



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมิน ผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวสุกัญญา มะโฮง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๒	นางสาวเพชรรัตน์ กาศย์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๓	นางสาวชุติมา บุญไตรย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๖

(นายพันธ์เทพ เสาโกศล)

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗  
รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น  
ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสุกัญญา มะโฮง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๑๐๐๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๑๐๐๐	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกับภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมอง ชั้นดูราที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"				
		กลุ่มการพยาบาล		กลุ่มการพยาบาล		
		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก		
๒	นางสาเพชรรัตน์ กาพย์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๓๖	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๓๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตน ในกระแสเลือด				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด จากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"				
		กลุ่มการพยาบาล		กลุ่มการพยาบาล		
		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก		
๓	นางสาวชุตินา บุญไทรย์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๔๕๐๓	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๔๕๐๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบ แรกเกิด : กรณีศึกษา พ.ศ. 2565				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"				
						เกษียณ

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวราที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2563 ถึง เดือน กันยายน 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### กายวิภาคของศีรษะ

ศีรษะจะมีหนังศีรษะปกคลุมกะโหลกไว้ ภายในกะโหลกศีรษะ มีเนื้อสมองซึ่งมีเยื่อหุ้มสมองหุ้มอยู่ 3 ชั้นคือชั้นที่ 1 เรียก dura mater เป็นชั้นนอกสุดที่ติดกับผนังกะโหลก ประกอบด้วย 2 ชั้น ซึ่งอยู่ติดกันแน่น บางแห่งจะแยกเป็น 2 ชั้น และมีโลหิตอยู่ภายในเรียกว่า cranial venous sinuses ซึ่ง venous sinuses จะนำโลหิตดำจากสมองกลับเข้าสู่ inter jugular vein ชั้นที่ 2 เรียก arachnoid membrane เป็นเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางจะมีส่วนเล็กๆ จาก arachnoid เรียกว่า villi ยื่นเข้าไปใน dura mater และร่วมกันเข้าสู่ venous sinus ชั้นที่ 3 เรียก pia mater เป็นชั้นในสุดติดเนื้อสมองระหว่าง pia mater กับ arachnoid membrane จะมีช่องอยู่เรียกว่า subarachnoid space ซึ่งเส้นโลหิตของสมองจะอยู่ในช่องนี้และมี cerebro spinal fluid บรรจุอยู่

### กลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่แรงที่มากกระทบศีรษะแรงคือการที่วัตถุหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งมีการกระทำต่อวัตถุอีกอย่างหนึ่งแล้วทำให้วัตถุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงเช่นการหยุดนิ่ง การเคลื่อนที่เป็นต้นเมื่อมีแรงมากกระทบศีรษะจะก่อให้เกิด

1. ทำให้ศีรษะมีการเคลื่อนที่เร็วขึ้น (acceleration) และเป็น การเคลื่อนที่อิสระ ไม่มีสิ่งใดมาขัดขวาง เช่น คนยืนอยู่ริมถนนแล้วมีคนใช้ไม้ตีที่ศีรษะศีรษะจะเคลื่อนที่ทันทีที่มีแรงกระทบ
2. ทำให้ศีรษะลดความเร็วและหยุดนิ่ง (deceleration) เมื่อมีแรงมากกระทบศีรษะศีรษะไม่สามารถเคลื่อนที่ได้อย่างอิสระหรือมีการเคลื่อนที่ไปกระทบสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนทำให้ศีรษะหยุดนิ่งเช่น คนยืนอยู่ใกล้กำแพงแล้วมีคนเอาไม้ตีที่ศีรษะศีรษะจะเคลื่อนที่ไปกระทบกำแพง หรือคนหกล้มศีรษะกระทบพื้นเป็นต้น
3. ทำให้เกิดการผิดรูปและแตกทำลายของโครงสร้างศีรษะ (deformation) เช่น คนที่ถูกตีศีรษะด้วยค้อนจนทำให้ศีรษะแตกยุบลง

### พยาธิสรีระวิทยาเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมอง

1. สมองสะเทือน (cerebral concussion) เป็นภาวะที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงที่มากกระทบศีรษะผู้ป่วยจะหมดสติเป็นนาทีมีการสูญเสีย reflex หยุดหายใจชั่วคราวสัญญาณชีพเปลี่ยนเช่นชีพจรช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น และผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีอาการวิงเวียนปวดศีรษะ หูอื้อ กระสับกระส่ายสับสนและการมองเห็นผิดปกติอาการต่างๆจะหายเองภายใน 48 ชั่วโมง
2. สมองช้ำ (cerebral contusion) เป็นสภาพที่สมองมีการชอกช้ำ บวมและมีเลือดออกเป็นจุดๆเราเรียกพยาธิสภาพของเนื้อสมองด้านที่มีแรงกระทบกว่า coup lesion และเรียกพยาธิสภาพที่เกิดกับเนื้อสมองด้านตรงข้ามกับแรงที่มากกระทบกว่า contrecoup lesion สมองช้ำมักเป็นที่ฐานของ frontal และ temporal lobe แต่จะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหมดสติไปนานเป็นชั่วโมง หรือ coma เป็นเวลานาน
3. สมองฉีกขาด (cerebral laceration) เป็นพยาธิสภาพที่รุนแรงที่สุดเพราะเนื้อสมองถูกทำลายฉีกขาดและมีเลือดออกและสมองช้ำอย่างรุนแรงการฉีกขาดของเส้นเลือดบนผิวสมองหรือในเนื้อสมองยังทำให้เลือดออกและมีก้อนเลือดในสมองในช่อง subdural หรือ extradural ผู้ป่วยจะมี deep coma แขนขาเกร็งทันทีทันใด

4. สมองมีเลือดออก (hemorrhage) เลือดออกในชั้นเนื้อ dura (epidural hematoma) คือภาวะที่มีก้อนเลือดอยู่ในช่องระหว่างด้านในของกะโหลกและด้านนอกของเยื่อ dura เลือดออกสมองชั้นdura กับ arachnoid (subdural hemorrhage) เป็นเพราะ cortical vein ฉีกขาดเลือดออกชนิดนี้มี 3 แบบ

- Acute subdural hemorrhage ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการตกเลือดชัดเจนภายในเวลา 24 ชั่วโมง

- Subacute subdural hemorrhage เมื่อเกิดการบาดเจ็บหลอดเลือดฉีกขาดแล้วมีเลือดออกเพียงเล็กน้อย อาการในระยะต้นจึงไม่ปรากฏชัดเจนแต่ในภายหลังมีเลือดหรือน้ำในหลอดเลือดซึมออกมาเพิ่มขึ้น สมองจึงถูกกดเพิ่มขึ้นอาการจะชัดเจนภายใน 2-3 สัปดาห์

- Chronic subdural hemorrhage เมื่อเกิดการบาดเจ็บมีเลือดออกน้อยมาก การเปลี่ยนแปลงต่างๆภายในสมองเป็นไปอย่างช้าๆ อาการปรากฏเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

เลือดออกในชั้นใต้arachnoid หมายถึงการมีเลือดอยู่ในช่องเยื่อหุ้มสมองระหว่างชั้น arachnoid กับชั้น pia ซึ่งเป็นช่องทางไหลผ่านของน้ำไขสันหลังเลือดออกภายในสมอง (intracerebral hemorrhage) มีเลือดออกภายใน parenchyma ของสมองพบได้ 1-2 % ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

#### ลักษณะการบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บของสมองมี 2 ลักษณะดังนี้ primary brain damage คือการบาดเจ็บต่อเนื้อสมองทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและตำแหน่งของสมองที่ได้รับการบาดเจ็บซึ่งเป็นแบบ focal หรือ diffuse และมีความรุนแรงต่างกัน secondary brain damage คือการบาดเจ็บเพิ่มเติมต่อสมองจากผลแทรกซ้อนต่างๆเช่นก้อนเลือดในโพรงกะโหลกสมองบวมสมองขาดเลือดหรือสภาวะติดเชื้องซึ่งอาจป้องกันได้ถ้าให้การวินิจฉัยและรักษาได้ทันวิธีการรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดของการบาดเจ็บคือกะโหลกศีรษะแตกหรือร้าวธรรมดา ไม่ต้องให้การรักษาใดๆรอยร้าวของกะโหลกศีรษะจะเชื่อมติดกันเองแต่ต้องคอยสังเกตอาการผู้ป่วยเพราะอาจมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะร่วมด้วยกะโหลกศีรษะแตกร่วมกับหนังศีรษะฉีกขาดควรหารอยแตก หากมีสิ่งแปลกปลอมหรือสกปรกต้องล้างออกให้สะอาดเย็บปิดแผลได้คอยสังเกตอาการผู้ป่วยกะโหลกศีรษะแตกยุบเกินความหนาของกะโหลกศีรษะ ต้องทำการผ่าตัดยกกะโหลกศีรษะที่ยุบขึ้นมาในรายที่มีการบาดเจ็บต่อสมองและตกเลือดในกะโหลกศีรษะจะต้องทำการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบบ่อยการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะช่วยลดอันตรายและทุพพลภาพของผู้ป่วยได้แนวคิดที่นำมาใช้คือประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน และแนวคิดในการประเมินผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน A-B-C-D-F และหฤซึกการพยาบาลของโอเรียม

#### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน วัยผู้ใหญ่ อายุ 26 ปี สถานภาพ โสดมาโรงพยาบาลด้วย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลด้วยข้อเจ็บกรายนยนต์ล้ม ศีรษะกระแทกพื้น ซีมลง มีแผลที่ศีรษะด้านขวายาว 4 cm. ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมแพ เวลา 19.31 น. วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วย GCS=E4V5M6 PR = 72 ครั้งต่อนาที BP=145/82 มิลลิเมตรปรอท RR=18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส แพทย์พิจารณาเอกเรย์สมอง แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น CT Brain: Epidural hematoma พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น on mask c bag 10 ลิตรต่อนาที GCS=E4V5M5 pupil 3 mm. both eye. Motor power gr. 5 all แรกรับที่โรงพยาบาลขอนแก่นเวลา 22.22 น. วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ป่วย GCS=E1V1M4 pupil rt. 2 mm. pupil lt. 3 mm. Motor power gr. 2 all

PR = 104 ครั้งต่อนาที BP=141/92 มิลลิเมตรปรอท RR=22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส O2 satuation 99-100% แพทย์พิจารณา On ET Tube 7.5/22 cm. เวลา 22.45น. แพทย์วินิจฉัยแยกรับ Acute Epidural hematoma with Lacerration wound at scalp s/p Suture ให้การรักษาโดยการผ่าตัด Craniotomy with Remove clot. เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564 หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วย อาการแย้ลง GCS=E3V1M5 pupil 2 mm. both eye. Motor power gr. 5 all แพทย์พิจารณาขอ CT Brain รอบ 2 ผล CT Brain: Epidural hematoma Bleeding ตำแหน่งเดิมเพิ่มขึ้น แพทย์พิจารณา OR for Craniotomy with remove clot วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564 หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตื่นดี GCS=E3VeM6 pupil 2 mm. both eye. Motor power gr. 5 all หายใจดีขึ้น แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 11.00 น. หลังถอดท่อช่วยหายใจ on mask c bag 10 LPM ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2564 GCS=E3V5M6 pupil 2 mm. both eye. Motor power gr. 5 all.

