การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด: กรณีศึกษา

อัจฉรา คงจัด*

บทคัดย่อ

ผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดเป็นโรคด้านศัลยกรรมทารกแรกเกิดเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่พบได้บ่อยและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัด มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและมีผลกระทบต่อครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ทักษะและประสบการณ์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางให้การพยาบาลครอบคลุมทุกปัญหา สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่รวดเร็ว ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย การดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพจะช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพสูงสุด ได้กลับเข้าสู่อ้อมอกของมารดา บิดา และเติบโตมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

จากกรณีศึกษา มารดา G3P2A0L1 อายุครรภ์ 37^{+5} สัปดาห์ ขณะตั้งครรภ์ 26 สัปดาห์ สูติแพทย์ทำอัลตราซาวด์พบว่าทารกมีลำไส้ออกนอกช่องท้อง มีการวางแผนการคลอดร่วมกับกุมารศัลยแพทย์ มารดาคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,570 กรัม มีลำไส้บางส่วนออกนอกช่องท้อง เตรียมทารกเพื่อการผ่าตัดปิดผนังหน้าท้อง ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ประสิทธิภาพการหายใจลดลง มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และอาจเกิดการติดเชื้อ อาจเกิดภาวะ hypovolemic shock มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะตัวเหลือง บิดาและมารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารก ปัญหาทางการพยาบาลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจึงใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม ร่วมกับการให้มารดา บิดามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา พบว่าขณะทารกรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะ hypovolemic shock ไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย มารดา บิดามีความรู้และเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกต่อที่บ้านได้ มาพบแพทย์ตามนัดดูดนมดี ขับถ่ายปกติ มีพัฒนาการปกติ

คำสำคัญ: ผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดปิดผนังหน้าท้อง ทารกแรกเกิด

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ภาวะผนังหน้าท้องแยกแต่กำเนิด (Gastroschisis) เป็นความพิการแต่กำเนิดด้านศัลยกรรมทารกแรกเกิด โดยมีผนังหน้าท้องบริเวณสะดือแยกเป็นช่องโหว่ ทำให้ลำไส้ และอวัยวะภายในออกมาอยู่นอกช่องท้องโดยไม่มีถุงคลุมลำไส้ สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติที่ตำแหน่งหลอดเลือดดำของสายสะดือ หลอดที่สองของถุงไส้เลื่อนบริเวณสายสะดือระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา ผนังถุงแตกและต่อมาถุงฝ่อตัวลงลำไส้จะออกมาอยู่นอกช่องท้องผ่านช่องแคบนี้และแช่อยู่ในน้ำคร่ำ ทำให้มีการระคายเคืองของเยื่อบุผนังลำไส้ เกิดการอักเสบ บวม หนา จับตัวเป็นก้อนลำไส้จะไม่มีการหมุนตัวและไม่ยึดติดกับผนังหน้าท้องด้านหลังกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก โดยลำไส้มักออกมาอยู่นอกช่องท้อง ร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วย[1-2] อาจมีภาวะลำไส้ตัน หรือมีลำไส้ทะลุได้ สาเหตุของลำไส้ตันเชื่อว่าเป็นผลมาจากการรัดตัวของช่องขนาดเล็กทำให้ลำไส้ขาดเลือด เน่า และเกิดการตัน เนื่องจากลำไส้เกือบทั้งหมดออกมาอยู่นอกช่องท้อง ทำให้ช่องท้องไม่พัฒนาและมักมีขนาดเล็ก โดยทั่วไปสามารถวินิจฉัยก่อนคลอดได้ โดยการตรวจอัลตราซาวด์ จะพบลักษณะลำไส้โป่งพองลอยอยู่ในน้ำคร่ำบริเวณฐานสายสะดือ การวินิจฉัยหลังคลอด พบขดลำไส้อยู่นอกผนังหน้าท้อง ที่สำคัญคือสายสะดือติดอยู่กับผนังหน้าท้องตรงตำแหน่งปกติ พบช่องที่ลำไส้ออกมาด้านขวาชิดกับสายสะดือ อุบัติการณ์เท่ากันทั้งในเพศชายและเพศหญิง นอกจากความผิดปกติที่ตัวลำไส้เอง เช่นการตัน หรือมีการทะลุแล้วความผิดปกติรูปอื่นที่พบร่วมมีน้อยมาก การรักษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่รุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษาภาวะดังกล่าวอย่างทันท่วงที โดยมีแนวปฏิบัติคือ ทำความสะอาดลำไส้ด้วย 0.9% NSS อุ่น คลุมด้วยวาสลีนก๊อซ แล้วพันรอบท้องด้วยก๊อซม้วนให้กระชับ ไม่แน่นหรือหลวมมากเกินไป โดยให้ลำไส้อยู่ตรงกลางหน้าท้องของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเสียดสีซึ่งจะทำให้ลำไส้บาดเจ็บ และป้องกันการกดทับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงลำไส้ ก่อนเคลื่อนย้ายทารกต้องควบคุมอุณหภูมิกายป้องกันการสูญเสียน้ำและความร้อนเพิ่มจากการระเหย อาจด้วยการสวมถุงพลาสติก ห่อตัว ให้นอนในตู้อบเคลื่อนที่หรือเครื่องควบคุมอุณหภูมิกายชนิดแผ่รังสี ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ป้องกันการขาดน้ำและเกลือแร่ ใส่สายยางให้อาหาร oro-gastric tube โดยใช้สายเบอร์ 10 เพื่อป้องกันท้องอืดจากการกลืนลมซึ่งจะรบกวนการหายใจของทารก ให้ยาปฏิชีวนะคลุมเชื้อกรัมบวกและกรัมลบและเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดเร่งด่วน ซึ่งสามารถทำการผ่าตัดแก้ไขได้ 3 วิธี[1-2] ได้แก่ primary fascial closure, skin flap closure และ artificial sac coverage อุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในทารก 4.5 - 4.9 คนต่อทารกแรกเกิด 10,000 คน 1 จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชในปี พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้ป่วย จำนวน 3, 0, 3 และ 4 คนตามลำดับ[3] แต่เนื่องจากมักไม่พบความพิการร่วมที่รุนแรง การพยากรณ์ โรคโดยรวมของทารกแรกเกิดที่มีภาวะผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดจึงดีขึ้นหากได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยทารกแรกเกิดดีขึ้นตามลำดับ โดยมีอัตราการมีชีวิตรอดในโรงพยาบาลทางที่มีทีมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทารกแรกเกิดในปัจจุบันมากถึง 100% เพื่อป้องกันอันตรายและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะหน้าท้องพิการแต่กำเนิด ทารกที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและระมัดระวังเป็นพิเศษในการดูแล จากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด กระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งการดูแลทารกต้องมีความละเอียดอ่อนและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะมีพยาธิสรีระที่บอบบางและมีอาการเปลี่ยนแปลงที่

