

## การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก

ประติณพ น้อยนาค  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

### บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการเจ็บป่วยและภาวะอัตราตายสูงกว่าทารกครบกำหนด การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกน้ำหนักตัวน้อยจึงจำเป็นต้องตระหนักและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กรณีศึกษา ทารกเพศชาย อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ (by Ballard score system) คลอดโดยวิธีธรรมชาติทางช่องคลอด APGAR SCORE นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน นาทีที่ 5 เท่ากับ 9 คะแนน น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม รับย้ายจากห้องคลอดมาที่ NICU โดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ แรกได้รับ ทารกมีภาวะเขียวทั้งตัว และมีอาการหายใจลำบาก นำทารกเข้าตู้อบปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมจากนั้นใส่ท่อหลอดลมคอช่วยหายใจ พร้อมกับพ่นสารลดแรงตึงผิวในปอดและต่อเครื่องช่วยหายใจ งดสารน้ำสารอาหาร ใส่ OG tube และใส่สายสวนเส้นเลือดทางสะดือ ให้อาหารทาง TPN และให้ยาฆ่าเชื้อ Ampicillin, Gentamicin การวินิจฉัยครั้งแรก Preterm with Low birth weight with Respiratory distress syndrome ระหว่างทำการรักษาทารกมีภาวะตัวเหลือง ได้รับการส่องไฟรักษา มีภาวะช็อค ได้รับการให้เลือด ทั้งหมดนี้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จนกระทั่งทารกสามารถหายใจเองได้ สามารถดูดนมได้ปกติจึงวางแผนจำหน่ายทารกโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลสุดท้ายสามารถจำหน่ายทารกได้รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 25 วัน ด้วยน้ำหนัก 2,020 กรัม จากการติดตามไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น จอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด, การสูญเสียการได้ยิน, ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm with Low birth weight with respiratory distress syndrome with anemia of prematurity with neonatal jaundice

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย NICU มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลทารกในภาวะวิกฤต ปัจจุบันอัตราการรอดของทารกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและทพพลภาพที่จะเป็นปัญหาระยะยาว จึงควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่องดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมและป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด

**คำสำคัญ:** การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด, ภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด

**Abstract:** Preterm neonates and low birth weight with respiratory distress syndrome Pratinop noynark.

Preterm infant and low birth weight are a higher risk group of morbid and mortal than term infants. Patient care of this group needs to be aware and looking for the complications. Case study A Thai male newborn, GA 31 weeks by the Ballard score system, normal labour, apgar (1,5 min) 9,9, birth weight 1,510 gm transfer from the labour room to the NICU by transport incubator due to generalized cyanosis and respiratory distress.

Management of this case is on the incubator, endotracheal tube insertion with ventilator support, surfactant therapy, NPO, on OG tube, parenteral nutrition (TPN), on umbilical catheter insertion and give antibiotics Ampicillin and Gentamicin. The first diagnosis is preterm with low birth weight with respiratory distress syndrome. After that this case has a high level of bilirubin so phototherapy is used to treat. Anemia is corrected by blood transfusion. Finally, this case has the normal respiration, active, proper feeding. Plan of patient care is discharged with full maternal care. Total length of stay is 25 days with body weight 2,020gm and no complication such as ROP, hearing problem, IVH. Post diagnosis is Preterm with Low birth weight with Respiratory distress syndrome with anemia of prematurity with neonatal jaundice.

The action of NICU nurse is important for the critical situation. Now the survival rate of preterm infant is increased. Despite the complications and disability may cause long term problem. Therefore, patient care is needed to have continuous care. So NICU nurse needs to have knowledge and skill for nursing care to take the preterm infant to survive, proper growth and prevent many complications as possible.

**Keywords:** Preterm nursing, Respiratory distress syndrome

## บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm infant) หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์<sup>1</sup> หรือน้อยกว่า 259 วัน<sup>2</sup> สถิติทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 ยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 10.4 ร้อยละ 10.2 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 10.4 และร้อยละ 10.6 ของทารกเกิดมีชีพตามลำดับซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 73 ทารกเหล่านี้คลอดมาพร้อมกับความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพภายหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจระบบเลือด และการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท เป็นต้น<sup>4,5</sup>

