

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับมีภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะการดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### บทนำ

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient Tachypnea of the Newborn: TTN) เป็นภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อยที่สุด โดยจะมีอาการหลังจากคลอดภายใน 6 ชั่วโมง พบอุบัติการณ์ได้ 1-3% สาเหตุเกิดจากการที่ทารกไม่สามารถขับน้ำที่อยู่ในปอดออกมาได้หมด ทำให้ การหายใจแรกเกิด มีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควร จึงใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น พบได้ในทารกทุกช่วง อายุครรภ์ โดยจะพบมากในทารกคลอดครบกำหนดกับใกล้ครบกำหนด ส่วนมากพบในทารกที่ผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดทางช่องคลอด จากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้ พบว่าการผ่าตัดคลอดเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์เป็น 2 เท่า โดยเฉพาะปัจจุบัน อุบัติการณ์การเกิดภาวะ TTN เพิ่มขึ้นทุกปี จากการผ่าตัดคลอดที่มากขึ้น เนื่องจากเป็นความต้องการของพ่อแม่ ในเรื่องฤกษ์กำหนดคลอดและความสะดวกในการกำหนดเวลาที่มี มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด มีหลายปัจจัย ทั้งจากมารดา เช่น อายุครรภ์ ทั้งคลอดก่อนกำหนด และครบกำหนด การผ่าตัดคลอด โรคร่วมของมารดา โดยเฉพาะโรคเบาหวานทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ โรคหอบหืด เป็นต้น ลำดับการตั้งครรภ์ และทั้งจากทารก เช่น เพศของทารก Apgar score ที่ 1 และ 5 น้ำที่น้ำหนักแรกเกิด โดยเฉพาะทารกน้ำหนักแรกเกิด น้อยกว่าอายุครรภ์ (Small for -Gestational Age) ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ (Large for Gestational Age) (พรพรรณ เปาริก, 2564) หากทารกไม่สามารถปรับตัวในระยะแรกเกิดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจนถึงขั้นเสียชีวิต โดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวระบบการหายใจทำให้เกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด และภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดได้ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด พบได้ประมาณ 3.6 – 6.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายในทารกคลอดครบกำหนด สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ร้อยละ 2.14 ทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด ประมาณร้อยละ 40 จะมีภาวะหายใจลำบากตามมา ส่วนใหญ่ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดจะไม่ได้มีการวินิจฉัย เพราะผู้ดูแลทารกมีความเห็นว่าเป็นอันตราย เป็นการปรับตัวตามปกติของทารกแรกเกิดเท่านั้น (กรรณ คอละมัย, 2562)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในท้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จากสถิติข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ตั้งแต่ปี 2564 - 2566 จำนวน 149 ราย 191 ราย 172 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งพบแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆปี ซึ่งทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว จะทำให้ทารกมี

## บทนำ (ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ รวมถึงต้องรักษาและอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ขาดสัมพันธภาพต่อมารดา ผู้เสนอผลงานจึงได้เห็นถึงความสำคัญและจัดทำการศึกษา เกี่ยวกับโรคหายใจเร็วชั่วคราว โดยกาทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการพยาบาลดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ที่ต้องได้รับการรักษา ที่ถูกต้องและรวดเร็วตามแผนการรักษา เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดภาวะเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด

## ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of the newborn : TTN, TTNB)

### ความหมาย

เป็นความผิดปกติของระบบหายใจที่พบได้ในทารกหลังเกิดใหม่ๆ และเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากที่พบบ่อยที่สุดในทารกคลอดครบกำหนด ทารกจะมีอาการหายใจเร็วกว่าช่วงปกติ (ทารกหายใจปกติ 40-60 ครั้งต่อนาที) เชื่อว่าเป็นจากการมีสารน้ำคั่งอยู่ในปอด ส่วนใหญ่พบในทารกอายุครรภ์มากกว่า 35 สัปดาห์ที่คลอดโดยไม่ผ่านช่วงของการแบ่งคลอด เช่น คลอดโดยการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่หายได้เองในเวลา 24-48 ชั่วโมง (สุริพร ศรีโพธิ์อุ่น, 2562 )

### พยาธิสรีรวิทยา

การที่มีสารน้ำสะสมอยู่ในถุงลมปอดและในเนื้อเยื่อนอกถุงลมปอด (extra-alveolar interstitium) ทำให้หลอดลมบีบแคบอย่างรุนแรง (compress) เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ มีผลทำให้อากาศถูกกักและปอดมีการขยายตัวมากเกินไป เลือดขาดออกซิเจนจากการที่ถุงลมมีการกำซาบ (perfusion) แต่มีการระบายก๊าซออก (ventilation) ไม่พอเพียงทำให้คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2562)

### สาเหตุ

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด มีสาเหตุมาจากการที่ทารกไม่สามารถขับน้ำที่อยู่ภายในปอดออกมาได้หมด ทำให้การหายใจในระยะแรกเกิดไม่มีประสิทธิภาพ ขณะอยู่ในครรภ์มารดาทารกไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ที่ปอดเพราะปอดเต็มไปด้วยน้ำ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกจะมีการเตรียมเพื่อการหายใจครั้งแรกผ่านกระบวนการดูดซึมน้ำ

ในปอดกลับเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองและระบบไหลเวียนเลือด โดยในระยะ 2-3 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดคลอด จะมีการหลั่งสาร catecholamines เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ epinephrine และ isoproterenol ซึ่งสารเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการดูดกลับสารน้ำในปอดผ่านทางเยื่อหุ้มทางเดินหายใจ ทำให้ปอดของทารกมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและพร้อมสำหรับการหายใจเมื่อแรกคลอด5 และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องคลอดของมารดา ทรวงอกของทารกจะถูกบีบ (vaginal squeeze) ทำให้มีการคายน้ำออกจากปอด เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการ หายใจครั้งแรก เมื่อแรกคลอดทารกจะมีภาวะออกซิเจนในเลือดลดลงทำให้เลือดมีสภาพเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ทารกมีการหายใจครั้งแรกเกิดขึ้น แต่หากกระบวนการขจัดน้ำออกจากปอด

