การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะลำไส้เน่า : กรณีศึกษา

จารนัย แนบเนียน*

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ทารกกลุ่มนี้เกิดมาพร้อมกับความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกาย จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ด้วยอวัยวะและระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายยังพัฒนาไม่เต็มที่ เป็นเหตุให้ทารกพิการหรือเสียชีวิตได้ การศึกษากรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการศึกษาคือเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ คือระยะแรกรับ ระยะการดูแลต่อเนื่อง จนถึงระยะการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพศชาย คลอดด้วยวิธีคลอดปกติทางช่องคลอด อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,426 กรัม ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย หายใจหอบ ทารกมีภาวะตัวเหลือง ระหว่างการดูแลทารกมีอาการสำรอกและท้องอืด แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะลำไส้เน่า ในการประเมินและค้นหาปัญหาของทารก พยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญเฉพาะทาง เฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อส่งผลให้ทารกได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ทารกพ้นขีดอันตราย สามารถมีชีวิตรอด ปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด โดยให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทุกปัญหา การดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยยึดทารกและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เมื่อทารกอาการดีขึ้น มีการเตรียมความพร้อมในการวางแผนการจำหน่าย รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 61 วัน

คำสำคัญ : ทารกเกิดก่อนกำหนด, น้ำหนักตัวน้อย, ภาวะหายใจลำบาก, ภาวะลำไส่เน่าอักเสบ

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด (preterm) หมายถึง ทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ [1-2-3] โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight : LBW) หมายถึงทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม[4] ซึ่งอาจจะเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด หรือครบกำหนด ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าอายุครรภ์ แบ่งย่อยเป็น very low birth weight (VLBW) คือน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,500 กรัมและ extremely low birth weight (ELBW) คือน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม กรัม[5] ทารกเกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อย อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกเสียชีวิต และมีความพิการสูง ทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และพัฒนาการที่ผิดปกติตั้งแต่หลังเกิด ทารกยิ่งอายุครรภ์น้อยมากเท่าใด ยิ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะในระบบได้สูงมากขึ้นเท่านั้น[6] เพราะปอดยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ โครงสร้างการผลิตสารลดแรงตึงผิวในปอดไม่พร้อมที่จะทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ[7] ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome; RDS), Apnea of prematurity; AOP, Bronchopulmonary dysplasia; BPD และ pneumothorax ระบบประสาท ศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองส่วนไฮโปธารามัสยังเจริญไม่เต็มที่ ทารกจะเกิดภาวะอุณหภูมิกายสูงหรือต่ำได้ง่าย ไม่สามารถสร้างความร้อนโดยการสั่นกล้ามเนื้อได้ ดังนั้นอุณหภูมิร่างกายทารกจึงเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบปัญหาเส้นเลือด patent ductus arteriosus : PDA เปิดได้บ่อย เนื่องจากการเกิดก่อนกำหนดทำให้การหดตัวของ ductus ateriosus ไม่แรงพอ และไม่ไวต่อ prostaglandin E2 ระบบภูมิต้านทาน ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมี IgG ต่ำ อีกทั้งนิวโทรฟิลยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ทารกติดเชื้อได้ง่าย ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ มักพบปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดต่ำ ระบบไหลเวียนโลหิตที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซีด เนื่องจากทารกแรกเกิดมีโปรธรอมบินในเลือดต่ำ ระบบขับถ่าย มีความพร่องต่อหน้าที่การทำงานของไต เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงไตได้น้อย เป็นผลให้อัตราการกรองของไตต่ำ ความสามารถในการกำจัดน้ำและของเหลวในร่างกายรวมทั้งการรักษาภาวะกรดด่างในร่างกายบกพร่อง เสี่ยงต่อภาวะพัฒนาการไม่เป็นไปตามปกติ เสี่ยงต่อการพัฒนาความผูกพันธุ์ระหว่างบิดามารดาและทารกไม่เป็นไปตามปกติ บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกต่อที่บ้าน[1-8] ซึ่งทารกที่มีภาวะเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษได้แก่มีหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วยที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มีความพร้อมด้านครุภัณฑ์การแพทย์เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการดูแล เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564-2566 โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช รับทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.95, 9.75, 11.21 ตามลำดับ รับทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม 1.81, 0.86, 1.02 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีแนวโน้มลดลงแต่ยังต้องเฝ้าระวังและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมทั้งต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความรู้ความชำนาญของแพทย์และพยาบาลทารกจึงจะมีโอกาศรอดชีวิตมากขึ้นและรอดชีวิตโดย

เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด รวมถึงผลกระทบด้านจิตสังคมที่อาจเกิดขึ้นต่อบิดามารดาและครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกันกับคุณภาพการพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งสิ้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดกรณีนี้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้ทบทวนกระบวนการดูแลทารก ทำให้สามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆร่วมด้วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุกปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะลำไส้เน่า

