



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลทารกที่มีภาวะรูเปิดของโพรงจมูกด้านหลังตีบตันสองข้าง (Bilateral Choanal Atresia) และได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy) : กรณีศึกษา

พรรณชล ไวกะบุรณ์ *

บทนำ

ภาวะรูเปิดของโพรงจมูกด้านหลังตีบตัน (Choanal Atresia) เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ส่วนต้นแต่กำเนิด เกิดจากช่องจมูกที่มีการเจริญพัฒนาไม่สมบูรณ์แบบ ในระยะตัวอ่อนในมดลูก คือ ภายใน 7 - 9 สัปดาห์หลังการปฏิสนธิ โดยพบประมาณ 1 ใน 5,000 ถึง 9,000 ทารกเกิดมีชีพ พบบ่อยในเพศหญิง ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ อากาศไม่สามารถผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ ภาวะนี้อาจเป็นอันตรายคุกคามชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยหายใจอย่างเหมาะสมและทันที่

พยาธิสภาพ

มีการอุดตันตำแหน่งที่เป็นรอยต่อระหว่างจมูกกับช่องคอ เนื่องจากแผ่นบัคโคเนซัล (bucconasal membrane) หรือ buccopharyngeal membrane ไม่สลายตัวไปในช่วงของการเจริญเติบโต ส่วนที่เหลืออยู่อาจเป็นเยื่อบาง ๆ หรือ เป็นกระดูกได้ ภาวะ choanal atresia มี 2 ประเภท คือ ทวิภาคี (bilateral choanal atresia) ปิดกั้นทางเดินจมูกทั้งสองข้าง อันตรายมากเพราะในช่วง 4 - 6 สัปดาห์แรกของชีวิต ทารกไม่สามารถหายใจทางปากได้ และ atresia ข้างเดียว (unilateral choanal atresia) ประเภทนี้ ปิดกั้นโพรงจมูกเพียงช่องเดียว มักจะเป็นช่องทางขวา ร้อยละ 20 - 50 อาจพบความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ชาร์จซินโดรม (CHARGE syndrome) ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรม ซึ่งทำให้สูญเสียการมองเห็นระบบประสาทส่วนกลางผิดปกติ มีข้อบกพร่องของหัวใจ มีการตีบตันรูเปิดของโพรงจมูกด้านหลัง มีการชะลอการเจริญเติบโต และหรือมีความพิการทางสติปัญญา มีความบกพร่องของอวัยวะเพศ และหรือทางเดินปัสสาวะ ความผิดปกติของหู และหรือการสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรงและหู มีรูปร่างคล้ายขมและเว้าผิดปกติ

อาการและอาการแสดง

อาการทางคลินิกที่พบ คือ หายใจลำบาก อาการเขียว ขณะดูดนม ขณะสงบ แต่อาการเขียวจะดีขึ้นเมื่อทารกร้อง ไม่สามารถใส่สายยางดูดเสมหะขนาด 6 French ผ่านจมูกเข้าไปที่บริเวณ oropharynx ได้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัชชนาพนเรนทร

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา เช่น โรคประจำตัว ยา สารเคมีที่ได้รับขณะตั้งครรภ์
2. การตรวจร่างกาย พบอาการหายใจลำบาก (early severe respiratory distress) น้ำมูกไหลออกจากรูจมูกข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้างอย่างต่อเนื่อง ตัวเขียวขณะทารกนอนหรือหลับ
3. การส่องกล้องตรวจในโพรงจมูก การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ที่ nasal cavity

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง เช่น การให้ออกซิเจน
2. การช่วยหายใจในระยะวิกฤตที่มีภาวะอาการหายใจลำบากโดยใช้เครื่อง (Mechanical Ventilation) การใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube)
3. การเจาะคอ (Tracheostomy) จนกว่าจะได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะผิดปกติของรูเปิดโพรงจมูก
4. การผ่าตัด เป็นการรักษาที่ดีที่สุด ทำได้โดยการผ่าตัดเพื่อเอาเนื้อเยื่อหรือกระดูกที่ปิดกั้นออก

การเจาะคอ(Tracheostomy)

เป็นการผ่าตัดเปิดรูทางเดินหายใจส่วนต้น บริเวณระหว่างคอด้านหน้าจนถึง Trachea

ชนิดของท่อเจาะคอ

ที่เหมาะสมสำหรับผู้วัยเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี มักทำจากวัสดุสังเคราะห์ polyvinyl chloride (PVC) หรือ silicone เช่น Portex tube, Shiley's tube และไม่มีลูกโป่ง
ข้อดี ท่ออ่อนจึงไม่ระคายเคืองต่อหลอดลม สามารถต่อกับถุงบีบช่วยหายใจโดยไม่ต้องใช้ข้อต่อ
ข้อเสีย มีโอกาสหลุดได้ง่าย ตัวท่อมีความอ่อนสามารถหักงอได้ง่ายจึงเป็นสาเหตุให้ท่อเลื่อนหลุดได้ง่าย
ในทารกแรกเกิดขนาดที่ใช้ เบอร์ 00