ทารกเกิดก่อน 37 สัปดาห์ มักจะมีภาวะหายใจลำบากร่วมด้วย ภาวะหายใจลำบากในทารกจะรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ อายุครรภ์ยิ่งน้อยจะยิ่งมีโอกาสเกิดมากขึ้น เนื่องจากปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ ทารกจะเริ่มมีอาการหลังคลอด โดยค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นทารกกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ส่งผลให้อัตราการตายในวัยแรกเกิด (neonatal mortality) จะยิ่งสูง ปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น Hypothermia, Hypoglycemia, Hyperbilirubinemia, Respiratory distress syndrome (RDS), Intraventricular hemorrhage (IVH), Apnea in preterm, Sepsis, Retinopathy of Prematurity (ROP), Bronchopulmonary dysplasia (BPD), Patent ductus arteriosus (PDA) ทารกเหล่านี้บางส่วนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของความพิการเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอีกด้วยในปัจจุบันการรักษามีความก้าวหน้ามีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น อัตราการรอดชีวิตก็มากขึ้นด้วย<sup>6</sup>

จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 80,70,114 คน ตามลำดับ<sup>7</sup> จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีจำนวนแนวโน้มสูงขึ้น ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และความรู้ความชำนาญของแพทย์และพยาบาล จึงจะมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น และรอดชีวิตโดยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาวน้อยที่สุด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้อัตราการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น

พยาบาลเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจตลอดจนตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับทารกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งผลกระทบด้านจิตสังคมที่อาจเกิดขึ้นต่อบิดามารดาและครอบครัว เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งสิ้น

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพศชาย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ใช้สิทธิ 0 - 12 ปี นอกเขต  
เข้ารับการรักษาที่ ตึกกุมารเวชกรรม วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2562 เวลา 05.30 น. โดยผู้ศึกษารับ  
ไว้ใน การดูแลตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2562 รวมระยะเวลา 25 วัน

การวินิจฉัยครั้งแรก Preterm with low birth weight with respiratory distress syndrome

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm with low birth weight with respiratory distress syndrome  
with anemia of prematurity with neonatal jaundice

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ทารกเกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ทารกเพศชาย คลอดโดยวิธีธรรมชาติทางช่องคลอด Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน  
นาทีที่ 5 เท่ากับ 9 คะแนน น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ (by Ballard score system)  
รับย้ายจากห้องคลอด โดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ส่งห้อง NICU ตึกกุมารเวชกรรม

**ประวัติของมารดา**

มารดาอายุ 29 ปี G<sub>5</sub>P<sub>4</sub>A<sub>0</sub>L<sub>4</sub> อายุครรภ์ 31 สัปดาห์ ฝากครรภ์โรงพยาบาลไม่สม่ำเสมอ อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ผลเลือดปกติมารดาเสพยาเสพติดตลอดการตั้งครรภ์ เสพครั้งสุดท้ายก่อนคลอด 4 วัน ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร

**อาการและการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ**

รับย้ายจากห้องคลอดโดยตู้อบแบบเคลื่อนที่ แรกรับทารกเขียวทั้งตัว หายใจเหนื่อยหอบอกปุ่ม มีการดิ่งรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก และหยุดหายใจหลายครั้ง วัดอุณหภูมิกายได้ 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/34 มิลลิเมตรปรอท, Hematocrit 37%, DTX 51 mg% วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ 40-60% น้ำหนัก 1,495 กรัม

**การตรวจร่างกาย**

น้ำหนักแรกเกิด 1,495 กรัม ตัวยาว 41 เซนติเมตร ความยาวเส้นรอบศีรษะ 28 เซนติเมตร ความยาวรอบอก 25 เซนติเมตร