รวดเร็ว รวมถึงภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ในทารกแรกเกิด เช่น ภาวะตัวเหลือง สูญเสียการได้ยินซึ่งอาจเกิดจากการได้รับยาปฏิชีวนะ งานด้านการพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางและให้การดูแล เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการเตรียม ให้การพยาบาลครอบคลุมทุกปัญหา การดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลทารกเกิดที่มีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ภาวะตัวเหลืองจากมีสารบิลิรูบินสูงในร่างกาย เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดร่วมกับมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและกุมารเวชกรรมชั้น 3 ตั้งแต่เดือนมีนาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2566

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน วิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ประเมินผล สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพศหญิงอายุ 30 นาที เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ย้ายทารกมากุมารเวชกรรมชั้น 3 ถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 17 วัน

อาการสำคัญ : ไม่มีผนังหน้าท้อง หายใจเร็วตื้นแรกคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มารดาอายุ 23 ปี G3P2A0L1 บุตรคนสุดท้ายอายุ 2 ปี อายุครรภ์ 37^{+5} สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์ด้วยอัลตร้าซาวด์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ผลเลือด VDRL : non reactive, HIV : negative, HBsAg : negative, Blood group "O", Rh : positive มารดาและบิดาปฏิเสธการแพ้ยา สารอาหาร โรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรม ขณะตั้งครรภ์อาการมารดาปกติ ตอนอายุครรภ์ 26 สัปดาห์มารดาไปฝากครรภ์ สูติแพทย์ทำการอัลตร้าซาวด์ ให้พบว่าทารกมีลำไส้ออกทางหน้าท้อง จึงส่งตัวมารดาไปโรงพยาบาลศิริราชเพื่อยืนยันผล ผลตรวจจากโรงพยาบาลศิริราชพบทารกมีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด จึงส่งตัวมารดากลับโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เพื่อรับทราบผลตรวจครรภ์และวางแผนการดูแลต่อ สูติแพทย์จึงส่งตัวมารดามาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สูติแพทย์ขอคำปรึกษาร่วมกับกุมารศัลยแพทย์ นัดมาทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 1 สัปดาห์ก่อนนัดผ่าตัด

คลอด มารดามีอาการเจ็บครรภ์จึงมาโรงพยาบาล ได้รับการยับยั้งการคลอด ด้วยยา Adalat ติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ (external fetal heart rate monitoring : EFM) ทารกมีภาวะ fetal distress จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ทารกเพศหญิงลักษณะครบกำหนด น้ำหนักแรกคลอด 2,570 กรัม Apgar Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 7 คะแนน ที่ 5 นาทีเท่ากับ 8 คะแนนที่ 10 นาทีเท่ากับ 9 คะแนน แรกคลอดทารกขยับแขนขาได้เล็กน้อย ร้องเสียงเบา เขียวปลายมือปลายเท้า มีเสมหะในทางเดินหายใจ เปิดทางเดินหายใจให้โล่งดูดเสมหะในปากและจมูก กุมารแพทย์ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก (positive air way pressure : PPV) นาน 30 วินาที จำนวน 2 ครั้ง ทารกร้องได้เล็กน้อย ตัวแดงดีขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ oxygen hood 5 ลิตร/นาที หลังได้รับออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99 เปอร์เซ็นต์ ทารกมีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด มีลำไส้ออกหน้าท้อง ห่อลำไส้ด้วยวาสลีนก๊อซ ก่อนย้ายทารกมาหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพื่อเตรียมผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มี

การประเมินแรกรับ : ทารกลักษณะครบกำหนด เพศหญิง ดิ้นยกแขน ขาได้พอควร ไม่ร้อง หายใจเร็วตื้น เสียงลมเข้าปอดดังครืดคราดทั้งสองข้าง on oxygen hood 5 ลิตร/นาที มีผ้าก๊อซพันห่อลำไส้ที่หน้าท้อง สัญญานชีพ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 154 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 63/38 (45) มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์

การตรวจร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป : ทารกคลอดครบกำหนด เพศหญิง ยกแขนขาได้ดี ผิวกายชมพู ปลายมือปลายเท้าคล้ำ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 154 ครั้ง/นาที หายใจเร็วตื้น ฟังปอดได้ยินเสียงครืดคราดทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 63/38 (45) มิลลิเมตร ปรอทค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ผนังหน้าท้องพิการ มีลำไส้บางส่วนออกนอกช่องท้อง มีผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ คลุมห่อลำไส้ พันรอบหน้าท้อง แรงขยับของหน้าท้องเวลาหายใจขึ้น - ลง เป็นปกติ

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา : CXR with abdomen พบ hypoaeration 6.5 rib, ETT just above carina. วันที่ 1 หลังนอนโรงพยาบาล CXR with abdomen พบ hypoaeration 6.5 - 8 rib both lung. วันที่ 3 CXR with abdomen ผลปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ส่งเลือดเพาะหาเชื้อไม่พบการติดเชื้อในเลือด CBC พบ WBC 18,820 cell/uL, Electrolyte : Ca^+ 9.6 mg/dL, Na^+ 129.3 mmol/L., capillary blood gas (CBG) : pH 7.227, PCO_2 53, PO_2 59, BE - 6.7, - 5.7, HCO_3 21.8, O_2 sat 86.4%, : respiratory acidosis, venous blood gas (VBG) : pH 7.340, PCO_2 29.2, PO_2 51.1, BE - 8.6, - 9.3, HCO_3 15.2, O_2 sat 82.8% : metabolic acidosis. วันที่ 1 หลังนอนโรงพยาบาล : ส่งเลือดเพาะหาเชื้อไม่พบการติดเชื้อในเลือด CBC พบ WBC 15,870 cell/uL., Electrolyte : Ca^+ 7.4 mg/dL., Na^+ 137.3 mmol/L. total bilirubin 13.74 mg/dL. microbilirubin 7.6 mg/dL.