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาและค้นคว้า ความรู้เรื่องที่เลือกศึกษา จากตำรา บทความวิชาการ วารสารทางการแพทย์ เว็บไซต์และคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะลำไส้เน่า เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย รับการรักษาดูแลที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ตั้งแต่เดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2565 รวบรวมข้อมูลจากเอกสารเวชระเบียนของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
3. วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจทางรังสีรักษา แผนการรักษาของแพทย์ และประเด็นต่าง ๆ ของกรณีศึกษา และปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษา พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลทารกระยะวิกฤต
4. ประเมินแบบแผนสุขภาพทารกแบบองค์รวม ซักประวัติมารดาขณะตั้งครรภ์ วินิจฉัยวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประมวลผลการพยาบาลและวางแผนการดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้าน
5. เรียบเรียงการเขียนรายงานสรุปผลการศึกษากรณีศึกษา นำข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจัดเป็นเอกสารนำเสนอตามลำดับ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพศชาย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย วันที่นอนโรงพยาบาลถึง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 61 วัน

อาการสำคัญ ทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย หายใจหอบมี retraction แรกเกิด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มารดาอายุ 18 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 31^{+1} สัปดาห์ by LMP, อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (by ballard score system) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสามชุก มารดาฝากครรภ์ครั้งแรกตอนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ฝากครรภ์ทั้งหมด 7 ครั้ง อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ผลเลือดปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหาร ส่งตัวมาโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ด้วยอาการเจ็บครรภ์ได้ inhibit ด้วยยา bricanyl จนไม่มีภาวะเจ็บครรภ์ ย้ายไปตึกนรีเวช ได้รับยา dexamethasone 6 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง จำนวน 2 วัน ampicillin 2 กรัมฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง นาน 5 วัน adalat SR 1 เม็ด

รับประทานหลังอาหารเช้า - เย็น utrogastan 1 เม็ด รับประทานทุก 8 ชั่วโมง amoxicillin (500) 2 เม็ดรับประทานทุก 12 ชั่วโมง ทารกคลอดด้วยวิธีคลอดปกติทางช่องคลอด น้ำหนักแรกเกิด 1,426 กรัม Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 5 คะแนน นาทีที่ 5 เท่ากับ 8 คะแนน นาทีที่ 10 เท่ากับ 9 คะแนน แรกเกิดทารกเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจหอบมี retraction ไม่สม่ำเสมอ กระตุ้นทารก clear air way ยังไม่ดีขึ้น แพทย์จึงพิจารณาช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (endotracheal tube : ETT) เบอร์ 3 ลึก 7 เซนติเมตร เมื่อค่า oxygen saturation = 98% ย้ายทารกมาหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี

การตรวจร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป : ทารกคลอดก่อนกำหนด เพศชาย ผิวกายแดงพอควร ปลายมือปลายเท้าม่วงเย็น ผิวหนังบาง มีไขตามตัว ยกแขนขาได้ดีพอควร มีอุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 53/38 (42) มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 68 ครั้ง/นาที หายใจหอบ ไม่สม่ำเสมอ ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ทั้งสองข้าง ชายโครงและหน้าอกบุ๋มเวลาหายใจ (subcostal retraction) ท้องไม่แข็งตึง กดนิ่ม คลำไม่พบตับ ม้ามโต แรงขยับของหน้าท้องเวลาหายใจขึ้น-ลง ค่อนข้างแรงและเร็ว ได้ยินเสียงของลำไส้เคลื่อนไหว

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา มี Film CXR = mild Reticulo granular infiltration both lung : mild RDS มี areation 8.5 ช่อง x-ray abdomen มี bowel dilate, bowel wall หนา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าน้ำตาลในเลือด 41 mg%, Hct 38%, ABG ค่า pH 7.39 , PCO2 36.4, PO2 149.1, HCO3 21.8 ผล CBC แรกรับ Hct 43.5 %, WBC 6,370 cell/uL platelet count 269,000 cell/uL, PMN 53% ผล Ca^{+} 8.4 mg/dl ผล Na^{+}133.6 mmol/L, K^{+} 4.4 mmol/L, Cl^{-} 99 mmol/L, CO^{2-} 24.2 mmol/L, ตรวจ H/C ผล No growth after 5 day วันที่ 28 สิงหาคม 2565 ค่า microbillirubin 10.3 mg/dl

การวินิจฉัยแรกรับ Preterm with Very low birth weight with Moderate birth asphyxia with Respiratory distress syndrome with Hypothermia

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm with Very low birth weight with Moderate birth asphyxia with Respiratory distress syndrome with Hypothermia with Neonatal Jaundice with Necrotizing enterocolitis with Anemia

