

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 1/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

### นโยบาย :

พยาบาล/ทีมการพยาบาล ปฏิบัติตามกระบวนการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามระเบียบปฏิบัติ

### วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิด/การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะฉุกเฉิน
2. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

### ผู้รับผิดชอบ :

พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอด

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

#### เกณฑ์ในการรายงานกุมารแพทย์ให้รับทราบ

1. มารดามี PROM มากกว่า 18 ชั่วโมง
2. ทารก IUGR
3. Congenital anomaly
4. Oligohydramnios
5. มารดามีไข้ ได้รับ ATB / unstable vital sign
6. VDRL / HBsAg ของมารดา positive
7. มารดาที่มีผลเลือดต่าง UP / Rh negative รายงานก่อนคลอด
8. GDM
9. BBA
10. Case NO ANC
11. GA > 42 weeks
12. มารดาเป็นโรคหัวใจ
13. มารดามีประวัติใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์
14. มารดามีภาวะซีด หรือโรคธาลัสซีเมีย เคยได้รับเลือดขณะตั้งครรภ์

#### เกณฑ์ในการรับเด็กกุมารแพทย์

1. GA < 34 weeks or EFW < 2000 gms. (แพทย์ทั่วไป EFW < 2,300 gms. พิจารณาส่งต่อ)
2. Fetal distress (FHS < 120 or > 160 ครั้ง/นาที) หรือ มี late variable deceleration
3. Meconium strained amniotic fluid
4. มารดามี abruption placenta, Placenta previa
5. Twin / Multiple pregnancy

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 2/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

6. มารดาที่มีภาวะ severe preeclampsia / Eclampsia
7. มารดาที่มีภาวะ Chorioamnionitis ลูกมี fetal tachycardia
8. มารดาได้ pethidine ภายใน 4 ชั่วโมง
9. Vaginal breech delivery
10. Prolapsed cord

#### แบบการรายงานปัญหาของทารกแรกเกิด

1. G...P...A...L.... GA.....weeks EFW/BW.....
2. ลักษณะน้ำคร่ำ / น้ำคร่ำใสหรือไม่
3. จำนวนทารก เกิดเดี่ยวหรือครรภ์แฝด
4. ปัจจัยเสี่ยง
5. ปัญหาที่ต้องรายงาน
6. Management ที่ได้ทำไปแล้ว (PPV, Chest compression, O2, Hct, DTX, ยังไม่ได้ทำอะไร)

#### ข้อบ่งชี้ในการ Refer ทารกแรกเกิด

1. EFW < 2000 gms
2. GA < 34 weeks
3. ได้รับ Dexamethasone ไม่ครบ

1. การดูแลทารกแรกเกิดที่ห้องคลอด ปฏิบัติดังนี้

#### ขั้นตอนการรับเด็ก

1. พยาบาลผู้ทำคลอดชานเวลาเกิดและเวลาตัดสายสะดือทารก
2. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ กดปุ่ม ▶|| (Start) เพื่อเริ่มเวลาการประเมิน Apgar score
3. พยาบาลรับเด็ก ทำการเช็ดตัวทารก clear air way เปลี่ยนผ้าเปียกออก
4. พยาบาลรับเด็ก / แพทย์ ทำการประเมิน Apgar score นาทีที่ 1,5,10

ด้านหน้า เวลา.....บุตรนาง.....วันที่.....เพศ.....

ด้านหลัง นามสกุลทารกแรกเกิด ผู้ก้มือทารกขณะอยู่บนหน้าขามารดาที่เตียงคลอด

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 3/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

- 1.2 ผู้ทำคลอดเช็ดตัวทารกแล้วนำทารกไว้ที่อกมารดา ให้มารดาโอบกอดทารก
- 1.3 ผู้ช่วยคลอดแจ้งมารดาทราบและนำทารกมาดูแลต่อ ดูต secretion ในปากและจมูก และดูแลให้ความอบอุ่น ภายใต้ Radiant Warmer
- 1.4 ทำความสะอาดร่างกายทารกแรกเกิดโดยใช้ผ้าขนหนูที่นุ่มผ่านการฆ่าเชื้อแล้วเช็ดคราบเลือดตามร่างกาย เช็ดตัวให้แห้งภายใต้ Radiant Warmer
- 1.5 เช็ดตามด้วยสำลีแห้ง ป้ายตาทั้งสองข้างด้วย Tetracycline eye ointment
- 1.6 เช็ดสะดือด้วย Alcohol 70%
- 1.7 ประเมินความอึดตัวของออกซิเจน O<sub>2</sub> saturation พร้อมคะแนน Apgar score นาทีที่ 1,5,10
- 1.8 วัด Vital signs (วัดอุณหภูมิทางทวารหนัก) แล้วลงบันทึกในฟอร์มปรอทและใบบันทึกทางการพยาบาล
- 1.9 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ วัดรอบอก และความกว้างของไหล่ และตรวจร่างกายทารกแรกเกิดให้ครบคลุมทุกระบบ แล้วลงบันทึกในแฟ้มประวัติทารกแรกเกิด/สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และบันทึกข้อมูลทารกลงในใบรับรองการเกิดให้เรียบร้อยก่อนให้ญาตินำไปทำประวัติการรักษาที่ห้องบัตร

### ใบรับรองบิดาของบุตร

#### เรียน ญาติผู้คลอดที่รักทุกท่าน

ขอแสดงความยินดีกับท่านที่ได้สมาชิกใหม่ ขอความร่วมมือในการทำบัตรบันทึกผู้รับบริการที่ **ห้องบัตร อาคารผู้ป่วยนอกชั้นล่าง** เมื่อได้บัตรแล้วกรุณายื่นบัตรกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอดอีกครั้ง

ชื่อ สกุล ทารก  เด็กชาย  เด็กหญิง.....นามสกุล.....

ชื่อ สกุล มารดา..... HN.....

ชื่อ สกุล บิดา.....  ไม่ระบุชื่อบิดา เหตุผล.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ทารกเพศ  ชาย  หญิง น้ำหนัก.....กรัม ความยาว.....ซม. เส้นรอบศีรษะ....Apgar scoreที่1/5..../....

เด็กเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

แพทย์เวร.....ผู้ทำคลอด.....วิธีการคลอด.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า..... ID.....