เมื่อพ้นวิกฤติ แพทย์เจ้าของไข้ประเมินเป้าหมายของผู้ป่วยและส่ง Consult เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมประเมินเป้าหมายของผู้ป่วย เมื่อได้เป้าหมายพยาบาลจึงได้ค้นหา Care giver ซึ่งเป็นคุณแม่ อายุ 50 ปี และวางแผนการสอน Care giver ในการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของผู้ป่วยและมีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารแผนการดูแลต่อเนื่องแก่ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการประเมินผู้ป่วยและ Care giver หลังการฝึกสอน 2 วัน พบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เอง ช่วยอาบน้ำได้ เล่นมือถือได้ แต่ยังมีภาวะสับสนบ้างเป็นบางครั้งและยังไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลง Wheelchair เนื่องจากยังมีอาการวิงเวียนศีรษะ พยาบาลจึงได้สอนวิธีเปลี่ยนท่าทางที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ยังสอนกิจกรรมต่างๆที่ควรมีคนช่วยและกิจกรรมที่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ แพทย์จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลนอนแกล่น รวมทั้งหมด 7 วันและนัดกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลนอนแกล่น วันที่ 3 มีนาคม 2564

ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลพบปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมอง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

ปัญหาที่ 4 ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อมีทางเปิดสู่ภายนอก

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เผชิญและแผนการรักษา

ปัญหาที่ 7 ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บของผู้ป่วย

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยพ้นวิกฤติได้อย่างปลอดภัย

## การรักษา

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองถ้าได้รับการตรวจรักษาเร็ว ก็อาจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและหายดีได้เร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายใน 3 ชั่วโมงแรกที่มีอาการปรากฏชัดเจน โดยการรักษาเลือดออกในสมองขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดเลือดออก ลักษณะอาการ ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งสมองที่มีเลือดออก และระดับความเสียหายด้วย หลังจากตรวจวินิจฉัยแล้ว แพทย์อาจพิจารณาวิธีการรักษาผู้ป่วยเลือดออกในสมองดังต่อไปนี้ (สรยุทธ ชำนาญเวช, 2561) การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด

### การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีภาวะเลือดออกเหนือชั้นดura

การพยาบาลผู้ป่วยจะให้ผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนน้อย ลดทุพพลภาพลง ช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันเวลาที่ และมีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์เป็นพิเศษ โดยแบ่งขั้นตอนดังนี้ (เขารัตน์ รุ่งสว่าง และยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, 2560)

#### 1.การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา

บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที หรือ 30 นาที เมื่อมีอาการคงที่ บันทึกทุก 1 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกอาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ถ้าลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รายงานแพทย์รับทราบ ควบคุมอัตราการไหลของยาให้ตรงตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

#### 2.การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา

##### การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1.การเตรียมร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดของร่างกาย งดน้ำและอาหารทุกชนิด โกนศีรษะ และใส่สายสวนปัสสาวะ เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การจ้องเลือดและส่วนประกอบของเลือด เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ไบอินยอมนการผ่าตัด फिल्मเอกซเรย์ ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา การบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท

2.การเตรียมด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบาย กระเพาะอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

##### การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

##### การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองระยะวิกฤต (24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด)

บันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท จัดให้ออนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ประเมินแผลผ่าตัดและดูแลท่อระบายให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบปิด บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte,BUN,Creatinine,CBC

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองเมื่อพ้นระยะวิกฤต ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปของร่างกาย การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การดูแลด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น

##### การพยาบาลระยะฟื้นฟู

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดนการช่วยออกกำลังกายแขนและขา การฝึกหัดให้ลุกจากเตียง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

#### 4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน 4.1 สาระสำคัญ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหลังได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภทในประเทศไทย พบว่าการบาดเจ็บจากจราจรในปี พ.ศ.2562 มีผู้บาดเจ็บ 924,966 ราย ผู้เสียชีวิต 17,245 ราย ปีพ.ศ. 2563 มีผู้บาดเจ็บ 1,014,421 ราย ผู้เสียชีวิต 15,748 ราย จากข้อมูลของ (worldatlas.com) ประเทศไทยมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก คือ มีอัตราเสียชีวิต 36.2 ต่อประชากร 100,000 รายจากสถิติดังกล่าวบ่งบอกถึงภาระหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มากขึ้น รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563)

จากสถิติฐานข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 2,418 , 840 , 321 ราย เสียชีวิต 54, 12, 4 ราย และได้รับการผ่าตัด 248 , 254 , 12 รายตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง(ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น, 2562-2564)แสดงให้เห็นว่าการบาดเจ็บใดๆที่เกิดขึ้นต่อหนังศีรษะ กะโหลกและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ หากมีความรุนแรงเกิดขึ้นต่อสมอง ทำให้สมองเจ็บจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง เกิดพยาธิสภาพในสมอง ที่เป็นผลจากแรงภายนอกสมองมากระทบ โดยเฉพาะการเจ็บที่รบกวนการไหลเวียนหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดออกซิเจน จะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและทำให้เสียชีวิตหรือความพิการตามมา ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะการประเมินปัญหาการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง การจัดการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด ที่ต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้รอดชีวิตหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาานาน เนื่องจากมีภาวะเลือดออกในสมองต้องได้รับการผ่าตัดและต้องฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเนื้อเยื่อหุ้มสมองชั้นดوراที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล อันประกอบด้วย การตรวจประเมินสภาพผู้ป่วยการวินิจฉัยทางการพยาบาลขั้นต้น การวางแผนทางการพยาบาล การรักษาพยาบาล การประเมินผลลัพธ์หลังการให้การพยาบาล ซึ่งคาดว่าหากการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จจะช่วยลดปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้หายคืนจากการบาดเจ็บได้เร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและภาคภูมิใจทั้งร่างกายและจิตใจ

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้การดูแลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 โรงพยาบาลขอนแก่น

4.2.2 ศึกษาสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับบริการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 โรงพยาบาลขอนแก่น

4.2.3 เลือกกรณีศึกษาที่มารับการรักษาด้วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 1 ราย

4.2.4 พบผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายทำความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมและญาติให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษา โดยบอกผลประโยชน์ที่จะได้รับ

4.2.5 รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดจากแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้และทีมพยาบาล

4.2.6 ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัด

4.2.7 วางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย

4.2.8 ปฏิบัติการพยาบาล ณ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 โรงพยาบาลขอนแก่น ติดตามอาการ ให้ความรู้สุขภาพศึกษาและประเมินผลการพยาบาล

4.2.9 ดำเนินการเรียบเรียงผลงานสรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับ

### 4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2

4.3.2 พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

4.3.3 ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดوراที่ ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ 1 เรื่อง

#### 5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

5.2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่ที่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

6.2 นำไปใช้เป็นแนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังค่อนข้างสูงเนื่องจากทุกข์ทรมาน พยาบาลจะเป็นต้องให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเป้าหมายในการกลับไปใช้ชีวิตตามสมรรถนะที่เหลืออยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

7.2 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจากพยาธิสภาพของโรค ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการวางแผนจำหน่ายและเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมายของผู้ป่วยรายนั้น

7.3 การตั้งเป้าหมายและการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลต้องมีการประสานงานให้ครอบคลุม ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเหมาะสม รวมถึงประสานงานสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อส่งต่อข้อมูลและร่วมวางแผนแนวทางการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ





รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุกัญญา มะโฮง	สุกัญญา น. มะโฮง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....  
 (นางพินรัฐ จอมเพชร)  
 (ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
 (วันที่) ...../...../.....  
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....  
 (นายเสกสรรค์ สุวรรณแพง)  
 (ตำแหน่ง) ...นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....  
 รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
 1 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ :คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

1. เรื่องการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด

### 2. หลักการและเหตุผล

ระบบประสาทและสมองเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญมากอวัยวะหนึ่งในร่างกายของมนุษย์เนื่องจากสมองทำหน้าที่สำคัญในการควบคุมการทำงานทุกอย่างในร่างกายของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวการนอนหลับ การหายใจ การรับรู้ความรู้สึกร้อน-เย็น การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด รวมไปถึงการทำงานของฮอร์โมนต่างๆภายในร่างกายของมนุษย์ ดังนั้นหากเกิดความผิดปกติหรือความเสียหายใดๆ ขึ้นภายในสมองก็อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยรวมของร่างกายได้ บางคนอาจจะแสดงความผิดปกติออกมาอย่างชัดเจนทันที แต่บางคนอาจใช้เวลาสักระยะหนึ่ง จึงเริ่มแสดงอาการหรือความผิดปกติออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน (ประพนธ์พันธ์ ศรีสุวรรณ, 2554) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงมีความสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ละรายใช้เวลาในการรักษานาน และฟื้นฟู นาน ความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาแตกต่างกัน ขึ้นกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดโรคระบบประสาทและสมอง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วและลดความพิการ หากไม่สามารถกลับสู่สภาวะเดิมได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ ให้ความพิการหลงเหลือให้น้อยที่สุด(สถาบันประสาทวิทยา, 2561) จากสถิติการรับผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 เป็นผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดสมอง จำนวน 248 , 254 , 12 ราย ตามลำดับพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลือ มีคุณภาพชีวิตหลังเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปและผู้ดูแลยังขาดความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ฟื้นฟู ในระยะภายหลังการเจ็บป่วยและฟื้นฟูส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเปรียบเสมือนแผนการฟื้นฟูสภาพและแผนการให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม แล้วจึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะของการดำเนินของโรคหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่มาดูแลช่วยเหลือตนเองในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหา และการวางแผนจำหน่ายยังช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วยรวมทั้งช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลให้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพและประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการ)

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวทางการวางแผนการจำหน่ายตามแบบ M-E-T-H-O-D กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางที่ใช้ในการประเมินความบกพร่องของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัดมีความแตกต่างกันตามภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลเฉพาะก่อนจำหน่าย โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D มีรายละเอียด ดังนี้ D= Diagnosis คือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเกิดโรคที่เป็นอยู่ อาการ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง M = Medication คือให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้เกี่ยวกับยาอย่างละเอียด E = Environment & Economic คือมีความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพ T = Treatment คือเข้าใจปัญหาของการรักษา มีทักษะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา H = Heal คือเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง O = Outpatient referral คือเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครในกรณีฉุกเฉิน และ D= Diet คือการเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพของตน ปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย

### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 พยาบาลมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด
- 4.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 สามารถประเมินการดูแล วางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ตลอดจนการจำหน่าย
- 4.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถประเมินสิ่งที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้และให้การพยาบาลเพื่อลดอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ผู้ป่วยที่มารักษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ2 ได้รับการวางแผนจำหน่าย ร้อยละ 100
- 5.2 ญาติและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)..... สุกัญญา ม:ไธวั  
(.....โพสภ สุกัญญา..... ม:ไธวั.....)  
(ตำแหน่ง) .....พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ.....  
(วันที่) ...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด  
(Nursing Care for Diabetic Ketoacidosis)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 20 ตุลาคม 2565 – 16 มกราคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis เป็นภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แม้ว่าจะเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยเฉพาะช่วงที่มีความเครียดสูง สาเหตุที่ทำให้เกิดนั้นสามารถบ่งชี้ได้ถึงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้