การวินิจฉัยแรกรับ : Gastroschisis with mild birth asphyxia

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Gastroschisis with hyponatremia with hypocalcemia with hyperbilirubinemia

สรุปแผนการรักษาของแพทย์

ทารกเพศหญิง คลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้ำหนักแรกคลอด 2,570 กรัม Apgar score 1 นาทีเท่ากับ 7, 5 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 10 นาทีเท่ากับ 9 คะแนน แรกคลอดขยับแขนขาได้เล็กน้อย ร้องเสียงเบา เขียวปลายมือปลายเท้า ให้ออกซิเจนแรงดันบวกนาน 30 วินาที 2 ครั้ง อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ร้องได้เล็กน้อย ตัวแดงดีขึ้นค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์ กุมารแพทย์ให้การรักษา on O_2 hood flow 5 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99 เปอร์เซ็นต์ มีลำไส้บางส่วนออกทางหน้าท้อง พันห่อลำไส้ด้วยวาสลีนก๊อซ ย้ายทารกเข้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพื่อเตรียมทารกก่อนผ่าตัด แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอายุ 30 นาที ดิ้นยกแขนขาได้พอควร ไม่ร้อง หายใจเร็วตื้น เสียงลมเข้าปอดดังครืดคราดทั้งสองข้าง หน้าท้องมีผ้าก๊อซพันห่อลำไส้ ตัวเย็น อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 154 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 63/38 (45) มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ดูแลควบคุมอุณหภูมิกายให้อบอุ่นด้วยการจัดให้ทารกนอนบนเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี สังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด กุมารศัลยแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ เตรียมผ่าตัด Closure of abdominal wall defect ชนิด Primary fascial closure. โดยงดน้ำงดอาหาร ให้สารน้ำ 10% D/W 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 15 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะออกน้อยค้างสาย สีเข้ม ให้ 0.9% NSS 25 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ให้ภายใน 30 นาที ส่งทารกไปห้องผ่าตัด แรกรับกลับจากห้องผ่าตัด ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (endotracheal tube : ETT) ต่อ ambu bag กุมารแพทย์ให้การรักษาด้วยการ on ETT with respirator 2 วัน สัญญาณชีพปกติ ถอดท่อช่วยหายใจได้ เปลี่ยนการช่วยหายใจเป็น on RAM cannula with respirator mode CPAP ช่วงแรกหายใจเหนื่อยชายโครงดึงรั้งเล็กน้อย อัตราการหายใจ 50 - 56 ครั้ง/นาที ผลการวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดดำเป็นปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-100 เปอร์เซ็นต์ ภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ วันที่สี่หลังผ่าตัดทารกหายใจได้เองไม่เหนื่อยหอบ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หลังจากนั้นอัตราการหายใจ 52 - 56 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 - 100 เปอร์เซ็นต์ รวมวันใช้เครื่องช่วยหายใจ 5 วัน

หลังผ่าตัดยังคาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกได้น้อยกว่า 2.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์พิจารณาให้ 0.9% NSS 50 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไปทางลำไส้ หลังจากนั้นปัสสาวะออกได้ 8 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยังงดน้ำ งดอาหารทางปาก หนึ่งวันหลังผ่าตัดทารกมีปัญหาโซเดียมในเลือดต่ำ 129.3 mmol/L. เปลี่ยนการให้สารน้ำเป็น 10% D/N/3 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง กุมารแพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (peripherally inserted central catheter : PICC line) เพื่อให้สารน้ำ สารอาหาร และยาปฏิชีวนะ วันที่สองหลังผ่าตัดผลแคลเซี่ยมในเลือดต่ำ 7.4 mg/dL. ดูแลให้ 10% calcium gluconate 2.6 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1 dose ดูแลให้สารน้ำ สารอาหาร และไขมันทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ส่งเลือดเพื่อตรวจค่าโซเดียมและแคลเซี่ยมหลังได้รับการแก้ไข ผลเป็นปกติ ปัสสาวะออกได้ดี นำสายสวนปัสสาวะออกได้ ถ่ายปัสสาวะได้เอง ท้องอืด มีของเหลวเหลือค้างใน