**ภาวะประเมินสภาพร่างกาย**

สภาพทั่วไป: ทารกเพศชาย เขียวทั้งตัวและมีหยุดหายใจ  
 ผิวหนัง: ผิวหนังไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือดตามตัว ความตึงตัวของผิวหนังปกติ  
 ศีรษะ: ได้รูป รูปร่างปกติ กะโหลกศีรษะทั้ง 2 ข้าง อยู่ในลักษณะสมมาตร กระหม่อมหน้า (anterior fontanel) กว้าง 1 x 1 เซนติเมตร ไม่โป่งตึง กระหม่อมหลัง (posterior fontanel) ไม่แยกกัน  
 ตา: กรอกตาไปมาได้ตาไม่แดง ไม่แฉะ ตาไม่เหลือ  
 หู: รูปร่างปกติ ตำแหน่งไม่ต่ำกว่าตา ไม่มีกลิ่นเหม็นหรือน้ำหนองไหล  
 จมูก: ลักษณะสมมาตรอยู่กึ่งกลาง มีปีกจมูกบานทั้งสองข้างเวลาหายใจ  
 ปาก: รูปร่างปกติ ไม่มีปากแหว่ง เพดานโหว่  
 คอ: ต่อมไทรอยด์ไม่โต คอไม่แข็ง  
 ทรวงอก: รูปร่างการขยายเท่ากัน 2 ข้าง ชายโครงและหน้าอกบุ๋มเวลาหายใจ (subcostal retraction)  
 แขน ขา มือและเท้า: รูปร่างลักษณะปกติไม่พบความพิการ เช่น เท้าปุก เท้าแป หรือนิ้วเกิน  
 ทวารหนัก: ไม่มีรอยแผล รูปีด - เปิดปกติ  
 ระบบทางเดินหายใจ: อัตราการหายใจ 72 ครั้ง/นาทีหายใจเร็วตื่น ไม่สม่ำเสมอฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation ทั้งสองข้าง  
 หัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต: จังหวะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ 168 ครั้ง/นาที ฟังเสียงหัวใจไม่พบความปกติ ความดันโลหิต 62/34 มิลลิเมตรปรอท  
 ระบบเลือด ต่อมไทรอยด์: ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย คลำต่อมไทรอยด์บริเวณรักแร้และขาหนีบไม่โต  
 ระบบกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อ: กระดูกสันหลังอยู่ในแนวกลางลำตัวได้สัดส่วน กล้ามเนื้อแขนขาไม่อ่อนแรง ขยับได้ตามปกติ  
 ระบบประสาท: มีการเคลื่อนไหวดีพอควร ไม่มีเกร็งกระตุก ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ร้องเวลาเจ็บ

ระบบทางเดินอาหาร: ท้องไม่แข็งตึง กดนิ้ม คลำไม่พบตับ ม้ามโต แรงขยับ เวลาหายใจขึ้นลงค่อนข้างแรงและเร็ว ได้ยินเสียงของลำไส้เคลื่อนไหว

#### ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 7 กันยายน 2562 อายุ 50 ชั่วโมง ค่า Microbilirubin 7.4 mg% ทารกมีภาวะตัวเหลือง

วันที่ 14 กันยายน 2562 ผลตรวจ Complete blood count พบ Hematocrit 37% ทารก มีภาวะ ชีต

#### ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

วันที่ 5 กันยายน 2562 : Film Include abdomen ; moderate RDS

#### สรุปการรักษาขณะนอนอยู่โรงพยาบาล

แรกรับ NICU ทารกมีการเคลื่อนไหวดีพอควร เขียวทั้งตัว หายใจเหนื่อยหอบ มีชายโครงและหน้าอกบวมเวลาหายใจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 62/32 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ 40-60 เปอร์เซ็นต์ นำทารกเข้าตู้อบ ใช้พลาสติก wrapping whole body ปรับอุณหภูมิ 33.8 องศาเซลเซียส ใส่ Nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) ผ่านทาง prongs เบอร์ 2.5 Setting pressure 8 cm H<sub>2</sub>, FiO<sub>2</sub> 0.4% ทารกตัวแดงไม่เขียว งดสารน้ำงดสารอาหาร ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหารเปิดปลายระบายลมลงถุงไว้ ส่งเอกซเรย์ปอด และเจาะเลือดตรวจความเข้มข้นของเลือด 51 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือด 65 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ใส่ Umbilical vein catheterization no. 5.0 ลึก 8.5 cm. on 10%D/W 500 cc. IV drip 4.3 cc./hr. ใส่ Umbilical artery catheterization no.3.5 ลึก 16 cm. on heparin: 0.45%Nacal (0.5:1) IV drip 0.5 cc/hr. ต่อมาทารกอายุ 6 hr., หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นอัตราการหายใจ 82 ครั้งต่อนาที ใส่ท่อหลอดลมคอ ขนาด 3.0 เซนติเมตร ลึก 7.0 เซนติเมตร มุมปากให้ surfactant 4 ml ผ่านทางท่อหลอดลมคอและ On Respirator setting PTV mode FiO<sub>2</sub> 0.5%, Rate 50 /min, PIP 18cmH<sub>2</sub>O, PEEP 6cmH<sub>2</sub>O, Ti 0.34% แพทย์ให้การรักษาเพิ่มเติม คือ ให้ TPN IV drip 3.0 cc/hr., 20% Intralipid 15 ml IV drip in 24 hr., Ampicillin 150 mg. IV q 8 hr., Gentamicin 7 mg.+5%D/W up to 1 ml IV drip in 30 min q 36 hr. ในขณะที่ทารกใส่ท่อหลอดลมคอ และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจเริ่มให้นมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร ท้องไม่อืด ไม่มีสารคัดหลั่งเหลือคั่งในกระเพาะ และสังเกตว่าทารกตัวเหลือง วัดค่า microbilirubin สูงกว่าเกณฑ์กำหนด รักษาโดยการส่องไฟ 3 วัน ตัวเหลืองลดลง ค่า microbilirubin ปกติ หยุดส่องไฟรักษา ทารกมีการตอบสนองดี หายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีการดิ่งรังของกล้ามเนื้อหน้าอก อาการดีขึ้นจึงสามารถถอดท่อหลอดลมคอ เปลี่ยนมาช่วยหายใจ mode NIPPV nasopharyngeal prong No.2.5 ปรับลดอัตราการช่วยหายใจ FiO<sub>2</sub> 0.3%, Rate 25/min, PEEP 6 cmH<sub>2</sub>O, PIP 10cmH<sub>2</sub>O หลังจากนั้นทารกมีตัวลาย หายใจหอบขึ้น ๆ อัตราการหายใจ 60-68 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นหัวใจ 160-170 ครั้งต่อนาที ส่งตรวจ Complete blood count พบ Hematocrit 37% มีภาวะชืดให้ LPRC 15 cc. IV drip in 4 hr. และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ เป็น Cefotaxime 75mg. IV q 12 hr., Amikacin 24 mg. IV q 36 hr. ทารกอาการค่อย ๆ ดีขึ้น หายใจเองได้สามารถเปลี่ยนเป็นให้ oxygen box 5 LPM หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีหยุดหายใจ สามารถหยุดให้ออกซิเจนให้นมทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร รับประทานได้ ไม่มีเหลือคั่งในกระเพาะอาหาร ท้องไม่อืด ค่อย ๆ เพิ่มปริมาณนมให้สมดุลกับ

อายุพิจารณาหยุดให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือด หยุดให้ยาปฏิชีวนะ ให้นมเพียงอย่างเดียว และให้ MTV drop 0.5 ml OD, Fer-in-sol 0.3 ml OD พร้อมทั้งฝึกกระตุ้นการดูดกลืน และวางแผนการจำหน่าย ด้วยการนำทารกออกจากตู้อบเมื่อน้ำหนัก 1,800 กรัม และให้มารดามาฝึกเลี้ยงจนทารกสามารถดูดนมเองได้ เมื่อน้ำหนัก 2,000 กรัม ส่งตรวจตา ไม่พบว่ามีภาวะ ROP, ส่งตรวจการได้ยิน ผลผ่านทั้ง 2 ข้าง ส่งตรวจ Ultrasound head ไม่พบภาวะ IVH ทารกมีอาการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้องเสียงดัง ไม่เขียว ดูดนมเองได้ท้องไม่อืด ไม่สำรอก ไม่มีไข้ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 124 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 52 ครั้งต่อนาที, น้ำหนัก 2,020 กรัม มารดาสามารถเลี้ยงและดูแลบุตรได้แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยอธิบายติดตามมารดาของทารกในเรื่องการเลี้ยงดู การเลี้ยงด้วยนมมารดา การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพามาพบแพทย์ และการมาตรวจตามแพทย์นัด

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

**ปัญหาที่ 1** ทารกมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิวในปอดจากการเกิดก่อนกำหนด

### ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ประมาณ 31 สัปดาห์
- หายใจเหนื่อยหอบ มี subcostal retraction เขียวทั้งตัว มี apnea บ่อย อัตราการหายใจ 68-74 ครั้งต่อนาทีวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ ได้ 40-60 %
- On ET-Tube no.3.0 ลึก 7 cm. มุมปาก, on ventilator setting PTV mode FiO<sub>2</sub> 0.4, PIP 16, PEEP 6, MR 50, Ti 0.34
- CXR พบ moderate RDS

### วัตถุประสงค์

ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

### เกณฑ์การประเมิน

ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่มี retraction ไม่มีภาวะ cyanosis ไม่มี apnea อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 40-60 ครั้ง/นาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง ได้มากกว่า 92%

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทารกโดยการสังเกตลักษณะการหายใจและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน
2. ดูแลให้ทารกหายใจในภาวะความดันบวกตลอดเวลาทางท่อหลอดลมคอ และช่วยแพทย์ให้พ่นสารลดแรงตึงผิวในปอด (survanta 4 ml.) และเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
  - ดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดสายต่อต่างๆของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง หรือหักพับ ระวังข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอหลุดจากกัน เพราะจะทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้และจัดให้ท่อหลอดลมคออยู่เหนือขอบปากไม่เกิน 1-1.5 นิ้ว ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเลื่อนลงหรือการหักงอของท่อ และเพื่อความสะดวกในการดูดเสมหะ

