

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.เรื่อง การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่มีเม็ดเลือดแดงแตก : Transient tachypnea of newborn, Neonatal Jaundice due to BO incompatibility, Anemia from hemolysis

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 13 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 19 กันยายน 2565

รวมระยะเวลาการดูแล 7 วัน

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ระยะแรกเกิดเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านของทารกจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดาที่มีสภาพอุ่น มีด และถูกห่อหุ้มด้วยน้ำ มาสู่สภาพแวดล้อมภายนอก ที่มีอุณหภูมิเย็นกว่า มีแสงสว่าง และต้องใช้ระบบประสาทรับสัมผัสในการปรับตัว ดังนั้น ในระยะแรกเกิดจึงเป็นช่วงเวลาของการปรับตัวทางด้านสรีระวิทยาเป็นอย่างมากเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ได้ หากทารกไม่สามารถปรับตัวในระยะแรกเกิดได้จะทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวของระบบหายใจ ทำให้เกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of newborn : TTNB) นำไปสู่การเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) ในทารกแรกเกิดได้ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด พบได้ประมาณ 3.6 - 6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายในทารกคลอดครบกำหนด สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2.14 และประมาณร้อยละ 40 ของทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิดจะมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ตามมาถึงแม้ว่าภาวะหายใจเร็วจะเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากของทารก แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เพราะผู้ให้การดูแลทารกคิดว่าไม่เป็นอันตราย เป็นเพียงการปรับตัวตามปกติของทารกแรกเกิดเท่านั้น จากข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2565 มีทารกเกิดมีชีพ 2,337 คน พบทารกมีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว จำนวน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 17.75 และในปีงบประมาณ 2566 มีทารกเกิดมีชีพ 2,505 คน ทารกมีภาวะหายใจเร็วจำนวน 468 คน คิดเป็นร้อยละ 18.68 และพบทารกที่มีภาวะตัวเหลืองจำนวน 536 คน คิดเป็นร้อยละ 21.39 ดังนั้น การการศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดและภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ครอบคลุมทั้งปัจจัย/สาเหตุของการเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ในทารกแรก ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด อาการและอาการแสดง แนวทางการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา ตลอดจนแนวทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรผู้ให้การพยาบาลทารกในระยะแรกเกิดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดและภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient tachypnea of newborn)

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด มีสาเหตุมาจากการที่ทารกไม่สามารถขับน้ำที่อยู่ภายในปอดออกมาได้หมด ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ทารกไม่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด เพราะปอดเต็มไปด้วยน้ำ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกจะมีการเตรียมเพื่อการหายใจครั้งแรกผ่านกระบวนการดูดซึมน้ำในปอดกลับเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง และระบบไหลเวียนเลือด โดยในระยะ 2-3 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดคลอดจะมีการหลั่งสาร catecholamines เพื่อขึ้น โดยเฉพาะ epinephrine และ isoproterenol ซึ่งสารเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการดูดซึมน้ำกลับสู่น้ำในปอดผ่านทางเยื่อหุ้มทางเดินหายใจ ทำให้ปอดของทารกมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและพร้อมสำหรับการหายใจเมื่อแรกคลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทารกเคลื่อนผ่านเข้าสู่ช่องทางคลอดของมารดาทรวงอกของทารกจะถูกบีบ (vaginal squeeze) ทำให้มีการคายน้ำออกจากปอด เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการหายใจครั้งแรก เมื่อแรกคลอดทารกจะมีภาวะออกซิเจนในเลือดลดลงทำให้เลือดมีสภาพเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ทารกมีการหายใจครั้งแรกเกิดขึ้น แต่หากกระบวนการขจัดน้ำออกจากปอดของทารกถูกรบกวน เช่นคลอดก่อนกำหนด หรือเกิดการคลอดโดยไม่ผ่านกระบวนการคลอดเกิดขึ้น ทำให้น้ำค้างเหลืออยู่ในปอดทารกส่งผลให้ทารกหายใจไม่มีประสิทธิภาพเกิดภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดได้ (สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน, 2562)

อาการและอาการแสดง

ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในระยะแรกเกิด ลักษณะอาการที่สำคัญ คือ อาการหายใจเร็ว (tachypnea) มีอัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที (อัตราการหายใจปกติในทารกแรกเกิด คือ 40-60 ครั้ง/นาที และอาจพบความผิดปกติอื่นๆ ของการหายใจร่วมด้วย เช่น หายใจออกเสียงดัง (expiratory grunting) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) และอกบุ๋ม (retraction) เมื่อตรวจเอกซเรย์ปอดจะพบว่า มีน้ำในปอดและเยื่อหุ้มปอด ภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิด มักไม่มีอาการเกี่ยวข้องกับยักเว้นในรายที่มีอาการรุนแรง และส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นภายในระยะเวลา 48-72 ชั่วโมง ซึ่งจากลักษณะอาการและอาการแสดงดังกล่าว ทำให้หลายครั้งที่ทารกไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะหายใจเร็วชั่วคราวเมื่อแรกคลอด เพราะมีความคล้ายคลึงกับลักษณะของการปรับตัวตามปกติของทารก สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงอาการและอาการแสดงจะคล้ายกับกลุ่มอาการหายใจลำบาก ดังนั้นการจำแนกอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจเร็วชั่วคราวแรกเกิด จึงมีความจำเป็นมากในการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ดูแลทารกในระยะแรกเกิด (กรุณา คอลละมัย, 2559)

การวินิจฉัยโรค

ทารกเริ่มมีอาการหายใจเร็วภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมงหลังคลอด และอาการหายใจเร็วยังคงอยู่นานอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ทารกไม่สามารถดูนมได้ การส่งตรวจ chest x-ray พบน้ำคั่งบริเวณปอดและเยื่อหุ้มปอด และไม่มีสาเหตุความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจมาก่อนโดยทั่วไปแล้วภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดจะคงอยู่ประมาณ 48-72 ชั่วโมง หากมีอาการนานกว่านี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และกลายเป็นกลุ่มหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS)