ขอรับรองว่านาย..... ID.....

อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

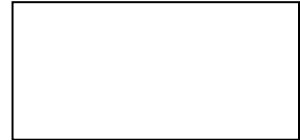
เป็นบิดาของ ดช./ดญ..... ของข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ.....

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 4/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

(.....) ลายพิมพ์นิ้วมือขวาบิดา

พยาน.....ญาติ (ความสัมพันธ์.....)  
 (.....)



พยาน.....พยาบาล  
 (.....)

ลายพิมพ์นิ้วมือขวาของผู้คลอด  
 G...P...A...L...D...GA....wks.

- 1.10 ผู้ก้มข้อมือข้างซ้ายของทารกให้แน่นอีกครั้ง แยกโดยใช้ป้ายสีฟ้าในเด็กเพศชายและป้ายสีชมพูในเด็กเพศหญิง โดยเขียนป้ายชื่อเป็น ด.ช./ด.ญ.....นามสกุล.....บุตรนาง.....นามสกุล.....
- 1.11 ฉีด vitamin k<sub>1</sub> 1 mg. เข้ากล้ามเนื้อต้นขาขวาและฉีด HBV1 0.5 ML เข้ากล้ามเนื้อต้นขาข้างซ้าย ท่อทารกด้วยผ้าสะอาด ตรวจสอบป้ายชื่อ นำทารกให้มารดาหลังคลอด ให้การพยาบาลตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ดูปริมาณออกซิเจนที่มือขวา เมื่อครบ 2 ชั่วโมง และอาการทั่วไปปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนย้ายตึกหลังคลอดพร้อมมารดา โดยใช้ CRIP ใส่ห่วงใยลูกรักเพื่อความอบอุ่นขณะเคลื่อนย้ายด้วย หรือย้ายบนเปลนอนกับมารดาหลังคลอด
- 1.12 การจำหน่ายโดยการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น ให้พยาบาลห้องคลอดดูแลเรื่องการห่อตัวทารก และใช้ Transport incubator เพื่อให้ความอบอุ่นขณะส่งต่อด้วย และต้องมีพยาบาลประจำรถฉุกเฉินดูแลขณะส่งต่อทุกครั้ง
- 1.13 ดูแลทารกขณะส่งต่อ ห่อตัวทารกให้มิดชิดด้วยผ้ากว้าง 2 ชั้น โดยให้ผิวหนังสัมผัสกับอากาศภายนอกน้อยที่สุด ประเมินสภาพตลอดระยะทางที่ส่งต่อ โดยทารกไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียวและหายใจปกติ
- 1.14 เมื่อถึงสถานพยาบาล นำทารกส่งต่อให้ทีมการพยาบาล พร้อมกับรายงานอาการของทารกระหว่างเดินทาง พร้อมหนังสือส่งต่อและสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

1. กรณีทารกมีภาวะ Fetal distress , Thick meconium เมื่อผู้รับบริการคลอดปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร หรือ เมื่อมีการ Set C/S ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อเตรียมรับเด็ก พยาบาลผู้ทำคลอดประเมิน APGAR Score ของทารกแรกเกิด ถ้ามีคะแนน 1 นาที คลอดเท่ากับหรือน้อยกว่า 4 คะแนนให้พยาบาลผู้ดูแลรีบตัดสายสะดือและนำทารกมาช่วยเหลือ ภายใต้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น (Radiant Warmer ) รายงานแพทย์ทันที
2. วางทารกแรกเกิดนอนหงายหรือนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
3. ดูเสมหะออกจากปากก่อนแล้วจึงดูดในจมูก ถ้าเสมหะมากควรเอียงใบหน้าทารกไปด้านใดด้านหนึ่ง

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 5/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

และประเมินเสียงร้องหรือเสียงหายใจ และใช้สาย Suction สอดเข้าไปดูดในรายที่เสมหะอยู่ลึก

4. กระตุ้นให้ทารกร้องโดยลูบลำตัวหรือตีฝ่าเท้า 1 – 2 ครั้ง ด้วยความแรงพอสมควร สังเกตทารก ถ้าทารกหายใจช้า หรือไม่หายใจให้ทำการช่วยหายใจโดยจัดทารกในนอนหงาย แหงนหน้าเล็กน้อย ผู้ทำ Positive Pressure Ventilation (PPV) อยู่ในตำแหน่งที่สามารถสังเกตการณ์เคลื่อนไหวของทรวงอกทารกได้ชัดเจน

วาง Mask ให้คลุมปาก จมูก และคาง โดยยึด Mask ไว้กับใบหน้าด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ โดยมีนิ้วกลางและนิ้วนางช่วยกดส่วนบนของ Mask ขณะเดียวกันใช้นิ้วก้อยดึงคางขึ้นเพื่อให้ Mask แนบกับใบหน้าทารกตลอดเวลา

ในการทำ PPV โดยเริ่มให้ออกซิเจน 21 % แล้วค่อยเพิ่มปริมาณออกซิเจนทีละน้อย ปีบ neo pip หรือ Ambu bag ในอัตรา 40 ครั้ง/นาทีแล้วประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ถ้าหัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/ นาที แต่ไม่เพิ่มขึ้นอีก ต้องให้การช่วยเหลือโดยทำการนวดหัวใจหยุด PPV เมื่อทารกร้องเสียงดัง หรือทารกหายใจสม่ำเสมอ และอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/ นาที

5. การนวดหัวใจ เมื่อหัวใจไม่เต้นหรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/ นาทีต้องทำการนวดหัวใจ ดังนี้

- Thumbs technique ใช้มือ 2 ข้าง โอบรอบทรวงอกทารก ให้ฝ่ามือแนบบนแผ่นหลัง นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้างวางบนกระดูกอกส่วนปลาย โดยวาง 2 นิ้วชิดกันหรือซ้อนกัน ถ้าทรวงอกของทารกเล็กมากเคลื่อนไหวเฉพาะข้อหัวแม่มือโดยกดลึกประมาณ 2 เซนติเมตร ในอัตรา 120 ครั้ง/นาที