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ ยึดหลักปราศจากเชื้อ โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสียงปอดได้ เสียงเสมหะก่อนดูดเสมหะควรเพิ่ม  $\text{FiO}_2$  เป็น 1.0 ประมาณ 1 นาที ใช้ความดันขณะดูดเสมหะ 60-80 มิลลิเมตรปรอท และبيب ambu bag ด้วยออกซิเจน 100% อัตรา 10 ลิตร/นาที ขณะทำสังเกตอาการทารก ถ้าเขียว เหนื่อยหอบ มากขึ้น ควรหยุดดูดเสมหะทันที

4. จัดท่านอนให้เหมาะสม ให้ศีรษะสูงเล็กน้อย 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ให้ใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเอนเล็กน้อย ระวังไม่ให้ผ้าเลื่อนมาอยู่บริเวณใต้ศีรษะ เพราะจะทำให้หลอดลมคอแคบลงและช่วยให้หายใจในช่องท้องหยาบตัวลงไม่ดันกะบังลม

- ดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไปปรับอุณหภูมิตัวออบให้พอเหมาะกับอุณหภูมิของทารก ตามหลักการปรับอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในช่วงที่ทำให้ทารกใช้พลังงานให้น้อยที่สุดโดยรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วง 36.8-37.2 องศาเซลเซียสเปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีหลังขับถ่าย เพื่อลดการใช้พลังงานจากความเย็น

5. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา โดย On ECG Monitor ตรวจวัดเป็นระยะๆทำให้สามารถหลีกเลี่ยงและแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ก่อนที่จะเกิดอันตรายมากขึ้น

6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งบันทึก ทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่ผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจหอบ หายใจหรือเขียววัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง ได้น้อยกว่า 88% รายงานแพทย์

#### การประเมินผลการพยาบาล

ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบไม่เขียว, ไม่มีการดิ่งรังของกล้ามเนื้ออก, ไม่มีหยุดหายใจ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 48-56 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 132-158 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 92%

**ปัญหาที่ 2** มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่สมบูรณ์

#### ข้อมูลสนับสนุน

- วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส
- ตัวเย็น เย็นทั้งตัว
- ศูนย์ควบคุมความร้อนยังทำงานไม่สมบูรณ์ อายุครรภ์ 31 สัปดาห์
- พื้นที่ผิวกายมีมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ

#### เกณฑ์การประเมิน

อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8 – 37.2 องศาเซลเซียส

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบจัดที่นอนที่ทำด้วยผ้าลักษณะคล้ายรังนก (Nest) และปรับอุณหภูมิของตู้อบ ให้เหมาะสมกับน้ำหนักของทารก
2. วัดอุณหภูมิของทารกและอุณหภูมิของตู้อบตลอดจนวัดสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง
3. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีอาการอุณหภูมิของร่างกายต่ำ เช่น รีเฟล็กซ์น้อยลง ผิวกายซีด ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
4. ระวังมิให้ทารกสูญเสียความร้อนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยก่อนจับทารกต้องเช็ดมือให้แห้งทุกครั้ง ไม่เปิดฝาตู้อบทิ้งไว้หรือนานเกินความจำเป็น และปฏิบัติการพยาบาลควรใช้เวลาให้น้อยที่สุด
5. ก่อนนำทารกออกจากตู้อบเพื่อให้การรักษาพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรห่อตัวทารกให้อบอุ่นเสมอ
6. ไม่ปล่อยทารกนอนบนผ้าอย่าง หรือที่นอนที่ไม่มีผ้าปูรองหลังทารกถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระควรเช็ดให้แห้ง

**การประเมินผลการพยาบาล**

ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ไม่ซีมี อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.9 – 37.1 องศาเซลเซียส

**ปัญหาที่ 3** ทารกเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์  
**ข้อมูลสนับสนุน**

- ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,510 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส
- ผิวหนังบอบบาง
- ใส่ท่อหลอดลมคอและต่อกับเครื่องช่วยหายใจ

**วัตถุประสงค์**

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

**เกณฑ์การประเมิน**

- อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส
- ไม่ซีมี รับนมได้ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน หรือกระสับกระส่าย เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน
2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique โดย ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังที่สัมผัสหรือให้การพยาบาลทารก
3. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวทุกวัน และเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระและควรซับให้แห้งทุกครั้ง
4. จำกัดการเข้าเยี่ยมเฉพาะมารดา และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง

5. ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการดูดเสมหะ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น และหลังพลิกตัว ควรตรวจดูตำแหน่งของท่อหลอดลมคอด้วยทุกครั้งทำความสะอาดข้อต่อต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจ โดยการเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งที่ถอดหรือใส่ เพื่อดูดเสมหะ

6. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะขณะดูดเสมหะทุกครั้ง ถ้าผิดปกติควรส่งเสมหะตรวจเพาะเชื้อ

7. สังเกต ติดตาม และบันทึกอาการแสดงของการติดเชื้อ ทุก 4 ชั่วโมง โดยวัดอุณหภูมิของร่างกาย และอาการซึมหรือการเคลื่อนไหวของทารก เพื่อประเมินการติดเชื้อ

8. ให้อาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Ampicillin 150 mg. IV q8 hr., Gentamicin 7 mg. + 5%D/W up to 1 ml IV drip in 30 min q 36 hr.

