

การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา  
Nursing care for preterm with respiratory distress syndrome and sepsis: case study.

(Received: August 18,2025 ; Revised: August 25,2025 ; Accepted: August 26,2025)

ฉวีวรรณ ฤทธิล้ำเลิศ<sup>1</sup>  
Chaweewan Rittlumlert<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในทารกเพศชาย คลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง น้ำหนักแรกคลอด 1,180 กรัม APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 6, 8, 6 คะแนน หายใจเหนื่อย SpO<sub>2</sub> 79 - 82% กุมารแพทย์ให้ย้ายมาดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างดูแลรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ทารกมีปัญหาหายใจลำบาก ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ภาวะเส้นเลือดหัวใจเกิน ลำไส้เน่า ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ตัวเหลือง ระดับโปรตีน โซเดียม แมกนีเซียม และเกล็ดเลือดต่ำ น้ำดีคั่ง ตับอักเสบ และโลหิตจาง ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ใส่สายสวนเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงทางสะดือ ใส่สายยางให้อาหารต่อกับเครื่องดูดเสมหะแรงดันต่ำ นำทารกอยู่ในตู้อบ ส่องไฟ ให้ยาปฏิชีวนะ พาราเซตามอล สารอาหารทางเส้นเลือดดำ สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ความเข้มข้นกลูโคสสูง โซเดียมคลอไรด์ และแมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำ วิตามินเค วิตามินอี กรดเออร์โซดีออกซีโคลิก และเลือด การพยาบาลที่สำคัญ คือ ดูแลให้ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจและส่องไฟอย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ยาสารอาหาร วิตามิน สารน้ำ และเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้นมแม่อย่างเพียงพอ รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังได้รับการรักษาพยาบาลปัญหาส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขหมดไป ยังคงเหลือปัญหาภาวะโลหิตจาง โปรตีนต่ำ ซึ่งต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง แพทย์ได้จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 69 วัน

คำสำคัญ : ทารกคลอดก่อนกำหนด, ภาวะหายใจลำบาก, ติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for preterm infants with respiratory distress syndrome and sepsis. This study was conducted with a preterm male infant who was delivered by cesarean section at a gestational age of 29 weeks, with a birth weight of 1,180 grams, and APGAR scores at 1, 5, and 10 minutes were 6, 8, and 6 points. The preterm infant had dyspnea and SpO<sub>2</sub> of 79 - 82%. The pediatrician transferred him to the neonatal intensive care unit.

The study's results found that during treatment in the neonatal intensive care unit, the preterm infant experienced problems with dyspnea, sepsis, Ventilator-Associated Pneumonia, Patent Ductus Arteriosus, Necrotizing Enterocolitis, hypothermia, Neonatal jaundice, Hypoproteinemia, Hyponatremia, Hypomagnesemia, Thrombocytopenia, cholestasis, hepatitis, and anemia. The doctor treated with an Endotracheal tube & Ventilator, an Umbilical venous & artery catheter, an OG with low-pressure suction, Infant incubator, Phototherapy, antibiotics, Paracetamol drops, high-concentration glucose intravenous fluid, 3%NaCl, MgSO<sub>4</sub>, Vitamin K & E, Ursodeoxycholic acid, and packed red cells. Important nursing care includes ensuring that patients use ventilators & phototherapy effectively, keep normal body temperature, administer medications, TPN, vitamins, intravenous fluids, blood transfusions, adequate breast feeding according to the treatment plan, and preventing various complications. After receiving medical treatment and nursing care, most of the problems were resolved. The remaining problems were

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

anemia and proteinemia, which required continuous monitoring. The doctor discharged him home. The total hospitalization period was 69 days.

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

## บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) หมายถึง ทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสูติศาสตร์และ กุมารเวชศาสตร์ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดค่อนข้างสูง เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนด ยังมีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ พัฒนาไม่เต็มที่ทั้ง ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ภาวะลำไส้อักเสบและเน่าตายในทารก (Necrotizing enterocolitis) การติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) เนื่องจากปอดยังทำงานไม่เต็มที่ มีสารลดแรงตึงผิวไม่เพียงพอ หลอดเลือดฝอย ในสมอง และระบบภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ ซึ่งทารกคลอดกำหนดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาสูง และใช้เวลานานในโรงพยาบาลนาน เฉลี่ยร้อยละ 2 - 3 เดือน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล<sup>1</sup> โดยจากรายงานสถิติทารกคลอดทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2563 มีจำนวนทั้งหมด 134.7 ล้านราย พบทารกคลอดก่อนกำหนด 13.4 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 ซึ่งจะมีทารกคลอดก่อนกำหนด 1 ราย ในการคลอดทารกทุก ๆ 10 ราย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนทารกคลอดก่อนกำหนดใน 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า ลดลงเพียงเล็กน้อย เมื่อเทียบกับปี 2553 (13.8 ล้านราย) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2564 พบทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตในช่วง 5 ขวบปีแรก ประมาณ 1 ล้านราย สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ทำให้พบอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24 - 36 สัปดาห์ 6 วัน) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ

14.54 ในปี พ.ศ. 2562 และร้อยละ 9.98 ในปี พ.ศ. 2567<sup>2</sup> ซึ่งยังเกินค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ในปี พ.ศ. 2568 คือ อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 8 นอกจากนี้ รายงานจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จากปีงบประมาณ 2560 ถึง 2565 อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal mortality rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.4 เพิ่มเป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน โดยสาเหตุหลักร้อยละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด<sup>3</sup>

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 72, 79, และ 76 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.56, 7.84, และ 7.42 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งทุกปี ไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขตามที่กล่าวข้างต้น แต่พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตภายใน 28 วัน จำนวน 4, 2, 4 ราย ตามลำดับ<sup>4</sup> สาเหตุการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งหมดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากติดเชื้อทางเดินหายใจ จากข้อมูลดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นปัญหาการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นพยาบาล ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญพิเศษด้านการป้องกันจัดการกับภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวช จึงสนใจศึกษาการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำไปสู่ความรู้ที่ได้ มาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และ การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลทารกกลุ่มนี้ มีประสิทธิภาพ

เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ทารกมีอัตราการทุพพลภาพ และเสียชีวิตลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือด

### วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นทารกที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแล ช่วยเหลือภาวะ คุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดจากการสอบถามบิดามารดา การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาประเด็นปัญหาความต้องการของทารกแรกเกิด บิดามารดา และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง

### แผนการพยาบาล

วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป

ทารกเพศชายคลอดก่อนกำหนดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 15.54 น. มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 1,180 กรัม APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 6, 8, 6 คะแนน หายใจลำบาก SpO<sub>2</sub> 79-82% กุมารแพทย์ให้ย้ายมาดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และให้การวินิจฉัยโรค Prematurity, RDS S/P Surfactant, Early onset neonatal sepsis (EONS), Transient tachypnea of newborn (TTN) จำหน่ายทุเลา เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 69 วัน

#### ประวัติมารดาขณะตั้งครรภ์และคลอด

มารดาอายุ 27 ปี G<sub>1</sub>P<sub>0</sub> GA 29 สัปดาห์ ไม่เคยมาฝากครรภ์ ขณะทำผ่าตัด BP สูง (Severe PIH) ได้รับ 50% MgSO<sub>4</sub> ⊗ drip

#### การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ทารกซีมี ผิวบาง ลายมือ ลายเท้า น้อย หายใจลำบาก มี Subcostal retraction ตัวเย็น BT = 35°C, HR = 168 beat/min, RR = 64 beat/min, BP=51/39 mmHg, SpO<sub>2</sub>= 93% on nasal CPAP ประเมิน SIRS criteria ได้ 7 คะแนน

## ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล  | กิจกรรมการพยาบาล  |
|---|---|
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1</b> ทารกมีภาวะเนื้อเยื่อร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากขาดสารลดแรงตึงผิวในปอด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</li> <li>2. หายใจเหนื่อย มี Subcostal retraction</li> <li>3. สัญญาณชีพ HR = 168 beat/min, RR = 64 beat/min, BP = 51/39 mmHg</li> <li>4. SpO<sub>2</sub> = 79 - 82%</li> <li>5. ผล ABG พบ metabolic acidosis with partly compensated respiratory alkalosis (pH 7.315, PCO<sub>2</sub> 37.5, PO<sub>2</sub> 113, HCO<sub>3</sub> 20 mmol/L, BE - 6.7 mmol/L)</li> <li>6. CXR มี mild RDS with fluid in minor fissure</li> <li>7. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Prematurity, RDS S/P Surfactant, Presumptive Early onset neonatal sepsis (EONS)</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ใส่ ETT และช่วยแพทย์ใส่ ETT</li> <li>2. ดูแลตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ setting PCAC- VG mode P<sub>max</sub> 20 cmH<sub>2</sub>O, PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O, VG 4.5 ml, RR 60 beat/min, T, 0.3, FIO<sub>2</sub> 0.3 keep SpO<sub>2</sub> 90 - 95% ถ้า SpO<sub>2</sub> &gt; 95% ให้ลด FIO<sub>2</sub> เพื่อป้องกันภาวะพิษออกซิเจนต่อตา</li> <li>3. ตรวจสอบตำแหน่ง ETT ให้อยู่ที่ 7 cm มุมปาก (ปลาย ETT อยู่ตำแหน่ง T1-T2) ทุก 4 ชั่วโมง จัดสาย ข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ตึงรั้ง หรือหักพับ ระวังข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจหลุดจากกัน เพราะจะทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้ ฟังเสียงปอด เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด และการอุดตันของทางเดินหายใจจากเสมหะเป็นระยะๆ</li> <li>4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เช่น ภาวะ Barotrauma, Volutrauma หรือ Pneumothorax</li> <li>5. จัด Position ให้ทางเดินหายใจตรง โดยใช้ผ้าม้วนเล็กๆ หนุนใต้ไหล่ให้คอหงายเล็กน้อย จะช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าออกปอดได้สะดวก และดูเส้นทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่ฟังเสียงปอดได้เสียงเสมหะ ก่อนดูดเสมหะเพิ่ม FIO<sub>2</sub> เป็น 1.0 ประมาณ 1 นาที ใช้ความดันขณะดูดเสมหะระหว่าง 60 - 80 mmHg และดูดแต่ละครั้ง นานไม่เกิน 10 -15 วินาที ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการทารก ถ้าสีผิวเขียว หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ควรหยุดดูดเสมหะทันที เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนหลังดูดเสมหะประเมินเสียงปอดทุกครั้ง</li> <li>6. Monitor O<sub>2</sub> saturation ถ้า SpO<sub>2</sub> &lt; 90% ประเมินหาสาเหตุและรายงานแพทย์ทราบ</li> <li>7. ดูแลให้สารลดแรงตึงผิว คือ Curosurf ตามแผนการรักษา โดยช่วยแพทย์ให้ Curosurf ช้างละ 1.4 ml via ETT ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1 ตรวจสอบตำแหน่ง และความลึกของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และดูดเสมหะ เปิดทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้ยา</li> <li>7.2 ประเมินค่าออกซิเจนในเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความดันโลหิตตลอดเวลาที่ให้ยา</li> <li>7.3 การเตรียมยา ควรตั้งยาไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 20 นาทีหรืออุ่นโดยกำไว้ในอุ้งมืออย่างน้อย 8 นาที ห้ามอุ่นโดยใช้เครื่องทำความอุ่น และห้ามเขย่าขวด</li> <li>7.4 เตรียมสายให้อาหารขนาด 5F ที่มีรูเปิดเพียงรูเดียว ตัดปลายสายออกให้ได้ความยาวเท่ากับความยาวของท่อช่วยหายใจบวกกับข้อต่อท่อช่วยหายใจ ซึ่งเมื่อใส่ลงในท่อช่วยหายใจให้ความยาวเลยออกไปเพียงเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่บนเนื้อ Carina ของทารก</li> <li>7.5 จัด Position ศีรษะต่ำ 15 - 30 องศา ตะแคงข้างขวา และข้างซ้ายขึ้น</li> <li>7.6 หลังจากแพทย์ให้สาร Curosurf เรียบร้อย ให้ O<sub>2</sub> ด้วยวิธี Hand-bagging นานประมาณ 1 นาที หรือจนกระทั่งผู้ป่วยมี O<sub>2</sub> sat กลับสู่ภาวะปกติ แล้วต่อเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>7.7 งดดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หลังจากให้สารลดแรงตึงผิว เพื่อหลีกเลี่ยงการดูดสารลดแรงตึงผิวออก และให้ยากระจายตัวเคลือบถุงลมปอดทั่วถึง</li> <li>7.8 ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกสีผิว SpO<sub>2</sub> ฝ้าระวังการมีเลือดออกใน ETT เพื่อป้องกันการเกิดอาการ แทรกซ้อนจากการให้ Curosurf ได้แก่ Bradycardia, Pulmonary hemorrhage, Transient hypoxia, Hypercapnia, Hypotension</li> </ol> </li> <li>8. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบาก (หายใจเร็วและหอบ เสียงหายใจลดลง ออกนุ้ม ขายโครงนุ้ม ปีกจมูกบาน กระสับกระส่าย หายใจมีเสียงคราง) สีผิวบริเวณเยื่อปูก จมูก และปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ เพื่อให้การช่วยเหลือทารกได้อย่างทันที่</li> </ol> |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล  | กิจกรรมการพยาบาล   |
|---|--|
|   | <p>9. ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า BP &lt; 50/30 mmHg, MAP &lt; 30 mmHg., HR &gt;160 beat/min, RR &gt; 60 beat/min รายงานแพทย์ทราบ</p> <p>10. ดูแลให้ทารกอยู่ในตู้อบ เพื่อให้ความอบอุ่น และจัดกิจกรรมดูแลทารกในคราวเดียวกัน (Cluster nursing care) เพื่อลดการใช้พลังงานและออกซิเจน</p> <p>11. ติดตามผล ABG เพื่อประเมินภาวะกรด ต่างในเลือด</p> <p>12. ดูแลทารกให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้พลังงาน โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไป</p> <p>13. แนะนำบิดามารดาาระหว่างเยี่ยมทารก ให้สังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หอบเหนื่อย ชายโครงบวมเพิ่มขึ้น และสีผิวของทารกโดยเฉพาะบริเวณรอบปาก รอบจมูก และปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ หายใจปึกจมูกบาน ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกมีผิวกาย ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปากชมพู หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ลักษณะสม่ำเสมอ ไม่มี subcostal retraction RR= 46 - 56 beat/min, SpO<sub>2</sub> = 98 - 100%, HR =156-162 beat/min., BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, MAP = 38 - 52 mmHg หลังได้รับยา Curosurf ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผล ABG ปกติ pH 7.360, PCO<sub>2</sub> 34.1 mmHg, PO<sub>2</sub> 81 mmHg, HCO<sub>3</sub> 24 mmol/L, BE -3 mmol/L สามารถ wean Ventilator ได้ ให้เป็น NIPPV และ Nasal CPAP แล้ว off ให้ทารกหายใจเอง ในอากาศ ปกติ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ และหายใจลำบาก SpO<sub>2</sub> = 98 - 100%</p>   |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2</b> ทารกมีภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ น้ำหนัก 1,180 กรัม</li> <li>2. แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Prematurity, RDS S/P Surfactant, EONS</li> <li>3. ทารกซึม หายใจลำบาก มี Subcostal retraction</li> <li>4. BT=35°C, HR =168 beat/min, RR = 64 beat/min</li> <li>5. PEWS score 7 คะแนน</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือด</li> <li>2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินและวัดสัญญาณชีพ MAP ทุก 15-30 นาที จนปกติ หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง</li> <li>2. ประเมิน สังเกต อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หน้าอกบวม ปีกจมูกบาน กล้ามเนื้อชายโครงตึงรั้ง เชี่ยวตามปลายมือปลายเท้า เล็บมือ เล็บเท้า ริมฝีปากหรือทั่วตัว HR &gt;160 beat/min หรือ &lt; 100 beat/min ค่า SpO<sub>2</sub> &lt; 90%</li> <li>3. ประเมิน สังเกต อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้แก่ ผิวสีเทา ซีด Duskyหรือตัวลาย Capillary filling time &gt; 3 วินาที, SBP &lt; 50 mmHg, MAP &lt; 30 mmHg, urine output &lt; 1 ml/kg/hr, HR &gt; 180 หรือ &lt; 100 beat/min หายใจผิดปกติ หายใจเหือก (Grasping)</li> <li>4. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ On ETT &amp; Ventilator setting PCAC - VG mode P<sub>max</sub> 20 cmH<sub>2</sub>O, PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O, VG 4.5 ml, RR 60 beat/min, T<sub>i</sub> 0.3, FiO<sub>2</sub> 0.3 keep SpO<sub>2</sub> 90 - 95%</li> <li>5. จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และช่วยแพทย์ทำหัตถการ Umbilical vein catheter (UVA) และ Umbilical artery catheter (UAC) เพื่อให้สารน้ำ ยา สารอาหารที่มีความเข้มข้นสูงทางหลอดเลือดดำ และเป็นช่องทางสำหรับการดูแลติดตามตรวจ โดยทารกไม่ต้องเจ็บตัวบ่อยครั้ง</li> <li>6. ส่งเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์สั่งการรักษาและติดตามผลการตรวจ</li> <li>7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาโดยให้ภายหลังส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพาะเชื้อ และได้รับการวินิจฉัยภาวะ sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง และยึดหลักบริหารยา 7R ได้แก่</li> </ol> <p>7.1 Ampicillin 55 mg <math>\text{\textcircled{v}}</math> q 12 hr ฝ้าระวังอาการข้างเคียง ท้องเสีย อาเจียน ผื่นแดง อาการแพ้ยาชนิด Anaphylaxis เช่น หายใจลำบาก บวม หัวใจเต้นเร็ว มีผื่นคัน เป็นต้น</p> |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล   | กิจกรรมการพยาบาล  |
|--|---|
|  | <p>7.2 Gentamycin 5 mg <math>\odot</math> q 48 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง โดยติดตามประเมินหน้าที่การทำงานของไต รวมทั้งการบันทึก Intake/ Output โดยให้ปัสสาวะอยู่ในช่วง 1-6 ml/ kg/hr ชั่งน้ำหนักวันละครั้ง ตรวจสอบการได้ยินเมื่อทารกพร้อม เนื่องจากยานี้จะทำลายเส้นประสาทคูที่ 8 ซึ่งทำให้หูหนวก</p> <p>8. ดูแลให้ 10%D/W 200 ml <math>\odot</math> 3.5 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียออกนอกเส้นเลือดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างการให้สารน้ำ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ทุก 15-30 นาที เช่น ไอ เสมหะเป็นฟอง ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ติดตามผล CXR มี pulmonary edema หรือ infiltration</p> <p>9. บันทึกและประเมิน urine output ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต</p> <p>10. เฝ้าระวัง สังเกตอาการและอาการแสดงของการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยประเมินสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระบบหายใจ โดยประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ระบบประสาท โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ระบบเลือด โดยประเมินค่า Hb, Platelet count ระบบเผาผลาญอาหาร โดยติดตามค่า DTX และไต โดยติดตามค่า HCO<sub>3</sub>, K, ABG, BUN, Creatinine และ urine output</p> <p>11. ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ (Adequate fluid resuscitation) ภายหลังจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 20- 30 ml/kg โดยพิจารณาจากพารามิเตอร์ ดังนี้ MAP &gt; GA, HR = 100 -180 beat/min, urine output &gt;1 ml/kg/hr, Capillary refill time &lt; 2 วินาที ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น ไม่มีความแตกต่างคุณภาพของชีพจรระหว่างชีพจรส่วนปลาย(Peripheral pulse) และชีพจรส่วนกลาง (Central pulse) หากประเมินความเพียงพอของปริมาณสารน้ำ พบ MAP &lt; GA หรือภาวะ Hypotension คือ SBP &lt; 50 mmHg แสดงว่าทารกแรกเกิดมีภาวะ fluid refractory shock รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้ vasopressor drug หรือ Inotropic drug</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวกาย ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากสีชมพู สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, MAP 38 - 52 mmHg, Capillary filling time &lt; 2 วินาที ขณะใส่เครื่องช่วยหายใจและหลังเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีหายใจลำบาก ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ SpO<sub>2</sub> 98 - 100% urine output เฉลี่ย 5 - 8 ml/hr PEWS score 2 คะแนน ผล H/C no growth, DTX ต่ำ (DOL1) 21 mg%, Platelet ต่ำ (DOL2) 104,000 cell/mm<sup>3</sup>, Hb ต่ำ (DOL36) = 9.6 g/dL</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3</b> ทารกเกิดภาวะปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังทำงานไม่เต็มที่</p> <p>จากการคลอดก่อนกำหนด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</p> <p>2. ทารก on ETT with Ventilator มานาน 6 วัน</p> <p>3. DOL6 ทารกมีไข้ BT = 38°C หายใจเหนื่อย มีเสียงครืดคราดในท่อนช่วยหายใจ เสมหะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ลักษณะเหนียว SpO<sub>2</sub> ต่ำลง 88 - 89% CXR มี infiltration both lung ผล Sputum gram stain</p> | <p>1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ SpO<sub>2</sub> ทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าพบ SBP &lt; 50 mmHg, MAP &lt; 30 mmHg, HR &gt;160 beat/min, RR &gt; 60 beat/min, SpO<sub>2</sub> &lt; 90% รายงานแพทย์รับทราบ</p> <p>2. สังเกต และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น เสมหะเปลี่ยนสีและมีจำนวนมาก อุณหภูมิต่ำหรือสูงกว่าปกติและไม่คงที่ มีอาการหายใจลำบาก (ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม หายใจมีเสียงคราง เสียงวี๊ด) เสียงเสมหะในหลอดลม หายใจเร็ว หุดหทัยใจ อัตราการเต้นหัวใจผิดปกติ SpO<sub>2</sub> &lt; 90% WBC &gt;12,000 หรือ &lt; 4,000 cell/mm<sup>3</sup></p> <p>3. สังเกต และประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ซึม นมไม่ย่อย ท้องอืด เคลื่อนไหวน้อยลง ซีด ตัวลาย ตัวเย็น เยียว</p> <p>4. ดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นเสมหะในท่อนช่วยหายใจ ได้ยินเสียงหายใจลดลง RR &gt; 60 beat/min ร่วมกับลักษณะหายใจผิดปกติ เช่น ปีกจมูกบาน หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ HR &gt; 20 ครั้งจากอัตราปกติ มีการเปลี่ยนแปลงระดับ</p>  |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล   | กิจกรรมการพยาบาล   |
|--|--|
| <p>พบ gram +ve cocci in pair cluster, gram-ve bacilli, Leukocyte few, Sputum culture (Day 3)<br/>พบ Enterobacter Cloacae ผล CBC พบ WBC= 22,350 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil =75%, Lymphocyte = 9 %]</p> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดการติดเชื้อที่ปอดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</li> <li>2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ</li> </ol> | <p>ความรู้สึกรู้สึกตัว เช่น ตื่นกระสับกระส่าย ซึม SpO<sub>2</sub> &lt; 90% ดูดมหายใจโดยยึดหลักปลอดภัย ใช้ความดัน 60 - 80 mmHg ครั้งละไม่เกิน 10 -15 วินาที เปลี่ยนสายวงจรเครื่องช่วยหายใจและเครื่องทำความชื้นเมื่อปนเปื้อน และหน้าที่ค้างอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจออก เป็นระยะๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. จัดทำนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 15 องศา ช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าออกปอดได้สะดวก ป้องกันการสำลัก</li> <li>6. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล หรือจับต้องตัวทารกทุกครั้ง ด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยใช้หลัก 5 moments และเช็ดมือให้แห้ง กรณีที่แรงควมและมือสะอาดไม่เปื้อนสารคัดหลั่งให้ใช้น้ำยาหรือที่ผสม alcohol โดยให้น้ำยาชุ่มมือ รอจนแห้งจึงจะฆ่าเชื้อได้ เพื่อลดจำนวนเชื้อโรค และป้องกันการติดเชื้อ จากผู้ให้บริการสูททารกและจากทารกไปสู่ทารกอื่น ๆ</li> <li>7. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย สะดือ และช่องปาก รวมทั้งเตียงและอุปกรณ์ข้างเตียง</li> <li>8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา โดยยึดหลักบริหารยา 7R [1) Right drug (ให้ยาถูกชนิด) 2) Right dose (ให้ขนาดถูกต้อง) 3) Right patient (ให้ถูกคน) 4) Right route (ให้ถูกทาง) 5) Right time and frequency 6) Right technique (บริหารยาถูกวิธี) 7) Right document (บันทึกการใช้ยาถูกต้อง)]</li> <li>8.1 Cefotaxime 60 mg <math>\checkmark</math> q 12 hr เผื่อระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่นแดง เส้นเลือดดำอักเสบ ถ่ายเหลว เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดขาวชนิดแกรนูโลไซต์ต่ำ (Granulocytopenia) และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอซิโนฟิลสูง (Eosinophilia)</li> <li>8.2 Amikin 16 mg <math>\checkmark</math> q 48 hr เผื่อระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ พิษต่อหูทั้งระบบการทรงตัวและระบบการได้ยิน พิษต่อไตเป็นแบบชั่วคราว</li> <li>8.3 Meropenem 50 mg <math>\checkmark</math> q 8 hr เผื่อระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง และผิวหนังอักเสบบริเวณที่ทายา</li> <li>9. แนะนำให้บิดา มารดา ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังจับต้องทารก และสิ่งแวดล้อมข้างเตียง</li> <li>10. ติดตามผลการตรวจ Hemo culture, Sputum culture, CBC, CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกเคลื่อนไหวได้ดี สนิ่วปลายมือ ปลายเท้าชมพู หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, MAP 38 - 52 mmHg ผล CBC พบ WBC= 11,020 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil = 47%, Lymphocyte = 40 %] Hemo culture ไม่พบการติดเชื้อ CXR ปกติ ไม่มีคำสั่งการรักษาส่งตรวจ Sputum culture ซ้ำ</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4</b> ทารกเสี่ยงต่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบกพร่องจากหลอดเลือดหัวใจยังไม่เปิด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>แพทย์ตรวจร่างกายพบเสียง murmur LPSB เกรด II R/O PDA</p> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ SpO<sub>2</sub> ทุก 1 ชม. เพื่อติดตามอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และความรุนแรงของการไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำ</li> <li>2. จัดให้นอนศีรษะสูง 15-30 องศา ช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ส่งผลให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น</li> <li>3. ฟังเสียงหัวใจที่ผิดปกติ เพื่อประเมินความรุนแรงของการไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำจากเสียง murmur</li> <li>4. ดูแลให้ Paracetamol drop 0.2 ml q 6 hr x 7 วัน เพื่อยับยั้งการสร้างสาร prostaglandin ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว การไหลลัดวงจรของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำลดลง มีผลให้หลอดเลือด PDA ปิด</li> </ol>  |

## ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล  | กิจกรรมการพยาบาล  |
|---|---|
|   | <p>5. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย</p> <p>6. ชั่งน้ำหนักตัวทารกทุกวัน เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน</p> <p>7. สังเกตอาการของการไหลล้นตัวของเลือดจากหลอดเลือดแดงสู่หลอดเลือดดำรุนแรงขึ้น ได้แก่ Tachycardia, Tachypnea, Wide pulse pressure, Hypotension, เสียง murmur ซัดขึ้น ซีม เลือดออกในกระเพาะอาหาร ท้องอืด และปัสสาวะน้อยลงกว่า 1 ml/kg/hr</p> <p>8. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว แขน ขา บวม น้ำหนักเพิ่ม</p> <p>9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Electrolyte, Bun, Cr, Platelet</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกมีสัญญาณชีพปกติ HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, SpO<sub>2</sub> 98-100% หายใจไม่เหนื่อย ไม่พบเสียง murmur</p>   |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5</b> ทารกมีประสิทธิภาพการทำงานของลำไส้ลดลงเนื่องจากลำไส้เน่าจากลำไส้ขาดเลือดและออกซิเจน</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. DOL 14 ทารกท้องอืดตึง อาเจียนเป็น bile ผล CXR include abdomen พบ bowel dilatation</p> <p>3. แพทย์วินิจฉัยมีภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (Necrotizing Enterocolitis: NEC) stage 1B</p> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของลำไส้และลดการเกิดลำไส้เน่าอักเสบ</p> <p>2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลำไส้เน่า</p> | <p>1. จัดน้ำงดอาหารทางปาก</p> <p>2. ต่อ OG ลงดู ดูออกให้เป็นระยะๆ ทุก 8 ชั่วโมง ถ้าอากาศไม่ดีขึ้น ดูแลเปลี่ยนเป็น Intermittent suction และ continuous low-pressure suction เพื่อระบายลมและ gastric content ตามแผนการรักษา</p> <p>บันทึก ปริมาณและลักษณะ content</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในช่องท้องและติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ</p> <p>4. ประเมินสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ DIC, septic shock และ peritonitis เช่น ท้องอืดแข็ง ซีม อุณหภูมิร่างกายไม่คงที่ content สีเขียว ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ระบายงานแพทย์ทันที</p> <p>5. ดูแลให้ TPN, 20% Intralipid ⑤ drip ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นและน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา</p> <p>6.1 Amikin 16 mg ⑤ q 48 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ พิษต่อหูทั้งระบบการทรงตัวและระบบการได้ยิน พิษต่อไตเป็นแบบชั่วคราว</p> <p>6.2 Meropenem 50 mg ⑤ q 8 hr เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดง และผิวหนังอักเสบบริเวณที่ทายา</p> <p>7. ส่งตรวจ Stool exam และ Stool culture และติดตามผล</p> <p>8. ติดตามผล Hct, Hb, WBC, Platelet count, Electrolyte รวมถึงผลการเพาะเชื้อ และ Abdominal X-ray</p> <p>9. เมื่อเริ่มให้นมทาง OG tube เริ่มด้วยนมแม่อย่างเดียว สังเกต บันทึกจำนวนและลักษณะของนม ที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารก่อนให้นมทุกครั้ง</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกมีสัญญาณชีพปกติ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ผล stool occult blood negative, Stool culture no growth ผล CBC พบ WBC ปกติ = 11,020 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil ปกติ = 47%, Lymphocyte ปกติ = 40 %, Platelet count ปกติ = 398,000 cell/mm<sup>3</sup>, Hb ต่ำ = 10.7 g/dL, Hct ต่ำ = 30.8 % Abdominal X-ray normal bowel gas pattern</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6</b> ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกายทำงานยังไม่สมบูรณ์ และความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อในร่างกาย</p>   | <p>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิร่างกายต่ำ แขนขาเย็น เกร็ง ซีม ตอบสนองช้า เหงื่อออกมาก หยุต หายใจ</p>  |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล   | กิจกรรมการพยาบาล  |
|--|---|
| <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</li> <li>2. ทารกมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด</li> <li>3. DTX = 21 mg%</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ดูแลให้ 10% D/W 2 ml <math>\odot</math> push, 12.5% D/W 300 ml <math>\odot</math> drip rate 3 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด</li> <li>4. ตรวจ DTX ภายหลังได้รับการรักษา 1 ชั่วโมง และตอนเช้า x 3 วัน</li> <li>5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลังได้รับการรักษาด้วยกลูโคส</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวกายอุ่น ปลายมือ ปลายเท้าสีชมพู สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, DTX อยู่ในช่วง 81 -134 mg%</p>   |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7</b> ทารกมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมความร้อนในสมอง โครงสร้างของผิวหนังไม่สมบูรณ์ และพื้นที่ผิวกายมากกว่าน้ำหนักตัว</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</li> <li>2. BT=35°C ปลายมือปลายเท้าซีด ตัวเย็น</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นำทารกเข้าตู้อบ เพื่อเป็นลดการสูญเสียความร้อน โดยการพาความร้อน ดูแลให้อยู่ใน Neutral Thermal Environment (NTE)</li> <li>2. ดูแลทารกไม่ให้เปียกชื้น เพื่อลดการสูญเสียความร้อนแบบระเหย</li> <li>3. หลีกเลี่ยงไม่ให้ทารกนอนบริเวณที่มีกระแสลมพัดผ่าน เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนแบบการพาความร้อน</li> <li>4. หลีกเลี่ยงไม่ให้ผิวหนังทารกสัมผัสกับของที่มีความเย็น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนแบบการนำความร้อน</li> <li>5. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายจนกว่าจะปกติและคงที่เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของทารก</li> <li>6. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ หายใจเร็ว หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้าเย็นและเขียว ตัวลาย หัวใจเต้นช้า ซึม</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวกายอุ่น ปลายมือ ปลายเท้าสีชมพู BT=37 – 37.1°C, HR =156 -162 beat/min, RR =46 - 56 beat/min, BP=55 -74 / 30 - 42 mmHg</p>  |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8</b> ทารกมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายและขาดสารอาหาร เนื่องจากระบบการย่อยและการดูดซึมยังไม่สมบูรณ์</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ น้ำหนัก 1,180 กรัม</li> <li>2. งดอาหารและน้ำทางปากนาน 11วัน</li> <li>3. DOL 9 ผล CBC พว Hb ต่ำ =11.2 g/dL, Hct ต่ำ = 33.7% ผล Blood chemistry พว Albumin ต่ำ = 1.8 g/dL, Electrolyte พว Sodium ต่ำ = 116 mmol/L, Magnesium ต่ำ 1.4 mg/dL</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียม แมกนีเซียมและสารอาหารโปรตีนในร่างกายให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</li> <li>2. เพื่อรักษาสสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยสังเกตการตอบสนองของทารกต่อสิ่งแวดล้อม ทุก 1 ชั่วโมง</li> <li>2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึม ชัก หมดสติ หุดหทัยใจ</li> <li>3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หายใจเหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงสั่น มือเท้าจีบ รีเฟล็กซ์ไว ชัก</li> <li>4. ดูแลให้ 3% NaCl 6 ml <math>\odot</math> drip in 4 hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณโซเดียมในเลือด เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ อาการของ hypernatremia, hypocalcemia และ hypokalemia</li> <li>5. ดูแลให้ 50% MgSO<sub>4</sub> 0.1 ml + 5 W up to 2 ml x 2 dose q 4 hr ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณแมกนีเซียมในเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง</li> <li>6. ดูแลให้ TPN, 20% Intralipid <math>\odot</math> drip ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เป็นแหล่งพลังงานหลักของร่างกายอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน รวมทั้งวิตามิน และแร่ธาตุที่ละลายในไขมัน</li> <li>7. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน รายงานแพทย์หากน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 56.8 กรัม</li> <li>8. ติดตามผล Sodium, Magnesium เกือบอื่น ๆ Albumin</li> <li>9. กรณีแพทย์มีคำสั่งให้เริ่มให้อาหารทางสายยางได้ ดูแลให้นมแม่ ปริมาณความถี่ และระยะเวลาในการให้นม ตามแผนการรักษา</li> <li>10. กระตุ้นให้มารดาบีบน้ำนมใส่ขวด เพื่อเก็บน้ำนมไว้ให้ทารก</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกเคลื่อนไหวได้ดี ผิวหนังตึงตัวดี ไม่แห้ง กล้ามเนื้อไม่ลีบ ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด ขับถ่ายปกติ น้ำหนักตัวลดลงในช่วง 3 วันแรก หลังจากนั้นน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 – 50</p> |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล  | กิจกรรมการพยาบาล  |
|---|---|
|   | <p>กรัม จนจำหน่ายทารกมีน้ำหนักตัว 2,960 กรัม สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg ผล Electrolyteและเกลือแร่ต่างๆ ปกติ Sodium =137 mmol/L, Potassium = 5.2 mmol/L Magnesium =2.3 mg/dL, Calcium = 8.7 mg/dL, Magnesium = 2.3 mg/dL, Chloride= 106 mmol/dL, Phosphorus = 4.2 mg/dL ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Albumin, Hb, Hct เพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังคงต่ำกว่าค่าปกติ คือ Albumin =2.6 g/dL, Hb =10.7 g/dL, Hct ต่ำ 30.8 %</p>   |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9</b> ทารกมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากสารที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดไม่สามารถสร้างได้เต็มที่จากตับยังทำงานไม่สมบูรณ์</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</li> <li>2. หลัง off UAC มีเลือดซึม</li> <li>3. DOL 3 ผล CBC พบ Platelet count ต่ำ 140,000 cell/mm<sup>3</sup>, ผล Coagulogram พบ PT = 15.5วินาที, PTT= 68 วินาที, INR =1.28</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <p>เพื่อป้องกันการมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ</p>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันการทารกบาดเจ็บ</li> <li>2. สังเกตการมีจ้ำเลือดบริเวณผิวหนัง หรืออาการที่มีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอ ทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และตามเยื่อต่างๆ</li> <li>3. ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตการปัสสาวะของขมอมหน้าในทารก วัดเส้นรอบศีรษะสัปดาห์ละครั้ง เพื่อเฝ้าระวังเลือดออกในสมอง</li> <li>4. ดูแลให้ Losec 1 mg <math>\odot</math> OD เพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ป้องกันการเกิดแผลและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร</li> <li>5. ดูแลให้ Vit K 10 mg <math>\odot</math> เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การติดเชื้อมีบริเวณตำแหน่งที่ฉีด การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ</li> <li>6. ดูแลให้ Vit K 2.5 mg twice a week เพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด</li> <li>7. ติดตามผล CBC และ Coagulogram</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ทารกสัญญาณชีพปกติ HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ผล CBC พบค่า Hb ต่ำ =10.7 g/dL, Hct ต่ำ 30.8%, Platelet count ปกติ = 398,000 cell/mm<sup>3</sup> แพทย์ไม่มีคำสั่งส่งตรวจ Coagulogram ซ้ำ</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10</b> ทารกตัวเหลือง เนื่องจากระดับบิลิรูบินในเลือดสูงจากเม็ดเลือดแดงแตกง่ายและตับทำงานไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</li> <li>2. DOL3 ทารกตัวเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ผลตรวจ Microbilirubin (MB) 14.6 mg/dL, Hct 55%</li> </ol> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับปกติ</li> <li>2. เพื่อป้องกันการเกิด Kernicterus</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ส่งไปรักษา โดยถอดเสื้อผ้าทารกออก ปิดตาทารกให้สนิท และให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 cm</li> <li>2. เปลี่ยนผ้าปิดตาทุกแฉก และขณะเปลี่ยนผ้าปิดตา จ้องหน้าทารก เพื่อกระตุ้นการมองเห็น และเปิดตาทารกเมื่อปิดตามารดาเข้าเยี่ยม เพื่อให้ปิดตามารดาได้มองเห็นทารก เพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก</li> <li>3. พลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผิวหนังทุกส่วนได้รับการส่องไฟอย่างทั่วถึง</li> <li>4. สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา เช่น ผื่นขึ้น ถ่ายเหลวหรือผื่นขึ้นใหม่ มีผื่นแดง ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือมีไข้</li> <li>5. สังเกตอาการผิดปกติเช่น ซึมลง ไม่ร้อง เหลืองมากขึ้น รายงานแพทย์ให้การรักษาทันที</li> <li>6. ติดตาม Hct, MB วันละ 1 ครั้ง</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>หลังส่องไฟ 7 วัน ทารกตัวเหลืองลดลง MB 4 mg/dl, Hct 37 % ไม่มีไข้ ไม่มีอาการซึม ชัก เกร็ง ผื่นขึ้นขึ้นดี ไม่มีผื่นแดง หรือผื่นขึ้นใหม่ Intake/output: Positive balance, urine output 5-8 ml/kg/hr</p>   |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11</b> ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนน้ำดีคั่ง ตับอักเสบ เนื่องจากได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หยุดให้อาหารทางหลอดเลือดดำ TPN, 20% Intralipid <math>\odot</math> drip ตามแผนการรักษา</li> </ol>  |

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล   | กิจกรรมการพยาบาล  |
|--|---|
| <p>1. ทารกได้รับการให้อาหารทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน 27 วัน ทำให้ทางเดินอาหารไม่ได้ทำงานนาน ตับและระบบทางเดินน้ำดีจึงไม่ได้รับการกระตุ้น จึงเกิดการสะสมของน้ำดีและนำไปสู่การอักเสบของตับ</p> <p>2. DOL 31 ทารกตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด ผล LFT ผิดปกติ พบ Protein ต่ำ 5.1 g/dl, Albumin ต่ำ 2.5 g/dl, Globulin ต่ำ 2.6 g/dl, Total bilirubin ต่ำ 13.2 mg/dl, Direct bilirubin สูง 10.1 mg/dl, indirect bilirubin สูง 3.10 mg/dl, SGOT สูง 171 U/L, SGPT สูง 242 U/L, Alkaline phosphatase สูง 537 U/L แพทย์ R/O Parenteral nutrition association liver disease (PNALD)</p>                | <p>2. ดูแลทารกให้ได้รับนมแม่อย่างเพียงพอผ่านทาง OG เมื่อทารกอาการดีขึ้น แนะนำให้มารดาเลียทารกและกระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง นาน 20-30 นาที เพื่อให้มีอาหารผ่านทางเดินอาหารโดยเฉพาะลำไส้เล็ก ซึ่งจะกระตุ้นการหลั่ง cholecystokinin ทำให้ตับและถุงน้ำดีหลั่งน้ำดีมาที่ท่อน้ำดีและไหลเข้าสู่ลำไส้เล็ก จะลดการคั่งค้างของน้ำดี นอกจากนี้การให้นมมารดาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการขจัดบิลิรูบินออกมากับอุจจาระ และปัสสาวะ</p> <p>3. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของความดันในเส้นเลือดดำพอล์ต้นสูง (Portal hypertension) ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ท้องมาน ม้ามโต โรคสมองจากตับ (Hepatic encephalopathy)</p> <p>4. ดูแลให้ Ursodeoxycholic acid (UDCA) 12 mg <math>\odot</math> tid pc ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนกรดน้ำดีที่เป็นพิษต่อตับให้อยู่ในรูปละลายน้ำได้ดีขึ้น และมีพิษต่อตับลดลง กระตุ้นการขับกรดน้ำดีออกจากตับ ป้องกันภัยอันตรายต่อเซลล์เยื่อบุทางเดินน้ำดี (Cholangiocyte) รวมทั้งป้องกันการตายของเซลล์ตับ เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ไอ ท้องเสีย ผื่นตามผิวหนัง</p> <p>5. ดูแลให้ Vitamin E (100 IU) 1 tab <math>\odot</math> OD เพื่อเพิ่มความสามารถในการย่อยไขมัน และการดูดซึมไขมันในลำไส้เล็ก</p> <p>6. ติดตามผลการตรวจ LFT เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b><br/>ทารกตัวเหลืองลดลง ปัสสาวะสีเหลืองใส อุจจาระสีเหลืองปกติ ผล LFT พบใกล้เคียงกับค่าปกติ ค่า Total bilirubin= 1.2 mg/dl Direct bilirubin= 0.8 mg/dl, indirect bilirubin= 0.40 mg/dl, SGOT= 107 U/L, SGPT= 83 U/L, Alkaline phosphatase = 291 U/L ยกเว้น Protein ต่ำลง 4.0 g/dl, Albumin ต่ำลง 2.6 g/dl, Globulin ต่ำลง 1.4 g/dl</p> |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12</b> ทารกมีภาวะโลหิตจางเนื่องจากการผลิตเม็ดเลือดแดงได้น้อยกว่าปกติจากการติดเชื้อ เม็ดเลือดแดงแตกและไขกระดูกทำงานไม่สมบูรณ์จากคลอดก่อนกำหนด</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. ทารกคลอดก่อนกำหนด มารดาอายุครรภ์ 29 สัปดาห์</p> <p>2. ทารกมีริมฝีปากซีด ปลายมือปลายเท้าซีด</p> <p>3. DOL10 ผล Hb =11.3 g/dl, Hct = 31%; DOL31 ผล CBC Hb =10.2 g/dl, Hct = 29.7%; DOL36 Hb = 9.6 g/dl, Hct = 28.7%</p> <p>4. ทารกถูกเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกวัน วันละ 2-3 ml</p> <p><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b><br/>เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> | <p>1. ประเมินอาการของภาวะโลหิตจางที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ ผิวและเยื่อบุตา เยื่อบุช่องปากซีดมากขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ดูดนมได้ไม่ดี</p> <p>2. ดูแลให้ LPRC 20 ml <math>\odot</math> drip in 4 hr โดยเตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือด พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของชนิดของเลือด หมู่เลือด ชื่อ นามสกุลของทารก ให้เลือดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนระหว่างให้เลือด เช่น หายใจลำบาก ไข้สูง สั่น ผื่นคัน</p> <p>3. ดูแลให้ Eurofer 0.5 และ 0.6 ml <math>\odot</math> OD เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กที่ใช้ในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง</p> <p>4. ดูแลให้ Vit K 2.5 mg twice a week เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด และป้องกันการสูญเสียเลือด</p> <p>5. ติดตามผล Hb และ Hct</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b><br/>ทารกตัวแดงขึ้น ปลายมือปลายเท้าชมพู สัญญาณชีพปกติ BT=37 – 37.1°C, HR = 156-162 beat/min, RR = 46 - 56 beat/min, BP= 55 -74 /30 - 42 mmHg, SpO<sub>2</sub> 98-100% ผล CBC พบค่า Hb ต่ำ =10.7 g/dL, Hct ต่ำ 30.8% Reticulocyte count ปกติ 6.39%</p>   |
| <p><b>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13</b> บิดามารดาคาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้านเนื่องจากมีบุตรคนแรก</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>1. มารดาไม่กล้าอุ้มบุตร บอกว่ากลัวอุ้มไม่ได้</p>   | <p>1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>2. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่บิดามารดาเรื่อง การดูแลทารก ได้แก่ ข้อมูล การเจ็บป่วยโรค การป้องกันทารกติดเชื้อ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ การกระตุ้นพัฒนาการทารก การให้ความอบอุ่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้วัคซีนตามอายุ</p>  |

## ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล  | กิจกรรมการพยาบาล  |
|---|---|
| 2. บิดา มารดาทำทางไม่มั่นใจขณะอุ้มบุตร<br>3. มารดาสอบถามเรื่องการฉีดวัคซีนให้ทารก<br><b>วัตถุประสงค์การพยาบาล</b><br>เพื่อให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่บิดา มารดาในการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน | 3. จัดการสอนและฝึกทักษะให้แก่บิดามารดาเรื่อง การอุ้มบุตรด้วยท่าที่ถูกต้อง การดูแลที่เหมาะสม การอาบน้ำทารก การทำความสะอาดร่างกายบริเวณตา ช่องปาก จมูก สะดือ การนั้บอัตรการหายใจ และสังเกตลักษณะการหายใจปกติ<br><b>ประเมินผลการพยาบาล</b><br>บิดามารดาสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการให้นมทารก การอาบน้ำทารก การดูแลที่เหมาะสม การนั้บอัตรการหายใจได้อย่างถูกต้อง มีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ความมั่นใจว่า จะสามารถดูแลทารกได้ และพร้อมรับทารกกลับบ้าน |

## สรุปและอภิปรายผล

จากประวัติการตั้งครรภ์ พบว่ามารดาไม่เคยมาฝากครรภ์ ทำให้ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ ซึ่งคาดว่ามารดาอาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อยู่ก่อนแล้ว แต่ไม่ได้รับการดูแลรักษา จึงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้มารดาเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่ออายุครรภ์เพียง 29 สัปดาห์ แพทย์จึงต้องพิจารณาทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คือ 2,500 กรัม สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสุทธิและคณะ พบว่า มารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาที่ได้ฝากครรภ์ 4.19 เท่า และมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาที่เจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด 2.01 เท่า<sup>5</sup> และงานวิจัยของสุภัทรวดี ภูมิพันธ์ พบว่า มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาปกติ 17.63 เท่า<sup>6</sup> ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนดรายนี้ มีปัญหาการทำงานของอวัยวะหลายระบบ เนื่องจากอวัยวะต่างๆ ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโลหิต ระบบทางเดินอาหารและภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว ติดเชื้อในกระแสเลือด หลอดเลือดหัวใจเกินยังไม่ปิดจากการหดตัวของหลอดเลือด Ductus arteriosus ไม่แรงพอ อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าผิวหนังบาง ไชมันต์ได้

ผิวหนังน้อย ทำให้สูญเสียความร้อนได้ง่าย น้ำตาลในเลือดต่ำจากความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การหายใจ การเคลื่อนไหว ตัวเหลืองจากเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้น ทำให้สลายเร็วและได้สารบิลิรูบิน ซึ่งตัวยังทำหน้าที่กำจัดบิลิรูบินออกจากร่างกายได้ไม่สมบูรณ์ จึงเกิดการคั่งของบิลิรูบิน ซึ่งเป็นสารสีเหลือง ภาวะโลหิตจางจากการสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอ การสลายเม็ดเลือดแดงที่เร็วกว่าปกติ<sup>7</sup> ถ้าใส่อกเสบและเน่าจากภาวะ RDS ทารกจะมีการตอบสนองแบบ Diving reflex คือ เลือดจะถูกดึงไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไตมากกว่าส่วนอื่น เลือดจะไปสู่ลำไส้ลดลง ทำให้เกิดการขาดเลือด<sup>8</sup> นอกจากปัญหาดังกล่าว ทารกยังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และภาวะน้ำดีคั่งจนเกิดตับอักเสบ เนื่องจากทารกใช้เครื่องช่วยหายใจและให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำอยู่นาน ซึ่งทุกปัญหาดังกล่าวที่มพยาบาลได้วางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม มีความสามารถในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของทารก วิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พิจารณาและตัดสินใจในการรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง รวมทั้งดูแลบริหารยาความเสี่ยงสูง เช่น MgSO<sub>4</sub> 3% NaCl และใช้เครื่องมือ อุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ตู้อบ เครื่องส่องไฟ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทารกปลอดภัยจากสภาวะร่างกายที่ยังมีการพัฒนาไม่เต็มที่ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ นำไปสู่การลดอัตราความพิการ และอัตราการเสียชีวิต

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการรณรงค์การฝากครรภ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพราะจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพ และโภชนาการที่เหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือได้รับการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนเข้า สู่ระยะคลอด ซึ่งจะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย

2. การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีทักษะในประเมินขั้นสูง เพื่อให้สามารถประเมิน ติดตามอาการ และมี

การตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องติดตามความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล ศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มาประยุกต์ใช้กับทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทารกรอดชีวิต ปลอดภัย ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วม ในการวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

### เอกสารอ้างอิง

1. ธิดา ธิตวิภู.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2567 ;4(2): 1-10.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bpreterm?year=2024>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: [https://www.dms.go.th/backend//Content/Content\\_File/Publication/Attach/](https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/)
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564 -2566.[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: [http://somdetdata.moph.go.th/data\\_sys/report\\_/](http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/)
5. Suvithayasiri V., Sripramote M., & Chredrattanak P. (2011). The Relationship of Poor Antenatal Care and Low Birth Weight and Preterm Labor. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*; 47(1): 9–16.
6. สุภัทรวดี ภูมิพิน.(2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในโรงพยาบาลบึงกาฬ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
7. ทศนีย์ ใจภักดี.(2566). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม ที่มีภาวะหายใจลำบากรุนแรง ร่วมกับภาวะช็อคจากการติดเชื้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2566.
8. ดวงพร รามะนพ.(2567). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ร่วมกับภาวะหลอดเลือดหัวใจเกิน และภาวะลำไส้อักเสบชนิดเนื้องอกตาย. งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์; 2567.