- Two fingers methods (ด้วยนิ้วชี้และนิ้วกลาง) วางฝ่ามือข้างหนึ่งรองรับแผ่นหลังของทารก วางนิ้วชี้และนิ้วกลางจัดปลายนิ้วให้อยู่ในระดับเดียวกัน มืออีกข้างหนึ่งวางบนกระดูกบริเวณเดียวกันกับ Thumbs technique กดลึก 2 เซนติเมตรในอัตรา 120 ครั้ง/ นาที

ในกรณีที่ให้ PPV ทาง Face Mask ควรทำการนวดหัวใจ 3 ครั้งแล้วหยุดให้ PPV 1 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องหยุดการนวดหัวใจถ้าให้ PPV ทางท่อหลอดลมคอ ( Endotracheal intubation )

ใช้เวลาในการทำการนวดหัวใจร่วมกับ PPV นาน 30 นาที แล้วประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ หยุดทำการนวดหัวใจเมื่ออัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที และสังเกตว่าทารกร้องเสียงดัง หายใจได้สม่ำเสมอ สีผิวแดงดี ไม่มีเขียวปลายมือปลายเท้า Keep warm สังเกตการหายใจทุก 5 นาที

6. การใส่ท่อหลอดลมคอ ( Endotracheal intubation ) เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการเปิดทางเดินหายใจระหว่างการฟื้นคืนชีพ จะทำต่อเมื่อทำ PPV ด้วย Face Mask ร่วมกับการนวดหัวใจนาน 30 วินาทีแล้วไม่ดีขึ้น คือหัวใจเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที หรือไม่มีการเคลื่อนไหวของทารก โดยทีมพยาบาลเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมให้พร้อม ได้แก่

- Larygoscope และ Blade ชนิดตรง
- Endotracheal Tube ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5, 3.0 ,/3.5 4.0 เซนติเมตร
- เครื่องดูดเสมหะ และ สายดูดเสมหะ เบอร์ 12
- พลาสเตอร์
- Neo peep หรือ Ambu bag
- Meconium aspirator

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 6/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

- 100% ออกซิเจน และสายออกซิเจน

โดยทีมการพยาบาลเข้าช่วยแพทย์ขณะใส่ Endotracheal Tube

- จัดท่าทารกให้หงายหน้าเล็กน้อยขณะแพทย์ทำการใส่ Blade ให้ใส่ Endotracheal Tube
  - ขณะแพทย์ ใส่ Endotracheal Tube ให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงสีผิวของทารกว่าเป็น สีเทา ชมพูอมม่วง หรือสีชมพู เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน และ Monitor O<sub>2</sub> Sat.
  - เมื่อ Endotracheal Tube อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมให้ยึด Endotracheal Tube ไว้กับมุมปากด้านใดด้านหนึ่ง ติดพลาสติกแล้วบีบ Ambu bag
  - ก่อนใส่ Endotracheal Tube ต้อง PPV ให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอก่อนเสมอ
  - ถ้าไม่สามารถใส่ Endotracheal Tube ได้ภายใน 20 วินาที ต้องหยุด และกลับมาช่วยหายใจด้วยการ PPV ด้วยเครื่อง Neo pip หรือ Bag และ Face Mask ก่อนการใส่ Endotracheal Tube ครั้งต่อไป
- ทีมการพยาบาลเตรียมสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยา และให้การดูแลทารกแรกเกิดตามแผนการรักษาของแพทย์
  - ในกรณีที่ทารกแรกเกิดได้รับการช่วยเหลือแล้วไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องส่งสถานบริการอื่นพยาบาล ให้ใช้ Transport incubator กรณีเครื่องไม่ว่าง ต้องห่อทารกด้วยผ้า 2 ชั้น ใช้ คริปใสหุ้มโยลูกรัก เพื่อให้ทารกอบอุ่น และควบคุมอุณหภูมิได้ และมีพยาบาลห้องคลอดร่วมนำส่งพร้อมรถส่งต่อของโรงพยาบาล
  - ในกรณีที่แพทย์ สั่งให้นำทารกแรกเกิดไปเข้าตู้อบ พยาบาลห้องคลอดแจ้งพยาบาลตึกผู้ป่วยเด็ก – สูติกรรมเพื่ออุ่นตู้อบ และแจ้งอาการของทารกแรกเกิดอย่างละเอียดขณะที่รอความพร้อมของตู้อบพยาบาลห้องคลอด Keep warm ที่ Radiant warmer พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ย้ายทารกโดยใช้คริปใส
- บันทึกอาการและการให้การพยาบาลในแฟ้มประวัติทารกให้ละเอียด
- พิจารณาหยุดทำการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดโดยแพทย์ และอธิบายให้ญาติรับทราบ

#### ตารางการประเมิน APGAR SCORE

อาการแสดง	APGAR Score		
	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
ลักษณะสีผิว (Appearance)	ตัวเขียวคล้ำ ซีด	เขียวปลายมือปลายเท้า	สีชมพู

โรงพยาบาลห้วยคต	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 7/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

ชีพจร/การเต้นของหัวใจ (Pluse/Heart rate)	ไม่มี	น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที	มากกว่า 100 ครั้ง/นาที
สีหน้าเมื่อถูกกระตุ้น (Grimace)	ไม่ตอบสนอง	หน้าเบะ/เคลื่อนไหวเล็กน้อย	ร้องเสียงดัง
การเคลื่อนไหว/การตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Activity/Muscle tone)	อ่อนปวกเปียก	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวดี
การหายใจ (Respiration)	ไม่หายใจ	ช้า ไม่สม่ำเสมอ	ดี ร้องเสียงดัง

