



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจากการพร่องเอนไซม์ G6PD และได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ

รวิวรรณ สืบพงษ์พันธุ์ *

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองพบได้บ่อยในทารกแรกเกิดในช่วงสัปดาห์แรก เกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาล่าช้า บิลิรูบินจะเข้าสู่สมองและทำลายเซลล์สมอง (Kernicterus) ทำให้ทารกมีความผิดปกติของระบบประสาทในระยะยาว การดูแลทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดระยะเวลาในการรักษา และลดความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง พยาบาลควรมีความรู้ ทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง และมุ่งเน้นให้มารดาและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลืองที่ถูกต้อง

พยาธิสภาพ

อาการตัวเหลืองเกิดจากสารสีเหลืองที่เรียกว่าบิลิรูบินจำนวนมากกว่าปกติตั้งอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งบิลิรูบินส่วนใหญ่เกิดจากการแตกตัวของฮีโมโกลบิน ซึ่งได้จากเม็ดเลือดแดงที่หมดอายุหรือแตกจากการถูกทำลายเป็น Unconjugated bilirubin ซึ่งละลายน้ำไม่ได้ต้องจับกับอัลบูมินในซีรัมและนำไปที่ตับ เกิดการ Conjugate ได้เป็น conjugated bilirubin ซึ่งละลายน้ำได้ แล้วขับออกจากร่างกายผ่านทางเดินน้ำดีเข้าสู่ลำไส้และขับออกทางอุจจาระ ส่วนน้อยถูกดูดซึมจากลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดและขับออกทางปัสสาวะ

สาเหตุ จำแนกเป็นสาเหตุใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. ภาวะตัวเหลืองจากสรีรภาพ (physiologic jaundice) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามปกติในช่วงสัปดาห์แรก ระดับบิลิรูบินจะเพิ่มสูงสุดที่อายุ 3-5 วัน และค่อย ๆ ลดลงสาเหตุจากปริมาณเม็ดเลือดแดงของทารกมีมากและอายุสั้นกว่าผู้ใหญ่ และตับยังเจริญไม่เต็มที่ ทำให้การรวมตัวของบิลิรูบินเกิดขึ้นได้ช้า ร่วมกับมีการดูดซึมของบิลิรูบินทางผนังลำไส้เล็กเข้าสู่กระแสเลือดที่ตับทำให้ทารกตัวเหลืองมากขึ้น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

2. ตัวเหลืองจากพยาธิสภาพ (Pathologic jaundice) เป็นภาวะที่บิลิรูบินในเลือดสูง จากโรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่ทำให้เม็ดเลือดแดงมีการแตกตัวมาก แบ่งได้เป็น

2.1 มีการสร้างบิลิรูบินมากเกินไป ได้แก่ มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ เช่น หมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น ภาวะพร่อง G6PD, ธาลัสซีเมีย, ภาวะเลือดออกภายในร่างกาย เช่น cephalhematoma, Intracranialbleeding

2.2 การขับบิลิรูบินน้อยลง เช่น ความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารแต่กำเนิด, ยาและฮอร์โมนบางชนิด

2.3 การสร้างบิลิรูบินเพิ่ม กับการกำจัดบิลิรูบินน้อยลง เช่น การติดเชื้ในกระแสเลือดทารกคลอดก่อนกำหนด

นอกจากนี้ ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดยังสัมพันธ์กับน้ำนมแม่ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม

1. Breast feeding jaundice เกิดจากการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ พบในทารกที่มีปัญหาการดูดนมแม่หรือจากค่านมรดเอง ป้องกันได้โดยให้ทารกแรกเกิดดูดนมแม่ให้เร็วที่สุดและดูดบ่อยทุก 2 - 3 ชั่วโมง

2. Breast milk Jaundice ทารกจะมีตัวเหลืองหลังจากวันที่ 5 และคงอยู่นานถึง 2 - 3 สัปดาห์ และระดับบิลิรูบินอาจจะสูงได้ถึง 12 - 20 mg % แต่ทารกจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นและไม่มีภาวะซีด ขี้ถ่ายปกติ

อาการและอาการแสดง

ภาวะตัวเหลืองมักพบได้ในช่วงสัปดาห์แรก สามารถสังเกตเห็นจากบริเวณใบหน้าก่อน ลำตัว แขน ขา และฝ่ามือฝ่าเท้าและมีการประเมินภาวะตัวเหลืองดูจากบริเวณร่างกายที่มี สีเหลือง เช่น หน้า ประมาณ 5 mg% ช่วงท้องประมาณ 12 mg% ช่วงขาประมาณ 15 mg% และถ้าระดับบิลิรูบินสูงถึง 20 mg% จะทำให้เกิดภาวะ Kernicterus ซึ่งทำให้เกิดการตายของเซลล์สมอง ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ หรือในรายที่รอดชีวิตจะสมองพิการอย่างถาวร

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ประวัติทารก เช่น อายุครรภ์ทารกและประวัติการคลอด ประวัติมารดา เช่น การเจ็บป่วย หมู่เลือด การติดเชื้อและยาที่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด การให้นมโรคทางพันธุกรรม เป็นต้น

2. การตรวจร่างกายที่สัมพันธ์กับภาวะตัวเหลือง เช่น ตับโต ม้ามโต มีจุดเลือดออกตามร่างกาย Cephalhematoma อาการซีดจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง น้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิด

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการควรได้รับการตรวจ ดังนี้ ตรวจหาระดับบิลิรูบินในเลือด, ระดับ direct bilirubin, หมู่เลือดและ Rh, direct comb's test, CBC, G6PD screening test, Reticulocyte count และการตรวจอื่น ๆ เช่น ในรายที่สงสัยภาวะ Hypothyroid ตรวจ TSH, FT4 เพิ่ม

การรักษา

1. การส่องไฟรักษา (phototherapy) ใช้ได้กับทารกแรกเกิดทุกอายุครรภ์ การส่องไฟต้องให้ผิวหนังของทารกสัมผัสกับแสงให้ได้มากที่สุด โดยแสงสามารถเปลี่ยน unconjugated bilirubin ที่ละลายน้ำไม่ได้ให้สามารถละลายน้ำได้ และถูกขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ โดยใช้ไฟที่มีสเปกตรัมฟ้าเขียว ที่มีความถี่แสงในช่วง 430 - 490 นาโนเมตร และมีความเข้มแสงอย่างน้อย 30 ไมโครวัตต์ต่อตารางเซนติเมตรต่อนาโนเมตร ในทารกที่มีค่าบิลิรูบินสูงมาก การใช้ Double Phototherapy ทำให้ลดระดับบิลิรูบินได้ดี

2. การเปลี่ยนถ่ายเลือด (exchange transfusion) เป็นการรักษาภาวะตัวเหลืองที่ได้ผลเร็วและมีประสิทธิภาพมาก เลือดที่สมควรเป็น fresh whole blood ที่เก็บไว้ไม่เกิน 3 วัน และต้อง cross-match กับเลือดของมารดา

3. การรักษาด้วยยา เช่น Intravenous immunoglobulin, Metalloporphyrins, Phenobarbital แต่วิธีนี้ไม่นิยมเนื่องจากยาอาจมีผลต่อการเจริญและพัฒนาระบบประสาทส่วนกลางและพฤติกรรมของทารก

กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศชาย เชื้อชาติไทย เกิดที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ คลอดปกติ วันที่ 9 ธันวาคม 2566 เวลา 10.18 น. น้ำหนักแรกคลอด 3,680 กรัม ตัวยาว 53 เซนติเมตร รอบศีรษะ 35 เซนติเมตร รอบอก 34 เซนติเมตร เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การประเมิน Apgar Score ในนาทีที่ 1, 5, 10 หลังคลอด = 9, 10, 10 คะแนน การเคลื่อนไหวดี ผิวสีชมพู ร้องเสียงดัง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที หลังสังเกตอาการที่ห้องคลอดครบ 2 ชั่วโมง จึงย้ายมาที่หอผู้ป่วยพิเศษหลวงปู่ศุข 2 การตรวจร่างกายเบื้องต้น แกรับไวทารกรู้สึกตัวดี ศีรษะโค้งไป ไม่มีรอยนูนจากการคั่งของเลือด ใบหน้าเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มี Facial Palsy การเคลื่อนไหวและกำลังแขนขาปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที น้ำหนักตัว 3,660 กรัม วันที่ 10 ธันวาคม 2566 น้ำหนัก 3,600 กรัม อาการปกติ วันที่ 11 ธันวาคม 2566 ทารกน้ำหนัก 3,460 กรัม ลดลง 5.9% จากน้ำหนักแรกเกิด ผิวมีสีเหลือง ตั้งแต่ใบหน้า ลำตัว ร้องเสียงดัง ปัสสาวะ 2 ครั้ง สีเหลืองเข้ม อุจจาระ 2 ครั้ง ลักษณะถ่ายซีเทา อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที แพทย์มีคำสั่ง

ให้ตรวจbilirubin 14.5 mg% Hct.58% แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะbilirubinในเลือดสูง สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม ผลการตรวจทารกมีหมู่เลือด O Rh Positive, Reticulocyte 5.1%, Direct Coomb's test negative, Indirect Coomb's test negative, G6PD deficiency มารดาหมู่เลือด O, Rh positive แพทย์วินิจฉัยว่าทารกมีภาวะตัวเหลืองจาก G6PD และได้รับน้ำนมมารดาน้อย ให้การรักษาโดยการส่องไฟรักษา วันที่ 12 ธันวาคม 2566 ทารกอายุ 68 ชั่วโมง Hct. .54%, MB. 12..9 mg% น้ำหนัก 3,585 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที วันที่ 13 ธันวาคม 2566 ทารกอายุ 93 ชั่วโมง Hct. 55%, MB.12 mg% น้ำหนัก 3,690 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 46 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้หยุดการรักษาโดยการส่องไฟรักษา และติดตามทารกที่อายุ 100 ชั่วโมง Hct. 50 %, MB. 9.8 mg% และอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยนัดติดตามระดับbilirubin และ Hct. อีก 2 วัน จากการติดตามทารกมาตรวจเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 พบว่าระดับ MB. 10 mg%, Hct. 49% น้ำหนักทารก 4,010 กรัม อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 44 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 มีภาวะbilirubinในเลือดสูงเนื่องจากเม็ดเลือดแดงแตกง่ายและได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกผิวมีสีเหลืองตั้งแต่ใบหน้า ลำตัว ซีม ไม่ค่อยดูดนม
2. ค่า MB. 14.5 mg%

เป้าหมายการพยาบาล ระดับbilirubinในเลือดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการตัว ตาเหลืองลดลง
2. ระดับ MB. ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. สัญญาณชีพปกติ
4. ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Kernicterus

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับการส่องไฟรักษา โดย
 - 1.1 ถอดเสื้อผ้าที่ห่อตัวทารกเหลือไว้เพียงผ้าอ้อม พลิกตัวทุก 2-3 ชั่วโมง ไม่ทาแป้งหรือโลชั่น
 - 1.2 ปิดตาด้วย Eye pad เช็ดทำความสะอาด เปิดตาทุก 4 ชั่วโมง และเปลี่ยนผ้าปิดตาทุก 8 - 12 ชั่วโมง

1.3 จัดหลอดไฟให้ห่างจากทารก 30 - 45 เซนติเมตร ใช้ผ้าคลุมสีฟ้ากันขอบโคมโดยรอบ และห้อยต่ำลงมาถึงระดับที่นอนของทารก ประมาณ 20 เซนติเมตร

1.4 ชั่งน้ำหนักทุกวันและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับการประเมินอาการ ผิดปกติ

1.5 สังเกต บันทึกลักษณะและจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

1.6 ตรวจสอบระดับบิลิรูบินในเลือด 4 ชั่วโมงหลังส่องไฟ และทุก 24 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์

1.7 สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ ได้แก่ การขาดน้ำถ่ายเหลว ผื่นที่ผิวหนังหรือภาวะแทรกซ้อนที่ดวงตา

1.8 ส่งเสริมให้บิดา มารดา มีส่วนร่วมในการดูแลทารก

2. ดูแลทารกให้ได้รับนมอย่างเพียงพอ โดยให้ทารกดูดนมทุก 2 - 3 ชั่วโมง นาน 20 - 30 นาที เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขับบิลิรูบินออกมากับอุจจาระ ปัสสาวะได้

3. สังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ของภาวะ Kernicterus หากพบว่าทารกมีระดับบิลิรูบิน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 12 ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

ประเมินผล

1. อาการตัว ตาเหลืองลดลง

2. ระดับ MB. ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (13 ธันวาคม 2566 Hct. 55%, บิลิรูบิน 12 mg%)

3. สัญญาณชีพปกติ

4. ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Kernicterus

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่าบิลิรูบิน 14.5 mg%

2. On Single Phototherapy

3. มารดาบอกทารกปัสสาวะ สีเหลืองเข้ม ชิม ไม่ดูดนม

เป้าหมายการพยาบาล ป้องกันอันตรายจากการส่องไฟรักษา (Phototherapy)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกได้รับการส่องไฟที่ถูกต้องวิธี

2. สัญญาณชีพของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ ไม่มีผื่นแดง ไม่มีถ่ายอุจจาระเหลวสีเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายและให้ข้อมูลบิดา มารดา เรื่องโรค อาการ การรักษา เพื่อให้เข้าใจความสำคัญของการรักษา
2. ป้องกันอันตรายจากการได้รับแสงมาก เกินไป และป้องกันอุบัติเหตุจากการแตกของหลอดไฟ โดยจัดให้ทารกนอนส่องไฟรักษาในคลิปที่มีแผงกระจกกันหลอดไฟไว้
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตา ดูแลเปิดตาด้วย Eye pad ทำความสะอาดตา และตรวจตาทุกวัน เปิดตาทุก 4 ชั่วโมง และเปลี่ยนผ้าปิดตาทุก 8 - 12 ชั่วโมง ปิดไฟก่อนเปิดผ้าปิดตาทุกครั้ง
4. ป้องกันไม่ให้ร่างกายมีอุณหภูมิที่สูงหรือต่ำเกินไป จัดให้ทารกนอนในคลิปในห้องที่อากาศถ่ายเทสะดวก บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการแสดงภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง เช่น เชี่ยวตามปลายมือปลายเท้า ผิวหนังเย็น ผิวหนังแดงร้อน การหายใจและการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติ
5. ป้องกันภาวะขาดน้ำ ดูแลให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรือตามที่ทารกต้องการ ตรวจสอบความโป่งตึงของกระหม่อม ชั่งน้ำหนักทารกทุกวัน สังเกตจำนวนครั้งและลักษณะอุจจาระ - ปัสสาวะ
6. ป้องกันผิวหนัง ตั้งโคมไฟให้สูงประมาณ 30 - 45 เซนติเมตร พลิกตัวทารกทุก 2-3 ชั่วโมง เปลี่ยนผ้าอ้อมและทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้ง สังเกตผิวหนังว่ามีผื่นจากการส่องไฟรักษาหรือไม่
7. ดูแลให้ทารกได้รับการตรวจหาระดับบิลิรูบินในเลือด 4 ชั่วโมงหลังส่องไฟ และทุก 24 ชั่วโมงจนกว่าระดับบิลิรูบินในเลือดปกติ

ประเมินผล

1. ทารกได้รับการส่องไฟรักษาที่ถูกต้องวิธี
2. สัญญาณชีพของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ ไม่มีผื่นแดงขึ้นตามผิวหนัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. น้ำนมมารดาไหลน้อย
2. ทารกน้ำหนัก 3,460 กรัม ลดลง 5.9% จากน้ำหนักแรกเกิด
3. LATCH Score 6 คะแนน
4. ค่าน้ำตาลในเลือด 52 mg%

เป้าหมาย ทารกไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ค่าน้ำตาลในเลือด 40 - 150 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับนมแม่อย่างน้อยทุก 2 - 3 ชั่วโมง หรือเสริม Cup feeding ทุก 2 - 3 ชั่วโมง
2. ประเมิน LATCH Score พร้อมทั้งแก้ไขให้ทารกได้รับนมอย่างเพียงพอ
3. Test weight ถ้าน้ำหนักทารกขึ้นน้อยกว่า 30 กรัม ให้เสริมนม 30 ml ต่อมื้อ
4. ดูแลไม่ให้เกิดสาเหตุที่ทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น อุณหภูมิต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส

ภาวะหายใจลำบาก

5. ติดตามผล DTX ในกรณีที่มีน้ำตาลน้อยกว่า 40 mg% และรายงานแพทย์เพื่อการรักษาเพิ่มเติม

6. ประเมินอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น การสั่นระรัวของมือและเท้า (Prolonged Tremor) ซึม กลืนหายใจ เจ็บ ชักเกร็ง เป็นต้นและรายงานแพทย์ถ้าพบอาการดังกล่าว

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ค่าน้ำตาลในเลือด 58 mg%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดาขาดทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาหลังคลอดบอกว่า “ เป็นลูกคนแรก ไม่เคยดูแลเด็กทารก ”
2. มารดาอุ้มลูกดูนมไม่ถูกต้อง

เป้าหมายการพยาบาล สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

มารดามีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น สามารถอุ้มลูกดูนมได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำถึงประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อลูกและต่อแม่ แนะนำให้เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน
2. สอนและฝึกปฏิบัติการให้นมบุตรในท่าที่ถูกต้อง โดยอุ้มให้ถูกต้อง ไข่มือจับเต้านม โดยใช้นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบน และนิ้วอื่น ๆ รองรับเต้านม ปากทารกอยู่บริเวณลานหัวนม
3. ให้ญาติและสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการให้นมบุตร เช่น การประคองหัวเด็กขณะมารดาให้นมบุตร

4. คอยดูแลและให้ความช่วยเหลือการให้นมบุตรตลอดเวลาที่มีปัญหา

5. สอนและจัดทำนอนที่ถูกต้องหลังการดูดนม อุ้มทารกเธอแล้ว 15 นาที จัดให้ทารกนอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักนมและยกศีรษะสูงเล็กน้อย

การประเมินผล

มารดา มารดามีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยสามารถอุ้มลูกดูดนมได้ถูกวิธี และจัดทำนอนที่ถูกต้องหลังการดูดนม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5 บิดา มารดามีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดา มารดา มีสีหน้ากังวล
2. มารดา ร้องไห้ ถามคำถามวนไปวนมา

เป้าหมายการพยาบาล ลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

บิดา มารดามีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น วิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบิดา มารดา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้บิดา มารดาได้ซักถามปัญหา และตอบข้อสงสัยด้วยความสุภาพ เพื่อคลาย

ความวิตกกังวล

3. ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลอย่างเต็มความสามารถ
4. ประสานให้ บิดา มารดาได้มีโอกาสพูดคุย ซักถามแพทย์ผู้รักษาถึงแผนการรักษาทารก
5. อธิบายถึงความก้าวหน้าของการรักษา ผลระดับบิลิรูบิน
6. ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก โดยให้การดูแลทารกอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล บิดา มารดามีสีหน้ายิ้มแย้ม คลายความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 บิดา มารดาขาดความรู้ในการดูแลทารกที่ได้รับการส่องไฟรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดา มารดาซักถามถึงวิธีการดูแลบุตรที่ส่องไฟรักษา การให้นมแม่
2. บิดา มารดาไม่กล้าเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร

เป้าหมายการพยาบาล บิดา มารดามีความรู้ในการดูแลทารกส่องไฟรักษาได้

เกณฑ์การประเมินผล

บิดา มารดาสอบถามถึงการดูแลทารกลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้บิดา มารดา เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แผนการรักษาของแพทย์เป็นระยะ ด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย

2. แนะนำการให้นมบุตรอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การทำความสะอาดร่างกายทารก การเช็ดสะดือ

3. สอนและสาธิตการดูแลทารกแรกเกิดขณะส่องไฟรักษา

4. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาล เช่น ผิวหนัง การขับถ่ายอุจจาระ

ปัสสาวะ

5. เสริมสร้างและให้กำลังใจบิดา มารดา และครอบครัวให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารก

การประเมินผล

1. มารดาและครอบครัวสามารถอธิบายถึงการดูแลทารกได้รับการส่องไฟรักษาได้

2. มารดาและครอบครัวสามารถให้การดูแลทารกด้วยความมั่นใจ

3. มารดาและครอบครัวสอบถามถึงการดูแลทารกลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 เตรียมความพร้อมกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาและครอบครัว สอบถามการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. แพทย์วางแผนจำหน่าย

เป้าหมายการพยาบาล

1. มารดาและครอบครัวบอกถึงการดูแลทารกเมื่อกลับบ้านได้

2. มารดาและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลทารกเมื่อไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลทารกก่อนกลับบ้าน

2. มารดาและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทารกเพิ่มมากขึ้นเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเฝ้าระวังตัวเหลือง สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์การมาติดตามผลระดับบิลิรูบิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองซ้ำ ชี้แจงโรคภาวะพร่อง G6PD พร้อมทั้งใช้บัตรผู้ป่วยภาวะพร่อง G6PD การให้นมแม่อย่างน้อยนาน 6 เดือน การมารับวัคซีนตามนัด การดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพการเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย โดยดูเทียบกับสมุดบันทึกสุขภาพ

2. แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ ปรีกษา หรือติดต่อกลับ กรณีเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลทารก หรือ กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินได้ 24 ชั่วโมง เช่น เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาล

3. ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับสถานพยาบาลใกล้เคียงผ่านโปรแกรม Thai COC

การประเมินผล

1. บิดา มารดาและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลทารกก่อนกลับบ้าน
2. บิดา มารดาและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทารกเพิ่มมากขึ้นเมื่อกลับบ้าน

สรุป

กรณีศึกษาทารกแรกเกิดหลังคลอดเพศชาย คลอดปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,680 กรัม Apgar Score หลังคลอดที่ 1, 5, 10 นาที = 9, 10, 10 คะแนน สัญญาณชีพปกติ ที่อายุ 48 ชั่วโมงพบภาวะตัวเหลือง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับบิลิรูบิน 14.5 mg% , G6PD deficiency แพทย์วินิจฉัยภาวะตัวเหลืองจาก G6PD และได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ ได้รับการส่องไฟรักษา และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟจนระดับบิลิรูบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาติดตามระดับบิลิรูบินในอีก 2 วัน จากการติดตามทารกมาตรวจตามนัด พบว่าระดับบิลิรูบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ 10 mg% และ Hct 49% น้ำหนัก 4,010 กรัม สัญญาณชีพปกติ

บทวิจารณ์

ทีมบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในที่ต้องดูแลทารกแรกเกิด ควรมีความรู้ ความสามารถในการประเมิน การคัดกรองทารกแรกเกิดที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง เทคนิคการเจาะเลือดที่เหมาะสมเพื่อการแปลผลที่แม่นยำ รวมทั้งสามารถประเมินปัญหาและตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งจะทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ จึงควรมีการศึกษาหาความรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนางานด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การประสบความสำเร็จในการดูแลทารก ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกคนในหน่วยงาน และการให้ความรู้ความเข้าใจแก่บิดา มารดา และครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2555). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลือง. ใน ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุดาภรณ์ พัยคมเรื่อง(บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดพีริ-วัน.
- กุลวดี มณีนิล. (2559). ตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. ใน ประยงค์ เวชวานิชสนอง และวนพร อนันตเสรี (บ.ก.), คู่มือเวชศาสตร์(Pediatrics). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. (2558). ภาวะปรกติและผิดปกติที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ:ด้านสุขภาพพิมพ์
- จันทร์มาศ เสาวรส. (2562).ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด:ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 9(1)99-109.
- ชลดา จันทร์ขาว. (2562). การพยาบาลทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ฐานัดดา อยู่เกษม. (2559). Neonatal Jaundice ใน เกรียงศักดิ์ ทองชัยประสิทธิ์, เกศสิรี กรสิทธิกุล, ศิวพร แสงโสมแจ่ม และสุภารัตน์ ศิริวิมลพันธุ์ (บ.ก.), Handbook of Pediatrics Clinical Practice Guideline 2016. ชลบุรี : เกี๊ยกู้ดครีเอชั่น.
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. (2565). การพยาบาลเด็ก เล่ม 1 : หลักและแนวความคิดการพยาบาลเด็กและครอบครัว การพยาบาลทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง).นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- สุชาดา ณะพงค์พร.การพยาบาลตัวเหลืองในทารกแรกเกิด(online). (เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2566)://he01.tci-thaijo.org/ index.php/