การพยาบาลทารกที่ได้รับการการเจาะคอ (Tracheostomy)

1. เฝ้าระวังการมีเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด
2. การป้องกันท่อเลื่อนหลุดของท่อเจาะคอ
3. การป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ
4. ป้องกันการอุดตันของท่อเจาะคอ
5. การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน การให้นม ระวังไม่ให้หน้าเข้าท่อเจาะคอขณะอาบน้ำ การจัดท่านอนของทารกที่เจาะคอ เด็กคอยังไม่แข็งแรงระวังท่านอนคว่ำ ท่านอนที่เหมาะสม คือ นอนหงาย
ลำคอหงายเหยียดตรงเล็กน้อย (Sniffing Position) และระวังผ้าห่มผ้าห่อตัวปิดรูท่อเจาะคอ

การดูดเสมหะในท่อเจาะคอ แรงดันเครื่องดูดเสมหะ 80 - 100 mmHg ในรายที่เสมหะเหนียวข้นมาก อาจหยดน้ำเกลือประมาณ 1 - 3 ซีซี ใส่ท่อดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวลลึกประมาณ 4 - 5 นิ้ว ดูดเสมหะ ห้ามนานเกิน 10 วินาที

การวางแผนจำหน่ายทารก การฝึกทักษะการดูแลทารกแก่บิดามารดา เช่น การดูดเสมหะ การทำความสะอาดแผลท่อหลอดคอ การให้นมทารก การสังเกตอาการผิดปกติ

กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยทารกเพศหญิง อายุแรกเกิดน้ำหนักแรกเกิด 2,735 กรัม

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน รับประทานจากห้องคลอดวันที่ 22 สิงหาคม 2566 เวลา 11.20 น. ทารกรู้สึกตัวดี ร้องดัง ตัวแดง หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 62 - 64 ครั้งต่อนาที มีอกบวมเล็กน้อย ตัวเย็น อุณหภูมิ 35.9 องศาเซลเซียส ปลายมือปลายเท้าเขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 70% มีเสมหะในปากคอ จมูกมากพอควร ไม่สามารถใส่สาย ดูดเสมหะขนาด 6-French ผ่านจมูกเข้าไปที่บริเวณ oropharynx ได้

ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา/ประวัติการคลอด

มารดาอายุ 27 ปี G₂ P₁ A₀ L₁ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ฝากครรภ์ทั้งหมด 7 ครั้ง ผลตรวจ HIV = Negative, HBsAg = Negative, VDRL = Non - Reactive, OF = Negative, DCIP = Negative, Hct ครั้งที่ 1 = 33.8% Hct ครั้งที่ 2 = 33 % มารดาปฏิเสธโรคประจำตัว คลอดปกติ วันที่ 22 สิงหาคม 2566 เวลา 10.48 น.

อาการและอาการแสดง ทารกหายใจมีลมผ่านเข้าออกทางจมูกสองข้างน้อย ขณะดูคนมตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 93 - 94 % ผลเอกซเรย์ช่องอกไม่พบภาวะผิดปกติ อายุ 6 วัน ขณะทารกหลับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 70 % สีผิวเขียวคล้ำ แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) ต่อมาพบว่าทารกมีเสมหะในท่อช่วยหายใจจำนวนมากขึ้นสีขาวขึ้น ๆ ผล CRP 8.6 mg% ผลเพาะเชื้อ sputum พบเชื้อ Moderate Acinetobacter baumannii complex (MDR) แพทย์ให้ยา Antibiotic เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT nasopharynx) พบมีภาวะ Bilateral choanal atresia ชนิด osseous type ส่งไปรักษาต่อที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อรับการผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) วันที่ 13 กันยายน 2566 หลังผ่าตัด 2 วัน รับประทานกลับจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ทารก on Tracheostomy (shinley tube No.3.5) on O₂ Collar Mask 4 LPM ตัดไหมหลังผ่าตัด 7 วัน แผลแห้งดี ให้มารดาหัดเลี้ยงทารกด้วยตนเองที่ห้องพักรักษาในหน่วย NICU ทดลองให้ดูนมจากเต้ามารดา ทารกสามารถดูดได้ดี ขณะดูคนมไม่พบภาวะกายเขียว ทารกอายุ 43 วัน น้ำหนัก 3,520 กรัม

ตรวจคัดกรองการได้ยิน (OAE) ผลการตรวจปกติทั้งหูซ้ายหูขวา ส่งตรวจตา ไม่พบภาวะผิดปกติตาทั้งสองข้าง จำหน่ายทารกกลับบ้าน เวลา 12.00 น.