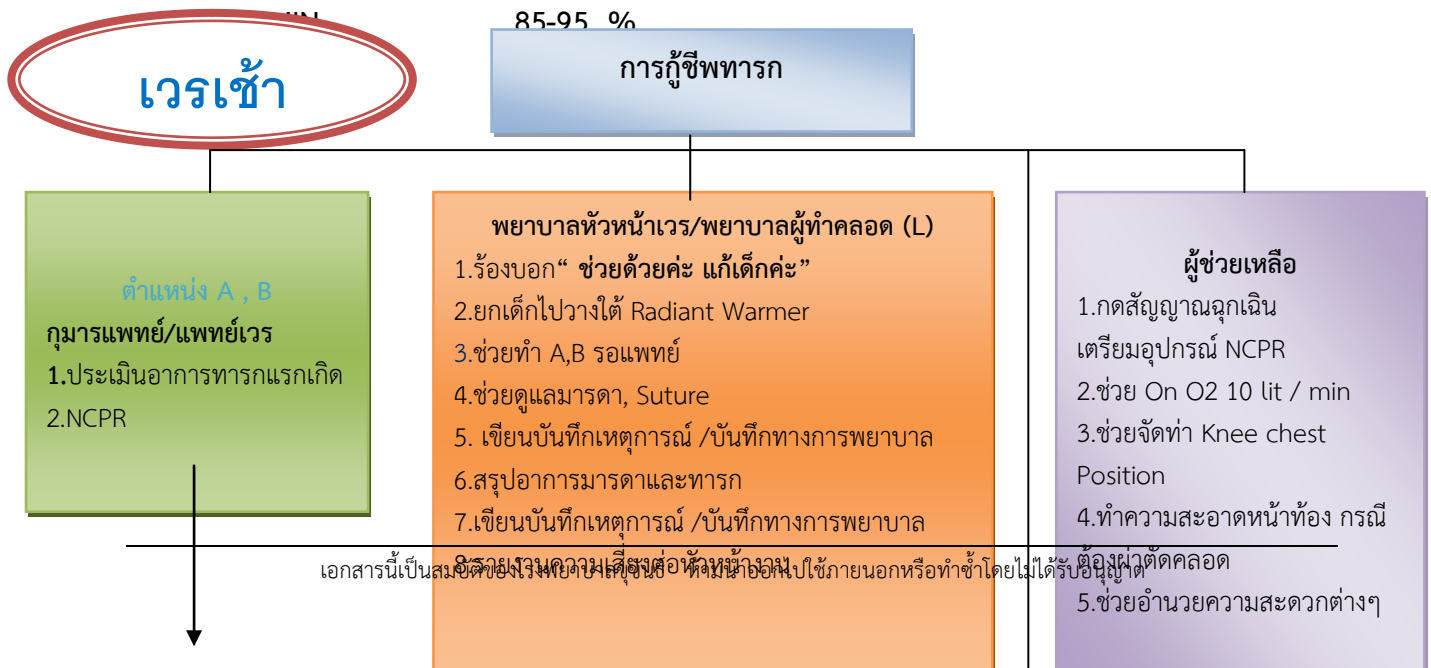
### การเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยหายใจด้วย Mask (MR.SOPA)

- ตรวจสอบขั้นตอนว่าถูกต้อง

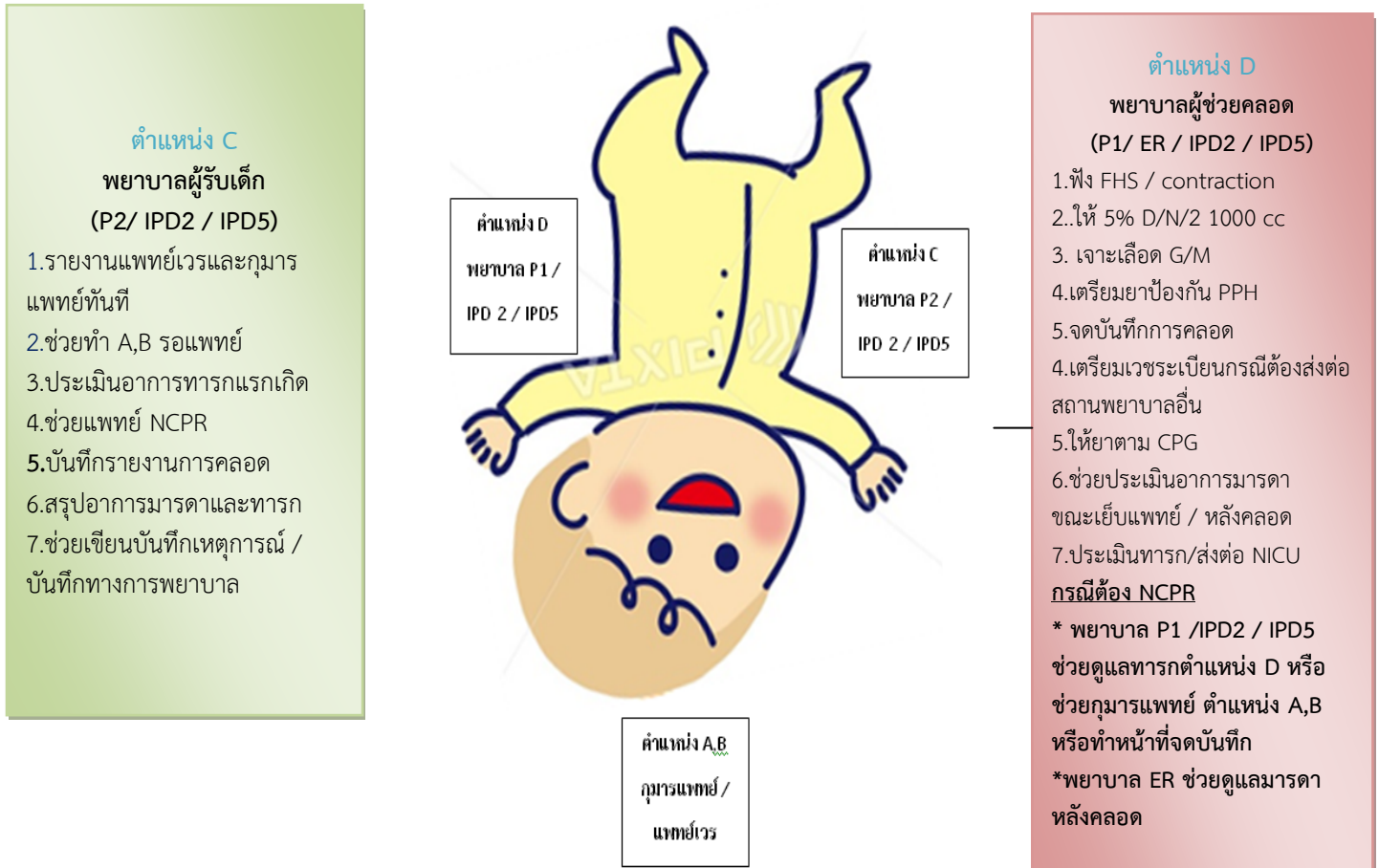
- M MASK ADJUSTMENT
- R REPOSITION AIR WAY
- S SUCTION MOUTH AND NOSE
- O OPEN MOUTH
- P PRESSURE IN CREASE
- A AIRWAY ALTERNATIVE

- Target predutal SpO2 after birth

- 1 MIN 60-65 %
- 2 MIN 65-70 %
- 3 MIN 70-75 %
- 4 MIN 75-80 %
- 5 MIN 80-85 %
- MIN 85-95 %



โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 8/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		



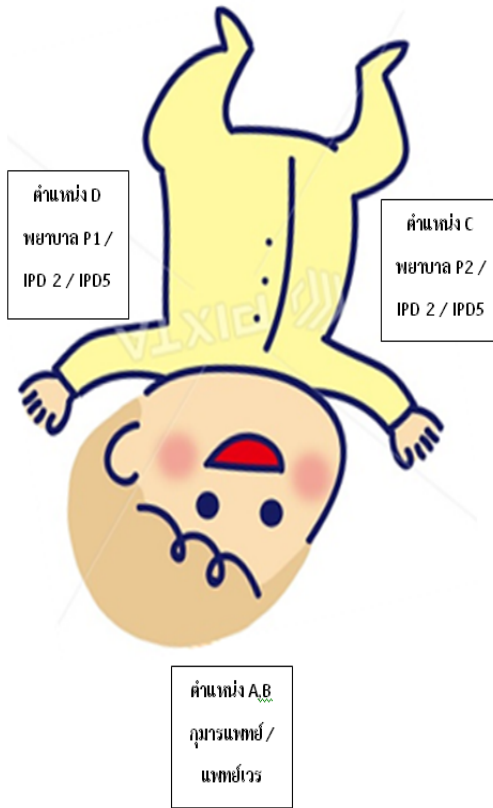


โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 9/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

### ตำแหน่ง C

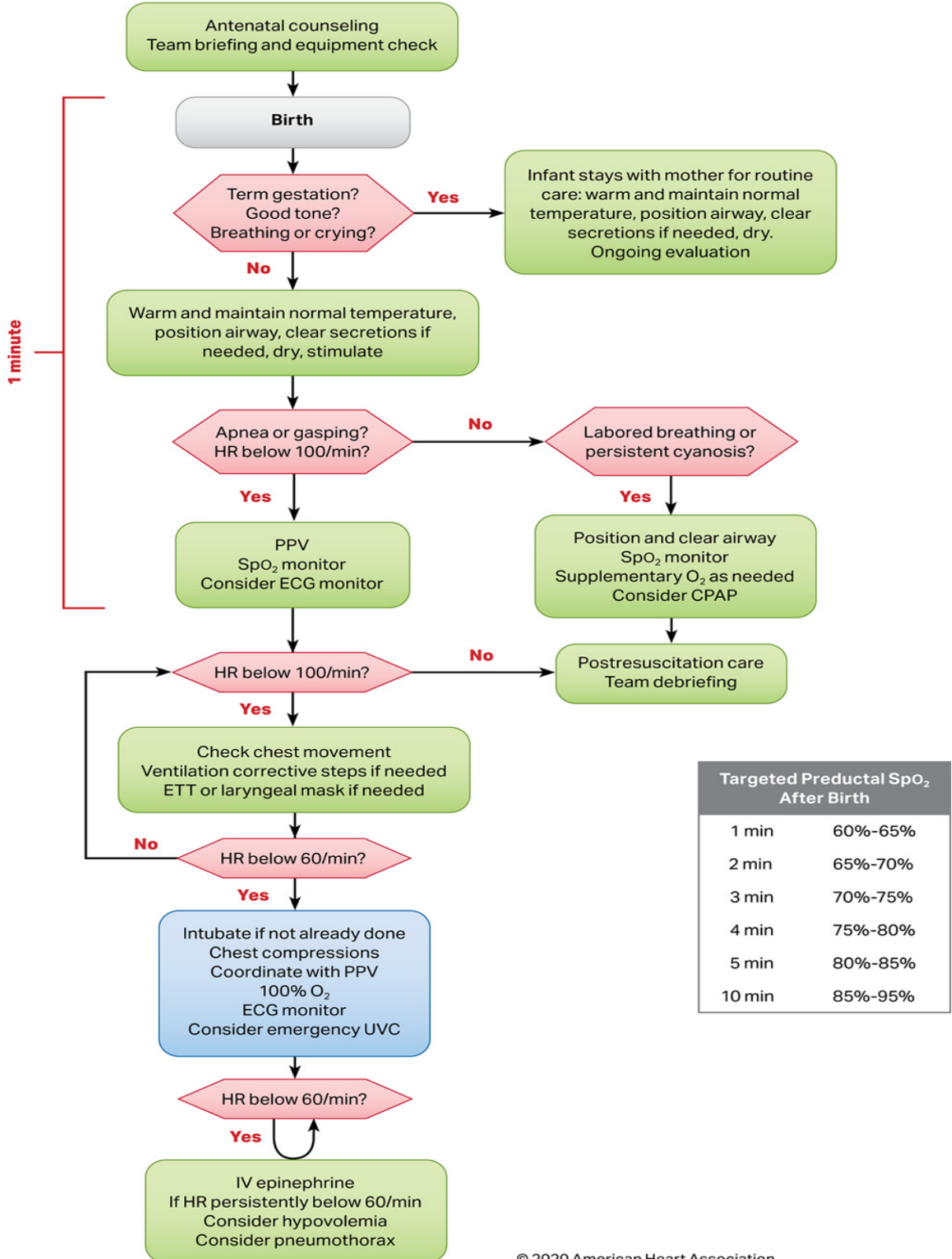
พยาบาลหัวหน้าเวร/พยาบาล  
ผู้รับเด็ก (L1/ IPD2 / IPD5)

1. รายงานแพทย์เวรและกุมารแพทย์ทันที
2. ช่วยทำ A,B รอแพทย์
3. ประเมินอาการทารกแรกเกิด
4. ช่วยแพทย์ NCPR
5. บันทึกรายการการคลอด  
การให้ยา
6. สรุปลักษณะมารดาและทารก
7. เขียนบันทึกเหตุการณ์ /บันทึก  
ทางการพยาบาล
8. รายงานความเสี่ยงต่อหัวหน้า  
งาน



โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 10/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติ: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

### Neonatal Resuscitation Algorithm

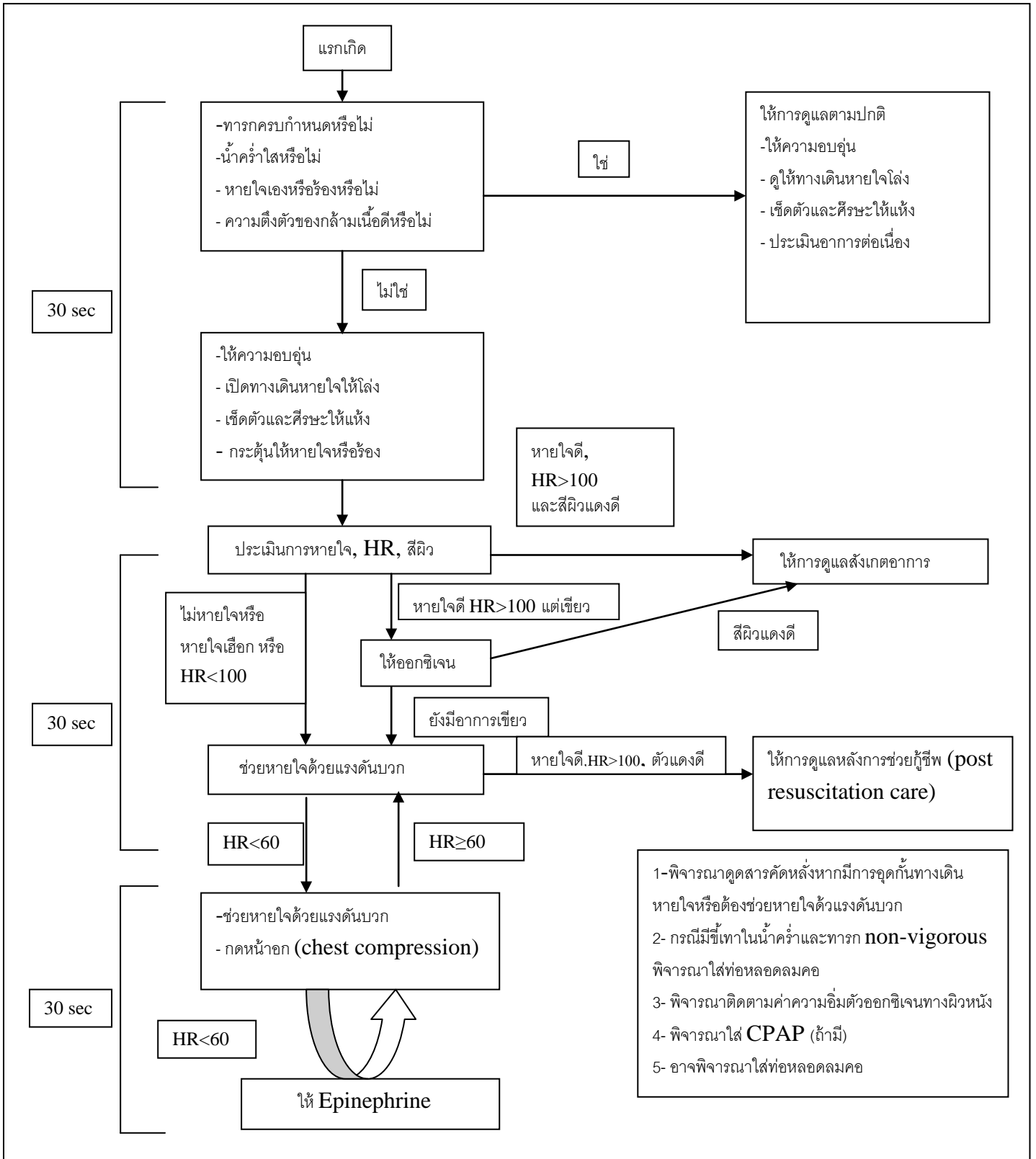


© 2020 American Heart Association

โดยคณะกรรมการ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลชุมชน ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

โรงพยาบาลห้วยคั้ง	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 11/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		



โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 12/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

### แนวทางการกู้ชีพทารกแรกเกิด

- เตรียมความพร้อม ตรวจสอบประวัติ ปัจจัยเสี่ยง ทารกคลอดครบกำหนด ลักษณะน้ำคร่ำ
- ประเมินทารกทันทีที่เกิด โดยดูลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อตัดสินใจในการช่วยเหลือ ถ้าทารกครบกำหนดและร้องดีให้ทารกนอนหงายแขนงอเล็กน้อย พิจารณาดูดสารคัดหลั่งหากมีการอุดตันทางเดินหายใจ ใช้ผ้าอุ่นเช็ดตัว กระตุ้นให้ทารกหายใจ การทำทั้งหมดไม่ควรใช้เวลาเกิน 30 วินาที
- ในกรณีมีประวัติน้ำคร่ำมีขี้เทาปน และทารกไม่ vigorous คือ ไม่หายใจหรือหายใจช้า ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือ HR<100/min ให้รีบนำทารก ไปวางใต้ radiant warmer และทำ initial steps โดยใช้ลูกยางดูดเสมหะจากปากและจมูก กรณีที่มีขี้เทาในน้ำคร่ำและทารกร้องดีหายใจดี (vigorous) หากทารกร้องดีหายใจดีและ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดีให้ทำ initial steps ตามปกติโดยใช้ลูกยาง ดูด สารคัดหลั่งที่มีขี้เทาปนออกจากปากและจมูกทารก
- การประเมินสภาพทารก เพื่อตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต้องทำเป็นวงจร คือ ประเมินสภาพ (6 วินาที) -> ตัดสินใจ -> ให้การช่วยเหลือ (30 วินาที) -> ประเมินซ้ำ
- ถ้าทารกไม่หายใจหรือหายใจเฮือก หรือ HR<100/min ช่วยหายใจโดย PPV ด้วย rate 40-60/min นาน 30 วินาที แล้วประเมินซ้ำ  
ใช้ pulse oximeter เพื่อติดตาม SpO2 ร่วมกับการใช้ oxygen blender เพื่อป้องกันการให้ออกซิเจนมากเกินไปจนความจำเป็น ค่า preductal SpO2 หลังเกิด ควรเป็นดังนี้