การรักษาของแพทย์

ทารกใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (ETT) no. 3 ลึก 7 เซนติเมตร with neo-puff มาจากห้องคลอด ค่า oxygen saturation = 98% มีหายใจเหนื่อยหอบ มีชายโครงและหน้าอกบุ๋มเวลาหายใจ มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำแรกรับ แพทย์ให้การรักษาโดยให้เข้าตู้อบ (Incubator) ให้ความอบอุ่นที่มีการควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (servo control incubator) โดยปรับอุณหภูมิผิวหนัง (skin temperature) 36.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับหายใจเหนื่อยหอบ มีชายโครงและหน้าอกบุ๋มเวลาหายใจ ส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอก แพทย์วินิจฉัยมีภาวะ Mild respiratory distress syndrome : RDS) ตรวจค่า blood gas ในเลือด pH 7.39, PCO2 36.4

mmHg, PO2 149.1 mmHg, BE -2.3 mmol/L, HCO3 21.8 mmol/L, SpO2 ไม่คงที่ 90-98% ทารกได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อหลอดลมคอ แพทย์ให้งดสารน้ำงดสารอาหาร ใส่สายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร เปิดปลายระบายลมลงถุงไว้ เจาะเลือดตรวจ DTX = 41 mg% น้ำตาลในกระแสเลือดน้อย แพทย์จึงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 10%D/W 500 ml IV push 3 ml stat then rate 3.6 ml/hr. ทาง UVC Repeat DTX=108 mg% ทารกอายุ 3 วัน เริ่มหายใจดี หอบลดลง ไม่มี desaturation แพทย์มีแผนการรักษาให้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกแบบต่อเนื่องทางจมูก Nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) เป็นเวลาต่ออีก14 วัน ทารกเริ่มหายใจดี ไม่หอบ ไม่มี desaturation ไม่มี apnea (หยุดหายใจ) แพทย์จึง Off NCPAP ให้เป็นออกซิเจนอัตราไหลสูง รวม 16 วัน และให้ O_2 cannula ต่อ เมื่อทารกมีการตอบสนองดี หายใจไม่เหนื่อยหอบ สามารถลดออกซิเจนลงได้จนสามารถหยุดให้ออกซิเจนได้ตามลำดับ รวมได้ O_2 cannula นาน 13 วัน เมื่อทารกอายุ 3 วัน แพทย์เริ่มให้นมแม่สำหรับทารกทางสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร (OG-tube) ทารกรับนมแม่ได้ดีและสามารถเพิ่มปริมาณได้มากขึ้นทุกวัน จนระหว่างการดูแลนมแม่มีไม่เพียงพอ ทารกได้รับนมผสมแทนนมแม่บางมื้อ เมื่ออายุ 16 วันพบทารกมีอาการสำรอก ท้องอืด แพทย์วินิจฉัยมีภาวะลำไส้เน่าอักเสบระดับ 2A แพทย์จึงงดน้ำงดอาหาร 7 วัน เพิ่มยาฆ่าเชื้อ ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เมื่อทารกมีผลถ่ายภาพรังสีช่องท้องปกติ ท้องไม่อืด ไม่มี content เหลือค้างในกระเพาะเริ่ม step feeding ทาง OG-tube ด้วยน้ำนมแม่อย่างเดียว ช่วงแรกมี content เหลือ ต่อมารับได้ดี จึงเพิ่มนมทีละช้า ๆ ต่อวัน รับได้ดี ไม่มีนมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ ค่อยๆเพิ่มปริมาณนมจนพิจารณาหยุดให้สารน้ำสารอาหาร ทารกได้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ on UVC, UAC นาน 11 วัน on PICC line นาน 13 วัน ได้ TPN ผสม Lipid นาน 23 วัน เมื่ออายุ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกมีภาวะตัวเหลือง วัดค่า Microbilirubin ได้ 10.3 mg/dL สูงกว่าเกณฑ์กำหนด รักษาโดยการส่องไฟ 5 วัน ร่วมกับมีภาวะซีด ได้รับเลือดทั้งหมด 4 ครั้ง ได้รับการดูแลให้อยู่ในตู้อบ รวม 31 วัน ฝึกกระตุ้นการดูดกลืน เมื่อทารกอาการดีขึ้นมีการเตรียมความพร้อมในการวางแผนการจำหน่าย โดยฝึกทักษะมารดาเลี้ยงบุตร ให้อยู่ดูแลแบบ Roomming in ฝึกให้นมแม่แบบเข้าเต้า ให้ชั่งน้ำหนักก่อนทารกดูดนมแม่ และหลังดูดนมแม่ทุกมื้อนม แล้วเสริมนมผสมให้ครบตามจำนวนที่แพทย์กำหนด สอนมารดากระตุ้นพัฒนาการระหว่างฝึกดูแล และให้ความรู้ในการดูแลบุตรต่อเนื่องที่บ้าน มารดาสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ เมื่อมารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตรและมีความพร้อมในการดูแลต่อที่บ้าน ทารกแข็งแรงดี ได้รับการตรวจคัดกรองความผิดปกติต่าง ๆ ครบถ้วนตามเกณฑ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม กุมารแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยมีผลการตรวจตา no ROP ผลตรวจ ultrasound brain มี IVH grade 1 no PVL ตรวจคัดกรองการได้ยิน ผ่านทั้ง 2 ข้าง ได้รับวัคซีน BCG และตับอักเสบบี (HBV_1) ให้ยารับประทานต่อเนื่องดังนี้ Fer-in-sol 0.4 ml รับประทานวันละ 1 ครั้ง MTV 1 มิลลิลิตร รับประทานวันละ 1 ครั้ง จำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์อนุญาต รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 61 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิวในปอดจากการเกิดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจเหนื่อยหอบ หายใจมีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อทรวงอก อัตราการหายใจ 60-68 ครั้งต่อนาที
2. ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 32 สัปดาห์
3. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ไม่คงที่ได้ 90–98 เปอร์เซ็นต์
4. ผลถ่ายรังสีทรวงอกพบมีลักษณะถุงลมที่แฟบกระจายทั่วไปในปอดทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ : หายใจปกติ ไม่มีเหนื่อยหอบ