การพยาบาลแรกรับ/ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 1 มีกาแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น

ข้อมูลสนับสนุน ทารกอายุ 7 วัน มีอาการหายใจเร็วตื่น มี Retraction มากขึ้น และมีลมหายใจผ่านเข้าออกที่รูจมูกทั้ง 2 ข้างน้อย อัตราการหายใจ 70 ครั้งต่อนาที ขณะทารกหลับ ทารกมีภาวะหายใจลำบาก dyspnea ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 73 % ผล CT nasopharynx มีโพรงจมูกด้านหลังตีบตันสองข้าง ชนิดปิดด้วยกระดูกโพรงจมูก ข้างซ้ายปิดแบบตีบแคบ ส่วนด้านขวาปิดแบบสมบูรณ์ **วัตถุประสงค์** เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะกายเขียว อัตราการหายใจ 40 - 60 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด > 95% ผล Blood gas ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 -4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแนวทางรักษา
4. ดูแลตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
6. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ตำแหน่งเหมาะสม อย่างน้อยเวยลละครั้ง
7. ติดตามประเมินค่าความอึดตัวของออกซิเจน
8. ติดตามผลตรวจ Blood gas ,chest X-ray

ประเมินผล ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 40 - 60 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 95 - 100 % ผล Blood gas อยู่ในเกณฑ์ปกติผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก แพทย์โสต ศอ นาสิก แนะนำเรื่องผ่าตัดการเจาะคอ (Tracheostomy) ส่งผ่าตัดสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 2 มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน แรกรับย้ายทารก อุณหภูมิกาย 35.9 องศาเซลเซียส ปลายมือปลายเท้าม่วงคล้ำ ผิวกายเย็น **วัตถุประสงค์** เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ทารกมีผิวกายอุ่น อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ทารกนอนในตู้อบ ปรับอุณหภูมิตู้อบตามอายุและน้ำหนัก (NTE)
2. ดูแลติดตามบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลปรับอุณหภูมิห้อง 26 - 28 องศาเซลเซียส

ประเมินผล ปัญหาทั้งหมดไปทารกอุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.9 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อ 3 มีโอกาสได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน แรกรับทารกมีปัญหาหายใจเร็ว ขณะดูคนพบมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 93 - 94 %

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล น้ำหนักตัวไม่ลดลง หรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัม ค่าDTX 50 - 150 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร
2. ดูแลให้นมผ่านทางสายยางตามแผนการรักษา
3. ดูแลทารกให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
4. ดูแลบันทึกชนิดจำนวนของสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและจำนวนปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง
5. ติดตามค่าน้ำตาลในเลือดตามแนวทางรักษา
6. ติดตามบันทึกน้ำหนักตัวทารกทุกวัน

ประเมินผล น้ำหนักตัวขึ้นตามเกณฑ์ปกติ ประมาณวันละ 30 - 50 กรัม DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน มีเสมหะในท่อหลอดลมมากขึ้นสีขาวขึ้น ผลการตรวจเพาะเชื้อเสมหะ 6 สิงหาคม 2566 พบเชื้อ Moderate Acinetobacter baumannii complex (MDR) ผล Sputum C/S วันที่ 15 กันยายน 2566 พบ Few Staphylococcus species ภาพถ่ายรังสีทรวงอก มี infiltration เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล อุณหภูมิปกติ, อัตราการหายใจ 40 - 60 ครั้งต่อนาที ไม่ซึมลง รับนมได้ ท้องไม่อืด ตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ ผลการตรวจ CBC ปกติ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น ซึมลง รับนมไม่ได้ ท้องอืด
2. ล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังให้การพยาบาล

3. ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
4. ดูแลทำความสะอาดช่องปากโดยใช้นมมารดาเวอร์ละครั้ง
5. ดูแลเสมหะโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
6. ประเมินสังเกตและบันทึกลักษณะ สี จำนวนของเสมหะ
7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
8. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกและผลเลือด
9. แนะนำบิดามารดาล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทารก
10. แนะนำมารดาเกี่ยวกับการบีบเก็บน้ำนมมารดามาใช้เลี้ยงทารก