#### การประเมินผลการพยาบาล

ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี รับนมได้ดี ท้องไม่อืด ไม่มีการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อุณหภูมิของร่างกาย 36.8 – 37.2 องศาเซลเซียส

**ปัญหาที่ 4** ทารกเสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการดูดกลืนและระบบทางเดินอาหารยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 31 สัปดาห์
- ทารกมีภาวะหายใจลำบาก
- ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร

#### วัตถุประสงค์

ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมิน

- น้ำหนักตัวไม่ลดลงหรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัมริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวยุบ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำ และสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ตึงตัวไม่ดี เหี่ยวยุบกระหม่อมบวม

2. ดูแลทารกให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ TPN, 20% Intralipid โดยเครื่องควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำและขณะให้สารน้ำจัดท่าให้เหมาะสมและระวังไม่ให้สายพับงอ

3. ลดการใช้พลังงานของทารก โดยให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและรวดเร็ว

4. สังเกตรีเฟล็กซ์ การดูด การกลืน และ bowel sound เพื่อประเมินความพร้อมของทารกในการที่จะรับนม

5. ก่อนให้นมผสมทางสายยางทุกครั้ง ต้องทดสอบให้แน่ใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารและดูลักษณะ จำนวน Content ในกระเพาะอาหาร และการดูดซึม ถ้ามี Content มากกว่า 50% ของนมที่ให้ รายงาน แพทย์ทันที

6. ดูแลให้นมผสมทางสายยางทุก 3 ชั่วโมง จำนวน (ซี.ซี), ตามแผนการรักษาของแพทย์และหลังให้นมจัดให้นอนศีรษะสูง

7. บันทึกการให้นมและปริมาณนมที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารทุกครั้ง

8. สังเกตภาวะขาดน้ำ โดยดูความตึงตัวของผิวหนังและดูแลชั่งน้ำหนักทุกวัน เวลา 06.00 น. ก่อนให้นมเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผิวหนังทารกมีความตึงตัวดี รับนมทางสายยางได้ดี ไม่สำรอก

#### ปัญหาที่ 5 ทารกมีภาวะโลหิตจาง

##### ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกตัวซีด การตอบสนองต่อการกระตุ้นน้อยลง
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่
- ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 37.4 เปอร์เซ็นต์ (วันที่ 14 กันยายน 2562)

##### วัตถุประสงค์

- ทารกไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
- มีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์

##### เกณฑ์การประเมิน

- ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ไม่มี Apnea วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง ได้มากกว่า 92 เปอร์เซ็นต์

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทารกและสัญญาณชีพก่อนให้เลือด
2. เตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือดพร้อมทั้งตรวจสอบชนิดของเลือด หมู่เลือด ชื่อ นามสกุล HA, AN ให้ตรงกัน
3. ให้เลือดยึดหลักปราศจากเชื้อก่อนให้เลือดล้างมือให้สะอาด
4. ให้ LPRC 15 cc. IV drip in 4 hr. by syringe pump บันทึกกรายงานเวลาเริ่มให้เลือดและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนระหว่างให้เลือดพร้อมทั้งลงบันทึก
5. ตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงซ้ำหลังเลือดหมด 2 ชั่วโมง

##### การประเมินผลการพยาบาล

ทารกตอบสนองต่อกระตุ้นดี ไม่มีหยุดหายใจ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 43 เปอร์เซ็นต์ (วันที่ 15 กันยายน 2562) ไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะให้เลือด ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ผิวหนัง 98-99 %

#### ปัญหาที่ 6 ทารกมีภาวะตัวเหลือง จากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องจากการทำหน้าที่ของตับยังไม่สมบูรณ์

##### ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกอายุ 50 ชั่วโมง มีภาวะตัวเหลือง Microbilirubin 7.4 mg% (7 กันยายน 2562)

- ทารกมีสีผิวเหลืองบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนและขา
- ทารกได้รับการส่องไฟรักษา

### วัตถุประสงค์

ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดปกติ ไม่เกิดภาวะสมองได้รับอันตรายจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง

### เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีอาการซึมลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่เกร็ง หรือชักกระตุก
- ค่า Micro bilirubin <8 mg%

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพสีผิวของทารกและอาการ
2. ปิดตาทารกทั้งสองข้างด้วยแผ่นปิดตาที่ทำมาจากวัสดุทึบแสง ให้มืดชิดตลอดระยะเวลาการส่องไฟ เพื่อลดการระคายเคืองต่อตา
3. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษาอย่างมีประสิทธิภาพโดยปฏิบัติตามนี้ ยกแผงส่องไฟสูงจากตัวทารก 15-20 เซนติเมตร ตรวจสอบการทำงานของไฟที่ใช้ส่องให้อยู่ในสภาพที่ดีอยู่เสมอทั้งถอดเสื้อผ้าออกให้หมด ยกเว้นผ้าอ้อม
4. สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งอาการทั้งระบบประสาทที่แสดงว่าสมองถูกทำลาย เช่น ซึมลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง ชักกระตุก ถ้าพบรีบรายงานแพทย์ทันที
5. วัดอุณหภูมิของทารกทาง ทูต 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง
6. จัดทาทารกนอนคว่ำหรือหงาย พลิกตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง สังเกต เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับแสงอย่างทั่วถึง
7. ไม่ควรทาแป้ง น้ำมัน หรือโลชั่น ให้แก่ทารกเพราะอาจมีส่วนผสมบางอย่างในสารเหล่านี้ทำให้เกิดการระคายเคืองของแสงได้
8. ติดตามผลบิลิรูบิน ทุกวัน เวลา 06.00 น. และเมื่อมีอาการและอาการแสดงถึงความรุนแรงจากภาวะตัวเหลือง

### การประเมินผลการพยาบาล

- ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ผิวแดงดี ไม่เกร็ง หรือชักกระตุกค่า Microbilirubin 5.8 mg% (วันที่ 9 กันยายน 2562)

**ปัญหาที่ 7** บิดามารดามีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรและไม่สามารถแสดงบทบาทบิดามารดาได้อย่างเต็มที่

### ข้อมูลสนับสนุน

- บิดามารดามีสีหน้าวิตกกังวลท่าทางกระวนกระวายซักถามอาการของทารกทุกครั้งที่มาเยี่ยมและบอกว่ากลัวทารกจะเสียชีวิต
- มารดาร้องไห้ขณะเข้าเยี่ยมทารกและบอกว่าสงสารทารก

### วัตถุประสงค์

- ลดความวิตกกังวลในอาการเจ็บป่วยของทารก
- มีโอกาสแสดงบทบาทบิดามารดาได้มากขึ้น

**เกณฑ์การประเมินผล**

บิดามารดาคลายความวิตกกังวล โดยมีสีหน้าและคำพูดแสดงความสบายใจขึ้นมีโอกาสเข้าเยี่ยมทารกและให้การดูแลทารกได้ตามความเหมาะสม

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงการดำเนินของโรค อาการ สุขภาพของทารก และความจำเป็นถึงวิธีการรักษาพยาบาล พร้อมเหตุผลตามความเหมาะสม และประโยชน์ของเครื่องมือที่ใช้กับทารกด้วยคำพูดที่ง่ายต่อการเข้าใจ

2. เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามปัญหาต่าง ๆ หรือระบายความรู้สึก ตอบคำถามข้อข้องใจ และร่วมสนทนาเพื่อเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลพร้อมทั้งแสดงท่าทีที่จริงใจ เห็นอกเห็นใจ เป็นมิตร

3. ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างเต็มความสามารถ

4. อธิบายความก้าวหน้าและอาการของทารกเป็นระยะๆตามความเป็นจริง

5. เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมและอุ้มทารก หรือดูแลทารก เช่น ช่วยให้นม หรือเปลี่ยนผ้าอ้อม

6. ส่งเสริมความรู้สึกยกย่องนับถือตนเอง และย้ำถึงความสำคัญของการมาเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอ

**การประเมินผลการพยาบาล**

บิดา มารดา มีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าที่ดีขึ้น และทราบถึงประโยชน์ของวิธีการรักษาที่บุตรได้รับ สนับสนุนวิธีการรักษา รวมทั้งเข้าใจแผนการรักษาและเครื่องมือที่ใช้กับบุตร และให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาได้เป็นอย่างดี

**ปัญหาที่ 8** มารดาขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ในทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากขาดความรู้ ไม่มีประสบการณ์มาก่อน และมีความวิตกกังวล

**ข้อมูลสนับสนุน**

- มารดาแสดงสีหน้าวิตกกังวล เมื่อทราบว่าต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
- มารดาซักถามถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตร
- มารดากลัวว่าขณะที่ให้บุตรดูดนมจะเจ็บ

**วัตถุประสงค์**

- มารดามีความรู้เรื่องการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างถูกต้อง
- มารดาสามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**เกณฑ์การประเมินผล**

- มารดาเข้าใจ และสามารถอธิบายถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้ถูกต้อง
- มารดาแสดงวิธีการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างถูกต้อง ได้รับการดูแลจากมารดาอย่างใกล้ชิด
- มารดาซักถามวิธีการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาน้อยลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาทราบถึงความสำคัญ และประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้คำแนะนำถึงวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คือ สอดนิ้วชี้เข้าปากดูดนิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนของขอบราวนม นิ้วอื่น ๆ อยู่ด้านใต้เต้านม กดนิ้วหัวแม่มือไปทางปลายหัวนมเบา ๆ พร้อมทั้งใช้นิ้วชี้ดึงผิวหนังเข้าหาลำตัว ปลายหัวนมจะยื่นออกมา ทำให้ลูกคาบหัวนมได้สะดวก ควรให้บุตรดูดนมบ่อย ๆ หรือทุก 2 ชั่วโมง ถ้าบุตรหลับนานเกิน 3 ชั่วโมง มารดาควรปลุกให้นม การให้บุตรดูดนมควรเริ่มจากข้างที่ดูดค้างจากครั้งที่แล้วเสมอ ควรให้ดูดนมมารดาอย่างเดียว ไม่ควรให้น้ำหรือนมผสม ก่อนให้นมถ้ามารดารู้สึกว่าเต้านมคัด ควรบีบน้ำนมออกจากเต้าด้วยมือจนลานนมนุ่ม แล้วจึงให้บุตรดูดนม
2. ชมเชยและให้กำลังใจแก่มารดา ด้วยท่าที่สุภาพ เป็นกันเองเพื่อให้มารดามีความมั่นใจ
3. สังเกตและติดตามผลการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเสมอ

### ประเมินผลการพยาบาล

มารดา เข้าใจ สามารถอธิบายพร้อมทั้งแสดงวิธีเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างถูกต้อง ทารกได้รับการดูแลจากมารดาอย่างใกล้ชิด สม่่าเสมอ

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลด้านการหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องมีความรอบคอบในการให้กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลทารกการใช้เครื่องมือสำหรับช่วยชีวิตทารกระยะวิกฤต รวมถึงการประเมินและให้ความช่วยเหลือต่อเนื่องจนทารกสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้ ควรส่งเสริมพยาบาลประจำหน่วยงานให้มีการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลทารก และการใช้เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ และการสื่อสารข้อมูลอาการและประสานงานที่ดีจะทำให้ช่วยเหลือทารกอย่างทันท่วงที ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันความพิการและลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหาที่จะคุกคามต่อชีวิตของทารกได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ นำมาวางแผนการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา สามารถลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งการลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของทารก ซึ่งบุคลากรของสาธารณสุขควรได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลแก่ทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

### บทสรุป

การเกิดก่อนกำหนดสามารถป้องกันได้จากการมีการฝากครรภ์มีประสิทธิภาพและการปฏิบัติที่ถูกต้องของมารดาขณะตั้งครรภ์ในทุก ๆ ด้าน แต่เมื่อใดก็ตามที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าวได้ การให้การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมของบุคลากรทางสาธารณสุขจะช่วยลดอัตราการตาย และความพิการของทารกเหล่านี้ เพราะทารกคลอดก่อนกำหนดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระบบของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาซับซ้อนการรักษาพยาบาล เป้าหมายของการรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดคือ การช่วยให้ทารกรอดชีวิตโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถมีกิจกรรมและพัฒนาการตามอายุได้อย่างเหมาะสม แต่ผลของการรักษานอกจากจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการทารกแล้ว ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของการรักษาพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

1. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ. 2004; 329(7467): 675-8.
2. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. France: World Health Organization; 2006.
3. Bureau of Policy and Strategy, Public Health Ministry. Public health statistic a.d. 2015. Bangkok: The War veterans organization press; 2015. [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistic2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf)
4. Kelly MM. Primary care issues for the healthy premature infant. J Pediatr Health Care. 2006; 20(5): 293-9.
5. McCourt MF, Griffin CM. Comprehensive primary care follow-up for premature infants. J Pediatr Health Care. 2000; 14(6): 270-9
6. วรราชทิพย์ คุวุฒยากร. การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก การใช้ CPAP และการให้ออกซิเจน. ใน: สันตปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปี 2556 ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทยupdate and practical points in preterm care. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอตทีฟ พรินท์ จำกัด; 2561. หน้า 134-52.
7. หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. (2562). รายงานสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).