1. การได้รับอินซูลินน้อยไป
2. การขาดการได้รับอินซูลินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน
3. การที่ร่างกายไม่สามารถเพิ่มอินซูลินได้ตามที่ร่างกายต้องการ ในภาวะต่างๆ ได้แก่ การบาดเจ็บ การติดเชื้อ การผ่าตัด
4. การที่ร่างกายต่อต้านการใช้อินซูลินหรือสร้างภูมิต้านทานต่ออินซูลิน

#### พยาธิสรีรวิทยาของภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ภาวะเลือดเป็นกรดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยที่ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้เนื่องจากร่างกายขาดอินซูลิน(Insulin) หรือสร้างอินซูลิน(Insulin) ไม่เพียงพอเมื่อเซลล์ไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตให้เกิดพลังงานได้ ตับจึงเปลี่ยนไกลโคเจนที่สะสมไว้ให้เป็นกลูโคส(Glucose) โดยใช้กระบวนการ Glycogenolysis และสังเคราะห์กลูโคส(Glucose) จากกระบวนการ Glycogenolysis ซึ่งภาวะเช่นนี้จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นไปอีก อีกทั้งยังเกิดการสลายไขมัน(Lipolysis) เพื่อให้เกิดพลังงานทำให้เกิดสารคีโตน(Ketones) ในเลือดจากกระบวนการสร้างสารคีโตน (ketogenesis) ส่งผลให้เกิดการคั่งของคีโตน(Ketones) ในเลือด ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ สภาวะขาดน้ำ เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) และภาวะกรดต่างไม่สมดุลในร่างกาย

#### อาการและอาการแสดงทางคลินิก

1. ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ
2. ปวดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน
3. ลมหายใจมีกลิ่นเปรี้ยวหรือกลิ่นคีโตน
4. หายใจเร็ว หายใจแรง หอบเหนื่อย
5. ความดันโลหิตต่ำ
6. ซึม ง่วง ไม่รู้สึกตัว
7. หัวใจเต้นเร็ว
8. สูญเสียการมองเห็น
9. น้ำหนักลด

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

##### การวินิจฉัย

1. Plasma glucose มากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแต่ผู้ที่อดอาหารมานาน ต้มแอลกอฮอล์หรือตั้งครรภ์ก็อาจจะเกิด Euglycemic diabetic ketoacidosis ซึ่งมี Plasma glucose สูงไม่มากได้ Euglycemic diabetic ketoacidosis พบได้ร้อยละ 10
2. มีภาวะกรดเมตาบอลิกชนิด Anion gap กว้าง (Serum HCO<sub>3</sub> น้อยกว่า 15 มิลลิควิวาเลนซ์ต่อลิตร ค่า Arterial PH มากกว่า 7.3 และค่า Anion gap น้อยกว่า 12
3. ตรวจพบคีโตนในเลือดสูงกว่า 5 มิลลิโมลต่อลิตร หรือพบในปัสสาวะ
4. ประวัติการเจ็บป่วย
5. พบอาการและการแสดง

##### การรักษา

มุ่งให้ระดับน้ำตาลและเกลือแร่ในร่างกายเป็นปกติ เพื่อชดเชยสารน้ำในร่างกายและรักษาภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) โดยการรักษาต้องคำนึงถึงการป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและระบบหายใจล้มเหลวด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดพร้อมทั้งการส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte) ,ค่าคีโตน(Ketones) ทั้งในเลือดและในปัสสาวะ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจรังสีปอด
2. การบริหารสารน้ำทดแทน โดยการให้ NSS เข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 15-20 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง ถ้ามีภาวะ Hypernatremia ให้เปลี่ยนสารน้ำเป็น 0.45%NaCl ในอัตรา 250-500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อให้มีปัสสาวะออก 0.5-1 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง จึงจะแสดงว่าร่างกายได้รับสารน้ำเพียงพอ
3. การบริหารอินซูลิน (Regular insulin : RI)
  - 3.1 หยดเข้าในเส้นเลือดอย่างต่อเนื่อง ให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำโดยเริ่มด้วยการฉีดอินซูลิน 0.1 ยูนิตต่อกิโลกรัม ตามด้วยหยดต่อเนื่องในอัตรา 0.1 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ให้จนกระทั่ง Anion gap เป็นปกติ (ค่าปกติ8-12) และระดับน้ำตาลในเลือด200 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อเดซิลิตร ให้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดปกติ หรือต่ำในขณะที่ Anion gap ยังกว้างอยู่ ไม่ควรหยุดให้อินซูลิน แต่ควรฉีดกลูโคสเข้าหลอดเลือดร่วมกับลดระดับอินซูลินที่หยดเข้าหลอดเลือดลง ภายหลัง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ให้อินซูลินเข้าสู่หลอดเลือดไปนาน 1 ชั่วโมง แล้วพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง น้อยกว่าร้อยละ 10 ควรให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำอีก 0.14 ยูนิตต่อกิโลกรัมและเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอีก 1 ชั่วโมงต่อมา เป้าหมายคือลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในอัตรา 50-75 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรต่อชั่วโมง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรลดอัตราอินซูลินให้เป็น 0.02-0.05 ยูนิตต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง พร้อมกับเปลี่ยนสารน้ำให้เป็น 5%D/NSS ในอัตรา 150-250 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และคงระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 150-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยควรได้รับ Short-acting insulin ต่อไปอย่างน้อยประมาณ 24-48 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็น Intermediate- acting insulin (NPH)

3.2 ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ฉีด Short-acting insulin 10 ยูนิต เข้าหลอดเลือดดำ และ 5-10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อทุก 1 ชั่วโมง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงเปลี่ยนไปฉีด Short-acting insulin เข้าใต้ผิวหนังทุก 4-6 ชั่วโมง พร้อมกับเปลี่ยนสารน้ำ 5DNSS/2 เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยขาดอินซูลินจนกระทั่งมีภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) กลับมาใหม่

4. การให้โพแทสเซียมทดแทน (Potassium) ผู้ป่วยที่มีภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) จะมีภาวะขาดโพแทสเซียมร่วมด้วยเสมอ ดังนั้นหลังจากการรักษาด้วยอินซูลินและสารน้ำทดแทนก็จะทำให้โพแทสเซียมเคลื่อนเข้าสู่เซลล์และมีการขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะมากขึ้น จนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้ออ่อนแรงตามมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับโพแทสเซียมทดแทนตั้งแต่เริ่มต้นชั่วโมงแรก ยกเว้นผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะหรือระดับโพแทสเซียมมากกว่า 5 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อลิตร ถ้าโพแทสเซียมน้อยกว่า 3 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อลิตร ให้ KCL (Potassium chloride) 20-30 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อชั่วโมง ถ้าโพแทสเซียม 3-4 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อลิตร ให้ KCL (Potassium chloride) 10 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อชั่วโมง และถ้าโพแทสเซียม 4-5 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อลิตร ให้ KCL (Potassium chloride) 5 มิลลิอิกควาเลนซ์ต่อชั่วโมง

5. การให้โซเดียมไบคาร์บอเนต (sodium bicarbonate) เมื่อ Arterail pH น้อยกว่า 6.9 จะให้โซเดียมไบคาร์บอเนต 100 มิลลิลิตรผสมน้ำ 400 มิลลิลิตรเข้าทางหลอดเลือดดำนาน 2 ชั่วโมง ควรระวังการเกิด โพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) หรือสมองบวมน้ำตามมาได้ รวมทั้งระดับแลคเตทและระดับคีโตนในหลอดเลือดก็ลดลงได้ช้า

6. รักษาสาเหตุการกระตุ้น เช่นการให้ยาฆ่าเชื้อ

7. ติดตามอาการระหว่างการรักษา

7.1 การติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง

7.2 การติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte)

7.3 ติดตามระยะพักฟื้น ในผู้ป่วยเบาหวานจะต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินอย่างต่อเนื่อง

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

##### การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความไม่สมดุลกรด-ด่าง เพื่อการแก้ไขภาวะไม่สมดุลกรด-ด่างและได้รับอินซูลินเพียงพอ
  - 1.1 ผู้ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรเพียงพอ
  - 1.2 ดูแลให้อินซูลินอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 2-4 ชั่วโมงเพื่อวางแผนการพยาบาล ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะรู้สึกหิวคล้ายจะเป็นลม เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็น ม่านตาขยาย อาจมีอาการสับสน ซึม หหมดสติ ต้องช่วยเหลือทันทีและรีบรายงานแพทย์
  - 1.3 บันทึกสัญญาณชีพประเมินอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะ DKA (Diabetic Ketoacidosis) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ ตรวจหาก๊าซในเลือดแดง(Arterial blood gas test) ดูแลให้โซเดียมคาร์บอเนต ต้องให้ด้วยความระมัดระวังโดยให้ทางหลอดเลือดดำช้าๆ ระวังภาวะหมดสติจากการให้ที่เร็วเกินไปและตรวจดูบริเวณผิวหนังว่ามีรอยร้าวออกนอกหลอดเลือดหรือไม่
  - 1.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพื่อให้สมองและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ แก้ไขและรักษาสมดุลอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte) ในร่างกาย
  - 2.1 สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังเหี่ยวยุ่น เบ้าตาลึก ริมฝีปากแห้ง และดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
  - 2.2 ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตอัตราการเต้นและจังหวะชีพจร บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและออกในทุก 8 ชั่วโมง สังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวเพื่อป้องกันการเกิดสมองบวม
  - 2.3 ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีภาวะโพแทสเซียมในร่างการสูงหรือต่ำกว่าปกติ โดยดูจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูแลให้ได้รับ อิเล็กโทรไลต์(Electrolyte) ตามการรักษาอย่างถูกต้องและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ติดตามผลตรวจอิเล็กโทรไลต์(Electrolyte) โดยเฉพาะโพแทสเซียม ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์
3. ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายหรือเสมหะ ทำให้ไม่เกิดการเกาะติดของเสมหะ ปอดขยายตัวได้ดี เป็นต้น ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 1-2 ครั้ง สวนปัสสาวะโดยใช้หลัก aseptic technique ดูแลสายไม่ให้หัก พับ งอหรือกดทับ ให้ปัสสาวะไหลออกดี ไม่ยกถุงปัสสาวะสูงกว่าผู้ป่วย บันทึกสี จำนวนและลักษณะของปัสสาวะ



### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย โดยการแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย อธิบายให้ทราบถึงความเจ็บป่วย อธิบายให้ทราบถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก รับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติ หลีกเลี่ยงสิ่งต่างๆที่อาจทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น
5. แนะนำการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ DKA(Diabetic Ketoacidosis) หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆโดยการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อินซูลินชนิดฉีด แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ดังนี้
  - 5.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้อินซูลินเกินขนาดหรือสาเหตุอื่นจะมีอาการกระหายน้ำ ทิวกระสับกระส่าย ใจสั่น หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น ให้รีบพัก ดื่มน้ำหวานหรือรับประทานของหวานทันที หากอาการไม่ทุเลาให้รีบมาพบแพทย์
  - 5.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อยและมาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หน้าแดง ให้รีบมาพบแพทย์โดยเร็ว
  - 5.3 แนะนำการฉีดอินซูลิน โดยวิธีการหมุนเวียนตำแหน่ง เช่น เริ่มจากแขนซ้าย ต้นแขนซ้าย ต้นแขนขวา บริเวณท้องและแขนขาตามลำดับ เพื่อป้องกันการเกิดเนื้อเยื่อไขมันหนาตัวมากเกินไป ซึ่งจะทำให้การดูดอินซูลินเป็นไปได้ช้าและแนะนำให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
  - 5.4 แนะนำการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ควรรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ผักมากๆโดยเฉพาะผักที่มีกากใยสูงซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ รักษาร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ไม่อยู่ใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อได้ง่าย เช่น หวัด วัณโรค

### 3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

#### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด: Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้ทางผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ซึ่งมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติข้อมูลของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีเป้าหมายสำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จากข้อมูลบริการโรงพยาบาลขอนแก่นใน ปีพ.ศ.2563 – 2565 พบสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ปี 2563-2565 ได้แก่ 170,187 และ 317 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 เป็นจำนวน 8, 10 และ 16 ราย จากอุบัติการณ์ที่พบในจำนวนนี้ทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นทุกปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วย DKA พบในผู้ป่วยเบาหวานที่ดื้ออินซูลินมากๆ ไม่ได้ได้รับการรักษา หรือบกพร่องในการดูแลตนเอง จนทำให้เกิดอาการ หายใจลำบาก สับสน อ่อนเพลีย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาแบบเร่งด่วนและหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการรักษาความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจจะรุนแรงมากขึ้นซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้จัดทำกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด โดยเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โดยผู้ศึกษา ได้ศึกษารวบรวมเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล

#### ขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย
2. รวบรวมเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจให้เหมาะสมกับความต้องการ
6. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน
7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
8. นำเสนอต่อผู้บังคับบัญชา
9. ปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
10. เผยแพร่ผลงานแก่หน่วยงานต่างๆ

### เป้าหมายของงาน

เพื่อวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ให้พ้นภาวะวิกฤตซับซ้อน อย่างถูกต้องรวดเร็วและได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย HN 65101446 AN 6563292 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 2 ตุลาคม 2565 อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล คลื่นไส้อาเจียน ไอแห้งๆ กินได้น้อยลง ขาดการฉีด Insulin 2 วัน 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไขมันในเลือดสูง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลบ้านไผ่ ระบุความรู้สึกตัวลดลง GCS E2V2M5 Pupil 3 mm Reactolight both eye แพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ No7.5 ซีด 22 ระดับน้ำตาล (17.45 น.) พบระดับน้ำตาลสูง แพทย์พิจารณาให้ Regular insulin (RI) 10unit vein push และ Regular insulin (RI) 10unit subcutaneous หลังให้ยาลดน้ำตาล 1 ชั่วโมงประเมินระดับน้ำตาลซ้ำ (18.45 น.) พบระดับน้ำตาลสูง แพทย์พิจารณาให้ Regular insulin (RI) 20unit vein push ประเมินระดับน้ำตาลซ้ำ (19.30 น.) ยังพบระดับน้ำตาลสูง แพทย์พิจารณาให้ Regular insulin (RI) 100unit ผสม 0.9% NSS 100 ml vein 5 cc/hr ตรวจปัสสาวะพบ ketone 3+ วัด สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/39 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ load NSS 2000 ml ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 89/51 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Norepinephrine 4 มิลลิกรัม ผสม 5DW 250 ml IV 5 cc/hr. การวินิจฉัย DKA แล้วส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น

แรกรับที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยตื่นลืมตาไม่รู้เรื่อง ประเมินระดับน้ำตาล Hight ให้ Regular insulin (RI) 100unit ผสม 0.9% NSS 100 ml vein 7 ml/hr HCO<sub>3</sub> 2.5 mmol/L ให้ 7.5 % NaHCO<sub>3</sub> 100 ml vein push then 7.5% NaHCO<sub>3</sub> 100 ml ผสม 5DW400 ml vein drip in 2 hr ให้ 0.45 Nacl 1000 ml vein drip 250 ml/hr ความดันโลหิต 122/73 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Norepinephrine 4 mg ผสม 5DW 250 ml IV 18 cc/hr การวินิจฉัยโรคมีภาวะ DKA with septic shock ประสานการย้ายเข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

แรกรับที่หอผู้ป่วยผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 เวลา 22.30 น. ผู้ป่วยตื่นรู้ตัวพอรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 35.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/93 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 % ให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ Pressure Control Ventilator (PCV) mode IP 20 RR 18 PEEP 5 FIO2 0.4 แพทย์พิจารณาให้ on fentanyl (10:1) vein drip 5 ml/hr หลังให้ยา Sedative ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี พบปัญหาเรื่อง septic shock ให้ Norepinephrine 4 mg ผสม 5DW 250 ml IV 18 cc/hr แพทย์พิจารณาเปิดเส้นเลือดดำใหญ่ที่คอ ปรับ Norepinephrine 8 mg ผสม 5DW 100 ml IV 10 cc/hr ผลทางห้องปฏิบัติการ Hemo culture ชนิดที่ 1 ขึ้น Gram negative bacilli ,Klebsiella Pneumoniae Susceptible Ceftazidime แพทย์พิจารณาให้ Ceftazidime 2 gm vein ทุก 8 ชั่วโมง มีภาวะ DKA ระดับน้ำตาล 599 mg/dL ผลทางห้องปฏิบัติการ Ketone 9.05 mmol/L Potassium 2.47mmol/L Phosphorus 0.31 mg/dL HCO<sub>3</sub> 3.6 mmol/L แพทย์พิจารณาให้ 7.5%NaHCO<sub>3</sub> 100 ml vein push on Regular insulin (RI) 100unit ผสม 0.9% NSS 100 ml vein 7 ml/hr on 0.45% NaCl 1000ml ผสม K<sub>2</sub>PO<sub>4</sub> 60 mEq vein drip 200 ml/hr และ 0.45%NaCl 1000ml vein 200 ml/hr ติดตาม DTX ทุก 1 ชั่วโมง ติดตาม VBG, Electrolyte ทุก 4 ชั่วโมง พบ NG coffee ground no fresh blood ให้ Omeprazole 40 mg vein ทุก 12 ชั่วโมง และติดตาม Hematocrit ทุก 8 ชั่วโมง (Hct 33 vol%) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการปรับลดระดับ Regular insulin และ Norepinephrine อย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วัน จนกระทั่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจหาค่าก๊าซในเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ พ้นจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อจนสามารถหยุดการให้ยา Regular insulin และ Norepinephrine ได้ เวลา 15.00 น วันที่ 4 ตุลาคม 2565 ต่อมาวันที่ 5 ตุลาคม 2565 แพทย์พิจารณาฝึกหายใจให้ผู้ป่วย และถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ แล้วดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ปรับ Flow 40 ลิตร/นาที FIO<sub>2</sub> 0.3 ขณะได้รับออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ 18 - 22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 99 - 100 % วันที่ วันที่ 6 ตุลาคม 2565 ได้รับออกซิเจน Cannula 5 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 97 - 99 % ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลของทีมีการรักษาพยาบาล หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 หลังให้การพยาบาลพบว่าปัญหาทุกปัญหาลดความรุนแรงลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมีความพร้อมด้านร่างกายแพทย์พิจารณาให้ย้ายหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 2 ดูแลย้ายผู้ป่วยตามแผนการรักษา ซึ่งได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และวางแผนให้คำแนะนำตามหลัก DMETHOD ก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 8 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยอยู่รักษารวมวันอยู่รักษา 6 วัน นัดติดตามการรักษาโรงพยาบาลบ้านไผ่ ให้กลับไปฉีด mixtard 36unit subcutaneous เข้า mixtard 18unit subcutaneous เย็น ให้รับประทาน omeprazole 1 เม็ด ก่อนอาหาร เข้าเย็น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงคุณภาพ / เชิงปริมาณ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 มีผลงานทางวิชาการด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.1.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาลพ้นจากภาวะวิกฤติ ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5.1.3 ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ พึงพอใจต่อการรักษาและการพยาบาลของทีมีสุขภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในหน่วยงานใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าของนักศึกษาและผู้อบรมงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1

6.2 ทราบถึงปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา

6.3 เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

6.4 เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับนักศึกษาพยาบาล และผู้ที่สนใจได้ศึกษาหาความรู้

6.5 เป็นแนวทางการศึกษาด้านการรักษาพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาด้านการบริการวิชาการและการเรียนรู้แก่ไข และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

7 ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะป่วยวิกฤต ระดับความรู้สึกตัวลดลงจึงทำให้การซักประวัติส่วนใหญ่มาจากญาติ ทำให้ข้อมูลบางอย่างญาติไม่สามารถตอบได้

7.2 พยาบาลที่หอผู้ป่วยหนักจำเป็นจะต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัย รักษา รวมทั้งการประสานงานกับสหวิชาชีพ เกี่ยวข้องถือเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของชีวิต

8 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดและผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนก่อนผู้ป่วยมีอาการทรุด National Early Warning Score (NEWS SCORE) เพื่อประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง และรายรายแพทย์เมื่อระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการดูแลให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา

## 9 ข้อเสนอแนะ

- 9.1 มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งในระยะเบื้องต้นและระยะวิกฤต
- 9.2 กำหนดเป็นแผนพัฒนาความรู้บุคลากรในหน่วยงานควรมีการจัดอบรมทางด้านวิชาการแก่พยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้รับบริการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระบบสนับสนุนให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง
- 9.3 มีการจัดมุมความรู้เกี่ยวกับเรื่องผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ให้กับผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป

## 10 การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ผลงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม1 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 11 ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวเพชรรัตน์ กาพย์แก้ว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... เพชรรัตน์ กาศย์แก้ว  
(นางสาวเพชรรัตน์ กาศย์แก้ว)  
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
(วันที่) ...../...../.....  
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเพชรรัตน์ กาศย์แก้ว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เพชรรัตน์ กาศย์แก้ว

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางพินรัฐ จอมเพชร)  
(ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล  
(วันที่) ...../...../.....  
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
(นายเสกสรร สุวรรณแพง)  
(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
รักษาราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
(วันที่) ...../...../.....  
10 พ.ค. 2566  
ผู้บังคับบัญชาที่เห็นชอบไป

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

### (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด

2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน ชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนฉับพลันที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 แต่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ง่ายและบ่อยกว่า เนื่องจากมีภาวะขาดอินซูลินที่รุนแรงกว่า ต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพราะ มีอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาภาวะที่กำลังคุกคามต่อชีวิต เช่น ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือด ให้ฮอร์โมนอินซูลินเพื่อแก้ภาวะอินซูลินไม่เพียงพอ ให้เกลือแร่ที่จำเป็น และติดตามระดับน้ำตาลอย่างใกล้ชิดและรักษาภาวะเจ็บป่วยที่เกิดร่วมด้วย เช่น ยาปฏิชีวนะ กรณีมีภาวะติดเชื้อ หรือรักษาภาวะช็อก เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่มักเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยได้เร็ว ให้การพยาบาลได้ทันเวลาเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อมั่นและเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและมีแนวคิดในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด: Diabetic Ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้ทางผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ซึ่งมีอันตรายถึงแก่ชีวิต จากข้อมูลบริการโรงพยาบาลขอนแก่นใน ปีพ.ศ.2563 – 2565 พบสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ปี 2563-2565 ได้แก่ 170,187 และ 317 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 เป็นจำนวน 8, 10 และ 16 ราย จากอุบัติการณ์ที่พบในจำนวนนี้ทำให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาภาวะที่กำลังคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการประเมินปัญหา การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง และการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด จะช่วยทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้



### กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ศึกษาปัญหาาร่วมกันทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด
  2. รวบรวมสถิติ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด จากเอกสารวารสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  3. เสนอหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อจัดทำแนวการพัฒนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด
  4. ทบทวนความรู้ เรื่อง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือดให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
  5. เรียบเรียงเนื้อหาและจัดทำแนวการพัฒนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
  6. นำเสนอผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้แนวการพัฒนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ประเมินผลการปฏิบัติ ทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เพื่อดำเนินการแก้ไข
  7. ติดตามผลการดำเนินงาน โดยเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วย
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- 4.1 เป็นแนวทางในการพัฒนสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลขอนแก่น
  - 4.2 เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ตามสมรรถนะที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง 100%
  - 4.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- 5.1 อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 80%
  - 5.2 ได้รับการทดสอบสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตนในกระแสเลือด ผ่านเกณฑ์ 80%

(ลงชื่อ) ..... เพชรรัตน์ กาศย์แก้ว .....

(นางเพชรรัตน์ กาศย์แก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ...../...../.....

ผู้ขอประเมิน

### 5.3 ด้านวิชาการ

มีส่วนร่วมในการสร้างและส่งเสริมการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการ รวมทั้งศึกษาวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาล

5.3.1 ร่วมปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ และผู้ที่มารับการอบรมในหน่วยงาน

5.3.2 สอนหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีและ/หรือเจ้าหน้าที่ใหม่ในหน่วยงาน

5.3.3 มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญาทางการพยาบาลของสาขา/กลุ่มงาน จัดทำคู่มือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหน่วยงาน

5.3.4 มีส่วนร่วมในการจัดอบรม หรือฝึกทักษะการพยาบาลเฉพาะอย่างแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในหน่วยงาน

5.3.5 กระตุ้นและส่งเสริมการให้บริการเชิงวิชาการในหน่วยงานและสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ

5.3.6 ระบุประเด็นที่ควรทำวิจัยในหน่วยงาน และมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัยทางการพยาบาล รวมทั้งการนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

### ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง “การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด (Preterm with Respiratory Distress Due to Congenital Pneumonia) : กรณีศึกษา” (พ.ศ. 2565)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอักเสบในทารกแรกเกิด ( Congenital Pneumonia) เป็นโรคในกลุ่มปัญหาทางเดินหายใจโรคหนึ่งที่พบได้บ่อย ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิดต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้องจากกุมารแพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีความสังเกต ละเอียดอ่อน รอบคอบ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของทารกและสามารถประเมินอาการ อาการแสดงของทารกแรกเกิดในระยะวิกฤตได้ ร่วมกับการมีความรู้เกี่ยวกับขบวนการสรีรวิทยาทารกแรกเกิดระยะวิกฤตอยู่ตลอดเวลา โดยมีหลักการดูแลทารกแรกเกิด ได้แก่ การดูแลอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การให้อาหารได้แก่ นม/และหรือสารน้ำตามแผนการรักษา การดูแลเฉพาะโรค ส่งเสริมสายสัมพันธ์พ่อแม่ ลูก และส่งเสริมพัฒนาการและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทารกที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทุกคน มีชีวิตรอดและเติบโตมีพัฒนาการสมวัย เป็นประชาชนที่มีคุณภาพดีไม่มีความพิการหลงเหลือให้เป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวหรือสังคมต่อไป

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอาการหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด (Preterm with Respiratory distress due to congenital pneumonia)

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (259 วัน) โดยคำนวณจากวันที่ประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา และไม่คำนวณถึงน้ำหนักตัว ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ทำให้เกิดปัญหาาระบบต่างๆของอวัยวะในร่างกาย เนื่องจากยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ เช่น ระบบการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร การย่อยการดูดซึมยังไม่ดี ระบบโลหิตวิทยา ระบบการขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันรวมทั้งการควบคุมอุณหภูมิจึงทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมา เช่น การหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจ หลอดเลือดหัวใจเกิน ติดเชื้อ ลำไส้อักเสบ อุณหภูมิร่างกายต่ำได้ง่าย เป็นต้น

ภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากปอดของทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ประกอบกับทารกติดเชื้อได้ง่ายจากระบบภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ ได้รับเชื้อจากมารดาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จึงทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดจากปอดอักเสบแรกเกิดมีอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าทารกมีหายใจลำบากคือ อาการหายใจเร็ว (tachypnea), ปีกจมูกบาน, หายใจหอบ, หายใจเฮือก, เขียว, หยุดหายใจ เป็นต้น

ปอดอักเสบในทารก (Congenital pneumonia) หมายถึง อาการแสดงการอักเสบและติดเชื้อที่ของปอดที่เกิดกับทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือติดต่อในระหว่างการคลอด มักตรวจพบตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุไม่เกิน 48 ชั่วโมง เชื้อกรัมนบวก (Streptococcus group A, B และ G) และเชื้อกรัมนลบ (E.coli, Klebsiella, Proteus และ Enterobacter)

อาการสำคัญได้แก่ หายใจเร็วและลำบาก เขียว ตัวเย็นผิดปกติหรือมีไข้ ฟังเสียงปอดอาจได้ยิน เสียงอากาศผ่านของเหลว (Rales)

ภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติเป็นฝ้าขาว และผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการมักพบเม็ดเลือดขาวต่ำหรือสูง เมื่อมีการติดเชื้อของทางเดินหายใจ ทำให้การหายใจลำบาก การอักเสบกระจายไปทั่วร่างกาย เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิต

พยาธิสภาพ ทารกที่มีภาวะปอดอักเสบตั้งแต่ในครรภ์มารดา (Congenital pneumonia) เมื่อปอดติดเชื้อ ทำให้มีการอักเสบของหลอดเลือด เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด macrophage ทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง ร่วมกับเกิดการยับยั้งการสร้างสาร surfactant ทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง เกิดการอักเสบเพื่อกำจัดเชื้อโรคออกสู่ระบบต่อมน้ำเหลือง ในถุงลมปอดจะมีของเหลวที่เกิดจากการอักเสบของปอดคั่งอยู่ ความจุปอดและความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้เลือดที่ไหลผ่านปอดจะไม่มีแลกเปลี่ยนก๊าซกับถุงลมปอด รวมถึงมีภาวะอุดตันทางเดินหายใจจากเยื่อบุทางเดินหายใจบวม และมีการสร้างเสมหะมาก นำไปสู่ภาวะหายใจลำบาก เกิดภาวะขาดออกซิเจน มีภาวะเลือดเป็นกรด และถ้าอาการรุนแรงอาจนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวได้ ซึ่งแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและให้การดูแลและรักษาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพหรือสามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

จึงมีความสนใจศึกษากรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต2 โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดใน ระยะวิกฤตดังกล่าว จากสถิติย้อนหลัง 3ปี (2562- 2564) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต2 คือ 133, 99 และ 133 ราย คิดเป็นร้อยละ62.4, 36 และ 51.5 ทารกที่มีภาวะปอดอักเสบแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยยังมีอัตราที่สูง คือ 143, 96, 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.1, 34.9 และ6.6 และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.29, 6.17, 3.64 เรียงลำดับจากปี 2562, 2563 และ 2564 ตามลำดับ จัดเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่เป็นสถิติทารกแรกเกิดที่รับไว้รักษาในโรงของพยาบาลขอนแก่น ซึ่งมีสาเหตุที่เกิดทั้งจากมารดาหรือจากทารกเองหรืออื่นๆ ถึงแม้ว่าทารกสามารถรักษาชีวิตรอด แต่บางรายอาจจำหน่ายกลับบ้านพร้อมความพิการจากพยาธิสภาพของโรคหรือผลจากการรักษา กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ครอบครัวต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หากครอบครัวขาดความรู้เรื่องการดูแลและไม่สามารถให้การดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง อาจส่งผลให้ทารกต้องกลับมาอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และเกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย เช่น บิดามารดามีความเครียดและวิตกกังวล เศร้าโศก การปรับตัวและปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวจะทำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีความรู้และสามารถให้การดูแลทารกที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาล อันจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารก พยาบาลผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความชำนาญในการดูแลทารกและสามารถถ่ายทอดความรู้ในการดูแลให้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.2.3 ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ และวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ และผลการฉายภาพรังสีทรวงอก

4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง

4.2.5 เปรียบเทียบโรค การดำเนินของโรค สาเหตุ การรักษากับทฤษฎี

4.2.6 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วินิจฉัย การวางแผนให้การพยาบาลและการวางแผนการจำหน่ายอย่างครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติของการพยาบาล กำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

4.2.7 ให้ความรู้และฝึกทักษะมารดาและผู้ดูแลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีภาวะหายใจลำบาก และให้มารดามีโอกาสสัมผัสทารกให้เร็วที่สุดที่มารดาพร้อม

4.2.8 ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กเพื่อขอรับข้อเสนอแนะ

4.2.9 นำแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

4.2.10 เปรียบเทียบเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่จะเกิดขึ้นกับเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ หากยังไม่บรรลุเป้าหมาย วิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ ประเมินซ้ำและปรับแผนการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลเพิ่มในกรณีพบปัญหา/ความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่

4.2.11 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลตามกรณีศึกษา วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกรณีศึกษา

4.2.12 เผยแพร่ผลงานกรณีศึกษาต่อพยาบาลในหน่วยงาน โรงพยาบาลต้นสังกัดและโรงพยาบาลในเครือข่าย

### 4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อมีแนวทางการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด ทารกหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด จำนวน 1 เรื่อง ดังนี้

#### กรณีศึกษา

การวินิจฉัยโรค Preterm with Very Low Birth Weight with congenital pneumonia

อาการสำคัญ: หายใจลำบากร่วมกับน้ำหนักตัวน้อยแรกเกิด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: G2 P1-0-0-1 GA 32 wks by U/S 31+ wks by Ballard score คลอดวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 เวลา 19.47 น. คลอด NL BW 1360 gm male APGAR 8,9,9 ได้รับยา dexamethasone 6 mg x 4dose (30/4/65-1/5/65) ได้รับ ยา ampicillin 2 gm x 3 dose (30/4/65-1/5/65) ก่อนคลอด

แรกคลอด ลักษณะ preterm ,tone ดี,ร้องเบา ทำ initial step

30 วินาที HR 130 bmp, tone ดี ร้องดัง dose (rly CPAP 5 cmH<sub>2</sub>O FiO<sub>2</sub> 0.3

1 นาที HR 120 bpm, toneดี reflex ดี ปากแดงมือเท้าเขียว หายใจเอง mild subcostal retraction On CPAP 5 cmH<sub>2</sub>O FiO<sub>2</sub> 0.3, monitor SpO<sub>2</sub>

3 นาที HR 110 bpm, toneดี reflex ดี หายใจมี mild subcostal retraction ปากแดงมือเท้าเขียว O<sub>2</sub>sat 70 % On CPAP 5 cmH<sub>2</sub>O ปรับเพิ่มFiO<sub>2</sub> เป็น 0.4, 0.6, 1.0 ตามลำดับ O<sub>2</sub>sat เพิ่มขึ้นเป็น 99-100%

5 นาที HR 140 bpm, toneดี reflex ดี แดงทั้งตัว, RR 30 bpm mild subcostal retraction O<sub>2</sub> sat. 99% ปรับเพิ่ม CPAP เป็น 6 cmH<sub>2</sub>O ปรับลด FiO<sub>2</sub> เป็น 0.8

7 นาที หายใจเฮือก try PPV PIP 20 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 0.8 x 1 cycle RR 30-35 bpm มี mild subcostal retraction O<sub>2</sub>sat. 99% On CPAP 6 cmH<sub>2</sub>O FiO<sub>2</sub> 0.6

10 นาที HR 140 bpm, toneดี reflex ดี หายใจได้เอง มี mild subcostal retraction แต่งตั้งตัว O<sub>2</sub>sat 99-100%, On CPAP6 cmH<sub>2</sub>O FiO<sub>2</sub> 0.4 ย้าย NICU2

#### ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

**Prenatal history:** Maternal Age 21 years, Maternal post Covid 19 (12 เมษายน 2565), 1<sup>st</sup>ANC GA 14+2 weeks ติดตามการตรวจครรภ์ที่ คลินิก จำนวน 3/6 ครั้ง ANC, complication: None, Maternal blood group O, Rh positive, Hct 35.8 %, HBSAg: negative, VDRL: negative, Anti-HIV: non-reactive ม ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เคยใช้สารเสพติด มารดาได้รับยา dexamethasone 6 mg x 4 doses (30/4/65-1/5/65) ได้รับ ยา ampicillin 2 gm x 3 doses (30/4/65-1/5/65) ก่อนคลอด

**Perinatal history:** 30/4/65 มารดามีอาการเจ็บครรภ์ มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น แพทย์ให้ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 30/4/65 เวลา 01.15 น., 01/05/65 เวลา 14.00 น. มี true labor, เวลา 19.40น. full dilate AM. เวลา 19.45 น. ย้ายเข้าห้องคลอด., เวลา 19.45 น. membrane rupture, amniotic fluid: clear เวลา 19.47 น. ทารกคลอด เวลา 19.48 น. รกคลอด Hour 1st stage 5 hr 40 min , 2nd stage 7 min , 3rd stage 1 min, Total hour of labor 5 hr 48 min, Total hour rupture membrane 3 min, Lab ANC : Hct 35%, VDRL:Non reaction ,HIV: negative , HbsAg : negative, blood group AB Rh : positive , Hb typing not done

ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันและยา แรกคลอดได้รับ Vit K 1 mg IM, Terramycin ป้ายตา 2 ข้าง , ยังไม่ได้รับวัคซีน HBV เนื่องจาก น้ำหนักแรกคลอด 1,360 gm

#### ประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ทารกเพศชายคลอดก่อนกำหนด อายุ 10 วัน, น้ำหนักแรกเกิด1,360 กรัม, ปัจจุบันน้ำหนัก 1,340 กรัม, น้ำหนักลดลง 20 กรัม, ลำตัวยาว 35 cm, ปัจจุบันลำตัวยาว40 cm, รอบศีรษะ 29 cm, ปัจจุบันรอบศีรษะ30 cm. วัดรอบกระหม่อมหน้าขนาด 2 x 2cm. กระหม่อมหลังขนาด 1 x 1 cm. รอบอก 25 cm, ปัจจุบันรอบอก 26 cm. เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต Classification of newborns - based on maturity and intrauterine growth จาก Ballard Maturation Score อายุครรภ์เท่ากับ 31 สัปดาห์ และ แบ่งทารกตามความสัมพันธ์ ระหว่างน้ำหนักแรกเกิดกับอายุครรภ์ทารกชายนี้มี น้ำหนักแรกเกิดเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Appropriate for gestational age: AGA)

**ประวัติสุขภาพครอบครัว** มารดาอายุ 21 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวบิดา, อายุ 24 ปี, ปฏิเสธโรคประจำตัวครอบครัว, ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อทางพันธุกรรม

#### สรุปอาการ การประเมินตามระบบ การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป (1-17/5/65)

ทารกเพศชาย G2 P1-0-0-1 GA 32 wks by U/S น้ำหนักแรกเกิด 1360 กรัม On CPAP 5 cmH<sub>2</sub>O FiO<sub>2</sub> 0.23 หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบาเร็วบางช่วง มี periodic breathing บางช่วง no desaturation no

apnea no cyanosis no retraction secretion น้ำลายค่อนข้างมาก ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath ตัวลาย capillary refill 2 วินาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น ผิวบาง normal S1S2 no murmur on lock สำหรับฉีดยาที่แขนข้างซ้าย On OG NO.8 ต่อ Syringe feed นม ,รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ,ท้องโป่งตึงเล็กน้อย กด soft วัดรอบท้อง 27 cm, On uvc line No. 5 ลึก 8.5 cm, on TPN 100 ml IV drip in 2 ml/hr , 20% SMOF 20.4ml + vitallipid 5.8 ml IV in 24 hr at 15.10น off TPN ,SMOF >on 12.5% DN/5 100m IV 2 ml/hr, BT = 37.1 c, HR = 154 bpm , RR = 44 bpm, BP68 / 45, o2 sat 97% ที่ขาข้างขวา วัดรอบหัว 30เซนติเมตร วัดรอบอก 26 เซนติเมตร วัดความยาว 40 เซนติเมตร การขับถ่ายปกติ at 16.00-24.00 น. ทารกมีซีมีลง (11/5/65) DOL 11 น้ำหนัก 1360 กรัม นอนหลับตา on CPAC 5 cmH2O FiO2 0.23 หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบา เร็วบางช่วง มี periodic breathing บางช่วง no retraction no apnea no cyanosis secretion น้ำลายค่อนข้างมาก ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath มีตัวลาย capillary refill 2 วินาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น ผิวบาง normal S1S2 no murmur On 12.5% DN/5 100 ml IV drip 2 ml/hr ที่แขนข้างซ้าย On OG NO. 8 ต่อ Syringe feed นม รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ท้องโป่งตึงเล็กน้อย กด soft วัดรอบท้อง 27 เซนติเมตรเท่าเดิม BT= 37°C, HR = 152 bpm, RR = 42 bpm, BP 78 /51(61), O<sub>2</sub>sat 99% ที่ขาข้างซ้าย at 13.00 น. ทารก off CPAP On HHHFNC 3 LPM FiO<sub>2</sub> 0.25 การขับถ่ายปกติ (12/5/65) น้ำหนัก 1,370 กรัม นอนหลับได้ on HHHFNC 3 LPM FiO<sub>2</sub> 0.23 หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบาเร็วบางช่วง มี periodic breathing no retraction no apnea no cyanosis secretion น้ำลาย ในปากเล็กน้อย ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath capillary refill 2 วินาที มีตัวลาย ปลายมือปลายเท้าอุ่น ผิวบาง normal S1S2 no murmur on 12.5% DN/5 100 ml IV drip 2 ml/hr ที่แขนข้างซ้าย on OG NO. 8 ต่อ Syringe feed นม รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ท้องโป่งตึงเล็กน้อย กด soft วัดรอบท้อง 27 เซนติเมตรเท่าเดิม BT = 36.8 c, HR = 142 bpm , RR = 48 bpm, BP 69/41 (42), o2 sat 98% ที่มีมือข้างขวา การขับถ่ายปกติ (13/5/65) น้ำหนัก 1,400 กรัม นอนหลับได้ on HHHFNC 3 LPM FiO<sub>2</sub> 0.23 หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบาเร็วบางช่วง มี periodic breathing no retraction no apnea no cyanosis secretion น้ำลาย ในปากเล็กน้อย ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath capillary refill 2 วินาที มีตัวลาย ปลายมือปลายเท้าอุ่น ผิวบาง normal S1S2 no murmur on 12.5% DN/5 100 ml IV drip 2 ml/hr ที่แขนข้างซ้าย On OG NO. 8 ต่อ Syringe feed นม รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ท้องโป่งตึงเล็กน้อย กด soft วัดรอบท้อง 27 เซนติเมตรเท่าเดิม BT = 36.8°C, HR = 142 bpm , RR = 48 bpm, BP 69/41 (42), O<sub>2</sub>sat 98% ที่มีมือข้างขวา การขับถ่ายปกติ (17/5/65) น้ำหนัก 1,460 กรัม ตื่นตื่นดี On O<sub>2</sub> Flow ตู 3 LPM try off O<sub>2</sub> at 08.00 น หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบาเร็วบางช่วง มี mild subcostal retraction, no apnea, no cyanosis, secretion น้ำลาย ในปากเล็กน้อย ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง, normal breath, capillary refill 2 วินาที มีตัวลาย ปลายมือปลายเท้าอุ่น ผิวบาง normal S1S2 no murmur, on TPN 100 ml IV drip in 7.6 ml/hr , 20% SMOF 14 ml + vitallipid 5.6 ml IV in 24 hr ที่แขนข้างซ้าย, On OG NO. 8 ต่อ Syringe

feed นม รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ท้องโป่งตึงเล็กน้อย กต soft วัดรอบท้อง 27 เซนติเมตร BT= 36.8 °C, HR= 146 bpm , RR= 56 bpm, BP 66/42 (51), O<sub>2</sub>sat 100% ที่มีมือข้างขวา ไม่ถ่าง

### การรักษา

#### การตรวจทางรังสีวิทยา

วันที่ 1/5/65 เวลา 21.59 น. CXR มี aeration 8 ช่อง มี infiltration both lungs, Abdomen meconium bubble

วันที่ 15/5/65 เวลา 05.28 น. CXR มี aeration 9 ช่อง มี infiltration both lungs พอเต็ม, dilate bowel.

วันที่ 16/5/65 เวลา 06.11 น. CXR มี aeration 8 ช่อง มี infiltration both lungs พอเต็ม, bowel gas

#### ประวัติการได้รับออกซิเจน (1/5/65-17/5/65) On CPAP 6 cmH<sub>2</sub>O FIO<sub>2</sub> 0.25 (1-3 พ.ค. 65)

On HHHFNC 3 LPM FIO<sub>2</sub> 0.25 (4-5 พ.ค. 65), On CPAP 5 cmH<sub>2</sub>O FIO<sub>2</sub> 0.25 (7-10 พ.ค. 65),

On HHHFNC 3 LPM FIO<sub>2</sub> 0.25 (11 พ.ค. 65), On O<sub>2</sub> cannular 0.25 LPM (12 พ.ค. 65), On HHHFNC 3

LPM FIO<sub>2</sub> 0.25 (13-15 พ.ค. 65), On O<sub>2</sub> flow 3 LPM (16-17 พ.ค.65) try on room air (17 พ.ค.65 at 8.00น.)

#### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC (9/5/65) WBC 23,100 uL, Hb 13 g/dL, Hct 36.1%, Plt 422,000 uL, N 61.7%, L 26.6%

CBC (11/5/65) WBC 24,200 uL, Hb 13.5 g/dL, Hct 36.3 %, Plt 515,000 uL, N 61.7%, L 26.6%, CRP 3.8 mg/L

CBC (13/5/65) WBC 19,700 uL, Hb 14 g/dL, Hct 39.3 %, Plt 571,000 uL, N 42.1%, L 42.4%, CRP 0.9 mg/L

#### การสอดใส่สายหรือเครื่องมือทางแพทย์

On UVC line (1/5/65-10/5/65), On lock ให้ยาที่แขนข้างขวา (10/5/65), On IV ที่แขนข้างขวา (11-18/5/65)

#### สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1: มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการทำงานของปอดยังไม่สมบูรณ์, ภาวะติดเชื้อที่ปอด และตัวนำออกซิเจนในเลือดลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2: มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และมีทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3: เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะตัวเหลือง เนื่องจากเม็ดเลือดแดงอายุสั้นและแตกง่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4: มีภาวะชืด เนื่องจากเม็ดเลือดแดงอายุสั้นและแตกง่าย



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5: เสี่ยงต่อภาวะได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการเจ็บป่วยและระบบทางเดินอาหาร/การดูดกลืนยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6: มีโอกาสเกิดภาวะ Hypothermia และ Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังไม่สมบูรณ์ และพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7: บิดามารดามีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร

#### ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ทารกคลอดก่อนกำหนดเพศชาย skin แดงดี ผิวหนังบาง มีตัวลาย(7/5/65-12/5/65) ล่าสุดยังคงมีตัวลายลดลง(17/5/65) capillary refill 2 วินาที ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่เขียว นอนหลับได้ มีซีมีลง (10/5/65 at 16.00 น.) น้ำหนัก 1,340 gm (10/5/65) เพิ่มขึ้นสม่ำเสมอ เฉลี่ยวันละ 10-30 gm ล่าสุดน้ำหนัก 1,460 gm (17/5/65) on CPAC 5 cmH<sub>2</sub>O FiO<sub>2</sub> 0.23 (10/5/65) switch to HHHFNC, O<sub>2</sub> cannular และ O<sub>2</sub> flow ตั้งตามลำดับ หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบาเร็วบางช่วง มี periodic breathing บางช่วง no desat no apnea no cyanosis on retraction secretion น้ำลายค่อนข้างมาก ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath ล่าสุด try off O<sub>2</sub> on room air (17/5/65) ทารกยังคงมี หายใจไม่สม่ำเสมอ มีเบาเร็วบางช่วง มี mild subcostal retraction no desat no apnea no cyanosis secretion น้ำลายลดลง ฟัง lung เท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath ฟัง Heart normal S1S2 no murmur, On OG NO. 8 ต่อ Syringe feed นม ,รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ,ท้องอืดโป่งตึงเล็กน้อย กต soft วัดรอบท้อง 27 cm (10/5/65-12/5/65) , On UVC line No. 5 ลึก 8.5 cm(1/5/65-10/5/65) off UVC (10/5/65), on TPN 100 ml IV drip in 2 ml/hr , 20% SMOF 20.4ml + vitallipid 5.8 ml IV in 24 hr (10/5/65) at 15.10น off TPN,SMOF >on 12.5% DN/5 100m IV 2 ml/hr (10/5/65-11/5/65) ได้สารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มี บวม แดง leak บริเวณที่ให้สารน้ำ, off IV(12/5/65) การขับถ่ายปกติ, BT= 36.8-37.1°C ไม่มีไข้, HR = 142-156 bpm, RR = 42-56 bpm, BP อยู่ในเกณฑ์ปกติ, o<sub>2</sub> sat 97-100% ได้รับยา cefotaxine (50 mkdose) 68 mg +5% DW up to 2 ml IV drip in 30 min q 6 hr (6,12,18,24) amikin (12 mkdose) 16 mg +5%DW up to 2 ml IV drip in 1 hr q 36 hr (12) then 8/5/65 16 mg + 5%DW up to 2 ml IV drip in 1 hr q 24 hr (24) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา วันที่ 13/5/65 ทารกมีปัญหาเพิ่มคือ รับ feed ไม่ได้ มี content เหลือ, ท้องอืด โป่งตึงมากขึ้น วัดรอบท้องได้ 27.5-28 cm (13/5/65), ผล Flim abdomen: dilate bowel loop ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล LP (13/5/65) พบ CSF protein 87.8, CSF sugar 48.4/113, ผล CBC (13/5/65) พบ WBC 19,700 uL, Hb 14 g/dL, Hct 39.3 %, Plt 571,000 uL, N 42.1%, L 42.4%, CRP 0.9 mg/L ติดตามผลการตรวจทางรังสีวิทยา วันที่ 14/5/65 เวลา 06.33 น. CXR มี aeration 7 ช่อง มี infiltration both lungs พอเต็ม, dilate bowel loopเท่าเดิม วันที่ 15/5/65 เวลา 05.28 น. CXR มี aeration 9 ช่อง มี infiltration both lungs พอเต็ม, dilate bowelลดลง วันที่ 17/5/65 เวลา 05.44 น. CXR มี aeration 8 ช่อง มี infiltration both lung มากขึ้น, Abdomen

normal แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยา off cefotaxime, amikin ให้ meropenam (40 mkdose) 55 mg +NSS 2 ml IV drip in 1 hr q 8 hr (6,14,22), metronidazole (7.5 mkdose) 11 mg IV drip in 30 min q 8 hr (6,14,22) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา ดูแลNPO(13/5/65-16/5/65) ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ล่าสุด ดูแลให้ได้รับนม BM only 4 ml x 8 feed via OG รับ feed ได้ ไม่มี content เหลือ ,ท้องอืดลดลง กต soft วัดรอบท้อง 27 cm (17/5/65) และดูแลให้ได้รับ TPN 100 ml IV drip in 7.6 ml/hr , 20% SMOF 14 ml + vitallipid 19.6 ml IV in 24 hr (10/5/65) ตามแผนการรับทารก ไม่มี บวม แดง leak บริเวณที่ให้สารน้ำ ทารกยังไม่ถ่าย(16/5/65-17/5/65) ดังนั้นทารกยังมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และมีทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย ยังต้องให้การดูแลต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1: มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการทำงานของปอดยังไม่สมบูรณ์, ภาวะติดเชื้อที่ปอด และตัวนำออกซิเจนในเลือดลดลง ทารกสามารถเอาออกซิเจนออกได้ หายใจเองแต่ยังมีหายใจไม่สม่ำเสมอต้องเฝ้าระวังอาการต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2: มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ และมีทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3: เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะตัวเหลือง เนื่องจากเม็ดเลือดแดงอายุสั้นและแตกง่าย ปัญหาตัวเหลืองหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4: มีภาวะช็อค เนื่องจากเม็ดเลือดแดงอายุสั้นและแตกง่าย ปัญหาหมดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5: เสี่ยงต่อภาวะได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากการเจ็บป่วยและระบบทางเดินอาหาร/การดูดกลืนยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ทารกยังได้รับนมทางสายให้อาหารต้องเฝ้าระวังอาการต่อและกระตุ้นให้ได้รับนมทางปากต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6: มีโอกาสเกิดภาวะ Hypothermia และ Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังไม่สมบูรณ์ และพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ต้องเฝ้าระวังอาการต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7: บิดามารดามีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร เฝ้าระวังอาการต่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3-4 ปัญหาหมดไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1-2,5-7 ยังคงมีปัญหาต้องได้รับการดูแลต่อ

## 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยทารกได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

5.2.2 ผู้ป่วยทารกและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจในการดูแลของทีมสุขภาพ

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะปอดอักเสบแรกเกิด

6.2 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปอดอักเสบแรกเกิด

6.3 เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานในห้องสมุดโรงพยาบาลและหอผู้ป่วย

6.4 เพื่อเป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาพยาบาล

6.5 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ใช้เป็นแนวทางในการสอนและปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพ

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด (Preterm with Respiratory Distress Due to Congenital Pneumonia) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอวัยวะภายในร่างกายไม่สมบูรณ์ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงและเสียชีวิตเป็นโรคในกลุ่มปัญหาทางเดินหายใจโรคหนึ่งที่พบได้บ่อย ทำให้ทารกมีอาการหายใจลำบากต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จากกุมารแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีความสังเกต ละเอียดย่อน รอบคอบ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของทารกและสามารถประเมินอาการ อาการแสดงของทารกแรกเกิดในระยะวิกฤตได้ ร่วมกับการมีความรู้เกี่ยวกับขบวนการสรีรวิทยาทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยมีหลักการดูแลทารกแรกเกิดได้แก่ การดูแลอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและรักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การให้อาหารได้แก่ นม/และหรือสารน้ำตามแผนการรักษา การดูแลเฉพาะโรค ส่งเสริมสายสัมพันธ์พ่อ แม่ ลูก และส่งเสริมพัฒนาการและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทารกที่เข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตทุกคน มีชีวิตรอดและเติบโตมีพัฒนาการสมวัย เป็นประชาชนที่มีคุณภาพดีไม่มีความพิการหลงเหลือให้เป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวหรือสังคมต่อไป

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีกุมารแพทย์ทั่วไปและกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาให้บริการรักษาผู้ป่วยและรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์อื่นที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจึงมีจำนวนค่อนข้างมากและมีอาการรุนแรงไม่คงที่ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีมีความรู้เกี่ยวกับขบวนการสรีรวิทยาทารกแรกเกิดและพยาธิสภาพของโรค มีความสังเกต ละเอียดย่อน รอบคอบ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของทารกและสามารถประเมินอาการ อาการแสดงของทารกแรกเกิดในระยะวิกฤตได้

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติที่มีอาการไม่คงที่ จากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะในร่างกาย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังการให้การดูแลรักษาพยาบาล จึงต้องมีการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเป็นระยะต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษา ขณะการดูแลรักษา และจำหน่ายออกจากหน่วยงานให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดในแต่ละราย บิดามารดาที่มีความมั่นใจและสามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

9.2 พยาบาลทารกต้องทำงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ มีความไว ช่างสังเกตและสามารถทำนายล่วงหน้าได้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่จะเป็นอันตรายต่อทารก

## 10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานแก่บุคลากร นักศึกษาและผู้สนใจในกรณีศึกษาตามความเหมาะสม

## 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ข้าพเจ้านางสาวชุตินา บุญไตรย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการพยาบาล)  
สัดส่วนที่ดำเนินการทั้งหมด 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ชุตินา บุญไตรย์.....

(นางสาวชุตินา บุญไตรย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

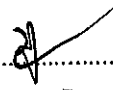
(วันที่) ..... 9 / มีนาคม / 2566 .....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชุตินา บุญไตรย์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ชุตินา บุญไตรย์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางพินรัฐ จอมเพชร)  
 (.....รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล.....)

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... 

(นายเสกสรร สุวรรณแพง)  
 (.....นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
 (ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ...../10 พ.ค. 2566.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

1. เรื่อง “การพัฒนาแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต”

2. หลักการและเหตุผล

ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากที่มีภาวะเจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิดที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกระยะวิกฤต มีปัญหาเรื่องอุณหภูมิร่างกายต่ำ, ปัญหาการหายใจลำบาก (Respiratory distress), ภาวะติดเชื้อในเลือด (Sepsis), การติดเชื้อที่ปอด (Pneumonia), การติดเชื้อในลำไส้ (Necrotizing enterocolitis) เป็นต้น ทำให้มีอัตราการตายสูง จากกรณีศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิดพบว่าในช่วงแรกเกิด มาด้วยอาการหายใจลำบาก มีอาการหายใจหอบ ปีกจมูกบาน ไซ้กล้ามเนื้อในการหายใจ และมีประวัติมีอาการเขียว จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารในช่วงแรกของชีวิต ต่อมาเมื่อทารกหายใจหอบลดลง แผนการรักษาต้องได้รับสารอาหารทางปากร่วมกับให้สารอาหารทางหลอดเลือด อาหารทารกเกิดก่อนกำหนดที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และดีที่สุดในนมแม่ จากสถานการณ์ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่ากลุ่มผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นทารกกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากระบบต่างๆ ของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ และปัญหาสำคัญที่ทำให้ทารกกลุ่มนี้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่การติดเชื้อ โดยเฉพาะการเกิดภาวะลำไส้อักเสบเกิดอันตรายต่อเยื่อปอด ทำให้มีปัญหาในการดูดซึมอาหาร มีการติดเชื้อเพิ่มและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเป็นสาเหตุการตายของทารกกลุ่มนี้ จึงเห็นความสำคัญของการให้สารอาหารในระยะเริ่มแรกต้องปลอดภัยต่อระบบการย่อยและดูดซึมของทารกเกิดก่อนกำหนด จำเป็นต้องได้รับนมแม่เพื่อช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหาร โรคลำไส้เน่าตาย ลดโอกาสการเกิดภูมิแพ้ ได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและทำให้มีพัฒนาการสมวัย ซึ่งจะช่วยให้การสร้างภูมิคุ้มกันโรคในทารกมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับมารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเรื่องนมแม่ มีความมั่นใจในการมีส่วนร่วมดูแลทารกพร้อมกับแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ ในการบีบเก็บน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงทารกเจ็บป่วยวิกฤตต่อเนื่อง จำหน่ายออกจากหน่วยงาน กลับบ้านได้ และต่อเนื่องระยะยาวถึง 6 เดือน

เนื่องจากโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลที่มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการณรงค์ให้ทารกได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน จากการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต 2 ที่ผ่าน มาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยยังคงค่อนข้างต่ำ อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวของทารกแรกเกิด ในปี 2562-2564 เท่ากับ ร้อยละ 37.33, 23.61 และ 27.67 อัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายของทารกแรกเกิดเท่ากับ ร้อยละ 85.2, 91 และ 96 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระดับนานาชาติ ซึ่งควรมากกว่าร้อยละ 80 และเป้าหมายของหน่วยงานมากกว่าร้อยละ 90 แต่พบว่ายังไม่มีแนวทางชัดเจน ผู้จัดทำจึงนำแนวทางในการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นแนวการพัฒนาโดยใช้วงจรปรับปรุงคุณภาพร่วมกับประยุกต์ใช้ “Spatz’s Model” โดยพัฒนาแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด ประยุกต์ตามแนวคิดของเดมिंग (Deming Cycle) พัฒนาแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดตาม “Spatz’s Model” ตามบันได 10 ขั้น ของนโยบายของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของมารดาทารกยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงเจ็บป่วยวิกฤต ผู้จัดทำจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตขึ้น เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนมแม่และการบีบเก็บน้ำนม มารดามีความมั่นใจมากขึ้นในการบีบเก็บน้ำนมแม่ โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้คอยให้การดูแล ให้การช่วยเหลือตามบริบทและความต้องการของแต่ละครอบครัว สอนและแนะนำการบีบเก็บน้ำนม การเก็บรักษาน้ำนม การรักษาปริมาณน้ำนมให้คงอยู่ วิธีการนํานมมาส่งให้ทารกที่โรงพยาบาล เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยได้รับนมมารดาและเพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเองได้อย่างถูกวิธีและมีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารก สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและครอบครัว กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดสายใยรัก ความผูกพันระหว่างทารกและครอบครัว

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ทารกเกิดก่อนกำหนดในกรณีศึกษามีภาวะหายใจลำบากจากปอดอักเสบแรกเกิด มีอาการเขียว และหายใจหอบเหนื่อย ออกซิเจนในเลือดไม่สม่ำเสมอ ต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนใช้เครื่องช่วยหายใจ และงดน้ำงดอาหารในช่วงวันแรก เมื่อทารกตอบสนองต่อการให้ออกซิเจน อาการหายใจหอบลดลง ค่าออกซิเจนทำให้และน้ำหนักตัวน้อยมีปัญหาผู้จัดทำได้เห็นความสำคัญน้ำนมของนมแม่แม่สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนกำหนด เช่น โรคจอประสาทตามืดผิดปกติชนิดรุนแรง การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย ภาวะลำไส้เน่าและภาวะลำไส้แปรปรวน เนื่องจากในน้ำนมแม่มีสารต่อต้านการติดเชื้อหลายชนิด ได้แก่ อิมมูโนโกลบูลินเอ แลคโตเฟอริน ไซโตไคน์ โอลิโกแซคคาไลน และเม็ดเลือดขาว องค์การอนามัยโลก มีนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกปกติทุกราย และทางโรงพยาบาลขอนแก่นมีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ทารกได้กินนมแม่ เพิ่มภูมิคุ้มกันให้ทารกที่ป่วย ป้องกันการติดเชื้อ สร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก และตอบยุทธศาสตร์กระทรวงและโรงพยาบาล ยุทธศาสตร์ที่ 3 : Prevention and Promotion (POP) Excellence นโยบายที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ บันไดสิบขั้นของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้จัดทำจึงได้ทำแนวทางพัฒนาการส่งเสริมนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วย ตามแนวคิดของ “Spatz’s Ten Steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants” ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สร้างโดย Professor Dr. Diane Spatz และในประเทศไทยได้มีการประชุมระดับนานาชาติเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเจ็บป่วย เมื่อวันที่ 22-24 มกราคม 2556 ที่กรุงเทพมหานคร โดยโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำมาปรับใช้ทั่วประเทศ ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีงานวิจัยรองรับทั้งทฤษฎีและประสิทธิผลของการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนด โดยสาระสำคัญของการประยุกต์ใช้แนวทางบันไดสิบขั้น ในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต มีดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 การให้ข้อมูล (informed decision) เป็นการให้ข้อมูลแก่มารดา ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมความพร้อมของมารดา

บันไดขั้นที่ 2 การกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และดูแลให้มีน้ำนมอย่างต่อเนื่อง (establishment & maintenance of milk supply) แนะนำมารดาเรื่อง การปั้มนมหรือบีบเก็บน้ำนม กระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม และให้ความรู้เกี่ยวกับสรีระของเต้านม การสร้างและหลั่งน้ำนม

บันไดขั้นที่ 3 การจัดการเกี่ยวกับนมแม่ (human milk management) แนะนำมารดาให้มีการจัดเก็บน้ำนมแม่ที่ปั้มออกหรือบีบออกอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การบันทึกรายละเอียด ชื่อ วัน เวลา จำนวนน้ำนมที่ได้ การเก็บรักษาน้ำนมในอุณหภูมิปกติและในตู้เย็น

บันไดขั้นที่ 4 การทำความสะอาดช่องปาก และการให้นมแม่แก่ทารก (oral care & feeding human milk) นมแม่ส่วนที่เป็นน้ำนมเหลือง (colostrum) แบ่งทำความสะอาดช่องปากทารกได้ และเก็บไว้ให้ทารกต่อเมื่อทารกกินได้

บันไดขั้นที่ 5 การส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin in care) ช่วยให้ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น อุณหภูมิกายคงที่ เพิ่มการเจริญของสมอง ทารกหลับได้ดี ลดความเจ็บปวดและเครียดของทารกได้ ช่วยลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล

บันไดขั้นที่ 6 การดูดเต้าเปล่า (non-nutritive sucking) ให้ทารกได้เรียนรู้การดูดนมมารดา สามารถให้ทารกดูดเต้าเปล่าโดยค้ำนึ่งอายุครรภ์และน้ำหนักตัว เตรียมความพร้อมหรือฝึกทารกก่อนดูดนมมารดาได้

บันไดขั้นที่ 7 การเปลี่ยนผ่านสู่การให้นมจากเต้า (transition to breast) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยไม่ สามารถดูดนมมารดาได้ทันทีการฝึกทารกดูดเต้าเปล่าบ่อยๆทำให้ทารกได้เรียนรู้และดูดได้ดีขึ้น และได้รับการช่วยเหลือในการเข้าเต้านม การจัดทำที่เหมาะสมและสบาย

บันไดขั้นที่ 8 การวัดปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ (measuring milk transfer) การชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังการดูดนมแม่แต่ละครั้ง (test weight) ช่วยยืนยันว่า ทารกได้รับนมเพียงพอหรือไม่ ให้มารดาและบุคลากรทางการแพทย์ตัดสินใจว่าจะต้องให้นมด้วยวิธีอื่น

บันไดขั้นที่ 9 การเตรียมจำหน่าย (preparation for discharge) ก่อนจำหน่ายควรฝึกทารกให้ดูดนมมารดาขณะที่มารดาอยู่โรงพยาบาล ให้ทารกดูดนมแม่ตามต้องการ

บันไดขั้นที่ 10 การเยี่ยมติดตาม (appropriate follow-up) หลังจำหน่ายทารกกลับบ้านเน้นย้ำให้นำทารกไปพบบุคลากรทางสุขภาพเพื่อได้รับคำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสม

แนวทางในการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอแนะแนวทางสำหรับพยาบาลทารกวิกฤต ในการช่วยเหลือสนับสนุนให้มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยวัดความรู้ก่อนการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต แล้วให้ความรู้โดยใช้แผนภาพข้อมูลสำคัญของการให้



นมแม่ สอนชี้แนะและฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล จัดพื้นที่ข้างเตียงในการให้นมแม่ จัดห้องให้การตักพักอยู่เฝ้าลูกได้ตามความต้องการ เน้นวิธีการจัดส่งนมที่ถูกต้องกับญาติหรือมารดาที่นำนมแม่มาส่ง หลังจากนั้นวัดความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต วัดความพึงพอใจพยาบาลและมารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด

ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยทั้งจากทารกที่เกิดก่อนกำหนดและสภาพอาการที่เจ็บป่วยวิกฤต ต้องคำนึงต่ออาหารนาน มีการอักเสบของลำไส้หรือสภาพช่องปากที่ผิดปกติ จากมารดาที่มีความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และความเชื่อแต่ละคนแตกต่างกัน สภาพกายภาพของเต้านมมารดาเป็นอุปสรรคให้ทารกดูดนม ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรที่แตกต่างกัน แนวทางในการให้ข้อมูลที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกันทำให้มารดาสับสน หากมีการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ทารกเหล่านี้ชัดเจนขึ้น คาดว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความพร้อมในการได้รับนมแม่จะได้รับอาหารที่ปลอดภัยคือนมแม่อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ในการพัฒนาแนวทางครั้งนี้เป็นเพียงแผนพัฒนาในระยะสั้นและเฉพาะในหน่วยงาน หากมีการศึกษาต่อเนื่อง มีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการใช้สื่อวีดีโอ สื่อทางอินเทอร์เน็ต หรือพัฒนาเป็นงานวิจัยการพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยงานอื่นๆ ระดับโรงพยาบาลได้ต่อไป

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 พยาบาลมีแนวทางการให้ความรู้มารดาในการส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเจ็บป่วยวิกฤตได้รับนมแม่ต่อเนื่อง

4.2 พยาบาลมีความพึงพอใจในแนวทางการส่งเสริมมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.3 มารดาทารกมีความพึงพอใจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวทางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 มารดาได้รับความรู้และช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป้าหมาย 100%

5.2 ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤตได้รับนมแม่ขณะรักษาต่อเนื่องจนจำหน่าย เป้าหมายมากกว่า 95 %

(ลงชื่อ) ..... ชุตติมา บุญไธม์ .....

(..... นางสาวชุตติมา บุญไธม์ .....) .....

(ตำแหน่ง) ..... พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ .....

(วันที่) ..... 3 ..... / ..... มีนาคม ..... / ..... 2566 .....

ผู้ขอประเมิน