ประเมินผล ตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะหลังฉีดยาฆ่าเชื้อครบตามแผนการรักษาได้รับนมได้ท้องไม่อืด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน ทารกถูกแยกจากกันมารดาและบิดาอยู่ในภาวะวิกฤตใส่เครื่องช่วยหายใจ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤต (NICU) มารดา และบิดามีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อทราบว่าทารกมีปัญหาของภาวะรูเปิดของโพรงจมูกด้านหลังตีบตันสองข้าง การรักษาต้องผ่าตัดเท่านั้น

เกณฑ์การประเมินผล บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวลน้อยลงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทารก บิดามารดามาเยี่ยมทารกสม่ำเสมอตามเวลาที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา
2. เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามกับแพทย์
3. สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

ประเมินผล บิดามารดามาเยี่ยมทารกทุกวัน มารดาบีบน้ำนมส่งบุตรอย่างสม่ำเสมอ มารดาบิดาช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่มาเยี่ยมบุตร

การพยาบาลในระยะวิกฤตหลังผ่าตัดเจาะคอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy)

ข้อมูลสนับสนุน ทารกได้รับการผ่าตัดเจาะคอ Tracheostomy ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2566 ใส่ Tracheostomy (shinley tube No.3.5) หลังผ่าตัด 2 วันทารกถูกส่งตัวกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด ท่อเจาะคอไม่เลื่อนหลุด ไม่เกิดภาวะอุดกั้นของ

ทางเดินหายใจ ไม่พบภาวะติดเชื้อบริเวณที่เจาะคอ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 40 - 60 ครั้ง/นาที หายใจปกติ ไม่มีภาวะหายใจเขียว ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด > 95% ผล Blood gas อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลตรวจสอบตำแหน่งของท่อเจาะหลอดลมคอให้อยู่ตำแหน่งที่เหมาะสม
2. ประเมินเสียงลมหายใจเข้าปอด
3. ประเมินภาวะเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัดเจาะคอและเลือดที่ออกมาจากการดูดเสมหะ
4. ประเมินการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
5. ดูแลทำความสะอาด แผลผ่าตัดเจาะคอ
6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้
7. ดูแลให้ความชื้นอุณหภูมิของออกซิเจน

ประเมินผล แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ แผลแห้งดีดี ไม่มีเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด ไม่พบการอุดตันของท่อเจาะคอ

การวางแผนจำหน่ายดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มารดา บิดา ขาดความมั่นใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลทารกหลังกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน ทารกรอผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติเมื่ออายุประมาณ 1 ปี หรือน้ำหนัก 10 กิโลกรัม มารดาบิดาไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้บิดามารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกหลังจำหน่ายทารกกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล บิดา มารดา มีความมั่นใจในการดูแลทารกด้วยตนเอง ให้ความร่วมมือ ฝึกทักษะการดูแลทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลฝึกกิจกรรมทักษะที่จำเป็นในการดูแลทารก
2. ดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้าน
3. ดูแลส่งต่อทารก เพื่อการดูแลต่อเนื่องและการช่วยเหลือที่จำเป็นได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์

สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ประเมินผล บิดามารดาสามารถดูดเสมหะให้ทารกได้อย่างถูกต้อง และให้นมทารกได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้นม บิดามารดาสามารถเรียนรู้ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกได้อย่างถูกต้อง ทารกกลับบ้าน เมื่ออายุ 43 วัน

วิจารณ์/ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลทางสถิติที่ผ่านมาของโรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร ทารกรายนี้เป็นรายแรกของโรงพยาบาลที่มีภาวะรูเปิดของโพรงจมูกด้านหลังตีบตัน และเป็นทารกแรกเกิดรายแรกของโรงพยาบาลที่ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) ที่อายุน้อยกว่า 28 วัน พยาบาลจึงต้องมีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลทารกและการฝึกทักษะให้บิดามารดาในการดูแลทารก นอกจากนี้ท่อเจาะคอทารกมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร ต้องใช้สายดูดเสมหะ ขนาด 6 French ซึ่งหาซื้อตามร้านขายยา อุปกรณ์การแพทย์ทั่วไปไม่ได้ จึงควรรหาตัวแทนจำหน่ายให้มารดาบิดา

บรรณานุกรม

- ธานินทร์ พิรุณเนตร. (2559). แนวทางการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางระบบหายใจในทารกแรกเกิด (Approach to Respiratory Emergency in Neonates). ในการประชุมวิชาการประจำปี 2559. ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด Critical Conditions in Neonates. แอคทีฟ พรินท์.
- พัชชา ชินชนาวงศ์. (2561). การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่ได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์การแพทย์และเครื่องช่วยหายใจ. ในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 1. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. (2559). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของระบบหายใจ. ในวิทยาลัยการพยาบาลนิชฉัตร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง. กรุงเทพฯ : ฟรี - วัน.