### สาเหตุ (ต่อ)

ของทารกถูกรบกวน เช่น การคลอดก่อนกำหนด หรือเกิดการคลอดโดยที่ยังไม่มีกระบวนการคลอดเกิดขึ้น ทำให้ น้ำคั่งเหลื่ออยู่ในปอดทารก ส่งผลทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดได้ (สุภาวดี พลภักดี, 2561 )

### อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกเกิดส่วนมากจะมีคะแนนแอฟการ์เท่ากับหรือต่ำกว่า 5 อาการหายใจเร็ว (tachypnea) จะเกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอดโดยในชั่วโมงแรกอาจมีอัตราการหายใจปกติ (40 - 60 ครั้งต่อนาที) และอัตราการหายใจจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นใน 4-6 ชั่วโมงต่อมา อัตราการหายใจสูงสุด อาจสูงได้ถึง 162 ครั้งต่อนาที จะพบเมื่ออายุ 6-36 ชั่วโมง แล้วอัตราการหายใจจะค่อยๆ ลดลงสู่ปกติ เมื่ออายุ 48-72 ชั่วโมง รายที่อาการรุนแรงอาจใช้เวลาถึง 7 วัน กว่าจะกลับมาเป็นปกติ นอกจาก อาการหายใจหอบเหนื่อยแล้วทารกอาจมีอาการเขียวเล็กน้อย หายใจปึกจมูกบาน (nasal- flaring) มีการดึงรั้ง (retraction) ของช่องซี่โครงหรือใต้ชายโครง หน้าอกนูนขณะหายใจเข้าและมีเสียง grunting ขณะหายใจออก และอาจพบทรวงอกโป่งกว่าปกติ (hyperinflation) (รวงทอง หนันดุน, 2562)

### การรักษา มีดังนี้ (กรุณา คอละมัย, 2562)

1.ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวควรได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ในระยะ 48 ชั่วโมงแรก จึงควรรับไว้ในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit; NICU) โดยเฉพาะทารก ที่พบความผิดปกติของปอดชัดเจนจากภาพเอกซเรย์ เพราะมักจะมีอาการทรุดลงในระยะ 48 ชั่วโมงแรก

2.ถ้ามีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที และมีอาการเขียวร่วมด้วย ให้ออกซิเจน ความเข้มข้นตั้งแต่ 40% ขึ้นไป โดยทั่วไปให้ออกซิเจน canular หรือ ออกซิเจน box บางรายอาจต้องใช้ออกซิเจนแรงดันบวกหรือใส่ท่อช่วยหายใจ ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของกุมารแพทย์

3.ทารกที่มีอาการหายใจเร็วคงอยู่นานเกิน 48 ชั่วโมง ควรตรวจการติดเชื้อของปอด และให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันปอดอักเสบ

4.สังเกตภาวะแทรกซ้อน ที่พบบ่อยคือ ภาวะความดันในปอดสูง จะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด จากการที่ ductus arteriosus ไม่ปิด เกิดการไหลลัดของเลือดจากหัวใจห้องขวา ไปยังห้องซ้ายโดยตรง โดยไม่ผ่านปอด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

### การพยาบาล มีดังนี้ (รวงทอง หนันดุน, 2562)

1. ตรวจวัดและบันทึกความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และสัญญาณชีพ
2. ดูแลทารกให้ได้รับออกซิเจน ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจัดท่าทารกให้ลำคอเหยียดตรง จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศาเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ
3. ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนัง ค่าปกติอยู่ในช่วง 95-100เปอร์เซ็นต์

การพยาบาล มีดังนี้ (ต่อ) (รวงทอง หนันตุน, 2562)

4. ติดตามผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพื่อหาสาเหตุความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ
5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติโดยใช้เครื่องให้ความอบอุ่น เพื่อในทารกปรับอุณหภูมิร่างกายจนสามารถใช้ชีวิตได้ ตามสภาวะอุณหภูมิปกติ
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ให้นมทางสายยางเพื่อลดการใช้พลังงานเนื่องจากทารกแรกเกิดมีอาการเผาผลาญมากขึ้นจากภาวะหอบ ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย
7. สังเกตอาการและการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน อาการหายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก ร้องกวน ซึม กระสับกระส่าย ร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพ ถ้าทารกอาการไม่ดีขึ้น ภายใน 2 ชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษเพื่อประกอบการวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ (พรพรรณ เปาริก, 2564)
8. ส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ไปยังหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) เพื่อดูแลป้องกันและเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จนกว่าอาการจะคงที่ (พรพรรณ เปาริก, 2564)
9. เน้นการล้างมือ อธิบาย บิดามารดาและผู้เกี่ยวข้องล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารกอย่างถูกต้องตามขั้นตอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
10. ช่วยระบายเสมหะด้วยการทำกายภาพบำบัดทรวงอกในรายที่มีเสมหะ และเป็นสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ
11. ประเมินสภาพร่างกายก่อนและหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนที่รุนแรงมากขึ้น
12. แนะนำมารดาสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวของหน้าอก ลักษณะอกบวม หอบเหนื่อย เพิ่มมากขึ้น

ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ หรือ LGA (large for gestational age)