การรักษา

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวควรได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด อาจจำเป็นต้องรับทารกแรกเกิดไว้ใน NICU โดยเฉพาะในรายที่พบความผิดปกติของปอดชัดเจนจากการตรวจเอกซเรย์ ในระยะ 48 ชั่วโมงแรก เพราะส่วนใหญ่ทารกมักมีอาการทรุดลงในระยะ 48 ชั่วโมงแรก และควรมีแนวทางในการดูแลดังนี้

1. ให้ออกซิเจนความเข้มข้น 40% ขึ้นไปซึ่งทั่วไปให้ออกซิเจน canular หรือ ออกซิเจน box บางรายอาจจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนแรงดันบวก (continuous positive airway pressure) หรือใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะหายใจลำบากเกิดขึ้น ซึ่งอยู่กับดุลพินิจของกุมารแพทย์
2. ในรายที่อาการคงอยู่นานเกิน 48 ชั่วโมงขึ้นไป ควรได้รับการตรวจการติดเชื้อของปอด และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันปอดอักเสบ
3. สังเกตภาวะแทรกซ้อนของภาวะหายใจเร็วในทารกแรกเกิดที่พบบ่อยคือ ภาวะความดันในปอดสูง ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนตามมาจากการที่ ductus arteriosus ไม่ปิด เกิดการไหลลัดของเลือดจากหัวใจห้องขวาไปยังห้องซ้ายโดยตรงไม่ผ่านปอดซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา
4. ในรายที่มีภาวะความดันในปอดสูงอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด (extracorporeal membrane oxygenator: ECMO) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาเชิงทดลอง (randomized control trail) ของ Gamfi-Bennerman และคณะที่ทำการศึกษามผลของการให้ยาในกลุ่ม corticosteroids เพื่อป้องกันภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด โดยมีการให้ยา betamethasone ขนาด 12 มิลลิกรัม จำนวน 2 ครั้ง ก่อนการคลอดอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ในกลุ่มมารดาที่มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ พบว่าทารกในกลุ่มที่ได้รับยา betamethasone ก่อนการคลอดมีภาวะการหายใจเร็วแรกเกิด และภาวะหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผลต่อการเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) ซึ่งจากผลการทดลองนี้แสดงถึงแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย (late preterm)

การพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ
2. ดูแลทารกให้ได้รับออกซิเจนถ้าได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจัดทำทารกให้ลำคอเหยียดตรง จัดท่านอนในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศาเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ
3. ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดผ่านทางผิวหนัง ค่าปกติอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์
4. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อหาสาเหตุความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ
5. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติโดยใช้ตุ๋ม เพื่อให้ทารกได้มีการปรับอุณหภูมิร่างกายจนสามารถใช้ชีวิตได้ ตามสภาวะอุณหภูมิปกติ
6. ดูแลให้สารน้ำและอาหารเพียงพอ ให้นมทางสายยางเพื่อลดการใช้พลังงานเนื่องจากทารกแรกเกิดมีอัตราการเผาผลาญมากขึ้นจากภาวะหายใจหอบ ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย
7. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่นหายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก ร้องกวน กระสับกระส่าย ร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพ เมื่อพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์
8. ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในที่สุด
9. เน้นการล้างมือ อธิบาย บิดามารดาและผู้เกี่ยวข้องล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารกอย่างถูกต้องตามขั้นตอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
10. ช่วยระบายเสมหะด้วยการทำกายภาพบำบัดทรวงอกในรายที่มีเสมหะ และเป็นสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ
11. ประเมินสภาพร่างกายก่อนและหลังทำกิจกรรมพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนที่รุนแรงมากขึ้น
12. แนะนำ บิดามารดาสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวของหน้าอก ลักษณะอกบวม หอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น
13. ดูแลพัฒนาการของทารก ส่งเสริมให้บิดามารดามีบทบาทในการดูแลทารก และเตรียมการดูแลทารกต่อที่บ้าน

ภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน (Neonatal Jaundice due to BO incompatibility)

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญในทารกแรกเกิด จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะตัวเหลือง ประมาณร้อยละ 60 ในทารกคลอดครบกำหนด หรือประมาณ 4 ล้านคนต่อปี และพบมากในทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานสถิติในภาพรวมของประเทศเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่ชัดเจน แต่มีการรายงานจากสถิติ

ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยทั่วไปถึงร้อยละ 25-50 อาการตัวเหลืองเกิดจากการมีสารสีเหลืองที่เรียกว่าบิลิรูบิน (Bilirubin) จำนวนมากกว่าปกติค้างอยู่ในอวัยวะต่างๆ ทำให้เห็นว่ามีผิวน้ำเหลืองทั่วตัวและตาขาวเป็นสีเหลือง ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเม็ดเลือดแดงแตกได้สารที่เรียกว่าบิลิเวอร์ดิน (Biliverdin) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็นสารชื่อบิลิรูบินอยู่ในกระแสเลือด โดยปกติสารนี้จะถูกนำเข้าไปสู่ตับมีการเปลี่ยนแปลงที่เซลล์ของตับเปลี่ยนจากสารที่ละลายน้ำไม่ได้ (แต่ละลายในไขมันได้) เป็นสารที่ละลายน้ำได้และขับออกจากร่างกายผ่านไปในทางเดินน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ และขับออกทางอุจจาระส่วนหนึ่ง เป็นส่วนน้อยถูกดูดซึมจากลำไส้กลับเข้าสู่กระแสเลือด และขับออกทางปัสสาวะ ชนิดของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด แบ่งได้ 2 ชนิด (โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, 2559) คือ 1.ภาวะตัวเหลืองจากสรีระภาวะ (Physiologic jaundice) เป็นภาวะตัวเหลืองซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามปกติ เนื่องจากเม็ดเลือดแดงของทารกมีจำนวนมากกว่าผู้ใหญ่ 2.5 เท่า และมีฮีโมโกลบิน ชนิดเอฟ เป็นองค์ประกอบสำคัญมีอายุสั้นกว่าผู้ใหญ่คือเพียง 80-90 วัน แดกทำลายเร็วทำให้ฮีโมโกลบินถูกเปลี่ยนเป็นบิลิรูบินมากขึ้น 2.ภาวะตัวเหลืองจากพยาธิสภาวะ (Pathological jaundice) คือภาวะที่ทารกมีบิลิรูบินในเลือดสูงมากผิดปกติ จะมีอาการเหลืองให้เห็นเร็วภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ระดับบิลิรูบินในซีรัมสูงเกิน 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน มีบิลิรูบินชนิดที่ไม่ละลายน้ำเพิ่มสูงเกิน 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน และระดับบิลิรูบินชนิดละลายน้ำสูงกว่า 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน อุจจาระอาจมีสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และมีอาการตัวเหลืองนานกว่า 2 สัปดาห์

อาการและอาการแสดง

ทารกจะมีตา และตัวเหลือง ทารกมีบิลิรูบินในเลือดสูงมากผิดปกติ จะมีอาการเหลืองให้เห็นเร็วภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ระดับบิลิรูบินในซีรัมสูงเกิน 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน มีบิลิรูบินชนิดที่ไม่ละลายน้ำเพิ่มสูงเกิน 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน และระดับบิลิรูบินชนิดละลายน้ำสูงกว่า 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร/วัน อุจจาระอาจมีสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม และมีอาการตัวเหลืองนานกว่า 2 สัปดาห์ ทารกมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ซึมไม่ดูดนม ถ้าระดับบิลิรูบิน สูงเกิน 17 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มักจะถือว่าเป็นภาวะตัวเหลืองแบบมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองต้องแยกว่าเกิดจากสาเหตุใด ภาวะตัวเหลืองจากสรีระภาวะหรือตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จันทรมาศ เสาวรส, 2562) ดังนี้

1.การซักประวัติ ระยะเวลาของการแสดงอาการตัวเหลืองจะช่วยบ่งบอกถึงความรุนแรงของทารกได้ ทารกที่มีอาการตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดถือเป็นพยาธิสภาพที่ควรประเมินอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ประวัติบางอย่างสามารถช่วยวินิจฉัยสาเหตุของภาวะตัวเหลืองได้เช่น ประวัติในครอบครัวเป็นโรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ได้แก่ บิดา Rh positive มารดา Rh negative มารดามีประวัติติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวาน ได้รับยาบางชนิด การคลอดผิดปกติ การแท้งคุกคาม อาจบ่งบอกภาวะ Rh incompatibility ภาวะพร่องเอนไซม์G6PD ประวัติการคลอดของทารก ได้แก่ คะแนน Apgar ต่ำ การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย การตัดสายสะดือช้า ดูดนมได้ไม่ดี

2.การตรวจร่างกาย สามารถดูที่ผิวหนังของทารก อาจใช้แผ่นกระจก (slide) กดผิวหนัง หรือใช้วิธีรีดผิวหนัง (blanching) ที่หน้าผากหรือลำตัวที่ขีด โดยวางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กดกันบนผิวหนัง กดเบาๆพร้อมกับแยกนิ้วออกขณะที่ยังคงแรงกดไว้ที่ผิวหนัง เพื่อดูหลอดเลือดฝอยที่อยู่ใต้ผิวหนังไม่ให้มีกำซาบเลือด เปรียบเทียบสีผิวหนังของทารกกับสีผิวหนังที่ฝ่ามือของผู้ตรวจว่าเหลืองชัดเจนหรือไม่ หรือดูที่ตาขาวของทารกว่าเหลืองหรือไม่ หากมองเห็นอาการเหลืองบริเวณใบหน้าและตาขาว ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 6-8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาการเหลืองมาถึงหัวไหล่ ลำตัว ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 8-10 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาการเหลืองมาถึงลำตัวส่วนล่าง ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 10-12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหากมองเห็นอาการเหลืองทั้งตัว ระดับบิลิรูบินจะอยู่ระหว่าง 12-15 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับบิลิรูบินในเลือดต้องทำทุกรายในทารกที่มีภาวะตัวเหลือง ระดับ direct bilirubin ในทารกที่มีอาการเหลืองนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือสงสัยว่าเกิดภาวะ cholestatic jaundice การตรวจหมู่เลือดมารดาและทารก เพื่อประเมินภาวะ blood group incompatibility (ABO,Rh), การตรวจ Dilect Coombs, test เพื่อประเมินภาวะ blood group incompatibility, การตรวจนับเม็ดเลือดแดง (CBC) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในทารก, Peripheral blood smear เพื่อประเมินลักษณะของเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติ และประเมินภาวะติดเชื้อ, Glucose-6-Phosphatase เพื่อดูภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD โดยเฉพาะทารกเพศชาย, Reticulocyte count เพื่อสนับสนุนว่าเกิดภาวะ hemolysis การตรวจอื่นๆเมื่อมีข้อบ่งชี้ TSH ,T4 , urine reducing substance เป็นต้น

