



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร  
Jainad Narendra Hospital

# ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



## การพยาบาลทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Neonatal Sepsis)

มาลัย กุลทอง \*

### บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด (Neonatal sepsis) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในทารก องค์การอนามัยโลกได้มีรายงานว่าทารกแรกเกิดเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดถึง 2.7 ล้านคนทั่วโลกในปี 2015 จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยภาวะนี้ให้ได้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยการประเมินความเสี่ยง และค้นหาทารกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อระยะแรก ในประเทศไทยพบทารกติดเชื้อ 26.9 รายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.79 ในจังหวัดชัยนาท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 -2566 จังหวัดชัยนาท อัตราทารกตายมีแนวโน้มลดลง แม้ว่าในปี พ.ศ. 2561 จังหวัดชัยนาท จะมีอัตราทารกตายเพิ่มสูงสุดในรอบ 10 ปี คือ 14.11 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2565 มีอัตราทารกตายน้อยลง ส่วนในปี พ.ศ. 2566 (ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2566) มีอัตราทารกตายน้อยเท่ากับ 7.09 ต่อพันการเกิดมีชีพ การตายในทารกแรกเกิดในปี 2566 มีเสียชีวิต ด้วย Preterm 1 ราย และ MAS PPHN 1 ราย

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ภาวะที่ทารกมีอาการและการแสดงของการติดเชื้อ เป็นภาวะที่สามารถวินิจฉัยได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาการและอาการแสดงส่วนใหญ่มักไม่ชัดเจน ในระยะแรกของการติดเชื้อ

### สาเหตุ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในทารกแรกเกิด แบ่งตามระยะเวลาที่เริ่มมีการติดเชื้อ

1. การติดเชื้อในระยะแรก เป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ เมื่อมีอาการก่อนอายุ 72 ชั่วโมง ปัจจัยเสี่ยงของ EOS เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำเดินก่อนคลอดนานกว่า 18 ชั่วโมง ก่อนคลอด มีไขระหว่างคลอด มีถุงน้ำคร่ำอักเสบ เชื้อก่อโรคที่พบบ่อย ได้แก่ Group B Streptococcus และ E. coli

2. การติดเชื้อในระยะหลัง Sepsis: เป็นการติดเชื้อหลังอายุ 72 ชั่วโมง ถึงหลายสัปดาห์ หลังเกิด ส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับเชื้อจากมารดาที่ก่อโรครายหลัง เช่น การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือด การใส่สายสวนหลอดเลือดทางสะดือ หรือการได้รับยาปฏิชีวนะบ่อยครั้งหรือเป็นเวลานาน

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

## อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อไม่เฉพาะเจาะจง ตามอวัยวะระบบต่าง ๆ อาการที่พบ ได้แก่ มีไข้ หรือตัวเย็น หายใจหอบ หดหายใจ คุณนมได้น้อย อาเจียน ถ่ายเหลว ชัก เจ็บหรือตัวเหลือง เป็นต้น

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การเพาะเชื้อจากเลือด เป็นมาตรฐานของการวินิจฉัยการติดเชื้อแบคทีเรีย
2. การตรวจและเพาะเชื้อจากไขสันหลัง พิจารณาทำในรายที่มีอาการป่วยชัดเจน มีอาการทางระบบประสาท
3. การเพาะเชื้อจากปัสสาวะ พิจารณาทำในทารกที่สงสัยการติดเชื้อในระยะหลัง
4. การเพาะเชื้อจากเสมหะในหลอดคอ ภายใน 12 ชั่วโมงหลังแรกเกิด
5. การตรวจอื่นๆ ที่ช่วยสนับสนุนการติดเชื้อ

## การรักษา

1. การให้ยาปฏิชีวนะ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรักษาทารกที่ติดเชื้อ โดยบ่งบอกจากผลการตรวจเลือดที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด ยาที่ใช้จะต้องเลือกโดยพิจารณาประวัติ และผลตรวจพบเชื้อที่อาจจะเป็นต้นเหตุ
2. การรักษาสนับสนุน และการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การรักษาอุณหภูมิร่างกาย การดูดเสมหะ ดูแลการหายใจ การให้น้ำเกลือทางเลือด เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือในร่างกาย
3. การติดตามอาการและการตรวจวัดสัญญาณชีพ
4. การเฝ้าระวังและการจัดการโรคแทรกซ้อน สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
5. การรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือภาวะขาดออกซิเจนต้องได้รับการจัดการเฉพาะตามความเสี่ยงและความรุนแรงของสภาวะ

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยทารกเพศหญิง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อายุแรกเกิด

วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล : 22 ธันวาคม 2566

วันที่รับไว้ในการดูแล : 23 ธันวาคม 2566

วันที่สิ้นสุดการดูแล : 1 มกราคม 2567

การวินิจฉัยโรค : Preterm, AGA with respiratory distress suspected neonatal sepsis with breast feeding jaundice

อาการสำคัญ : หลังคลอด 5 นาทีหายใจเหนื่อยหอบ Suction ได้ secretion ขาวใสปริมาณมาก

อัตรา 56 ครั้ง/นาที SpO2 100%

ผู้ป่วยทารกเพศหญิง คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 1 วัน) ด้วยวิธีผ่าตัดคลอด เนื่องจากมารดามี CPD และมีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดนาน 14 ชั่วโมง PROM เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2566 เวลา 21.46 น. น้ำหนักแรกเกิด 2,750 กรัม ประวัติ Apgar score= 9, 10, 10 หลังคลอด 5 นาทีหายใจเหนื่อยหอบ Suction ได้ secretion ขาวใสปริมาณมาก อัตรา 56 ครั้ง/นาที SpO2 100% หลังจากนั้นอาการเหนื่อยหอบลดลง จึงนำส่งตึกหลวงปู่ศุข 2 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2566 สภาพทารกเมื่อแรกรับการทบทวนชีพจรพบ คุณคนมได้ดี ไม่หอบเหนื่อย SpO2 100%, RR50, HR 140 bpm., BT 37 C

**การตรวจร่างกายตามระบบ (23 ธันวาคม 2566 ขณะทารกอายุ 1 วัน)**

General appearance : Thai baby girl, Length 50 cm., BW 2770 gm., HC 34 cm, Active, Crying, no cyanosis

Growth chart : Appropriate for Gestational Age (AGA)

Weight for weeks of gestation เปอร์เซ็นไทล์ระหว่าง 50-90

Head circumference for weeks of gestation เปอร์เซ็นไทล์ระหว่าง 50-90

Crown-heel length for weeks of gestation เปอร์เซ็นไทล์ระหว่าง 50-90

V/S: BT 37 C, HR 152 bpm., RR 51 bpm., SpO2 92%

Skin : Smooth pink warm, no cyanosis

Head : No cephalhematoma/caput succedaneum, HC 34 cm. Anterior fontanel 3.0x2.5 cm.,

Posterior fontanel 0.5x0.5 cm.

Thorax : Normal contour, Breast flat areola

Heart : Normal S1, S2, No murmur

Lung : equally chest movement, lung clear, no retraction

Abdomen : Soft, active bowel sound, no mass

Extremities : No rash, no edema

วันที่ 25 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยอายุ 3 วัน ผู้ป่วยมีภาวะน้ำหนักลด BW 2,510 gm ลดจากน้ำหนักแรกเกิด 8% แพทย์สั่งการรักษาให้สังเกตการหายใจ และชั่งน้ำหนักทารก ให้นมทารกและติดตามน้ำหนักด้วยวิธี Test weight ทีมพยาบาลได้ร่วมดูแลผู้ป่วยพบว่าทารกน้ำหนักไม่ขึ้น ในช่วงเย็นของวันที่ 25 ธันวาคม 2566 จึงได้รายงานให้แพทย์รับทราบ ชั่งน้ำหนักซ้ำพบ BW 2,490 gm ลดจากน้ำหนักแรกเกิด 9.5% Test weight แลน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น ปัสสาวะจำนวน 2 ครั้งใน 1 วัน แพทย์จึงได้ประเมินทารกซ้ำ ผลการตรวจร่างกายพบว่า ทารกผิวชมพู ไม่มีภาวะหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 50 ครั้ง/นาที SpO2 96-100 HC 34 cm. Anterior fontanel 4.0x4.0 cm. Heart : normal

S1S2, no murmur, Lung: clear, equal breath sound ตรวจเลือดพบว่าทารกมีค่า MB =11.5 mg% อายุ 48 ชั่วโมงและ MB=11.2 mg% ที่อายุ 72 ชั่วโมง แพทย์ประเมินว่าทารกมีภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด มีประวัติหอบเหนื่อยหลังคลอด มีภาวะน้ำหนักลด กระหม่อมหน้ากว้าง และมีภาวะเหลือง จึงย้ายผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วย NICU

จากการติดตามกรณีศึกษา ขณะที่ทารกอยู่ที่หอผู้ป่วย NICU ได้รับการเจาะเลือด เพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อตรวจและเพาะเชื้อจากไขสันหลัง ตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะ ตรวจ CBC ติดตามค่า MB ได้รับยาปฏิชีวนะหลายชนิด ได้แก่ Ampicillin, Cefotaxime, Gentamicin ระหว่างรอผลการตรวจเพาะเชื้อ ได้รับการให้สารน้ำ รักษาโดยการส่องไฟ เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด หลังจากนั้นทารกมีอาการดีขึ้น กินนมได้ ไม่อาเจียน น้ำหนักขึ้น ภาวะตัวเหลืองลดลง ผลตรวจเพาะเชื้อปกติ ทารกได้รับวัคซีนครบ ตรวจคัดกรองการได้ยิน ไม่พบความผิดปกติ ตรวจไม่พบโรคพร่องเอนไซม์ G6PD จึงได้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทารกแก่บิดามารดา บิดามารดา มีความพร้อมดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2567

#### ขอวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

ขอวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน

#### ข้อมูลสนับสนุน

ทารกคลอดก่อนกำหนดคลอดโดยมารดาทำผ่าตัด ขณะแรกรับในห้องผ่าตัด

#### วัตถุประสงค์

ป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

#### เกณฑ์การประเมิน

ทารกหายใจไม่เหนื่อย Apgar Score 10 -10-10 ไม่มีภาวะ Cyanosis, ทารกปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน

#### กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมิน HR Muscle tone, SPO2 และ Apgar Score
- เช็ดตัวทารกโดยผ้าอุ่น, Keep warm ภายใต้อุปกรณ์ Radiant warmer, Suction clear air way
- รายงานกุมารแพทย์ที่รับเด็กให้ Oxygen toxicity 10 lit/min.
- ดูแลให้ Vitk1, HBV ป้ายยา Terramycin Ointment ป้ายตา 2 ข้าง
- ประสานส่งทารกไป NICU
- อธิบายมารดาและญาติให้ทราบข้อมูลการคลอด และอาการเบื้องต้น

#### ประเมินผลการพยาบาล

ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,750 กรัม แรกเกิดร้องดังดีผิวสีเขียวปลายมือปลายเท้า,

Good Activity, Apgar Score 9-10-10

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 Breasts feeding

#### ข้อมูลสนับสนุน

ทารกแรกเกิดมารดา ทำ C/S ทารก อายุ DOL 1 มารดาน้ำนมเริ่มไหล

#### วัตถุประสงค์

ทารกได้รับนมจากมารดาภายใน 48 ชั่วโมง มารดาให้นมเขาได้ถูกต้อง, เหมาะสม, ทารก latch on ดูดี

#### เกณฑ์การประเมินผล

- ทารก BF ได้ถูกต้อง
- ประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูก

#### กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, BF ทุก 2-3 ชม. นานครั้งละ 15-20 นาที จับทารกเรอ หลังดูดนม, แนะนำอาหารส่งเสริมการไหลของน้ำนม สาธิตทำให้นมบุตร, ประเมิน Latch Score

- ประเมินการพยาบาลมารดาอุ้มทารกให้นมทำถูกต้องเหมาะสม น้ำนมมารดาไหล 1 คะแนน, Latch Score 7 คะแนน, ทารกดูดนมมารดาได้

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ทารกมีภาวะ Hyperbilirubinemia

#### ข้อมูลสนับสนุน

ทารกอายุ 48 ชั่วโมง ผล MB 11.5 mg% แพทย์ สั่งให้ On Photo

#### วัตถุประสงค์

- อาการตา-ตัวเหลืองลดลง

#### เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับบิลิรูบินอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด
- ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Kernicterus ได้แก่ ซึม ไม่ดูดนม ร้องเสียงแหลม ชัก
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟรักษา
- มารดาสามารถดูแลทารกขณะ On Photo ได้ถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

- อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นในการส่องไฟทารก การดูแลทารกขณะส่องไฟ
- ปรับเครื่อง Photo ให้ถูกต้อง
- ประเมินอาการ ของทารก

- ถอดเสื้อผ้าทารก ใส่เฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูป เท่านั้น
  - ปิดตาทารกให้สนิทด้วยวัตถุทึบแสง
  - พลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง
  - สังเกตตาและบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟ เช่น ผื่นขึ้น ถ่ายเหลว ผิวหนังไหม้
- ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย มีไข้ อาการผิดปกติ เช่น ซึมลง ไม่ร้อง เหลือง

- ดูแลความสะอาดร่างกายไม่ทาแป้ง
- ให้นมอย่างเพียงพอทุก 2-3 ชั่วโมง
- สังเกตสี ปริมาณอุจจาระ ปัสสาวะ
- ติดตามและบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานผลตรวจ

### ประเมินผลการพยาบาล

- มารดาและผู้ช่วยดูแลทารก ฟังเข้าใจและดูแลทารกได้
- ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน คุณคนมได้ Good Activity หายใจไม่เหนื่อย, ผล MB ลดลง Off

Photo ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากน้ำหนักลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักลด 8.72%

วัตถุประสงค์

ทารกปลอดภัยจากภาวะน้ำหนักลด

เกณฑ์การประเมินผล

- ทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากน้ำหนักลด
- น้ำหนักทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- มารดาได้ทราบการดูแลทารก

กิจกรรมการพยาบาล

- กระตุ้นมารดา BF ทุก 2-3 ชั่วโมง Test weight ดูแลให้นมผง
- ประเมินความรู้การดูแลทารกและการปฏิบัติตัว เช่น สอนสาริต การอุ้มเข้าเต้า, คุณคนมเกลี้ยง

เต้า, วิธีจับเรอ

- สังเกตอาการทารก เช่น ไม่ดูดนม อาเจียน ท้องอืด อุจจาระเป็นเลือดหรือไม่ถ่ายอุจจาระ

ปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง

- เผ่าระวังตัวเหลืองโดยเจาะ MB HCT
- ประเมินผลโดยการทำ Test weight

## ประเมินผลการพยาบาล

ทารกน้ำหนักลง 9.5% แจกแพทย์ทราบไปขยายไปดูแลต่อ ที่ตึก NICU ประสานแจ้งอาการ  
อาการแสดง V/S แจกข้อมูลมารดาทราบความจำเป็นในการขยายทารก

## การอภิปรายผล

จากการติดตามกรณีศึกษา **ขณะที่ทารกอยู่ที่ผู้ป่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต** ทารกได้รับการ  
เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ จากไขสันหลัง จากปัสสาวะ ตรวจ CBC ตามค่า MB ได้รับยา  
ปฏิชีวนะหลายชนิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ Ampicillin, Cefotaxime, Gentamicin ระหว่างรอ  
ผลการตรวจเพาะเชื้อ ได้รับการให้สารน้ำ รักษาโดยการส่องไฟ เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแส  
เลือด หลังจากนั้นทารกมีอาการดีขึ้น คุณนมได้ ไม่อาเจียน น้ำหนักขึ้น ภาวะตัวเหลืองลดลง ผลตรวจ  
เพาะเชื้อปกติ ทารกได้รับวัคซีนครบ ตรวจคัดกรองการได้ยินไม่พบความผิดปกติ ตรวจไม่พบโรค  
พร่องเอนไซม์ G6PD จึงได้เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทารกแก่บิดามารดา ให้มีความพร้อม  
ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2567

จากกรณีศึกษานี้พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน สังเกตอาการ รวมทั้งเฝ้า  
ระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์ให้สั่งการรักษาได้ทันเวลาที่ เนื่องจาก  
อาการของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดอาจไม่ชัดเจน ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำ อุณหภูมิร่างกายสูง  
หายใจเร็ว หายใจลำบาก กินนมน้อย ถ่ายอุจจาระบ่อย ปัสสาวะน้อย ตัวเหลือง ซึม ผู้ป่วยกรณีศึกษา  
รายนี้ เนื่องจากทีมพยาบาลได้ประเมินแล้วว่าทารกมีภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจาก  
ทารกคลอดก่อนกำหนด มีประวัติหอบเหนื่อยหลังคลอด มีภาวะน้ำหนักลด ปัสสาวะน้อย  
กระหม่อมหน้ากว้าง และมีภาวะเหลือง และมีปัจจัยเสี่ยง คือ มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์  
คลอด เจ็บครรภ์คลอดนาน PROM ซึ่งทำให้ทารกได้รับการรักษาถูกต้องและทันเวลาที่ ลดการเกิด  
ภาวะแรกซันที่เป็นอันตรายต่อชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคาดการณ์ถึงปัญหา ประเมิน  
ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดกับทารกที่มีภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด และหา  
แนวทางป้องกันและดูแลทารกให้ปลอดภัย

## ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ให้การดูแลต้องมีทักษะ  
ในประเมินขั้นสูง เพื่อให้สามารถประเมินติดตามอาการและมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องและ  
เหมาะสม ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งต้อง  
ติดตามความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล ศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย  
มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการทบทวนปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษา  
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยรอดปลอดภัยโดยผ่านพ้นภาวะวิกฤตโดย



ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. การนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์อย่างมาก แต่ควรควบคู่กับการรักษาแบบองค์รวมของบุคคล ดังนั้นบทบาทของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดควรคำนึงถึงความรู้สึกหรือความต้องการของทั้งผู้ป่วยเด็ก และบิดา มารดา รวมทั้งช่วยให้มารดาและบิดามีศักยภาพในการดูแลทารก

## บรรณานุกรม

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลฉุกเฉินหภูมิภายทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ ฯ : บริษัทยูเนี่ยน คีรีเอชั่น จำกัด. 2557.
- ชลดา จันทร์ขาว. การพยาบาลทารกแรกเกิด. สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ ฯ : 2563.
- ธีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ ฯ : 2560.
- วีณา จีระแพทย์. การป้องกันการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดจากการดูแลฉุกเฉินหภูมิภาย. เวชศาสตร์ คัดกรองป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ ฯ : ยูเนี่ยนคิเอชั่น. 2556.
- วิไล เลิศธรรมทวี. การพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ : สหมิตร พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง. 2558.