กระเพาะอาหารออกเป็นเมือกสีเขียวประมาณ 10 - 70 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมงในช่วงสี่วันแรกหลังผ่าตัด ดูดทิ้งและทดแทนด้วย 0.9% NSS ตามปริมาณที่ดูดออก ทุก 4 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ ให้ใน 4 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกเกิดกระทั่งอายุ 6 วัน ทารกถ่ายอุจจาระสีเหลือง 1 ครั้ง ท้องมีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวดี แพทย์จึงให้ยาเหน็บ Glycerine ½ เม็ด เหน็บทวาร วันละ 1 ครั้ง จำนวน 2 วัน หลังจากนั้นทารกถ่ายอุจจาระได้เป็นปกติวันละ 1 - 3 ครั้ง และเริ่มให้นมแม่ทางสายยางให้อาหารปริมาณ 5 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง รับนมได้ดี ไม่สำรอก ท้องอืดเล็กน้อย สามารถเพิ่มปริมาณนมแมไม่ได้ทุกวัน วันละ 5 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง มีนมที่กำลังย่อยเหลือค้างในกระเพาะอาหารบางมื้อ ประมาน 2 – 6 มิลิลิตร/มื้อ แพทย์ให้ยา Motilium 0.5 มิลลิลิตร รับประทานวันละ 3 ครั้งหลังมื้อนม สามารถรับนมแม่ได้ดีขึ้น ไม่มีนมเหลือค้างในกระเพาะอาหารจึงเริ่มฝึกดูดกลืนนมแม่จากขวด ปริมาน 35 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง หยุดการให้สารน้ำ สารอาหารและไขมันทางหลอดเลือดดำส่วนกลางเมื่อเพิ่มปริมานนมแม่ได้ 45 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง รวมวันที่ใส่ PICC line 16 วัน กุมารศัลยแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ก่อนผ่าตัดให้ยา Ampicillin 260 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง Gentamicin 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกุมารแพทย์เพิ่มยา Claforan 135 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง หลังได้รับยาปฏิชีวนะ 1-2 วัน มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย รายงายกุมารแพทย์ ให้หยุดยา Gentamicin สังเกตอาการต่อ ผื่นแดงยุบลงเป็นปกติ หลังผ่าตัดวันที่หนึ่ง ผิวหนังรอบแผลมีรอยแดงเล็กน้อย ให้ยา Bactroban ointment ทารอบแผลผ่าตัดวันละ 3 ครั้ง วันที่ห้าหลังผ่าตัดกุมารศัลยแพทย์ตัดไหมให้ ก่อนย้ายทารกไปหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 3 แรกรับที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 3 ตรวจพบแผลมีหนองซึมเล็กน้อย ไม่มีกลิ่น ไม่มีไข้ รายงานแพทย์รับทราบ ให้เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง จนแผลผ่าตัดแห้งและติดดี ไม่มีเลือดหรือหนองซึม ไม่มีไข้ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ รายงานผลไม่มีเชื้อขึ้นใน 5 วัน เมื่อทารกอายุครบ 7 วัน แพทย์เปลี่ยนยาเป็น Claforan 135 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง รวมได้รับยาปฏิชีวนะฉีด 8 วัน อายุ 3 วันมีภาวะตัวเหลืองจากบิลิรูบินในเลือดสูง (total bilirubin : TB) เท่ากับ 13.74 mg/dl. กุมารแพทย์ให้ส่องไฟรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะส่องไฟ อาการตัวเหลืองลดลง หยุดการส่องไฟรักษา รวมส่องไฟรักษา 2 วัน วางแผนการดูแลทารกก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยให้มารดามาฝึกทักษะการดูดนมจากเต้า สอนแนะนำ และฝึกทักษะการเลี้ยงบุตร จนกระทั่งมารดาสามารถให้นมบุตรได้ และทารกดูดนมแม่ได้ดี แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของแผล อาการผิดปกติที่ต้องพามาพบแพทย์จนเข้าใจ และสามารถเลี้ยงบุตรได้ ตรวจสอบการได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบเข็มแรกและวัคซีนป้องกันวัณโรคแล้ว ตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์และโรคฟีนิลคีโตนูเรียแล้ว ตรวจคัดกรองการได้ยินผ่านทั้งสองข้าง แพทย์จำหน่ายทารกกลับบ้าน น้ำหนัก 2,825 กรัม นัดมาพบแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 17 วัน ติดตามโทรศัพท์เยี่ยมทารกหลังจำหน่าย 3, 7, 14 วัน ทารกดูดกลืนนมแม่ได้ดี ไม่สำรอก ท้องไม่อืด ขับถ่ายปัสสาวะวันละประมาน 10 ครั้ง ถ่ายอุจจาระได้เองไม่ต้องกระตุ้นวันละ 3-5 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ส่วนใหญ่นอนหลับตื่นร้องเมื่อหิว ผิวกายสีปกติ ไม่เหลือง สะดือหลุดแล้ว พาบุตรมาพบแพทย์ตามนัดทารกดูดกลืนนมได้ดี ขับถ่ายทุกวัน แผลดี น้ำหนักขึ้นดี นัดตรวจอีกครั้ง 6 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะก่อนกลับบ้าน

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนอาจเนื่องจากมีความผิดปกติภายในทรวงอกและช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกคลอดหายใจเร็วตื้น ขยับแขนขาได้เล็กน้อย ร้องเสียงเบา เขียวปลายมือปลายเท้า Apgar score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 7 คะแนน

2. ให้ออกซิเจนแรงดันบวก 30 วินาที 2 ครั้งที่ห้องผ่าตัด ร้องได้เล็กน้อย

3. on oxygen hood 5 ลิตร/นาที

วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน สามารถหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ตัว ปาก มือ เท้าแดงดี การหายใจปกติ ไม่พบการกลั้นหายใจขณะหายใจออก ไม่หอบ ไม่เหนื่อย ไม่มีปีกจมูกบาน เสียงหายใจเป็นปกติ อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้ทางเดินหายใจโล่งโดยใช้ผ้ารองบริเวณบ่า ไหล่ให้หน้าเงยเล็กน้อย เพื่อเพิ่มปริมาตรของช่องอกและปอดขยายตัวเพิ่มขึ้นป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น[4]

2. ดูแล on O_2 hood 5 ลิตร/นาที อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพพร้อมบันทึกเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง

4. ลดการรบกวนผู้ป่วยเพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจน[1]

การประเมินผล : ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจเร็วตื้นเล็กน้อย ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 58 - 68 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97 - 100 เปอร์เซ็นต์ ตัว ปาก มือ เท้าแดงดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 อาจมีการแตก ทะลุของลำไส้ ภาวะ intestinal non-rotation, intestinal atresia สูญเสียความร้อน น้ำและเกลือแร่ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน : ผนังหน้าท้องพิการมีรูโหว่ ลำไส้บางส่วนออกมานอกช่องท้อง

วัตถุประสงค์ : ป้องกันและเฝ้าระวังการแตก ทะลุของลำไส้ ภาวะ intestinal non-rotation, intestinal atresia สูญเสียความร้อน น้ำและเกลือแร่ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และทารกได้รับการผ่าตัดรักษาโดยด่วน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการแตก ทะลุ ของลำไส้ ภาวะ intestinal non-rotation, intestinal atresia

2. อุณหภูมิกายปกติ

3. ไม่สูญเสียน้ำและเกลือแร่ ปัสสาวะออกดี มากกว่า 0.5 - 1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

4. ไม่เกิดการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

การห่อลำไส้เพื่อป้องกันการแตก ทะลุของลำไส้ สูญเสียความร้อน น้ำและเกลือแร่ และป้องกันการติดเชื้อ เตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการห่อลำไส้[5] ได้แก่ 1. วาสลีนก๊อซ 2. ก๊อซแห้งปราศจากเชื้อ 3. 0.9% NSS อุ่น 4. ก๊อซม้วน 5. พลาสติกสำหรับห่ออาหาร และ 6. ถุงมือปราศจากเชื้อ

วิธีการห่อลำไส้

1. ใช้ก๊อซชุบ 0.9% NSS อุ่นหมาด ๆ เช็ดทำความสะอาดลำไส้อย่างเบามือ โดยขณะทำต้องสวมถุงมือปลอดเชื้อพยุงลำไส้ไว้ตลอดไม่ให้ขั้วลำไส้พับงอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด

2. ใช้วาสลีนก๊อซหุ้มลำไส้ไว้ให้ทั่วเพื่อป้องกันไม่ให้ลำไส้ติดกับก๊อซแห้ง

3. ใช้ก๊อซแห้งปราศจากเชื้อหุ้มวาสลีนก๊อซทับอีกครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียความร้อนออกไป โดยขณะห่อหุ้มให้จัดลำไส้ให้ขั้วของลำไส้ตั้งตรงเสมอ ห้ามเกิดการพับงอ

4. ใช้ก๊อซม้วนพันทับอีกครั้งโดยรอบเพื่อให้ลำไส้ตั้งอยู่ได้โดยไม่ล้มพับ

5. ใช้พลาสติกสำหรับห่ออาหารห่อทับอีกชั้นเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน

การดูแลก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

1. ให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยโดยนำทารกเข้าตู้อบขณะเคลื่อนย้าย เมื่อถึงหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจัดให้นอนบนเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี

2. ดูแลให้สารละลายเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำคือ 10% D/W 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 15 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ป้องกันภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำโดยใช้เครื่องควบคุมปริมาตร (infusion pump)

3. ใส่สาย Oro - gastric tube (OG tube) เบอร์ 10 เปิดปลายสายต่อลงถุงพลาสติกระบายลมออก เพื่อป้องกันท้องอืดจากการกลืนลม ซึ่งจะรบกวนการหายใจของผู้ป่วย

4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Ampicillin 260 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง Gentamicin 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำให้ใน 30 นาที ทุก 24 ชั่วโมง

5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตและประเมินปริมาณปัสสาวะ เพื่อประเมิณการทำงานของไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง รายงานแพทย์รับทราบ ปัสสาวะออกน้อยค้างสาย สีเข้ม รายงานกุมารศัลยแพทย์ ดูแลให้ 0.9% NSS 15 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำให้ใน 15 นาที ก่อนไปห้องผ่าตัด

การประเมินผล : ลำไส้ ไม่ แตก ทะลุ ไม่มีภาวะ intestinal non-rotation, intestinal atresia อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการ ตัวเย็น ตัวลาย หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ซึม หายใจหอบ ลำไส้ที่ยื่นออกมามีสีปกติไม่คล้ำและไม่บวม ปัสสาวะยังออกน้อยหลังกลับจากห้องผ่าตัด ได้รับการแก้ไขด้วยการให้ 0.9% NSS 15 ml vein drip ต่อมาทารกปัสสาวะออกได้ปริมานเป็นปกติ จึงถอดสายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะ hypothermia เนื่องจากสูญเสียความร้อนจากการที่มีลำไส้ออกมานอกช่องท้อง และสัมผัสอากาศภายนอกโดยตรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกรับอุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส

2. ตัว มือ เท้าเย็น ปลายมือ ปลายเท้าคล้ำ

3. พยาธิสภาพของโรค มีอวัยวะออกมานอกช่องท้อง พื้นที่ผิวสัมผัสอากาศเย็นของสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล : อุณหภูมิกายปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ตัว ปาก มือ เท้า อุ่นและแดงดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้นอนบนเครื่องควบคุมอุณหภูมิกายชนิดแผ่รังสี ปรับตั้งอุณหภูมิสภาพแวดล้อมความร้อนที่เป็นกลาง ประเมินอุณหภูมิกายซ้ำ 15-30 นาทีแรก ถ้าอุณหภูมิต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส ให้เพิ่มอุณหภูมิของเครื่องควบคุมอุณหภูมิกายครั้งละ 0.5 องศาเซลเซียส และประเมินซ้ำอีก 15- 30 นาทีถัดไป หากอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส 2 ครั้ง จึงวัดทุก 4 ชั่วโมง[1-2-7]
2. ล้างมือและเช็ดมือให้แห้งก่อนจับต้องตัวทารก[6-7]
3. เปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อเปียกชื้น และหลังขับถ่าย[6-7]
4. ประเมินอุณหภูมิกายทารกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
5. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น ตัว มือ เท้าเย็นหรือร้อน ผู้ป่วยซึมลง
6. ปรับอุณหภูมิภายในหอผู้ป่วยให้อยู่ที่ 25-28 องศาเซลเซียส ป้องกันลมเย็นจากเครื่องปรับอากาศพัดถูกทารกโดยตรง[7]

การประเมินผล : อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ตัว ปาก มือและเท้าอุ่นและแดงดี ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่แห้ง

ระยะที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ และอาจเกิดภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มจากการนำลำไส้กลับเข้าช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด closure of abdominal wall defect ชนิด primary fascial closure
2. ไม่สามารถหายใจได้ด้วยตัวเอง on ETT with ambu bag มาจากห้องผ่าตัด
3. หายใจหอบ มีการดึงรั้งของผนังทรวงอก

วัตถุประสงค์ : มีการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่ต้าน ไม่เหนื่อยหอบ จังหวะ ความลึก อัตราการหายใจ 40 - 60 ครั้ง/นาที และอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 100 - 180 ครั้ง/นาที
2. การขยายตัวของทรวงอกปกติ ไม่ดึงรั้ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ CBG อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตรวจตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องเสมอ[1-2]
2. สังเกตการณ์หายใจของทารก เช่น หายใจหอบเหนื่อย ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ และหน้าท้องตึงหรือไม่ เพราะแรงดันในช่องท้องสูงขึ้น กระบังลมทำงานได้ไม่ดี ประสิทธิภาพการหายใจอาจลดลง[1-2]

3. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากสีผิว และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดถ้าน้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ มีอาการเขียว ติดตามผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือ[1]

4. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินสภาพ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็น[2] จัดท่านอนให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยการจัดให้นอนราบ ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อเพิ่มปริมาตรของช่องอกและปอดขยายตัวเพิ่มขึ้นป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น[4]

5. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อประเมินการขยายตัวของปอด

6. ประเมินความเจ็บปวด โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยทารก (Neonatal infant pain scale : NIPS) และช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ห่อตัว ลูบ สัมผัสเมื่อตื่นดิ้น เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและพักผ่อนได้[1] ดูแลให้ fentanyl 2 mcg vein ทุก 4 ชั่วโมง

7. ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด และตรวจแผลผ่าตัดทุก 15 นาที เพื่อสังเกตการมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด

8. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง เมื่อคงที่จึงติดตามทุก 4 ชั่วโมง

9. สังเกตบริเวณขาทั้งสองข้าง ถ้าพบว่าบวม เขียว รายงานแพทย์ทันที

10. ตรวจดู capillary refill ทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 2 วินาที รายงานแพทย์[1]

11. สังเกตสี จำนวนปัสสาวะ ตรวจดูความโป่งพองของกระเพาะปัสสาวะ ไม่ควรน้อยกว่า 0.5 - 1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง[1]

การประเมินผล : ทารกนอนหลับได้เป็นส่วนใหญ่ ตื่นดิ้นขยับยกแขนขาบ้างบางครั้ง หายใจตามเครื่องช่วยหายใจเกือบตลอดหลังผ่าตัดวันแรก มีหายใจเองแทรกเครื่องบางครั้ง หลังตื่นรู้ตัว ไม่หอบ ตัว ปาก มือ เท้าแดงดี ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97-98 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 56-58 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 70/43 (53) มิลิเมตรปรอท ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดปกติ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้หลังผ่าตัด 5 วัน สัญญาณชีพปกติ ไม่พบอาการบวม เขียวของขาทั้งสองข้าง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลโซเดียมในเลือด 129.3 mmol/L.
2. ผลแคลเซียมในเลือด 7.4 mg/dl.
3. งดน้ำและอาหารทางปากตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเป็นเวลาหลายวัน
4. ได้รับ 10% D/W 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 15 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
5. มีของเหลวเหลือค้างในกระเพาะอาหารเป็นสีเขียว 10-70 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมงในช่วง 4 วันแรกหลังผ่าตัด
6. คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกน้อย

วัตถุประสงค์ : มีภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีอาการขาดน้ำเช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะน้อย สีเหลืองเข้ม ไม่มีอาการซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก กระสับกระส่าย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ ระดับโซเดียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 135-146 mEq/L. และระดับแคลเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 8.5-10.5 mg/dL.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและรายงานผลตรวจระดับเกลือแร่ทางห้องปฏิบัติการ
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 10% D/N/3 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 20 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. ระหว่างรอ PPN ด้วยเครื่องควบคุมปริมาตรสารน้ำ สารอาหารทางหลอดเลือด (Infusion pump) ดูแลให้ 0.9% NaCl 15 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่มระดับโซเดียมในเลือดดูแลให้ได้รับ 10% calcium gluconate 2.6 มิลลิลิตร ผสมกับ 5% D/W 2.6 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำให้ใน 1 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มระดับแคลเซี่ยมในเลือด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับโซเดียม และแคลเซี่ยม
4. ดูแลให้ PPN (11.7%D) ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ 20% SMOF 13 มิลลิลิตร ผสมกับ Vitalipid 4.5 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ให้ภายใน 24 ชั่วโมง
5. บันทึกลักษณะและปริมาณปัสสาวะ (ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง)
6. งดน้ำและอาหารทางปากตามแผนการรักษา
7. ใส่สายให้อาหารทางปากต่อปลายลงถุง เพื่อลดความดันในช่องท้องและป้องกันการสำลัก สังเกตลักษณะ สี และปริมาณของเหลวที่ค้างในกระเพาะอาหาร[2]
8. ดูดของเหลวที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร โดยดูดออกมาทิ้งทุก 4 ชั่วโมง และให้ 0.9% NaCl ทางหลอดเลือดดำทดแทน
9. บันทึกจำนวนสารน้ำ สารอาหารที่เข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ[2]
10. สังเกตอาการผิวหนังแห้ง ตาลึก กระหม่อมบุ๋ม ซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง สั่น เกร็ง กระตุก กระสับกระส่าย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ
11. ติดตามสัญญานชีพทุก 4 ชั่วโมง
12. ชั่งน้ำหนักทุกวันในช่วงเวลาเดียวกัน[2]

การประเมินผล : ทารกท้องอืดกดนิ่ม ดูดของเหลวที่เหลือค้างในกระเพาะได้เมือกสีเขียว ปริมาณลดลงทุกวัน ท้องไม่อืด เริ่มรับนมได้ ไม่พบอาการผิวหนังแห้ง ตาลึก กระหม่อมบุ๋ม ซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง สั่น เกร็ง กระตุก กระสับกระส่าย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดัน ติดตามระดับเกลือแร่ ผลเป็นปกติ ปัสสาวะปกติ น้ำหนักขึ้นวันละ 20-30 กรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 อาจเกิดภาวะติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกแรกเกิดภูมิต้านทานโรคต่ำ

2. มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง หลังผ่าตัด 1 วันพบผิวหนังหน้าท้องแดง หลังผ่าตัด 5 วันแผลมีหนองซึมเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : อุณหภูมิกายปกติ แผลผ่าตัดไม่บวม แดง ร้อน แห้งและติดดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมืออย่างถูกต้องครบทั้ง 7 ขั้นตอนและตามหลัก 5 Moments
2. ดูแลให้ได้รับการทำความสะอาดแผลวันละ 2 ครั้งด้วย 70% แอลกอฮอร์ ทายา Bactroban ointment บริเวณแผลวันละ 3 ครั้ง
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา[1-2]
4. เฝ้าระวังการติดเชื้อโดยวัดสัญญาณชีพเพื่อสังเกตอุณหภูมิร่างกาย อาการแสดงการติดเชื้อเช่น มีไข้ ตัวเย็น ซึม แผลบวม แดง มีหนอง[1]
5. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักสะอาด (aseptic technique) อย่างเคร่งครัด
6. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ตา จมูก ปาก สะดือและหูทุกวัน วันละ 1 ครั้ง)
7. ทำความสะอาดเตียงนอนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวทารกทุกวัน
8. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ
9. ดูแลให้นมแม่ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติอุณหภูมิกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่บวม ไม่แดง ไม่มีหนองซึม ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น อุณหภูมิกาย สูงหรือต่ำจากเกณฑ์ปกติ ซึม ตัวเย็น รับนมได้ดี ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ ไม่มีมูกเลือดปน
3. ผลตรวจเพาะเชื้อเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติ ผลเพาะเชื้อเลือดก่อนและหลังผ่าตัดไม่พบเชื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะตัวเหลืองจากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. อายุ 3 วันสารบิลิรูบินเท่ากับ 13.74 mg/dl
2. มารดามีเลือดกรุ๊ปโอ Rh positive