การรักษา

1.การรักษาโดยการส่องไฟ (phototherapy) พลังงานจากแสงสว่างโดยเฉพาะแสงสีฟ้าเขียว (blue-green light) จะช่วยลดระดับของซีรัมบิลิรูบินที่ละลายไขมันลงได้ โดยแสงจะทำปฏิกิริยาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโมเลกุลของบิลิรูบินชนิดที่ไม่ละลายน้ำ ให้เป็นสารที่ละลายน้ำได้ โดยพลังงานของแสงจะทำให้ บิลิรูบินแตกตัวเป็นโมเลกุลที่เล็กลง และเหมาะสมที่จะถูกขับออกจากร่างกาย ซึ่งขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ ในทางปฏิบัติแสงสีฟ้าจะทำให้ผู้ดูแลทารกมีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ถ้าต้องดูแลทารกเป็นเวลานาน อาจใช้หลอดไฟนีออนสีฟ้าสลับกับสีขาว โดยใช้หลอดสีฟ้า 4 หลอด ใส่ไว้ตรงกลางและแสงสีขาวใส่ไว้ 2 ข้างๆ ละ 2 หลอด รวมเป็น 8 หลอด โดยวางให้มีระยะห่างจากทารกประมาณ 35-50 เซนติเมตร ควรใช้ผ้ากั้นรอบแผงไฟทั้ง 3 ด้านให้ต่ำลงมา 10-20 นิ้ว เพื่อป้องกันการกระจายของแสง ในทารกที่มีบิลิรูบินสูงมากอาจเพิ่มจำนวนหลอดไฟในการรักษา และดูแลแสงไฟครอบคลุมผิวกายมากที่สุด โดยส่องขึ้นจากด้านล่างพร้อมกับด้านบน ปัจจุบันได้มีการนำแสงจาก fiberoptic มาใช้แทนแสงที่เกิดจากหลอดไฟธรรมดา วิธีนี้สามารถทำให้แสงที่มีความเข้มข้นผ่านแผ่นพลาสติกหรือผ้าห่มได้ ซึ่งสามารถห่อทารกได้ จึงทำให้ลดระดับบิลิรูบินได้ดีขึ้น (โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, 2559)

2.การรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือด เป็นวิธีที่ช่วยลดระดับบิลิรูบินได้เร็วที่สุดในรายที่ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟแบบเข้มข้นแล้วไม่ได้ผล หรือเริ่มมีอาการของ acute bilirubin encephalopathy ในรายที่มีภาวะ ABO incompatibility, Rh incompatibility ยังช่วยลด antigen-antibody reaction ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้เม็ดเลือดแดงแตก มักใช้การเปลี่ยนถ่ายเลือดในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะ Kernicterus

การพยาบาลภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันโดยการส่องไฟ

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Kernicterus ได้แก่ ซึม ร้องเสียงแหลม สำรอกนม แขนขาอ่อนแรง เกร็ง ชัก หยุดหายใจ เป็นต้น
2. ดูแลให้ได้รับการส่องไฟรักษาตามแผนการรักษา โดย
 - ถอดเสื้อผ้าออกและพลิกตัวให้อยู่ในท่านอนหงายหรือท่านอนคว่ำทุก 3-4 ชั่วโมง เพื่อให้ทารกได้รับแสงทั่วทั้งตัว
 - ปิดตาด้วยผ้าปิดตาที่จัดทำไว้เพื่อป้องกันการระคายเคืองของแสงต่อตา
 - ไม่ทาแป้ง น้ำมันหรือโลชั่น เพราะอาจมีส่วนผสมของสารบางอย่างที่ทำให้เกิดการสะท้อนของแสง
 - วางทารกห่างจากหลอดไฟประมาณ 35 – 50 cm. และตรวจสอบความเข้มของแสงไฟ photo ให้ได้ $> 30 \mu\text{g}/\text{cm}^3/\text{nm}$. เพื่อให้การส่องไฟมีประสิทธิภาพ
 - ฝ้าระวังทารกภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ ได้แก่ มีผื่น, ถ่ายเหลว, มีไข้, dehydration, Bronze baby เป็นต้น
 - วัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายของทารกทุก 4 ชั่วโมง เพราะทารกอาจมีไข้จากการ on photo
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการขจัดบิลิรูบินออกจากร่างกายและป้องกันภาวะขาดน้ำ
4. สังเกตอาการตัวเหลืองโดยใช้นิ้วกดบริเวณผิวหนังบริเวณจมูก หน้าผาก หน้าอก และหน้าแข้ง
5. ติดตามผลระดับบิลิรูบินในเลือดตามแผนการรักษา

ภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก Anemia from hlymolysis

ภาวะซีดในทารกแรกเกิด หรือภาวะโลหิตจางในเด็กหมายถึงภาวะที่มีความเข้มข้นของเลือดหรือปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ โดยภาวะซีดในทารกแรกเกิดนั้นไม่ได้เกิดจากการขาดธาตุเหล็กดังที่พบในเด็กเล็กหรือเด็กโต ดังนั้นหากเกิดภาวะซีดขึ้นก็มีความจำเป็นต้องหาสาเหตุเพื่อการรักษาต่อไปภาวะซีดในทารกแรกเกิดซีดจากการเสียเลือด ไม่ว่าจะเป็นการเสียเลือดตั้งแต่ก่อนคลอดจากการถ่ายเทเลือดไปที่รก หรือถ่ายเลือดไปให้ฝาแฝดในกรณีที่เป็นการซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตกเช่น โรคผนังเซลล์ของเม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ โรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย เช่น ธาลัสซีเมียชนิดอัลฟาหรือเม็ดเลือดแดงแตกจากการที่เลือดแม่ลูกไม่เข้ากันและซีดจากการที่ทารกผลิตเม็ดเลือดแดงได้น้อยกว่าปกติ เช่นมีความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือดแดงแต่กำเนิด จากยา หรือทารกคลอดก่อนกำหนด (หรรษมน โปธิ์ผ่าน, 2564)

การวินิจฉัยโรค

ภาวะซีด ทารกที่มีภาวะซีด ควรได้รับการประเมินโดยอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเท่าที่จำเป็นเพื่อหาสาเหตุและการวินิจฉัย ร่วมกับการซักประวัติที่สำคัญ ประวัติโลหิตจางของคนในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ของทารก

อาการและอาการแสดง

ทารกที่มีภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจาง จะมีสีที่ดูซีดลงโดยเฉพาะที่เยื่อบุต่างๆ เช่น ริมฝีปาก ลิ้น เยื่อบุตา ในบางรายอาจมีตัวเหลืองร่วมด้วย ทารกอาจมีอาการกระสับกระส่าย ไม่ค่อยยอม ดูดนม น้ำหนักไม่ค่อยขึ้น แม้จะให้นมอย่างเต็มที่ หรือแม้กระทั่งมีอาการเขียวหรือหยุดหายใจ

การรักษาทารกที่มีภาวะซีด

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาทารกที่มีภาวะซีดได้แก่การวินิจฉัยหาสาเหตุ การซักประวัติการคลอด ประวัติปัจจุบัน ประวัติเลือดออกผิดปกติ การฝากครรภ์ของมารดาและประวัติครอบครัว การตรวจร่างกาย อย่างละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการดูความเข้มข้นของเลือด อาจมีความจำเป็นต้องตรวจเลือดบิดา มารดาเพื่อหาสาเหตุที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งการให้รักษาภาวะซีด ก็ขึ้นกับสาเหตุเป็นหลัก โดยการรักษาอาจให้ยากิน การให้ธาตุเหล็ก แต่ส่วนใหญ่หากมีภาวะซีดมาก หรือทารกมีสัญญาณชีพ เปลี่ยนแปลงก็มีความจำเป็นต้องให้เลือดทางเส้นเลือดดำเพื่อให้ความเข้มข้นเลือดเพิ่มสูงขึ้นและสัญญาณชีพ กลับสู่ภาวะปกติ ร่วมกับการรักษาภาวะซีดต่อไป

การพยาบาลทารกที่มีภาวะซีด

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด เช่น ซึมลง หายใจหอบเหนื่อย หายใจช้า หรือหยุดหายใจ มี desaturation capillary refill time >3 วินาที
2. ประเมินสัญญาณชีพก่อนให้เลือด
3. ดูแลให้พักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความต้องการใช้พลังงาน และออกซิเจนของร่างกาย
4. เตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือดพร้อมทั้งตรวจสอบชนิดของเลือด หมู่เลือด ชื่อ นามสกุล HN, AN ให้ตรงกัน
5. ให้ LPRC ตามแผนการรักษา โดยใช้ syringe pump ในการควบคุมอัตราไหลของเลือด บันทึกรายงานเวลาที่เริ่มให้เลือด และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนระหว่างให้เลือด พร้อมทั้งลงบันทึก
6. ตรวจเลือดหาค่าความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงซ้ำหลังเลือดหมดตามแผนการรักษา

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ทารกเพศชาย อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by LMP มารดาอายุ 29 ปี ตั้งครรภ์แรกผลเลือด มารดาปกติ ทารกเกิดด้วยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องวันที่ 13 กันยายน 2565 เวลา 10.02 น. น้ำหนักแรกคลอด 3,470 กรัม Apgar score 9,10,10 แรกเกิดทารกร้องดี ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนัง เท่ากับ 100 % ย้ายทารกจากห้องผ่าตัดมาสังเกตอาการที่ห้องคลอด 28 นาทีหลังเกิด ทารกหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที มี mild subcostal retraction และ grunting อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนัง เท่ากับ 100 % แพทย์ให้ พิจารณา on Nasal prong PIP 18 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ 43 นาทีหลังเกิด ทารกหายใจหอบเหนื่อย และหายใจมีเสียงคราง (grunting) มากขึ้น อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที แพทย์ ปรับเพิ่ม Nasal prong PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนัง เท่ากับ 100 % ค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้เท่ากับ 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 50-150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 45 กรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 45-65 กรัมต่อเดซิลิตร) อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 50/27 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ย้ายมาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย แรกได้รับการ on NIPPV Ventilator setting RR 50 ครั้งต่อนาที PIP 20 เซนติเมตรน้ำ PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ Ti 0.6 วินาที FiO₂ 0.3 % หายใจเหนื่อยออกปุ่มเล็กน้อย หายใจไม่มีเสียงคราง (grunting) อัตราการหายใจ 64 ครั้งต่อนาที ค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดผ่านทางผิวหนัง เท่ากับ 100 % ไม่มีเสมหะ ดูแลงจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีปอดพบปอดมีการขยายตัว (Aeration) 8 ช่องครึ่ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลักษณะมี น้ำในปอดและเยื่อหุ้มปอด (sunburst appearance) ไม่มีฝ้าขาว ผล CBG ค่า pH = 7.233, pCO₂ = 57.7 มิลลิเมตรปรอท, pO₂ = 35.8 มิลลิเมตรปรอท, HCO₃ = 24.6 มิลลิโมลต่อลิตร, BE = -3.3 มิลลิโมลต่อลิตร มีภาวะ Respiratory acidosis ในร่างกายจากกลไกการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากการที่ปอดมีน้ำคั่งเหลือ มากกว่าปกติเนื่องจากไม่ผ่านกระบวนการคลอดทางช่องคลอด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 10% DW 500 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 10 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ให้งดสารอาหารทางปากตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังตำแหน่งที่ให้สารน้ำไม่ให้บวมแดง แรกได้รับไข้ใช้อุณหภูมิร่างกาย 38.0 องศาเซลเซียส ดูแลคลายผ้า ห่อตัวทารกออกและวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที 4 ครั้ง อุณหภูมิร่างกายลดลงเท่ากับ 36.9 องศาเซลเซียส DTX 95 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ HCT เท่ากับ 42 กรัมต่อเดซิลิตร หลังจากนั้นติดตาม DTX ทุก 6 ชั่วโมงระดับ DTX อยู่ช่วง 85-144 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ติดตามอาการต่อทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีอกปุ่ม ไม่มีหายใจ มีเสียงคราง (grunting) อายุ 1 วันหายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีอกปุ่ม หายใจไม่มีเสียงคราง (grunting) on NCPAP Ventilator setting PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ FiO₂ 0.3% เริ่มให้นมทางสายยาง 15 มิลลิตร 8 มื้อ

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

กรณีศึกษา(ต่อ)

รับนมได้ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด และใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือต่อด้วย 10% DW 500 มิลลิเมตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 5 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีปอดพบปอดมีการขยายตัว (Aeration) 8 ช่อง ไม่มีน้ำในปอดและเยื่อหุ้มปอด ต่อมาภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ผล 8.19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 40 กรัมต่อเดซิลิตร On single Photo และติดตามค่าบิลิรูบินหลัง On single Photo ได้ 4 ชั่วโมงผล 11.09 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้น ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 35 กรัมต่อเดซิลิตร มีภาวะซีดร่วมด้วย แพทย์มีแผนการรักษาให้เลือด เป็น LPRC จำนวน 35 มิลลิเมตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง แต่มารดาเลือด group O, ทารกเลือด group B การทำ cross matching เลือด group B ไม่ผ่าน แพทย์เปลี่ยนเป็นให้เลือด LPRC group O จำนวน 35 มิลลิเมตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 8.75 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง แทน งดให้ สารน้ำ 10% DW ขณะให้เลือด และระหว่างให้เลือดทารกไม่มีอาการผิดปกติ ให้ Lasix 3 มิลลิกรัม หลังให้ เลือดครบ สัญญาชีพหลังได้เลือด อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 58 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 71/45 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด วัดผ่านทางผิวหนังเท่ากับ 100 % อุจจาระเป็นสีเขียว 1 ครั้ง ปัสสาวะ 1 ครั้ง สีเหลืองใส ทารกอายุ 2 วัน หาย ไม่หอบเหนื่อย หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนเป็น ให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้เข้าจมูก (canular) อัตรา ไหล 2 ลิตรต่อนาที รวมใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วัน ตัวเหลืองเล็กน้อย ริมฝีปาก ฝ่ามือฝ่าเท้าแดง ผลบิลิรูบิน 11.65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 43 กรัมต่อเดซิลิตร On single Photo ต่อ เปลี่ยนสารน้ำชนิด 10% DNS 500 ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 4 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง อายุ 3 วัน หายใจไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ตัวแดงดี ผลบิลิรูบิน 8.94 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้น ความเข้มข้นเลือดของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 50 กรัมต่อเดซิลิตร off single Photo รวม on single Photo 2 วัน ให้นมทางสายยาง 25 มิลลิเมตร 8 มื้อ รับนมได้ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด ผลเพาะเชื้อในเลือดไม่พบ เชื้อทั้ง ทารกอายุ 4 วัน หายใจไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ให้นมทางสายยาง 35 มิลลิเมตร 8 มื้อ รับนมได้ไม่มี content เหลือ ท้องไม่อืด ถอดสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือและหยุดให้ 10% DNS หลังถอดสายสวน หลอดเลือดดำทางสะดือ สะดือไม่มีเลือดออก ไม่บวมแดง ไม่มีไข้ มารดามาเยี่ยมบุตรสม่ำเสมอและให้ความ ร่วมมือในการฝึกเข้าเต้า มารดาสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรได้เช่นการอาบน้ำ การทำความสะอาด และสะดือ อายุ 5 วัน หายใจไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ไม่ซีด ไม่มีไข้ หยุดให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้เข้า จมูก (canular) หลังหยุดให้ออกซิเจนผ่านทางสายยางคู้เข้าจมูก (canular) หายใจไม่หอบเหนื่อย สัญญาชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต 76/51 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 100 % มารดาฝึกเข้าเต้าได้ถูกต้องทารกดูนม แม่จากเต้าได้ดี อุจจาระเป็นสีเหลือง 8 ครั้ง ปัสสาวะ 3 ครั้งสีเหลืองใส ผลเพาะเชื้อในเลือด 5 วัน ไม่พบเชื้อ ทารกอายุ 6 วัน หายใจไม่หอบเหนื่อย ตัวไม่เหลือง ไม่ซีด ไม่มีไข้ ดูนมแม่จากเต้าได้ดี ท้องไม่อืด

4.1 สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

กรณีศึกษา(ต่อ)

ตาและสะดือไม่มี discharge แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการเลี้ยงทารก จัดหาอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารก การมารับฉีดวัคซีนตามนัดทุกครั้ง แนะนำการให้อาหารเป็นนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน และให้อาหารตามช่วงอายุของทารก มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรมากขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 12.00 น.รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน รวมรับไว้ในการดูแลทั้งหมด 7 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน จำนวน 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยทารก รายนี้มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว ไม่สามารถปรับตัวหลังทารกเกิดได้ หลังทารกเกิดได้ 1 วันมีภาวะตัวเหลือง จากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันและมีภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก หากไม่ได้รับการประเมิน และการดูแลเพื่อให้การพยาบาลที่รวดเร็ว การดำเนินของโรคอาจรุนแรงมากขึ้น ทารกอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆจากภาวะเจ็บป่วยทั้งหมดของทารกได้

2. รวบรวมข้อมูล ประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยของ บิดามารดา คนในครอบครัว และประวัติการฝากครรภ์ของมารดา ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาล และการประเมินสภาพผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ จากตำรา การวิจัย สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากุมารแพทย์ ที่ดูแลรักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล

4. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล

5. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

6. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง

7. เผยแพร่ผลงานโดยลงพิมพ์วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก: Transient tachypnea of newborn, Neonatal Jaundice due to BO incompatibility, Anemia from hemolysis

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตกจำนวน 1 ราย รับผิดชอบดูแลตั้งแต่วันที่ 13 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 19 กันยายน 2565 รวมระยะเวลาที่รับผิดชอบดูแล 7 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ทารกแรกเกิดมีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวหลังเกิด มีภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก ทารกแรกเกิดได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจทางจมูก มีการรักษาภาวะตัวเหลืองด้วยการส่องไฟ และรักษาภาวะซีดด้วยการให้เลือด ทารกแรกเกิดได้รับการรักษาให้พ้นวิกฤต และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดกรุป O ซึ่งทารกมีเลือดเลือดกรุป B มารดา บิดา และครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล ได้รับการดูแลด้านจิตใจเพื่อคลายความกังวล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดป่วยใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราว มีภาวะตัวเหลืองจากจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก

6.2 เป็นแนวทางประกอบการนิเทศพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และเป็นเอกสารวิชาการ สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษา มีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนี้

7.1 ทารกเป็นบุตรคนแรกของบิดามารดาทำให้เมื่อทารกเกิดความเจ็บป่วยบิดามารดาจะมีความวิตกกังวลมากทำให้พยาบาลต้องดูแลจิตใจของบิดามารดาและครอบครัวควบคู่กับการดูแลทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยด้วย

7.2 ทารกแรกเกิดป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ที่ดูแลทารกจะเป็นบิดามารดาและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสอน ให้ความรู้ แนะนำการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อให้สามารถดูแลทารกได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ทารกแรกเกิดป่วยรายนี้มีภาวะซีดจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้แพทย์รักษาโดยการให้เลือด ทารกเลือด กรุ๊ป B แต่ไม่สามารถให้เลือด กรุ๊ป B ได้ การ Cross matching กรุ๊ป B ไม่ผ่าน แพทย์จึงพิจารณาให้เลือด กรุ๊ป O แทน พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องเฝ้าสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดใกล้เคียง เพื่อให้การพยาบาลได้ทันที่

9. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากทารกแรกเกิดป่วยไม่สามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีสมรรถนะในด้านการประเมินสภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด การตรวจร่างกาย และการแปรผลทางห้องปฏิบัติการ การคัดการณ์ล่วงหน้า และสัมภาษณ์บิดามารดาเพื่อให้ได้ข้อมูลมาประกอบในการพยาบาลทารกแรกเกิดได้ถูกต้องและรวดเร็ว

10. การเผยแพร่ผลงาน

ได้เผยแพร่ผลงานการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวร่วมกับภาวะตัวเหลืองจากหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากันร่วมกับภาวะซีดจากการที่มีเม็ดเลือดแดงแตก : Transient tachypnea of newborn, Neonatal Jaundice due to BO incompatibility, Anemia from hemolysis ในวารสารวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร Buddhasothorn Hospital Journal ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2566 ISSN 2586-8624

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวศิริกุล ทรัพย์เรือง สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ศิริกุล ทรัพย์เรือง.....

(นางสาวศิริกุล ทรัพย์เรือง) ผู้ขอประเมิน

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)๑๒ /ธันวาคม..... /๒๕๖๖.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศิริกุล ทรัพย์เรือง	ศิริกุล ทรัพย์เรือง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางพิมรภัทร เพ็ชรพะเนา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

(วันที่) 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 26 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 27 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กีบโก)

(..... นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว)

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 29 ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

2. หลักการและเหตุผล

น้ำนมแม่เป็นสารอาหารสำคัญที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของลูกเป็นภูมิคุ้มกันชนิดแรกของลูกโดยเฉพาะในทารกป่วย เนื่องจากน้ำนมแม่มีภูมิคุ้มกันโรคชนิด IgA ซึ่งทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคนิวโรซีสชั้นเยื่อผิว เพื่อไม่ให้ผ่านเข้าไปในร่างกายได้ นอกจากนี้ IgA ในน้ำนมแรก (Colostrum) ยังช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารของทารกแรกเกิดรวมทั้งมี Lactoferrin เป็นส่วนประกอบหนึ่งของเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophils ทำหน้าที่ทำลายเชื้อโรคและเป็นเซลล์ที่ตอบสนองในระยะแรกของการอักเสบ มี Lysozyme ซึ่งทำหน้าที่ต้านเชื้อจุลชีพด้วยการทำลายผนังเซลล์ของแบคทีเรีย (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงษ์ และ นิธิยา รัตนานนท์, 2560) และเม็ดเลือดขาวทำลายสิ่งแปลกปลอม โดยเชื้อแบคทีเรีย น้ำนมแม่จึงเปรียบเสมือนยารักษาโรค ช่วยลดการติดเชื้อในระบบต่างๆ ที่อุดมไปด้วยสารอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับความต้องการของลูกทั้งทางด้านร่างกายสมองและจิตใจ ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างการให้นมเกิดความผูกพันของแม่ลูกลดโอกาสการเป็นโรคมุมิแพ้ (ภาสุรี แสงสุกวานิช, 2560) และลดโอกาสเกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2558) โดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนกำหนด ถ้าให้นมแม่ แก่ทารกกลุ่มดังกล่าวก็ ได้ผลดียิ่งกว่าทารกปกติ ที่เลี้ยงด้วยนมแม่โดยเฉพาะพัฒนาการทางสมองสายตา และเขาว์ปัญญาในระยะสั้นและระยะยาว (อุมาพร สุทัศน์วรุฒ, 2560) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ควรสนับสนุนและหากวิธีที่จะช่วยให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและรักษาถูกร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับแนวทางสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมให้เด็กไทยเติบโตด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยบ่อย มีพัฒนาการสมวัย(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2558) การดูแลทารกที่เจ็บป่วยพยาบาลจะต้องให้การดูแลตามหลักการดูแลทารกแรกเกิดทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การดูแลอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ตามองค์การอนามัยโลกกำหนดการดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การป้องกันการติดเชื้อ การให้อาหารแก่ทารกคือน้ำนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการและการให้การรักษาเฉพาะของทารก (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2558) การให้นมแม่ในทารกป่วยและทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) ที่ต่างกันมีผลต่อความปลอดภัยของทารก และอุบัติการณ์ของการเกิดการเจ็บป่วยต่างกัน(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2558) บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จะได้ดูแลตามหลักการดูแลทารกแรกเกิดทั่วไปแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาและทารกที่มีความผิดปกติ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้กระตุ้นให้ทั่วโลกณรงค์เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้ 10 กลยุทธ์หลักในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จ แต่องค์การอนามัยโลกยังไม่มีแผนเปลี่ยนแปลงบันได 10 ขั้น ให้เหมาะกับทารกป่วย ดังนั้นแต่ละประเทศจึงจัดแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกป่วย ในหอผู้ป่วยหนักเอง โดยใช้ Ten steps

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ของ Diane L.spatz (Diane L.spatz)พบว่าอัตราการส่งนมแม่เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 95 ในโรงพยาบาล Philadelphia และในประเทศไทย โดยเฉพาะกรมอนามัยเฉพาะกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนตั้งเป้าอยู่ที่ร้อยละ 50 ทั่วประเทศสำหรับ New born baby แต่ในทารกป่วยยังไม่มียุบายเมื่อปี 2556 ประเทศไทยโดยการนำร่องของโรงพยาบาลชั้นนำของประเทศสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย จากข้อมูลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีรับ ทารกป่วย จากโรงพยาบาลราชวิถีปีละประมาณ 800 ราย และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลต่างๆไปอีก 400 ราย ส่วนใหญ่ เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกป่วยหนัก ต้องอยู่ในหออภิบาลทารกป่วย ทารกที่ได้รับการผ่าตัด และทารกเจ็บป่วยโรคต่างๆ พบทารกกินนมแม่อย่างเดียวนาน ติดต่อกัน 0-3 เดือน มีอัตราป่วยร้อยละ 26.32 เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่ไม่ได้กินนมแม่ มีอัตราป่วยสูงถึงร้อยละ 45.45 ทารกกินนมแม่อย่างเดียวนาน ติดต่อกัน 3-6 เดือน มีอัตราป่วยร้อยละ 32.5 เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่ไม่ได้กินนมแม่มีอัตราป่วยสูงถึงร้อย ละ 61.84

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ

ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล Service plane สาขาทารกแรกเกิดได้รับนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 24 ชั่วโมง เป้าหมายอยู่ที่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 การเลี้ยงลูกด้วยนมในทารกป่วย ของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2558 ได้มีการนำแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมาเป็นแนวปฏิบัติ แต่ยังพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย ปี2564 ร้อยละ 95.84 ปี 2565 ร้อยละ 74.76 และปี 2566 ร้อยละ 75.67 จากความสำคัญของของปัญหาที่ทำให้ทารกแยกเด็กป่วย ไม่ได้รับนมแม่ อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 24 ชั่วโมง (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว , 2566) ผู้ขอ ประเมินในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วิเคราะห์ปัญหา เกิดจาก แม่ไม่ได้มาเฝ้าบุตรเพื่อให้นมแม่หรือบีบเก็บน้ำนม มารดามาส่งน้ำนมค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจาก หลายสาเหตุทั้งสาเหตุด้านมารดา เช่น ทศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจ็บป่วยของมารดา บ้านอยู่ ไกล ปัญหาเศรษฐกิจ การระบาดของโรคไวรัสโควิด 2019 เป็นต้น ด้านบุคลากร ขาดความรู้และทักษะนมแม่ ภาระงานมาก ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งขาดอุดมการณ์ และโครงสร้างตึก ไม่เอื้ออำนวยให้แม่มาเฝ้าบุตรได้ เพื่อให้ให้น้ำนมได้เต็มที่ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชสระแก้ว จึงพัฒนาแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารก ป่วย ได้มีการนำรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยโดยการประยุกต์ Ten steps ของ Diane L.spatz (Diane L.spatz)นำมาใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย เพื่อให้เป็นการส่งเสริมให้ทารกได้กิน นมแม่เพิ่มภูมิคุ้มกันให้ทารกที่ป่วย ป้องกันการติดเชื้อและสร้างสายสัมพันธ์แม่ลูก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
2. เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่ 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายมากกว่าหรือเท่ากับ 85
3. บุคลากรมีแนวปฏิบัติเดียวกันและปฏิบัติตาม Ten steps มากกว่าหรือเท่ากับ 90

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 15 คน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 15 คน
2. มารดาหลังคลอด และทารกแยกเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา ทบทวนนวัตกรรมและสืบค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมร่วมกันในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อออกแบบและวางแผนในการพัฒนาแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
3. ดำเนินการใช้นโยบายปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
4. กำกับติดตามการใช้นโยบายปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย
5. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
6. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
7. ประเมินผลการดำเนินการใช้นโยบายปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการนำแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมาใช้
2. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย มีความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยมาใช้
3. มารดาหลังคลอดที่มีทารกแยกเด็กป่วย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่ 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย ที่พัฒนาแล้ว จำนวน 1 ฉบับ
2. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นตอน สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
3. มารดาหลังคลอดที่มีทารกแยกเด็กป่วย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85

(ลงชื่อ).....ศิริกุล ทรัพย์เรือง.....

(นางสาวศิริกุล ทรัพย์เรือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 22 / สิงหาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน