

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 5

หัวข้อเนื้อหาประจำบท

1. การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด
2. การพยาบาลทารกครบกำหนดที่มีปัญหา
3. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด
4. การสร้างเสริมโภชนาการของเด็กในวัยต่าง ๆ และโภชนบำบัดในโรค

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อเรียนจบบทนี้ นิสิตสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ได้

1. อธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด Respiratory Distress Syndrome (RDS), Sepsis, Hypothermia, Hypoglycemia, Hyperbilirubinemia, Necrotizing enterocolitis (NEC), Retinopathy of prematurity (ROP), Bronchopulmonary dysplasia (BPD) ได้
2. อธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลทารกครบกำหนดที่มีปัญหา: MAS, Jaundice, Hypoglycemia ได้
3. อธิบายเกี่ยวกับการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด : Cleft palate, tracheoesophageal fistula (TE fistula), Imperforated anus, Down Syndrome, Spina bifida ได้
4. อธิบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมโภชนาการของเด็กในวัยต่าง ๆ และโภชนบำบัดในโรคได้

วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

1. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนหัวข้อ การพยาบาลทารกแรกเกิด
2. อภิปรายแบบมีส่วนร่วม
3. สรุปเนื้อหาเพิ่มเติม
4. มอบหมายให้ตอบคำถามทบทวนท้ายบท

สื่อการเรียนการสอน

1. PowerPoint หัวข้อ การพยาบาลทารกแรกเกิด
2. เอกสารประกอบการสอนหัวข้อ การพยาบาลทารกแรกเกิด

3. เครื่องคอมพิวเตอร์

การวัดผลและการประเมินผล

1. การสังเกตความสนใจของผู้เรียน และการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน
2. การประเมินจากการตอบคำถามทบทวนท้ายบท
3. การประเมินจากผลการสอบกลางภาค

บทที่ 5

การพยาบาลทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิด เป็นวัยที่อาจเกิดภาวะผิดปกติ เป็นระยะที่มีอัตราการเกิดโรค และอัตราการเสียชีวิตสูง เพราะสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และการต่อสู้กับเชื้อโรคยังไม่ดีนักทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย การดูแลและป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงมีความสำคัญที่แพทย์ พยาบาล และพ่อแม่จึงต้องรู้เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของทารกแรกเกิด รวมถึงการพยาบาลและดูแลทารกแรกเกิด เพื่อให้สามารถสังเกตถึงความผิดปกติ และแก้ไขความผิดปกติได้ทันที่ซึ่งหาในบทนี้กล่าวรวมถึงการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกครบกำหนดที่มีปัญหา ทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด รวมถึง การสร้างเสริมโภชนาการของเด็กในวัยต่าง ๆ และโภชนบำบัดในโรค

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด

Respiratory distress syndrome (RDS)

Respiratory distress syndrome (RDS) เกิดจาก การที่ปอดไม่สามารถสร้างหรือหลั่งสาร surfactant ได้ เพียงพอ surfactant เป็นสารที่เคลือบอยู่ที่ alveolar surface เพื่อช่วย lung compliance ขณะที่หายใจออก เมื่อ lung compliance ลดลง ส่งผลให้เกิด alveolar hypoventilation และ V/Q mismatch ร่างกายเกิดภาวะ hypoxemia และ hypercarbia ตามมา อาการของผู้ป่วย ที่พบ คือ grunting respiration, retraction, nasal flaring, cyanosis และต้องการ oxygen เพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ การได้รับ oxygen concentration ที่มากเกินไป การเกิด barotrauma และ volutrauma ตามมา การเกิด severe hypoxemia และ acidosis ทำให้เกิด pulmonary vasoconstriction, right to left shunt และเกิด opening of ductus arteriosus ตามมา

Sepsis

ภาวะติดเชื้อ (sepsis) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของปฏิกิริยาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อที่ก่อให้เกิดการอักเสบกระจายไปทั่วร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตตามมา (Wiersinga et al., 2014)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันความก้าวหน้าของภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก

1. การป้องกันการติดเชื้อ (infection prevention) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างมือ
2. การประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ (initial nursing assessment) การรับรู้ถึงภาวะติดเชื้อตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early recognition) ของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว
3. การค้นหาตำแหน่งของการติดเชื้อ (identify the source of infection)
4. การประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อชนิดรุนแรง (severe sepsis screening)
5. การประเมินเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock screening)

Hypothermia

Hypothermia หรือภาวะตัวเย็นเกิน คือภาวะที่ร่างกายสูญเสียความร้อนอย่างรวดเร็วจนมีอุณหภูมิต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจทำให้ระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตได้

อาการ Hypothermia ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับระดับอุณหภูมิของร่างกายที่ลดต่ำลง และกลุ่มผู้ป่วย โดยแบ่งได้ดังนี้

1. อาการไม่รุนแรง หากมีอุณหภูมิร่างกายลดลงถึงระดับประมาณ 32-35 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยอาจมีอาการดังต่อไปนี้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย หายใจถี่ คลื่นไส้ มีอาการมึนงง พูดไม่ชัด มีปัญหาในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย
2. อาการรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายอยู่ที่ประมาณ 28-32 องศาเซลเซียส มักมีอาการคล้ายกับอาการในขั้นไม่รุนแรง แต่จะมีความรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลให้ทำกิจวัตรต่างๆ ไม่ได้ และอาจพูดไม่ชัดหรือพูดไม่รู้เรื่อง

3. อาการรุนแรงมาก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 27 องศาเซลเซียส จะพบอาการดังต่อไปนี้

3.1 อาการสั่นอาจหายไป เกิดอาการมึนงงอย่างรุนแรง สติสัมปชัญญะลดลง ซีพจรเต้นอ่อนหรือเต้นผิดปกติหายใจตื้นและหายใจช้าลง มีภาวะโคม่าและอาจเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ เด็กทารกหรือเด็กเล็กที่มีภาวะนี้อาจไม่สามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ปกครองจึงต้องคอยสังเกตความผิดปกติอย่างใกล้ชิด โดยเด็กอาจมีอาการดังต่อไปนี้

3.1.1 วัดอุณหภูมิบริเวณใต้รักแร้หรือทวารหนักแล้วพบว่ามียุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.4 องศาเซลเซียส

3.1.2 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซึม ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ผิวหนังเย็นและแดง แขนขาและหน้าท้องเย็น หัวใจเต้นผิดปกติ

3.1.3 ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ออกซิเจนในเลือดต่ำหรืออาจมีอาการหยุดหายใจเป็นระยะ นอกจากนี้ ทารกและเด็กเล็กอาจมีอาการของ Hypothermia แบบเรื้อรังได้ ทำให้น้ำหนักลดหรือน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรจะเป็น และส่งผลต่อการเจริญเติบโต ทั้งนี้หากพบผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายกับภาวะ Hypothermia ดังข้างต้น ควรรีบขอความช่วยเหลือจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินทันที เพราะหากปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

สาเหตุของ Hypothermia

Hypothermia มีสาเหตุมาจากร่างกายสูญเสียความร้อนอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถสร้างความอบอุ่นได้เพียงพอ ทำให้อุณหภูมิร่างกายค่อยๆ ลดลงจนอยู่ในระดับที่เป็นอันตราย

การวินิจฉัย Hypothermia เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายภาวะ Hypothermia ควรแจ้งหน่วยแพทย์ฉุกเฉินทันที เพื่อให้แพทย์ตรวจดูอาการและประเมินความรุนแรงของอาการ รวมทั้งวางแผนการรักษาในเบื้องต้น นอกจากนี้ อาจมีการตรวจวัดอุณหภูมิด้วยอุปกรณ์ที่มีความแม่นยำ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการได้อย่างแน่ชัด ช่วยให้เริ่มต้นรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป เนื่องจากผู้ป่วย Hypothermia แต่ละรายอาจมีอุณหภูมิร่างกายลดลงแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของร่างกาย

การรักษา Hypothermia การรักษาผู้ป่วยภาวะ Hypothermia ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยอบอุ่นขึ้น เพื่อให้ระบบต่างๆ ในร่างกายกลับมาทำงานได้เป็นปกติ ซึ่งการรักษาควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเป็นดีที่สุด เพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้น หากพบว่ามีอาการเข้าข่าย ผู้ใกล้ชิดควรขอความช่วยเหลือจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินทันที

ภาวะแทรกซ้อนของ Hypothermia

นอกจากภาวะ Hypothermia ที่เกิดขึ้นได้แล้ว การอยู่ในสภาพอากาศเย็นหรือแช่ในน้ำที่เย็นมากเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอาการบาดเจ็บอื่นๆ ได้ เช่น เนื้อเยื่อเสียหายรุนแรงจากความเย็น และภาวะเนื้อตายเนื่องจากเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ซึ่งอาจทำให้ต้องตัดอวัยวะทิ้ง นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่มีความเสี่ยง เช่น ดิคุสุรา มีปัญหาทางจิต หรือเป็นผู้สูงอายุ หากอยู่ในสภาวะหนาวเย็นเป็นเวลานานและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อาจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะ Hypothermia เพิ่มสูงขึ้นถึง 40 เปอร์เซ็นต์

การป้องกัน Hypothermia

วิธีป้องกันภาวะ Hypothermia ที่ดีที่สุดคือหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีอากาศเย็นเป็นเวลานาน โดยเฉพาะเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่หนาและปิดมิดชิด และจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้อบอุ่นอยู่เสมอ นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานอย่างเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายมีอุณหภูมิอบอุ่นเป็นปกติ และควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะส่งผลให้หลอดเลือดในร่างกายขยายตัวจนเกิดการสูญเสียความร้อนอย่างรวดเร็ว รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนที่กระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อย ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำมากกว่าปกติ

Hypoglycemia

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิดหรือ Hypoglycemia เป็นภาวะที่ทารกแรกเกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งจะมีผลต่อระบบในร่างกาย ระบบประสาท สมอง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้

1. สาเหตุจากตัวคุณแม่ คือ แม่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือช่วงตั้งครรภ์ คุณแม่มีน้ำหนักขึ้นน้อย ส่งผลทำให้ลูกตัวเล็กได้ มีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

2. สาเหตุจากตัวลูก คือ มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2500 กรัม และในเด็กที่มีน้ำหนักปรกติคลอดมากเกิน 3500 กรัม ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งเด็กที่มีภาวะติดเชื้อ มี RBC มากเกินไป มีความผิดปกติทางระบบฮอร์โมนต่างๆ ก็จะส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ในการตรวจคัดกรอง ภาวะน้ำตาลในเลือด ควรทำเป็นระยะ เมื่ออายุแรกเกิด 1-2 ชั่วโมง และ 3-4 ชั่วโมง หลังให้การรักษาด้วยกลูโคส จนกว่ากลูโคสในเลือดคงที่อย่างน้อย 2 ค่า หรือ ผ่านพ้นระยะที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับกลูโคสที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุด คือ 60-90 mg/dl

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดได้ตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมงแรกจนถึงอายุ 1 สัปดาห์หลังคลอด ทารกส่วนใหญ่ ไม่มีอาการ ในรายที่มีอาการมักเป็นกลุ่มของอาการที่ไม่มีลักษณะจำเพาะ โดยทั่วไปจะพบอาการดังนี้

ตัวสั่นหรือกระตุก มีอาการเขียวชัดเจน ก่อนข้างซึม ซัก หยุดหายใจหรือหายใจเร็ว มาก เสียข ร้องค้อยและแหลม สูง ตัวอ่อนปวกเปียก คุณนมน้อยลงหรืออาจจะไม่ดูด อาจมีอาเจียน ตาคำกลอกไป มา เหงื่อออก ซีดอย่างรวดเร็ว อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง หัวใจเต้นเร็ว ระยะสุดท้ายจะมีอาการหัวใจหยุด เต้น หยุดหายใจ

การพยาบาล

1. ดูแลทารกให้ได้รับสารละลายกลูโคส 10% ขนาด 2 mg/kg ภายในเวลา 1 นาที เข้าทาง หลอดเลือดดำ และตามด้วยสารละลาย กลูโคส 6-8 mg/kg/min
2. สังเกตและบันทึกอาการทั่วไปของทารกและตรวจระดับความรู้สึก ตัว วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. ตรวจและบันทึกผลน้ำตาลในเลือด Dextrostix ทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 45 mg/dl ให้ รายงานแพทย์
4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกจากร่างกาย เพื่อดูความสมดุล และภาวะการขาดน้ำที่อาจ เกิดขึ้นได้
5. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติได้แก่ ซึม ซัก หยุดหายใจ อาเจียน เป็นต้น เมื่อพบรีบรายงานแพทย์

Hyperbilirubinemia

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal Hyperbilirubinemia) ภาวะตัวเหลือง เป็นภาวะ ที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในทารกแรกเกิด โดยพบได้ถึง 25-50% ของทารกแรกเกิดทั้งหมดเลยทีเดียว ภาวะ ตัวเหลืองนี้เกิดจากสารที่มีชื่อว่า บิลิรูบิน (Bilirubin) ซึ่งเป็นสารที่มีสีเหลือง ในทารกปกติ จะมีสารบิลิรู บินนี้จะมีอยู่ในปริมาณที่พอเหมาะ แต่ในทารกที่มีภาวะตัวเหลืองจะมีสารบิลิรูบินในปริมาณที่มากกว่า ปกติ โดยจะอยู่ทั้งในกระแสเลือดและแทรกตามเนื้อเยื่อต่างๆทำให้เรามองเห็นว่าทารกมีผิวสีเหลืองขึ้น สารบิลิรูบินนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากการสลายตัวของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง โดยการสลายตัวของ ฮีโมโกลบิน 1 กรัม จะได้สารบิลิรูบิน 35 มิลลิกรัม ในระหว่างที่ทารกอยู่ในครรภ์ของมารดา บิลิรูบิน ของทารกส่วนใหญ่จะผ่านทางรกเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตของมารดาและถูกกำจัดที่ตับของมารดา แต่เมื่อคลอดออกมาแล้ว ทารกจะต้องทำการกำจัดบิลิรูบินทางตับของตนเอง

การรักษา

การรักษาภาวะตัวเหลืองนั้น ต้องรักษาตามสาเหตุเป็นหลัก ร่วมกับการลดระดับบิลิรูบินลง โดยการเพิ่มการกำจัดบิลิรูบินออกจากร่างกาย เช่น การส่องไฟรักษา หรือนำบิลิรูบินออกจากร่างกายโดยตรง เช่น การเปลี่ยนถ่ายเลือด เป็นต้น

ส่วนภาวะเหลืองจากนมแม่นั้น อาจทำการรักษาโดยการงดนมแม่และให้นมผสมแทนชั่วคราว ประมาณ 24 ชั่วโมง โดยอาจรักษาพร้อมกับการส่องไฟด้วยหรือไม่ก็ได้ ซึ่งก็จะพอเพียงที่จะทำให้ระดับบิลิรูบินลดลง หลังจากนั้นสามารถให้นมแม่ต่อไปได้ โดยระดับบิลิรูบินมักไม่สูงขึ้นเท่าเดิม

การป้องกัน

การให้นมทารกอย่างถูกต้อง คือ ต้องให้เร็ว ให้นมตั้งแต่อยู่ในห้องคลอด และ ต้องให้บ่อย คือ ประมาณ 10 – 12 ครั้งต่อวัน โดยไม่ให้น้ำหรืออาหารอื่นเสริม เนื่องจากจะทำให้ทารกกินนมได้น้อยลง การกระตุ้นให้ทารกถ่ายขี้เทา ก็จะช่วยป้องกันภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้

การพยาบาลที่สำคัญคือ กระตุ้นให้รับเตดตอนเช้า ดูคนนมมารดาบ่อยๆ และที่สำคัญต้องตรวจภาวะเหลือง

Necrotizing Enterocolitis : NEC

ภาวะลำไส้เน่าอักเสบ (Necrotizing Enterocolitis; NEC) ความหมาย เป็นภาวะที่เนื้อเยื่อของระบบทางเดินอาหารตายจากการขาดเลือด มักเป็นที่ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และเป็นสาเหตุการตายและทุพพลภาพของทารกแรกเกิดได้มาก

สาเหตุ ยังไม่ทราบแน่นอน แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนในระยะก่อนคลอดจนถึงระยะแรกเกิด การติดเชื้อแบคทีเรียในลำไส้และการเพิ่มปริมาณนมมากและเร็วเกินไป หรือการใช้นมที่มีความเข้มข้นสูง

พยาธิสรีรภาพ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดหรือการคลอดล่าช้า ทำให้มีภาวะขาดออกซิเจน เลือดจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะไหลลัดไปยังอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง เป็นต้น ทำให้มีภาวะขาดเลือดที่ลำไส้ หากมีความรุนแรงน้อยอาจมีเพียงอาการท้องอืด อาจตรวจพบเลือดในอุจจาระ (Occult Blood) หากมีความรุนแรงมากขึ้นอาจถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด มีแผลบริเวณลำไส้ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่เยื่อชั้นในและกล้ามเนื้อของลำไส้และอาจทำให้ลำไส้ทะลุ

อาการ ซึม ดูคนไม่ดี ตัวเหลือง ร้องกวน อุณหภูมิร่างกายต่ำ หยุดหายใจ หัวใจเต้นช้า มีภาวะกรดเกิน โขี้เขี้ยวดำ และออกซิเจนต่ำ อาการเฉพาะที่เกิดจากลำไส้เน่าอักเสบ ได้แก่ ท้องอืด ถ่ายอุจจาระ

เหลว อาจเป็นสีน้ำตาล มีเลือดออกในทางเดินอาหาร มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร อาจมีเยื่อช่องท้องอักเสบ

การวินิจฉัยโรค จากประวัติพบว่า มีปัจจัยที่ก่อเกิดภาวะเครียดในระยะคลอด และมีอุณหภูมิของร่างกายไม่คงที่ ซึม ไม่ค่อยดูดนม หัวใจเต้นช้า หายใจเหนื่อย มีอาการเฉพาะที่เกิดจากลำไส้ในอวัยวะจากการเอกซเรย์พบลำไส้พองผนังลำไส้วมน้ำ มีน้ำในช่องท้อง มีลมในผนังลำไส้หรือมีลมในหลอดเลือดดำที่ตับ

การรักษา งดอาหารและน้ำทางปาก ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ หากหายใจเหนื่อยให้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ หากมีอาการท้องอืดให้ดูดอาหารออกจากสายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก ให้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำเพียงพออาจต้องทำผ่าตัดเมื่อมีลำไส้ทะลุ

การพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งคลายความวิตกกังวลของบิดาและมารดาของผู้ป่วย

Retinopathy of Prematurity : ROP

โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity ; ROP) คือ ภาวะความผิดปกติของเส้นเลือดจอประสาทตา (retina) ที่พบในทารกคลอดก่อนกำหนด มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย หรือได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน จอประสาทตาประกอบด้วยชั้นประสาทตาจัดรับภาพ และเส้นเลือดจอประสาทตา โดยเส้นเลือดจอประสาทตาจะเริ่มเจริญตอนอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ โดยเริ่มจากที่ขั้วประสาทตาตรงกลาง แล้วเจริญแผ่ออกไปด้านนอกของจอประสาทตาโดยรอบ ด้านจมูกจะเจริญสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ด้านหางตาจะเจริญสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ ดังนั้น ถ้าทารกคลอดก่อนกำหนดหรือได้รับออกซิเจนความเข้มข้นสูงเป็นเวลานาน จะเกิดการตีบของเส้นเลือดจอประสาทตาและหยุดการเจริญเติบโตตามมาได้ ถ้าเกิดภาวะนี้แล้วไม่ได้รับการรักษา จะเกิดภาวะตาบอดถาวรได้

วิธีการรักษามีหลายวิธีขึ้นกับความรุนแรงของโรค เช่น ยิงเลเซอร์ ผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจตรวจพบได้หลังการเกิดภาวะ ROP สายตาสั้น ต้อหิน จอประสาทตาหลุดลอก เลือดออกในลูกตา ตาเข ตอกระຈ

ซึ่งภาวะเหล่านี้จะเหนี่ยวนำให้เด็กมีการมองเห็นลดลง ดังนั้น ควรพาเด็กไปตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ตาแดง ปวดตา ตามัว ให้รีบพาไปพบแพทย์ก่อนวันนัดเพื่อป้องกันภาวะตาบอดสนิท

Bronchopulmonary dysplasia : BPD

การเจริญผิดปกติของหลอดลมและเนื้อปอด (bronchopulmonary dysplasia, BPD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของทารก โรคนี้มักพบในทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย และที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจเพื่อรักษากลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (respiratory distress syndrome, RDS) สาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากการที่มีทารกที่คลอดก่อนกำหนดมากๆ รอดชีวิตมามากขึ้น มีการให้การดูแลทารกแรกเกิดที่ทั่วถึงมากขึ้น มีการให้สารสร้างแรงตึงผิว, การให้กลูโคคอร์ติคอยด์ก่อนคลอด เพื่อรักษา RDS มากขึ้น และมีการใช้เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม (less aggressive) มากขึ้น เป็นต้น

การพยาบาล ดูแลให้เด็กได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีปัญหา

ภาวะสูดสำลักขี้เทา (Meconium Aspiration Syndrome; MAS)

ภาวะสูดสำลักขี้เทา (Meconium Aspiration Syndrome; MAS) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นในเด็กแรกเกิด จากการที่มีการสูดสำลักเอาขี้เทาของตนเองเข้าไปตั้งแต่ที่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา ตามปกติเด็กก็ควรจะถ่ายขี้เทาประมาณ 18-24 ชั่วโมง หลังคลอดซึ่งถือว่าปกติ

ขี้เทาเกิดขึ้นมาได้อย่างไรและมีลักษณะอย่างไร

ขี้เทาคือ อุจจาระของเด็กทารกแรกเกิดอยู่แล้ว ซึ่งโดยปกติเด็กจะสร้างเองได้ตั้งแต่อยู่ในท้องคุณแม่ ตั้งแต่ประมาณช่วงเดือนที่ 2-3 ของการตั้งครรภ์ เด็กก็จะเริ่มสร้างขี้เทาออกมาในลำไส้ใหญ่อยู่แล้ว เพียงแต่ว่าจะอยู่ในนั้น ไม่ได้สร้างเรื่องอะไรให้เกิดปัญหาตามมาจากว่าจะมีภาวะบางอย่างที่เกิดปัญหาขึ้น

ภาวะการสูดสำลักขี้เทาพบมากน้อยเพียงใด

สถิติของต่างประเทศมาอ้างอิงอุบัติการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะการสูดสำลักขี้เทาทารกจะมีอุจจาระออกมาอยู่ในลำไส้ใหญ่ตั้งแต่แรก และลักษณะอุจจาระนี้ที่เรียกว่าขี้เทา ซึ่งจะมีส่วนประกอบหลายอย่างที่ทำให้มีลักษณะ มันเหนียวเหนียวจนเกือบจะดำ เราจึงเรียกว่าเป็นขี้เทา ซึ่งจะมีตั้งแต่ใจของเด็กเอง หรือเป็นขนอ่อน ๆ ของตัวเด็กเอง น้ำคร่ำ หรืออะไรที่ปนอยู่ด้วยกัน ถ้าเด็กอยู่ในครรภ์มารดาแล้วไม่มีปัญหาอะไรระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ก็จะไม่มีการถ่ายขี้เทาตัวนี้ออก หรือว่าเด็กบางคนหรือการตั้งครรภ์ของคนที่มีปัญหา ก็อาจจะทำให้เด็กถ่ายอุจจาระนี้ออกมาปะปนอยู่ในน้ำคร่ำ อุบัติการณ์ของน้ำคร่ำของคุณแม่มีขี้เทาปน พบได้ประมาณร้อยละ 12-13 ในสถิติของต่างประเทศ และจากเด็กที่มีน้ำคร่ำนี้อยู่ในขณะที่ตั้งครรภ์พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ที่อาจจะมีการสูดสำลักขี้เทาเข้าไป เพราะฉะนั้นอุบัติการณ์จริง ๆ มันคงดูไม่เยอะมาก เพียงแต่เราเปรียบเทียบกันว่าเรารู้ว่ามีการถ่าย ขี้เทาออกมาในน้ำคร่ำ

สาเหตุของการเกิดภาวะสูดสำลักขี้เทาเกิดขึ้นได้อย่างไร

การที่เด็กทารกที่อยู่ในครรภ์ถ่ายขี้เทาออกมาก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เกิดจากการที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงทารก อาจเกิดจากสาเหตุของโรคประจำตัวของคุณแม่ หรือสาเหตุของตัวทารกเองหรือสาเหตุจากอะไรก็ตามที่ไปทำให้เลือดไปเลี้ยงทารกผ่านสายสะดือมันน้อยลงแล้วก็จะจะมีปฏิกริยาทางระบบประสาทกระตุ้นทำให้เด็กมีการถ่ายขี้เทาออกมา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะนี้มีหลายสาเหตุ เช่น ในคุณแม่ที่อาจจะพบปัญหาจากการเจ็บป่วยบางอย่างที่มีผลกระทบไปยังการไหลเวียนของเลือดที่ไปที่ลูกก็จะไปกระตุ้นให้มีภาวะนี้เกิดขึ้นได้

อันตรายจากภาวะนี้

ปัญหาของคุณแม่ก็จะเป็นเรื่องการเจ็บป่วยของตัวเองมากกว่า แต่ว่าปัญหาของทารกที่มีการถ่ายขี้เทาออกมาแล้วส่วนใหญ่ผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นกับตัวลูก จริง ๆ แล้วภาวะนี้พบได้น้อยในเด็กที่คลอดใกล้ครบกำหนดหรือเกินกำหนด เพราะฉะนั้น ผลที่กระทบส่วนหนึ่งที่เราทราบก็คือ เมื่อเด็กทารกมีอายุครรภ์มากขึ้น สภาพเลือด หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหรือแม่กระทั่งสภาพของรกของตัวแม่เองจะเสื่อมสภาพไปด้วย ซึ่งหมายถึงการเกินเวลา ตรงนี้เองที่จะเป็นปัญหาค่อนข้างมาก อันตรายที่เกิดกับทารกเองจริง ๆ จึงมากกว่า นั่นก็คือ มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนเลือด เด็กจะมีการหายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ก็จะมีลักษณะเหมือนปอดอักเสบ เพราะว่าตัวขี้เทาที่มีลักษณะเหนียวมาก ถ้าเด็กสูดสำลักเข้าไปแล้ว โอกาสที่จะไปอุดตันทางเดินหายใจ ถุงลมเล็กๆ หรือระดับที่ลึกลงไป เรื่อยๆ ในปอด ก็ค่อนข้างจะอันตราย ซึ่งถ้าอุดเต็มที่อากาศไม่ผ่านเลย ปอดส่วนนั้นก็จะมีการแลกเปลี่ยนก๊าซ แต่ในบางส่วนที่อาจจะอุดไม่เต็ม 100% คือ อากาศจะผ่านเข้าได้ แต่มักจะออกไม่ได้ ก็เหมือนกับว่าทำให้มีปอดโป่งพองออก เช่น ปอดบางส่วนอาจมีส่วนแฟบบ้าง บางส่วนโป่งพองบ้าง หลังจากนั้นก็จะมีการอักเสบของเนื้อเยื่อโดยรอบ ซึ่งมีผลทำให้เด็กหายใจหอบหลังคลอด ถ้าเป็นมากๆ บางครั้งก็จะทำให้เด็กขาดออกซิเจน แล้วก็จะไปกระทบต่อการไหลเวียนเลือดไปอีกต่อหนึ่ง

การวินิจฉัย

การตรวจสอบว่ามีขี้เทาปนอยู่ในน้ำคร่ำหรือไม่คงยาก เพราะส่วนใหญ่คุณแม่ที่จะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องว่า คุณแม่มีน้ำเดินก่อนคลอด แล้วพอแพทย์ตรวจก็จะพบว่า น้ำคร่ำที่มีลักษณะเหมือนขี้เทาปน การที่แพทย์จะไปเจาะน้ำคร่ำ เพื่อเป็นการตรวจว่ามีขี้เทาปนหรือไม่ จะต้องมีการข้อมูขี้เทาที่สำคัญ เพราะการที่จะไปเจาะถุงน้ำ จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการคลอดอย่างหนึ่ง ถ้าเวลาไม่เหมาะสม ก็คือว่า เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำเพราะฉะนั้นถ้าเราไม่สามารถเจาะถุงน้ำคร่ำได้ ก็คงไม่มีโอกาสทราบว่า มีน้ำคร่ำที่ปนขี้เทาหรือไม่ เพียงแต่ในรายที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ

โดยทั่วไปแพทย์จะประเมินสภาพเด็กในครรภ์ เพราะว่าภาวะในการที่เด็กทารกมีการถ่ายขี้เทาออกมา มักจะมีปัจจัยเสี่ยงหลายๆ อย่างที่ทำให้มีการขาดเลือดไปเลี้ยงทารก บางครั้งเราได้ทราบสาเหตุ แต่เด็กบางรายอาจจะแสดงอาการก่อนคลอด เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ เต้นช้าลง เต้นเร็วขึ้น ในช่วงที่มีการเข้าสู่ระยะของการคลอด อันนี้จะเป็นเหมือนสัญญาณเตือนว่าเด็กจะมีอะไรที่เตือนให้เราทราบว่าตอนนี้เด็กมีปัญหา แพทย์ก็จะต้องมีการประเมินเป็นระยะ มีการวางแผนว่าควรทำอย่างไรต่อไป เพื่อดูแลให้เด็กดีขึ้น

วิธีการรักษา

เริ่มตั้งแต่เราทราบว่าทารกคนนี้มีอาการถ่ายขี้เทาออกมา เช่น มีน้ำเดินและทราบตำแหน่ง หรือทราบในระหว่างที่ทำการคลอด สูติแพทย์จะมีการช่วยเหลือให้สภาพของคุณแม่ดีขึ้น ตั้งแต่ระยะที่ทำการคลอด เริ่มให้ออกซิเจนเมื่อเด็กจะคลอดออกมาโดยสมบูรณ์ทั้งตัวแพทย์จะทำการดูค่าน้ำคร่ำที่ปนเป็นอนูรีเทา ที่อาจจะค้างอยู่ในช่องปากของเด็กหรือลำคอของเด็กออกมาด้วยลูกยางหรือสายยาง ก่อนที่เด็กคลอดตัวออกมาชัดเจน เพื่อไม่ให้เด็กสูดสำลักมากขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ภาวะนี้รุนแรงขึ้น เมื่อเด็กคลอดออกมาชัดเจน เพื่อไม่ให้เด็กสูดสำลักเข้ามามากขึ้น เมื่อเด็กคลอดออกมาแล้ว แพทย์จะประเมินสภาพเด็กว่า มีอาการของภาวะสูดสำลักขี้เทาหรือไม่ เช่น เด็กอาจจะมีอาการหายใจผิดปกติ หายใจหอบเหนื่อย ก็จะถ่ายภาพเอกซเรย์หรือถ่ายภาพรังสีปอดเพื่อให้การรักษาต่อไป

โรคตัวเหลือง (Jaundice)

ภาวะเหลืองหรือดีซ่าน (Jaundice) คือ ภาวะที่ทำให้ผิวหนังและตาขาวกลายเป็นสีเหลือง ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด โดยเกิดจากร่างกายมีสารที่ชื่อ Bilirubin มากเกินไป (หรือไม่สามารถสลายได้) Bilirubin เป็นสารที่มีสีเหลืองภายใน Hemoglobin และทำหน้าที่จับกับออกซิเจนภายในเม็ดเลือดแดง เมื่อเม็ดเลือดแดงแตกตัว จะถูกนำไปกำจัดที่ตับ และร่างกายก็จะทำการสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทน ซึ่งหากตับไม่สามารถทำลายเซลล์เม็ดเลือดแดงเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้เกิดสาร Bilirubin เพิ่มขึ้น

ทารกแรกเกิดที่สบายดีจำนวนมากมีภาวะเหลืองได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่คลอดครบกำหนด (38 สัปดาห์) ซึ่งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค (Centers for Disease Control and prevention – CDC) ได้รายงานว่ามีทารกแรกเกิดมากถึง 60 % ที่มีภาวะดังกล่าวในระหว่างการตั้งครรภ์ ดับของแม่จะทำการกำจัด Bilirubin ของลูกให้ แต่เมื่อคลอดแล้วดับของทารกจะต้องเป็นผู้กำจัดสารนี้เอง ซึ่งถ้าหากดับของทารกไม่พัฒนามากพอขณะเกิด อาจทำให้ไม่สามารถกำจัด Bilirubin ออกจากกระแสเลือดได้

ภาวะนี้อาจหายไปได้เองภายหลังได้รับการรักษาเพียงเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามหากมีภาวะเหลืองขั้นรุนแรง และไม่ได้รับการรักษานานเกินไป ทารกอาจเกิดภาวะ Kernicterus หรือการทำลายสมอง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคสมองพิการ (Cerebral Palsy) สูญเสียการได้ยิน มีปัญหาด้านการมองเห็น มีปัญหาเรื่องฟัน และมีปัญหาทางด้านสติปัญญา ทั้งนี้ ภาวะเหลืองสามารถเกิดได้ในทุกช่วงอายุ และอาจเกิดจากหรือเกิดร่วมกับโรคหรือภาวะต่อไปนี้ ได้แก่ โรคเลือด โรคทางพันธุกรรม โรคตับ เช่น ตับอักเสบหรือตับแข็ง ท่อน้ำดีอุดตัน การติดเชื้อ และการใช้ยาบางชนิด

อาการของภาวะเหลืองหรือดีซ่าน

ทารกมักได้รับการตรวจภาวะนี้หลายครั้งก่อนอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึงไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับอาการที่มองเห็นมากนัก โดยอาการแสดงที่มองเห็นได้ คือเห็นตาขาวเป็นสีเหลือง และผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีเหลือง และเมื่อระดับ Bilirubin สูงขึ้น จะเริ่มมีอาการแสดงที่บริเวณหน้าอก ท้อง แขน และขา

การรักษาภาวะเหลืองหรือดีซ่าน

การรักษาภาวะเหลืองในทารกแรกเกิด สามารถทำได้ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล ทำโดยการวางทารกแบบไม่ใส่เสื้อผ้าไว้ใต้แสงชนิดพิเศษ (การทำ phototherapy) โดยแพทย์อาจแนะนำให้ทารกดื่มนมมากขึ้นด้วย สำหรับทารกที่มีระดับ Bilirubin สูงมาก แพทย์อาจแนะนำให้ทำการถ่ายเลือด (Blood exchange transfusion)

Hypoglycemia

ภาวะน้ำตาลต่ำเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด โดยทั่วไปมักพบในทารกที่มารดาเป็นเบาหวาน ทารกที่คลอดก่อนกำหนด และทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์อายุครรภ์ แต่จะไม่ค่อยพบในทารกที่คลอดครบกำหนดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดของทารกจะต่ำที่สุดในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังนั้น การที่จะช่วยป้องกันหรือลดปัญหาภาวะน้ำตาลต่ำในทารกสามารถทำได้โดยการโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อ และให้ทารกเริ่มดื่มนมแม่ตั้งแต่ในระยะแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจะช่วยปัญหาภาวะน้ำตาลต่ำ

สำหรับอาการของทารกที่มีภาวะน้ำตาลต่ำนั้น ในบางคนอาจไม่แสดงอาการ และหากมีอาการ สามารถเป็นได้ตั้งแต่ กระวนกระวาย หงุดหงิด เฉื่อยชา ง่วงซึม โคม่า หายใจเร็ว หยุดหายใจ เจ็บว อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือไม่คงที่ ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการชัก หรือมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของการกิน

การดูแลรักษา ควรเริ่มต้นตั้งแต่การคัดกรองทารกที่มีความเสี่ยง เน้นให้มีการโอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อ และเริ่มให้นมแม่เร็ว และให้บ่อยๆ ในทารกที่ไม่มีอาการ การดูแลเบื้องต้นและเจาะเลือดก่อนการให้นมจะช่วยในการรักษาได้ โดยหากอาการไม่ดีขึ้น อาจต้องพิจารณาการให้น้ำนมที่ได้จากการบีบเก็บหรือونغผดัดแปลงสำหรับทารกเพิ่มเติม แต่ในทารกที่มีอาการ จำเป็นต้องใช้การให้น้ำเกลือร่วมในการดูแลด้วย

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด

ปากแหว่ง/เพดานโหว่ (Cleft lip/Cleft palate)

ปากแหว่ง หมายถึง เพดานส่วนหน้าแยกไม่เชื่อมประสานกันตามปกติ

เพดานโหว่ หมายถึง เพดานส่วนหลังแยกจากกัน

สาเหตุ ที่เกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม บิดามารดาที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ บุตรจะมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 60 ภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก โดยเฉพาะในระยะ 12 สัปดาห์แรก เช่น มารดาที่มีภาวะขาดสารอาหาร มีการติดเชื้อ ได้รับยาบางชนิด สารเสพติดหรือได้รับรังสี เป็นต้น ปากแหว่งพบมากในผู้ชาย เพดานโหว่พบมากในผู้หญิง

พยาธิสรีรภาพ ระหว่างการตั้งครรภ์เป็นเดือนที่ 2 จะมีการพัฒนาของใบหน้าส่วนด้านหน้าด้านข้าง และเพดานปาก เนื่องจากโครโมโซมมีความผิดปกติ พันธุกรรมที่ผิดปกติ หรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม รีมฝีปากหรือเพดานปากรวมตัวกันอย่างไม่สมบูรณ์ ความพิการหรือผิดปกติอาจเป็นเพียงปุ่มหรือมีรอยแยกที่สมบูรณ์ เพดานโหว่อาจเป็นแบบบางส่วนหรือแบบสมบูรณ์ รอยแยกอย่างสมบูรณ์ประกอบด้วยเพดานอ่อน กระดูกของกรามบน เบ้าฟันที่อยู่ข้างกราม ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติที่รุนแรงมากที่สุด รอยแยกนี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่เพดานอ่อนไปถึงด้านข้างของจมูกซึ่งจะแยกกรามออกจากกัน

อาการ มีความผิดปกติของริมฝีปากและเพดานที่สามารถสังเกตเห็นได้ตั้งแต่แรกเกิด ปากแหว่ง จะพบว่าเด็กดูคนมลำบาก หายใจทางปาก ส่วนเพดานโหว่ มักมีการติดเชื้อโดยเฉพาะปอดอักเสบจากการสำลัก มีเสียงเปลี่ยน มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน เนื่องจากมีหูชั้นกลางอักเสบ

การวินิจฉัยโรค โดยการตรวจในช่องปากจากการใช้นิ้วไต่ดูมือนสอดเข้าไปตรวจที่บริเวณเพดานจะพบบริเวณเพดานมีความผิดปกติ และตรวจดูความสามารถในการดูดนมของเด็กด้วย

การรักษา ทำผ่าตัดเพื่อตกแต่งปากแหว่ง (Cheiloplasty) การผ่าตัดแก้ไขปัญหাপากแหว่งมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ริมฝีปากและจมูกเป็นปกติ อาจทำผ่าตัดโดยเร็วในช่วง 2-3 สัปดาห์หลังคลอด ก่อนที่ทารกแรกเกิดจะกลับบ้าน มีข้อดีคือบิดามารดาสบายใจครอบครัวไม่มีความรู้สึกปฏิเสธทารก ข้อเสียคือทำผ่าตัดยาก เพราะปากเล็กและต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการขับเสมหะออกหรืออาจทำผ่าตัดโดยรอจนทารกอายุประมาณ 10 สัปดาห์ขึ้นไป ทารกมีสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักขึ้นดี น้ำหนักประมาณ 4.5 กิโลกรัมขึ้นไป และฮีโมโกลบินมากกว่า 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ข้อดีคือทารกจะมีความพร้อมมากกว่าระยะแรก ปลอดภัยจากการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผลจะหายได้ดี

ทำผ่าตัดตกแต่งเพดานโหว่ (Palatoplasty) การทำผ่าตัดแก้ไขเพดานโหว่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ช่องปากกับช่องจมูกแยกกันตามปกติ มีการเจริญเติบโตของใบหน้าและฟันเป็นไปอย่างสมบูรณ์ และพูดได้ชัดเป็นปกติ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัด คือ อายุ 6-18 เดือน หรือ 24 เดือน เพราะทำผ่าตัดได้ง่ายกว่า หากทำผ่าตัดช้าไปจะมีปัญหาเรื่องการพูด แต่หากผ่าตัดเร็วเกินไปจะมีผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตของกระดูกใบหน้า นอกจากนี้ยังต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญการฝึกพูดด้วย

การพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพียงพอ ดูแลก่อนและหลังผ่าตัด ดังนี้

ก่อนผ่าตัด จะต้องดูแลการให้อาหารสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งโดยจัดให้อ่อนนุ่มสูง เพื่อป้องกันการสำลัก ส่วนผู้ป่วยเพดานโหว่อาจใช้ช้อนหรือถ้วยป้อนอาหาร หมั่นจัดทำให้เรอบ่อย ๆ เพราะผู้ป่วยจะกลืนอากาศเข้าไป ป้องกันการติดเชื้อที่ริมฝีปาก สอนบิดาและมารดาให้ดูแลทำความสะอาดโพรงจมูกของผู้ป่วย

หลังผ่าตัด ดูแลช่วยเหลือหายใจและดูแลน้ำลายไหลๆ ท่อเนื่องจากปากผู้ป่วยจะบวม และมักหายใจทางปาก ทำแผลให้สะอาด ป้องกันการร้องไห้โดยให้บิดามารดาอยู่ด้วย จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย เปลี่ยนท่าโดยพลิกตะแคงและให้นั่งเพื่อป้องกันปอดอักเสบ ให้อาหารเช่นเดียวกับก่อนผ่าตัด ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว การปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

TE fistula

Tracheoesophageal fistula (T-E fistula) หมายถึง การมีรูติดต่อระหว่างหลอดลมและหลอดอาหาร

อาการทางคลินิก

ส่วนมากจะมีอาการผิดปกติตั้งแต่แรกเกิดใหม่ๆ ไม่กี่ชั่วโมง และจะชัดเจนเมื่ออายุได้ 2-3 วัน มีน้ำลายมาก ไอ เมื่อดูดเอาออกทิ้ง จะมีขึ้นมามากในเวลาไม่นาน สำลักง่าย เมื่อให้ดูดน้ำ ทารกจะสำรอกทันที ท้องอืด หายใจลำบาก เขียว และอาจหยุดหายใจได้ มักมีปอดอักเสบร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากสำลักเอาน้ำลายหรือน้ำเข้าไป หรือของเหลวในกระเพาะอาหารไหลย้อนเข้าไปในหลอดอาหารผ่านรูติดต่อไปยังหลอดลมและปอด

การวินิจฉัย

อาการทางคลินิก และมักพบในทารกที่เกิดจากมารดาที่มี polyhydramnios ใส่ N-G tube ลงไปได้ไม่ตลอด X-ray พบลมในกระเพาะอาหาร

การรักษา

อยู่แล้วแต่แบบของความผิดปกติโดยผ่าตัดปิดรูติดต่อด้านนั้นและต่อหลอดอาหาร

การพยาบาล

ในระยะก่อนผ่าตัด

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. ให้อยู่ในคูบ มีความชื้นเพียงพอ NPO
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ประเมินอาการขาดออกซิเจน
4. จัดท่านอน ป้องกันการสูดสำลัก หรือป้องกันของเหลวในกระเพาะอาหารไหลย้อนเข้าไปในหลอดลม แล้วแต่แบบของความผิดปกติ
5. ดูแลเสมหะ น้ำลายบ่อยๆ
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอทางหลอดเลือดดำ และ/หรือให้นมทางสายยาง (gastrostomy tube หรือ N-G tube) ให้อย่างช้า ๆ ยกศีรษะสูง
7. ประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์เด็กป่วยและบิดามารดา

ในระยะหลังการผ่าตัด

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. ให้อยู่ในคูบ ให้ออกซิเจนที่มีความชื้นสูง ประเมินอาการขาดออกซิเจน
3. ดูแลน้ำลายและเสมหะให้บ่อย ๆ อย่างนุ่มนวล
4. ป้องกันการแยกของแผลที่เย็บปิดรูติดต่อ หรือแผลที่ต่อหลอดอาหาร
5. นอนยกศีรษะสูง 45 – 60 องศา ไม่ให้เงยหน้ามากเกินไป (hyperextension)
6. ดูแลเสมหะอย่างนุ่มนวล ใส่สายยางไม่ลึกเกินกว่าที่แพทย์กำหนด ระวังระวังการทำกายภาพบำบัดทรวงอก
7. รายที่แพทย์คาสายยางไม่ว่าจะเป็นชนิดใด พยายามอย่าให้หลุด ถ้าหลุดรีบรายงานแพทย์ทราบ ไม่ใส่กลับเข้าไปใหม่เอง
8. ถ้าเริ่มให้น้ำหรือนมทางสายยาง ต้องให้แบบช้าๆ ให้เสร็จแล้ว แขนงปลาย tube อยู่สูงกว่าลำตัวและเปิดปลาย tube ไว้
9. ขณะให้น้ำหรือนม ต้องยกศีรษะสูงเสมอ
10. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ
11. ให้อาหารหลอดเลือดดำในระยะแรกๆ ต่อมาจึงให้ทางสายยาง

12. เริ่มให้ทางปาก ประมาณวันที่ 8-10 หลังผ่าตัด ให้ความสำคัญให้ทางสายยางใน ระยะเวลาแรก และพิจารณาให้ทางปากทั้งหมดประมาณปลายสัปดาห์ที่ 2-3 หลังผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อ ของแผลผ่าตัดที่ทรวงอก

13. ประคับประคองจิตใจของเด็กป่วย เช่น ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ตอบสนอง ความต้องการพื้นฐาน โดยเฉพาะความต้องการดูด และจิตใจของบิดามารดา

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด gastroesophageal reflux (อาหารหรือนมไหลย้อนจากกระเพาะ อาหารสู่หลอดอาหาร) aspirated pneumonia esophageal stricture มักพบในระยะ 5-6 เดือนแรก ต้องให้ คำแนะนำบิดามารดา ให้สังเกตอาการ ของภาวะแทรกซ้อนนี้ เมื่อนำเด็กกลับไปเลี้ยงที่บ้าน

Imperforated anus (ไม่มีรูทวาร)

Imperforate anus เป็นความผิดปกติ ของทวารหนัก เกิดจากไส้ตรงหรือลำไส้ใหญ่อาจ เชื่อมต่อกับช่องคลอดหรือกระเพาะปัสสาวะทางทวารหนัก การแก้ไขการผ่าตัดสามารถทำให้กลับมา เป็นปกติได้

สัญญาณและอาการ Imperforate anus เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีลักษณะที่ไม่มีช่อง เปิดปกติของทวารหนัก การกำจัดอุจจาระอาจไม่สามารถทำได้จนกว่าจะทำการผ่าตัด ในบางกรณีทวาร หนักเปิดเข้าไปในส่วนล่างของช่องคลอดในเพศหญิงหรือใกล้กับถุงอัณฑะในเพศชาย

สาเหตุ ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง

การจัดการรักษา การดูแลเบื้องต้น

การดูแลทั่วไปถือเช่นทารกแรกคลอดที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินอาหารได้แก่การงดน้ำและ อาหาร ใสสายสวนกระเพาะอาหารกรณีที่มีท้องอืดมากหรือมีอาเจียน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดโดยคิด ปริมาณ maintenance และแก้ไขการสูญเสียจากอาเจียนและ third space ให้วิตามิน K และยาปฏิชีวนะ ตรวจ CBC และตรวจปัสสาวะ ในเพศชายอาจวางก้อนฝิ่นเล็กๆ ที่ปลายองคชาตเพื่อคัดคูชีเทา ส่ง ตรวจ babygram (ภาพเอ็กซเรย์ซึ่งรวมส่วนอกและท้องในใบเดียว) เพื่อดูภาพรังสีของปอด หัวใจ และ กระดูกสันหลัง ตรวจประเมิน serum electrolytes, EKG และ echocardiogram ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก หากไม่มีประจักษ์หลักฐานทางคลินิกของ fistula เมื่อถึงชั่วโมงที่ 18-24 จึงส่งตรวจทางรังสี ให้ คำปรึกษาผู้ปกครองเกี่ยวกับความผิดปกติและแผนการรักษา

การเปิด colostomy

สำหรับทารกที่ความพิการไม่ใช่ระดับต่ำ หรือไม่แน่ใจว่าเป็นความพิการระดับใด การแก้ปัญหาการอุดตันของทางผ่านอุจจาระทำได้โดยยกลำไส้เพื่อเปิดให้ถ่ายออกทางผนังหน้าท้องชั่วคราว

การพยาบาล ต้องดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย และกระตุ้นให้มีการเดินเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดภาวะท้องอืด

แนวทางการพยาบาลและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

- การขยายทวารให้มีขนาดใหญ่เพียงพอและป้องกันการตีบจากกลไกการหดตัวของตัวของแผล

- การฝึกอุปนิสัยการขับถ่าย

- การใช้ bulk forming agent เช่น Metamucil หรือ Mucilin เพื่อการปรับสภาพ

อุจจาระ

การดูแลในรายที่มีท้องผูก

- ประเมินปัญหาว่าเกิดจากเหตุใด เช่น stricture neoanus, anteriorly located neoanus, มี aganglionosis ร่วม, มี poor rectal motility

- แก้ปัญหาตามเหตุและ

- ระบาย rectum อยู่เสมอ ไม่ปล่อยให้อุจจาระค้างแข็งจนเกิด megarectum ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหารุนแรงมากขึ้น การระบายอุจจาระอาจใช้การสวนล้างร่วมกับการใช้ยาระบาย

การแก้ปัญหการกลั้นไม่ได้

- ประเมินปัญหาเพื่อทราบเหตุเช่น การผ่าตัดจัดวางตำแหน่ง rectum ไม่เหมาะสม มีกล้ามเนื้อหูรูดเจริญน้อยแต่กำเนิด หรือขาดการฝึกฝนเพื่อใช้กล้ามเนื้ออย่างเต็มที่

- ฝึกฝนการกลั้นอุจจาระเพื่อให้เด็กใช้กล้ามเนื้อที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เช่น ฝึกหนีบลูกบอล ออกกำลังกายโดยการวิ่ง หรือว่ายน้ำ เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อข้างเคียง

- พิจารณาผ่าตัดซ้ำหากพิสูจน์ได้ว่าการผ่าตัดครั้งแรกยังไม่สมบูรณ์

- หากไม่ได้ผลจนกระทั่งถึงวัยหนึ่งอาจพิจารณาสวนล้างเพื่อกำจัดอุจจาระในลำไส้ใหญ่ให้เป็นประจำหรือผ่าตัดเพื่อสร้างระบบสวนล้าง (antegrade colonic irrigation) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กสามารถเข้าสังคมได้

- การผ่าตัดนำกล้ามเนื้ออื่นมาช่วยในการกลั้น (ยังไม่เป็นวิธีที่ยอมรับกันทั่วไป)

กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)

กลุ่มอาการดาวน์เป็นสาเหตุทางพันธุศาสตร์ที่พบบ่อยที่สุดของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 1 ใน 733 ของเด็กแรกเกิดมีชีวิต ซึ่งนอกจากการบกพร่องทางการรู้คิดแล้ว กลุ่มอาการดาวน์ยังสัมพันธ์กับความผิดปกติแต่กำเนิดหลายอย่างและมีหน้าตาที่มีลักษณะเฉพาะอีกด้วย

สาเหตุ

เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งมีความแตกต่างของความผิดปกติ ดังนี้

1. **Trisomy 21** คือการมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 โครโมโซม พบได้ 95% โดยโครโมโซมที่เกินมานี้มาจากการไม่แยกตัว (Nondisjunction) ของโครโมโซมแม่ในระหว่างการแบ่งตัว ซึ่ง 97% เป็นผลจากความผิดปกติของการแบ่งโครโมโซมในระยะ Meiosis โดยเฉพาะระยะ Meiosis I (90%) มีเพียง 7% เท่านั้นที่โครโมโซมที่เกินนี้จะมาจากพ่อ ซึ่งการไม่แบ่งตัวของโครโมโซมแม่นี้พบได้ประปรายในทุกอายุของแม่ แต่จะมีความสัมพันธ์มากขึ้นเมื่อแม่อายุเพิ่มขึ้น โดยถ้าแม่อายุ 35 ปี จะมีความเสี่ยงประมาณ 1 ใน 250 ถ้าแม่อายุ 48 ปี จะมีความเสี่ยงประมาณ 1 ใน 11 และมีอัตราการเกิดซ้ำ 1% ในทุกอายุของแม่

2. **Translocation** คือมีการแลกเปลี่ยนชิ้นส่วนระหว่างโครโมโซมคู่ที่ 21 กับคู่อื่นๆ พบได้ 4% Translocation ที่เกิดส่วนใหญ่ในกลุ่มอาการดาวน์มักจะเป็นการเชื่อมกันตรงตำแหน่ง centromere ระหว่างโครโมโซมคู่ที่ 13, 14, 15, 21 และ 22 ซึ่งรู้จักกันในนาม Robertsonian translocations แต่ที่พบบ่อยที่สุดคือระหว่างโครโมโซมคู่ที่ 14 หรือ 21 โดย 50% ของ Translocation นี้เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไป แต่อีก 50% มาจากพ่อแม่ปกติที่มี Balanced translocation ของโครโมโซม ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดซ้ำ จึงแนะนำให้ตรวจโครโมโซมของพ่อแม่ด้วยในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดจากความผิดปกติแบบ Translocation เพื่อประเมินว่าพ่อแม่เป็นพาหะหรือไม่ โดยพ่อแม่ที่เป็นพาหะของ Translocation (21;21) จะมีอัตราการเกิดซ้ำสูงถึง 100% แต่ถ้าเป็นแบบ Robertsonian translocation อื่นๆ เช่น (14;21) จะมีโอกาสเกิดซ้ำ 5-7% เมื่อถูกถ่ายทอดมาจากแม่

3. **Mosaicism** คือการที่บางเซลล์มีโครโมโซมเกินมา และมีบางเซลล์ที่มีจำนวนโครโมโซมปกติ ทำให้มีโครโมโซม 2 แบบในคนเดียว พบได้ 1-2% โดยเกิดจากการไม่แยกตัว (Nondisjunction) ของโครโมโซมในช่วงต้นของระยะ Mitosis และยังมีสัดส่วนเนื้อเยื่อในร่างกายที่มีโครโมโซมเกินมากขึ้น ก็ยังมีความเป็นไปได้ที่เด็กจะมีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มอาการดาวน์มากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

4. **Partial trisomy 21** คือการที่มีเพียงส่วนหนึ่งของแขนยาวของโครโมโซมคู่ที่ 21 เท่านั้นที่มีการเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 3 เท่า ซึ่งพบได้น้อยมาก

ลักษณะทางกายที่ปรากฏ

ลักษณะทางกายที่เห็นได้ชัด ได้แก่ ศีรษะเล็ก ท้ายทอยแบนราบ (พบไครอยละ 75) หน้าแบน ตั้งจมูกแบน (พบไครอยละ 83) ตาเฉียงขึ้น (พบไครอยละ 98) ขอบหนังตาบนคลุมบริเวณหัวตา (epicanthal fold พบไครอยละ 60) ลิ้นยื่นออกมาออกปาก ใบหูเล็กและอยู่ต่ำ คอสั้น ผิวหนังด้านหลังคอหนา (พบไครอยละ 87) สะดือจูน มือแบนกว้าง นิ้วมือสั้น นิ้วก้อยโค้งงอ เนื่องจากกระดูกข้อมกลางของนิ้วก้อยมีขนาดเล็กหรือหายไป (พบไครอยละ 12) เส้นลายมือตัดขวาง (พบไครอยละ 45) ที่เท้าจะพบช่องระหว่างนิ้วเท้าที่ 1 และ 2 กว้าง (sandal gap พบไครอยละ 95) และมีร่องลึกจากช่องนี้พาดไปบนฝ่าเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง และมีความยาวลำตัวสั้นกว่าปกติ เมื่อโตขึ้นจึงมักเตี้ย

การพยาบาล

เน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) โดยทีมสหวิชาชีพ และรักษาตามอาการหรือแก้ไขความผิดปกติที่พบร่วมด้วย เพื่อให้เด็กเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด

Spina bifida

Spina Bifida เป็นความบกพร่องของกระดูกไขสันหลัง มีถุงยื่นผ่านจากกระดูกไขสันหลังออกมาตามตำแหน่งที่บกพร่องนั้น พบบ่อยที่สุดที่บริเวณ lumbosacrum (รอยละ 63) มี hydrocephalus ร่วมด้วย ร้อยละ 80-90 อาจเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ Arnold-Chiari type II กว่าร้อยละ 90 เป็น myelomeningocele คือ ส่วนที่ยื่นออกมามีทั้ง CSF และเนื้อไขสันหลัง Spina bifida แบ่งออกเป็นสองชนิดคือ ชนิดเปิด (open) ถุงที่ยื่นออกมาคลุมด้วยเยื่อหุ้มใส ๆ พบไครอยละ 80 และชนิดปิด (closed) พยาธิสภาพปกคลุมด้วยผิวหนังหรือเยื่อหุ้มหนา พบไครอยละ 20

ลักษณะทางคลื่นเสียงความถี่สูง

1. อาการแสดงโดยตรงกระดูกสันหลังแยก Myelomeningocele sac ยื่นออกจากด้านหลังของกระดูกไขสันหลัง

2. อาการแสดงโดยอ้อม Ventricles โต พบร่วมด้วยกว่าร้อยละ 75 Lemon sign เป็นลักษณะการยุบลงของกะโหลกคล้ายมะนาวถูกกด ซึ่งเกิดขึ้นที่กระดูก frontal พบได้กว่าร้อยละ 95 พบในช่วงอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ แต่ในทารกปกติก็พบ lemon sign ได้ราวร้อยละ 1 Cerebellar (banana) sign หรือการหายไปของ cisterna magna ซึ่งทารกปกติทุกคนจะต้องเห็น cisterna magna ถ้าตรวจไม่พบแสดงว่า posterior fossa ถูกกดเบียดจนทำให้ cerebellum ถูกดันแผ่แบนไปหุ้ม midbrain เห็น cerebellum เป็นรูปกล้วย ความถูกต้องในการทำนาย open spina bifida โดยอาการแสดงที่ศีรษะ

การวินิจฉัยแยกโรคของ Lemon sign ของกะโหลกศีรษะ

1. พบบ๋อย ศีรษะปกติ
 2. พบบ๋อยรองลงไป Open neural tube defect (Arnold-Chiari type II)
 3. พบไม่บ๋อย Cephalocele
 4. พบบ๋อย น้ำคร่ำน้อยมาก Thanatophoric dwarfism (cloverleaf skull)
3. ความผิดปกติอื่นที่พบร่วมด้วย ระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่เป็นผลจากพยาธิสภาพโดยตรง เช่น clubfoot ความผิดปกติอื่นของระบบประสาทส่วนกลาง คือ hydrocephalus, ACC, DWM เป็นต้น

- ความผิดปกติของระบบประสาท อาจมีได้ถึงร้อยละ 50

- ทางเดินอาหาร ทรวงอก แขนขา เส้นเลือดแดงสายสะดือเส้นเดียว และความผิดปกติของโครโมโซมสูงขึ้น

การพยาบาล ให้การพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย

บทสรุป

การให้การพยาบาลที่สำคัญของ การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด Respiratory Distress Syndrome (RDS), Sepsis, Hypothermia, Hypoglycemia, Hyperbilirubinemia, Necrotizing enterocolitis (NEC), Retinopathy of prematurity (ROP), Bronchopulmonary dysplasia (BPD) เป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้น ผู้ให้วางแผนและให้การพยาบาลควรเลือกให้การพยาบาลที่เหมาะสม

คำถามทบทวน

จงตอบคำถามต่อไปนี้

1. ทารกแรกเกิด น้ำหนัก 2,300 กรัม มีไขเคลือบตัว เส้นลายฝ่าเท้าชัดเจน ใบหูนิ่มพับกลับคืนรูปได้ช้า จากลักษณะดังกล่าว เด็กทารกมีลักษณะเป็นเด็กปกติหรือไม่ อย่างไร
2. ทารกแรกเกิด น้ำหนักแรกคลอด 4,300 กรัม 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินน้ำตาลในเลือด 40 mg/dl การพยาบาลอันดับแรกควรปฏิบัติอย่างไร เพราะเหตุใด
3. ทารกแรกเกิด GA 32 สัปดาห์ BT 37 °C RR 80 ครั้ง/นาที HR 164 ครั้ง/นาที ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม O₂sat 74% การพยาบาลอันดับแรกคืออะไร เพราะอะไร
4. เด็กอายุ 2 วัน GA 36 สัปดาห์ น้ำหนัก 2,400 กรัม MB 16 mg% on Phototherapy ควรให้การพยาบาลอย่างไร
5. ทารกแรกเกิด ร้องเสียงเบา แขนขาอืด ปลายมือปลายเท้าเขียว มีไขเคลือบตัวมาก ใบหูแบน และม้วนงอ การพยาบาลอันดับแรกคืออะไร เพราะอะไร
6. การพยาบาลทารกในตู้อบ (Incubator) ทำอย่างไรบ้าง อธิบายพอสังเขป
7. ทารกนอนแช่ปัสสาวะ เป็นการทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนในทารกแรกเกิดแบบใด เพราะเหตุใด
8. การป้องกันการเกิดภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (BPD) ในทารก ทำอย่างไร เพราะเหตุใด
9. การพยาบาลที่สำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตาบอดจากพิษออกซิเจน (Retinopathy of prematurity)
10. ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองชนิด physiological jaundice และ Pathologic Jaundice เหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
11. ทารกที่มีปัญหา ABO group incompatibility เกิดจากสาเหตุใด ควรให้การพยาบาลอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (ฉบับปรับปรุงปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2 2556). นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็ก เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุงปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2 2556). นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก.
- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็ก เล่ม 3 (ฉบับปรับปรุงปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2 2556). นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553). การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น (Adolescent health care and supervision). กรุงเทพฯ : กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- วนิดา เปาอินทร์, สุขเกษม โฉมิตเศรษฐ สุกระวรรณ อินทรขาว และศรียา ประจักษ์ธรรม. บรรณาธิการ. (2552). ตำรากุมารเวชศาสตร์สำหรับเวชปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุงปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2 2554). กรุงเทพฯ : ไอกรูป เพรส.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2558). บรรณาธิการ. การวางแผนการพยาบาลเด็กสุขภาพดีและเด็กป่วย (Nursing Care Plan for Healthy and Ill Children). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มลิวัดย์ ออฟูวงศ์. (2558). การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก (Anesthesia in pediatric patients). สงขลา : ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภรณ์ สวรรณไวพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็กป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- Theresa Kyle and Susan Carman. (2017). **Essentials of Pediatric Nursing**. Third Edition. China : Wolters Kluwer.