วัตถุประสงค์ : ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะสมองได้รับอันตรายจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล : ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะสมองได้รับอันตรายจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ถอดเสื้อผ้าทารกออกเหลือเพียงผ้าอ้อมอย่างเดียว และจัดให้ทารกนอนภายใต้แสงไฟส่องตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ

2. หากทารกมีการขับถ่ายควรเปลี่ยนผ้าอ้อมใหม่ทุกครั้ง รวมทั้งสังเกตลักษณะและจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

3. ไม่ทาแป้ง น้ำมัน หรือโลชั่น เพราะอาจมีส่วนผสมของสารที่ทำให้เกิดการสะท้อนของแสง[6]

4. ปิดตาทารกด้วยผ้าปิดตาที่ปราศจากเชื้อ ปิดตาให้สนิท เพื่อป้องกันการระคายเคือง และการเกิดเยื่อบุตาอักเสบ และควรหมั่นสังเกตผ้าปิดตา เนื่องจากอาจเกิดการเลื่อนหลุด

5. จัดท่านอนให้กับทารกในท่านอนหงาย ตะแคง โดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้สัมผัสแสงไฟ และจัดให้นอนตรงกลางของแผงไฟในระยะห่างจากตัวทารก ประมาณ 30 เซนติเมตร

6. ดูแลให้ทารกให้นมมารดาทุก 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพของการขจัดบิลิรูบินออกจากร่างกาย

7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

8. ดูแลเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับบิลิรูบินทุก 24 ชั่วโมง

9. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ เช่น ผิวแห้ง ผื่นแดงตามผิวหนัง สีผิวคล้ำออกเขียวแก้มน้ำตาลและถ่ายอุจจาระเหลวเป็นสีเขียว

10. สังเกตอาการผิดปกติของทารก เช่น ดูดนมไม่ดี ซึมลง ร้องเสียงแหลม เคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาเจียนหลังได้รับนม ตัวเขียว ชักเกร็ง

การประเมินผลการพยาบาล : ได้รับการส่องไฟอย่างต่อเนื่อง ตัวเหลืองลดลง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ ค่าบิลิรูบินเท่ากับ 7.6 mg/dL หยุดส่องไฟ

ระยะที่ 3 ระยะก่อนจำหน่าย และการพยาบาลเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มารดาและบิดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารก และไม่มั่นใจในการดูแลทารกต่อที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน : บิดา มารดามีสีหน้าวิกกังวล พูดคุยและซักถามถึงอาการของทารกบ่อย

วัตถุประสงค์ : ลดความวิตกกังวล มีความรู้ และทักษะการดูแลทารกที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ได้รับความรู้ เข้าใจอาการ อาการแสดง และแนวทางการรักษาของแพทย์

2. มีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษากับทีมแพทย์ พยาบาล

3. มารดาสามารถให้การดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการดูแลผู้ป่วยกับมารดาและบิดา

2. เปิดโอกาสให้มารดาบิดาได้พบกุมารศัลยแพทย์ กุมารแพทย์เพื่อซักถามข้อสงสัย ปัญหา และความวิตกกังวลในการดูแลทารก[2]

3. ให้ข้อมูลเรื่องโรคซ้ำอีกครั้ง แล้วให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน แนวทางการรักษาที่ทารกได้รับ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน โดยครอบคลุม ข้อควรระวัง การสังเกตความผิดปกติ และการแก้ไขเบื้องต้น ก่อนนำส่งโรงพยาบาลหากมีเหตุฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังนี้[2]

3.1 แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดปิดผนังหน้าท้อง เช่น อาการของกลุ่มลำไส้สั้น เช่น ซึม ท้องอืดตึง ท้องบวมแดง ดูดนมได้น้อย น้ำหนักลด

3.2 แนะนำการสังเกตสีกลิ่น จำนวน และลักษณะของอุจจาระที่จะบอกถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์เช่น มีกลิ่นเหม็น มีมูกเลือดปน เป็นต้น

3.3 แนะนำการให้นมแม่ต่อเนื่อง เนื่องจากน้ำนมแม่ย่อยง่าย และมีภูมิคุ้มกันโรค

4. เตรียมความพร้อมให้มารดาก่อนนำทารกกลับบ้าน โดยให้มารดาฝึกการอุ้มให้นม อุ้มเรอ สังเกตอาการท้องอืด สำรอก การดูแลเมื่อทารกขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และการทำความสะอาดร่างกาย

5. ชื่นชมมารดา บิดาเมื่อนำนมมาให้ทารก ให้กำลังใจกับมารดาและบิดาของทารก ให้พวกเขาฟันผ่าอุปสรรคครั้งนี้ไปกับทารกให้ได้