ความหมาย

การเจริญเติบโตที่มากเกินไปในทารกส่งผลทำให้มีน้ำหนักตัวมาก (large for gestational age, LGA) กล่าวคือน้ำหนักตัวมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90 ของแต่ละช่วงอายุครรภ์ จากการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่หลากหลาย พบว่าภาวะทารกน้ำหนักตัวมาก และภาวะทารกตัวโต มีอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการคลอดที่ผิดปกติ เช่น การบาดเจ็บจากการคลอด การใช้เครื่องช่วยหายใจหลังคลอด โดยเฉพาะภาวะทารกตัวโต นั้นมีอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและในทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 5,000 กรัม พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่สูง ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวแปรผันไปตามน้ำหนักทารกที่มากขึ้น (พัชรี เรืองเจริญ และ กุณทรี ไตรศรีศิลป์, 2561)



สาเหตุ มีดังนี้ (พัชรี เรืองเจริญ และ กุณพรี ไตรศรีศิลป์, 2561)

#### 1. ปัจจัยของมารดา (maternal factor)

1.1 ภาวะเบาหวานในมารดา (maternal diabetes) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) และภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งทั้งสองภาวะนี้เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะทารกตัวโต 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ และเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวมาก

1.2 ภาวะอ้วน (obesity) มารดาที่มีภาวะอ้วน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดทารกตัวโต 2 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีน้ำหนักปกติ สองประการสำคัญที่อธิบายการเกิดภาวะทารกตัวโต ในมารดาที่มีภาวะอ้วน ประการแรกคือมารดาที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) สร้างฮอร์โมนอินซูลินมาก และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ประการที่สอง มีการศึกษาพบว่ามารดาที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ ในระหว่างตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 40

1.3 น้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ (excessive weight gain) มีการศึกษาพบว่าในมารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ ในระหว่างตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกตัวโต 3.5 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในระหว่างตั้งครรภ์

1.4 ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) พบว่ามารดาที่มีไขมันในเลือดสูงเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะทารกตัวโต คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 อ้างอิงจากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไขมันในเลือดสูง ในระหว่างตั้งครรภ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารก โดยพบว่าค่าไตรกลีเซอไรด์ที่สูง โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ 24 – 32 สัปดาห์ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทารกตัวโตมากที่สุด อธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับการกระบวนการสร้างและการสลายไขมันในหญิงตั้งครรภ์ ในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 1 และ 2 จะมีการรับประทานอาหารที่มากขึ้น, มีการเพิ่มขึ้นของกระบวนการสร้างไขมัน, เพิ่มการสะสมไขมันในร่างกาย และในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 3 จะเพิ่มการสลายไขมันที่สะสมในร่างกายนั้น เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารก ซึ่งไลโปโปรตีนในมารดาไม่สามารถผ่านรกได้ แต่จะถูกสลายด้วยเอนไซม์ไลโปโปรตีนที่รกรกลายเป็นกรดไขมัน (fatty acid) ซึ่งเข้าสู่เลือดของทารกผ่านทางสายสะดือ ส่งผลให้มีการสะสมไขมันและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ถ้าหากมารดามีไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ทารกมีการสะสมไขมันและการเจริญเติบโตที่มาก จึงนำไปสู่ภาวะทารกน้ำหนักตัวมากและทารกตัวโตได้

1.5 ประวัติคลอดทารกตัวโต (prior macrosomia newborn) ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการเกิดภาวะทารกตัวโต พบว่าในมารดาที่เคยมีประวัติคลอดทารกตัวโต น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม เพิ่มโอกาสเกิดภาวะทารกตัวโตในครรภ์ถัดไป 5-10 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวปกติ และในมารดาที่เคยมีประวัติคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วงประมาณ 3,600 กรัมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกตัวโต 2 เท่า

สาเหตุ มีดังนี้ (พัชรี เรื่องเจริญ และ กุณขรี ไตรศรีศิลป์, 2561)

1.6 การตั้งครรภ์เกินกำหนด (postterm pregnancy) มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (perinatal outcomes) ในกลุ่มที่คลอดเกินกำหนด คืออายุครรภ์มากกว่าเท่ากับ 42 สัปดาห์พบอัตราการเกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีสูงขึ้น ได้แก่ การเกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios), ภาวะทารกตัวโต, ภาวะคลอดไหล่ยาก(shoulder dystocia), การตัดมดลูก (hysterectomy) ในมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด (post-partum hemorrhage), มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ (meconium stained amniotic fluid), สภาวะพร่องออกซิเจนแรกคลอด (low APGAR score) และพบอัตราการตายปริกำเนิด (perinatal mortality) ในทารกที่เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย

1.7 การตั้งครรภ์หลายครั้ง ถือเป็นอีกหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์หลายครั้งพบภาวะทารกตัวโต สูงกว่ากลุ่มที่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นประมาณ 2 เท่า

2. ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) ได้แก่ พันธุกรรมของบิดา ผู้หญิงตัวสูงมีโอกาสมีทารกตัวโต มากกว่าผู้หญิงตัวเตี้ย และทารกเพศชายมีโอกาสทารกตัวโตมากกว่าทารกเพศหญิง

การรักษา มีดังนี้ (พัชรี เรื่องเจริญ และ กุณขรี ไตรศรีศิลป์, 2561)

#### 1. การดูแลก่อนคลอด (Prenatal care)

1.1 คาดการณ์ (prediction) การวินิจฉัยภาวะทารกตัวโต เราควรเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะทารกตัวโต ที่สำคัญได้แก่ maternal diabetes, obesity, excessive weight gain ในกลุ่มนี้ในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง ให้เน้นย้ำคาดการณ์น้ำหนักทารก (estimate fetal weight : EFW) จากการตรวจ fundal height, Leopold maneuvers ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ ในกรณีที่สงสัยว่าทารกมีการเจริญเติบโตที่มากผิดปกติ (LGA, macrosomia) เช่น มดลูกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ แต่ต้องระวังปัจจัยที่ทำให้การตรวจร่างกายมีความผิดพลาด ได้แก่ uterine fibroids, multiple pregnancy, polyhydramnios เป็นต้น มีการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะเบาหวานทั้งก่อนและหลังการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ ไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงใดของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรจะเฝ้าระวังภาวะเบาหวานที่จะเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด โดยดูจากการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินเกณฑ์ และน้ำตาลในปัสสาวะ (urine sugar)

#### 1.2 การป้องกัน หลักการในการดูแลก่อนคลอดที่มีประสิทธิภาพนั้นเน้นการป้องกันเป็นหลัก

ประการแรก คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมารดาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในกรณีที่การควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แนะนำให้รักษาด้วยอินซูลิน (insulin) เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และลดการเกิดทารกน้ำหนักมากและทารกตัวโต

ประการที่สอง คือการออกกำลังกาย แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น ว่ายน้ำ เดินเร็ว วิ่ง และแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ในระหว่างที่ตั้งครรภ์ได้ มีหลักฐานงานวิจัยที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ พบว่าช่วยลดการเกิดทารกน้ำหนักมากและทารกตัวโต โดยไม่เพิ่ม

การรักษา มีดังนี้ (พัชรี เรืองเจริญ และ กุณพรี ไตรศรีศิลป์, 2561)

การเกิดทารกน้ำหนักน้อย (small for gestational age : SGA) การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) และสามารถลดอัตราการผ่าคลอดลงได้ ในระหว่างตั้งครรภ์ช่วยลดการเกิดทารกน้ำหนักมากและทารกตัวโตได้มากขึ้น โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายระหว่างตั้งครรภ์มากที่สุดคือช่วงไตรมาส 2 ซึ่งผ่านช่วงไตรมาส 1 ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และก่อนที่จะมีข้อจำกัดของร่างกายเมื่อท้องมีขนาดโตขึ้นในช่วงไตรมาส 3 แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายมาก่อนตั้งครรภ์ก็สามารถออกกำลังกายต่อเนื่องได้ไปจนตลอดการตั้งครรภ์ที่ร่างกายยังสามารถทำได้ โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ไม่สมดุลในการทรงตัวและมีโอกาสล้มสูง เป็นอันตรายต่อทารก

## 2.การคลอด (Delivery)

การกำหนดวันผ่าคลอด (scheduled cesarean birth) เป้าหมายเพื่อลดการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในรายที่มีภาวะทารกตัวโต การคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด โดยพิจารณาตามความเสี่ยงของภาวะทารกตัวโต โดยคาดคะเนจากน้ำหนักทารก

### การรักษาทารก

เนื่องจากทารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวมาก มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงแรกๆ หลังคลอดโดยอาจไม่มีการแสดงที่ชัดเจน ดังนั้นทารกกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งต่อไปหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยเร็ว เพื่อทำการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด และเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นภาวะอันตรายต่อสมองได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที (พัชรี เรืองเจริญ และ กุณพรี ไตรศรีศิลป์, 2561)

การพยาบาล มีดังนี้ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2557)

1. สังเกตและบันทึกอาการทั่วไปของทารก ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์
2. ดูแลความอบอุ่นของทารกตลอดเวลาโดยห่อตัวทารกด้วยผ้าที่แห้ง และอุ่นวางทารกใต้เครื่อง ให้ความร้อน เพราะการสัมผัสอากาศเย็นจะทำให้ทารกสูญเสียความร้อนจากร่างกาย ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก
3. ตรวจและบันทึกผลของน้ำตาลในเลือดทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 50 mg/dl รายงานแพทย์
4. ดูแลให้ทารกได้รับน้ำและนมอย่างเพียงพอ และบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย เพื่อดู ความสมดุล และภาวะขาดน้ำที่อาจเกิดขึ้นได้
5. สังเกตอาการของทารกอย่างใกล้ชิด เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติ เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชักหรือหยุดหายใจ เป็นต้น เมื่อพบรีบรายงานแพทย์

## การบวมน้ำของหนังศีรษะ (Caput succedaneum)

### ความหมาย

มีการคั่งของน้ำ มีการบวมบริเวณเนื้อเยื่อของหนังศีรษะเกิดจากการที่ศีรษะ ถูกกดโดยตรงกับปากมดลูกที่ยังเปิดไม่หมดเป็นเวลานานหรือเกิดจากการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ พบได้ทันทีเมื่อแรกคลอดลักษณะขอบเขตไม่ชัดเจน กด บวม การบวมข้ามรอยต่อของกะโหลกศีรษะ(suture) ก้อนจะ ค่อยๆหายภายใน 36 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2562)

### พยาธิสภาพ

เป็นการบวมน้ำในหนังศีรษะ ที่เป็นส่วนนำเกิดจากหลอดเลือดถูกบีบรัดการบวมพบทันทีหลังเกิดหนังศีรษะที่บวมจะข้ามรอยประสานกระดูก (suture) และตึง (tense) การบวมจะหายใน 36 ชั่วโมงหลังเกิด (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2562)

สาเหตุ มีดังนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 2566)

1. การคลอดก่อนกำหนด
2. การได้รับอันตรายรุนแรงจากการคลอด trauma
3. ภาวะขาดออกซิเจนเป็นเวลานาน CPD, Precipitate labor
4. การใช้เครื่องมือช่วยคลอด

### อาการและอาการแสดง

ทารกมีอาการหายใจผิดปกติเช่น apnea เชื่องซึม ร่างกายอ่อนปวกเปียก ร้องเสียงแหลม กระหม่อมโป่งตึง ชัก ตูดกลืนไม่ดี อุณหภูมิร่างกายต่ำ (กิตติยา ประสานวงศ์, 2557)

### การรักษา

ทารกที่มีการคั่งของน้ำ มีการบวมบริเวณเนื้อเยื่อ ของหนังศีรษะการบวมจะหายใน 36 ชั่วโมงหลังเกิด และเฝ้าระวังติดตามวัดรอบศีรษะและตรวจดูตำแหน่งบวมตึงของหนังศีรษะเป็นระยะ (กิตติยา ประสานวงศ์, 2557)

การพยาบาล มีดังนี้ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2563)

1. ประเมินความรู้สึกตัวโดยสังเกตอาการซึมลง ตัวเย็น หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ความดันต่ำ หายใจหอบเร็ว ปัสสาวะออกน้อย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าคล้ำ และชัก
2. ประเมินวัดสัญญาณชีพและติดตามสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อสังเกตดูภาวะช็อค
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้เพียงพอกับพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน ป้องกันการขาดน้ำในร่างกาย
4. ประเมินวัดขนาดความยาวรอบศีรษะทารก และตรวจดูว่ามีแผลหรือไม่ เพื่อติดตามภาวะเลือดออกบริเวณศีรษะที่เพิ่มขึ้น ติดตามประเมินค่าฮีมาโตคริตเพื่อประเมินระบบการไหลเวียนเลือดในร่างกาย และภาวะซีด
5. สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของทารก

การพยาบาล มีดังนี้ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา, 2563)

6.บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทารกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไตและการสูญเสีย  
น้ำของทารก

7.ดูแลจัดท่านอนทารกในท่าที่เหมาะสม เพื่อลดการกดทับบริเวณที่บาดเจ็บ ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล  
และจัด quiet time เพื่อให้ทารกได้พักผ่อน งดรบกวนทารกถ้าไม่จำเป็น

8.อธิบายให้มารดา บิดา รับทราบอาการเข้าใจถึงอาการที่เกิดขึ้น

#### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

##### กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด เนื่องจากทารกมีขนาดตัวใหญ่มากกว่าอายุครรภ์ ทารกอายุครรภ์ 38สัปดาห์ ทารกลำดับที่ 2 ผลเลือดมารดาปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ทารกเกิดเวลา 14.37 น. แรกเกิดร้องและหายใจมี grunting ตัวแดง มีปลายมือปลายเท้าคล้ำ อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 58 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ย้ายสังเกตอาการต่อที่ห้องคลอด 30 นาทีหลังคลอด ที่ห้องคลอด On O2 box 10 LPM อัตราการหายใจ 58 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ทารกยังหายใจมี grunting และ retraction แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก Nasal IPPV c Neopuff PIP 20 PEEP 5 เจาะ DTX = 73 มิลลิกรัม/เดซิลิตร HCT= 50% หลังคลอดมีศีรษะบริเวณท้ายทอยบวม น้ำกว้าง 6 เซนติเมตร ยาว 7 เซนติเมตร รอบศีรษะยาว 33 เซนติเมตร กุมารแพทย์ พิจารณาย้ายหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

แรกรับที่ห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตและรับไว้ในความดูแลเวลา 15.45 น.ทารกตื่นร้องเสียงดังดี สีผิวแดง ตีมีลักษณะบาง ปลายมือปลายเท้าเย็นเล็กน้อย หายใจหอบเหนื่อย มีชายโครงบวมเล็กน้อย (mid subcostal retraction) ศีรษะมีcaput วัดขนาดรอบศีรษะได้ 34 cms. ขนาด caput (กว้าง 7 x ยาว 6 cms.) ติดตามวัดวันละ 1ครั้ง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 58 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 84/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% นำทารกเข้าในตู้อบ (Incubator) ปรับอุณหภูมิ 32 องศาเซลเซียส จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และดูแลใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกโหมด Nasa IIPPV c Ventilator RR 60 PIP 18 PEEP 5 Fio2 0.4 Ti 0.6 หลังใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกทารกเริ่มหายใจดีขึ้น ไม่มี grunting ไม่มีชายโครงบวม ส่งตรวจเลือดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ CBC และ Hemoculture ส่งเอกซเรย์ปอดพบปอดมีการขยายตัว (Aeration) 8 ช่อง asymmetry, perihilar infiltrate Rt lobe ,No cardiomegaly แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ส่งเอกซเรย์ปอดพุ่มนี้เข้า ส่งตรวจค่าวิเคราะห์ก๊าซในเลือด พบมีภาวะ Respiratory acidosis ปรับเครื่องช่วยหายใจขึ้น แกรับทารกได้ดื่มน้ำดื่มนมอาหาร ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร เปิดปลายระบายลมลงถุงไว้ และเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 50 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 73 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ดูแลให้ 10% DW 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ เฝ้ารอวางตำแหน่งที่ให้สารน้ำ ไม่พบการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือด ติดตาม DTX ชั่วโมง 30 นาทีในเวลา 15.20 น. =72 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่พบภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ซึม สั่น หดหายใจเขียว หายใจเร็ว กระสับกระส่าย hypotonia ชัก หลังจากนั้นติดตาม DTX ทุก 6 ชั่วโมงต่อ ระดับ DTX

#### 4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

##### กรณีศึกษา (ต่อ)

พุ่มนี้เข้า สัญญาณชีพการอยู่ในช่วง อุณหภูมิร่างกาย 37.1 -37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 56-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 120-150 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 65/45 - 80/52 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100% ถ่ายปัสสาวะ 40 มิลลิลิตร ถ่ายอุจจาระเป็นขี้เทา 1 ครั้ง

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 2 ทารกตื่นลืมตา ขยับแขนขา รู้สึกตัวดี ไม่ซึม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 -37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 56-58 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 138-148 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 62/44 - 88/52 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-100 % น้ำหนัก 3,700 กรัม ทารกหายใจสม่ำเสมอ หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีชายโครงบวม ไม่มีเขียว ผลค่าวิเคราะห์ก๊าซในเลือดดีขึ้น ปรับเครื่องช่วยหายใจลงได้ หลังปรับลดหายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีชายโครงบวม ไม่มีเขียว ผลเอกซเรย์ปอดพบปอดมีการขยายตัว (Aeration) 8 ช่อง มีsunburst appearance No infiltrate ,No cardiomegaly อายุครบ 24 ชั่วโมง เปลี่ยนสารน้ำเป็น 10%D/N/5 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราหยด 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เริ่มให้นมทางสายยาง 30 มิลลิลิตร จำนวน 8 มื้อ รับนมได้ดี ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน แพทย์จึงหยุดให้สารน้ำ ติดตาม DTX เวลา 06.00 น. = 91มิลลิกรัม/เดซิลิตร ครบ 24 ชั่วโมง เจาะติดตามค่าตัวเหลืองผลตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (HCT) = 45 เปอร์เซ็นต์, ค่าบิลิรูบินในเลือด (TB) = 5.37 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่ถึงเกณฑ์ต้องได้รับการส่องไฟ รอบศีรษะขนาด 33 cms. ขนาด caput (กว้าง 7 × ยาว 7cms.) ขนาดรอบศีรษะลดลง ทารกถ่ายอุจจาระเป็นขี้เทา 3 ครั้ง ปัสสาวะ 175 มิลลิลิตร มารดาเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก มีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามว่า “อาการของลูกดีขึ้นมั๊ย” หลังให้ข้อมูลอาการของบุตรและแผนการรักษาของแพทย์เบื้องต้น และให้มารดาได้พบทารก มารดามีสีหน้าวิตกกังวลลดลง

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 3 ทารกตื่นลืมตา รู้สึกตัวดี ไม่ซึม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 54-58 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 128-148 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 75/35-80/42 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ทารกหายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อยไม่มีชายโครงบวม ไม่มีเขียว แพทย์ปรับเปลี่ยนโหมดเครื่องช่วยหายใจ หลังปรับทารกหายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีชายโครงบวม ไม่มีเขียว เพิ่มนมทางสายยางเป็น 35 มิลลิลิตร 8 มื้อ ส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ และตัวตาเหลือง อายุ 48 ชั่วโมง ผลตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (HCT) = 46 เปอร์เซ็นต์, ค่าบิลิรูบินในเลือด (TB) = 7.9 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่ถึงเกณฑ์ต้องได้รับการส่องไฟ รอบศีรษะขนาด 33.5 ขนาด caput (กว้าง 6 × ยาว 8 cms.) มีขนาดลดลง แพทย์ยกเลิกให้วัดรอบศีรษะได้ ติดตามผลส่งตรวจเพาะเชื้อในเลือด 2 วัน ไม่พบเชื้อ แพทย์ให้หยุดฉีดยาปฏิชีวนะ หลังหยุดฉีดยา ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ทารกถ่ายอุจจาระเป็นน้ำตาลปนเหลือง 5 ครั้ง ปัสสาวะ 200 มิลลิลิตร

รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 4 ทารกตื่น รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 50-56 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 130-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 63/35 - 75/48 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 % ทารกหายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีชาย



#### 4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

##### กรณีศึกษา (ต่อ)

โครงงู่ม ไม่มีเชื้อว แพทย์เปลี่ยนให้ออกซิเจนทางจมูก 2 ลิตร/ นาที หลังเปลี่ยนให้ออกซิเจนผ่านทางจมูก ทารกทารก หายใจสม่ำเสมอ ไม่หอบเหนื่อยไม่มีเขียวโครงงู่ม ไม่มีเชื้อว เพิ่มนมทางสายยางเป็น 45 มิลลิลิตร 8 มื้อ แพทย์ พิจารณาให้อายทารกไปห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และตามมารตามากระตุ้นดูนมจากเต้า มารดาได้รับทราบ อาการของบุตรมีสีหน้าดีขึ้น สามารถปฏิบัติการดูแลทารกขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลได้ถูกต้อง รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 4 วัน

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

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

#### 4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ ให้ได้รับความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 15.45 น. ถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 4 วัน

## 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. มารดามีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ

2. ทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่เกิดความพิการ

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ

2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ ที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะหนังศีรษะบวมน้ำ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดความพิการ เจริญเติบโตมีพัฒนาการที่สมวัย

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต ต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากทารกต้องมีการปรับเครื่องช่วยหายใจหลายชนิด ทั้งชนิดปริมาตรและความดัน อีกทั้งการดูแลทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกมีโอกาสเลื่อนหลุดจากจมูกทำให้ทารกได้รับออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอ อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ มีลมรั่วในปอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างการดูแลรักษาได้ หากพยาบาลไม่มีความรู้ ความชำนาญในการใช้งาน และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. บิดา มารดาและญาติยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง

2. ทารกไม่สามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดและความต้องการของตนเองได้ ทำให้ต้องใช้ทักษะประสบการณ์และความละเอียดรอบคอบในการประเมินความเจ็บปวดและความต้องการของทารกต้องสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

## 9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการเรียนเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดวิกฤต สำหรับดูแลทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤต ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ซับซ้อน

2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และการดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย

### 9.ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด รวมถึงการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมในทารกแต่ละราย

### 10.การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำปีเดือนในหน่วยงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

### 11.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอมรรัตน์ สุกุลวา สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....นางสาวอมรรัตน์ สุกุลวา.....

(นางสาวอมรรัตน์ สุกุลวา)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

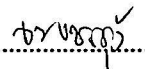
(วันที่).....๒๙...../.....๙...../.....๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ      |
|-----------------------------|-----------------|
| นางสาวอมรรัตน์ สกุลวา       | อมรรัตน์ สกุลวา |

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

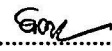
(ลงชื่อ).....

(นางสาวเพชรรุ้ง แก้วโกมล)

(ตำแหน่ง) หัวหน้างานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

(วันที่)..... ๑ / ๒๖.๕ / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

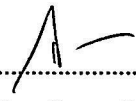
(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่)..... ๒ / ๒๖.๕ / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)..... ๕ / ธันวาคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นางดารารัตน์ ไหว้งค์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)  
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการแผนกแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่)..... 15 / ๑๒.๕ / ๒๕๖๓

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
(ระดับชำนาญการ)

**1.เรื่อง นวัตกรรมหมอนอนเซ็นจัดทำทารก**

**2.หลักการและเหตุผล**

โรกระบบทางเดินหายใจ หรืออาการหายใจลำบาก พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด รายที่มีอาการหนัก จนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อประคับประคอง การทำงานของระบบ ทางเดินหายใจของทารกจนกว่าจะมีอาการดีขึ้น แพทย์จึงพิจารณาวางแผนหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ระบบทางเดินหายใจของทารกสามารถทำงานได้เองตามปกติ ปัญหาที่พบบ่อยคือหลอดลมเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเป็นกรดและด่างของเลือด ในรายที่ไม่สามารถหายใจได้เอง จำเป็นต้องมีการใส่ท่อ ทางเดินหายใจใหม่ ก็มักเป็นไปด้วยความลำบาก เนื่องจากการบวมของหลอดลม ทำให้ยากต่อการใส่ นอกจากนั้น ยังมีผลต่อการแลกเปลี่ยนแก๊ส สมองขาดออกซิเจน เป็นผลให้มีการตายของเนื้อสมอง ผลที่ตามมาคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูงขึ้น เพิ่มความเครียดของบิดามารดา และครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และได้พบบ่อยในทารกที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ (จุฑารัตน์ สนุกแสน และ นางลัดดา ผูกน้อย, 2563)

งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564-2566 มีทารกที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษา จากสถิติในปี 2564 - 2566 ทารกที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 163, 137 และ 179 รายตามลำดับ พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จากสถิติปี 2564 - 2566 จำนวน 26, 27 และ 39 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆปี และทารกที่ได้รับการช่วยเหลือใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก จากสถิติปี 2564 - 2566 จำนวน 161, 195 และ 285 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) เครื่องช่วยหายใจทุกประเภทประกอบไปด้วยหลายชิ้นส่วน ชิ้นส่วนที่สำคัญที่ ต้องดูแลขณะทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ สายเครื่องช่วยหายใจ (circuit) ซึ่งสายเหล่านี้ต้องได้รับการ support จาก head guard ไว้ จึงจะสามารถต่อเข้ากับท่อช่วยหายใจ(ETT) หรือ Nasal prong ได้ ซึ่ง head guard ที่ใช้ปัจจุบันมี อายุการใช้งานอย่างน้อย 20 ปี ขอบยางและข้อต่อต่างๆ มีความเสื่อมและสึกหรอ ทำให้เวลาใช้งานไม่สามารถแนบ กระชับเข้ากับศีรษะของทารกได้ดีดังเดิม เกิดการหลุดเลื่อนของท่อช่วยหายใจได้ง่าย สายเครื่องช่วยหายใจ(circuit) บาง set ทำจากพลาสติกมีลักษณะแข็ง ทำให้ข้อต่อต่างๆเลื่อนหลุดไม่แนบใบหน้า กระชับเข้ากับศีรษะของทารก ทำให้เกิดการหลุดเลื่อนของอุปกรณ์ช่วยหายใจได้ง่ายเหมือนกัน (จุฑารัตน์ สนุกแสน และ นางลัดดา ผูกน้อย, 2563)

ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้าหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน จากความรู้ทางวิชาการดังกล่าว งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

## 2.หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เลื่อนหลุด และท่อช่วยหายใจทางจมูกเลื่อนหลุดโดยการใส่ผ้าอ้อมพันม้วนเป็นวงกลมมีช่องว่างระหว่างกลางรองรับศีรษะท้ายทอยทารก แต่ยังเกิดปัญหาการเลื่อนหลุดของท่อช่วยใจ และการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทางจมูกได้บ่อย เนื่องจากหมอนไม่สามารถโอบรับศีรษะทารกไว้ให้อยู่นิ่งได้ ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำนวัตกรรมหมอนนอนเซ็นจัดทำทารกเพื่อช่วยประคองศีรษะทารกให้อยู่นิ่ง เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจได้เพียงพอ และลดอุบัติการณ์การเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ซึ่งวัสดุที่ใช้คือผ้าอ้อมหรือผ้าขนหนูทารก สามารถซักทำความสะอาดได้ จากสารคัดหลั่งจากทารก เป็นเลือดที่ติดมากับศีรษะเด็กแรกคลอด เสมหะ สามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและทรัพยากรเพิ่มขึ้น ทางผู้เสนอผลงานจึงได้มีการจัดทำหมอนนอนเซ็นจัดทำทารกและใช้เปลี่ยนทุกวันพร้อมเวลาอาบน้ำทารกหรือเวลาที่ผ้าเปื้อนสามารถเปลี่ยนได้ทันที ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

## 3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตรับทารกวิกฤตเข้ารับการรักษาทารกที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ จากสถิติปี 2564 - 2566 พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ จำนวน 26, 27 และ 39 รายตามลำดับ จากจำนวนทารกที่ได้รับช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจจากสถิติปี 2564 - 2566 จำนวน 163, 137 และ 179 รายตามลำดับ และทารกที่ได้รับการช่วยเหลือใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก จากสถิติปี 2564 - 2566 จำนวน 161, 195 และ 285 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆปี ซึ่งพบว่าทารกที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทางปากโดยไม่ได้วางแผน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด เนื่องมาจากการสูดสำลักสิ่งคัดหลั่ง ผู้ป่วยอาจได้รับการบาดเจ็บของหลอดลมคอ ให้อักเสบและ เส้นเสียงบวม (Post-extubation laryngeal edema) ส่งผลให้การใส่ท่อช่วยหายใจครั้งใหม่ยากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่นานขึ้น หรือต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจนทำให้ระบบหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตตามมาได้นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจยังทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วย หายใจนานขึ้น หยาเครื่องช่วยหายใจได้ยาก และทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นถึง 1.8 เท่า เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Silva & Fonseca, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น อายุ ความไม่สุขสบาย/กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัว สภาพจิตใจ ผู้ป่วยมีน้ำลายในปากาก พยาธิสภาพของโรค ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น ความรู้และ ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแล สัดส่วน

### 3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ของพยาบาลต่อผู้ป่วย เป็นต้น และปัจจัยด้านการให้การพยาบาล เช่น การประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การผูกมัดผู้ป่วย และประสิทธิภาพของการยึดตรึงของท่อช่วยหายใจ (Silva & Fonseca, 2016) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 93.2 การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เกิดจากการที่ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง และร้อยละ 6.4 เกิดจากอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ (จกมล พลตรี และคณะ, 2558) ซึ่งอาจรวมไปถึงการยึดตรึงท่อช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสมจนทำให้เกิดการเลื่อน หลุดของท่อช่วยหายใจได้ง่าย แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (OREM'S self-care deficit theory) ในส่วนความพร้อมในการดูแลตนเอง (self care deficit) โอเร็มเชื่อว่า บุคคลอาจเผชิญกับสถานการณ์ที่พวกเขาไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ความบกพร่องเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ หรือการขาดความรู้และทรัพยากร เมื่อผู้คนไม่สามารถจัดการความต้องการในการดูแลตนเองด้วยตนเองได้ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Orem, 1995) และทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลได้แสดงบทบาทที่เหมาะสม จะช่วยลดอุบัติการณ์ของความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ทำให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระของครอบครัว และค่าใช้จ่ายของ โรงพยาบาล

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมหมอนอนชนิดปรับท่าทารก โดยการจัดทำเป็นหมอนทรงหมวกแกละ พับเป็นทรงกลมด้านข้างสองลูกเพื่อกระชับด้านข้างใบหน้าศีรษะ ผ้าที่ใช้คือผ้าอ้อมหรือผ้าขนหนูของทารกทำให้ไม่เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังทารก เหมาะกับการใช้จัดทำ สามารถซักแล้วนำมาใช้ต่อได้ หรือสามารถเปลี่ยนได้ทันทีเมื่อเปื้อนสารคัดหลั่ง ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายทารกโดยมุ่งหวังว่าทารกที่ได้ใช้นวัตกรรมหมอนพลิกตะแคงตัวจะได้รับการจัดท่าที่ถูกต้อง เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติ และบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มีนวัตกรรมหมอนนอนชนิดปรับท่าทารก
- 2.เพื่อลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
- 3.เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ใช้นวัตกรรมหมอนนอนชนิดปรับท่าทารก ไปใช้กับทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตทุกราย

#### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

### กลุ่มเป้าหมาย

1. ทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตทุกราย ในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
2. บุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอุบัติการณ์การเกิด ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
2. ปรีกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ทบทวนอุบัติการณ์หาสาเหตุ ของท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และท่อช่วยหายใจทางจมูกเลื่อนหลุด
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรางานวิจัยต่างๆ
5. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้รับรู้และเข้าใจ
6. จัดทำนวัตกรรมหมอนนอนเซ็นจัดทำสำหรับทารก
  - 6.1 เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่
    - ผ้าอ้อม
    - ผ้าเช็ดตัวผืนเล็ก หรือ ขนาดไม่เกิน กว้าง 55x ยาว 115 เซนติเมตร (ใช้กรณีทารกไม่มีผ้าอ้อม)
  - 6.2 ขั้นตอนการทำ
    - 6.2.1. คลายผ้าอ้อมหรือผ้าเช็ดตัว ออกเป็นผืนสี่เหลี่ยมผืนผ้า
    - 6.2.2. แบ่งผ้าอ้อมหรือ ผ้าเช็ดตัว เป็น 3 ส่วนเท่าๆกัน แล้วพับผ้าทบเข้าหากัน
    - 6.2.3. ม้วนริมผ้าทั้ง 2 ด้าน จนกว่าจะได้ช่องตรงกลางให้ขนาดพอดีกับศีรษะทารก ที่ใส่แล้วพอดีกับศีรษะ ไม่แน่น และไม่หลวมจนเกินไป
    - 6.2.4. จัดผ้าให้สวยงาม ขนาดพอดี และนำไปใช้กับทารกจะได้เป็นหมอนรองคอจัดทำให้ทารก
  - 6.3 นำไปใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
8. ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ในการใช้หมอนนอนเซ็นจัดทำทารก
9. เก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ ขณะใช้หมอนนอนเซ็นจัดทำทารก
10. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

### 4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทารกแรกเกิดได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายที่เกิดจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
2. ลดวันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
3. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมหมอนนอนเซ็นจัดทำทารก



### 5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.งานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มีนวัตกรรมการหมอนอนขึ้นจัดทำทารกตามจำนวน 12 อัน
2. อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ น้อยกว่า 15 รายต่อปี
- 3.บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคน ในงานห้องผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต นำนวัตกรรมการหมอนอนขึ้นจัดทำทารก ไปใช้กับทารกแรกเกิดป่วยระยะวิกฤตทุกราย 100 เปอร์เซ็นต์

(ลงชื่อ) .....สมรรัตน์ สกลวา.....

(นางสาวสมรรัตน์ สกลวา)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....29...../.....มี.ค....../.....2567.....

ผู้ขอประเมิน