดนมมารดา ทารกดูดนมมารดาได้ไม่ลึกถึงลานนม ทำให้ทารกได้รับนมมารดาไม่เพียงพอ และทำให้น้ำหนักตัวของทารกลดลงได้ ซึ่งภาวะลิ้นติดจากพังผืดใต้ลิ้น มีความสำคัญต่อทารก ตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มีผลกระทบทั้งร่างกาย การเจริญเติบโต การใช้ชีวิตในสังคม ตลอดจนถึงด้านจิตใจ ดังนั้น การประเมินเพื่อตรวจหาภาวะลิ้นติดตั้งแต่แรกเกิด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการช่วยเหลือและติดตามการรักษาที่เหมาะสม การผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก มีผลแทรกซ้อนน้อยและช่วยให้อาการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยลง

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564-2566 มีทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น จำนวน 386 ราย, 392 ราย, และ 440 ราย ตามลำดับพบการปฏิเสธการรักษาของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติด จำนวน 0 ราย, 0 ราย, และ 0 ราย ตามลำดับ พบว่าไม่มีการปฏิเสธการรักษาของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติด ซึ่งหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ทารกที่มีภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น ได้รับการผ่าตัดขลิบพังผืดใต้ลิ้นทุกราย กิจกรรมการพยาบาลคือ การอธิบายถึงภาวะลิ้นติดหรือพังผืดใต้ลิ้น และผลกระทบของทารกทำให้ทารกดูดนมมารดาได้ไม่ลึกถึงลานนมให้มารดาจับฟัง รวมถึงวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น จากการศึกษาสาเหตุ พบว่ามารดายังไม่เข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น และยังมองไม่เห็นภาพการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นว่าเป็นอย่างไร และเมื่อมีการอธิบายถึงวิธีการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น มารดาใช้เวลาในการตัดสินใจยินยอมการรักษาค่อนข้างนาน มีท่าทางวิตกกังวล กลัวว่าทารกจะเจ็บจนทำให้ดูดนมไม่ได้ ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นได้จัดทำวิดีโอการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น เพื่อให้มารดาได้เห็นถึงกระบวนการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น จะช่วยให้มารดาคลายความวิตกกังวล และเมื่อทารกได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น จะทำให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิด หลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA) เดมมิง (Deming) (2004) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพขึ้น โดยหลักการที่เรียกว่า วงจรคุณภาพ (PDCA) หรือวงจรเดมมิง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้ Plan คือ กำหนดสาเหตุของปัญหา จากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการ ปรับปรุงให้ดีขึ้น Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วนย่อย Check คือ ตรวจสอบเพื่อทราบว่าการบรรลุผลตามแผนหรือหากมีสิ่งใดที่ทำผิดพลาดหรือได้เรียนรู้อะไร มาแล้วบ้าง Act คือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจหรือหากผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน ให้ทำซ้ำวงจรโดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว วิฑูรย์ สิมะโชคดี (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2545) กล่าวถึง วงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นกิจกรรมที่จะนำไปสู่ การปรับปรุงงานและการควบคุมอย่างเป็นระบบอันประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การนำแผนไปปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Act) กล่าวคือ จะเริ่มจากการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้ และหากไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะต้องทำการทบทวนแผนการโดย เริ่มต้นใหม่อีกครั้งหนึ่งและทำตามวงจรคุณภาพซ้ำอีก เมื่อวงจรคุณภาพหมุนซ้ำไปเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดการปรับปรุงงานและทำให้ระดับผลลัพธ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น การกระทำตามวงจรคุณภาพ จึงเท่ากับการสร้างคุณภาพที่ น่าเชื่อถือมากขึ้นโดยจุดเริ่มต้นของวงจรคุณภาพอยู่ที่การพยายามตอบคำถามให้ได้ว่า ทำอย่างไรจึงจะดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ปฏิบัติตามแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นกับทารกแรกเกิดทุกราย
3. เพื่อให้มารดาได้รับทราบและเข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นและยินยอมให้ทารกผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นหลังได้รับข้อมูลตามแนวทาง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มกราคม 2567 – มีนาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. มารดาของทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดทุกราย ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. จัดทำแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด
 - 3.1 จัดทำสื่อวิดีโอการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด
 - 3.2 พยาบาลผู้รับทารกแรกเกิดประเมินตรวจร่างกายทารก หากพบว่าทารกมีพังผืดใต้ลิ้น ให้แจ้งมารดาให้รับทราบ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดแก่มารดา
 - 3.3 เวิร์บ่ย พยาบาลเจ้าของเคสเพิ่มเพื่อนทางไลน์ และส่งสื่อวิดีโอการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดทางไลน์แก่มารดา
 - 3.4 รับชมสื่อวิดีโอการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดาได้ทราบถึงวิธีการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา
 - 3.5 ให้มารดาเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด
 - 3.6 set OR for Frenulotomy ใน computer
4. ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลวิชาชีพให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิดและทดลองใช้ในหน่วยงาน
 5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
 6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีความพึงพอใจจากการใช้แนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นในทารกแรกเกิด
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ปฏิบัติตามแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นกับทารกแรกเกิดทุกราย
3. มารดามีความวิตกกังวลลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีแนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดขลิบพังผืดได้สิ้นในทารกแรกเกิด
2. พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีการใช้แนวทางการให้คำแนะนำการผ่าตัดขลิบพังผืดได้สิ้นในทารกแรกเกิดทุกราย ร้อยละ 100
3. มารดาได้รับทราบและเข้าใจถึงวิธีการผ่าตัดพังผืดได้สิ้นและยินยอมให้ทารกผ่าตัดพังผืดได้สิ้นทุกราย ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)ณปภัศร์ วิสุทธิ์.....

(นางสาวณปภัศร์ วิสุทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑1 / พ.ย. / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน