

เอกสารประกอบการสอน



การพยาบาลมารดา และการรกในระยะหลังคลอด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยหลังคลอด

การประเมินมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก B-BUBBLE-HE

แผนการสอน

หัวข้อ การประเมินมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก B-BUBBLE-HE

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 3 คาบ วันที่ 22 มีนาคม 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. ประเมินสภาพมารดาในระยะหลังคลอดตามหลัก 13B หรือ B-BUBBLE-HE ได้
2. วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดได้
3. วางแผนการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดได้

เนื้อหา

1. การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดด้วย B-BUBBLE-HE
 - Body condition
 - Breast and Lactation
 - Uterus
 - Bowel
 - Bladder
 - Lochia
 - Episiotomy
 - Homan's sign
 - Emotional
 - Baby
2. การวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการพยาบาล

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | |
|----------------------------------|---------|
| 1. บอกวัตถุประสงค์และเนื้อหา | 10 นาที |
| 2. Bedside teaching | 30 นาที |
| 3. Pre-post conference | 50 นาที |
| 4. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้ | 20 นาที |
| 4. วิเคราะห์และนำเสนอกรณีศึกษา | 40 นาที |

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษา (มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด, ผู้คลอด)
3. Power point นำเสนอกรณีศึกษา

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- แบบประเมิน พยบ. 234 ทักษะการนำเสนอกรณีศึกษา
- สังเกตพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะฝึกปฏิบัติ การแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา

หนังสืออ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559) การใช้กราฟดูแลการคลอด (PARTOGRAPH). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol19No2_07 สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563.

ชุตินาพร ไตรนภากุล, มณฑา ไชยะวัฒน์, วิวัฒน์ คณาวิฑูรย์, รัชกร เทียมเท่าเกิด, สุวรรณ นาคะ, วิมล มิตรนิโยตม และสุรารัตน์ แป้นลาภ. (2553). ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกกวด-ประคบเต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 3(3). 75-79. สืบค้นจาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/1843>

พิสมัย ปทุมทาน. (2554). สรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยแพทยศาสตร์. เอกสารคำสอน, หมวดวิชาสรีรวิทยา ภาควิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.

ภาวีน พัวพรพงษ์. (2560). ภาษาเส้นติด (TONGUE-TIE). เอกสารประกอบการบรรยาย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ภาวีน พัวพรพงษ์. (2562). การประเมินการให้นมลูกด้วยคะแนนการเข้าเต้า. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก: <http://guruobgyn.com>, สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563.

หน่วยควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. (2554). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ หอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.

Alvarenga, M. B., Francisco, A. A., Oliveira, S. M. J. V. de, Silva, F. M. B. da, Shimoda, G. T., & Damiani, L. P. (2015). Episiotomy healing assessment: Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharge, Approximation (REEDA) scale reliability. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(1), 162–168. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3633.25382>

Hatfield, NT. (2014). Introductory Maternity and Pediatric Nursing. 3ed Editions, China: Lippincott William & Wilkins. p 205-241.

Manjunath, N. G., Venkatesh, G., & Rajanna. (2011). Postpartum Blue is Common in Socially and Economically Insecure Mothers. Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 36(3), 231–233.

Pawin Puapornpong, M. D., Maysita Suksamarnwong, M. D., Sukwadee Ketsuwan, R. N., & Sinutchanan Wongin, R. N. (2018). The Validity and Reliability of the Breastfeed Observation Aid in the Exclusive Breastfeeding Predictions at Six Weeks Postpartum.

- JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND, 919.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2014). Maternal child nursing care. Canada, Mosby. p 638-645.
- Puapornpong, P., Raungrongmorakot, K., Mahasitthiwat, V., & Ketsuwan, S. (2014). Comparisons of the latching on between newborns with tongue-tie and normal newborns. *J Med Assoc Thai*, 97(3), 255-9.
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-248.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044.
- Murray, S.S., and McKinney, E.S. (2014). *Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. 6th ed. United States of America : Saunders Elsevier.
- Kamperman, A. M., Veldman-Hoek, M. J., Wesseloo, R., Robertson Blackmore, E., & Bergink, V. (2017). Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar disorders*, 19(6), 450-457.
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-9.

เอกสารประกอบการสอน

การประเมินมารดาหลังคลอดด้วย B-BUBBLE-HE

การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดด้วย B-BUBBLE-HE

ปกติการตรวจร่างกายและประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยละเอียดด้วย 13B หรือ B-BUBBLE-HE มักจะทำในระยะแรกที่ย้ายมารดาจากห้องคลอดคือ 2-4 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งการใช้หลักการประเมินสภาพด้วย B-BUBBLE-HE นี้ ช่วยให้หัตถ์สามารถตรวจประเมินมารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนทุกระบบ โดยมีรายละเอียดการตรวจประเมิน ดังนี้

1.1 Body condition การประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ภาวะช็อค อาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย การประเมินสัญญาณชีพ T, P, R, BP โดยมารดาหลังคลอดปกติอาจจะมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะได้ เนื่องจากการสูญเสียเลือด เกือบครึ่งและน้ำในระยะคลอด แต่ไม่ควรมีอาการรุนแรงจนหน้ามืดเป็นลม สัญญาณชีพมารดาในรายคลอดปกติอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

(Perry et al., 2014) ดังนี้

1.1.1 อุณหภูมิร่างกายมารดาหลังคลอดอาจสูงขึ้นได้ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่

1) มีไข้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มารดาหลังคลอดอาจมีไข้ต่ำๆได้ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียเลือด น้ำ พลังงาน และอ่อนเพลียในระยะคลอด เรียกว่า Reactionary fever ซึ่งจะมีไข้ไม่เกิน 38°C และเป็นไข้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ดูแลโดยให้ได้รับอาหาร น้ำดื่ม สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เช็ดตัวลดไข้ จะช่วยให้อาการไข้ดีขึ้น

2) มีไข้ในระยะหลัง 24 - 72 ชั่วโมง โดยมีอาการไข้สูงประมาณ $38 - 38.5^{\circ}\text{C}$ ร่วมกับการมีเต้านมคัดตึงมาก เรียกว่า Milk fever ซึ่งไข้เกิดจากการอุดตันของน้ำนม และเกิดการอักเสบ บวมแดงและร้อนของเต้านม ซึ่งอาการไข้จะเป็นไม่เกิน 24 ชั่วโมง หรือหายไปเมื่ออาการคัดตึงเต้านมลดลง ดูแลโดยประคบเต้านมนวด และบีบระบายน้ำนม หรือให้ลูกดูดนมแม่บ่อยๆทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการคัดตึงเต้านม

3) มีไข้จากการติดเชื้อในระยะหลังคลอด ซึ่งไข้จะสูงตั้งแต่ $38 - 40^{\circ}\text{C}$ ร่วมกับการตรวจพบว่ามี การติดเชื้อในร่างกาย เช่น ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และในโพรงมดลูก ซึ่งไข้จากการติดเชื้อจะเป็นอยู่นานติดต่อกันตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ดูแลโดยให้ข้อมูลการดูแลตนเองเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย แผลฝีเย็บ ห้ามนั่งปัสสาวะ ให้ดื่มน้ำปริมาณมากๆวันละ 2-3 ลิตร ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

1.1.2 ความดันโลหิต ในระยะหลังคลอดความดันโลหิตของมารดาอาจจะต่ำกว่าก่อนการตั้งครรภ์ เนื่องจาก afterload ลดลงจากการที่ไม่มีมดลูกและทารกไปกดทับเส้นเลือด Inferior venacava และ

อิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่สูงขึ้นในระยะตั้งครรภ์และยังคงอยู่ในระยะหลังคลอดทันที จึงทำให้ผนังหลอดเลือดคลายตัว ส่งผลให้ความต้านทานรวมของระบบหลอดเลือดทั่วร่างกายลดลง (total peripheral resistance: TPR) จึงทำให้หัวใจไม่ต้องบีบตัวแรง ความดันโลหิตจึงอาจจะต่ำลงได้ แต่ Systolic BP ต้องไม่ต่ำกว่า 90 mmHg. และ Diastolic BP ต้องไม่ต่ำกว่า 50 mmHg. ถ้า BP ต่ำมาก ร่วมกับการมีชีพจรเต้นเร็วเกิน 100 ครั้ง/นาที ให้นึกถึงภาวะช็อกจากการเสียเลือดหรือตกเลือดหลังคลอด ซึ่งความดันโลหิตจะแปรผันตามอัตราการไหลและความต้านทานต่อการไหลของหลอดเลือด (พิสมัย ประทุมทาน, 2554) ดังสมการ

$$BP = CO \times TPR$$

(BP=Blood pressure, CO=Cardiac output, TPR= Total peripheral resistance)

1.1.3 ชีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจ ในระยะหลังคลอดชีพจรของมารดาหลังคลอดอาจจะเต้นช้าลงกว่าก่อนการคลอด ซึ่งเป็นผลจากในระยะตั้งครรภ์ปริมาณเลือดเพิ่มมากขึ้นเพื่อไปเลี้ยงรก ทารกและมดลูกทำให้ Stroke volume เพิ่มขึ้น ภายหลังคลอดปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้น ไม่ต้องไปเลี้ยงที่มดลูกและทารกแล้ว จึงไหลกลับสู่หัวใจห้องบนขวามากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจและออกจากหัวใจห้องบนในการบีบตัวแต่ละครั้งของหัวใจ (Stroke volume: SV) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในหนึ่งนาที (Cardiac output: CO) เพิ่มขึ้น จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรลดลง ซึ่งชีพจรจะแปรผันตามปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในหนึ่งนาที (CO) (พิสมัย ประทุมทาน, 2554) ดังสมการ

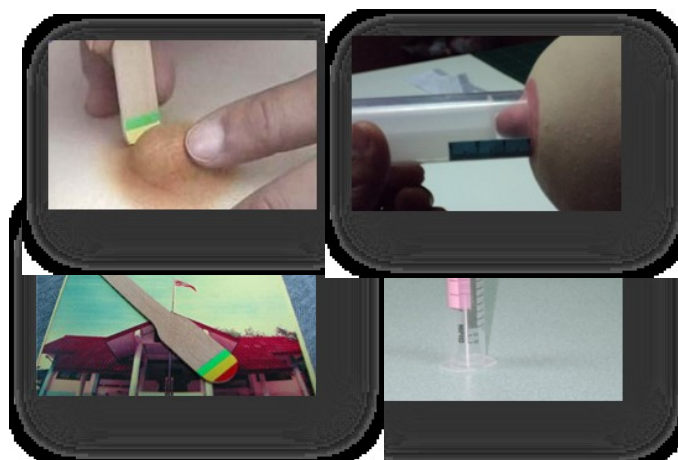
$$CO = SV \times HR$$

(CO=Cardiac output, SV=Stroke volume, HR=Heart rate)

จากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้มารดาหลังคลอดมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลงถึง 50 ครั้ง/นาที ได้เรียกว่า Puerperium bradycardia โดยปกติชีพจรของมารดาหลังคลอดจะอยู่ระหว่าง 50-90 ครั้ง/นาที กรณีที่มารดาหลังคลอดมีอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจรที่เร็วเกิน 100 ครั้ง/นาที ให้สงสัยว่าอาจมีการสูญเสียน้ำ สูญเสียเลือดจากร่างกายในปริมาณมาก หรือมีไข้สูงทำให้เมตาบอลิซึมในร่างกายสูงขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นซึ่งถือว่า ผิดปกติ

1.1.4 อัตราการหายใจ ในระยะหลังคลอดการหายใจของมารดามักจะมีการเปลี่ยนแปลงสู่ปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์เร็วกว่าระบบอื่น โดยมารดาหลังคลอดจะรู้สึกหายใจได้สะดวกมากขึ้น ไม่แน่นอึดอัด อัตราการหายใจจะอยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง/นาที และจะกลับสู่ปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ใน 6-8 สัปดาห์หลังคลอด (Perry et al., 2014) หากพบว่ามารดาหลังคลอดมีอัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ ร่วมกับรู้สึกเหนื่อยง่าย อาจจะตรวจร่างกายเพิ่มเติม โดยการฟังเสียงหายใจที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ชักประวัติความเจ็บป่วยเพิ่ม เช่น หอบหืด ติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากอาจจะมีปัญหาการทำงานของระบบหายใจหรือหัวใจและหลอดเลือดได้

1.2 Breast ประเมินลักษณะของหัวนมว่าปกติ สั้น แบน บวม หรือไม่ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้จับดึงหัวนมให้ต่งขึ้นแล้วใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวของหัวนมและวัดเส้นผ่านศูนย์กลางของหัวนม ดังแสดงในรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1 แสดงวิธีการวัดหัวนมด้วยนวัตกรรมไม้บรรทัดแบบต่างๆ

ที่มา: <https://mgronline.com/qol/detail/9520000018767>

ลักษณะของหัวนม



หัวนมปกติ

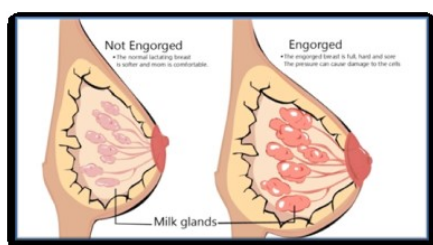
หัวนมแบน

หัวนมบุ๋ม

รูปที่ 2 แสดงลักษณะของหัวนม

ที่มา: <https://konthong.com/articles/inverted-nipple-2>

ประเมินลักษณะของเต้านม ดูและคลำเต้านมว่าคัดตึงหรือไม่ ถ้าเต้านมคัดตึงจะมองเห็นเส้นเลือดบริเวณเต้านมชัดเจน และคลำได้ก้อนแข็งๆเป็นไตทั่วทั้งเต้า ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงการขยายใหญ่ขึ้นของเต้านม และลักษณะของเต้านมคัดตึง

ที่มา: <http://www.mamaexpert.com/posts/content-543>

ประเมินการไหลของน้ำนม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้กดและบีบบริเวณลานนม เพื่อดูว่ามีน้ำนมไหลออกมาหรือไม่ ควรประเมินการไหลของน้ำนมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในเวลาเช้า-เย็น หากพบว่าน้ำนมไม่ไหล

หรือน้ำนมไหลน้อยจะได้วางแผนการดูแลช่วยเหลือได้ถูกต้องตรงกับปัญหา ซึ่งปริมาณการไหลของน้ำนม แบ่งเป็น 4 ระดับ (ชุดิมาพร ไตรนภากุล และคณะ, 2553) ได้แก่ 0, 1*, 2** หรือ 3*** ดังแสดงในรูปที่ 4

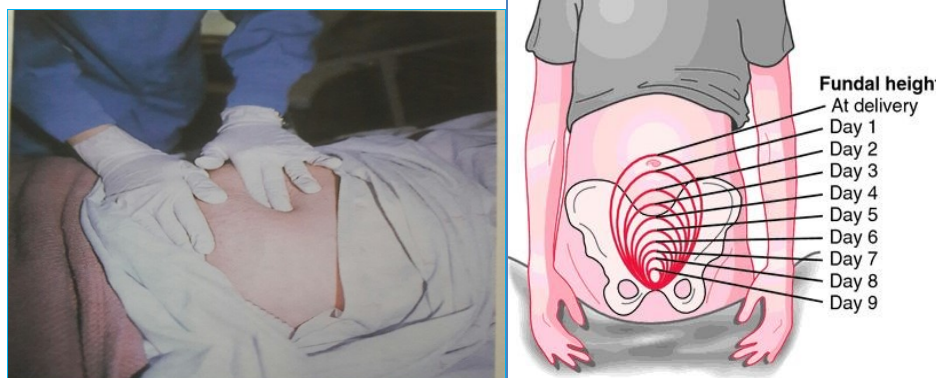
			
0= น้ำนมไม่ไหล	1*= น้ำนมไหลเล็กน้อย เป็นหยดเล็กๆ หรือซึมออกมาเล็กน้อย	2**= น้ำนมไหลเป็นหยดขนาดใหญ่ ออกมาตรงหัวนม 2-3 หยด	3***= น้ำนมไหลพุ่งออกมาปริมาณมาก

รูปที่ 4 แสดงการไหลของน้ำนม

ที่มา: <http://guruobgyn.com>

1.3 Uterus ประเมินการหดตัวของมดลูกว่าหดตัวแข็งแรงหรือไม่ ระดับยอดมดลูกอยู่ที่ระดับใด และตำแหน่งของยอดมดลูกอยู่บริเวณใด ตามปกติมดลูกในระยะหลังคลอดวันแรกจะอยู่ที่ระดับสะดือหรือ ± 1 Fingerbreadth (FB) ตำแหน่งอยู่ตรงกลางหน้าท้องและหดตัวแข็งแรง ต่อมาระดับยอดมดลูกจะค่อยๆ ลดลงวันละ 1 FB หรือวันละ 1 cm. และมดลูกจะเข้าอุ้งหรือลดลงสู่อุ้งเชิงกรานภายใน 10-14 วันหลังคลอด ในขณะที่มดลูกมีการหดตัวเข้าอุ้ง มารดาจะรู้สึกปวดมดลูกได้ ซึ่งเรียกว่า afterpains โดยอาการปวดมดลูกจะปวดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด ขนาดหรือน้ำหนักตัวของทารก จำนวนทารก การยืดขยายของมดลูกขณะตั้งครรภ์ การมีเลือดหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Hatfield, 2014; Murray and McKinney, 2014) ซึ่งการปวดมดลูกหลังคลอดมักเกิดขึ้นในขณะที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding) เนื่องจากฮอร์โมนออกซิโทซินหลังเพื่อกระตุ้นการบีบรัดตัวของท่อน้ำนม ทำให้น้ำนมไหลในขณะที่ทารกดูดนมจึงมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกด้วย ทำให้มารดาารู้สึกปวดมดลูกได้ (Murray and McKinney, 2014)

การวัดยอดมดลูกให้วัดโดยใช้สายวัดด้านนิ้วพุทหรือใช้นิ้วมือ (FB) โดยก่อนการวัดระดับยอดมดลูกควรให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้นอนหงายเหยียดขาตรง ใช้มือคลึงมดลูกให้แข็ง แล้วจึงใช้สายวัดหรือนิ้วมือวัดโดยใช้สะดือเป็นจุดอ้างอิง และควรบันทึกระดับยอดมดลูกด้วยทุกครั้ง พยาบาลควรวัดระดับยอดมดลูกทุกวัน วันละ 1 ครั้งในเวลาเช้า เพื่อประเมินความผิดปกติ การหดตัวของมดลูกและการกลับคืนสู่สภาพปกติของมดลูกหรือเรียกว่ามดลูกเข้าอุ้ง (uterine involution)



การวัดยอดมดลูก

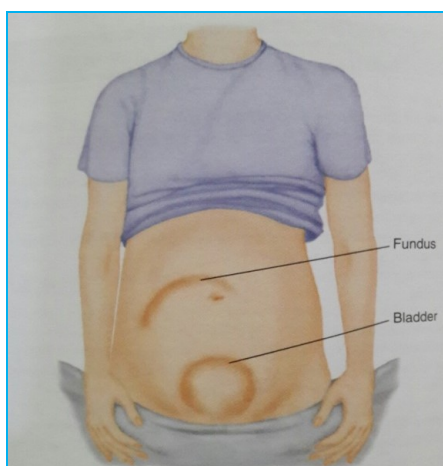
การลดลงของระดับยอดมดลูก

รูปที่ 5 แสดงการวัดระดับยอดมดลูกและการลดลงของระดับยอดมดลูกหลังคลอด

ที่มา: Hatfield, 2014; Murray and McKinney, 2014

1.4 Bowel ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยฟัง Bowel sound ปกติจะอยู่ที่ 6-8 ครั้ง/นาที ถ้าเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ ให้สงสัยอาจจะมีอาการท้องอืด ท้องผูก และให้สอบถามถึงการขับถ่ายอุจจาระของมารดาด้วย เนื่องจากหากมารดามีอาการท้องผูกหลายวันจะส่งผลให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูกทำให้มดลูกเข้าอู่ช้า (Sub-involution) และเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือตกเลือดในระยะหลังได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรแนะนำให้มารดาดื่มน้ำปริมาณมากๆ วันละ 2-3 ลิตร รับประทานอาหารอ่อน และอาหารที่มีเส้นใยสูง เพื่อช่วยให้อุจจาระอ่อนตัว ป้องกันอาการท้องผูก

1.5 Bladder ประเมินกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายปัสสาวะ ดูว่ามี Bladder full หรือไม่ มารดาสามารถปัสสาวะเองได้หรือไม่ โดยปกติหลังคลอดควรปัสสาวะได้เองภายใน 6 ชั่วโมง กรณีพบว่ายอดมดลูกสูงลอยขึ้นไปเหนือสะดือ เอียงไปทางด้านขวาของหน้าท้อง และพบกระเพาะปัสสาวะเต็มซึ่งจะคลำได้ท้องน้อยโป่งตึงขึ้นมา แต่มารดาปัสสาวะไม่ออก ให้พยายามกระตุ้นโดยการให้นั่งปัสสาวะบนเตียง ราดน้ำอุ่น หรือประคบเย็นบริเวณหัวเหน่า เพื่อกระตุ้นให้อยากถ่ายปัสสาวะและให้ดื่มน้ำปริมาณมากๆ 2-3 แก้วทันทีเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะเต็มอย่างเต็มที่ และกระตุ้นประสาทรับรู้สีกอยากปัสสาวะ เช่น การราดน้ำที่บริเวณต้นขา การประคบเย็นบริเวณหัวเหน่า การเปิดน้ำให้ได้ยินเสียงน้ำไหล เป็นต้น กรณีพยายามกระตุ้นแล้วไม่สามารถปัสสาวะได้ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง ภายหลังสวนปัสสาวะทิ้งต้องติดตามประเมินการขับถ่ายปัสสาวะเองของมารดาภายใน 4-6 ชั่วโมง โดยปกติภายหลังการสวนทิ้งมารดาจะสามารถปัสสาวะได้เอง นอกจากเส้นประสาทบริเวณทางเดินปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะได้รับการบาดเจ็บรุนแรงจากการคลอด จนเกิดการอักเสบและเสียหายไป มารดาหลังคลอดจะไม่รู้สึกปวดปัสสาวะแม้ว่ากระเพาะปัสสาวะจะเต็มอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม (Hatfield, 2014)



รูปที่ 6 แสดงลักษณะการเกิด Bladder full

ที่มา: Murray and McKinney, 2014

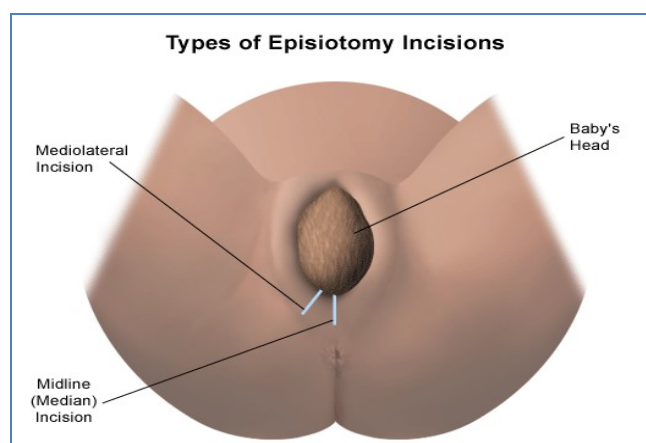
1.6 Lochia ประเมินลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอดในวันแรก เรียกว่า Bleeding ระยะหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นต้นไป จะเรียกว่า น้ำคาวปลา (Lochia) ซึ่งจะมีลักษณะสีแดงเข้มในระยะ 1-3 วันแรก เรียกว่า Lochia rubra ในวันที่ 3-10 จะเป็นสีแดงจางลงปนมูกหรือเป็นสีชมพู เรียกว่า Lochia serosa และในวันที่ 10 เป็นต้นไป เป็นน้ำคาวปลาระยะสุดท้ายจะมีสีเหลืองอ่อน หรือสีครีมปนมูกสีขาวใสหรือไม่มีสี เรียกว่า Lochia alba ปริมาณจะลดลงเรื่อยๆ จนไม่มีน้ำคาวปลา ประมาณ 14 วันหลังคลอด แต่บางรายอาจจะยังคงมีน้ำคาวปลาอยู่นานถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดก็ได้ (Murray and McKinney, 2014)



รูปที่ 7 แสดงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลา และการคะแนนปริมาณของน้ำคาวปลา

ที่มา: <https://th.theasianparent.com> ; Murray and McKinney (2014)

1.7 Episiotomy/Laceration ประเมินแผลฝีเย็บหรือการฉีกขาดของช่องทางคลอด โดยลักษณะการตัดแผลฝีเย็บมี 2 แบบ ตัดตรงกลาง (Median incision) และตัดเฉียงด้านซ้ายหรือขวา (Mediolateral incision)



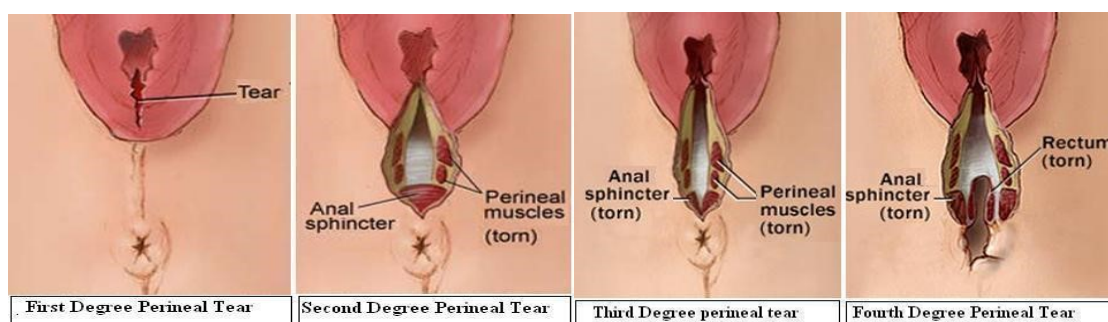
รูปที่ 8 แสดงชนิดของการตัดแผลฝีเย็บ

ที่มา: <https://humanwithuterus.wordpress.com/2014/01/04/episiotomy-female-genital-mutilation-american-style/>

ประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บว่าลึกระดับใด ซึ่งการฉีกขาดของแผลฝีเย็บมีอยู่ 4 ระดับ

(Murray and McKinney, 2014) ดังนี้

- 1) แผลฉีกขาดระดับ 1 (First degree tear) คือ ฉีกขาดเล็กน้อยที่บริเวณฝีเย็บ ลึกเพียงชั้นผิวหนัง (Perineal skin) และบริเวณผิวหนังชั้นบนของช่องคลอด (Vaginal epithelium)
- 2) แผลฉีกขาดระดับ 2 (Second degree tear) คือ ฉีกขาดระดับปกติ โดยเฉพาะกรณีที่มีการตัดแผลฝีเย็บเพื่อช่วยคลอด ซึ่งการฉีกขาดระดับ 2 จะอยู่บริเวณฝีเย็บ ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อของฝีเย็บ (Perineal muscle)
- 3) แผลฉีกขาดระดับ 3 (Third degree tear) คือ ฉีกขาดระดับลึก ซึ่งจะฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ ถึงหูรูดทวารหนัก ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อของฝีเย็บและกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (Perineal and anal sphincter tear)
- 4) แผลฉีกขาดระดับ 4 (Fourth degree tear) คือ ฉีกขาดระดับลึกมาก ซึ่งจะฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ หูรูดทวารหนัก และลำไส้ตรง ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อของฝีเย็บ หูรูดทวารหนักและลำไส้ตรง (Rectum tear) ดังแสดงในรูปที่ 9



รูปที่ 9 แสดงระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

ที่มา: <https://healthjade.net/perineal-tear/>

ประเมินการหายของแผลฝีเย็บ โดยปกติแผลฝีเย็บจะหายดีใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ และหายเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ (Murray and McKinney, 2014) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บและกระบวนการหายของแผลฝีเย็บอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่นอนพักในโรงพยาบาลและเมื่อมารดากลับบ้าน โดยใช้หลักการ REEDA Scale ซึ่งพยาบาลควรทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น พร้อมทั้งสอนมารดาให้สังเกตแผลฝีเย็บของตนเองทุกวัน โดยใช้กระจกส่องแผล เพื่อค้นหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อของแผลฝีเย็บในช่วง 7-10 วันหลังคลอด จากการศึกษาการประเมินการหายของแผลฝีเย็บด้วย REEDA scale พบว่าอาการแสดงของการติดเชื้อจะพบอาการบวมถึง 11.5% รองลงมาเป็นอาการเขียวซ้ำ 8.2% และอาการแดงอักเสบ 4.9% รายละเอียดของ REEDA Scale (Alvarenga et al., 2015) มีดังนี้

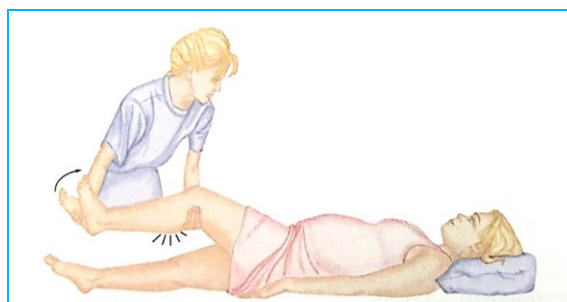
- 1) Redness: R คือ ดูว่าแผลมีลักษณะสีชมพูดี แดงอักเสบ หรือแผลซีดขาวหรือไม่
- 2) Edema: E คือ ดูว่าแผลบวมหรือไม่ เป็นการบวมลักษณะบวมใส ซึ่งเกิดจากยาชาที่ฉีดให้กับมารดา ก่อนการเย็บแผล หรือบวมซ้ำเป็นสีม่วง กดเจ็บ ซึ่งแสดงถึงการบวมจากการบาดเจ็บและมีเลือดออกบริเวณแผลฝีเย็บ
- 3) Ecchymosis: E คือ ดูว่าแผลมีลักษณะซ้ำ หรือมีจ้ำเลือดหรือไม่ ซึ่งแสดงว่าอาจจะมีการเลือดออกใต้ชั้นผิวหนัง หรือใต้แผลฝีเย็บ
- 4) Discharge or Drainage: D ดูว่าแผลแห้งดี หรือมีสารคัดหลั่ง เช่น น้ำเหลือง (Serum) เลือด (Bloody) หรือ น้ำหนอง (Pus หรือ Exudate) ไหลซึมออกมาจากแผลหรือไม่
- 5) Approximation: A ดูว่าขอบแผลเรียบชิดกันดีหรือไม่ หรือขอบแผลแยกจากกัน และดูว่าแผลแยกถึงกันแผลหรือไม่

คะแนน	R แผลแดงอักเสบ	E แผลบวม	E แผลมีรอยซ้ำ	D แผลมีเลือดหรือหนอง	A ลักษณะขอบแผล
0	ไม่แดง/ไม่ซีด	ไม่บวม	ไม่มีรอยซ้ำ	ไม่มีเลือดหรือหนอง	ขอบแผลเรียบชิดกันดี
1	รอบแผลแดงอักเสบ หรือสีซีดขาวเล็กน้อย ขนาดกว้าง 0.25 cm ทั้งสองข้าง	แผลฝีเย็บบวม <1 cm วัดจาก ขอบแผล	มีรอยซ้ำขนาด 0.25 cm รอบแผลทั้งสองข้าง หรือ ซ้ำขนาด 0.5 cm ที่แผลข้างใดข้างหนึ่ง	มี serum ใสๆซึมจากแผล	ขอบแผลบริเวณผิวหนังมีเย็บแยก ≤ 3 mm.
2	รอบแผลแดงอักเสบ หรือซีดขาวปานกลาง ขนาดกว้าง 0.50 cm ทั้งสองข้าง	แผลฝีเย็บบวม 1-2 cm วัดจาก ขอบแผล	มีรอยซ้ำขนาด 0.25-1 cm รอบแผลทั้งสองข้าง หรือ รอยซ้ำขนาด 0.5-2 cm ที่แผลข้างใดข้างหนึ่ง	มี serum สีเหลืองหรือ serum ปนเลือดเล็กน้อย ไหลออกจากแผล	ขอบแผลบริเวณผิวหนัง และชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ของฝีเย็บแยก
3	รอบแผลแดงอักเสบ หรือแผลซีดขาวมาก ขนาดกว้างมากกว่า 0.50 cm ทั้งสองข้าง	แผลฝีเย็บ และช่องทางคลอดบวม > 2 cm วัดจากขอบแผล	มีรอยซ้ำขนาด >1 cm รอบแผลทั้งสองข้าง หรือ รอยซ้ำขนาด > 2 cm ที่แผลข้างใดข้างหนึ่ง	มีเลือด หรือหนอง มีกลิ่นเหม็น ไหลออกจากแผล	ขอบแผลบริเวณผิวหนัง ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง และกล้ามเนื้อฝีเย็บแยก
คะแนน					
				รวมคะแนน	

ขั้นตอนการประเมินแผลฝีเย็บ ตามแนวปฏิบัติ ของหน่วยควบคุมการติดเชื้อ หอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (2554) เรื่องการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์มารดาหลังคลอด หรือให้มารดาเข้าห้องน้ำล้างทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่อ่อนๆล้างให้สะอาดและซับให้แห้งให้เรียบร้อยก่อนการประเมิน
- 2) ให้มารดานอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา ชันเข้าทั้งสองข้างขึ้น
- 3) พยาบาลผู้ตรวจสอบถุงมือสะอาด วางกระแฉะหว่างขาทั้งสองข้าง ใช้ไฟฉายส่องที่แผลและให้มารดาแยกศีรษะก้มมองดูแผลฝีเย็บในกระจก พยาบาลชี้ตำแหน่งของแผลฝีเย็บให้มารดาดู พร้อมทั้งอธิบายลักษณะของแผลฝีเย็บ และอาการผิดปกติต่างๆ ที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น แผลแยก แผลบวมแดงหรือแผลมีสีซีดขาว มีเลือดหรือหนองไหลออกจากแผล และปวดแผลมากขึ้น เป็นต้น
- 4) พยาบาลผู้ตรวจใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางกดบริเวณข้างๆแผลฝีเย็บทั้งสองข้าง เพื่อประเมินว่ามีก้อนแข็งเป็นไตได้แผลหรือไม่ กดเจ็บหรือกดแล้วมีน้ำเหลือง เลือด หรือหนองไหลออกมาจากแผลหรือไม่
- 5) ให้คำแนะนำวิธีการดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บ โดยล้างทำความสะอาด ฟอก ด้วยสบู่อ่อนๆ ล้างด้วยน้ำสะอาดและซับให้แห้ง จากด้านหน้าไปด้านหลังทุกครั้งหลังการขับถ่ายปัสสาวะ อูจจะแนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และให้มารดาสังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บตนเองทุกวันในช่วง 7-10 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลแยก และติดเชื้อได้ง่าย

1.8 Homan's sign เป็นการประเมินภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน โดยตรวจที่ขาทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากในขณะคลอดมารดานอนงอขาหรือพาดขาบนขาหยังเป็นเวลานาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณส่วนปลายผิดปกติ เกิดการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือดส่วนปลาย เมื่อตรวจ Homan's sign จะได้ผลเป็น positive คือ เมื่อดันปลายเท้าเข้าหาเข่า มารดาจะรู้สึกปวดบริเวณน่องมาก ให้สงสัยว่ามีหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน (Deep vein thrombosis: DVT) (Murray and McKinney, 2014)



รูปที่ 10 แสดงวิธีการตรวจ Homan's sign

ที่มา: Murray and McKinney, 2014

1.9 Emotional การประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของมารดาหลังคลอด โดยการสอบถามเกี่ยวกับ ความพร้อมในการตั้งครรถ์ครั้งนี้ การวางแผนในการเลี้ยงทารก สังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง ว่ามีความกังวลเกี่ยวกับการปรับบทบาทการเป็นมารดาหรือไม่ มีลักษณะอารมณ์เป็นอย่างไร และสัมพันธ์ภาพของครอบครัวเป็นอย่างไร ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues/Baby blues) หรือมีอาการรุนแรงถึงขั้นซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) หรือไม่ มีการปรับตัวกับบทบาทการเป็นมารดาในระยะต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร ซึ่งระยะการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด ตามแนวคิดของ Rubin มี 3 ระยะ (Perry et al., 2014) ดังนี้

1. Taking-in phase หรือระยะพึ่งพา มารดามีความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียจากการคลอด จะรู้สึกไม่ค่อยสนใจใคร นอกจากตนเอง พุดถึงแต่ตนเอง อยากพักผ่อน พยาบาลควรดูแลให้มารดาได้พักผ่อน รับประทานอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ ช่วยดูแลทารกและให้ญาติช่วยเหลือดูแลทารกบ้างบางเวลา ระยะนี้จะเกิดในช่วง 1-2 วันแรกหลังคลอด

2. Taking-hold phase หรือระยะกึ่งพึ่งพา มารดาเริ่มปรับตัวกับบทบาทการเป็นมารดา ยอมรับได้ว่าตนเองมีหน้าที่ที่ต้องดูแลทารก มีความรู้สึกสนใจทารกมากขึ้น พร้อมรับฟังคำแนะนำต่างๆ จากพยาบาล และพร้อมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลทารก ใส่ใจทารกและใส่ใจตนเองเท่าๆ กัน ใบหน้าแสดงถึงความสุขที่ได้ดูแลทารก ระยะนี้มักจะเกิดในระยะ วันที่ 2-3 หลังคลอด หรือมารดาบางรายก็เกิดระยะนี้ได้ตั้งแต่วันแรกหลังคลอด พยาบาลควรสนับสนุนโดยการให้ข้อมูล สอน-สาธิต การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลทารก

3. Letting-go phase หรือระยะพึ่งตนเอง มารดาปรับตัวกับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์ มีความพร้อม และรู้สึกมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลทารกมากขึ้น มีการเตรียมการและวางแผนการดูแลทารกได้เองก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งระยะนี้จะเกิดในช่วง วันที่ 2-3 หลังคลอด พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาได้แสดงบทบาทของมารดาอย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้มารดาได้ดูแลทารกด้วยตนเองให้มากที่สุด และพยาบาลคอยเป็นผู้อำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลตนเอง สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของตนเองและลูกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอด โดยปกติมารดาหลังคลอดอาจจะมีอารมณ์แปรปรวนได้ ซึ่งเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนในระยะหลังคลอด ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนคอร์ติซอล ทำให้มารดาอาจจะมีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues/Baby blues) ซึ่งพบได้ถึง 80% (Perry et al., 2014) โดยจะพบในช่วง 3 วัน ถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด อาการแสดงของอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่พบได้บ่อย ได้แก่ ร้องไห้ง่ายโดยไม่มีเหตุผล อารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย หลงลืมบ่อยๆ นอนหลับยาก รู้สึกเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย รู้สึกวิตกกังวล และเบื่ออาหาร

ถ้ามารดาหลังคลอดมีอาการแสดงของอารมณ์เศร้าหลังคลอดนานเกิน 2 สัปดาห์ โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง อาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นจนกลายเป็น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) ซึ่งพบได้ประมาณ 15-17% โดยจะพบในช่วง 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน ปัจจุบันพบว่าอาจนานถึง 3 เดือนหลังคลอด (Shorey, et al., 2018) อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่พบได้บ่อย ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม นอนไม่หลับ การรับประทานอาหาร ความสนใจสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกทางเพศลดลง รู้สึกกลัวสิ่งต่างๆโดยไม่สมเหตุสมผล รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ทำร้ายตนเองหรือลูก ไม่สนใจตนเอง ไม่ดูแลกิจวัตรตนเองและลูก ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดควรได้รับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา อาการจะรุนแรงขึ้นและพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum psychosis) (Sloman, et al., 2019) ซึ่งโรคซึมเศร้าหลังคลอดพบได้ 0.1-0.2% โดยจะพบในช่วง 2 เดือนหลังคลอดเป็นต้นไป อาการแสดงของโรคซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ หลงผิด ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง เห็นภาพหลอน หูแว่ว รู้สึกว่าลูกเป็นปีศาจ ทำร้ายร่างกายลูกหรือคิดวางแผนฆ่าลูก (Kamperman, et al., 2017; VanderKruik, et al., 2017)

1.10 Baby การประเมินสภาพทารก พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของทารกเมื่อแรกรับ จากห้องคลอดทันที โดยการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบ เพื่อประเมินความผิดปกติต่างๆ ประเมินความสามารถในการปรับตัวของทารกเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมภายนอก โดยตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะถึงเท้า ได้แก่ ศีรษะ ใบหน้า หู ตา จมูก คอ หน้าอก ลำตัวและท้อง อวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก แขน-ขา นิ้วมือ นิ้วเท้า ด้านหลัง ตรวจการตอบสนองของระบบประสาท (Reflex) และวัดสัญญาณชีพแรกรับ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อัตราและลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและเสียงหัวใจ และชั่งน้ำหนักทารกแรกรับ

ประเมินความสามารถและประสิทธิภาพในการดูดนมแม่ของทารกโดยใช้ LATCH score ซึ่งมีรายละเอียดการประเมินและการบันทึก ดังนี้

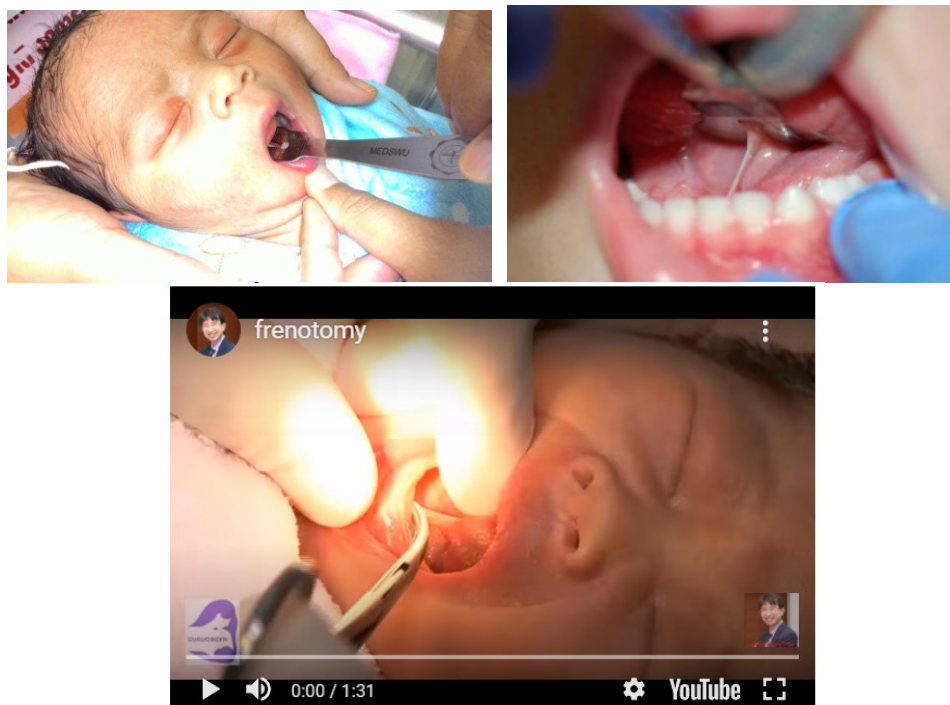
1. การอมหัวนม (Latch) คะแนนเต็ม 2 คะแนน
2. การกลืนนม (Audible swallowing) คะแนนเต็ม 2 คะแนน
3. ลักษณะของหัวนม (Type of nipple) คะแนนเต็ม 2 คะแนน
4. ความรู้สึกสบายเต้านมและหัวนม (Comfort breast and nipple) คะแนนเต็ม 2 คะแนน
5. ทำอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม (Hold) คะแนนเต็ม 2 คะแนน

ตารางบันทึกคะแนน LATCH Score (ภาวิน พัวพรพงษ์, 2562)

คะแนน	L = Latch	A = Audible swallowing	T = Type of nipple	C = Comfort breast and nipple	H = Hold
0	ง่วงหรือลึนเลนอมดูดหัวนมไม่ได้	ไม่ได้ยินเสียงกลืน	หัวนมบอด บวม	เต้านมคัดมาก หัวนมแตก เป็นแผล เลือดออก และเจ็บรุนแรงมาก	ต้องการความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่อย่างเต็มที่
1	ใช้ความพยายามหลายครั้ง หรือกระตุ้นจึงอมหัวนมและลานนม	ได้ยิน 2-3 ครั้ง หลังกระตุ้นให้ดูด	หัวนมแบน หรือหัวนมสั้น หรือหัวนมใหญ่ เมื่อเทียบกับปากทารก	มีรอยแดงบริเวณเต้านม หัวนมมีรอยฟองเล็กน้อย และเจ็บปานกลาง	ต้องการความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่ บางส่วน เช่น ยกหัวเตียง จัดหมอนรองตัวทารก
2	คาบหัวนมและลานนม ริมฝีปากบานออก ดูดนมเป็นจังหวะ	อายุ <24 ชั่วโมง ได้ยินเป็นช่วงๆ อายุ >24 ชั่วโมง ได้ยินบ่อยครั้ง	หัวนมชี้พุ่งปกติ หรือหลังจากถูกกระตุ้น	เต้านม และหัวนมนุ่ม อาจจะรู้สึกเจ็บเล็กน้อยขณะลูกดูด	ไม่ต้องการความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่ แม่สามารถอุ้มและจัดท่าลูกด้วยตนเอง

ควรประเมินภาวะลิ้นติด (Tongue tie) ของทารก เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือทารกได้อย่างถูกต้องตรงกับปัญหา ซึ่งในโรงพยาบาลบางแห่งหากตรวจพบภาวะลิ้นติดในระดับรุนแรง (severe tongue tie) หรือ Siriraj Tongue tie score ≤ 7 จะทำการรักษาด้วยวิธี Frenotomy หรือการขลิบพังผืดบริเวณลิ้น (ภาวิน พัวพรพงษ์, 2560) ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ภายหลังการทำ Frenotomy ให้ทารกดูดนมแม่ได้ทันที ซึ่งทารกจะสามารถดูดนมแม่ได้ดีขึ้น (Puapornpong, et al., 2014)

ตัวอย่างการประเมินภาวะลิ้นติดด้วยเครื่องมือวัดพังผืดใต้ลิ้นและการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น



รูปที่ 11 แสดงการวัดและการผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้นทารกแรกเกิด

ที่มา: <http://guruobgyn.com/tag/%F0%B8%A5%F0%B8%B4%F0%B9%89%F0%B8%99%F0%B8%95%F0%B8%B4%F0%B8%94/>

2. การวิเคราะห์กรณีศึกษาและวางแผนการพยาบาล

ตัวอย่างกรณีศึกษา

Black ground: มารดาหลังคลอดชาวไทย อายุ 23 ปี G1P1A0L1 อายุครรภ์ 39 wks. คลอด NL with Rt. ML, Third degree tear with PROM 12 ชั่วโมง น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น คลอดวันที่ 6 ต.ค. 63 เวลา 08.00 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,880 gm. รกคลอดครบ น้ำหนักรก 750 gm. EBL = 430 ml.

รวมระยะที่ 1 ของการคลอด = 12 ชม. ระยะที่ 2 ของการคลอด = 1 ชม. 30 นาที และระยะที่ 3 = 20 นาที

ผล Lab หลังคลอดที่ LR: CBC; WBC= 35,500, Neutrophil= 90%, Hct 33%

สัญญาณชีพหลังคลอดที่ LR: BT=37.9 °C, PR=60 bpm, RR= 22 bpm, BP=99/55 mmHg.

B-BUBBLE-HE

Body condition: แกรับที่ ward 10.0 น. มารดารู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่เวียนศีรษะ สัญญาณชีพ แกรับ BT= 37.8 °C, PR= 52 bpm, RR=20 bpm, BP= 90/54 mmHg. On IV 5%DN/2+Synto 20 unit IV drip 120 ml/hr.

Breast and Lactation: เต้านมไม่คัดตึง ลานนมมี หัวนมสั้น (0.5 cm.) ทั้งสองข้าง น้ำนมไหล 2 คะแนน

Uterus: คลำได้ยอดมดลูกนุ่ม อยู่เหนือสะดือ 3 FB (7 นิ้วฟุต >SP) เอียงไปด้านขวา

Bladder: สังเกตพบกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง มารดาบอกว่าปวดปัสสาวะมากแต่ปัสสาวะไม่ออก ตอนอยู่ห้องคลอดลองปัสสาวะแล้วแต่ยังปัสสาวะไม่ออก

Bowel: มารดารู้สึกกระหายน้ำและหิวข้าว ฟังเสียงลำไส้ได้ 7 ครั้ง/นาที

Lochia: เมื่อกดยอดมดลูกไล่เลือดพบว่า มีก้อนเลือดออกมาทางช่องคลอดประมาณ 20 cc. และมีเลือดสีแดงสด ไหลออกมาทางช่องคลอดอีกประมาณ 30 cc.

Episiotomy: แผลฝีเย็บแดงดี Labia ด้านขวาววมมาก มีรอยม่วงช้ำปานกลาง ไม่มีเลือดซึมจากแผล ขอบแผลชิดติดกันดี มารดาปวดบริเวณก้นมาก PS=7

Homan's sign: Negative

Emotional: มารดาสีหน้ายิ้มแย้ม พร้อมในการมีบุตร สามีและแม่จะคอยช่วยเหลือเลี้ยงดูทารกเมื่อกลับบ้าน

Baby: ตรวจร่างกายทารก เวลา 11.00 น. ศีรษะพบก้อนปูดตึง ขอบเขตชัดเจนที่ศีรษะด้านขวา ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 5 cm. ปากพบ Frenulum สั้นกว่าปกติ ตำแหน่งยึดติดถึงปลายลิ้น แลปลิ้นไม่พ้นเหงือก ระบบผิวหนัง พบผิวหนังคล้ำยหินอ่อนบริเวณแขนและขา ปลายมือ-เท้าม่วงและเย็น พบจุดเลือดออกเล็กๆใต้ผิวหนังบริเวณใบหน้าและลำตัวจำนวนมาก รูทอปัสสาวะเปิดตรงปลาย penis ระบบอื่นๆ และ Reflex ปกติ

สัญญาณชีพของทารก BT= 36.3 °C, PR= 130 bpm, RR=56 bpm ไม่พบ retraction.

คำถามเพื่อการวิเคราะห์กรณีศึกษา

1. มารดารายนี้ น่าจะเป็นไข้จากสาเหตุใด เรียกไข้ชนิดนี้ว่าอะไร และควรให้การพยาบาลอย่างไร (ให้นิสิตอธิบายเกี่ยวกับภาวะไข้ชนิดต่างๆ และสาเหตุการเกิดไข้ในระยะหลังคลอด)
2. สัญญาณชีพแรกรับของมารดาหลังคลอดรายนี้ ผิดปกติหรือไม่ อย่างไร (ให้นิสิตอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในระยะหลังคลอด ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ)
3. มารดาหลังคลอดรายนี้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบปัสสาวะปกติหรือไม่ อย่างไร (ให้นิสิตอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระบบปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะในระยะหลังคลอด)
4. มารดาหลังคลอดรายนี้ มีการหดตัวของมดลูก และลักษณะของน้ำคาวปลาปกติหรือไม่ อย่างไร (ให้นิสิตอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของมดลูก และน้ำคาวปลาในระยะหลังคลอด)
5. คะแนน REEDA Score ของมารดาหลังคลอดรายนี้ เท่ากับกี่คะแนน ผิดปกติหรือไม่ อย่างไร
6. จงเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของมารดารายนี้ อย่างน้อย 3 ปัญหา
7. จากผลการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด พบความผิดปกติอะไรบ้าง (ให้เขียนศัพท์ภาษาอังกฤษ) สิ่งที่ต้องตรวจพบ มีสาเหตุจากอะไร (ให้นิสิตอธิบายเกี่ยวกับภาวะต่างๆ ที่ตรวจพบในทารกแรกเกิด พร้อมบอกสาเหตุการเกิด)
8. จงเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญของทารกแรกเกิด รายนี้ อย่างน้อย 2 ปัญหา

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

1. มีภาวะไข้ หรือ Reactionary fever เนื่องจากการสูญเสียเลือด น้ำ และพลังงานในระยะคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกรับหลังคลอด BT 37.8 °C
2. ใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด 1 ชั่วโมง 30 นาที
3. สูญเสียเลือด 430 ml.
4. มารดารู้สึกกระหายน้ำและหิวข้าว

วัตถุประสงค์

อาการไข้ลดลง หรือภาวะ Reactionary fever ดีขึ้น หรือไม่มีภาวะไข้ในระยะหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและให้พลังงานสูง เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว น้ำหวาน โอวัลติน น้ำผลไม้ เป็นต้น และดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ 8-10 แก้ว/วัน
2. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 8-10 ชั่วโมง/วัน
3. ยกไม้กั้นเตียงทุกครั้งหลังให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ จากอาการหน้ามืด เป็นลม ตกเตียง

4. ติดตามวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ และติดตามทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 24-72 ชั่วโมง
5. หากพบว่าอาการไ้ยังไม่ดีขึ้น ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
6. แนะนำให้มารดาจับหลับเพื่อพักผ่อนในเวลากลางวัน 1-2 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกหลับ

2. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. คลำได้ยอดมดลูกนุ่ม อยู่เหนือสะดือ 3 FB เอียงไปด้านขวา
2. EBL = 430 ml.
3. กดไล่ก้อนเลือด มีเลือดออกเพิ่ม 50 ml. รวมเสียเลือด 480 ml.
4. พบกระเพาะปัสสาวะเต็ม
5. มารดาหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมง ทารกน้ำหนัก 3,880 gm. รกหนัก 750 gm.

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูก
 2. กระตุ้นให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะบนเตียง หากปัสสาวะเองไม่ได้ ดูแลสวนปัสสาวะทิ้ง
 3. คลึงมดลูกให้แข็ง และดูแลให้ได้รับสารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษา
- อย่างต่อเนื่อง
4. ใส่ผ้าอนามัย ชั่งน้ำหนักและบันทึกปริมาณเลือดที่ออก ทุก 30 นาที
 5. ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อติดตามอาการแสดงของภาวะช็อค และช็อก จากการเสียเลือด
 6. แนะนำและกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดคลึงมดลูกด้วยตัวเอง หากคลำพบมดลูกนิ่ม
 7. สังเกตอาการและอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดไหลไม่หยุด หรือมีปริมาณมาก เช่น น้ำควาปลาเต็มผ้าอนามัย 1 แผ่น ภายในเวลา 30 นาที หน้าซีด ปากซีด ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น เป็นต้น

3. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก เนื่องจากมีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์นาน 12 ชั่วโมง

ข้อมูลสนับสนุน

1. PROM 12 ชั่วโมง และคร่ำมีกลิ่นเหม็น
2. มีไข้หลังคลอดทันที 37.9 °C
3. WBC= 35,500, Neutrophil= 90%
4. มีภาวะซีดเล็กน้อย HCT=33%

วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการกดเจ็บและปวดที่มดลูก
2. สังเกตสี กลิ่นของน้ำคาวปลา หากผิดปกติต้องรายงานแพทย์
3. แนะนำมารดาหลังคลอดให้นอนคว่ำใช้หมอนเล็กๆหนุนท้องน้อย เพื่อช่วยให้น้ำคาวปลาไหลดี
4. ติดตามวัดไข้ และสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อในโพรงมดลูก ได้แก่ กดเจ็บมดลูก ท้องท้องน้อยมาก มีไข้สูงหนาวสั่น น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น แดงคล้ำหรือปนหนอง เป็นต้น
5. แนะนำให้มารดาหลังคลอดทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ และซับให้แห้งเสมอ
6. ให้มารดาหลังคลอดใส่ผ้าอนามัยรองรับน้ำคาวปลา และเปลี่ยนทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อเปียกชุ่ม เพื่อไม่ให้เกิดการสะสมเชื้อโรค ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องคลอดและในโพรงมดลูก
7. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินสูง เพื่อช่วยให้แผลในโพรงมดลูกหายเร็วขึ้น
8. แนะนำให้มารดาหลังคลอดคลำยอดมดลูกด้วยตนเองทุกวัน หลังตื่นนอนตอนเช้า และหลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว เพื่อระดับการลดลงของยอดมดลูก หากยอดมดลูกยังลอยสูงอยู่ในระดับสะดือ ให้สงสัยว่าน่าจะมีภาวะมดลูกเข้าอู่ซ้ำ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในโพรงมดลูกได้

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยหลังคลอด

การดูแลกิจวัตรและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

แก่มารดาหลังคลอด

แผนการสอน

หัวข้อ การดูแลกิจวัตรและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่มารดาหลังคลอด

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 2 คาบ วันที่ 22 มีนาคม 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่มารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง
2. ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดได้

เนื้อหา

1. การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรแก่มารดาหลังคลอดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก
2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด
 - 2.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในระยะหลังคลอด
 - 2.2 การทำงานและการพักผ่อน
 - 2.3 การดูแลความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์
 - 2.4 การรับประทานอาหารและการใช้ยา
 - 2.5 การมีประจำเดือน การคุมกำเนิด และเพศสัมพันธ์หลังคลอด
 - 2.6 การบริหารร่างกายหลังคลอด
 - 2.7 อาการผิดปกติของมารดาและทารกแรกเกิดที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
 - 2.8 การตรวจหลังคลอด
3. การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอด

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | |
|----------------------------------|---------|
| 1. บอกวัตถุประสงค์ และเนื้อหา | 10 นาที |
| 2. สอนสาธิต | 20 นาที |
| 3. ประชุมปรึกษาหารือ | 30 นาที |
| 4. วิเคราะห์กรณีศึกษา | 30 นาที |
| 5. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้ | 10 นาที |

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษามารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

หนังสืออ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554) คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก สำหรับคุณแม่.

[ออนไลน์] สืบค้นได้จาก:

http://www.dohlibrary.net/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=30:2012-11-21-07-52-46&Itemid=68. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2564.

ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2559). การพยาบาลสตรีระยะหลังคลอด ใน การพยาบาลมารดาและทารก (เล่ม 2)

จิตติพร อิงคถาวรวงศ์, บรรณาธิการ. ภาควิชาการพยาบาลสูติชนรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา พีโอดีไซน์.

หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. (2554). แนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด.

Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L., and Wilson, D. (2010). Maternal child nursing care 4th Ed. Missouri: Mosby Elsevier.

Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L., and Wilson, D. (2014). Maternal child nursing care. Canada, Mosby Elsevier. p 638-645.

Pillitteri, A. (2014). Maternal and child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family. 7th Ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.

เอกสารประกอบการสอน

การดูแลกิจวัตรและการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่มารดาหลังคลอด

1. การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรแก่มารดาหลังคลอดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก

วันแรกหลังคลอด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มารดาจะมีอาการอ่อนเพลียจากการคลอด ดังนั้นจึงควรดูแลให้พักผ่อนบนเตียงจนครบ 8-10 ชั่วโมง (ตามนโยบายของแต่ละ รพ.) เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากอาการอ่อนเพลียเนื่องจากสูญเสีย น้ำ เกลือแร่ และเลือดในระยะคลอด ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือในการดูแลทารกเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะที่มารดายังอ่อนเพลียมาก ติดตามประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และติดตามทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ และติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 30 นาที และดูแลอย่างใกล้ชิดตามนโยบายของ รพ.

วันที่ 2 หลังคลอด ควรให้มารดาได้ปฏิบัติกิจวัตรด้วยตนเอง ดูแลทารกเองมากขึ้น พยาบาลควรสอนสาธิต ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลทารกแก่มารดาเพิ่มขึ้น

วันที่ 3 หลังคลอด ควรให้มารดาได้ทำกิจกรรมการดูแลตนเองและทารกด้วยตนเองทั้งหมดพยาบาลคอยสังเกตว่าสามารถทำได้ถูกต้องหรือไม่ กรณีมารดายังปฏิบัติไม่ได้ ควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือสอนสาธิตและให้มารดาทำตามจนสามารถทำได้เองและมั่นใจ ควรพูดคุยส่งเสริมให้กำลังใจ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น (Empower) ในตนเองให้กับมารดารู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น โดยให้เข้ากลุ่มกับมารดาและร่วมรับฟังคำแนะนำการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับบ้านเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ร่วมกันระหว่างมารดาที่มีประสบการณ์กับมารดาครั้งแรก เพื่อให้พร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองและทารกได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด

บทบาทพยาบาลหลังคลอดที่สำคัญอีกหนึ่งบทบาทคือ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด ซึ่งการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่มารดาต้องรู้ เพื่อให้ดูแลตนเองและทารกได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติขึ้นเมื่อกลับบ้าน โดยประเด็นสำคัญในการให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอด มีดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในระยะหลังคลอด

ในระยะหลังคลอดร่างกายของมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนในหลายๆระบบ ที่ชัดเจนและสำคัญซึ่งมารดาหลังคลอดควรทราบเพื่อทำความเข้าใจตนเองและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของมดลูก เต้านม แผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา ฮอโมนเพศและสภาพจิตใจ

2.1.1 มดลูก ขนาดของมดลูกที่เคยยืดขยายในระยะตั้งครรภ์จะมีขนาดเล็กลงและเคลื่อนลงสู่อุ้งเชิงกราน หรือเรียกว่ามดลูกเข้าอู่ (Involution of uterus) ใช้เวลาประมาณ 10-14 วัน หรือ 2 สัปดาห์ จะคลำไม่พบก้อนมดลูกทางหน้าท้อง และขนาดจะกลับคืนสู่ปกติเท่ากับก่อนตั้งครรภ์เมื่อผ่านไป 6 สัปดาห์หลังคลอด ในระยะ 1-2 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกจะหดตัวดี มีลักษณะกลมแข็งอยู่ที่ระดับสะดือ และจะค่อยๆลดระดับลงต่ำกว่าสะดือ วันละ 1 นิ้วมือ (finger breadth) หรือ ½-1 นิ้วพุต (1-2 เซนติเมตร) ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การย่อยสลายตัวเองของเส้นใยกล้ามเนื้อมดลูก (autolysis) และกล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือดมาเลี้ยง (ischemia) ทำให้เกิดการขาดเลือดกล้ามเนื้อจึงฝ่อตัวเล็กลงและสลายตัวไป (Perry et al, 2010: 525; Pillitteri, 2014: 427; ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2559: 66-67)

2.1.2 เต้านม หลังคลอดเต้านมจะมีขนาดขยายใหญ่ขึ้น จากต่อมน้ำนมขยายเพื่อรองรับน้ำนมที่จะสร้างให้ทารก ลานนมและหัวนมมีสีเข้มขึ้น เพื่อให้ทารกมองเห็นได้ชัดเจนขึ้น (Perry et al, 2010: 529; Pillitteri, 2014: 431) หากการขยายใหญ่ขึ้นของเต้านมเกิดจากกระเปาะน้ำนมและท่อน้ำนมขยายและมีน้ำนมคั่งในกระเปาะน้ำนม หากมีน้ำนมคั่งในปริมาณมากเรียกว่า เต้านมคัด อาจทำให้เกิดอาการปวดเต้านมได้ มารดาหลังคลอดสามารถประคบอุ่น นวดคลึงเต้านม และให้ทารกดูดนมบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการปวดคัดตึงเต้านม

2.2.3 ฝีเย็บ หลังคลอดมารดามักจะมีแผลฝีเย็บซึ่งเกิดจากการตัดเพื่อขยายช่องทางคลอดให้กว้างเพื่อให้ศีรษะทารกคลอดได้โดยง่าย ในช่วง 1-3 วันแรกจะมีอาการบวม ช้ำหรือห้อเลือดและปวดแผลมากเป็นภาวะปกติ แต่อาการปวดบวมจะค่อยๆหายไปในช่วง 1 สัปดาห์หลังคลอด และแผลจะหายดีประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังคลอด (Pillitteri, 2014: 429)

2.2.4 น้ำคาวปลา คือ น้ำเลือดจากแผลในโพรงมดลูกปนกับเศษน้ำคร่ำ ในระยะ 1-3 วันแรกจึงมีลักษณะสีแดงเข้ม ส่วนในช่วงหลังวันที่ 4-10 จะเป็นเม็ดเลือดขาวและน้ำเหลืองที่เกิดจากกระบวนการหายของแผลปนกับเศษเยื่อโพรงมดลูกที่หลุดออกมาจึงเริ่มมีสีจางลง และในช่วงท้ายที่แผลหายดีก็จะมีเพียงมูกเหลืองๆหรือมูกสีขาวออกมาเท่านั้น ซึ่งน้ำคาวปลาจะหมดไปประมาณ 3 สัปดาห์หลังคลอด หรือในบางรายอาจจะใช้เวลาถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ (Pillitteri, 2014: 428) แต่หลังจาก 7 วันไปแล้ว น้ำคาวปลาต้องไม่มีก้อนเลือด หรือเป็นสีแดงเข้มออกมาอีก หรือน้ำคาวปลาจะต้องไม่มีกลิ่นเหม็นเน่า หากมีอาการดังกล่าวถือว่าผิดปกติ ต้องรีบไปพบแพทย์

2.2.5 ฮอร์โมนเพศและสภาพจิตใจ ในช่วงหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลายๆชนิดลดลงอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ฮอร์โมนที่สร้างจากรก (human placental lactogen) ฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และคอลติซอล จึงทำให้มารดาหลังคลอดอาจจะมีลักษณะของอารมณ์ที่แปรปรวน ซึมเศร้าได้ ซึ่งฮอร์โมนต่างๆเหล่านี้จะกลับสู่ภาวะปกติได้ในช่วง 2 สัปดาห์หลังคลอด (Perry et al, 2010: 528)

2.2 การทำงานและการพักผ่อน

มารดาหลังคลอดสามารถทำงานบ้านและกิจวัตรประจำวัน แบบเบาๆได้ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน ซักผ้า เป็นต้น แต่ไม่ควรยกของหนัก ซึ่งมีน้ำหนักเกิน 5 กิโลกรัม ในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากมดลูกยังไม่เข้าอู่ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอดและมดลูกหย่อนได้

สำหรับการพักผ่อน ในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด ควรพักผ่อนให้เต็มที่วันละ 8-10 ชั่วโมง หลังจากนั้นควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ กลางคืนวันละ 6-8 ชั่วโมง กลางวันควรได้หลับวันละ 1-2 ชั่วโมง ในขณะที่ยังทารกหลับ เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้เร็วและช่วยในการทำงานของฮอร์โมนที่สร้างและหลั่งน้ำนมอีกด้วย (Pillitteri, 2014: 443)

2.3 การดูแลความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์

มารดาหลังคลอดสามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ตามปกติ วันละ 2-3 ครั้ง ตามความเหมาะสม โดยการอาบน้ำฝักบัวหรือการตักน้ำอาบ ไม่ควรลงแช่ในอ่างอาบน้ำ สระว่ายน้ำหรือน้ำคลอง เนื่องจากเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ ส่วนการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ควรเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆเมื่อเป็กชุ่ม หรือไม่เกิน 4 ชั่วโมง และล้างทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยล้างจากด้านหน้าด้านหลัง ฟอกสบู่อ่อนๆได้และล้างออกด้วยน้ำสะอาด ไม่ควรฉีdn้ำจากสายชำระให้ตกบนแผลฝีเย็บโดยตรง ในระยะแรกอาจทำให้แผลแฉกได้ ควรให้การฉีดน้ำเบาๆให้ไหลผ่านมือแล้วใช้มือลูบล้างออก แล้วซับให้แห้งทุกครั้ง

2.4 การรับประทานอาหารและการใช้ยา

มารดาหลังคลอดสามารถรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทุกชนิด และควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ รวมถึงการดื่มน้ำให้มากเพียงพอเพื่อให้ร่างกายไม่ขาดน้ำ ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดควรดูแลให้มารดาได้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น น้ำหวาน โอวัลติน เป็นต้น ส่วนอาหารให้รับประทานเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม ก๋วยเตี๋ยวน้ำ เป็นต้น ในระยะต่อมาก็สามารถรับประทานอาหารธรรมดาตามปกติได้ มารดาหลังคลอดควรรับประทานอาหารให้หลากหลายชนิด และครบทั้ง 5 หมู่ เพิ่มผักและผลไม้เพื่อป้องกันอาการท้องผูก และห้ามรับประทานอาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารสุกๆดิบๆ หรือไม่สะอาด งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน รวมถึงสารเสพติดทุกชนิด และไม่ควรซื้อยารับประทานเอง หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้องปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2559:123)

2.5 การมีประจำเดือน การคุมกำเนิด และเพศสัมพันธ์หลังคลอด

ตามปกติการทำงานของฮอร์โมนเพศของมารดาหลังคลอดจะกลับมาเป็นปกติประมาณ 6-10 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้นการกลับมามีประจำเดือนของมารดาก็จะเริ่มในช่วง 1-2 เดือนหลังคลอด แต่ในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้กลับมามีประจำเดือนในช่วง 3-4 เดือนหลังคลอด ซึ่งจะช้ากว่าคน

ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Pillitteri, 2014: 432) และในระยะนี้ มารดาควรคุมกำเนิดร่วมด้วย โดยการเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับมารดาแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านโรคประจำตัวของมารดา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนบุตร เช่น ในมารดาที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน หรือโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด ไม่ควรใช้การคุมกำเนิดชนิดที่เป็นฮอร์โมนเพราะมีผลต่อการทำงานของฮอร์โมนส่งผลต่อความรุนแรงของโรคได้ และไม่ควรถ่ายยาฮอร์โมนเพราะเสี่ยงติดเชื้อในโพรงมดลูก มารดาที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ควรใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเพราะมีผลต่อการสร้างน้ำนม ให้ใช้ยาฉีดหรือยาากินชนิดฮอร์โมนเดี่ยว ได้แก่ DMPA ฉีดทุก 3 เดือน หรือยาากินชนิด Mini pill เป็นต้น มารดาที่มีบุตรเพียงพอแล้วก็สามารถคุมกำเนิดถาวรโดยการทำหมันได้ เป็นต้น

การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด ในระยะ 4-6 สัปดาห์แรกหลังคลอด ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเนื่องจากแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บยังไม่หายดี เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และมารดาอาจเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บ การทำงานของฮอร์โมนเพศยังไม่ปกติทำให้ช่องคลอดแห้ง เกิดความเจ็บปวดได้สูงขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยควรงดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 4-6 สัปดาห์แรก แต่หากมีความต้องการจริงๆ และมารดาหลังคลอดไม่รู้สึเจ็บแผลฝีเย็บแล้วสามารถมีได้หลัง 4 สัปดาห์เป็นต้นไป แต่ควรถ่ายยาอนามัยและใช้สารหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ (Pillitteri, 2014: 443; Perry et al, 2010: 550)

2.6 การบริหารร่างกายหลังคลอด

มารดาหลังคลอดสามารถบริหารร่างกายหรือออกกำลังกายหลังคลอดได้ ตั้งแต่ 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือเมื่อหายจากอาการอ่อนเพลีย โดยการลุกนั่งบนเตียงขยับแขน-ขา กระดกปลายเท้า และลุกยืน-เดินไปเข้าห้องน้ำ และทำกิจวัตรประจำวันเอง หลังจากนั้นก็เริ่มออกกำลังกายโดยค่อยๆทำจากเบาไปหาหนัก ด้วยการบริหารร่างกายในท่าต่างๆ เช่น ท่านอนคว่ำช่วยให้น้ำคาวปลาไหลดี ท่านอนหงายชันเข่ายกก้นเกร็งหน้าท้อง ช่วยกระชับกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน เป็นต้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โดยหลังคลอด 3 วันแรก ใช้ท่าบริหารร่างกายท่าที่ 1-5 และหลังคลอดวันที่ 4 เป็นต้นไป ใช้ท่าบริหารร่างกายท่าที่ 1-7 ดังนี้

ท่าที่ 1 ฝึกการหายใจและบริหารปอด โดยการนอนหงายราบชันเข่าทั้งสองข้าง ซ้อนสองข้างวางบนหน้าท้อง หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ หายใจออกทางปากช้าๆ หายใจเข้าให้ท้องป่องและหายใจออกท้องแฟบ ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ท่าที่ 2 บริหารไหล่และแขน โดยนั่งคุกเข่าวางก้นลงบนเท้าทั้งสองข้าง เข้าชิดกัน หลังตรง ประสานมือทั้งสองเข้าไว้ด้านหน้าในท่าคว่ำมือ แล้วค่อยๆพลิกมือให้หงาย พร้อมกับยกแขนขึ้นเหนือศีรษะและหายใจเข้า กลั้นไว้ นับ 1-10 แล้วค่อยๆลดมือลงพร้อมกับหายใจออก ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

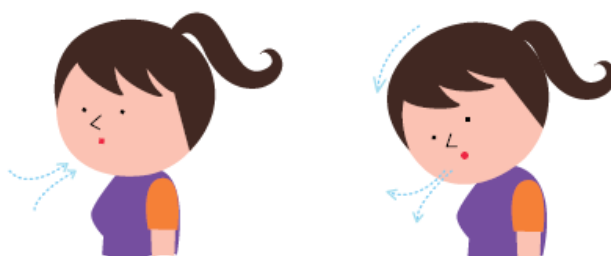


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ท่าที่ 3 การบริหารคอและกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ โดยการนั่งตัวตรง หมุนศีรษะจากทางขวามาซ้าย พร้อมกับหายใจเข้า-ออกช้าๆ ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

ตั้งศีรษะตรงพร้อมกับหายใจเข้า แล้วก้มศีรษะเล็กน้อยพร้อมกับหายใจออก ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง

เอียงศีรษะไปทางขวาพร้อมกับหายใจเข้า แล้วเอียงศีรษะไปทางซ้ายให้สุดพร้อมกับหายใจออก ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ท่าที่ 4 บริหารกล้ามเนื้อหลัง หน้าท้อง ก้นย้อย และผีเสื้อ โดยนอนหงายชันเข่าทั้งสองข้าง กดหลังให้แนบชิดกับพื้นพร้อมกับยกก้นให้ลอยขึ้นพื้นพื้น เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 จึงปล่อยก้นลง ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ท่าที่ 5 บริหารกล้ามเนื้อท้องและข้อเท้า โดยนอนหงายราบ ขาเหยียดตรงทั้งสองข้าง กระดกปลายเท้าทั้งสองข้างขึ้น พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ นับ 1-10 แล้วกระดกปลายเท้าลง นับ 1-10 ทำเช่นนี้สลับกัน 10 ครั้ง



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ท่าที่ 6 บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน โดยนอนหงายชันเข่าทั้งสองข้าง สูดลมหายใจเข้าลึกๆ เขม่วท้อง ขมิบก้นและเหยียดขาสองข้างออกไปจากลำตัว พร้อมกับหายใจออก นับ 1-5 แล้วดึงขากลับมาเข้าหาลำตัว พร้อมกับการคลายการเกร็งกล้ามเนื้อและหายใจเข้า ทำเช่นนี้ซ้ำๆ 10-12 ครั้ง



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554

ท่าที่ 7 บริหารกล้ามเนื้อหน้าอกและต้นขา โดยท่าแรกให้นั่งขัดสมาธิกับพื้น หลังตั้งตรง ยกมือสองข้างพนมมือเข้าหากันโดยไม่ให้ชิดหน้าอก เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก ต้นแขนและต้นฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากันให้แน่นที่สุดค้างไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำๆ 10 ครั้ง

ท่าที่สอง คือ วิดพื้นแบบเข้าแตะพื้น นอนคว่ำ แล้วใช้มือสองข้างยันลำตัวให้ส่วนบนลอยสูงขึ้นพ้นพื้น เกร็งกล้ามเนื้อหน้าอกและต้นแขนค้างไว้ นับ 1-10 แล้วปล่อยตัวลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง ทำนี้จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและหลังแข็งแรง



ที่มา: http://www.dohlibrary.net/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=30:2012-11-21-07-52-46&Itemid=68

2.7 อาการผิดปกติของมารดาและทารกแรกเกิดที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

อาการผิดปกติของมารดา ได้แก่

- ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว อาจเป็นอาการนำของภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด
- เต้านมบวมแดง ปวดมาก กดเจ็บ เป็นอาการแสดงของภาวะเต้านมอักเสบ
- คลำได้ก้อนมดลูกทางหน้าท้อง ในระยะ 10 วันหลังคลอด แสดงถึงภาวะมดลูกเข้าอู่ช้า และถ้ามีอาการปวดท้องน้อย มีไข้ และน้ำคาวปลาที่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติร่วมด้วย เป็นอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Metritis)
- น้ำคาวปลามีสีแดง หรือมีก้อนเลือดปน หรือมีเลือดออกมากขึ้น แสดงถึงการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง
- ปัสสาวะแสบขัด กระปิบกะปรอย หรือปัสสาวะไม่สุด และปวดหลังหรือปวดบั้นเอวร่วมด้วย แสดงถึงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- น่องบวม ปวดน่อง กดเจ็บ หรือเมื่อกระดกปลายเท้าแล้วรู้สึกปวดลึกๆที่น่อง แสดงถึงภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาอุดตันและอักเสบ (Deep vein thrombosis: DVT)
- รู้สึกเศร้า ร้องไห้บ่อยๆโดยไม่ทราบสาเหตุ หรืออารมณ์แปรปรวนมาก นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาจเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อาการผิดปกติของทารก ได้แก่

- ตัวเหลือง ตาเหลือง ฝ่ามือ-เท้า เหลืองมากขึ้น แสดงถึงอาการตัวเหลืองของทารกแรกเกิดที่ผิดปกติ
- ตาแฉะหรือมีขี้ตาเยอะ เช็ดตาแล้วไม่ดีขึ้น และรอบตาบวมหรือแดง แสดงถึงอาการตาอักเสบ
- มีไข้ หรือตัวร้อน คลายผ้าห่อตัวออกแล้ววัดไข้ซ้ำยังมีไข้อยู่ ถือว่าผิดปกติ

- ซึม หลับนานเกิน 4 ชั่วโมง ไม่ยอมดูดนม
- ตัวร้อน ร่วมกับมีอาการชักเกร็ง ตาลอย
- รอบโคนสะดือแดง ที่สะดือมีหนอง น้ำเหลืองหรือเลือดซึมออกมาและมีกลิ่นเหม็น สายสะดือแฉะและมีท้องอืดร่วมด้วย แสดงถึงภาวะติดเชื้อที่สายสะดือ ถ้าสายสะดือแห้งดีแต่มีเลือดซึมเล็กน้อยที่โคนสะดือ ไม่มีกลิ่นผิดปกติ ไม่มีอาการบวมแดงรอบสะดือ เป็นลักษณะปกติที่พบได้ เมื่อสะดือแห้งและใกล้จะหลุด
- ถ่ายเหลวปนมูกหรือเลือด ถ่ายเป็นน้ำและมีฟอง มีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว แสดงถึงอาการท้องเสียในทารกแรกเกิด

2.8 การตรวจหลังคลอด

โดยปกติแพทย์จะนัดมารดาหลังคลอดเพื่อตรวจประเมินสุขภาพ โดยการวัดสัญญาณชีพ ตรวจภายในดูมดลูกว่าเข้าอู่ปกติหรือไม่ ตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจเต้านมคัดกรองมะเร็งเต้านม และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ดังนั้นมารดาหลังคลอดจึงควรมาตรวจตามที่แพทย์นัด ถ้าวันที่แพทย์นัดมารดามีประจำเดือน สามารถโทรเลื่อนนัดได้ให้ประจำเดือนหายดีแล้วจึงมาตรวจ และควรสวมชุดกระโปรงมาเพื่อให้สะดวกในการตรวจภายใน

3. การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอด

ตัวอย่างปัญหาทางการพยาบาลที่พบบ่อยของมารดาหลังคลอดและแผนการพยาบาลในรายปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี
2. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด น้ำและพลังงานขณะคลอด
3. ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระยะหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บฉีกขาดลึก
5. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากขาดความรู้และประสบการณ์
6. มีโอกาสเกิดการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะผิดปกติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาในระยะหลังคลอด
7. มีโอกาสเกิดความบกพร่องในการปรับบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจากตั้งครรภ์และคลอดบุตรไม่พร้อม
8. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะหลังคลอด เนื่องจากคลอดบุตรคนแรก

ตัวอย่างแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล
ข้อวินิจฉัย 1. มีโอกาสเกิด หรือเสี่ยงต่อ ภาวะตกเลือด หลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่าคลำไม่เจอก้อนมดลูกที่หน้าท้อง แล้วก็เหมือนมีเลือดไหลออกมาเรื่อยๆ เปียกเต็มผ้าอนามัย O: มารดา G₄P₄L₄ หลังคลอด 2 ชั่วโมง : ทารกหนัก 3,500 gm., รกหนัก 700 gm. : EBL in LR 300 ml. : หลังคลอด 2 ชั่วโมง ยังไม่ปัสสาวะ : ตรวจร่างกายแรกรับ คลำพบยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ 1 FB (HF = 7 นิ้วฟุต) : คลำพบมดลูกลอยและนิ่ม : Lochia ruba เปื้อนผ้าอนามัยประมาณ 30 ml ใน 1 hr. : แกรับ BT = 36.5 °C PR = 96 bpm., RR= 18 bpm, BP = 100/50 mmHg.	วัตถุประสงค์ 1.ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เกณฑ์การประเมิน 1. มดลูกหดตัวดี แข็ง อยู่ระดับ ≤ สะดือ 2. มารดาปัสสาวะได้เองภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังคลอด 3.ไม่มี Bladder full 4. Lochia ruba ออกไม่เกิน 30 ml/hr. 5. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT = 36.5-37.4 °C PR = 60 -100 bpm RR = 16 -22 bpm BP = 90-120 mmHg. 60 -80	1. ประเมินการหดตัวของมดลูกแรกรับ และทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก และประเมินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามและป้องกันมดลูกหดตัวไม่ดี 2. ประเมินลักษณะกระเพาะปัสสาวะ และกระตุ้นให้ผู้ปวยปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกัน Bladder full ชัดขวางการหดตัวของมดลูก 3.แนะนำให้มารดาคลำยอดมดลูก และคลึงมดลูกด้วยตนเองทุก 2-4 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่นึกได้ เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 4.ดูแลให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 ml+Synto 10 unit IV drip 120 ml/hr. ตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้ทารกดูดนมมารดาบ่อยๆทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 6.ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตและบันทึกปริมาณ Bleeding per vagina/ Lochia ที่ออกมาทุก 4 ชั่วโมง 7.ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกเมื่อแรกรับ และทุก 30 นาที 4 ครั้ง และหลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินติดตามการเปลี่ยนแปลง 8. ประเมินอาการแสดงของการสูญเสียเลือดปริมาณมาก เช่น ซีด ซึมเหงื่อออก ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำ และรายงานแพทย์เพื่อการรักษาโดยเร็ว	ในเวร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวแข็งแรงดี วัดยอดมดลูกอยู่ที่ระดับสะดือ (5 นิ้วฟุต) ได้รับสารน้ำครบตามแผนการรักษา ขณะนี้ IV หมดแล้ว Off เวลา 13.30 น. ปัสสาวะเองแล้ว 2 ครั้ง ปริมาณ 700 ml. ไม่มีอาการแสดงของการเสียเลือดปริมาณมาก ไม่มี Active bleeding per vagina เปลี่ยนผ้าอนามัยไป 2 ครั้ง น้ำคาวปลาเป็นระยะ Lochia ruba ปริมาณรวม 40 ml in 8 hr. สัญญาณชีพปกติ เวลา 14.00 น. BT = 37.6 °C PR = 68 bpm. RR = 18 bpm. BP = 100/70 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล
2.ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่า เวลานั่งปวดที่ก้นมาก นั่งไม่ค่อยได้เลย : Pain Score = 6 O: สังเกตพบสีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด ขณะนั่งเตรียมให้นมลูก : มารดาคลอด NL with Rt. ML episiotomy 3° tear : แรกฝีเย็บแดงดี บวมปานกลาง ข้ำเลือดเล็กน้อย ไม่มี Discharge ซึม ขอบแผลแนบชิดกันดี (REEDA)	1.ปวดแผลฝีเย็บลดลง เกณฑ์การประเมิน 1.ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลฝีเย็บลดลง 2.สีหน้าสดชื่น ไม่แสดงความเจ็บปวด 3.Pain score = 0-3 4.REEDA score =0 (R=redness, E=edema, E=ecchymosis, D= discharge, A= approximate)	1.ประเมินระดับความปวดโดยใช้ pain scale ก่อน-หลัง ให้การพยาบาล และบันทึกคะแนนความปวดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามความรุนแรงของความปวดและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 2.ดูแลให้ผู้ป่วยแช่ก้นในน้ำอุ่น เพื่อลดปวดบริเวณแผลฝีเย็บ เมื่อมีอาการปวด PS $\geq$ 5 3.ดูแลให้รับประทานยาลดปวดตามแผนการรักษา Paracetamol 500 mg 2 tb. PRN q 4-6 ชั่วโมง 4. แนะนำการบริหาร โดยขมิบช่องคลอดและแผลฝีเย็บ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ส่งเสริมการหายของแผล และลดปวดแผลฝีเย็บ 5. ประเมินแผลฝีเย็บโดยใช้ REEDA score และบันทึกทุก 4-8 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการผิดปกติของแผลฝีเย็บ	ในเวร ช่วงเช้าผู้ป่วยยังบ่นปวดแผลมาก PS = 6 ให้แช่ก้นในน้ำอุ่น 1 ครั้ง นาน 10-15 นาที และได้รับยา Para (500) 2 tb. oral at 10.00 หลังได้รับยา 1 ชั่วโมง ประเมินซ้ำ PS = 3 สีหน้าสุขสบายขึ้น นั่งให้นมลูกได้ดีขึ้นไม่เกร็ง ช่วงบ่ายปวดแผลลดลง PS = 2 แผลฝีเย็บปกติดี REEDA score = 0
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง เวียนศีรษะหกล้ม เนื่องจากอ่อนเพลียจากการสูญเสียพลังงาน/สูญเสียเลือดและน้ำในระยะคลอด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่าเวียนศีรษะเวลาลูกนั่ง	1. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 2.ได้รับสารอาหาร สารน้ำและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เกณฑ์การประเมิน 1.ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม	1.แรกรับย้าย ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ประเมินอาการอ่อนเพลีย และภาวะขาดน้ำ 2. ดูแลให้ดื่มน้ำหวาน 1-2 แก้ว เพื่อให้ได้รับน้ำและพลังงานช่วยให้ร่างกายสดชื่นขึ้น 3.ดูแลให้อนพักรบเตียง และอธิบายเหตุผลที่ห้ามลุกจากเตียงจนครบ 10 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมและเกิดอุบัติเหตุ	แรกรับเวลา 10.00 น. มารดายังมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะเล็กน้อย หลังจากดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว นอนพัก 1 ชั่วโมง อาการอ่อนเพลียดีขึ้น สามารถลูกนั่งรับประทานอาหารบนเตียงได้ดี ไม่มีอาการหน้ามืด เป็นลม ทานอาหารอ่อนได้หมดถาด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ดื่มน้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล
O: มารดา G₄P₄L₄ ได้รับการดื่มน้ำดอาหารใน ระยะการคลอดรวม 10 ชั่วโมง : EBL in LR 300 mL. : ตรวจพบเยื่อぶตาซีด ตาแห้ง ปากแห้ง : แรกจับ BT= 37.6 °C PR = 70 bpm RR = 16 bpm BP = 90/60 mmHg.	2.ไม่เกิดอุบัติเหตุ 3. มารดาบอกว่าอ่อนเพลีย ลดลง 4.ไม่มีอาการแสดงของภาวะ ขาดน้ำ เช่น หิวน้ำบ่อย ปาก แห้ง ตาซีดโหล ปัสสาวะสีเข้ม และออกน้อย 5.สัญญาณชีพปกติ	4. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เมื่อผู้ป่วยหิว หรือตาม มืออาหาร 5. ดูแลให้ดื่มน้ำหรือนมให้เพียงพอ รวมวันละ 1000 -1500 mL เพื่อทดแทนน้ำที่เสียไปและป้องกันการขาดน้ำ 6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปริมาณตรงตาม แผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อทดแทนสารน้ำและป้องกันการ ขาดน้ำ	ได้ 2 แก้ว มารดาทราบเหตุผลที่ยังไม่ให้ลูกจากเตียง ครบเวลา 18 .00 น. ยังมีสารน้ำ 5%DN/2 1000 mL+ Synto 10 unit IV 120 mL/hr. เหลือ 250 mL. โดยสรุปในเวร นอนพักผ่อนได้ ทาน อาหารได้ ไม่มีอาการแสดงของการขาด น้ำ อาการอ่อนเพลียลดลง ไม่เกิด อุบัติเหตุ

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยหลังคลอด

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แผนการสอน

หัวข้อ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 2 คาบ วันที่ 23 มีนาคม 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. ดูแลช่วยเหลือมารดาในการอุ้มลูกเข้าเต้าได้อย่างถูกต้อง
2. ใช้แบบประเมิน LACTH Score ในการประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เนื้อหา

1. โครงสร้างของเต้านม
2. การไหลของน้ำนมแม่
3. ประโยชน์ของน้ำนมแม่
4. การอุ้มลูกเข้าเต้า
 - ท่าในการอุ้มลูกเข้าเต้า
 - ท่าในการอุ้มลูกเรอหลังอิ่มนม
5. การสังเกตพฤติกรรมของลูกในขณะดูดนมและอาการแสดงถึงการอิ่มนม
6. การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับนมแม่
 - หัวนมแตก/หัวนมสั้น บวม
 - น้ำนมไม่ไหล/ไหลน้อย
7. การบีบเก็บน้ำนมเมื่อต้องไปทำงานนอกบ้าน
 - วิธีการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ
 - วิธีการบีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนมไฟฟ้า
 - การเก็บน้ำนมแม่ในตู้แช่แข็ง
 - การนำน้ำนมแม่ที่บีบเก็บไว้มาใช้

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | |
|----------------------------------|---------|
| 1. บอกวัตถุประสงค์ และเนื้อหา | 10 นาที |
| 2. สอนสาธิต | 20 นาที |
| 3. ประชุมปรึกษาหารือ | 30 นาที |
| 4. วิเคราะห์กรณีศึกษา | 30 นาที |
| 5. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้ | 10 นาที |

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษามารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด
3. หุ่นเต้านม หุ่นทารกแรกเกิด

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

หนังสืออ้างอิง

กูก Sansmile. (มปป.) น้านมพุ่ง ลูกสำลัก ทำให้ไม่ยอมดูด. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.

[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaibreastfeeding.org/page.php?id=91>. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2561.

จุฬา ยัตพร. (2560). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาและแนวทางแก้ไข. เอกสาร

ประกอบการสอนวิชาการพยาบาลมารดาและทารก 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.

ฉันทิกา จันทรเปี้ย ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

<http://www.ns.mahidol.ac.th/breastfeeding/articles/BFHI.html>. สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2559.

ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2559). การพยาบาลสตรีระยะหลังคลอด ใน จูติพร อิงคตาวรวงศ์. การพยาบาล

มารดาและทารก (เล่ม 2). โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา, โรงพิมพ์ พีโอดีไซน์.

ภาวิน พัวพรพงษ์. (2562). การประเมินการให้นมลูกด้วยคะแนนการเข้าเต้า. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก:

<http://guruobgyn.com>, สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2563.

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2557). คู่มือแม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์ ไอยรา จำกัด.

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2558). การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 5 หัวข้อ ภาควิชาใจ ช่วยแม่

ไทย ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding and Work – Let's Make it Work!) จัดขึ้นระหว่างวันที่ 2 – 4 กันยายน 2558 ณ โรงแรม มณเฑียร ริเวอร์ไซด์ กรุงเทพมหานคร.

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2560). การแก้ไขปัญหาหวั่น. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่

แห่งชาติครั้งที่ 6 หัวข้อ รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน (Sustaining Breastfeeding Together) ระหว่างวันที่ 8-10 พฤศจิกายน 2560 ณ โรงแรมมณเฑียร ริเวอร์ไซด์ กรุงเทพมหานคร.

โรงพยาบาลพญาไท. (2563). ตารางระยะเวลาเก็บน้ำนม. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก:

https://www.phyathai.com/article_detail/2102/th, 25 พฤศจิกายน 2564.

Bernard, J. Y., Armand, M., Peyre, H., Garcia, C., Forhan, A., De Agostini, M., ... & EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2017). Breastfeeding, polyunsaturated fatty acid levels in colostrum and child intelligence quotient at age 5-6 years. *The Journal of Pediatrics*, 183, 43-50.

Horta, B. L., de Sousa, B. A., & de Mola, C. L. (2018). Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 21(3), 174-178.

Marilyn J. Hockenberry, & David Wilson. (2011). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Ed 9. Elsevier Mosby.

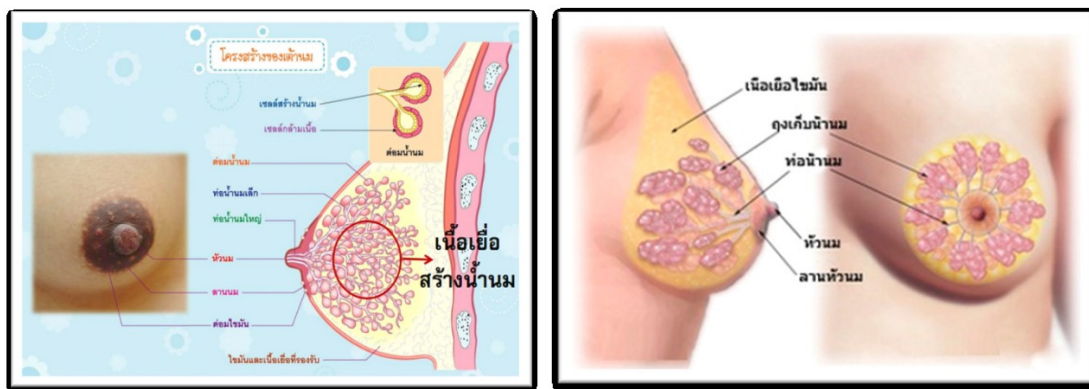
Miranda-Wood, C., & Morelos, J. (2010). Promoting Early Breastfeeding and Attachment: Our Journey to SOFT. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39S31-S311p. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.0111916.x.

เอกสารประกอบการสอน

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุดสำหรับทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนแรก อีกทั้งยังเป็นอาหารเสริมที่มีคุณค่าสูงมากสำหรับเด็กใน 2 ขวบปีแรก เนื่องจากนมแม่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของเด็กในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา รวมถึงด้านอารมณ์ ดังนั้นการส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดได้รับน้ำนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนแรกหลังคลอดและต่อเนื่องจนถึง 2 ปี จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของพยาบาล

1. โครงสร้างของเต้านม



รูปที่ 1 แสดงโครงสร้างของเต้านม

ที่มา: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2558

โครงสร้างของเต้านมประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2558)

1. หัวนม (Nipple) ทำหน้าที่เป็นทางออกของน้ำนม
2. ลานนม (Areola) มีสีเข้มอยู่ทางด้านหลังของหัวนม ในช่วงตั้งครรภ์ลานนมจะมีสีเข้มขึ้นเพื่อช่วยให้ทารกมองเห็นหัวนมได้ชัดเจนขึ้น
3. ต่อมไขมัน (Montgomery) อยู่ด้านหลังลานนมทำหน้าที่ผลิตสารหล่อลื่นเพื่อป้องกันหัวนมแห้งและแตกง่าย
4. ท่อน้ำนมใหญ่ (Milk ducts) เป็นท่อทางไหลของน้ำนมอยู่ด้านในหัวนมและเชื่อมต่อกับท่อน้ำนมขนาดเล็ก (Milk ducts branch) ที่อยู่ในเต้านม ซึ่งท่อน้ำนมขนาดเล็กจะเชื่อมต่อกับต่อมน้ำนมที่อยู่ในเนื้อเยื่อสร้างน้ำนม

5. เนื้อเยื่อสร้างน้ำนม (Glandular tissue) เป็นเนื้อเยื่อที่อยู่ในเต้านม ภายในเนื้อเยื่อสร้างน้ำนมจะมีต่อมน้ำนมซึ่งประกอบด้วยเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างน้ำนม ในแม่ที่ให้นมลูกเนื้อเยื่อสร้างน้ำนมจะมีจำนวนมากกว่าแม่ที่ไม่ได้ให้นมแม่ 2 เท่า

6. เนื้อเยื่อไขมัน (Subcutaneous fat) เป็นไขมันที่อยู่ใต้ผิวหนังบริเวณฐานหัวนมและในเต้านม ทำหน้าที่รองรับเนื้อเยื่อเต้านม

2. การสร้างและการไหลของน้ำนมแม่

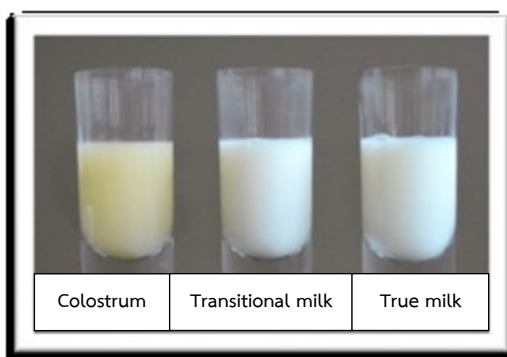
การสร้างและการไหลของน้ำนมแม่เริ่มต้นที่ เมื่อลูกดูดนม จะกระตุ้นเส้นประสาทที่บริเวณหัวนม แล้วส่งสัญญาณประสาทไปที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้าและส่วนหลัง ซึ่งต่อมใต้สมองส่วนหน้าทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินไปกระตุ้นให้ต่อมน้ำนมสร้างน้ำนมขึ้นมา ในขณะเดียวกันสัญญาณประสาทที่ส่งไปยังต่อมใต้สมองส่วนหลัง มีผลให้ต่อมใต้สมองส่วนหลังหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้ท่อน้ำนมหดเกร็งและบีบรัดน้ำนมให้ไหลออกมาตามท่อน้ำนม เกิดการไหลของน้ำนมแม่ขึ้น และในขณะที่ลูกดูดนมข้างซ้าย น้ำนมที่เต้าข้างขวาจะไหลออกมาด้วยเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นได้ เรียกว่า Let down reflex ซึ่งเป็นภาวะปกติเกิดจากการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซิน (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2558)

น้ำนมแม่ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- น้ำนมระยะแรกหรือน้ำนมเหลือง (Colostrum) เป็นน้ำนมในระยะ 7 วันแรกหลังคลอด น้ำนมจะมีสีเหลือง มีสารอาหารครบถ้วนและมีภูมิคุ้มกันโรคสูง

- น้ำนมระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional milk) เป็นน้ำนมในระยะ 7-10 วันหลังคลอด น้ำนมจะเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีขาว มีสารอาหารที่จำเป็นทั้งโปรตีน ไขมัน และเกลือแร่ที่มีประโยชน์ต่อทารก

- น้ำนมแท้ (True milk) เป็นน้ำนมในระยะตั้งแต่ 10 วัน หลังคลอดเป็นต้นไป น้ำนมจะมีสีขาวขุ่นมากขึ้น ซึ่งเป็นน้ำนมที่มีสารอาหารครบถ้วนทั้งโปรตีน ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน ตามความต้องการของทารก



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของน้ำนมแม่ 3 ระยะ

ที่มา: <http://www.thecool.com/archives/6865>

น้ำนมแท้ (True milk) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ น้ำนมส่วนหน้า (Foremilk) และน้ำนมส่วนหลัง (Hind milk)

-น้ำนมส่วนหน้า (Fore milk) เป็นน้ำนมที่หลั่งออกมาในช่วง 5-10 นาทีแรกของการดูด จะมีลักษณะเป็นน้ำสีขาวใส ประกอบด้วยน้ำ น้ำตาลและเกลือแร่ ย่อยและดูดซึมได้เร็ว ให้พลังงานน้อย ช่วยดับกระหายให้ทารก

-น้ำนมส่วนหลัง (Hind milk) เป็นน้ำนมที่หลั่งออกมาในช่วงหลังของการดูด ตั้งแต่นาที 10 เป็นต้นไป จะมีลักษณะสีขาวขุ่นข้น ประกอบด้วย น้ำ โปรตีน ไขมัน และวิตามินต่างๆ นมส่วนนี้จะให้พลังงานสูง ย่อยและดูดซึมได้ช้ากว่าน้ำนมส่วนหน้า ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกายทารก ดังนั้นแม่จึงควรให้ลูกดูดนมในแต่ละครั้งนาน ตั้งแต่ 15-30 นาที เพื่อให้ได้รับน้ำนมครบทั้ง 2 ส่วน

3. ประโยชน์ของน้ำนมแม่

ประโยชน์ต่อลูก

1. นมแม่มีสารอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าครบถ้วนทำให้ลูกเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ สมวัย
2. นมแม่มีภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ลูกแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย
3. นมแม่มีสารอาหารที่บำรุงสมองทำให้ลูกสมองดี สติปัญญาดีเฉลียวฉลาด (Bernard., 2017; Horta, 2018)
4. แม่และลูกมีความรักใคร่ผูกพันกัน ส่งผลให้ลูกมีสุขภาพจิตดีเป็นคนอารมณ์ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและเข้ากับสังคมได้ดี
5. ลูกที่ดูดนมแม่จะมีสุขภาพฟันที่ดี ฟันแข็งแรง ฟันไม่ซ้อนและฟันไม่ผุง่าย
6. นมแม่ช่วยให้ระบบขับถ่ายของลูกดี ไม่ท้องผูก

ประโยชน์ต่อแม่

1. แม่ที่ให้ลูกดูดนมในระยะแรกหลังคลอดทันที จะช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ช่วยให้นมลูกเข้าอู่เร็ว ร่างกายของแม่กลับสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์เร็วขึ้น
3. ทำให้แม่มีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วนในระยะหลังคลอด
4. สะดวกต่อแม่ สามารถให้ลูกดูดนมเวลาใดก็ได้ เมื่อลูกต้องการหรือเมื่อหิว
5. ลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่

ประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

1. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสมและอุปกรณ์ในการให้นมผสม
2. ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพราะลูกจะไม่ค่อยเจ็บป่วย
3. ประเทศชาติประหยัดเงินในการสั่งซื้อนมผสมจากต่างประเทศ
4. ช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม ลดภาวะโลกร้อน และลดปริมาณขยะจากการผลิตและการใช้นมผสม
5. ลดจำนวนเด็กถูกทอดทิ้ง ปัญหาอาชญากรรมและปัญหาสังคมอื่นๆ เนื่องจากเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะได้รับความรัก ความห่วงใยทำให้เด็กเกิดความรักความผูกพันกับแม่และคนรอบข้าง ส่งผลให้มีบุคลิกลักษณะของคนจิตใจดีในอนาคต

4. การอุ้มลูกเข้าเต้าและการอุ้มเรือ

การอุ้มลูกเข้าเต้าอย่างถูกวิธีเป็นบันไดขั้นต้นของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอุ้มลูกเข้าเต้ามีหลายวิธีและเหมาะสมกับมารดาที่มีปัญหาแตกต่างกันไป ดังนี้

ท่าอุ้ม	เหมาะสำหรับมารดา
Cradle hold	มารดาที่อุ้มลูกได้ถนัดแล้ว เช่น หลังคลอด 3 วันไปแล้ว เต้านม หัวนมปกติ หรือมารดาท้องหลัง
Cross-cradle hold	มารดาครรภ์แรกที่ยังไม่ถนัด เต้านมเล็ก หัวนมยาว
Lying down/side lying	มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มารดาอ่อนเพลียหลังคลอดใหม่ๆ เต้านมใหญ่
Football hold	มารดามีครรภ์แฝด หัวนมใหญ่ หัวนมสั้น มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



รูปที่ 3 แสดงท่าให้นม Lying down



Cradle hold

Cross-cradle hold

Football hold

รูปที่ 4 แสดงท่านั่งในการให้นม

การอุ้มเรือ เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับมารดา เพราะการอุ้มเรือหลังการให้ลูกดูดนมจะช่วยป้องกันอาการแหวะนม สำรอกนม และอาการท้องอืดในทารกแรกเกิด ทำในการอุ้มเรือที่นิยมมี 2 ท่า ได้แก่ ท่านั่ง โดยจับทารกให้อยู่ในท่านั่ง ใช้มือข้างที่ถนัดประคองบริเวณขากรรไกรของทารก มืออีกข้างลูบหลังทารกเพื่อไล่ลม ทำอุ้มพาดบ่า โดยใช้แขนข้างที่ถนัดอุ้มทารกพาดไว้บริเวณบ่า ทันหน้าทารกออกและระวังไม่ให้จมูกของทารกถูกกดทับเพราะจะทำให้การหายใจไม่สะดวก แล้วใช้มือข้างที่ไม่ถนัดลูบหลังเพื่อไล่ลม ดังแสดงในรูป



ทำอุ้มนั่ง

ทำอุ้มพาดบ่า

รูปที่ 5 แสดงทำอุ้มเรือ

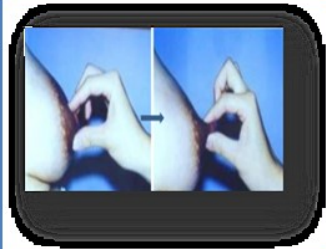
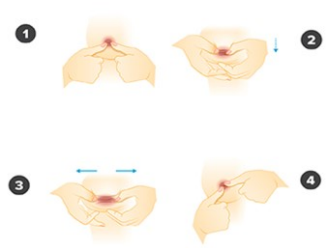
5. การประเมินประสิทธิภาพการเข้าเต้าด้วย LATCH Score มีรายละเอียดการแปลผลและการประเมิน ดังนี้

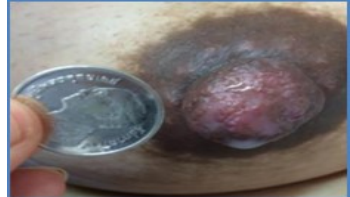
การประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	การดูแลช่วยเหลือ
“L” (Latch on) การอมหัวนม	ทารกง่วงจนไม่ยอมดูด ไม่ยอมอมหัวนม	ต้องพยายามหลายครั้ง ต้องมีคนช่วยจับหัวนมแม่เข้าปากลูกจึงดูดนมแม่ได้ ทารกอมเฉพาะปลายหัวนมแม่ ต้องกระตุ้นให้ดูด	แนวเหงือกของลูกอยู่บริเวณลานนมของแม่ จมูกและคางสัมผัสเต้านม ริมฝีปากบน-ล่างบานออก แก้มป้องกันดูดโดยไม่บู่ การดูดเป็นจังหวะ 6-7 ครั้งต่อ 10 วินาที	ถ้ามีปัญหาการอมหัวนมไม่ดีให้ช่วยในการอุมเข้าเต้าอย่างถูกวิธี และช่วยในการอำปากทารกก่อนจับลานนม
“A” (Audible swallowing) เสียงกลืนนม	ไม่ได้ยินเสียงกลืนเลย	ได้ยินการกลืนค่อนข้างเบาหรือนานๆครั้ง ได้ยินการกลืนเมื่อกระตุ้นให้ดูดถี่มากขึ้น	ได้ยินเสียงกลืนดังชัดเจนในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังเกิด ทารกอาจมีจำนวนครั้งการดูดมากกว่าการกลืน แต่หลังจากอายุ 5 วันความถี่ของการกลืนเพิ่มขึ้น	ถ้ามีปัญหาไม่ได้ยินเสียงกลืนนม สาเหตุมาจากน้ำนมไหลน้อยทำให้เด็กไม่กลืนนม ต้องช่วยให้มารดาน้ำนมเพิ่มขึ้น
“T” (Types of nipple) ลักษณะของหัวนม	หัวนมบอดหรือบู่	หัวนมที่ยื่นออกมาเพียงเล็กน้อย	หัวนมยื่นปกติหรือหลังจากกระตุ้น	ถ้าหัวนมมีปัญหาต้องแก้ไขให้ตรงจุด เช่น หัวนมสั้น หัวนมยาว หัวนมใหญ่ หัวนมบอด/บู่ หัวนมแตก (รายละเอียดกล่าวในหัวข้อการแก้ไขปัญหาหัวนม)
“C” (Maternal comfort) ความสบายของมารดา	เต้านมคัดมาก อักเสบ /หัวนมแตก หรือมีเลือดออก/ มารดารู้สึกเจ็บเต้านมมากขณะให้นม	มารดารู้สึกเจ็บเต้านมหรือหัวนมตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงปานกลาง	หัวนมและเต้านมยืดหยุ่นดี หัวนมและลานนมไม่มีลักษณะแดงบวม รอยขีด รอยฟก เลือดออกหรือแตก หรือ มารดาตอบว่ารู้สึกสบายขณะให้นม	ถ้าปัญหาอยู่ที่เต้านม เช่น คัดตึงมาก เจ็บเต้านม เจ็บหัวนม ต้องดูที่ทารกมากกว่าการอมหัวนม ถูกต้องหรือไม่ แล้วแก้ไขเรื่องการอม ร่วมกับแก้ที่มารดาโดยช่วยบีบน้ำนมออกให้เต้านมนิ่มก่อนให้ทารกดูด
“H” (Holding) การอุ้มทารก	ต้องการช่วยเหลือทุกอย่าง ขณะจับให้ทารกกินนมทั้งสองข้าง	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง ต้องสอนมารดาจัดท่าในการให้นมเข้าเต้าข้างแรก มารดาทำได้เองเมื่อให้ลูกดูดจากเต้าที่สอง	มารดาสามารถอุ้มท่าใดท่าหนึ่งโดยให้ทารกอยู่บนหน้าอกโดยไม่มีการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ทารกมีศีรษะอยู่แนวเดียวกับลำตัว ไม่แอ่นเกร็งขณะให้นม	ถ้าปัญหาอยู่ที่การอุ้มไม่ถูกวิธี ต้องช่วยสอน และช่วยเหลือในการอุ้มทารกให้ถูกวิธี

(ภาวิณี พัวพรพงษ์, 2562)

6. การแก้ไขปัญหาหัวนมที่ผิดปกติและปัญหาเกี่ยวกับน้ำนมในระยะหลังคลอด

ปัญหาที่พบได้บ่อย เช่น หัวนมสั้น หัวนมบอด แบน บวม หัวนมยาว/ใหญ่ หัวนมแตก น้ำนมไม่ไหล น้ำนมไหลแรงและเร็วเกินไป เป็นต้น ซึ่งวิธีการดูแลช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาหัวนมและน้ำนมสรุปได้ตามตารางดังนี้ (มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2560)

ปัญหาที่พบ	วิธีการดูแลช่วยเหลือและภาพตัวอย่างเครื่องมือหรืออุปกรณ์	
หัวนมสั้น: ความยาว <0.7 cms (วัดจากฐานหัวนมถึงยอดหัวนม)	ใช้วิธีการดึงและคลึงหัวนม (Nipple Pulling and rolling) โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับด้านข้างของหัวนมส่วนที่ติดกับลานนม คลึงไปมาเบาๆ พร้อมทั้งจับหัวนมดึงยืดออกมาเล็กน้อย แล้วปล่อย ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 2-5 นาที ใช้ทำอุ้มทารกเข้าเต้า ด้วยท่า Cross-cradle hold หรือ ท่า Football hold	
หัวนมบอด/แบน: หัวนมแบนราบกับลานนมหรือยาว <0.1 cm	ทำ Hoffman's maneuver วางนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างให้ชิดโคนหัวนม กดและดึงออกจากกันไปทางด้านข้างทั้ง 2 ข้าง ทำเช่นนี้ทางด้านบนและด้านล่าง ทำซ้ำหลายๆครั้ง จนรอบหัวนม	
หัวนมบวม: หัวนมบวมเข้าไปในลานนม	1. ใช้อุปกรณ์ในการช่วยดึงหัวนม ได้แก่ Nipple puller Syringe puller Nipple aspirator	 Nipple puller
	2. ใช้ Nipple shield ซึ่งเป็นซิลิโคนมีลักษณะหัวนมยื่นออกมา ใส่ครอบบริเวณลานนมและหัวนมในขณะให้ทารกดูดนม เพื่อช่วยให้ทารกอมและดูดนมได้แต่ไม่นิยมให้เพราะทารกจะติดหัวนมยาง	 Syringe puller

ปัญหาที่พบ	วิธีการดูแลช่วยเหลือและภาพตัวอย่างเครื่องมือหรืออุปกรณ์	
หัวนมสั้นและลานนมแข็ง/ลานนมยืดยึดหยุ่นไม่ดี หัวนมยื่นออกมา <0.7 cm.	ใช้ Breast shells หรือ Breast cup หรือ ประทุมแก้ว ครอบลานนมแล้วใส่เสื้อชั้นในทับไว้ ควรเริ่มใส่ประทุมแก้วเมื่อตั้งครรภ์ในไตรมาสสุดท้าย ใส่วันละ 2-3 ชั่วโมง และเมื่อซิงก็ใส่ไว้ตอนกลางวัน เมื่อคลอดแล้วก็ใส่ไว้ 30 นาที ก่อนให้ลูกดูดนม เพื่อช่วยให้หัวนมยื่นออกมา ไม่ควรใส่นอนนอนกลางคืน และน้ำนมที่ขังอยู่ในประทุมแก้วก็ควรทิ้งไป ใช้ท่าอุ้มทารกเข้าเต้า ด้วยท่า Football hold	
หัวนมยาว: หัวนมยื่นออกมายาว >1 cm	แก้ไขโดยช่วยให้ทารกอ้าปากให้กว้างที่สุดในขณะอมหัวนม และใช้ท่าอุ้มทารกเข้าเต้าในท่า Cross cradle hold	
หัวนมใหญ่: หัวนมที่มีเส้นผ่านศูนย์กลาง >0.5 cm (หรือใหญ่กว่าเหรียญบาท)	แก้ไขโดยช่วยให้ทารกอ้าปากให้กว้างที่สุดในขณะอมหัวนม ใช้ท่าอุ้มทารกเข้าเต้าในท่า Football hold	
หัวนมแตก: หัวนมที่มีรอยแดง หรือมีแผลถลอก	ใช้น้ำมันแม่ทาที่หัวนมหลังจากทารกดูดนมเสร็จทุกครั้ง หรือบีบน้ำนมทาแผลแตกที่หัวนมทุก 2 ชั่วโมง เวลาอาบน้ำห้ามฟอกสบู่บริเวณลานนมและหัวนม เพราะทำให้ผิวแห้ง หัวนมจะแตกง่าย หากแผลมีเลือดออก ให้งดดูดนมข้างที่แตกไปก่อน รอให้แผลแห้งดีและไม่เจ็บจึงเริ่มให้ทารกดูดใหม่ หรือให้ดูดข้างไม่แตกก่อนข้างที่แตก	
น้ำนมไม่ไหล	1. แก้ไขโดยกระตุ้นการสร้างและการไหลของน้ำนม โดยให้ทารกดูดนมแม่บ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง 2. ใช้น้ำนมหลอก โดยการหยดน้ำนมผสมลงที่ลานนมของแม่ โดยใช้ Dropper ในขณะที่ทารกดูดนม หรือใช้สาย Feeding tube จุ่มในแก้วนมผสมแล้วติดปลายสายอีกข้างไว้ที่เต้านมร่วมกับการใช้ Nipple shield ตามรูปในช่องเครื่องมือ	 

ปัญหาที่พบ	วิธีการดูแลช่วยเหลือและภาพตัวอย่างเครื่องมือหรืออุปกรณ์
น้ำนมไหลแรงและเร็ว	ให้บีบน้ำนมออกก่อนให้ลูกดูด เพื่อให้ปริมาณน้ำนมลดลง และควรใช้ท่านอนให้นม เพื่อลดอัตราการไหลของน้ำนมลง 

7. การสังเกตพฤติกรรมของลูกในขณะดูดนมและการแสดงถึงการอิ่มนม

ในขณะที่คุณแม่ให้ลูกดูดนม ควรสังเกตการดูดนมของลูกว่าดูดถูกวิธีหรือไม่ โดยลูกต้องอมหัวนมลูกถึงลานนม ปากบานออก คางชิดกับเต้านม เวลาดูดไม่มีเสียงดังจ๊ับๆ แก้มของลูกจะป่อง ขณะลูกดูดนมคุณแม่ต้องไม่รู้สึกเจ็บที่หัวนม เมื่อลูกดูดนมนานสักระยะหนึ่งจะหยุดดูดและกลืนนมเป็นระยะๆ หากลูกหยุดดูดนมนานเกินไปหรือหลับคาเต้า ให้คุณแม่ใช้มือข้างที่ประคองเต้านมขยับเต้านมเล็กน้อยเป็นการกระตุ้นให้ลูกดูดนมต่อ คุณแม่ไม่ควรปล่อยให้ลูกหลับไปเลย เพราะบางครั้งลูกอาจจะยังไม่อิ่มแต่ดูดเพลินจึงเผลอหลับไป ในขณะที่ให้นมลูกคุณแม่ควรดูนาฬิกาด้วยว่าลูกดูดนมไปได้นานกี่นาที เพื่อจะได้เป็นข้อมูลสนับสนุนว่าลูกหยุดดูดนมเพราะอิ่มจริงๆหรือไม่ ปกติลูกควรดูดนมแม่นาน ชั่วโมง 15-30 นาที จึงจะได้รับน้ำนมครบถ้วนและเพียงพอ หรือจนกว่าคุณแม่จะรู้สึกว่าการข้างที่ลูกดูดเบาและนิ่มลง

อาการแสดงถึงการอิ่มนมหรืออาการที่แสดงว่าลูกได้รับน้ำนมแม่อย่างเพียงพอ มีดังนี้

1. หลังดูดนมอิ่ม ลูกจะนอนหลับได้นาน 2-3 ชั่วโมง ไม่ร้องงอแง หรือหิวบ่อย
2. ลูกจะปัสสาวะบ่อย ซึ่งปัสสาวะได้วันละ 4-8 ครั้งและอุจจาระเป็นเนื้อเหลวๆ สีเหลืองทอง วันละ 3-6 ครั้ง
3. ลูกไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง กระหม่อมหน้าบวม ไม่มีอาการซึม ไม่ยอมดูดนม ซึ่งแสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ละมีอาการตัวเหลืองเพราะได้รับ น้ำนมไม่เพียงพอ เป็นต้น

8. การบีบเก็บน้ำนมแม่ มารดาหลังคลอดที่มีความจำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนมแม่เพื่อสำรองไว้ให้ลูกกรณีที่ออกไปทำงานนอกบ้าน สามารถทำได้ โดยก่อนการบีบเก็บน้ำนมด้วยมือควรนวดและประคบเต้านมด้วย เพื่อให้การไหลของน้ำนมดียิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียด (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2559: 114-117) ดังนี้

8.1 การนวดเต้านม มีขั้นตอน ดังนี้

- 1) ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ
- 2) ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดประคบเต้านมก่อนการนวด ประมาณ 1-3 นาที

3) นวดคลึงเต้านมเบาๆในลักษณะแบบก้นหอย เริ่มจากฐานเต้านมไปยังลานนม ดึงหัวนมและคลึงเบาๆ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้น้ำนมไหลดี

4) ใช้มือข้างขวาหรือซ้าย ประคองเต้านมด้านล่าง

5) ใช้นิ้วมือ 4 นิ้ว อีกข้างหนึ่งนวดเบาๆเป็นวงไปรอบๆเต้านม

8.2 การประคบเต้านม มีขั้นตอน ดังนี้

1) ใช้ผ้าขนหนูขนาดเล็ก 2 ผืน ชุบน้ำอุ่นจัด ประคบที่เต้านมนาน ประมาณ 5-10 นาที

2) ใช้ผ้าอีกผืนที่มีความยาวมากพอพันรอบเต้านมไว้อีกหนึ่งชั้น เว้นบริเวณหัวนมไว้ เนื่องจากหัวนมไวต่อการกระตุ้นและผิวหนังบอบบางอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บจากความร้อนได้ ทำเช่นนี้ที่เต้านมทั้งสองข้าง

3) หากผ้าที่ประคบเริ่มเย็นลง ให้ทำการเปลี่ยนผ้าชุบน้ำอุ่นผืนใหม่ เพื่อให้ได้อุ่นหมูมที่อุ่นพอดีอยู่เสมอ ตลอดเวลาทำการประคบเต้านม

4) หลังจากประคบเต้านมแล้วให้ทำการบีบน้ำนมออกเล็กน้อยเพื่อให้ลานนมนิ่ม แล้วนำทารกมาดูดนมหรือทำการบีบน้ำนมเก็บ

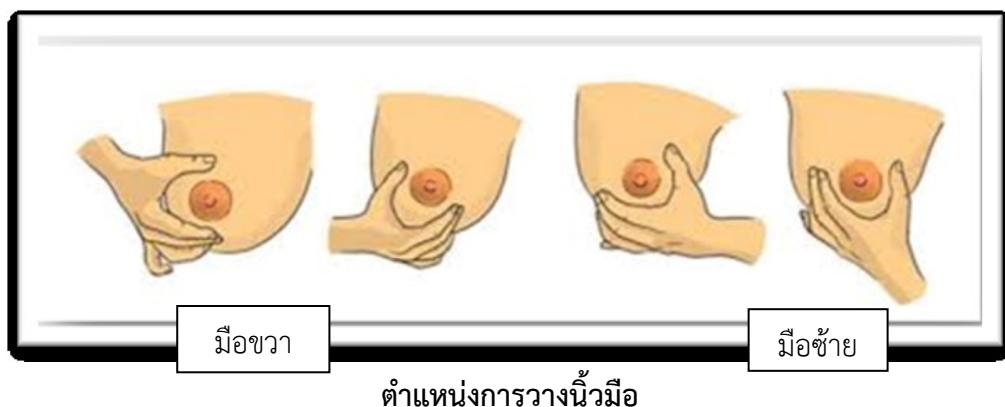
8.3 การบีบเก็บน้ำนมแม่ด้วยมือ มีขั้นตอน ดังนี้

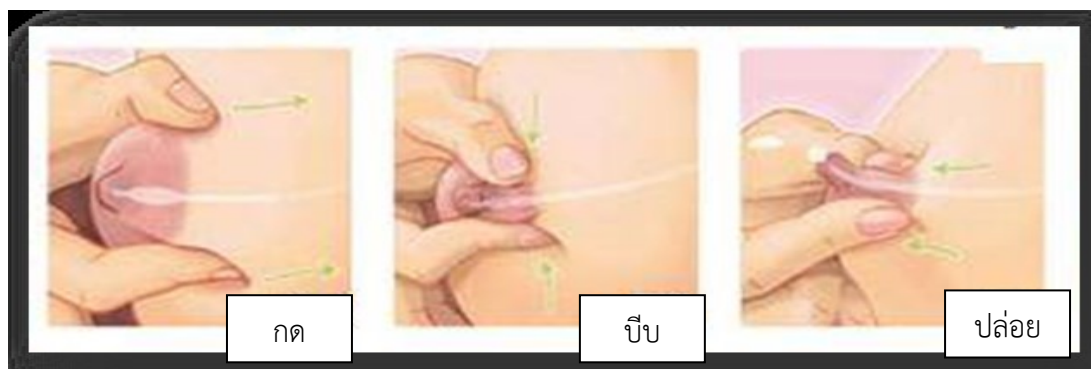
1) ล้างมือให้สะอาด เตรียมอุปกรณ์สำหรับการเก็บน้ำนม เช่น ถังเก็บน้ำนมแม่ ขวดนมที่ผ่านการทำความสะอาดและนึ่งฆ่าเชื้อแล้ว เป็นต้น

2) เช็ดทำความสะอาดหัวนม และลานนมก่อนการบีบเก็บน้ำนมทุกครั้ง

3) ทำการบีบน้ำนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากบริเวณลานนมประมาณ 1-2 เซนติเมตร บีบน้ำนมเป็นจังหวะ โดยวางนิ้วมือในตำแหน่งที่ต้องการใช้นิ้วกด-บีบ-ปล่อย กด-บีบ-ปล่อย ดังแสดงในรูป

4) เก็บน้ำนมในถังเก็บน้ำนมแม่และแช่ช่องแช่แข็งในตู้เย็นทันทีหลังบีบ ซึ่งน้ำนมจะมีอายุได้นานขึ้นอยู่กับลักษณะของช่องแช่แข็งของตู้เย็นแต่ละชนิด





รูปที่ 6 แสดงการบีบเก็บน้ำนมแม่ด้วยมือ

ที่มา: <https://th.theasianparent.com>

8.4 การบีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนมไฟฟ้า ใช้หลักการเช่นเดียวกัน คือทำความสะอาดอุปกรณ์สำหรับการปั๊มนมและการเก็บน้ำนมให้สะอาด เช็ดทำความสะอาดหัวนมและลานนมก่อนการปั๊ม วางหัวปั๊มให้แนบชิดกับเต้านมเพื่อให้เป็นสุญญากาศ เปิดเครื่องปั๊มและปรับระดับความแรงของเครื่องปั๊มให้เหมาะสมเพื่อให้ไหลได้ดี หากเปิดเบาไปจะไม่สามารถดูดน้ำนมออกมาได้ แต่ถ้าเปิดแรงดูมากเกินไปอาจทำให้เกิดหัวนมแตกได้



รูปที่ 7 แสดงการบีบเก็บน้ำนมแม่ด้วยเครื่องปั๊มนมไฟฟ้า

ที่มา: <https://today.line.me/th/v2/article/0668K3>

8.5 การเก็บน้ำนมแม่ในตู้เย็นหรือตู้แช่แข็ง

น้ำนมแม่ที่ปั๊มไว้สามารถเก็บได้นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมง ถึง 12 เดือน ซึ่งระยะเวลาของการเก็บน้ำนมแม่จะขึ้นอยู่กับสถานที่หรืออุปกรณ์ และอุณหภูมิที่เก็บน้ำนมแม่ รายละเอียดดังตาราง

ตารางแสดงวิธี/สถานที่และระยะเวลาการเก็บน้ำนมแม่ (โรงพยาบาลพญาไท, 2563)

วิธีเก็บ/สถานที่เก็บ	อุณหภูมิ	ระยะเวลา
ตั้งทิ้งไว้ ในห้องธรรมดา	27-32 °C	1 ชั่วโมง
ตั้งทิ้งไว้ ในห้องแอร์	16-25 °C	4 ชั่วโมง
กระติกใส่น้ำแข็ง	15-20 °C	24 ชั่วโมง
ตู้เย็นช่องธรรมดา	0-4 °C	2-3 วัน
ช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูเดียว	-	14 วัน
ช่องแช่แข็งตู้เย็นสองประตู	-4 °C	3-6 เดือน
ตู้แช่แข็งเย็นจัด/ตู้แช่ไอศกรีม	-19 °C	6-12 เดือน

ตัวอย่างการเก็บน้ำนมแม่

ช่องแช่แข็งตู้เย็นประตูเดียว



ช่องแช่แข็งตู้เย็นสองประตู



ตู้แช่แข็งเย็นจัด/ตู้แช่ไอศกรีม



ถุงเก็บน้ำนมแม่



รูปที่ 8 แสดงตัวอย่างการเก็บรักษาน้ำนมแม่

ที่มา: <https://www.amarinbabyandkids.com/pregnancy/baby-feeding/stockpile-breast-milk-technique/2/>,
<http://www.thecool.com/archives/6726>, <https://www.xn--42cf5b6boa8g6i6a.com/stock-%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%A1/>

8.6 การนําน้ำนมแม่ที่ปั๊มเก็บไว้มาใช้

1. เลือกใช้นมที่ปั๊มก่อน โดยดูจากวันที่และเวลาที่เขียนไว้ข้างถุงเก็บน้ำนม
2. นำนมที่แช่แข็งมาวางที่ตู้เย็นช่องธรรมดาก่อนการใช้งาน ประมาณ 1 แล้วจึงนำนมที่ละลายเป็นนมเย็นแล้วออกมาใช้
3. นำนมที่ละลายแล้วออกจากตู้เย็นมาอุ่น โดยนำถุงน้ำนมแม่หรือเทนมใส่ในขวดนมวางในแก้วหรือถ้วยที่ใส่น้ำอุ่น ทิ้งไว้สักพักจนนมมีอุณหภูมิปกติหรือค่อนข้างอุ่น ก็สามารถให้ทารกได้เลย
4. **ห้าม** นำนํานมไปต้มในน้ำร้อนหรือนำไปละลายในไมโครเวฟ เพราะจะทำให้โปรตีนในน้ำนมเสียคุณค่า
5. น้ำนมแม่ที่ละลายแล้วควรให้ทารกกินให้หมดภายใน 4 ชั่วโมง แต่หากไม่หมดสามารถนำเข้าไปแช่ในตู้เย็นช่องธรรมดาได้ แต่ไม่ควรให้เกิน 4 ชั่วโมงหลังจากละลายแล้ว
6. น้ำนมแม่ที่ละลายแล้ว **ห้าม** นำกลับไปแช่แข็งซ้ำ

ภาพแสดงวิธีการนําน้ำนมแม่แช่เย็นมาใช้



รูปที่ 9 แสดงวิธีการนําน้ำนมแม่ที่เก็บไว้มาใช้

ที่มา: https://www.parentsone.com/wp-content/uploads/2018/09/stock-breast-milk-for-mom_4.png

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยหลังคลอด

การพยาบาลทารกแรกเกิด

แผนการสอน

หัวข้อ การพยาบาลทารกแรกเกิด

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 2 คาบ วันที่ 23 มีนาคม 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. ปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง
2. ปฏิบัติการอาบน้ำ สระผม ดูแลความสะอาดดวงตาและสะดือทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง
3. ตรวจคัดกรองความผิดปกติก่อนการจำหน่ายแก่ทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง
4. ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหา

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันทารกแรกเกิด

- 1.1 การอาบน้ำ/สระผม
- 1.2 การเช็ดตา
- 1.3 การเช็ดสะดือ
- 1.4 การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่าย
- 1.5 การดูแลให้ได้รับนมอย่างเพียงพอ

2. การให้วัคซีนในทารกแรกเกิดและการพยาบาล

3. การตรวจคัดกรองความผิดปกติในทารกแรกเกิดก่อนการจำหน่าย

- 3.1 การเจาะเลือดตรวจ PKU/TSH
- 3.2 การเจาะเลือดตรวจ MB, Hct
- 3.2 การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- 3.3 การตรวจการได้ยิน

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | | |
|---|----|------|
| 1. บอกวัตถุประสงค์ และเนื้อหา | 10 | นาที |
| 2. สอนสาธิตและปฏิบัติทักษะการพยาบาล | 50 | นาที |
| - การอาบน้ำ สระผม เช็ดตาและเช็ดสะดือทารกแรกเกิด | 20 | นาที |
| - การเจาะเลือดทารกเพื่อตรวจ PKU/TSH, Hct, MB | 20 | นาที |
| - การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด | 10 | นาที |
| 3. ประชุมปรึกษาหารือ | 30 | นาที |
| 4. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้ | 10 | นาที |

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษามารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด
3. หุ่นทารกแรกเกิดและอุปกรณ์อาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือทารก

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

หนังสืออ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองโรค

ป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, บริษัท เวิร์ค พรีนติ้ง จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ตารางกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุข 2564.

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการเก็บตัวอย่างส่งตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

http://www.neoscreen.go.th/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=43&Itemid=156

สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563.

จริยา ยงค์ประดิษฐ์. (2559). การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตในทารกแรกเกิด

ของโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5, ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม. หน้า 249-258.

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หน่วยควบคุมการติดเชื้อ. (2554). แนวปฏิบัติการเช็ดสะดือทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.

ปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2559). การพยาบาลสตรีระยะหลังคลอด ใน รัฐิพร อิงคถาวรวงศ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลมารดาและทารก เล่ม 2. โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา, พีโอดีไซน์.

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือ การรับบริการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลราชวิถี. กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านโสต ศอ นาสิก และหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี. กรุงเทพฯ.

Center for Disease Control and Prevention. (2020). What are Jaundice and Kernicterus?.

[Online] Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/jaundice/facts.html>, Accessed 10 June 2021.

- Slitine, N. E. I., Bennaoui, F., Sable, C. A., Martin, G. R., Hom, L. A., Fadel, A., ... & Maoulainine, F. M. R. (2020). Pulse oximetry and congenital heart disease screening: Results of the first pilot study in Morocco. *International journal of neonatal screening*, 6(3).
- Nuntnarumit, P., Thanomsingh, P., Limrungsikul, A., Wanitkun, S., Sirisopikun, T., & Ausayapao, P. (2018). Pulse oximetry screening for critical congenital heart diseases at two different hospital settings in Thailand. *Journal of Perinatology*, 38(2), 181-184.

เอกสารประกอบการสอน

การพยาบาลทารกแรกเกิด

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันทารกแรกเกิด

1.1 การอาบน้ำทารก ควรอาบน้ำทารกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทำการเช็ดตา เช็ดสะดือทุกครั้ง หลังการอาบน้ำหรือการเช็ดตัวให้ทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์ของการอาบน้ำทารก เพื่อชำระล้างสิ่งสกปรกออกจากร่างกายทารก ให้ร่างกายสะอาด ป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้ทารกรู้สึกผ่อนคลายและสบายตัว ซึ่งจะช่วยให้ทารกอารมณ์ดีและนอนหลับได้ดี

การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดร่างกายทารก ดังนี้

- 1) กะละมังสำหรับอาบน้ำทารก 1-2 ใบ
- 2) ผ้าขนหนูผืนเล็กหรือฟองน้ำสำหรับถูตัวทารก 1 ผืน
- 3) ผ้าขนหนูผืนใหญ่ 2 ผืน สำหรับห่อตัวและเช็ดตัวทารก
- 4) สบู่สำหรับเด็กทารก
- 5) สำลีปราศจากเชื้อ และน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว สำหรับเช็ดตา
- 6) ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อและน้ำยาฆ่าเชื้อที่ทาง รพ. ให้มา หรือ 70% แอลกอฮอล์

สำหรับเช็ดสะดือ

- 7) น้ำอุ่นที่อุณหภูมิพอดี (ประมาณ 34-36 องศาเซลเซียส)

ขั้นตอนการอาบน้ำทารก

- 1) ล้างมือให้สะอาด
- 2) เตรียมอุปกรณ์ของใช้ให้พร้อม
- 3) เตรียมสถานที่สำหรับอาบน้ำทารก โดยควรเป็นห้องที่ไม่มีลมพัดผ่าน ปิดแอร์ ปิดพัดลมให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนซึ่งจะทำให้ทารกตัวเย็นได้
- 4) เตรียมน้ำอุ่นสำหรับอาบ โดยปกติ น้ำอุณหภูมิประมาณ 34-36 องศาเซลเซียส หรือทดสอบโดยการใช้หลังมือสัมผัสน้ำที่เตรียมไว้ ให้รู้สึกอุ่นพอดีไม่ร้อนเกินไป ควรทดสอบอุณหภูมิน้ำก่อนการอาบน้ำทารกทุกครั้งเพื่อความปลอดภัยของทารก
- 5) ห่อตัวทารกแบบเปิดศีรษะ เพื่อทำการสระผมให้ทารกก่อน เมื่อสระผมเสร็จควรเช็ดผมให้แห้งทันทีเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารก
- 6) เปลี่ยนน้ำใหม่หรือเตรียมน้ำไว้อีก 1 กะละมัง สำหรับใช้อาบน้ำให้ทารก
- 7) อุ้มทารกโดยใช้มือข้างที่ถนัดจับบริเวณหัวไหล่และใช้แขนท่อนล่างประคองที่ด้านหลังและคอของทารก มืออีกข้างจับที่ขาของทารก อุ้มทารกให้เท้าสัมผัสน้ำก่อนเพื่อให้ค่อยๆ ปรับอุณหภูมิ

8. ใช้ฟองน้ำถูตัวกับน้ำชาโลมตัวทารกด้านหน้าให้เปียกแล้วฟอกสบู่ให้ทั่ว เน้นบริเวณซอกรักแร้ ซอกคอ ข้อพับ ขาหนีบ และล้างมือให้ทารก แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดให้หมดฟองและหายสิ้น

9. ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดประคองรักแร้และแขนท่อนล่างประคองที่หน้าอกทารก เพื่อทำความสะอาดด้านหลังของทารก ฟอกสบู่และล้างน้ำให้สะอาดเช่นกัน

10. อุ้มทารกออกจากกะละมังวางบนผ้าขนหนูสะอาดผืนใหม่และเช็ดตัวให้แห้ง การเช็ดตัวทารกให้ใช้วิธีค่อยๆซับให้แห้งเพื่อไม่ให้ผิวหนังที่ผิวทารกแรงเกินไป

11. ทาโลชั่นสำหรับทารกได้ ขณะทำให้ใช้วิธีการค่อยๆนวดตามแขน-ขา ให้ทารกด้วย เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ไม่แนะนำให้ทาแป้งฝุ่น แต่หากต้องการทาแป้งควรเทแป้งลงบนฝ่ามือแล้วลูบแป้งออกก่อน จึงนำแป้งที่ติดบนฝ่ามือทั้งสองข้างไปลูบที่ตัวทารก ห้ามเทแป้งลงที่ตัวทารกโดยตรงเพื่อป้องกันฝุ่นแป้งเข้าตาและจมูกของทารก

แสดงวิธีการอาบน้ำทารก



การสระผม



การถูตัวด้านหน้า



การถูตัวด้านหลัง



การเช็ดตัวทารก

รูปที่ 1 แสดงขั้นตอนการอาบน้ำ สระผมทารกแรกเกิด

1.2 การเช็ดตาทารก

ให้เช็ดตาทารกด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดจากหัวตาไปหางตาครั้งเดียว ไม่เช็ดย้อนไปมา ทำหลังจากอาบน้ำทุกครั้งหรือเมื่อตาแฉะหรือมีขี้ตา ขณะเช็ดตาหากพบว่าตาบวมแดงขี้ตาเยอะขึ้นและเป็นสีเหลืองปนเขียว ให้รีบพาทารกไปพบแพทย์ เพราะอาจมีการติดเชื้อที่ตาได้



รูปที่ 2 แสดงการเช็ดตาทารก

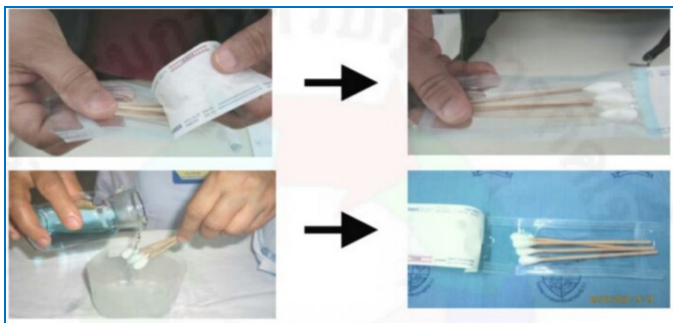
1.3 การเช็ดสะดือทารก

1.3.1 การเช็ดสะดือแห้ง เป็นสะดือของทารกอายุ 4 วันขึ้นไป ให้เช็ดไม้ที่ 1 เริ่มที่โคนสะดือก่อน โดยวนรอบโคนสะดือส่วนที่ชิดตัวสะดือที่สุดแล้ววนออกมารอบสะดือ กว้าง 1-2 นิ้ว ไม้ที่ 2 เช็ดจากโคนสะดือขึ้นไป ที่ปลายสายสะดือให้รอบตัวสะดือ ไม้ที่ 3 เช็ดที่ปลายตัดสายสะดือ และไม้พันสำลีก้อนที่ 4 เช็ดซ้ำที่ตำแหน่ง รอบโคนสะดือที่ติดกับผิวหนังทารกวนจากด้านในออกด้านนอกในทิศทางเดียวกันโดยวนออกรอบสะดือ 1-1.5 นิ้ว ควรเช็ดทำความสะอาดสะดือทารกทุกครั้งหลังการอาบน้ำ เพื่อไม่ให้น้ำขังอยู่ที่ซอกโคนสะดือซึ่งจะทำให้สะดืออักเสบได้ ปกติสะดือจะแห้งและหลุดออกไปเองในเวลาประมาณ 7-10 วัน และควรสังเกตลักษณะผิดปกติที่สะดือ เช่น มีเลือดซึมออกมาจากปลายสายสะดือ หรือโคนสะดือตลอดเวลาเช็ดแล้วยังไม่หยุด มีหนองหรือ discharge มีกลิ่นเหม็นซึมที่สะดือหรือรอบๆโคนสะดือบวม แดง ร่วมกับทารกมีอาการท้องอืดร่วมด้วย ให้รีบมาพบแพทย์โดยเร็ว เนื่องจากเป็นอาการแสดงถึงการติดเชื้อที่สะดือ



รูปที่ 3 แสดงการเช็ดสะดือทารกแบบแห้ง

1.3.2 การเช็ดสะดือแบบเปียก การเช็ดสะดือทารกใน 1-3 วันแรก ต่างจากสะดือแห้งเล็กน้อย คือเริ่มต้นเช็ดที่ปลายสายสะดือก่อน แล้วจึงเช็ดที่ตัวสายสะดือ เช็ดในทิศทางเช็ดลงจากปลายสายสะดือไปยังโคนสะดือ และเช็ดผิวหนังรอบๆโคนสะดือ รายละเอียดดังภาพ



การเตรียมสำลีปราศจากเชื้อและแอลกอฮอล์เช็ดสะดือ (หน่วยควบคุมการติดเชื้อ รพ.นพรัตนราชธานี, 2554)

ภาพแสดงการเช็ดสะดือทารกแบบเปียก



ไม้พินสำลีก้อนที่ 1 เริ่มที่เช็ดที่ปลายสายสะดือ



ไม้พินสำลีก้อนที่ 2 เช็ดจากปลายสายสะดือลง
มาที่ตัวสายสะดือ



ไม้พินสำลีก้อนที่ 3 เช็ดรอบโคนสะดือที่ติดกับผิวหนังทารกวนจากด้านในออกด้านนอก



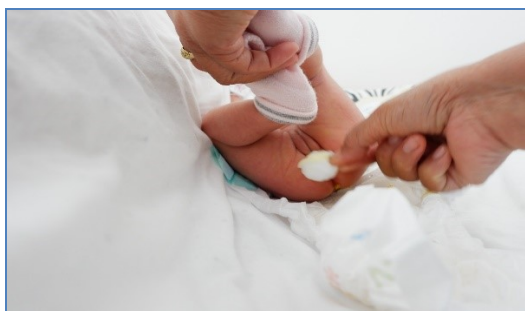
ไม้พินสำลีก้อนที่ 4 เช็ดซ้ำที่ตำแหน่งรอบโคนสะดือที่ติดกับ
ผิวหนังทารกวนจากด้านในออกด้านนอกในทิศทางเดียวกัน
โดยวนออกรอบสะดือ 1-1.5 นิ้ว

รูปที่ 4 แสดงขั้นตอนการเช็ดสะดือทารกแบบเปียก

ที่มา: หน่วยควบคุมการติดเชื้อ รพ.นพรัตนราชธานี (2554)

1.4 การดูแลความสะอาดหลังการขับถ่ายและการใช้ผ้าอ้อม ควรเช็ดทำความสะอาดก้นทารก และเปลี่ยนผ้าอ้อมใหม่ทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ไม่ปล่อยให้ทารกนอนแช่อุจจาระหรือปัสสาวะ เพื่อป้องกันการอักเสบของผิวหนังบริเวณก้นทารก โดยหลักการสำคัญ คือ เช็ดด้วยน้ำสะอาด เช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง ซับให้แห้งก่อนใส่ผ้าอ้อมผืนใหม่ หากพบว่าทารกคันแดงจากผิวหนังอักเสบ แนะนำให้ทารกนอนคว่ำ

เปิดบริเวณก้นให้โดนลมเพื่อให้ผิวแห้งก่อน จากนั้นทาครีมที่แดงด้วยวาสลีนเพื่อให้เคลือบผิวหนังบริเวณก้นก่อนการใส่ผ้าอ้อม และควรตรวจการใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปไปก่อนจนกว่าผิวหนังบริเวณก้นจะดีขึ้น



การเช็ดก้นทารก



ผิวหนังบริเวณก้นของทารกที่มีการอักเสบ

รูปที่ 5 แสดงการเช็ดทำความสะอาดก้นทารก

<https://www.amarinbabyandkids.com/parenting/baby/what-to-do-when-my-baby-have-sore-buttocks/3/>



VDO แสดงขั้นตอนการอาบน้ำ เช็ดตา และเช็ดสะดือทารกแรกเกิด

ที่มา: https://www.youtube.com/watch?v=_PHMwHbGnyA

1.5 การดูแลให้ได้รับนมอย่างเพียงพอ

โดยเฉลี่ยทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนหลังคลอด ต้องการพลังงานวันละ 120 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เมื่ออายุ 7-12 เดือน ต้องการพลังงานวันละ 100 แคลอรี ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เด็กวัยนี้ต้องการพลังงานมากเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว

พลังงานโดยเฉลี่ยของน้ำนมแม่ จากแม่ที่มีโภชนาการดี คือ 70 กิโลแคลอรี/100 ซีซี (นมแม่ 1 ออนซ์ ให้พลังงาน 20 กิโลแคลอรี) ทารกแรกเกิดควรได้รับนมทุก 2-3 ชั่วโมง ดังนั้นใน 1 วัน ทารกควรได้รับนม วันละ 8 มื้อ โดยปริมาณความต้องการของทารกแต่ละคนจะขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของทารก

สำหรับทารกที่จำเป็นต้องได้รับนมผสม ควรให้นมผสมอย่างน้อย 6-8 ครั้ง/วัน หรือทุก 3-4 ชั่วโมง ขณะให้นมควรประเมินการดูดกลืนของทารกว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่น มีอาการเขียว หายใจหอบ หายใจเหนื่อยหอบ ขณะดูดนมหรือไม่ ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดในทารกแรกเกิด

2. การให้วัคซีนในทารกแรกเกิดและการพยาบาล

วัคซีนที่ทารกได้รับในระยะแรกเกิดมี 2 ชนิด คือ BCG 0.1 ml Intradermal (ID) ที่หัวไหล่ด้านซ้าย เพื่อป้องกันวัณโรค และวัคซีน Hepatitis B (HBV) 0.5 ml IM ที่กล้ามเนื้อต้นขาด้านนอก (Vastus lateralis) ของทารก เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกรณีที่มารดาเป็นพาหะ หรือเป็นไวรัสตับอักเสบบี ในขณะตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิดจะได้รับวัคซีนเพิ่มอีก 1 ชนิด คือ HBIG (Hepatitis-B Immunoglobulin) ซึ่งเป็น Antibodies ต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนจะสามารถไปออกฤทธิ์ต่อต้านเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ทันที ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การพยาบาลภายหลังทารกได้รับวัคซีน

1. วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ HBIG หลังฉีดวัคซีนอาจมีอาการไข้ บวมแดงบริเวณต้นขาที่ฉีดวัคซีนได้ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ให้ใช้ความเย็นประคบเพื่อลดอาการปวดและบวม หากทารกมีอาการร้องไห้แง่มากซึ่งอาจหมายถึงมีอาการปวดมาก สามารถปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาพาราเซตามอลบรรเทาปวดสำหรับทารกแรกเกิดได้

2. วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) จะฉีดที่บริเวณหัวไหล่ด้านซ้ายของทารก หลังฉีดในวันแรกทารกอาจมีอาการร้องไห้ งอแงได้บ้าง หลังจากได้รับวัคซีนประมาณ 3-4 สัปดาห์ จะมีตุ่มหนองขึ้นบริเวณที่ฉีดวัคซีน ให้ใช้สำลีชุบน้ำต้มสุกเช็ดทำความสะอาดทุกวัน จนกว่าตุ่มหนองจะแห้งหายไปเอง ห้ามใช้ยาฆ่าเชื้อเช็ดที่ตุ่มหนอง ห้ามใช้เข็มเจาะหรือบ่งตุ่มหนอง หรือใช้มือแกะเกาตุ่มให้ตุ่มแตก เนื่องจากจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของวัคซีนลดลง ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้

นอกจากนี้ในระยะแรกเกิดทารกจะได้รับวิตามินที่สำคัญเพื่อช่วยในการแข็งตัวของเลือด และป้องกันภาวะเลือดออกง่ายในทารกแรกเกิดคือ วิตามินเค (Vit K) โดยปกติจะฉีดครั้งละ 1 mg. ส่วนปริมาณที่ใช้ขึ้นอยู่กับชนิดหรือยี่ห้อของวิตามินเค บางชนิด 1 mg = 0.5 cc, บางชนิด = 0.1 cc ฉีดเข้าที่กล้ามเนื้อต้นขาด้านข้างด้านนอก (Vastus lateralis) ของทารก



การฉีดวัคซีน BCG



การฉีดวัคซีน HBV

รูปที่ 6 แสดงตำแหน่งการฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิด

ที่มา: <https://th.momkidzone.com/immunizing-your-newborn>, <http://www.mamaexpert.com/posts/content-4080>

พยาบาลควรแนะนำให้มารดาพาทารกมารับวัคซีนชนิดอื่นๆ ตามช่วงอายุในตารางวัคซีน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ทารกมีภูมิคุ้มกันโรคและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในอนาคต

กำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564		
อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	HB1 (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)	ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
	BCG (วัคซีนป้องกันวัณโรค)	ฉีดให้เด็กก่อนออกจากโรงพยาบาล
1 เดือน	HB2 (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)	เฉพาะรายที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี
2 เดือน	DTP-HB-Hib1 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ)	ห้ามให้วัคซีนซ้ำครั้งที่ 1 ในเด็กอายุมากกว่า 15 สัปดาห์
	OPV1 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)	
	Rotar1 (วัคซีนโรต้า)	
4 เดือน	DTP-HB-Hib2 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ)	- ให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด 1 เข็ม พร้อมกับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน 1 ครั้ง - ห้ามให้วัคซีนโรต้าซ้ำครั้งที่ 2 ในเด็กอายุมากกว่า 32 สัปดาห์
	OPV2 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)	
	IPV (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด)	
	Rotar2 (วัคซีนโรต้า)	
6 เดือน	DTP-HB-Hib3 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ)	- ห้ามให้วัคซีนโรต้าซ้ำครั้งที่ 3 ในเด็กอายุมากกว่า 32 สัปดาห์ - ให้อยู่ในการเฝ้าระวังวัณโรคซ้ำครั้งที่ 3 ในเด็กที่ได้รับวัคซีน Rotarix มาแล้ว 2 ครั้ง
	OPV3 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)	
	Rotar3 (วัคซีนโรต้า)	
9 เดือน	MMR1 (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน-หัดเยอรมัน)	หากไม่ได้ฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รีบฉีดตามนัดโดยเร็วที่สุด
1 ปี	LAJE1 (วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจซีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)	
1 ปี 6 เดือน	DTP4 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน)	
	OPV4 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)	
	MMR2 (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน-หัดเยอรมัน)	
2 ปี 6 เดือน	LAJE2 (วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจซีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)	
4 ปี	DTP5 (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน)	
	OPV5 (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)	
ประถมศึกษาปีที่ 1 (ตรวจสอบประวัติ และเก็บตัววัคซีน)	MMR (วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน-หัดเยอรมัน)	เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์
	HB (วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี)	
	LAJE (วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจซีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์)	
	IPV (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด)	
	dT (วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก)	
	OPV (วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน)	
	BCG (วัคซีนป้องกันวัณโรค)	- ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและได้รับแสงแดดและวิตามินดี - ไม่ให้กินผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง

รูปที่ 7 แสดงตารางกำหนดการให้วัคซีนในเด็กไทย

ที่มา: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1077520201130095603.pdf>

3. การตรวจคัดกรองความผิดปกติในทารกแรกเกิดก่อนการจำหน่าย

การคัดกรองความผิดปกติของทารกก่อนการจำหน่าย เป็นการตรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและให้การรักษาได้ทันเวลา

3.1 การเจาะเลือดตรวจ PKU/TSH

การเจาะเลือดตรวจ PKU เพื่อวินิจฉัยภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด (Congenital Hypothyroidism :CHT) ไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นฮอร์โมนที่สำคัญต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายซึ่งหลังจากต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดจะมีผลต่อการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและเซลล์ของระบบประสาท ดังนั้นภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของระบบประสาท การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายและพัฒนาการด้านร่างกาย อาการแสดงของโรคจะไม่เห็นเมื่อแรกเกิด และมักแสดงอาการเด่นชัดเมื่ออายุมากกว่า 3 เดือน โดยทั่วไปอาการแสดงของทารกจะเห็นได้ชัดในระยะเดือนที่ 2-3 หลังคลอด โดยในช่วง 3 ขวบแรกจะเป็นช่วงที่สำคัญของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง หากทารกมีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนจะมีผลให้เกิดความพิการทางสมองและเกิดภาวะปัญญาอ่อนตามมา

แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาอย่างช้าไม่ควรเกินอายุ 2 สัปดาห์ เนื่องจากพัฒนาการของร่างกาย และสมองจะช้ากว่าเด็กทั่วไปและก่อให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนได้ การวินิจฉัยภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดทำได้โดยการตรวจค่าความผิดปกติของ TSH หากพบว่ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร ต้องติดตามเด็กมาเจาะซีรัมเพื่อตรวจยืนยัน ระดับ TSH และระดับ T4 หรือ Free T4 ร่วมด้วย หากพบว่ามีค่าผิดปกติจริงต้องได้รับการรักษาทันที

ภาวะพร่องเอนไซม์ย่อยสลายกรดอะมิโนฟีนิลอะลานีน (Phenylketonuria) คือ ภาวะพร่องเอนไซม์ย่อยสลายกรดอะมิโนฟีนิลอะลานีนหรือโรคฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria: PKU) เป็นโรคทางพันธุกรรมชนิดหนึ่งที่มีการถ่ายทอดแบบยีนด้อย เกิดจากความผิดปกติของการสร้างเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ย่อยสลายกรดอะมิโนฟีนิลอะลานีน (Phenylketonuria: Phe) ซึ่งเป็นกรดอะมิโนที่จำเป็นชนิดหนึ่ง (essential amino acid) ฟีนิลอะลานีนเป็นส่วนประกอบของอาหารโปรตีนทุกชนิด เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยขาดเอนไซม์นี้ จะทำให้มีการสะสมฟีนิลอะลานีนในเลือดสูง เซลล์สมองจะถูกทำลายและเกิดภาวะปัญญาอ่อนได้

โดยทั่วไปในทารกไทยทุกคนจะได้รับการตรวจคัดกรองโรคเอ๋หรือโรคปัญญาอ่อน โดยการเจาะเลือดตรวจ PKU (Phenylketonuria) หรือบางโรงพยาบาลตรวจ TSH เมื่อทารกอายุครบ 48 ชั่วโมงขึ้นไป และทารกต้องได้รับนมหรือโปรตีนทดแทนแล้วเท่านั้น เพื่อวิเคราะห์หาค่าความผิดปกติของเอนไซม์ดังกล่าวมาแล้ว โดยมีวิธีการเจาะเลือดเพื่อเก็บตัวอย่าง (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563) ดังนี้

การเตรียมอุปกรณ์สำหรับเก็บตัวอย่าง อุปกรณ์สำหรับใช้ในการเก็บตัวอย่างเลือดจากทารกประกอบด้วย

1. แอลกอฮอล์ 70 %
2. เข็มเบอร์ 24 ขนาด 1 นิ้ว หรือ Lancet ขนาด 2 มิลลิเมตร
3. สำลี
4. ถุงมือทางการแพทย์
5. กระดาษซับสำหรับเก็บเลือด

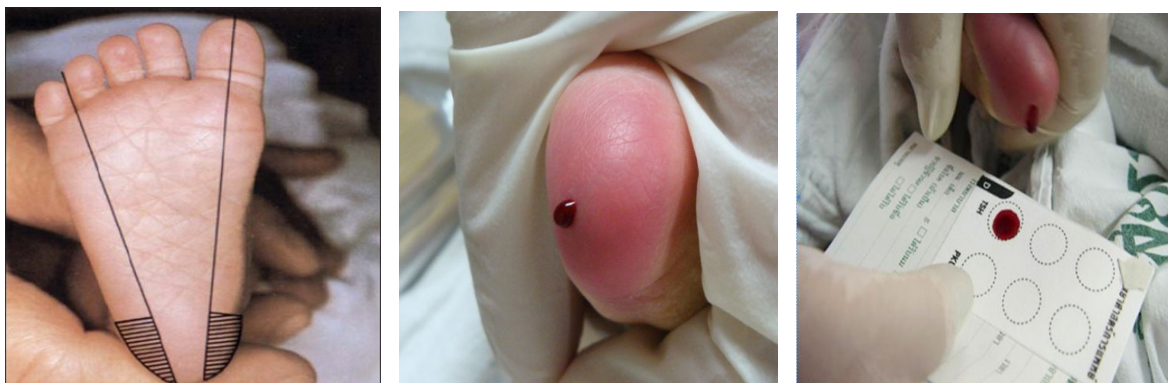


รูปที่ 8 แสดงอุปกรณ์สำหรับเจาะเลือดตรวจ PKU

ที่มา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563

ตำแหน่งและวิธีการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ PKU

ตำแหน่งเจาะเลือดที่นิยมมี 2 ตำแหน่ง ได้แก่ ส้นเท้า และหลังมือของทารก



แสดงการเจาะเลือดที่ส้นเท้าทารก



แสดงการเจาะเลือดที่หลังมือทารก

รูปที่ 9 แสดงการเจาะเลือดที่ส้นเท้าและมือทารก

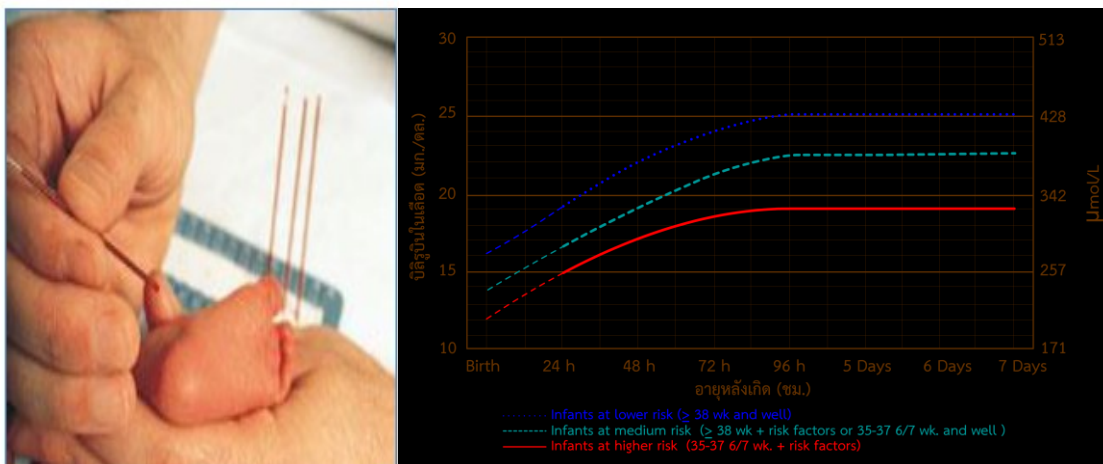
ที่มา: http://www.neoscreen.go.th/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=43&Itemid=156

3.2 การเจาะเลือดตรวจค่าสารสีเหลืองหรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (MB, HCT)

ก่อนการจำหน่ายทารกกลับบ้านจะมีการตรวจคัดกรองภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ซึ่งภาวะตัวเหลืองเกิดจากการที่ร่างกายทารกขับสารสีเหลืองออกได้ไม่ดี เนื่องจากการทำงานของตับในการเปลี่ยนสารสีเหลือง (Microbilirubin) ให้ละลายน้ำและขับออกทางอุจจาระและปัสสาวะยังไม่มีประสิทธิภาพพอ ร่วมกับทารกบางรายมีภาวะเม็ดเลือดแดงแตกมากกว่าปกติ หรือบางรายได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของทารกไม่ปกติ จึงขับสารสีเหลืองออกจากร่างกายได้ไม่ดี

สารสีเหลือง หรือ bilirubin หากคั่งในกระแสเลือดของทารกมากเกินไปจะทำให้เกิดอันตรายต่อสมอง เนื่องจากสารสีเหลืองจะไปจับที่เนื้อสมองทำให้เกิดภาวะชัก สมองพิการ และสูญเสียการได้ยิน ซึ่งเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ว่า Kernicterus (CDC, 2020) ในการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ MB จะตรวจค่า HCT เพื่อดูความเข้มข้นของเม็ดเลือดซึ่งใช้วิเคราะห์ค่าการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง หากพบว่าค่า HCT สูงเกินเกณฑ์ แสดงถึงมีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ และมักจะพบค่า MB สูงและมีภาวะตัวเหลืองตามมาได้ เมื่อนำค่า MB ที่ได้ มาเปรียบเทียบกับกราฟ ถ้าพบว่าสูงกว่าเกณฑ์ ทารกจะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลทารกที่มีความ

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองของแต่ละโรงพยาบาล เช่น รับการรักษาโดยการส่องไฟ หรือมีการติดตามอาการ โดยเจาะเลือดซ้ำใน 24-48 ชม. หรือ ให้กลับบ้านแล้วนัดมาตรวจภายหลัง 72 ชม.หรือเมื่ออายุ 7 วัน เป็นต้น



รูปที่ 10 แสดงการเจาะ MB และกราฟแสดงเกณฑ์ปกติของค่า MB ในทารกแรกเกิดแต่ละช่วงอายุ

ที่มา: https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388_551/Management_Neonatal_Jaundice/index2.html

ทารกที่ยังไม่ทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ถือว่ามีความเสี่ยง factor ไปก่อนจนกว่าจะทราบผล โดยเกณฑ์ในการพิจารณาจำแนกและนัด follow up (term newborn) มีดังนี้

1. ทารกที่มีค่า MB ก่อนจำหน่ายอยู่ใน High risk zone ควรแนะนำให้อยู่โรงพยาบาลต่อถ้าจำเป็นต้องจำหน่าย ต้องนัดติดตามค่า MB ภายใน 24 ชั่วโมง
2. ทารกที่มีค่า MB ก่อนจำหน่ายอยู่ใน High intermediate risk zone ให้นัดติดตามค่า MB ภายใน 24 -48 ชั่วโมง
3. ทารกที่มีค่า MB ก่อนจำหน่ายอยู่ใน Low intermediate risk zone ให้นัดติดตามค่า MB ภายใน 48 ชั่วโมง
4. ทารกที่มีค่า MB ก่อนจำหน่ายอยู่ใน Low risk zone และจำหน่ายหลัง 48 ชั่วโมง แนะนำให้มารดาสังเกตอาการตัวเหลืองของทารก
5. ควรติดตามค่า MB หลังจำหน่ายในทารกที่มีภาวะเสี่ยง ดังต่อไปนี้
 - 5.1 เกิดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์)
 - 5.2 น้ำหนักตัวน้อย (< 2,500 กรัม)

3.3 การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด ใช้วิธีการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนบริเวณปลายมือ ปลายเท้าของทารกในขณะที่หายใจในอากาศปกติ (Room air) ซึ่งมีความแม่นยำในการตรวจคัดกรองสูง (Slitine, et al., 2020) ปกติจะมีค่าอยู่ระหว่าง 95-100% ให้วัดที่มือข้างขวาเพื่อดูประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจทารกและวัดที่เท้าข้างใดก็ได้ในเวลาเดียวกัน เพื่อดูค่าออกซิเจนเปรียบเทียบกับ ซึ่งค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2Sat) ที่มือและเท้าไม่ควรต่ำกว่า 90% และไม่ควรห่างกันเกิน 3 % ถ้าพบว่าผลการคัดกรองเป็นบวกคือ วัดออกซิเจนได้ค่าน้อยกว่า 90% หรือวัดได้ 90- 95% โดยวัด 3 ครั้ง ห่างกัน 1 ชั่วโมง หรือค่าที่

ต่างกันระหว่างมือขวากับเท้ามากกว่า 3% โดยวัด 3 ครั้งห่างกัน 1 ชั่วโมง จะส่งตัวผู้ป่วยไปทำ echocardiogram เพื่อยืนยันและวางแผนการรักษา (จริยา ยงค์ประดิษฐ์, 2559; Nuntnarumit, et al., 2018)

การบันทึกค่า O_2Sat ที่วัดได้ในแบบบันทึก จะบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนและค่าดัชนีความแรงหรือความเข้มข้นของออกซิเจนที่มาเลี้ยงบริเวณส่วนปลาย (Perfusion index: PI) ซึ่งมีวิธีการบันทึก ดังนี้

		O_2Sat	PI
ตัวอย่างการบันทึกผล	มือขวา	97%	3.56
	เท้า	96%	3.05



รูปที่ 11 แสดงวิธีการวัดค่า O_2Sat ที่มือและเท้า

ที่มา: <https://www.pinterest.com/pin/316518680035525885/>

3.4 การตรวจการได้ยิน

การตรวจคัดกรองการได้ยิน สามารถตรวจตั้งแต่แรกเกิดในทารกแรกเกิดที่มีอายุตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Otoacoustic emissions(OAE) โดยการปล่อยเสียงกระตุ้น วัดเสียงสะท้อนจากเซลล์ขน ภายในหูชั้นใน ใช้เวลาตรวจประมาณ 10 วินาที -2 นาที ค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 150 -300 บาท ต่อครั้ง (โรงพยาบาลราชวิถี, 2563)

การตรวจการได้ยินจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาการสูญเสียการได้ยินในทารกได้ ซึ่งทารกที่สูญเสียการได้ยินจะมีพัฒนาการด้านการพูดล่าช้าหรืออาจเป็นใบ้ได้ ดังนั้นหากตรวจพบความผิดปกติ วินิจฉัยได้ก่อนอายุ 3 เดือน และได้รับการแก้ไขก่อนอายุ 6 เดือน จะสามารถช่วยแก้ไขพัฒนาการด้านการได้ยิน การพูด และทักษะทางสังคมของเด็กได้



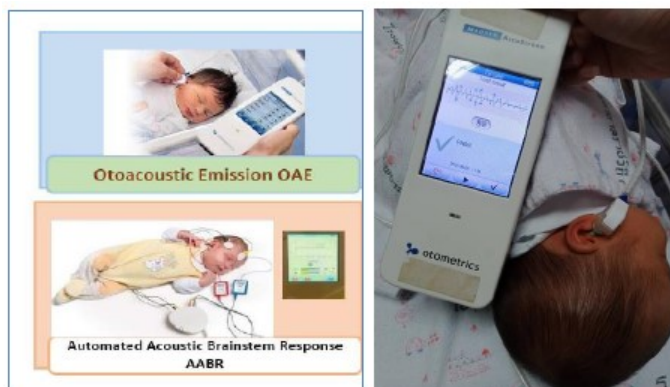
รูปที่ 12 แสดงอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ

ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี, 2563

วิธีการตรวจจะทำโดยให้ทารกนอนในห้องเงียบ และให้ทารกอยู่นิ่งๆหรือให้นอนหลับ แล้วใส่อุปกรณ์เข้าที่ช่องหูของทารก และปล่อยเสียง เครื่องจะแสดงผลการตรวจอัตโนมัติ การตรวจทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ไม่เจ็บปวด ทราบผลทันทีและมีความแม่นยำสูง โดยผลการตรวจจะแสดงค่า 2 ค่า ได้แก่

PASS หมายถึง การทำงานของเซลล์ขนในหูชั้นในเป็นปกติ คาดการณ์ได้ว่าทารกน่าจะมีการได้ยินปกติ

REFER หมายถึง การตรวจคัดกรองการได้ยินไม่ผ่าน ควรส่งตรวจซ้ำซึ่งอาจเกิดจากการมีการสูญเสียการได้ยินจริง หรือเกิดจากมีสิ่งอุดกั้นในหูชั้นนอกหรือหูชั้นกลาง เช่น ไข น้ำคร่ำ ขี้หู ทำให้ไปขัดขวางการตรวจวัดเสียงสะท้อนจากหูชั้นใน จำเป็นต้องส่งตรวจ OAE ซ้ำ หรือตรวจ Automated auditory brainstem response (AABR) หากผลตรวจยังไม่ผ่าน ต้องทำการตรวจการได้ยินในระดับก้านสมองต่อไปซึ่งการตรวจการได้ยินระดับก้านสมองจะมีค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 1,200-1,700 บาท/ครั้ง



รูปที่ 13 แสดงวิธีตรวจการได้ยิน

ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี, 2563

การฟื้นฟูการที่สูญเสียการได้ยิน มีวิธีการดังนี้

1. เครื่องช่วยฟัง (Hearing Aids) เป็นเครื่องช่วยขยายเสียงให้ผู้ป่วยได้ยินชัดขึ้นและได้ยินง่ายขึ้น
ตัวอย่างเครื่องช่วยฟังชนิดต่างๆ



รูปที่ 14 แสดงตัวอย่างเครื่องช่วยฟัง

ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี, 2563

2. ประสาทหูเทียม มักจะใช้กับผู้ป่วยที่มีประสาทหูเสื่อมอย่างรุนแรง ซึ่งต้องผ่าตัดเพื่อฝังประสาทหูเทียมเข้าไปในหูชั้นใน โดยสามารถผ่าตัดได้ตั้งแต่อายุ 1 ขวบขึ้นไป หลังจากผ่าตัดในประสาทหูเทียมแล้วต้องมารับการปรับเครื่องประสาทหูเทียม และฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินโดยการฝึกฟังและพูดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีพัฒนาการด้านการได้ยินใกล้เคียงกับเด็กปกติ



รูปที่ 15 แสดงตัวอย่างประสาทหูเทียม

ที่มา: โรงพยาบาลราชวิถี, 2563

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยหลังคลอด

การประเมินสภาพทารกแรกเกิด

แผนการสอน

หัวข้อ การประเมินสภาพทารกแรกเกิด

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 4 คาบ วันที่ 22-23 มีนาคม 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบได้อย่างถูกต้อง
2. ตรวจร่างกายเพื่อประเมินอายุครรภ์ทารกแรกเกิดได้
3. วิเคราะห์ความผิดปกติจากการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดได้
4. ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติเล็กน้อยได้
5. ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดเมื่อพบความผิดปกติต่างๆได้ถูกต้อง

เนื้อหา

1. การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบ

- 1.1 ศีรษะและใบหน้า
- 1.2 ลำคอและไหล่
- 1.3 ทรวงอกและการหายใจ
- 1.4 ผืนหนังท้อง
- 1.5 อวัยวะเพศ
- 1.6 แขน-ขา มือและเท้า
- 1.7 ผิวหนังและหลัง
- 1.8 ระบบประสาท (Reflex)

2. การตรวจร่างกายเพื่อประเมินอายุครรภ์โดยใช้ Ballard's Score

3. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทารกแรกเกิด

- 3.1 ระบบหายใจ
- 3.2 ระบบไหลเวียนโลหิต
- 3.3 ระบบเลือด
- 3.4 ระบบสารน้ำและเกลือแร่
- 3.5 ระบบไต
- 3.6 ระบบทางเดินอาหาร
- 3.7 ระบบขับถ่ายอุจจาระ
- 3.8 ระบบต่อมไร้ท่อ
- 3.9 ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

3.10 ระบบประสาท

4. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติเล็กน้อย

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

1. บอกวัตถุประสงค์ และเนื้อหา	10	นาที
2. สอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ	60	นาที
- การตรวจร่างกายตามระบบ	30	นาที
- การตรวจร่างกายเพื่อประเมินอายุครรภ์	20	นาที
3. ประชุมปรึกษาหารือ	30	นาที
4. ปฏิบัติทักษะการตรวจประเมินสภาพทารกแรกเกิด	40	นาที
5. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้	20	นาที
6. วิเคราะห์และนำเสนอกรณีศึกษา	40	นาที

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษาทารกแรกเกิด
3. หุ่นทารกแรกเกิด

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- แบบประเมิน พยบ. 234 ทักษะการนำเสนอกรณีศึกษา
- แบบประเมิน พยบ.205 การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่มารดาหลังคลอด
- แบบประเมิน พสศ342-06 ทักษะปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิด
- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลมารดาและทารกหลังคลอด
- การนำเสนอกรณีศึกษา

หนังสืออ้างอิง

- กนกวรรณ ฉันทะมงคล. (2556). การพยาบาลทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 8. โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, สมุทรปราการ: จามจุรีโปรดักส์ จำกัด.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์. (2554). การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. ด้านสุขภาพการพิมพ์ กรุงเทพฯ.
- วิไลพร สมานกลสิกรณ์. (2559). การประเมินและดูแลทารกแรกเกิดในภาวะเบี่ยงเบนเล็กน้อย ใน ฐิติพร อิงคदारวงศ์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลมารดาและทารก (เล่ม 2). โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา: พีดีไซน์.

- Ballard, J.L., Khoury, J.C., Wedig, K.L., Wang, L., Eilers-Walsman, B.L., & Lipp, R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *The Journal of pediatrics*, 119(3), 417-423.
- Barros, T. M. T., Gavilanes, E. R. O., & Barros, J. M. T. (2021). Polycythemia in the newborn: prevalence and associated factors. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 1, 1-6.
- Boskabadi, H., Rakhshanizadeh, F., Moradi, A., & Zakerihamidi, M. (2020). Risk factors and causes of neonatal hyperbilirubinemia: a systematic review study. *Journal of Pediatrics Review*, 8(4), 211-222.
- Cunningham, F.G., Levono, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., Sheffield, J.S. (2018). *Williams Obstetrics*, 25th Ed. Copyright @ McGraw-Hill Education. All rights reversed.
- Perry S.E., Hockenberry M.J., Lowdermilk D.L., and Wilson d. (2010). *Maternal Child Nursing Care*. 4th Ed. Elsevier Mosby, Canada.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 7th Ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S.S., Kyle, T., and Carman, S. (2013). *Maternity and pediatric nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

เอกสารประกอบการสอน

การประเมินสภาพทารกแรกเกิด

การประเมินสภาพทารกแรกเกิด ประกอบด้วยการตรวจร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบ และการตรวจร่างกายเพื่อประเมินอายุครรภ์

การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบ ควรทำการตรวจภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และตรวจอย่างละเอียด ซึ่งวัตถุประสงค์ของการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด มีดังนี้

- 1) เพื่อประเมินความพิการแต่กำเนิด
- 2) เพื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวของทารกเมื่ออยู่นอกครรภ์มารดา และค้นหาอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นเมื่อแรกเกิด
- 3) เพื่อประเมินผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (labor) การทำคลอด (delivery) ยาระงับความปวด หรือยาระงับความรู้สึกที่มารดาได้รับขณะคลอดและขณะคลอดที่มีต่อทารก

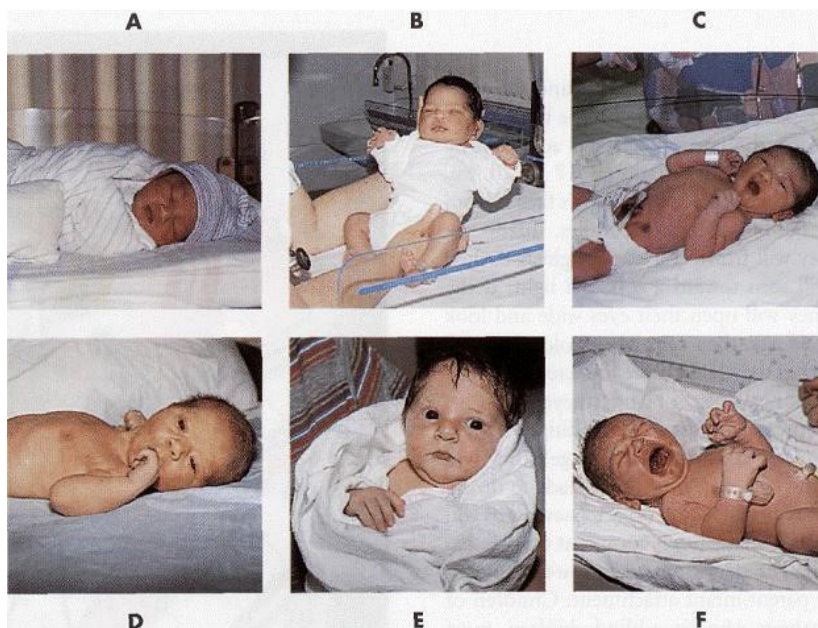
การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดประกอบด้วยการดู การฟัง การเคาะ และการคลำ โดยการตรวจควรเริ่มจากการดู การฟัง การคลำ การตรวจรีเฟล็กซ์ และการเคาะ เพื่อป้องกันทารกร้องก่อนจะตรวจครบทุกระบบ ดังนั้นการตรวจที่รบกวนทารกหรือทำให้เกิดความเจ็บปวดควรทำเป็นลำดับสุดท้ายของการตรวจ โดยสรุปการตรวจร่างกายทารกควรปฏิบัติ ดังนี้

การดู ควรสังเกตทารกโดยเริ่มจากการดูท่าทางที่ทารกกำลังนอนอยู่บนที่นอน และไม่ต้องรบกวนทารก จากนั้นถอดเสื้อผ้าออกให้หมด สังเกตสีผิว ขนาด สัดส่วนของร่างกาย ภาวะโภชนาการ การหายใจ และการเคลื่อนไหวของศีรษะ ใบหน้า แขนและขา

การฟังและการคลำ การฟังเสียงหายใจ เสียงหัวใจทารกควรทำในขณะที่ทารกอยู่ในระยะหลับตื้นๆ หรือตื่นเฝ้าเคลื่อนไหวร่างกายเพียงเล็กน้อย หากทารกร้องไห้ การตรวจจะทำได้ยากหรือตรวจไม่ได้ หากทารกร้องไห้อาจให้ทารกดูดนิ้วมือตัวเองเพื่อช่วยให้ทารกสงบขณะตรวจ

การตรวจรีเฟล็กซ์ ข้อสะโพก และการวัดสัดส่วน ควรทำการตรวจเหล่านี้เป็นอันดับหลังๆ เนื่องจากจะทำให้ทารกร้องไห้

การตอบสนองของทารกต่อการตรวจ ในขณะตรวจทารกอาจจะอยู่ในระดับความตื่นตัวที่แตกต่างกัน โดยระดับความตื่นตัวของทารก (level of arousal) ที่ดีในขณะที่ทำการตรวจร่างกาย คือ อยู่ในภาวะหลับตื้น (light sleep state) หรือภาวะตื่นและเคลื่อนไหวเล็กน้อย (awake, quiet alert) ระดับความตื่นตัวของทารก ดังแสดงในรูปที่ 1



A=Deep sleep, B= Light sleep, C= Drowsy, D = Quiet alert, E= Active alert, F= Crying

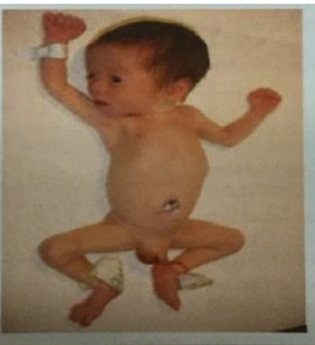
รูปที่ 1 ระดับความตื่นตัวของทารก (Level arousal)

ที่มา: Perry et al., 2010: 638

1. การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบ

1.1 ลักษณะทั่วไปของทารกแรกเกิด การตรวจลักษณะทั่วไปทำโดยการดูขนาดของทารก สัดส่วนของศีรษะกับลำตัว ความยาวของแขน-ขา รูปร่างภายนอกของทารกแรกเกิด ดูท่าทางขณะอยู่นิ่งและเคลื่อนไหว ทารกปกติจะเคลื่อนไหวได้ทั่วร่างกาย และดูความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักแรกเกิดกับอายุครรภ์ ลักษณะภายนอกของทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และน้ำหนักตัวแรกเกิด ซึ่งความแตกต่างของลักษณะภายนอกของทารกแรกเกิดที่ครบกำหนดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ AGA, SGA และ LGA ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกลักษณะของทารกแรกเกิดครบกำหนด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2554)

ทารก AGA	ทารก SGA	ทารก LGA
-สัดส่วนศีรษะเหมาะสมกับลำตัว -เส้นรอบวงศีรษะกว้างกว่าเส้นรอบอก 2 เซนติเมตร	-อาจมีศีรษะโตเมื่อเทียบกับลำตัว เรียกว่า disproportionate หรือ asymmetrical SGA infant -อาจมีผิวหนังเหี่ยวย่น (wrinkle)	-มักพบในทารกที่มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งลักษณะจะพบลำตัวโต ไม่ได้สัดส่วนกับแขน-ขา -อาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพัฒนาช่วงล่างของร่างกาย ทำให้มีขาสั้นกว่าปกติ
		

1.2 การตรวจร่างกายตามระบบ

1.2.1 ผิวหนัง (skin) ลักษณะปกติของผิวหนังจะมีลักษณะนุ่มเรียบ สีชมพู หรือกลายเป็นจ้ำ (mottling หรือ cutis marmorata หรือ marble skins) เนื่องจากกลไกการควบคุมหลอดเลือดฝอยยังทำงานไม่เต็มที่ ทำให้บางส่วนขยายตัวและบางส่วนหดตัวจึงเห็นผิวหนังเป็นจ้ำสีขาวซีดสลับกับสีแดงหรือเกิดจากภาวะตัวเย็น อาจพบไขเคลือบตามร่องขาหนีบ รักแร้ (vernix caseosa) และรอยด่างสีน้ำเงินปนเทาที่บริเวณก้น (Mongolian spot) ซึ่งจะคงอยู่นานจนถึงอายุประมาณ 6 ปี นอกจากนี้อาจพบจุดขนเล็กบริเวณ คาง จมูกและหน้าผาก ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของต่อมไขมัน เรียกว่า milia (epidermal retention cyst) บางรายพบผื่นฐานตื้นเป็นสีชมพูตรงกลางเป็นจุดสีขาว เรียกว่า erythema toxicum หรือ newborn rash พบบ่อยในช่วง 1-3 วันหลังคลอด เกิดจากการปรับตัวเมื่อสัมผัสกับสภาพแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้ยังอาจจะพบลักษณะของผิวลอก (desquamation หรือ peeling of the skin) มักพบที่มือและเท้า และจะหายไปในเวลา 2-3 วัน หลังคลอด ในทารกก่อนกำหนดผิวจะลอกช้ากว่าซึ่งจะลอกประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนทารกเกินกำหนดจะพบผิวลอกแรกเกิดทันที ปานแดงชนิดเรียบ (macular hemangioma) มักพบบริเวณเปลือกตา หน้าผาก และท้ายทอยจะคงอยู่นานประมาณ 1 ปี ผื่นแดงตรงกลางผื่นเป็นตุ่มนูนสีซีด (erythema toxicum) พบตามผิวหนังทั่วไปมักพบในทารกอายุ 24-48 ชั่วโมงจนถึง 3 สัปดาห์ และผื่นจะจางหายไปภายใน 2-3 ชั่วโมง คุณลักษณะการเขียวของมือและเท้า ซึ่งเกิดจากการไหลเวียนเลือดที่มือและเท้าช้าลง ทำให้มองเห็นมือและเท้ามีสีม่วงคล้ำ (acrocyanosis) มักพบได้บ่อยในทารกอายุ 24-48 ชม. และพบในภาวะที่ทารกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เย็นและมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ให้การดูแลโดยการห่อตัวทารก ใส่ถุงมือ ถุงเท้าและให้ความอบอุ่นได้ Radian warmer (Ricci, et al., 2013: 579-581)



รูปที่ 2 แสดงตัวอย่างลักษณะผิวหนังปกติที่พบได้ในทารกแรกเกิด

ที่มา: <https://www.pinterest.com/pin/AZ4Y6l2h3BH97J0yXsrDxuR2tKbqGa7hOXFkUsOE2pufMwgi0MBjLyc/>,

https://www.researchgate.net/publication/332282947_Neonatal_Birthmarks_A_Pro prospective_Survey_in_1000_Neonates,

<https://www.shutterstock.com/th/search/vernix+caseosa>, <https://www.pinterest.com/pin/415597871847138616/>,

<https://ijidvl.com/frequency-of-birthmarks-and-transient-skin-lesions-in-newborns-according-to-maternal-factors-diseases-drugs-dietary-supplements-and-tobacco/>.

<https://today.line.me/th/v2/article/aa4d82b3e223d189183823b6760fd0fdb9b116446bb62ea569d7631755f4aea3>.

ลักษณะของผิวหนังทารกแรกเกิดแบ่งตามอายุเป็นทารกก่อนกำหนด ทารกครบกำหนด และทารกเกินกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2

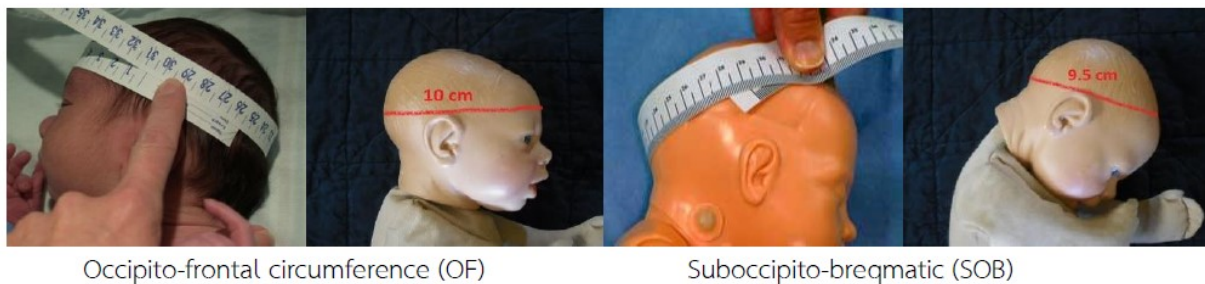
ตารางที่ 2 ลักษณะผิวหนังของทารกแรกเกิดแบ่งตามอายุครรภ์ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2554)

ทารกก่อนกำหนด (อายุครรภ์ ≤ 37 สัปดาห์)	ทารกครบกำหนด (อายุครรภ์ $> 37-42$ สัปดาห์)	ทารกเกินกำหนด (อายุครรภ์ > 42 สัปดาห์)
ผิวหนังเรียบและแดง หากมีอายุครรภ์ ยิ่งน้อย ผิวจะยิ่งบางมากคล้ายวุ้น (gelatinous) โปร่งใส (transparent) เห็นหลอดเลือดดำที่หน้าท้องชัดเจน	ผิวหนังเรียบ (smooth) และชมพูเห็น หลอดเลือดดำที่หน้าท้องไม่ชัด	ผิวหนังลอก (desquamation) ตั้งแต่ แรกเกิด จากการที่เลือดไหลเวียนไปที่ รกลดลงขณะอยู่ในครรภ์ และผิวหนังมี รอยย่น (wrinkle)
		

1.2.2 ศีรษะ (Head) กะโหลกศีรษะของทารกแรกเกิดมี 6 ชิ้น ประสานกันโดยเนื้อเยื่อที่เรียกว่ารอยประสานของกะโหลก (sutures) บริเวณที่ sutures มาบรรจบกันเรียกว่ากระหม่อม (fontanel) ซึ่งมี 2 ตำแหน่ง คือ กระหม่อมหน้า (anterior fontanel) มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน เส้นผ่านศูนย์กลางกว้างสุด 4-6 ซม. จะปิดสนิทประมาณ 18 เดือน และกระหม่อมหลัง (posterior fontanel) มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยม ขนาด 1-2 ซม. จะปิดประมาณ 6-8 สัปดาห์ ความยาวรอบศีรษะทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ยประมาณ 32-38 ซม. (Ricci, et al., 2013: 578) เมื่ออายุ 4 เดือนจะมีความยาวรอบศีรษะ ประมาณ 40 ซม. และเมื่ออายุ 12 เดือนจะมีความยาวรอบศีรษะเพิ่มขึ้นอีก 15-17 ซม.

การตรวจศีรษะจะดูลักษณะและขนาดของศีรษะ เส้นผมละเอียด สีดำ ระดับแนวเส้นผมด้านหลังจะอยู่ไม่ต่ำกว่า ด้านข้างของเส้นลายของผิวหนังคอ (Lateral neck crease) หากต่ำกว่าถือว่ามคอสั้น (Short neck or webbed neck) โดย การตรวจวัดขนาดของศีรษะทำได้ ดังนี้

1) การวัดเส้นรอบวงศีรษะ (Occipito-frontal circumference, OF) ให้วัดส่วนที่กว้างที่สุดของ ศีรษะ โดยให้สายวัดพาด External occipital protuberance และหน้าผากส่วนที่ยื่นนูนที่สุด หรือให้ขอบล่างของสายวัดวาง บนขอบบนของคิ้ว ค่าเฉลี่ยประมาณ 32-38 ซม. และเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 10 ซม. การวัดเส้นรอบวงตำแหน่งใต้กระดูกท้ายทอยถึงกระหม่อมหน้า (Suboccipito-bregmatic, SOB) วัดจากบริเวณใต้ท้ายทอยทางด้านหลังอ้อมรอบศีรษะไปผ่านบริเวณกระหม่อมหน้า ค่าเฉลี่ยประมาณ 30 ซม. และเส้นผ่านศูนย์กลาง ประมาณ 9.5 ซม. ดังแสดงในรูปที่ 3



Occipito-frontal circumference (OF)

Suboccipito-bregmatic (SOB)

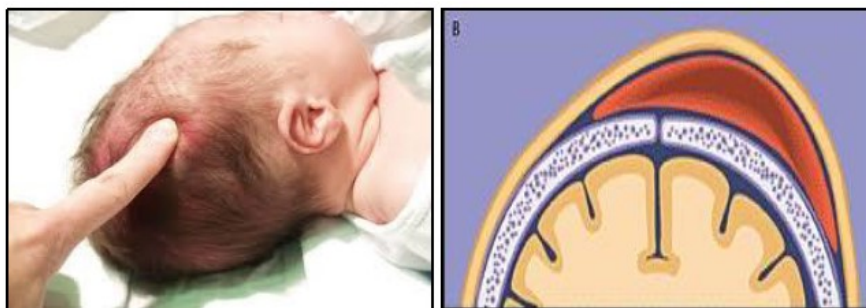
รูปที่ 3 แสดงการวัดเส้นรอบศีรษะทารก

ที่มา: <https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery/head.html>

2) ลักษณะความผิดปกติของศีรษะทารกแรกเกิด

2.1) Molding คือ การเกยกันของกระดูกศีรษะ เกิดจากทารกมีการปรับขนาดของศีรษะ เพื่อให้สามารถผ่านช่องคลอดของมารดาได้ในทารกที่เกิดท่าหัวทำให้ศีรษะมีรูปร่างยาว คลำพบลักษณะกระดูกนูนตามแนวรอยต่อ (suture) และจะหายไปภายใน 2-3 วันหลังคลอด

2.2) Caput succedaneum คือ ลักษณะศีรษะบริเวณที่เป็นส่วนนำบวม เนื่องจากเมื่อถุงน้ำทันทันหัวแตก ศีรษะทารกจะถูกกดโดยตรงกับขอบของปากมดลูกที่ยังเปิดไม่หมด ทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดที่มาจากบริเวณหนังศีรษะไหลเวียนกลับศีรษะส่วนนั้นเป็นไปไม่สะดวกน้ำเหลืองจากเลือดจึงซึมออกมาคั่งอยู่ทำให้บวมขึ้น ในภาวะนี้ไม่จำเป็นต้องทำการรักษา เนื่องจากจะหายไปเองหลังคลอด ส่วนใหญ่ภายใน 2-3 วัน ดังแสดงในรูปที่ 4



รูปที่ 4 แสดงลักษณะของ Caput succedaneum

ที่มา: <http://www.mamaexpert.com/posts/content-663>,

2.3) Cephal hematoma คือ การมีเลือดออกที่เยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ เลือดค่อยๆ ซึมออกช้าๆ และคั่งอยู่ภายใต้เยื่อหุ้มกระดูกกะโหลกศีรษะ (periosteum) ทำให้คลำได้เป็นก้อนนูน หนังศีรษะไม่เปลี่ยนสี มีขอบชัดเจน ไม่ข้ามรอยต่อกะโหลกศีรษะ (suture) มักเป็นที่กระดูก parietal การเกิดภาวะเลือดออกนี้ถ้าเลือดออกมากในบางรายอาจทำให้ทารกซีดลง เกิดการแตกตัวของเม็ดเลือดสูงและเกิดภาวะตัวเหลืองตามมาได้ โดยการเกิดภาวะนี้ที่โดยทั่วไปเลือดมักหยุดเองและค่อยๆ หายไปภายในประมาณ 1/2 -1 เดือน (Ricci, et al., 2013; Boskabadi, et al., 2020) ดังแสดงในรูปที่ 5



รูปที่ 5 แสดงลักษณะของ Cephal hematoma

ที่มา: <https://www.aafp.org/afp/2008/1015/p953.html>

2.4) Craniotabes กระดูกกะโหลกศีรษะอ่อนหรือนิ่มกว่าปกติเกิดจากการเจริญที่ยังไม่สมบูรณ์ของ กระดูกกะโหลกศีรษะ มักพบบริเวณใกล้รอยประสานของกระดูกกับกระดูกหน้า หากเอามือกดบริเวณนี้จะมีเสียงกรอบแกรบและจะค่อยๆ หายไปภายใน 1 เดือน

2.5) Anencephaly ทารกที่ไม่มีสมอง ซึ่งทารกมักจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานหลังคลอด

2.6) Encephalocele ทารกที่มีสมองบางส่วนยื่นออกมานอกกะโหลกศีรษะ สมองส่วนที่ยื่นออกมาจะมี เยื่อบางๆ และผิวหนังปกคลุม พบได้บริเวณท้ายทอยซึ่งทารกจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วย

2.7) Hydrocephalus หรือ Hydrocephaly คือภาวะที่มีการขยายของช่องสมอง (cerebral ventricle) จากการสะสมของน้ำไขสันหลังภายในกะโหลกศีรษะจากการอุดตันของท่อไขสันหลัง ทำให้ทารกมีศีรษะโตกว่าปกติและกระดูกหน้าโป่งตึง

2.8) Microcephaly คือ ทารกที่มีศีรษะเล็กกว่าปกติ ซึ่งมักพบว่าสัมพันธ์กับภาวะปัญญาอ่อน



Anencephaly

Encephalocele

Hydrocephaly

Microcephaly

รูปที่ 6 แสดงลักษณะความผิดปกติของศีรษะ

ที่มา: <https://healthjade.net/anencephaly/>, <https://www.hxbenefit.com/encephalocele.html>

1.2.3 ใบหน้า หู ตา จมูก ปากและในคอ การตรวจใบหน้าจะดูความสมมาตร (symmetry) ของใบหน้าทั้งสองข้าง ซึ่งใบหน้าอาจจะไม่เท่ากัน (facial asymmetry) เนื่องจากขากรรไกรล่างกดกับหัวไหล่ขณะอยู่ในครรภ์และใบหน้าทั้งสองข้างจะเท่ากันเมื่อทารกเติบโตขึ้น บริเวณหน้าผากอาจจะพบตุ่มพองมีน้ำใส (vesicle) ขนาด 1-2 มม. ซึ่งเกิดจากการมีเหงื่อคั่งใต้ผิวหนัง เรียกว่า miliaria crystallina หรือ sudamina rash

ดูรอยแผลบริเวณใบหน้า หากคลอดด้วยคีม (forceps extraction) อาจพบรอยถลอก (abrasion) หรือจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง (ecchymosis) และมีการอัมพาตของเส้นประสาทคู่ที่ 7 (facial nerve palsy) มีผลทำให้ทารกหลับตาไม่ได้และมีปากเบี้ยว ดังแสดงในรูปที่ 7



Facial asymmetry

Miliaria crystallina

Ecchymosis

Facial nerve palsy

รูปที่ 7 แสดงลักษณะใบหน้าปกติ และใบหน้าที่ผิดปกติของทารกแรกเกิด

ที่มา: เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2554; 37.

ใบหู ปกติจะพับแล้วคี่นรูปได้ ขนาดและลักษณะปกติ อาจพบรูเปิดขนาดเล็กที่หน้าหู (preauricular pit) หรือมีติ่งที่หน้าหู (preauricular tag) นอกจากนี้จะดูลักษณะความผิดปกติของใบหน้าที่แสดงถึงความผิดปกติของกลุ่มอาการต่างๆ เช่น frontal meningocele เป็นความผิดปกติของการเลื่อนของเนื้อสมองบางส่วนผ่านช่องว่างของกระดูกหน้าผาก (frontal bone) D-trisomy (Patau syndrome) เป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 13 จะพบศีรษะเล็ก หน้าผากลาดลง นัยน์ตาเล็ก ปากแหว่ง (พบร้อยละ 60-80) เพดานโหว่ ใบหูมีรูปร่างผิดปกติ และอาจจะอยู่ต่ำกว่าปกติ (low-set ears), E-trisomy (Edwards syndrome) เป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 18 จะพบว่าเส้นผ่านศูนย์กลางของกระดูก parietal bones แคบ ท้ายทอยยื่น ช่องว่างหนังตาสั้น ปากเล็ก คางเล็ก (micrognathia) ใบหูเล็ก รูปร่างผิดปกติและอยู่ต่ำ, Down's syndrome เป็นความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 จะพบลักษณะศีรษะเป็น brachycephaly ท้ายทอยแบน ศีรษะเล็ก จมูกเล็ก ตั้งจมูกแบน (low nasal bridge) ตามี epicanthal folds และหางตาชี้ขึ้น ใบหูเล็ก ลิ้นมีขนาดใหญ่ และยื่นออกมาปาก ดังแสดงในรูปที่ 8



frontal meningocele

D-trisomy syndrome

E-trisomy

Down's syndrome

รูปที่ 8 แสดงลักษณะใบหน้าที่มีความผิดปกติจากกลุ่มอาการต่างๆ

ที่มา: <http://www.sarawakeyecare.com/caseoftheweek/case24a.htm>, <https://noahsdad.com/physical-characteristics/>, <https://geneticeducation.co.in/trisomy-13-patau-syndrome-definition-causes-symptoms-life-expectancy-and-diagnosis/>

ตา การตรวจจะดูขนาด รูปร่าง และตำแหน่งของตาวาลูกตา (eyes ball) อยู่ลึกในกระบอกตาเท่ากันหรือไม่ ตรวจดูว่ามีลักษณะของตาเหล่ (strabismus) หรือไม่ ดูหนังตา (eyelid) โดยจะดูสี การบวมและสิ่งคัดหลั่งจากตา ดูตาขาว (sclera) ซึ่งอาจมีเลือดออกใต้เยื่อบุตารอบๆ แก้วตา (subconjunctival hemorrhage)

เนื่องจากหลอดเลือดฝอยแตกจากแรงดันที่สูงมากในขณะที่ทารกผ่านช่องทางคลอด พบได้ร้อยละ 5 ในทารกแรกเกิด และจะหายไปเองภายใน 2-3 สัปดาห์ ความใสของกระจกตา ปกติกระจกตาทารกอาจจะมัวเล็กน้อยใน 2-3 วันแรก จากการบวมน้ำแต่หลังจากนั้นจะปกติ ดูว่ามีสารคัดหลั่งจากดวงตาหรือไม่ซึ่งปกติจะไม่พบ คุณลักษณะที่น่าสงสัยว่ามีต้อกระจก (congenital cataract) หรือต้อหินแต่กำเนิด (congenital glaucoma) หรือไม่ และดูการเคลื่อนไหวของลูกตาซึ่งต้องไปในทิศทางเดียวกันเมื่อทารกกลอกตา



Strabismus

subconjunctival hemorrhage

congenital cataract

congenital glaucoma

รูปที่ 9 แสดงลักษณะความผิดปกติของตาในทารก

ที่มา: <https://www.pinterest.com/pin/524106475377573813/>, <https://www.healthcarethai.com>,
https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery/eyes.html#subconjunctival_hemorrhage.

จมูก การตรวจจะดูรูปร่าง ขนาดและความโค้ง (patency) การบวมของผิวหนังบริเวณเหนือจมูก โดยตรวจรูปร่างภายนอก จะดูความพิการ การอักเสบ รอยโรคของผิวหนังบริเวณจมูกและรูจมูก ดูว่ารูจมูกเท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ อาจพบลักษณะตุ่มสีขาวเล็กๆ บริเวณจมูกทารกซึ่งเกิดจากการสะสมของ keratin เรียกว่า milia จะแตกและหายไปเองเมื่อทารกอายุประมาณ 2-3 สัปดาห์

ตรวจดูความโค้งของรูจมูกโดยใช้ไฟฉายส่องดูว่ามีสิ่งอุดตันหรือเยื่อจมูกบวมหรือไม่ เพราะทารกแรกเกิดจะหายใจได้ทางจมูกเท่านั้น จะสามารถหายใจทางปากได้เมื่ออายุประมาณ 6 สัปดาห์ ถ้ารูจมูกอุดตันจะทำให้ทารกมีอาการหายใจลำบากได้ หรือประเมินความโค้งโดยใช้สายลึงจ่อจมูกที่ละข้าง แล้วดูการเคลื่อนไหวของสายลึง หากทารกจมูกอุดตันหรือตีบแคบสายลึงจะเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่เคลื่อนไหวเลย

ปากและในคอ การตรวจจะดูลักษณะภายนอกปกติจะเป็นสีชมพู เรียบและชุ่มชื้น อาจพบลักษณะเม็ดพองตรงกลางบริเวณริมฝีปากบน จะแห้งลอกหลุดออกแล้วขึ้นมาใหม่เรียกว่า sucking callus มุมปากปกติจะมีการเคลื่อนไหวที่เท่ากันทั้งสองข้างขณะอ้าปาก ภายในปากเวลาทารกอ้าปากหาหรือร้องไห้ ให้สังเกตดูสีของเหงือก เพดานปากจะเป็นแผ่นปิดสนิทไม่มีเพดานโหว่ (cleft palate) ดูลิ้นและ frenulum เป็นเนื้อเยื่อบางๆยึดอยู่ใต้ลิ้นปกติจะต้องไม่ยึดใกล้ปลายลิ้น ถ้าพบว่ามีรอยยึดของ frenulum ใกล้ปลายลิ้นหรือมีความหนามากกว่าปกติ จะทำให้การเคลื่อนไหวของลิ้นถูกจำกัด ปลายลิ้นยื่นออกมาไม่พ้นเหงือก เรียกว่า tongue tie ทำให้ทารกดูดนมแม่ลำบาก ดูว่ามีฟันชุดเกินหรือฟันน้ำนม (neonatal tooth) หรือไม่ถ้าคลำแล้วพบว่าโยกมากให้เอาออกเพื่อป้องกันการหลุดและทารกสำลักได้ ลิ้นไก่ (uvula) ให้ดูขนาดและตำแหน่งว่าปกติหรือไม่ อาจพบลักษณะจุดขาวเล็กๆที่เพดานอ่อน หรือตามเหงือกเรียกว่า Epstein's pearl ไม่เป็นอันตรายหายไปเองได้ ส่วนความผิดปกติของปากที่พบ ได้แก่ ปากแหว่ง (cleft lip) เพดานโหว่ (cleft palate) ดังแสดงในรูปที่ 10



รูปที่ 10 แสดงลักษณะปกติ และความผิดปกติของปาก

ที่มา: เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์, 2554: 47; <https://wmsmile.com/understanding-cleft-lips-and-palates-and-your-treatment-options/>; <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/341>

1.2.4 คอ (neck) ปกติลำคอของทารกจะสั้น ผิวหนังย่น ตรวจร่างกายโดยการจับศีรษะทารกหันหน้าซ้าย-ขวา แหงนหน้าและก้มหน้าดูการเคลื่อนไหว คลำกระดูกไหปลาร้าว่าหักหรือไม่ หรือมีลักษณะคอสั้น (Webbed neck) คอเอียง (Torticollis/wry neck) หรือไม่



รูปที่ 11 แสดงลักษณะความผิดปกติของคอ

ที่มา: https://www.researchgate.net/publication/228818938_Turner_Syndrome_in_a_neonate/figures?lo=1
<https://babyexcel.com/torticollis-in-babies/>

1.2.5 ทรวงอก (thorax) ทรวงอกปกติจะมีลักษณะเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ความยาวรอบอก (Chest circumference) วัดโดยใช้สายวัดพาดผ่านเส้นราวนม (Nipple line) ปกติยาวประมาณ 31-33 ซม. ยาวน้อยกว่ารอบศีรษะประมาณ 2-3 ซม. ในระยะหายใจเข้าจะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและมองเห็นกระดูกซี่โครงซี่โครงคอด้านหน้ามีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 ซม. อาจพบเต้านมตั้งในวันที่ 2-3 เนื่องจาก hormone จากมารดา บางครั้งมีน้ำนมไหลออกมา เรียกว่า witch's milk ซึ่งพบได้ในสัปดาห์แรกและอาจพบตุ่มนมเกินมา (supernumerary nipples)

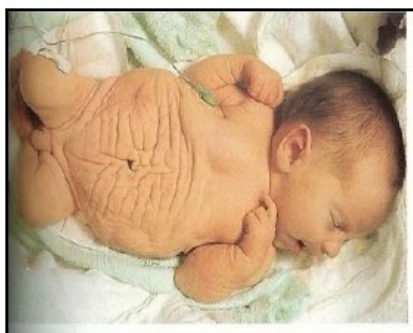
การหายใจปกติ มีลักษณะไม่สม่ำเสมอ เร็วและหยุดเป็นพักๆ (periodic breathing) ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal breathing) มากกว่ากล้ามเนื้อทรวงอก อัตราการหายใจประมาณ 40-60 ครั้ง/นาที ระยะหยุดหายใจต้องไม่เกิน 20 วินาที ถ้ามีการหยุดหายใจนานเกิน 20 วินาที เรียกว่าภาวะหยุดหายใจ (apnea)

การเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 110-160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur หรือพบ murmur เล็กน้อย คือเสียงเบาไม่ชัดเจน (murmur ระดับ 1) ซึ่งเกิดจาก PDA ปิดยังไม่สนิท แต่สามารถปิดได้เองภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด

ความดันโลหิต (blood pressure) ในทารกแรกเกิด ความดันโลหิตปกติ systolic 60-80 และ diastolic 40-50 มิลลิเมตรปรอท

1.2.6 ท้อง (abdomen) ตรวจร่างกายโดยการดู ปกติจะมีลักษณะกลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เมื่อฟังจะพบเสียงกา เคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ได้ภายใน 20-30 นาทีหลังคลอด และสังเกตการขับถ่ายโดยการทวารส่วนใหญ่ ร้อยละ 98 จะถ่ายขี้เทา (meconium) ภายใน 48 ชม. ซึ่งมีลักษณะเป็นสีเขียวเข้ม เหนียว ต่อมาจะถ่ายเป็นอุจจาระปกติปนกับขี้เทา (transitional stool) ในช่วง 3-4 วันหลังคลอด และจะถ่ายเป็นสีเหลืองในวันที่ 5 หลังคลอด

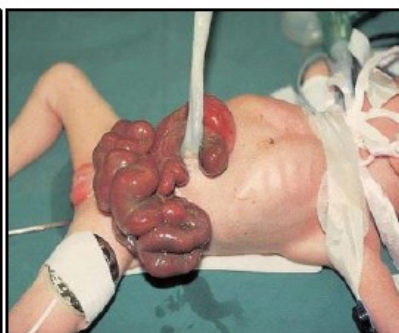
ลักษณะความผิดปกติของผนังหน้าท้องที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด คือ prone-belly syndrome ซึ่งเป็นความผิดปกติในการพัฒนาของ mesoderm ในระยะตัวอ่อนขณะอยู่ในครรภ์ omphalocele เป็นภาวะที่ลำไส้ ตับและม้ามเลื่อนผ่านฐานของสะดือออกมาอยู่นอกช่องท้อง อวัยวะที่เลื่อนออกมาจะมีเยื่อใสๆ (membrane) ที่ประกอบด้วย peritoneum หุ้มไว้และมีสายสะดือติดอยู่ที่ยอดของถุงหุ้ม gastroschisis เป็นภาวะที่ลำไส้อยู่นอกช่องท้อง (ตับ ม้าม อยู่ในช่องท้อง) เกิดจากผนังหน้าท้องทั้งชั้นพัฒนาไม่สมบูรณ์ และตำแหน่งของผนังหน้าท้องที่ผิดปกติอยู่ข้างๆสะดือจึงทำให้ลำไส้เคลื่อนออกมานอกช่องท้อง แต่สายสะดือยังอยู่ที่ผนังหน้าท้องปกติ



Prone-belly syndrome



Omphalocele

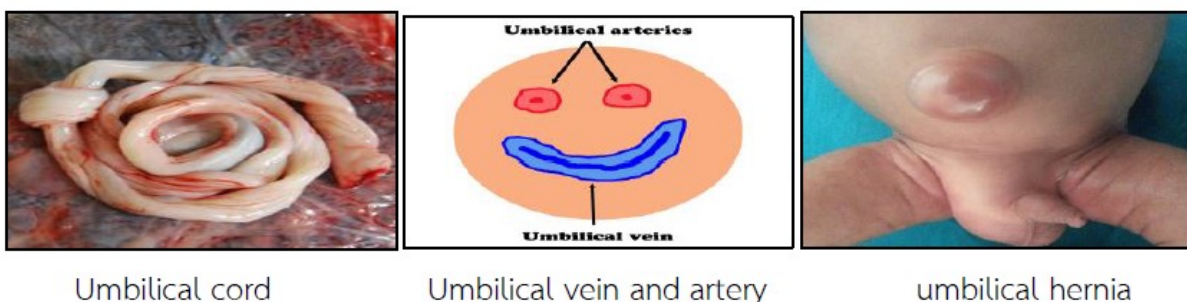


Gastroschisis

รูปที่ 12 แสดงลักษณะความผิดปกติของผนังหน้าท้อง

ที่มา: <https://stomanesthesia.com/anesthesia-material/diseases-and-surgical-procedures/62-prune-belly-long-version>,
<https://quizlet.com/gb/562681552/gastroschisis-and-omphalocele-flash-cards/>,
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-29211-9_21.

สายสะดือ (umbilical cord) ปกติจะเป็นสีขาวและอวบ กรณีทารกถ่ายขี้เทาในครรภ์จะพบสายสะดือเป็นสีเหลืองปนเขียวได้ หลอดเลือดของสายสะดือมี 3 เส้น เป็นหลอดเลือดแดง 2 เส้น มีขนาดเล็กกว่า หลอดเลือดดำ หลอดเลือดดำมี 1 เส้น ผนังหลอดเลือดจะบางและมีขนาดใหญ่ ความผิดปกติของสายสะดือที่มักพบจะเป็นลักษณะสะดือจุ่น (umbilical hernia) เป็นไส้เลื่อนของผนังหน้าท้องชนิดหนึ่ง เกิดจากการปิดไม่สมบูรณ์ของของวงรอบสะดือทำให้มีบางส่วนของลำไส้เล็กและเยื่อช่องท้องผ่านวงรอบนี้ออกมา ลักษณะเป็นก้อนนุ่มอยู่ใต้สะดือ เวลาที่มีความดันในช่องท้องมากขึ้น เช่น ไอ บิดตัว ร้องไห้ ก้อนจะปูดขึ้นและจะยุบลงเองได้ พบได้บ่อยในทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย



รูปที่ 13 แสดงลักษณะของสายสะดือและภาวะไส้เลื่อนตรงสายสะดือ

ที่มา: <https://community.whattoexpect.com/forums/december-2018-babies/topic/lo-umbilical-cord-hernia-concerning-75626213.html>

ทวารหนัก (anus) ปกติจะเห็นรูทวารหนักชัดเจน ทารกบางรายไม่มีรูกัน (imperforate anus) ซึ่งเกิดจากความล้มเหลวของการแบ่งแยก urogenital sinus และ cloaca ดังนั้นในห้องคลอดจึงใช้การวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก เพื่อตรวจหาภาวะไม่มีรูทวาร ดังแสดงในรูปที่ 14



รูปที่ 14 แสดงลักษณะ Imperforate anus

ที่มา: <https://www.tuyenlab.net/2016/09/pediatric-atlas-of-anal-and-rectal.html>

1.2.7 ทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศ (genitourinary tract) ทารกเพศชายครบกำหนดจะพบอัณฑะ (testes) ลงมาอยู่ในถุงอัณฑะ (scrotum) ทั้ง 2 ข้าง และมีองคชาติ (penis) ชัดเจน บางรายมีหนังหุ้มปลายองคชาติตีบ (physiologic phimosis) ทำให้ปัสสาวะออกไม่ดี ต้องขลิบหนังหุ้มปลายออก ทารกเพศหญิงจะเห็น labia majora ชัดเจนชิดกันทั้ง 2 ข้าง บางรายพบติ่งเนื้อยื่นออกมาจากช่องคลอด (hymenal tag) และอาจพบเมือกสีขาว (vaginal discharge) หรือเลือดออกจากช่องคลอด (pseudo menstruation) ซึ่งเป็นผลจาก hormone estrogen จากมารดา ทารกส่วนใหญ่ร้อยละ 99 จะถ่ายปัสสาวะภายใน 48 ชั่วโมง และร้อยละ 95 ถ่ายปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะอวัยวะเพศชายและหญิงของทารกครบกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกครบกำหนดหรือเกินกำหนด	ทารกคลอดก่อนกำหนด
เพศหญิง - Labia majora คลุม labia minora และ clitoris มิดชิด  เพศชาย - ความยาวขององคชาต (penis) ≥ 2.5 ซม. - อัณฑะเลื่อนลงมาอยู่ในถุงอัณฑะถุงอัณฑะสีน้ำตาลอ่อนถึงสีน้ำตาลเข้ม ถุงอัณฑะมีรอยย่น (rugae) ชัดเจน ถุงอัณฑะยาน (pendulous scrotum) 	เพศหญิง - เห็น clitoris และ labia minora ชัดเจน  เพศชาย - ถุงอัณฑะสีชมพู - ถุงอัณฑะมีรอยย่นน้อยหรือไม่ชัดเจน - อัณฑะยังไม่เลื่อนลงมาอยู่ในถุงอัณฑะ 

(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2554: 122.)

สรุปลักษณะของอวัยวะเพศชายและหญิงที่ปกติและผิดปกติที่พบได้บ่อยต้องได้รับการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะอวัยวะที่ปกติและภาวะผิดปกติเล็กน้อย

เพศชาย	เพศหญิง
ภาวะปกติ	
- ปลายอัณฑะมีตุ่มขาว (papule หรือ milia) - ผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (foreskin) ติดกับ gland penis เรียกว่า physiologic phimosis ซึ่งจะปรากฏจนถึงอายุ 3 ปี 	- ภาวะที่มี hymenal tissue มากเกินไปทำให้เกิดติ่งยื่นพ้นช่องคลอดออกมา เรียกว่า hymenal tag 
- อัณฑะบวมน้ำ (hydrocele) คือมีของเหลวสะสมอยู่ในถุงอัณฑะ ทำให้เห็นลักษณะของอัณฑะใหญ่กว่าปกติ นุ่ม และ ไม่เจ็บเวลาสัมผัส เมื่อส่องด้วยไฟฉายจะพบลักษณะโปร่งแสง	- แคมเล็กติดกันบางส่วน (labia adhesion)

เพศชาย	เพศหญิง
	
	-ช่องคลอดมีมูกขาว (vaginal discharge)  -ช่องคลอดมีเลือดออก (vaginal bleeding, pseudomenstruation) 
ภาวะผิดปกติ	
-อัณฑะไม่ลงถุง (undescended testes) ในทารก ครบ กำหนดที่อัณฑะไม่ลงถุงจะลงมาอยู่ในถุงอัณฑะ เมื่ออายุ 6 สัปดาห์หลังคลอด (ร้อยละ 50) และลงถุง เมื่ออายุ 9 เดือน (ร้อยละ 75) ในทารกคลอดก่อน กำหนดที่อัณฑะไม่ลงถุง อัณฑะจะลงถุงได้เองโดยไม่ต้องรักษา (ร้อยละ 90) 	-ช่องคลอดมี hymen ปิดขวางและไม่ทะลุและมีของเหลวคั่งค้างในโพรงมดลูกและช่องคลอด ซึ่งจะดันให้ hymen โป่ง ภาวะนี้เรียกว่า hydrometrocolpos 
-ท่อปัสสาวะพัฒนาไม่สมบูรณ์และเปิดผิดตำแหน่ง (hypospadias) แบ่งเป็น 4 แบบ ตามตำแหน่งรูเปิดของท่อปัสสาวะ ได้แก่	- Clitoris ขยายใหญ่และมีการติดกันของแคมใหญ่ส่วนหลัง เป็นอาการของการแสดงอวัยวะเพศบกพร่อง เกิดจาก inborn errors of testosterone biosynthesis

เพศชาย	เพศหญิง
1. Glandular hypospadias พบบ่อยที่สุด รูเปิดท่อปัสสาวะอยู่ที่ glans penis ใต้ตำแหน่งปกติเล็กน้อย 	ความผิดปกติของ ฮอร์โมน และการได้รับ teratogenic agents ในมารดาหรือมีความผิดปกติของการพัฒนาอวัยวะเพศขณะอยู่ในครรภ์เรียกว่า ambiguous genitalia 
2. Penile hypospadias รูเปิดท่อปัสสาวะอยู่ที่องคชาติระหว่าง glans และรอยต่อถุงอัณฑะ 	
3. Penoscrotal hypospadias รูเปิดอยู่ที่รอยต่อระหว่างองคชาติกับถุงอัณฑะ 	
4. Perineal hypospadias รูเปิดท่อปัสสาวะอยู่ที่ฝีเย็บ (perineum) 	

(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2554: 126-128.)

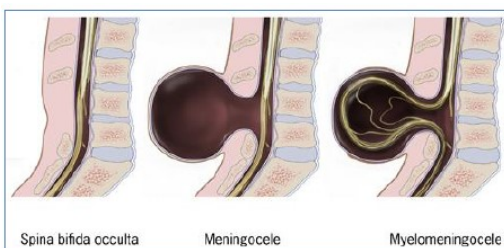
1.2.8 แขนและขา (extremities) แขนและขาขนาดความยาวได้สัดส่วนกับลำตัว การเคลื่อนไหวของแขนขา เหยียดตรงได้เต็มที่ มีนิ้ว 10 นิ้ว แต่บางรายมีความผิดปกติคือ นิ้วเกิน (polydactyly) หรือนิ้วติดกัน (syndactyly) เล็บยื่นพ้นปลายนิ้ว สีชมพู ฝ่ามือมีลายมือ 3 เส้น เส้นลายฝ่าเท้ามีตลอดฝ่าเท้า ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ อาจพบเท้าปุกจากท่าที่อยู่ในครรภ์ (positional club foot) จะหายได้เองภายใน 2-3 เดือน ทารกที่มีประวัติคลอดยาก อาจพบข้อตะโพกเคลื่อน (hip dislocation) จะพบความยาวของขาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน



รูปที่ 15 แสดงลักษณะนิ้วมือเกินและนิ้วเท้าติด

ที่มา: <http://congenitalhand.wustl.edu/2014/12/extra-digits-what-happens-after.html>

1.2.9 หลัง (back) กระดูกสันหลังโค้งงอเข้าเล็กน้อย (spina bifida occulta) กระดูกสันหลังมีก้อนนูนขึ้นมาจากเยื่อหุ้มไขสันหลังโป่ง (Meningocele) หรือมีก้อนนูนที่กระดูกสันหลังจากเยื่อหุ้มไขสันหลังโป่งและเส้นประสาทไขสันหลังยื่น ออกมาด้วย (Myelomeningocele)



รูปที่ 16 แสดงลักษณะความผิดปกติของสันหลัง

ที่มา: https://en.wikipedia.org/wiki/Spina_bifida

1.2.10 ระบบประสาท (neurologic status) ทารกอายุครรภ์ครบกำหนดเมื่ออยู่ในท่าหนึ่งจะงอแขนขา ระบบนี้ประเมินโดยการตอบสนองของประสาทอัตโนมัติ (reflex) ได้แก่

1) **Moro reflex** ตรวจขณะทารกนอนหงายบนที่นอน ผู้ทดสอบตบมือให้เกิดเสียงดังข้างหู ทารกหรือตบที่นอนที่ทารกนอนอยู่ ทารกจะตอบสนองโดยยกแขน แขนงอ และกางแขนออก โอบเข้าหากันทำท่าคล้ายกอดหรือรูปตัว C พบ บ่อยใน 2 เดือนแรก จะค่อยๆหายไปเมื่ออายุ 3-4 เดือนและไม่เกิน 6 เดือน ถ้าไม่พบ Moro reflex ในทารกแรกเกิด หรือพบนานกว่า 6 เดือน ต้องนึกถึงภาวะสมองได้รับอันตรายหรืออาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน



รูปที่ 17 Moro reflex

ที่มา: <http://afeera.blogspot.com/2010/06/moro-reflex.html>

2) **Tonic neck reflex** เมื่อทารกนอนหงาย แล้วหันหน้าไปข้างหนึ่งทันทีทันใด โดยให้ค้างอยู่เหนือหัวไหล่ ทารกจะเหยียดแขนและขาไปด้านที่หันหน้าและงอแขน-ขาด้านตรงข้าม Reflex นี้จะเริ่มพบเมื่อทารกอายุ 1 เดือน และหายเมื่ออายุ 4 เดือน (Ricci, et al., 2013: 588-592) ทารกอาจจะไม่ตอบสนองต่อ reflex นี้ทุกครั้งก็ได้ ถือเป็นภาวะปกติ



รูปที่ 18 Tonic neck reflex

ที่มา: <https://www.alamy.com/stock-photo/tonic-neck-reflex.html>

3) **Sucking reflex** เมื่อใช้นิ้วมือกระตุ้นในปาก ทารกจะทำท่าดูดและมีการกลืน (swallowing reflex)



รูปที่ 19 Sucking reflex

ที่มา: https://www.brainkart.com/article/Definition-of-Newborn_37841/

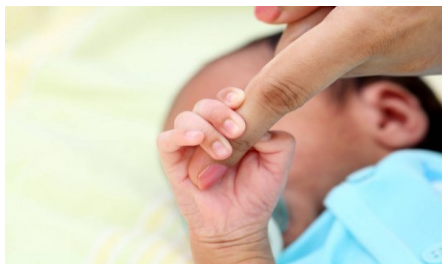
4) **Rooting reflex** ใช้นิ้วชี้เขี่ยแก้มหรือมุมปาก ทารกจะตอบสนองโดยการอ้าปาก และหันหาข้างที่ถูกเขี่ย พบได้ตั้งแต่แรกเกิดและจะหายไปเมื่ออายุ 4-6 เดือน



รูปที่ 20 Rooting reflex

ที่มา: <https://quizlet.com/128054950/chapter-13-reflex-developmental-psychology-flash-cards/>

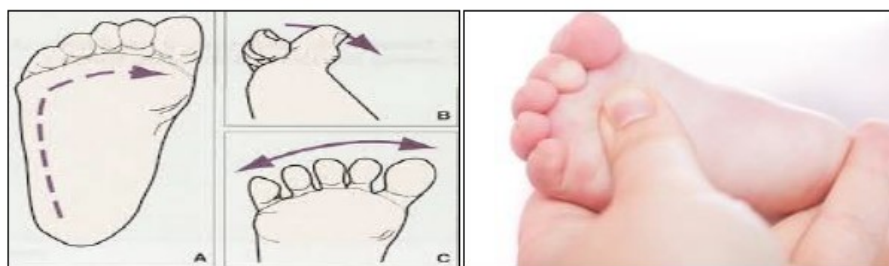
5) **Palmar gasping reflex** ใช้ปลายนิ้วชี้แตะกลางฝ่ามือของทารกแล้วกดเบาๆ ทารกจะตอบสนองโดยงอนิ้วมือทุกนิ้วเพื่อกำมือของผู้กระตุ้น พบในทารกแรกเกิดถึงอายุ 3 เดือน



รูปที่ 21 Palmar grasping reflex

ที่มา: <https://th.depositphotos.com/stock-photos/palmar-grasp-reflex.html>

6) **Plantar reflex** เป็นการตรวจ Reflex ของเท้า ทดสอบโดยใช้เล็บมือขีดขอบฝ่าเท้า ด้านนิ้วก้อย โดยขีดจากสันเท้าขึ้นไปทางนิ้วก้อยแล้วโค้งไปทางนิ้วหัวแม่เท้า ทารกจะตอบสนองโดยหัวแม่เท้า กระจกขึ้นและนิ้วอื่นๆ กางออก เรียกการตอบสนองนี้ว่า Babinski reflex ซึ่งจะหายไปเมื่ออายุ 1-2 ปี ถ้าตรวจพบเมื่ออายุ > 2 ปี แสดงว่ามีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือทดสอบ reflex ของเท้าอีกวิธีหนึ่งโดยการใช้ นิ้วกดลงไปที่กลางฝ่าเท้า ทารกจะตอบสนองโดยงอมนิ้วเท้าทั้งหมด เรียกการตอบสนองนี้ว่า Plantar grasping reflex



Babinski reflex

Plantar grasping reflex

รูปที่ 22 Plantar reflex

ที่มา: <https://www.lispeech.com/understanding-your-childs-reflexes/>

7) **Placing reflex** เมื่ออุ้มทารกให้หน้าขาหรือหลังเท้าแตะขอบเตียง ทารกจะงอเท้าและยกเท้าขึ้นวางบนขอบเตียงได้



รูปที่ 23 Placing reflex

ที่มา: <https://www.slideshare.net/drAjayAgale/neonatal-reflexes>

8) Stepping reflex ถ้าอุ้มทารกให้ยืนในท่าที่ศีรษะก้มไปข้างหน้าเล็กน้อย ทารกจะทำท่าก้าวเดิน reflex นี้จะพบได้ตั้งแต่แรกเกิดถึงประมาณ 3-4 สัปดาห์ หลังคลอด



รูปที่ 24 Stepping reflex

ที่มา: <https://quizlet.com/503229381/hmkn-203-chapter-8-early-movement-behaviour-flash-cards/>

2. การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดเพื่อประเมินอายุครรภ์ (Ballard's score) เป็นการประเมินอายุครรภ์ของทารกแรกเกิด (gestational age) เพื่อนำมาใช้ในการดูแลทารกซึ่งมีหลายวิธีและวิธีที่นิยมใช้ ได้แก่ วิธีของ Ballard โดย Ballard (1991) ได้ดัดแปลงจากวิธีของ Dubowitz โดยใช้ลักษณะด้านกายภาพ 6 อย่าง และการตรวจทางระบบประสาท 6 อย่าง จะช่วยบอกอายุในครรภ์ได้ดีทั้งในทารกปกติและทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 ประเมินความสมบูรณ์ด้านกายภาพ (physical maturity) 6 ประการ ควรประเมิน 1-2 ชั่วโมง หลังคลอด ให้คะแนนเป็น 0, 1, 2, 3, 4, 5 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การตรวจลักษณะภายนอกและการให้คะแนนตามวิธีของ Ballard

ลักษณะ	คะแนน					
	0	1	2	3	4	5
ผิวหนัง	บางสีแดง เห็นหลอดเลือด	บางสีชมพู เห็นหลอดเลือดใหญ่	มีผื่น หรือลอก	สีซีด ลอก แตกเป็น ร่อง เห็นหลอดเลือด ไม่ซีด	ลอกเป็นแผ่น ไม่เห็นหลอดเลือด	ลอกเป็นแผ่นหนา ผิวขรุขระ
ขนอ่อน	ไม่มี	มีมาก	บางลง	พบบางแห่ง	ส่วนมากไม่พบ	
ลายฝ่าเท้า	ไม่มี	เห็นไม่ชัด	พบทางด้านปลายเท้า	พบ 2/3 ของฝ่าเท้า	พบทั้งฝ่าเท้า	
เต้านม	ไม่เห็น	แบนราบ	เป็นตุ่มนูน 1-2 มม.	เป็นตุ่มนูน ขึ้น 3-4 มม.	เป็นตุ่มนูนชัดเจน 5-10 มม.	
หู	อ่อนแบนราบ พับได้	โค้งเล็กน้อย งอไปมาได้	งอมากขึ้น กลับเป็นรูปร่างเดิมได้	รูปร่างชัดเจน กลับคืนรูปร่างเดิมได้ทันที	กระดูกอ่อนหนา รูปร่างดี	
อวัยวะเพศชาย	อวัยวะไม่ลงในถุง ถุงอวัยวะไม่มีรอยย่น		อวัยวะเริ่มลงในถุง และมีรอยย่นเล็กน้อย	อวัยวะลงในถุงและมีรอยย่นชัดเจน	อวัยวะลงในถุง และมีรอยย่นลึก	
อวัยวะเพศหญิง	เห็น labia minora และ clitoris ชัดเจน		เห็น labia minora และ clitoris พอๆกัน	เห็น labia majora ชัดกว่า	เห็น labia minora และ clitoris	

ที่มา: <https://apps.hpc.go.th/dmkm/web/uploads/2020/0342920200326172012/7721073429cacbf308989bfb39377926.pdf>

2.2 ประเมินความสมบูรณ์ของกล้ามเนื้อและประสาท (neuromuscular maturity) เป็นการตรวจดูความเจริญของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อ 6 ประการ ควรประเมินภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ให้คะแนนเป็น -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5 โดยปกติจะตรวจประเมินโดยกุมารแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 6 ตารางที่ 6 แสดงการประเมิน neuromuscular maturity

	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square Window (wrist)	$>90^\circ$	90°	60°	45°	30°	0°	
Arm Recoil		180°	$140^\circ - 180^\circ$	$110^\circ - 140^\circ$	$90^\circ - 110^\circ$	$<90^\circ$	
Popliteal Angle	180°	160°	140°	120°	100°	90°	$<90^\circ$
Scarf Sign	$>90^\circ$	90°	60°	45°	30°	0°	
Heel to Ear	$>90^\circ$	90°	60°	45°	30°	0°	

ที่มา: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/perinatal-problems/gestational-age>

ตารางที่ 7 ตารางบอกอายุครรภ์ตามวิธีของ Ballard

ได้จากการรวมคะแนนประเมินลักษณะภายนอกและการตรวจทางระบบประสาทมารวมกัน และเทียบกับอายุครรภ์ที่ได้จากการประเมินตามวิธีนี้ สามารถบอกอายุครรภ์ได้ทั้งในทารกปกติและทารกป่วย

คะแนนรวม	อายุครรภ์ (สัปดาห์)
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

ที่มา: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/perinatal-problems/gestational-age>

3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทารกแรกเกิด

3.1 ระบบหายใจ (respiratory system) ทารกที่อยู่ในครรภ์ได้รับออกซิเจนทางรก ทันทีที่ทารกคลอดก็จะเริ่มหายใจทางปอดภายใน 1 นาที เพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ การหายใจเกิดจากปัจจัย ดังนี้

-**การสัมผัส (sensory stimuli)** จากการจับต้อง แสง เสียง จะกระตุ้นเซลล์ประสาทที่ผิวหนัง ส่งต่อไปที่ศูนย์หายใจส่วนสมอง Medulla ทำให้เกิดการหายใจ

-**ด้านเคมี (chemical stimuli)** การตัดและผูกมัดสายสะดือ ทำให้ระดับออกซิเจนต่ำลง และมีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น เกิดภาวะกรดส่งผลให้เกิดการกระตุ้นที่ carotid and aortic chemo receptors ส่งกระแสประสาทไปศูนย์หายใจที่สมอง Medulla ทำให้เกิดการหายใจ

-**ด้านอุณหภูมิ (thermal stimuli)** จากอุณหภูมิในครรภ์ 37 องศาเซลเซียส เป็นอุณหภูมิห้อง 25-27 องศาเซลเซียส ต้องใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญเพื่อให้เกิดพลังงาน ทำให้ทารกหายใจ

-**ด้านกายภาพ (physical stimuli)** ทรวงอกทารกถูกบีบขณะผ่านช่องคลอด ทำให้น้ำคร่ำถูกบีบออก อากาศจึงเข้าไปแทนที่ ทำให้ทารกเกิดการหายใจ

3.2 ระบบไหลเวียนโลหิต (circulatory system) ขณะอยู่ในครรภ์การไหลเวียนโลหิตผ่านรกเท่านั้น เนื่องจากปอดมีแรงดันสูงมาก ทำให้เลือดจาก pulmonary artery ไม่สามารถเข้าไปปอดได้ เมื่อทารกเกิดมีการหายใจ แรงดันในปอดลดลง เลือดสามารถผ่านปอด ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ 15 เท่า ดังนั้นเลือดจะไหลกลับสู่ห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น ทำให้แรงดันห้องบนซ้าย (left atrium) มากกว่าห้องบนขวาเป็นผลให้ foramen ovale ปิดลงในไม่กี่นาทีหลังคลอด ส่วน Ductus arteriosus จะปิดหน้าที่ยังภายใน 10-15 ชั่วโมงหลังคลอด และปิดสมบูรณ์ทางกายวิภาคใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์

3.3 ระบบเลือด (hematologic system) ทารกแรกเกิดมีปริมาณเลือด 80-85 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยเฉลี่ยเท่ากับ 300 ซีซี ขึ้นอยู่กับเวลาที่ตัดสายสะดือ ถ้าตัดช้าจะเพิ่มปริมาณเลือดถึง 100 ซีซี ส่วนเม็ดเลือดแดงมีอายุ 80-90 วัน เปรียบเทียบกับผู้ใหญ่มีอายุ 120 วัน ความดันโลหิตแรกเกิด 60/40 มม.ปรอท เพิ่มขึ้นเป็น 100/50 มม.ปรอท ในวันที่ 10 หลังคลอด

3.4 ระบบสารน้ำและเกลือแร่ (fluid and electrolyte balance) ทารกแรกเกิดมีปริมาณน้ำในร่างกายต่อน้ำหนักตัวมากกว่าผู้ใหญ่ ทารกครบกำหนดมีน้ำประมาณ 70-80% ส่วนของน้ำที่มีมากเป็นน้ำนอกเซลล์ (extracellular fluid) ทำให้โซเดียมและคลอไรด์ซึ่งอยู่ในเซลล์มีระดับสูง ส่วนระดับโพแทสเซียม แมกนีเซียม และฟอสเฟตซึ่งอยู่นอกเซลล์จะต่ำจึงเกิดความสมดุลได้ง่าย เนื่องจากการสูญเสียจากผิวหนังมีมาก เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ประกอบด้วยทารกมีการเผาผลาญมากกว่าผู้ใหญ่ 2 เท่า ผลการเผาผลาญทำให้สูญเสีย น้ำและเกิดภาวะเป็นกรดได้ง่าย นอกจากนี้ไตยังทำงานไม่ดี จึงไม่สามารถขับถ่ายของเสียได้ และผลของการคลอดก็จะทำให้เกิดภาวะกรด (acidosis) จะดีขึ้นภายหลังคลอดประมาณ 20 นาที แต่ถ้าทารกหายใจไม่ปกติ หรือมีการขาดออกซิเจนภาวะเลือดเป็นกรดจะสูงขึ้น

3.5 ระบบไต (renal system) ไตยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นได้ รวมทั้งการรักษาสมดุลน้ำและเกลือแร่ในภาวะขาดน้ำ อัตราการกรองผ่าน glomerulus ประมาณ 25-30 ซีซี/

น้ำหนัก/พื้นผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ค่อยๆเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงกับผู้ใหญ่เมื่ออายุประมาณ 18 เดือน ดังนั้นการขับถ่ายสารละลายและเกลือแร่จึงช้า และ Antidiuretic hormone (ADH) ที่สร้างจาก Pituitary gland มีจำนวนจำกัดทำให้เสียน้ำออกจากร่างกายได้ง่ายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ

ทารกแรกเกิดสามารถเก็บปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะได้ประมาณ 16-44 ซีซี วันแรกปริมาณปัสสาวะที่สร้างขึ้น 20 ซีซี และเพิ่มจนเป็น 200-300 ซีซี ในปลายสัปดาห์แรก ทำให้ขับถ่ายปัสสาวะได้ถึง 20 ครั้ง/วัน ปกติทารกจะถ่ายปัสสาวะภายหลังคลอดไม่เกิน 24 ชม. ปัสสาวะจะไม่มีสีและกลิ่น ความถ่วงจำเพาะ 1.008 และเนื่องจาก Glomerulus มีขีดจำกัดในการกรอง ทำให้พบ Albumin และ Urates (เกลือของกรดยูริก) จึงเห็นเป็นจุดสีแดงอิฐบนผ้าอ้อมในสัปดาห์แรกๆได้ ซึ่งอาจทำให้มารดาเข้าใจผิดว่าเป็นเลือดได้

3.6 ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system)

กระเพาะอาหาร ทารกแรกเกิด 1-3 วันแรก มีความจุกระเพาะอาหาร 10-20 ซีซี เพิ่มขึ้นเป็น 150 ซีซี เมื่ออายุ 1 เดือน และ 360 ซีซี เมื่ออายุ 1 ปี ดังนั้นระยะแรกเกิดอาหารจะถูกย่อยและผ่านกระเพาะใน 2½-3 ชั่วโมง และขบวนการบีบรัดตัวของลำไส้ (peristalsis) จะเกิดอย่างรวดเร็ว จึงควรให้นมปริมาณน้อย แต่บ่อยครั้ง ทุก 2-3 ชั่วโมง และจับเรอหลังให้นมทุกครั้งเนื่องจากหูรูดกระเพาะอาหารส่วนบน (cardiac sphincter) ยังปิดไม่สนิททำให้สำรอกนมได้ง่าย ซึ่งอาการนี้จะดีขึ้นภายใน 2-3 เดือน

ลำไส้ สามารถผลิตน้ำย่อยโปรตีนและไขมันไลเปส (lipase) ได้อย่างพอเพียง แต่การดูดซึมไขมันยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวสูง (Saturated fatty acid) เช่น นมวัว ดังนั้นจึงควรให้นมแม่เป็นหลัก

ตับอ่อน สร้างอะไมเลส (Amylase) ได้ไม่ดีใน 3 เดือนแรก และต่อมน้ำลายยังไม่ทำงานจนกว่าจะอายุ 2-3 เดือน ดังนั้นการให้อาหารประเภทแป้งหรือน้ำตาล ควรเป็นพวกน้ำตาลที่มีโมเลกุลเดี่ยว (Monosaccharides) ส่วนอาหารเสริมอื่นๆ เช่น น้ำส้ม ควรเริ่มเมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป

ตับ ยังไม่สมบูรณ์ จึงทำหน้าที่ได้ไม่ดี เช่น เปลี่ยน Unconjugated bilirubin เป็น Conjugated bilirubin ได้น้อย ทารกจึงตัวเหลืองได้ง่าย การสร้างพลาสมาโปรตีนไม่เพียงพอ ทำให้ทารกบวมจากการมีโปรตีนในเลือดต่ำ (hypoproteinemia) และขบวนการสังเคราะห์กลูโคสยังไม่สมบูรณ์ (Gluconeogenesis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 30-40 % mg ซึ่งถ้าน้ำตาลต่ำจะมีผลกระทบต่อสมอง จึงควรให้ทารกได้รับนมแม่เร็วที่สุด นอกจากนี้ตับยังสร้าง Prothrombin และ Factor VII ได้ไม่เพียงพอ ทำให้เวลาการแข็งตัวของเลือดนาน (Prolonged prothrombin time) ใน 2-3 วันแรกหลังคลอด ดังนั้นการให้ Vitamin K (1 mg) จะช่วยป้องกันภาวะเลือดออกง่ายในทารกแรกเกิดได้

3.7 ระบบการขับถ่ายอุจจาระ ทารกแรกเกิดจะถ่ายขี้เทา (Meconium) เป็นมีสีเขียวเข้มปนดำ และเหนียวเล็กน้อย ไม่มีกลิ่น ประกอบด้วยน้ำย่อยละ 72-80 สารคัดหลั่งจากทางเดินอาหารและน้ำคร่ำที่ทารกกลืนเข้าไป ขี้เทาจะพบในทางเดินอาหารเมื่ออายุครรภ์ 10-16 สัปดาห์ เมื่อแรกเกิดจะพบขี้เทาในลำไส้ทารก 60-200 กรัม ปกติจะถ่ายภายใน 24-48 ชั่วโมง แต่อาจให้เวลาได้ถึง 7 วัน ในรายที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก ถ้าไม่ถ่ายอาจเกิดจากการที่รูก้นตัน (Imperforated anus)

การเปลี่ยนแปลงของอุจจาระทารกแรกเกิด มีลักษณะดังนี้

- **Meconium** เป็นอุจจาระสีเขียวเข้มและเหนียว เป็นลักษณะที่พบในช่วงแรกเกิด-3 วันแรก
- **Transitional stool** เป็นอุจจาระที่เปลี่ยนแปลง พบในวันที่ 3-4 ภายหลังการให้อาหาร มีลักษณะเหนียวน้อยกว่าซีเทา สีเขียวปนน้ำตาลถึงสีเหลืองปนน้ำตาล
- **True stool** ประมาณวันที่ 5 จึงจะมีสีอุจจาระปกติ ตามลักษณะของนมที่ได้รับ เช่น นมแม่ (Breast milk stool) อุจจาระมีสีเหลืองทองและมีกลิ่นเปรี้ยว จะถ่ายประมาณ 3-4 ครั้ง/วัน นมผสม (Formular stool) อุจจาระมีสีเหลืองอ่อนและค่อนข้างแข็ง จะถ่ายเพียงวันละ 1-2 ครั้ง จะพบอุจจาระมีสีน้ำตาลในทารกที่ได้รับวิตามินที่มีธาตุเหล็ก และอุจจาระมีสีม่วง พบในทารกที่เป็นเชื้อราในปากและได้ปายยา Gentian violet หากทารกไม่ถ่ายอุจจาระภายใน 48 ชม. มักพบว่าทารกมีการอุดตันของลำไส้ การถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ อาจเกิดจากเลือดออกในลำไส้ หรืออาจเนื่องจากการที่ทารกกลืนเลือดทางช่องคลอดของมารดาเข้าไป ถ้าถ่ายอุจจาระเป็นสีเทา พบในทารกที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี ถ่ายอุจจาระมีเลือดสดปน พบในทารกที่มีแผลแยกที่ทวารหนัก

3.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) การทำงานยังไม่สมบูรณ์ เช่น การควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ ความเข้มข้นของกลูโคสในกระแสโลหิต และการเผาผลาญกรดอะมิโน ทารกครบกำหนดอาจมีน้ำนมออกมา เรียกว่า Witches milk ซึ่งเป็นการกระตุ้นของโปรแลคติน (Prolactin) นอกจากนี้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ได้รับจากมารดาเมื่ออยู่ในครรภ์ลดลงทันที ทำให้เกิดมีเลือดออกบริเวณอวัยวะเพศหญิง เรียกว่า ประจำเดือนเทียม (Pseudomenstruation)

3.9 ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immunologic system) ทารกครบกำหนดได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดาในระยะไตรมาสที่ 3 โดย Ig G เป็นภูมิคุ้มกันที่ผ่านรกตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 และเพิ่มมากขึ้นในไตรมาสที่ 3 มีคุณสมบัติต่อต้านเชื้อแบคทีเรียและไวรัส ทารกแรกเกิดจะมีปริมาณ Ig G เท่ามารดาและจะหมดไปในระยะเวลา 6-8 เดือน Ig M เป็นภูมิคุ้มกันตัวแรกที่ร่างกายสร้างขึ้นได้เอง มีคุณสมบัติต่อต้านเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ Ig M เริ่มสร้างเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และสร้างมากขึ้นภายหลังเกิด 2-3 วัน และมีปริมาณเท่าผู้ใหญ่เมื่ออายุ 1 ปี Ig M ไม่สามารถผ่านรกได้ เพราะโมเลกุลใหญ่ ถ้ามีการติดเชื้อในครรภ์ จะพบ Ig M มากกว่าปกติ Ig A เป็นภูมิคุ้มกันที่ไม่สามารถผ่านรก จะช่วยป้องกันโรคในระบบทางเดินอาหารและระบบหายใจ พบใน นมแม่ โดยเฉพาะน้ำนมเหลือง (Colostrum)

3.10 ระบบประสาท (neurologic system) ทารกอายุ 36 สัปดาห์ จะมีเซลล์ประสาทครบ มีสมองเท่ากับ 25% ของสมองเมื่อเจริญเต็มที่ โดยทั่วไประบบประสาทจะเป็นรีเฟล็กซ์แรกเริ่ม (Primitive basic reflex) ส่วนประสาทระบบอัตโนมัติมีความสำคัญมาก เพราะทำหน้าที่กระตุ้นการหายใจครั้งแรก ช่วยควบคุมความเป็นกรดด่างและอุณหภูมิร่างกาย ส่วนการพัฒนาระบบประสาทสัมผัส มีดังนี้

-**การได้ยิน** ทารกได้ยินทันทีหลังเกิดหรือทันทีที่น้ำคร่ำในหูไหลลงไปตามหลอดลม (Eustachian tube) การได้ยินในระยะแรกยังไม่บ่งทิศทาง จะสะดุ้งผวาและร้องไห้เมื่อได้ยินเสียงดัง ภายหลัง 4 สัปดาห์ จึงจะมีปฏิกิริยาต่อเสียงของมารดาหรือผู้ที่พบบ่อยๆ

-**การมองเห็น** จะเห็นทันทีตั้งแต่แรกเกิด แต่มีขอบเขตจำกัด คือมองเห็นวัตถุเฉพาะที่อยู่ตรงหน้า (Midline) ในระยะภายใน 8 นิ้ว ซึ่งเป็นระยะที่ทารกมองเห็นหน้ามารดาหรือผู้เลี้ยงดูได้ เมื่ออายุ 3 เดือนจะกรอกตามองตามวัตถุที่อยู่ในทิศทางต่างๆได้ จะกระพริบตาเมื่อมีแสงจ้า (Blinking reflex) ส่วนรูม่านตาจะหดตัวเมื่อถูกแสง (Pupillary reflex) ต่อม่านตาจะเริ่มทำงานเมื่ออายุ 2-4 สัปดาห์

-**การสัมผัส** จะมีความรู้สึกต่อการสัมผัสของร่างกายเป็นอย่างดี โดยเฉพาะปากและสันเท้า ส่วนความรู้สึกต่อการเจ็บปวดจะมีตั้งแต่เกิด ซึ่งทารกจะแสดงออกโดยการร้องไห้

-**การรับรส** ประสาทรับรสอยู่ที่ปลายลิ้น ถ้าเป็นรสหวานจะดูดได้ดี ใบหน้าแสดงความพอใจ แต่ถ้าเป็นรสเปรี้ยวหรือขม จะแสดงออกโดยขมวดคิ้วหรือใบหน้าที่แสดงความโกรธ

-**การไต่กลิ้ง** ทารกจะได้กลิ้งทันทีหลังคลอด เช่น ถ้าไต่กลิ้งนมมารดา จะหันเข้าหาหัวนม หรือถ้าไต่กลิ้งอุ้งจะหันหน้าหนี

-**ความรู้สึกต่อการกระตุ้นทางร่างกาย** ทารกจะมีความรู้สึกตั้งแต่เกิด เช่น การหิวกระหาย การเจ็บปวดของร่างกาย ทารกจะตอบสนองสิ่งกระตุ้นโดยการร้องไห้



การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดSWU

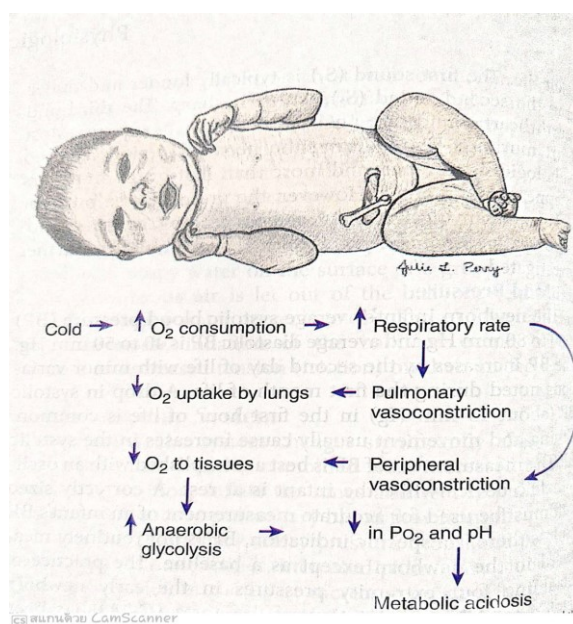
VDO สาธิตการตรวจร่างกายทารกแรกเกิด

ที่มา: https://www.youtube.com/watch?v=-PGvhrkYw_w&t=162s

4. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติเล็กน้อย

ทารกแรกเกิดปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพื่อปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมภายนอกครรภ์ของมารดา ซึ่งอาจเกิดความผิดปกติเล็กน้อยได้ ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือหลังคลอด และอาการผิดปกติเล็กน้อยๆเหล่านี้สามารถดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้พยาบาลผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหา พร้อมทั้งให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ลักษณะความผิดปกติเล็กน้อยของทารกแรกเกิด มีดังนี้

1. ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia or Subtemperature) อุณหภูมิปกติของทารกแรกเกิดที่วัดทางรักแร้จะอยู่ที่ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส (Pillitteri, et al., 2014: 452-453; Ricci, et al., 2013: 554-558; Perry, et al., 2010: 611-613) ซึ่งทารกแรกเกิดจะสูญเสียความร้อนจากร่างกายได้ง่าย เนื่องจากมีเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนังจำนวนมากและผิวหนังบาง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมอุณหภูมิไม่เต็มประสิทธิภาพ ความสามารถจำกัดในกระบวนการเผาผลาญพลังงาน ผิวหนังเป็นพื้นที่ที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย ทารกไม่สามารถสื่อสารบอกได้ว่ากำลังร้อนหรือหนาว ต้องการเสื้อผ้าหรือผ้าห่มเพิ่ม ดังนั้นปัญหาการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำจึงเกิดขึ้นได้ง่าย เมื่อทารกมีอุณหภูมิกายต่ำจะส่งผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ดึงกลูโคสมาใช้มากขึ้น ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และร่างกายก็ต้องการออกซิเจนมากขึ้นจึงเกิดภาวะหายใจเร็วตามมา



รูปที่ 25 แสดงการตอบสนองของร่างกายเมื่อเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
ที่มา: Perry, et al., 2010: 612

การพยาบาลสำคัญในทารกที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ มีดังนี้

- 1) ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายทารกโดยการใส่เสื้อผ้าหนาๆ ใส่หมวก ห่อตัว ใส่ถุงมือ-ถุงเท้าให้ทารก
- 2) ถ้าทารกมีอุณหภูมิกายต่ำมาก (<36 องศาเซลเซียส) ซึ่งมักจะพบร่วมกับอาการแสดง เช่น มือ-เท้าม่วงหรือซีด และเย็น (acrocyanosis) ผิวหนังลายหรือมีลักษณะคล้ายหินอ่อน (marble skin) และทารกหายใจเร็ว ให้นำทารกไปให้ความอบอุ่นใต้ radiant warmer เพื่อให้อุณหภูมิกายสูงขึ้นโดยเร็ว โดยให้ทารกนอนใต้ radiant warmer ประมาณ 15-20 นาที
- 3) ติดตามวัดอุณหภูมิกายของทารกภายหลังการให้ความอบอุ่น (keep warm) 15 นาที พร้อมกับบันทึกในใบสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิกาย การหายใจ ชีพจร และออกซิเจนปลายมือ (O₂Sat)

4) แนะนำมารดาไม่ให้เปิดพัดลมเป่าที่ตัวทารกโดยตรง หรือเปิดแอร์เย็นเกินไป ปกติควรเปิดแอร์ที่อุณหภูมิ 25-27 องศาเซลเซียส

5) แนะนำมารดาให้วัดอุณหภูมิกายของทารกก่อนการอาบน้ำ สระผมให้ทารกทุกครั้ง ใช้เวลาอาบน้ำทารกไม่เกิน 10 นาที และรีบเช็ดตัวให้แห้ง พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะตัวเย็น ได้แก่ ทารกซึมลง หายใจเร็ว มีปลายมือ-เท้าเย็น ซีดหรือเป็นสีม่วง ผิวหนังลายคล้ายหินอ่อน หากพบอาการเหล่านี้ให้รีบดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารก

2. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั้งในทารกคลอดครบกำหนดและก่อนกำหนด ซึ่งเกิดจากการมีสารสีเหลืองในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ คือ > 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และไปสะสมที่ผิวหนังและเยื่อเมือกทำให้เกิดอาการตัวเหลือง (กนกวรรณ ฉันทะนงมงคล, 2556: 166) ซึ่งเกิดจากกระบวนการขับสารสีเหลืองออกจากร่างกายของทารกทำงานยังไม่มีประสิทธิภาพ

สารสีเหลือง (bilirubin) เกิดจากการแตกตัวของเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะได้ผลิตภัณฑ์เป็น heme และ globin โดยตัว globin เป็นโปรตีนที่ร่างกายต้องการจะถูกนำกลับไปใช้ใหม่ ส่วน heme จะถูกเปลี่ยนเป็น Iron และ unconjugated bilirubin (บิลิรูบินที่ละลายในไขมัน) ซึ่งบิลิรูบินนี้จะถูกส่งไปที่ตับเพื่อเปลี่ยนให้เป็นชนิดที่สามารถละลายในน้ำได้ คือ conjugate bilirubin เพื่อขับออกจากร่างกายทางน้ำดี เข้าไปยังลำไส้เล็ก และขับออกมากับอุจจาระ บางส่วนขับออกทางปัสสาวะเพื่อให้เกิดสมดุลของสารสีเหลืองในร่างกาย

สาเหตุที่ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (วิไลพร สมานกลสิกรณ์, 2559: 185-189; กนกวรรณ ฉันทะนงมงคล, 2556:166-168)ได้แก่

1) เม็ดเลือดแดงของทารกมีอายุสั้น (90 วัน) จึงเกิดการแตกตัวได้เร็ว เมื่อแตกตัวก็จะมีบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง และทารกที่มีภาวะเม็ดเลือดแดงขึ้น (polycythemia) ค่า hematocrit ≥ 65 % (Barros, et al., 2021) จะเกิดการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงได้ง่ายและมากกว่าเด็กที่ปกติ

2) เกิดการไม่เข้ากันของเลือดแม่-ลูก เช่น ภาวะ Rh-incompatibility, ABO- incompatibility และโรคบางชนิด เช่น G-6PD deficiency เป็นต้น

3) ตับของทารกยังทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดโปรตีน Y และ Z ในการจับกับบิลิรูบิน และการผลิตเอนไซม์ glucuronyl transferase ไม่เพียงพอ (glucuronyl transferase deficiency)

4) มารดาได้รับยาในขณะตั้งครรภ์ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด หรือกลุ่มที่ต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Aspirin, Heparin ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

5) ทารกได้รับนมที่มีสารแพรนิทอลซึ่งทำให้การทำงานของเอนไซม์ glucuronyl transferase ลดลง ทารกมีภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งเกิดจากการขาดออกซิเจนในระยะคลอด (birth asphyxia) เกิดจากความเย็น (cold stress) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้การจับกันของอัลบูมินและบิลิรูบินไม่ดีจึงเกิดการคั่งของบิลิรูบิน

6) สาเหตุอื่นๆ เช่น การบาดเจ็บจากการคลอดและมีเลือดคั่ง (cephalohematoma) การติดเชื้อของมารดาในระยะคลอดและทารกแรกเกิด เป็นต้น

การพยาบาลสำคัญในทารกที่มีภาวะตัวเหลือง สรุปได้ดังนี้

1) กรณีทารกตัวเหลืองเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทารกเอง (physiological jaundice) หรือเกิดจากการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ (breastfeeding jaundice) มักไม่ค่อยรุนแรง และค่าบิลิรูบินมักสูงไม่เกิน 15 mg/dL การพยาบาลที่สำคัญคือ ดูแลให้ทารกได้รับน้ำนมแม่โดยเร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ของทารกทำงานได้เร็วขึ้น เคลื่อนไหวดีและขับถ่ายขี้เทาออกมาได้ดีขึ้น และดูแลให้ทารกดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง หรือดื่มนมบ่อยๆ ดูดจนเกลี้ยงเต้า เพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอและขับถ่ายขี้เทาออกมาได้เร็วยิ่งขึ้น (Pillitteri, et al., 2014:)

2) กรณีทารกตัวเหลืองที่เกิดจากสารในน้ำนมแม่ (breast milk jaundice) ทารกมักมีอาการตัวเหลืองมากขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด แล้วจะค่อยๆ ลดลงซึ่งค่าบิลิรูบินจะอยู่ที่ประมาณ 12-20 mg/dL

ในรายที่ระดับบิลิรูบินในเลือดสูงไม่มาก ไม่จำเป็นต้องรักษา ให้ดื่มนมแม่ 1-2 วันและให้นมดัดแปลงทดแทนในระยะเวลานั้นๆ ถ้าอาการตัวเหลืองลดลงก็ให้นมแม่ต่อไปได้

ในรายที่ระดับบิลิรูบินในเลือดสูงมาก ≥ 16 mg/dL และนานกว่า 24 ชม. ให้เจาะเลือดทารกหลังได้รับนมแม่ 2 ชม. หลังเจาะเลือดให้ดื่มนมแม่ 10-12 ชม. แล้วให้สารน้ำหรือสารอาหารอื่นทดแทน แล้วเจาะเลือดหาค่าบิลิรูบินซ้ำ หากค่ายังสูงอยู่ให้ทำการตรวจหาสาเหตุอื่นต่อไป แต่ถ้าค่าบิลิรูบินลดลง < 15 mg/dL สามารถให้นมแม่ต่อไปได้ (กนกวรรณ ฉันทะมงคล, 2556)

3) กรณีทารกตัวเหลืองเกิดจากพยาธิสภาพของโรค มักพบอาการตัวเหลืองภายใน 24 ชม. หลังคลอด และค่าบิลิรูบินมักจะสูงเกิน 16 mg/dL ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากภาวะเลือดแม่-ลูกไม่เข้ากัน, G6-PD, hypothyroid, การติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น

การพยาบาลที่สำคัญคือ ดูแลให้ทารกได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) ถ้ารุนแรงมากอาจต้องถ่ายเลือด (blood exchange) หรือรักษาด้วยยา ซึ่งการพิจารณาวิธีการรักษาจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะตัวเหลือง

การพยาบาลที่สำคัญในขณะที่ทารกรับการส่องไฟรักษา (phototherapy)

1. อธิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจถึงเหตุผลของการส่องไฟรักษา เพื่อให้ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

2. เตรียมอุปกรณ์ในการส่องไฟ โดยปรับหลอดไฟให้ห่างจากเตียงนอนประมาณ 30-45 ซม. และใช้ผ้าคลุมหลอดไฟ พร้อมกับเตียงทารกเพื่อป้องกันการกระจายของแสง และป้องกันการกระแสมหรือความเย็นจากบริเวณรอบๆเตียงทารก

3. เตรียมทารก โดยการถอดเสื้อผ้าทารกออกหมดเหลือผ้าอ้อม ใส่ไว้เพื่อป้องกันทารกปัสสาวะหรืออุจจาระเปียกและเปื้อน เช็ดตาทารกด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อหรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว และปิดตาทารกด้วยแผ่นฟิล์มที่ห่อด้วยผ้าก๊อชหรือผ้านุ่มๆที่ปราศจากเชื้อ และใช้พลาสติกหรือสายรัดแผ่นฟิล์มให้กระชับใบหน้า เพื่อปิดตาทารกป้องกันอันตรายจากแสงสีฟ้า ตรวจสอบผ้าปิดตาทารกทุก 1 ชม. เพื่อดูว่าแผ่นฟิล์มไม่กดทับมากเกินไปหรือผ้าปิดตาไม่หลุดออก

4. เปลี่ยนท่านอนให้ทารกทุก 2 ชม. หรือให้มารดานำทารกออกมาจากเครื่องส่องไฟเพื่อให้ดูนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง ซึ่งการให้นมจะช่วยเรื่องป้องกันการขาดน้ำและให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ ช่วยให้ขับถ่ายได้ดีขึ้นและขับสารสีเหลืองออกได้เร็วขึ้น

5. งดทาแป้ง โลชั่น หรือเบบี้ออยด์ ที่ผิวหนังของทารก เพื่อให้แสงส่องที่ผิวหนังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้อาการตัวเหลืองหายเร็วขึ้น และยังเป็นการป้องกันผิวหนังของทารกแห้งและผิวหนังไหม้จากความร้อนจากการส่องไฟ

6. ติดตามวัดสัญญาณชีพทารก โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจากทารกอาจมีอุณหภูมิร่างกายสูงจากการส่องไฟได้

7. ติดตามบันทึกจำนวนครั้งการรับนมแม่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อติดตามอาการข้างเคียงจากการส่องไฟรักษา เช่น ถ่ายเหลวท้องเสีย ปัสสาวะสีเข้ม ขาดน้ำ เป็นต้น

8. ประเมินผิวหนังทารกว่ามีลักษณะแห้ง หรือสีเข้มขึ้นหรือไม่ ซึ่งแสดงถึงผิวได้รับอันตรายจากอาหารส่องไฟ ต้องปรับความแรงของไฟที่ใช้ในการรักษา

9. ติดตามเจาะเลือดดูค่าบิลิรูบินหลังการส่องไฟรักษา 4-12 ชม.

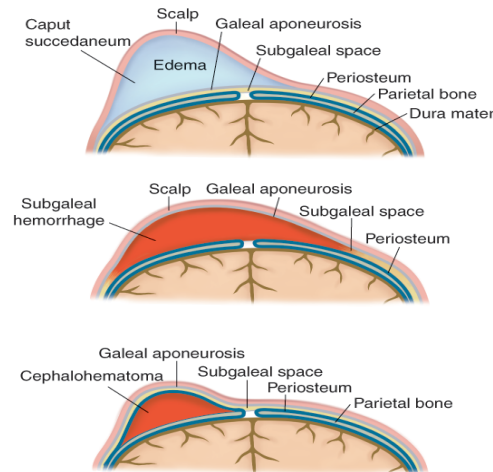
10. ประเมินความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม

3. การบวมที่ศีรษะ การบวมที่บริเวณศีรษะของทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อย มี 3 ชนิด ได้แก่

1. **Caput succedaneum** เป็นการบวมที่บริเวณใต้ผิวหนังที่หุ้มกะโหลกศีรษะทารก ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญ คือ อธิบายสาเหตุการเกิดให้มารดาเข้าใจ และบอกมารดาให้ทราบว่าอาการบวมจะค่อยๆ ยุบหายเองได้ภายใน 1-2 วันหลังคลอด ไม่เป็นอันตราย

2. **Cephal hematoma** เป็นการบวมที่เกิดจากการมีเลือดออกและคั่งในชั้นเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ (periosteum) ก้อนจะค่อยๆ โตและตึงขึ้น และเห็นได้ชัดใน 24 ชม. หลังคลอด การพยาบาลที่สำคัญคือ อธิบายสาเหตุการเกิดให้มารดาทราบว่าเลือดที่ออกและคั่งอยู่ร่างกายจะดูดซับกลับได้ แต่ใช้เวลานานหลายสัปดาห์ ถึง เดือน ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนเลือดที่ออก และทารกอาจจะมีภาวะตัวเหลืองตามมาได้เนื่องจากการแตกตัวของเม็ดเลือดมากกว่าปกติ

3. **Subgaleal hematoma** เป็นการบวมที่เกิดจากเลือดออกในชั้น galeal ซึ่งอยู่ระหว่างชั้นใต้ผิวหนังและเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ ดังนั้นก้อนเลือดจึงข้ามรอยต่อแสกกลางศีรษะ (sagittal suture) ได้ หากเลือดออกมากขึ้นทารกจะมีการบวมที่บริเวณหน้าผาก ขมับและท้ายทอย ทารกอาจจะมีภาวะซีดและช็อกได้ ต้องติดตามประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งติดตามประเมินภาวะตัวเหลืองด้วย



Source: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Joanne S. Sheffield. Williams Obstetrics, 25th Edition. Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

รูปที่ 26 แสดงตำแหน่งการบวมของศีรษะทารก

ที่มา: Cunningham, et al., 2018.

4. **ภาวะลิ้นติด (tongue tie)** ภาวะลิ้นติดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อพังผืดใต้ลิ้นยึดเกาะใกล้บริเวณปลายลิ้นมากกว่าปกติ ทำให้ทารกแลบลิ้นไม่พ้นเหงือก ห่อลิ้นเพื่อกดนมไม่ได้ ทำให้ทารกดูดนมได้ยากลำบาก ซึ่งภาวะลิ้นติดมีความรุนแรง 3 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ถ้าทารกมีลิ้นติดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การพยาบาลที่สำคัญคือ ช่วยเหลือมารดาในการอุ้มลูกเข้าเต้า ช่วยให้ทารกอมหัวนมให้ลึกถึงลานนมและทารกจะดูดนมได้

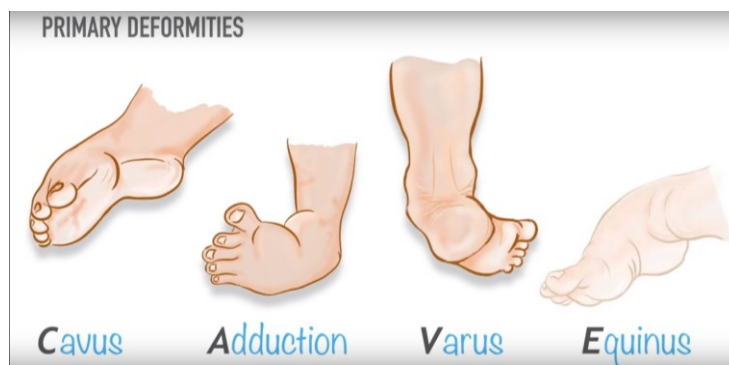
ถ้าหากทารกมีลิ้นติดระดับรุนแรง ควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดขลิบพังผืดใต้ลิ้น (frenotomy) เพื่อช่วยให้ทารกสามารถดูดนมแม่ได้ การพยาบาลที่สำคัญหลังการทำผ่าตัด คือ ประเมินเลือดจากตำแหน่งที่ขลิบใต้ลิ้น ให้ทารกดูดนมแม่ทันทีและประเมิน LATCH score เพื่อดูประสิทธิภาพการเข้าเต้าของทารก หากยังได้อาจต้องขลิบพังผืดเพิ่ม

5. **ท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด (Congenital nasolacrimal duct obstruction)** เป็นภาวะผิดปกติที่พบได้ประมาณร้อยละ 6 ซึ่งอาการแสดงจะพบในวันที่ 2-3 หลังคลอด จะพบตาแฉะหรือมีน้ำตาขังที่เปลือกตาล่าง การดูแลรักษาทำได้โดยนวดที่ท่อและถุงน้ำตา เพื่อช่วยให้ท่อน้ำตาเปิด หากมีตาแฉะหรือขี้ตาให้ใช้สำลีชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วเช็ดทำความสะอาดตา หากพบลักษณะมีการติดเชื้อแพทย์อาจพิจารณาให้ใช้ยาต้านจุลชีพหยอดหรือป้ายตาได้ เช่น polymyxin, neomycin, sulfacetamide 10% เป็นต้น (วิลเลพร สมานกสิกรรม, 2559: 197)

6. **เท้าปุก (Clubfoot หรือ Talipes)** เป็นลักษณะของเท้าทารกแรกเกิดที่ผิดปกติ มีการบิดงอเข้าด้านใน หรือบิดออกด้านนอกของเท้า ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1) Congenital clubfoot หรือเท้าปุกแท้ เป็นชนิดที่มีโครงสร้างกระดูกเท้าที่ผิดปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาเท้าจะบิดมากขึ้นเรื่อยๆ

2) Positional clubfoot หรือเท้าปุกเทียม เป็นชนิดที่ไม่มีความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกที่เท้า ซึ่งเท้าบิดเกิดจากท่าของทารกที่อยู่ในครรภ์ เกิดจากทารกตัวโต น้ำคร่ำน้อยทำให้เท้าทารกถูกดัดเบี้ยวให้อยู่ในท่าที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด สามารถกลับเป็นปกติได้เองเมื่อทารกโตขึ้น การพยาบาลที่สำคัญคือ อธิบายให้มารดาเข้าใจว่าเท้าบิดเกิดจากการตึงและหย่อนของเส้นเอ็นบริเวณข้อเท้าด้านนอกกับด้านในไม่เท่ากันจึงทำให้เท้าบิดเข้าด้านใน แนะนำวิธีการดัดเท้าหรือกระตุ้นให้เส้นเอ็นบริเวณเท้าของทารกมีการปรับความตึงตัวให้สมดุลกัน จะสามารถช่วยให้ทารกมีการเคลื่อนไหวและใช้งานเท้าได้ปกติเมื่อโตขึ้น



รูปที่ 27 แสดงลักษณะเท้าปุกแบบต่างๆ

ที่มา: <https://orthopaedicprinciples.com/2018/07/congenital-talipes-equinovarus/>

7. **อัณฑะไม่ลงถุง (Undescended testes)** เป็นภาวะผิดปกติที่พบได้ ซึ่งจะพบในทารกเพศชายที่คลอดก่อนกำหนดมากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนดที่อัณฑะไม่ลงถุงร้อยละ 50 อัณฑะจะลงมาอยู่ในถุงได้เองประมาณ 6 สัปดาห์หลังคลอด และร้อยละ 75 อัณฑะจะลงถุงได้เองเมื่ออายุ 9 เดือน ส่วนทารกก่อนกำหนด พบว่าร้อยละ 90 อัณฑะจะลงถุงได้เองโดยไม่ต้องรักษา การพยาบาลที่สำคัญคือการอธิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจ และคอยสังเกตลักษณะของอัณฑะ หากพบว่าอัณฑะยังไม่ลงถุงภายในเวลาที่ควร อาจต้องปรึกษาแพทย์ต่อไป

8. **การย่อยแลคโตสบกพร่อง (Lactose intolerance)** เป็นภาวะที่ทารกแรกเกิดไม่มีเอนไซม์แลคเตส (Lactase) สำหรับย่อยน้ำตาลแลคโตส ซึ่งทารกจะไม่สามารถย่อยน้ำตาลแลคโตสที่อยู่ในน้ำนมได้ ทำให้ทารกมีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้องจากแก๊สที่อยู่ในลำไส้ ผายลมและสำรอกนมบ่อยครั้ง หรืออาจจะมีอาการถ่ายเหลวมีฟองและเป็นน้ำ ค่า pH < 5.5 ซึ่งการรักษาแพทย์จะวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะแพ้นมวัว และการติดเชื้อในทางเดินอาหาร ให้การรักษาโดยป้องกันหรือแก้ไขภาวะขาดน้ำ และให้ทารกกินนมสูตรไม่มีแลคโตส (Lactose free)