6. แนะนำให้มาตรวจตามนัดและรับวัคซีนตามนัด

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาและบิดามีสีหน้าสดชื่น เข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงของโรค และแนวทางการดูแลรักษาของแพทย์ มารดามีความมั่นใจที่จะกลับไปดูแลทารกต่อที่บ้านได้ สามารถบอกสิ่งที่ต้องประเมิน ผู้ป่วยได้และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดเป็นปัญหาด้านศัลยกรรมทารกแรกเกิด ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างรีบด่วน มีความซับซ้อนในการดูแลและรักษาอย่างมาก การสื่อสารที่ดีกับทีมแพทย์ เภสัชกรและญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษาจะส่งผลให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีปัญหาภาวะผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดซึ่งทราบตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์จากการทำอัลตราซาวด์ จึงมีการวางแผนการดูแลทารกตั้งแต่ในครรภ์โดยทีมสูติแพทย์ กุมารศัลยแพทย์และกุมารแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกหลังคลอด เมื่อทารกคลอดมีภาวะขาดออกซิเจนร่วมด้วย ได้รับการช่วยหายใจด้วยการให้ออกซิเจน และทำความสะอาดลำไส้ที่ยื่นออกมานอกช่องท้องก่อนห่อลำไส้ทันที เพื่อป้องกันภาวะตัวเย็น และติดเชื้อที่รุนแรงก่อนเข้ารับการผ่าตัดปิดหน้าท้อง หลังผ่าตัดประสิทธิภาพการหายใจลดลงและอาจเกิดภาวะ hypovolemic shock จากการดันลำไส้เข้าช่องท้อง ดูแลให้การหายใจมีประสิทธิภาพด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้การดูแลระบบทางเดินหายใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ ทารกตัวเย็นดูแลจัดให้นอนในเครื่องควบคุมอุณหภูมิกายชนิดแผ่รังสี ประเมินการทำงานของไตใส่สายสวนปัสสาวะแก้ไขภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ปรับการให้สารน้ำ สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง และดูแลให้นมแม่ตามแผนการรักษา อาจติดเชื้อแผลผ่าตัดดูแลให้ยาปฏิชีวนะและสังเกตอาการแพ้ยา หลังได้รับยาทารกมีผื่นแดงขึ้นตามร่างกายแพทย์จึงพิจารณาหยุดยา gentamicin และสังเกตอาการแพ้ยา หลังหยุดยาผื่นแดงลดลงผิวหนังเป็นปกติ มีภาวะตัวเหลืองจากมีสารบิลิรูบินสูงในเลือด ดูแลให้ได้รับการส่องไฟรักษา สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟและส่งเลือดตรวจค่าบิลิรูบินเพื่อประเมินอาการ ขณะส่องไฟไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ตัวเหลืองลดลง ค่าบิลิรูบินลดลง รวมถึงบิดา มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารก ไม่มั่นใจการดูแลทารกต่อที่บ้าน พยาบาลทำหน้าที่ประสานให้บิดา มารดาได้พบปะพูดคุยกับแพทย์ และให้ข้อมูลซ้ำ รวมถึงให้กำลังใจมารดา บิดา กระตุ้นการนำส่งนมแม่อย่างต่อเนื่อง ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกก่อนกลับบ้าน แพทย์อนุญาตให้ทารกกลับบ้านได้ รวมรักษาตัวใน

โรงพยาบาล 17 วัน จะเห็นได้ว่าพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างใกล้ชิด ต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ที่จะปฏิบัติได้ถูกต้องในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการรักษาก่อนและหลังผ่าตัด และได้รับการทำหัตถการสำคัญ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลให้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหารทางปาก การให้อาหารทางสายยาง เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น มีการวางแผนการพยาบาลที่จะต้องทราบการดำเนินของโรค และมีการสังเกตที่ละเอียดจึงจะสามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนให้ปลอดภัย และระบบทางเดินอาหารและระบบหายใจสามารถกลับมาทำงานปกติ หลังได้รับการแก้ไขเพื่อช่วยชีวิต ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตจากโรคที่เป็นสาเหตุต้องเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

ภาวะผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดเป็นปัญหาด้านศัลยกรรมในทารกแรกเกิด ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤต การประเมินทารกในครรภ์ด้วยการอัลตราซาวด์สามารถทราบผลได้แต่ต้นสามารถวางแผนให้การดูแลมารดาและทารกในครรภ์ได้ด้วยการส่งตัวมารดามาฝากครรภ์ต่อในโรงพยาบาลที่มีกุมารศัลยแพทย์ ดังนั้น โรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์หรือมีแพทย์ใช้ทุนควรได้รับการพัฒนาทักษะการทำและอ่านผลอัลตราซาวด์ในครรภ์ได้ถูกต้อง พยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดมีความรู้และทักษะด้านศัลยกรรมมีน้อย เนื่องจากพบภาวะนี้ได้น้อยเช่นกัน แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วผลกระทบต่อทารกและญาติมาก พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะการห่อลำไส้เพื่อการส่งต่อทารกที่ดีมีประสิทธิภาพก่อนเข้ารับผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ ทั้งทางด้านร่างกายและวุฒิภาวะ การให้ความรู้ คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การได้รับการตรวจครรภ์อย่างต่อเนื่อง เพราะสามารถใช้ Prenatal ultrasound มาวินิจฉัยภาวะผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิดได้ตั้งแต่ในระยะที่ 2 ของการตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนสถานที่คลอด การส่งต่อทารกเข้ารับการรักษาในสถาบันที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา ส่งผลให้ทารกปลอดภัยลดอัตราการติดเชื้อและลดอัตราตายหรือพิการได้

2. การนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานการใช้เหตุผล การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นเป็นประจำทุกวันนานวันจึงพบ แต่เมื่อพบแล้วสร้างความวิตกกังวลในการให้การดูแลทันทีเมื่อแรกเกิด ประกอบกับมีพยาบาลใหม่ที่ยังมีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง ด้านการดูแลผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมแรกเกิด เพื่อให้มีความรู้ และมีความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิด และการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่อาจเกิดขึ้นกับทารกได้

3. จัดทำแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการรายบุคคลแบบองค์รวม

4. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ในรูปแบบเอกสารและ QR code เพื่อให้การดูแลทารกตั้งแต่แรกคลอด ด้วยเทคนิคการห่อลำไส้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันอุณหภูมิกายต่ำก่อนการเข้ารับการผ่าตัด closure of abdominal wall defect.

เอกสารอ้างอิง

1. เอื้องดอย ตันฑะพงศ์. การประชุมวิชาการประจำปี 2556, Advanced Neonatal Care. สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์; 2556.
2. ประสิน จันทร์วิทัน, มาลัย มั่งชม. การประชุมวิชาการประจำปี 2559, Critical Conditions in Neonates. สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภาพรรณ เงินฉ่ำ, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, น้ำทิพย์ ทองสว่าง. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์; 2559.
3. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ. เวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2563 - 2566. สุพรรณบุรี: โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2566
4. ธานินทร์ พิรุนเนตร, รัชฎา อนันต์วรปัญญา. การประชุมวิชาการประจำปี 2564, Important Issues in Neonatology. สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: อินเตอร์ พริ้นท์ ซัพพลาย; 2564.
5. กานดา มณีแสง. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีผนังหน้าท้องพิการแต่กำเนิด. [อินเตอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก http://he01.tci-thaijo.org.
6. อนุชา ธาตรีมนชัย, น้ำทิพย์ ทองสว่าง. การประชุมวิชาการประจำปี 2566, Practice Updates in Neonatology. สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: อินเตอร์ พริ้นท์ ซัพพลาย; 2566.
7. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การประชุมวิชาการประจำปี 2565, Practice Towards Good Outcomes. สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: อินเตอร์ พริ้นท์ ซัพพลาย; 2565.