เกณฑ์การประเมิน : ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 40-60 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ได้มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทารกโดยการสังเกตลักษณะการหายใจและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก
2. ดูแลให้ทารกได้รับการช่วยหายใจตลอดเวลาและเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
3. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ[10]
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ ยึดหลักปราศจากเชื้อ โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะ
5. จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 15-30 องศา ให้ใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเงยเล็กน้อย เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง[9]
6. ดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ปรับอุณหภูมิตู้อบให้ พอเหมาะกับอุณหภูมิของทารก ทำให้ทารกใช้พลังงานให้น้อยที่สุด
7. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา
8. ตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งบันทึก ทุก 1 ชั่วโมง รวมถึงเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติ

การประเมินผลการพยาบาล : ทารกหายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 48-56 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าม่วงเขียว
2. อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,426 กรัม ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย

วัตถุประสงค์ : อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมิน : อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8–37.2 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบ และปรับอุณหภูมิของตู้อบให้เหมาะสมกับอายุและน้ำหนักของทารก
2. วัดอุณหภูมิกายทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมงจนกว่าจะปกติ วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง[6]

3. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีภาวะอุณหภูมิต่ำ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

4. ระวังมิให้ทารกสูญเสียความร้อนที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ขณะปฏิบัติการพยาบาลควรใช้เวลาน้อยที่สุด

5. ควรห่อตัวทารกให้อบอุ่นอยู่เสมอ ก่อนนำทารกออกจากตู้อบเพื่อให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง

การประเมินผลการพยาบาล : อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.9–37.1 องศาเซลเซียส ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,426 กรัม
2. อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศเซลเซียส ผิวหนังบอบบาง
3. ได้รับการช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมคอ

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน : อุณหภูมิของร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8–37.2 องศาเซลเซียส ไม่ซึม ทารกรับนมได้ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน หรือกระสับกระส่าย ไม่มีอาการแสดงบ่งบอกถึงการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเช่น มีไข้ ซึม ท้องอืด รับนมไม่ได้ อุณหภูมิกายไม่คงที่[11]
2. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ตามหลัก 5 moment
3. ดูแลความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้ง เมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง
4. จำกัดการเข้าเยี่ยมเฉพาะบิดามารดา และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง[1]
5. ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการดูดเสมหะ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง
6. ทำความสะอาดข้อต่อต่างๆ หากมีการปลดข้อต่อ โดยการเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ทุกครั้ง
7. แยกของใช้เฉพาะรายบุคคลไม่ใช้ปนกัน เพื่อป้องกันการนำเชื้อจากทารกไปยังทารกรายอื่น
8. ให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล : ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นได้ดี ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย ทารกรับนมได้ดี ท้องไม่อืด ไม่มีสำรอก อุณหภูมิของร่างกายอยู่ในช่วง 36.8–37.1 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ทารกมีภาวะไม่สมดุลยของสารน้ำและสารอาหารของร่างกาย เนื่องจากการย่อยและการดูดซึมไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีค่า DTX = 41 mg/dl, Ca^{+} = 8.4 mg/dl, Na^{+}= 133.6 mmol/L
2. ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ทารกมีภาวะหายใจลำบาก ระบบย่อยและการดูดซึมยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่

วัตถุประสงค์ : ได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน : น้ำหนักตัวไม่ลดลง หรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัม ริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวย่น รับนมได้ดี ไม่มีอาเจียน ท้องไม่อืด ผลตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ให้เพียงพอตามแผนการรักษา เมื่อตรวจ DTX = 41 mg% ให้ 10%D/W 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ซึม สั่น หยุดหายใจ เขียว หายใจเร็ว กระสับกระส่าย hypotonia ชัก ติดตามผล DTX ให้ 10% calcium gluconate 1 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำให้ใน 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ bradycardia กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก กระตุก ติดตามผลค่า Ca^{+} ให้ได้รับ 3% NaCl 1 มิลลิลิตร รับประทานทุก 3 ชั่วโมง ติดตามผลค่า Na^{+} ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ประเมินและบันทึกอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่นความตึงตัวและความยืดหยุ่นของผิวหนัง กระหม่อมไม่ บุ๋ม ปัสสาวะออกดี ไม่ต่ำกว่า 1-4 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
3. ชั่งน้ำหนักทารกทุกวัน ในช่วงสัปดาห์แรกทารกจะมี physiological weight loss ประมาณ 10-20% ของหนักแรกคลอดและหลังจากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มขึ้น 20-30 กรัม/วัน[12]
4. ลดการใช้พลังงานของทารก โดยให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและรวดเร็ว
5. สังเกตการดูดกลืน และเสียงลำไส้เคลื่อนตัว (bowel sound) เพื่อประเมินความพร้อมในการรับนม
6. ดูแลให้นมตามแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนให้นมทางสายยางทุกครั้ง ต้องทดสอบให้แน่ใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารและสังเกตลักษณะ ปริมาณสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหาร ก่อนให้นมทุกครั้ง
7. บันทึกการให้นมและปริมาณนมที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารทุกมื้อนม

การประเมินผลการพยาบาล : ผิวหนังทารกมีความตึงตัวดี รับนมทางสายยางได้ดี ไม่มีสำรอก ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ น้ำหนักตัวลดลงในช่วง 3 วันแรก วันละ 10–15 กรัม มีผลตวจเลือดค่าอิเลคโทรไลต์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากไขกระดูกยังทำงานไม่สมบูรณ์จากการเกิดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผิวทารกซีด ค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ครั้งที่ 1 Hct. = 22.4%, ครั้งที่ 2 Hct. = 23.9%
2. ค่า oxygen saturation = 88-93% ไม่คงที่

วัตถุประสงค์ : ไม่มีภาวะโลหิตจาง

เกณฑ์ประเมินผล : ค่า Hct ≥ 40%, oxygen saturation ได้ ≥ 92%

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ให้ LPRC ทางหลอดเลือดดำใน 4 ชั่วโมง จำนวนตามแผนการรักษา บันทึกสัญญาณชีพก่อน, ขณะและหลังให้ เลือด ทุก 15 นาที เฝ้าระวังติดตามผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที
2. ติดตามค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่นหลังให้เลือด 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ได้รับยา Fer-in-sol 0.4 มิลลิลิตร และ MTV 1 มิลลิลิตร หยดทางปากวันละครั้ง
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวังการเกิดบาดแผลต่างๆเช่นที่ผิวหนังได้ง่าย

การประเมินผลการพยาบาล : ได้รับ LPRC ทางหลอดเลือดดำทั้งหมด 4 ครั้ง ทารกตัวแดงขึ้น ไม่มีอาการภาวะพร่องออกซิเจน ค่า oxygen saturation 95-98% ค่า Hct = 38% ก่อนแพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ทารกมีภาวะลำไส้เน่าอักเสบ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกท้องอืด มีสำรอกนมหลังได้รับนมผสม
2. Portable CXR with abdomen ผล มี bowel dilate, bowel wall หนาขึ้น ± pneumotosis
3. วินิจฉัยโรคเป็น NEC ระดับ 2A

วัตถุประสงค์ : ทารกปลอดภัยจากภาวะลำไส้เน่าอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ไม่มีอาการท้องอืด ไม่อาเจียนหรือมีนมค้างในกระเพาะผิดปกติ ถ่ายอุจจาระปกติ
2. สัญญาณชีพปกติ รับนมได้ดี
3. ไม่พบเชื้อในสิ่งส่งตรวจ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการปกติ F/U x-ray abdomen ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. งดน้ำงดอาหารทางปาก ใส่ Oral Gastric tube เพื่อระบายลมและ gastric content บันทึกปริมาณและลักษณะ ดูดออกให้เป็นระยะ ๆ[13]
2. ประเมินสังเกตุอาการของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ DIC, septic shock และ peritonitis[14] เช่น ท้องอืดแข็ง ซึม อุณหภูมิกายไม่คงที่ content สีเขียว ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด รีบรายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ อิเล็กโตรไลต์ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
4. ติดตามผล Hct, Hb, WBC, Platelet Count, Electrolyte รวมถึงผล การเพาะเชื้อ ภาพถ่ายรังสี
5. เมื่อเริ่มให้นมให้ทาง OG tube เริ่มด้วยนมแม่อย่างเดียว สังเกต บันทึกจำนวนและลักษณะของนมที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารก่อนให้นมทุกมื้อ

การประเมินผลการพยาบาล : ทารกท้องไม่อืด รับนมได้ตาม Step จนสามารถดูดนมเองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน สัญญาณชีพปกติ stool occult blood = Negative

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะตัวเหลืองจากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด เนื่องจากการทำหน้าที่ของตับยังไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. อายุ 3 วัน ค่าสารบิลิรูบินในกระแสเลือด 10.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) เกณฑ์ on photo 8.8 mg/dl
2. ทารกเกิดก่อนกำหนด 32 สัปดาห์ น้ำหนักตัวน้อย ทารกมีสีผิวเหลืองบริเวณใบหน้า ลำตัว แขนและขา

วัตถุประสงค์: ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดปกติ ไม่เกิดภาวะสมองได้รับอันตรายจากระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง

เกณฑ์การประเมิน :

1. ไม่มีอาการซึมลง กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง ไม่เกร็ง หรือชักกระตุก
2. ค่าสารบิลิรูบินในกระแสเลือด น้อยกว่า 8.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพสีผิวของทารกและอาการของทารก

2. ปิดตาทารกทั้งสองข้างด้วยแผ่นปิดตาที่ทำมาจากวัตถุทึบแสง

3. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

4. สังเกตและบันทึกระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาทที่บ่งชี้ว่าสมองถูกทำลาย เช่น ซึมลง เกร็ง ชัก

5. วัดสัญญาณชีพของทารกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของทารก

6. จัดท่าทารกนอนคว่ำหรือหงาย พลิกตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับแสงอย่างทั่วถึง

7. ไม่ทาแป้ง หรือโลชั่นให้แก่ทารก อาจทำให้เกิดการสะท้อนของแสงได้ และอาจทำให้ผิวหนังทารกไหม้ได้[15]

8. ติดตามผลบิลิรูบินทุกวันเวลา 06.00 น. และเมื่อมีอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความรุนแรง จากภาวะตัวเหลือง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ทารกตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ผิวแดงดี ไม่เกร็ง หรือชักกระตุก
2. ค่าสารบิลิรูบินในกระแสเลือด = 4.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังจากส่องไฟรักษา 5 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากเกิดก่อนกำหนดระบบประสาทยังเจริญไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด 32 สัปดาห์ น้ำหนักตัวน้อย
2. ทารกป่วยต้องแยกจากบิดามารดา ต้องนอนโรงพยาบาลนาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. บิดามารดาและพยาบาลให้การดูแลกระตุ้นพัฒนาการทารกทุกวันสม่ำเสมอ
2. ทารกมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาล บิดามารดาให้การดูแลกระตุ้นประสาทสัมผัสทารกในด้านต่างๆ ดังนี้ <u>ด้านสายตา</u> โดยจ้องมองและ สบตาทารก ลดการกระตุ้นทั้งแสงและเสียง รวมทั้งใช้ผ้าคลุมตู้อบช่วยความสงบ จัดท่านอนคล้ายรัง (Nest) ด้านการได้ยิน จัดชั่วโมงสงบเพื่อให้ทารกได้พักผ่อนเต็มที่ และกระตุ้นให้บิดามารดาพูดคุยกับทารกโดยเฉพาะเสียงมารดาที่ทารกชอบคุ้นเคยมากที่สุด <u>ด้านการสัมผัส</u> สัมผัสทารกอย่างนุ่มนวลและส่งเสริมให้บิดามารดาได้นวดสัมผัส ด้านการรับรส กระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาจากเต้าเมื่อทารกพร้อมอาการดี[11]

2. เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมและอุ้มทารกหรือดูแลทารก เช่น ช่วยให้นมหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม

3. สอนและแนะนำบิดามารดาให้กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการลูกอย่างสม่ำเสมอโดยใช้คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment For InterventionManual; DAIM)

4. แนะนำบิดามารดาเห็นความสำคัญของพัฒนาการบุตร พร้อมทั้งสังเกตอาการพัฒนาการล่าช้าให้รีบพามาพบแพทย์ และให้พาบุตรมาตรวจพัฒนาการตามวัน เวลาที่นัดทุกครั้ง

การประเมินผลการพยาบาล : ทารกได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจากบิดามารดาและพยาบาลทุกวัน สม่ำเสมอ ทารกมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ทารกได้รับการตรวจพัฒนาการ ตรวจอัลตร้าซาวด์กระหม่อมหน้า ตรวจการได้ยิน ตรวจหาภาวะพร่องไทรอยด์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติตามอายุ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 บิดามารดามีความวิตกกังวล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยของทารก ไม่สามารถแสดงบทบาทบิดามารดาได้อย่างเต็มที่ และการดูแลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาซักถามถึงวิธีการเลี้ยงดูทารก มารดากลัวว่าขณะที่ให้ทารกดูดนมจะเขียว
2. มารดาแสดงสีหน้าวิตกกังวลและร้องให้เมื่อมาเยี่ยมลูก
3. มารดาดูเครียด กลัว เมื่อทราบว่าจะต้องฝึกเลี้ยงดูทารกก่อนกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ : ลดความวิตกกังวลชองบิดามารดาและญาติ เพื่อให้มารดามีความรู้เรื่องการเลี้ยงดูทารกได้อย่างถูกต้อง มารดาสามารถเลี้ยงดูทารกได้อย่างมั่นใจ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. บิดามารดา มีความวิตกกังวลลดลง
2. มารดามั่นใจในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้านและมารดาแสดงวิธีการเลี้ยงดูทารกได้อย่างถูกต้อง
3. สามารถให้ทารกดูดนมแม่จากเต้าและดูดนมผสมได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงการดำเนินของโรค อาการ สุขภาพของทารกและความจำเป็นของการรักษาพยาบาล พร้อมเหตุผลตามความเหมาะสม และประโยชน์ของเครื่องมือที่ใช้กับทารก ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย

2. เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามปัญหาต่างๆหรือระบายความรู้สึก ตอบคำถาม ข้อสงสัย และร่วมสนทนาเพื่อเป็นการช่วยลดความวิตกกังวล พร้อมทั้งแสดงท่าทีที่จริงใจ เห็นอกเห็นใจ เป็นมิตร

3. ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลอย่างเต็มความสามารถ

4. อธิบายความก้าวหน้าและอาการของทารกเป็นระยะๆตามความเป็นจริง

5. เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมและอุ้มทารกหรือดูแลทารก เช่น ช่วยให้นมหรือเปลี่ยนผ้าอ้อม

6. จัดให้มารดาฝึกเลี้ยงลูกอยู่แบบ rooming-in ตลอด 24 ชั่วโมง

7. อธิบายให้มารดาทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ของการฝึกเลี้ยงลูกก่อนกลับบ้าน ให้คำแนะนำถึงวิธีการเลี้ยงลูก สาธิต และสอนวิธีการให้นมแม่จากเต้า ควรให้ลูกดูดนมบ่อยๆทุก 2 ชั่วโมง ไม่ให้น้ำหรือนมผสมก่อนให้นมแม่ รวมถึงสอนการบีบเก็บน้ำนมให้เกลี้ยงเต้าหลังลูกดูดนมแล้วทุกมื้อ

8. แนะนำวิธีสังเกตอาการผิดปกติของทารก การสังเกตการขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ และการทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย รวมถึงการดูแลให้ความอบอุ่นอยู่เสมอ

9. ชมเชยและให้กำลังใจแก่มารดาด้วยท่าทีสุภาพ เป็นกันเอง เพื่อให้มารดามีความมั่นใจ

10. สังเกตและติดตามผลการเลี้ยงลูกของมารดาอย่างสม่ำเสมอ

11. วางแผนจำหน่ายและคำแนะนำก่อนกลับบ้านตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D[11]

12. ส่งดูแลต่อเนื่องให้รพช.และรพ.สต.ในพื้นที่ดูแล ผ่านทางทีม Home health care และโปรแกรม Thai coc

การประเมินผลการพยาบาล : บิดามารดา มีความวิตกกังวลลดลง มารดาเข้าใจ สามารถอธิบายพร้อมทั้งแสดงวิธีเลี้ยงทารกได้อย่างถูกต้อง มารดาแสดงสีหน้า ท่าทางมั่นใจมากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลทารก

4. การสรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

จากการศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย และทบทวนวรรณกรรม พบว่าทารกที่เกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยนั้นมีปัญหาที่พบหลายระบบ และซับซ้อน[16] ทารกยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งมีภาวะความเจ็บป่วยมากตั้งแต่เกิดเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆและขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวหลังคลอด ภาวะคลอดก่อนกำหนดส่งผลกับอวัยวะต่างๆหลายระบบ[17] โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือการควบคุมอุณหภูมิกาย และภาวะหายใจลำบาก[3] ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษารายนี้ ที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำจึงได้รับการดูแลรักษาอุณหภูมิกายโดยจัดให้อยู่ในตู้อบ ปรับอุณหภูมิที่เหมาะสมกับทารก และติดตามอุณหภูมิกายอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทารกมีภาวะหายใจลำบากในตอนแรกเกิด จึงได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากใช้เครื่องช่วยหายใจทันทีตั้งแต่แรกเกิด แต่กรณีศึกษารายนี้ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเพียง 3 วัน แล้วเปลี่ยนเป็นการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกต่อเนื่องทางจมูกแทน แสดงให้เห็นถึงเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายจากการใส่ท่อช่วยหายใจผ่านหลอดลมคอนานๆ[9] จากการศึกษาพบว่าการให้การดูแลทารกหลังคลอดในชั่วโมงแรกของชีวิตเป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นช่วงที่ต้องประเมินและให้การรักษาพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจง ถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นการดูแลในช่วงแรกหลังคลอดซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนประเด็นการดูแลที่สำคัญได้แก่ การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และการควบคุมอุณหภูมิกายให้เหมาะสม การดูแลระบบทางเดินหายใจ ทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องได้รับการดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลด้านการติดเชื้อ การดูแลภาวะตัวเหลืองโดยการส่องไฟ การดูแลด้านพัฒนาการ การตรวจคัดกรองจอประสาทตาพิการ การตรวจคัดกรองการได้ยิน และส่งเสริมพัฒนาการของทารก เช่นเดียวกับกรณีศึกษารายนี้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดค่อนข้างต่ำแพทย์ได้ทำการรักษาโดยการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีภาวะตัวเหลืองเนื่องจากขบวนการสลายบิริลูบินในร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์จึงต้องได้รับการส่องไฟรักษาเป็นเวลา 5 วัน มีภาวะลำไส้เน่าอักเสบจากระบบทางเดินอาหารยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ การได้รับนมผสมที่ย่อยยากแทนนมแม่ และเมื่อทารกอาการคงที่ มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยให้มารดามาฝึกเลี้ยง ฝึกทักษะการดูแลบุตรก่อนกลับบ้าน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับมารดาที่ต้องดูแลบุตรที่คลอดก่อน

กำหนดและมารดาอายุน้อยขาดประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร ทารกกรณีศึกษารายนี้ได้รับการตรวจคัดกรองความผิดปกติต่างๆตามเกณฑ์ จำหน่ายทารกกลับบ้านได้โดยมีความพร้อมทั้งตัวทารกและมารดาผู้เลี้ยงดู

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของปัญหาทารกเกิดก่อนกำหนดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางอย่างใกล้ชิดและได้นำขบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมแผนการจำหน่ายการดูแลต่อเนื่องมีการทำงานเป็นทีมยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ทารกรอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด

ความยุ่งยาก/ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ภาวะเกิดก่อนกำหนดส่งผลกับอวัยวะต่างๆหลายระบบ โดยปัญหาที่สำคัญคือการควบคุมอุณหภูมิกาย พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดสูญเสียความร้อนในร่างกายได้ง่าย กรณีศึกษารายนี้มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำตั้งแต่แรกรับ จึงต้องติดตามอุณหภูมิกายอย่างต่อเนื่องและร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดซ้ำ

มารดาไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดมาก่อน และเนื่องจากทารกต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล มีภาวะเครียด ซึ่งมีผลกระทบต่อน้ำนม ทำให้น้ำนมมารดามีปริมาณน้อยลง จึงต้องให้ข้อมูลมารดาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของการให้นมแม่

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องมีความรอบคอบในการให้กิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมทุกปัญหา การดูแลต่อเนื่องร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งการลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของทารก

2. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้แก่บิดา มารดา จำเป็นต้องมีการวางแผนจำหน่ายทารกให้กลับบ้านอย่างปลอดภัย ควรมีการเตรียมมารดาตั้งแต่เริ่มแรกและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องจนกว่ามารดาพร้อมสำหรับการรับทารกกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และส่งต่อทารกให้แก่พยาบาลของหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ส่งเสริมความผูกพันที่มั่นคงระหว่างมารดาและทารก ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บรรณานุกรม

1. สายชล ธัญธริษตรี. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย(Nursing Care for the Premature Infants). วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(2).
2. อัญชลี ลิ้มรังสิกุล. การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในห้องคลอด. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), Important Issues in Neonatology. กรุงเทพมหานคร : อินเตอร์พริ้นท์ ซัพพลาย. 2564:1-16.
3. Carlo WA. Prematurity and intrauterine growth restriction. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia: Elsevoer; 2016:818-31.
4. Lambert DK, Christensen RD, Baer VL, Henry E, Gordon PV, Besner GE, Wilkes J, Wiedmeier SE, Gerday E. Fulminant necrotizing enterocolitis in a multihospital healthcare system. J Perinatol. 2012;32:194-8.
5. Brown, M. L. What to know about asphyxiation, Retrieved from https://www.medicalnewstoday. conv/articles/asphyxiation. 2020.
6. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพมหานคร. แอคทีฟพริ้นท์. 2563:361-89.
7. ทิพยสุดา เส็งพานิช, พิกุล ตินามาส, อลิษา ขุนแกวและเสน่ห์ ขุนแกว. 5 กุญแจเพื่อความสำเร็จในการดูแลทารก เกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก. วารสารแพทย์นาวี. 2563;47(3):723-33.
8. มนัสวี พันธวาศิษฏ์. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย (Nursing Care for the Premature Infants). วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;114
9. รัชฎา กิจสมมารถ. หลักการทำงานของเครื่องช่วยหายใจและโหมดทางเลือกสำหรับทารกแรกเกิด. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Important Issues in Neonatology. กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด; 2564. p.p. 53-70.
10. วีณา จิระแพทย์. การพยาบาลทารกที่อยู่ในเครื่องช่วยหายใจ. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), Important Issues in Neonatology. กรุงเทพมหานคร : อินเตอร์พริ้นท์ ซัพพลาย. 2564:107-16.
11. รัตติกร มหายนต์. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2562;50-8
12. วิไลพร เตชะสาธิต. ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย Practice Updates in Neonatology. สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: อินเตอร์ พริ้นท์ ซัพพลาย; 2566.
13. Fox TP, Godavitarne C. What really causes necrotising enterocolitis? ISRN Gastroenterol; 2012:628317
14. Dominguez KM, Moss RL. Necrotizing enterocolitis. Clin Perinatol. 2012 Jun;39:387- 401.

15.อนุชา ธาตรีมนชัย. แนวทางการดูแลภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดอายุครรภ์อย่างน้อย 35 สัปดาห์:การป้องกัน การประเมินและการติดตามภาวะตัวเหลือง. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), Important Issues in Neonatology. กรุงเทพมหานคร : อินเตอร์พริ้นท์ ซัพพลาย. 2566:193-204

16.วรางทิพย์ คูวุฒยากร. การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก การใช้ CPAP และการให้ออกซิเจน. ใน: สันต ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปี 2556 ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทยupdate and practical points in preterm care. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอตทีฟ พริ้นท์ จำกัด; 2561. หน้า 134-52.

17.ประตินพ น้อยนาค. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29(1).