1 min	60-65%
2 min	65-70%
3 min	70-75%
4 min	75-80%
5 min	80-85%
10 min	85-95%

ทั้งนี้ระหว่างการให้ออกซิเจนในทารกเกิดก่อนกำหนดควรให้ค่า SpO2 ไม่เกิน 95%

- ถ้าทารกไม่ดีขึ้นจากการใช้ mask & bag พิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอ ถ้าทารกดีขึ้น HR>100/min หายใจได้เอง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี ค่อยๆลดอัตราการช่วยหายใจลงจนหยุดได้
- ถ้าช่วยหายใจด้วยออกซิเจนความดันบวก 30 วินาที แล้ว HR<60/min ให้นวดหัวใจโดยกดหน้าอก สลับกับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกในอัตรา 3 ต่อ 1 หรือใน 1 นาทีกดหน้าอก 90 ครั้งและช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก 30 ครั้ง

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 13/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

8. วิธีกดหน้าอก ทำได้ 2 คือ Two-thumb-encircling hands และ Two-finger technique ในทางปฏิบัติผู้ทำการกดหน้าอกพูด “หนึ่ง-และสอง-และสาม-และสี่-และหนึ่ง-และสอง-และสาม-และสี่-และ...” เมื่ออัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที จึงหยุดกดหน้าอก
9. ถ้า PPV ร่วมกับ chest compression 30 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจยังต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที ให้ใช้ epinephrine 1:10,000 ปริมาณ 0.1-0.3 ml/kg IV หรือ 0.5-1 ml/kg on ET tube ให้ซ้ำได้ทุก 3-5 นาที ตามความจำเป็น
10. ข้อบ่งชี้ในการให้สารน้ำทดแทนระหว่างการกู้ชีพ ได้แก่
  - ทารกไม่ตอบสนองต่อการช่วยกู้ชีพ
  - ทารกอยู่ในภาวะช็อก (สีผิวซีด ซีพจรเบา อัตราการเต้นของหัวใจต่ำ ไม่มีการตอบสนองของระบบไหลเวียนโลหิตแม้จะให้การช่วยกู้ชีพเต็มที่
  - มีประวัติทารกในครรภ์เสียชีวิต
 สารน้ำที่ให้ ได้แก่ NSS, Ringer’s lactate ปริมาณ 10 ml/kg on UVC in 10-15 min ในกรณีจำเป็น อาจพิจารณาให้ PRC group O
11. การให้ยาอย่างอื่น ควรพิจารณาเป็นรายๆ

ทารกที่มารดาได้รับยาาระงับปวดที่ทำให้เกิดการหายใจภายใน 4 ชั่วโมงก่อนคลอดร่วมกับมีอาการหายใจช้าหรือไม่หายใจ ควรช่วยหายใจให้เพียงพอ ถ้าจำเป็นอาจพิจารณาให้ naloxone 0.1 mg/kg IV การใช้ NaHCO<sub>3</sub> ปัจจุบันแนะนำให้ใช้น้อยลง พิจารณาเฉพาะรายที่จำเป็นในทารกขาดออกซิเจนและต้องแก้ไขเป็นเวลานานและได้ช่วยหายใจเพียงพอแล้ว (adequate ventilation) แต่ยังมีภาวะเลือดเป็นกรดมาก (metabolic acidosis) อาจพิจารณาให้ NaHCO<sub>3</sub> 1 mEq/kg เจือจางด้วย sterile water ฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้าๆไม่เกิน 1 mEq/kg/min.

ตารางแสดงขนาดและความลึกของท่อหลอดลมคอตามน้ำหนักของทารก

น้ำหนัก (กรัม)	ขนาด (มม.)	ความลึก (ซม.)
ต่ำกว่า 1,000	2.5	7
1,000-2,000	3.0	8
2,000-3,000	3.5	9
มากกว่า 3,000	3.5-4	9-10

ตารางแสดงขนาดยาที่ใช้ตามน้ำหนักของทารก

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 14/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

ยา (ความเข้มข้น)	ขนาดยา	บริหารยาทาง
Epinephrine (1:10,000)	0.1-0.3 ml/kg	IV
	0.5-1 ml/kg	ET
NSS, Ringer's lactate	10 ml/kg	IV
Naloxone (0.4 mg/ml)	0.1 mg/kg	IV, IM
NaHCO <sub>3</sub> (0.5 mEq/mlX	1-2 mEq/kg	IV

ในประเทศไทย Epinephrine มีขนาด 1:1,000 ดังนั้นต้องผสมเจือจาง 10 เท่า คือใช้ epinephrine 1:1,000 จำนวน 0.1 ml เจือจางด้วย NSS 0.9 ml รวมเป็น 1 ml.

#### แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวาน

1. ให้เจาะเลือดตรวจ DTX ตอนแรกเกิด, 30 นาที, 1 ชั่วโมง, 2 ชั่วโมง, 3 ชั่วโมง หลังเกิดและทุก 4 ชั่วโมง ต่อจากนั้นในวันแรกของการเกิด หากระดับ DTX < 50 mg% ให้รายงานแพทย์ทันที พร้อมเจาะ Blood sugar เพื่อ confirm

2. ให้เจาะ hematocrit ตอนแรกเกิด หาก  $\geq 65\%$  ให้รายงานแพทย์ทันที

3. หากทารกมีอาการดังต่อไปนี้ ให้รายงานแพทย์ทันที

- ตัวสั้น เขียว
- ตัวอ่อนปวกเปียก
- รับนมไม่ดี
- ซึมกะทันหัน
- หอบ หรือ gruntion
- ซึม

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 15/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

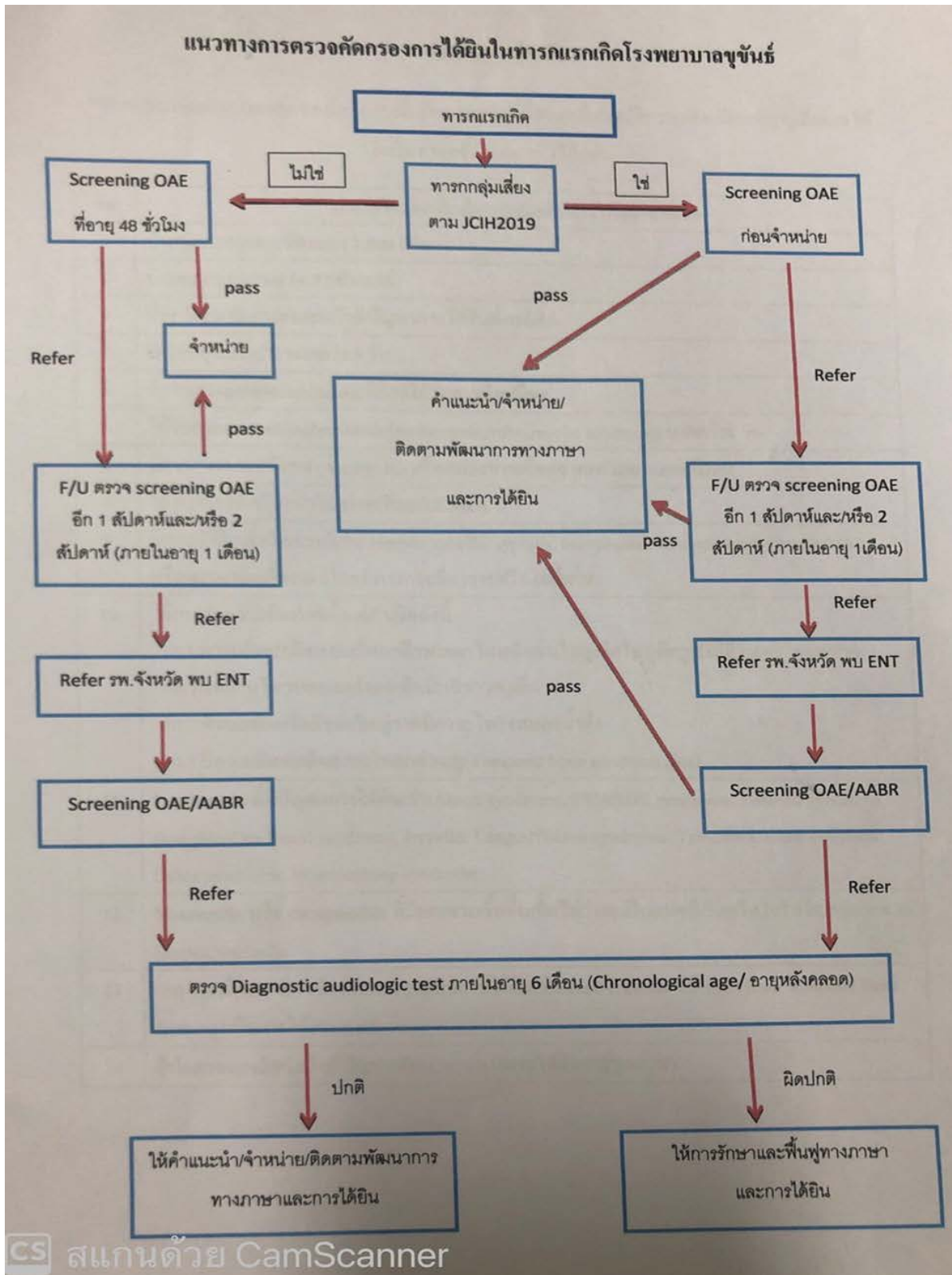
### Case เป้าระวังภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมง

1. มารดา blood gr.O แต่บิดา Blood gr.อื่น
2. มารดา blood gr. Rh negative ให้รายงานแพทย์ก่อนคลอด
3. ภาวะ Birth asphyxia
  4. ภาวะ neonatal sepsis
  5. มี cephal hematoma หรือมี Subgaleal hematoma

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การดูแลทารกแรกเกิด ภายใน 48 ชั่วโมง

1. รับย้ายทารกแรกเกิดจากห้องคลอด มาพร้อมมารดา
2. ตรวจสอบชื่อ สกุล เพศ ทารกสอดคล้องกับชื่อมารดาของทารก
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกรับ และ ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง
4. ตรวจร่างกายทารก ตั้งแต่ ศีรษะ จรดเท้า ตรวจ Primitive reflex ดังนี้
  - Moro reflex
  - Grasping reflex
5. ประเมินภาวะ Cyanosis / jaundice
6. ตรวจสอบสายสะดือว่ามีเลือดซึม หรือ ไม่
7. ลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล
8. กระตุ้น Breast feeding ทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่ไม่มีข้อห้าม
9. ดูแลล้างหน้าและค่านวนปริมาณน้ำหนัที่ลดลงเป็นเปอร์เซ็นต์ ทำความสะอาดสะดือด้วยน้ำยา 70 % Alcohol เช็ดตาด้วยNSS irrigate เวลา 06.00น. และแนะนำมารดาเกี่ยวกับการดูแล / ทำความสะอาดสะดือซ้ำอีกครั้ง
10. ดูแลอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เช็ดตา เช็ดสะดือ และนวดสัมผัสทารก เวลา 13.00 น.
11. ดูแล Kangaroo mother care เวลา 09.00 - 10.00 น.
12. ดูแล On BCG 0.1 ml intradermal ที่ไหล่ซ้าย
13. ดูแลคัดกรองการได้ยิน (OAE) ในทารกแรกเกิด โดยจะต้องแสดงผลผ่านทั้ง 2 ข้าง ถ้าหากไม่ผ่านข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างจะต้องมีการนัดตรวจซ้ำ และทำการบันทึกผลการตรวจลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย OPD Card สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก(สมุดสีชมพู)

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 16/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		



CS สแกนด้วย CamScanner



โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 17/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

### ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

\*\*\* ทารกกกลุ่มเสี่ยง (เฉพาะของโครงการนี้) คือทารกเกิดมีชีพและมีประวัติความเสี่ยงในการสูญเสียการได้ยินในทารกข้อใดข้อหนึ่งได้แก่

ข้อ	ประวัติความเสี่ยงในการสูญเสียการได้ยินในทารก
1	น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม
2	คลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์)
3	ประวัติสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาการได้ยินตั้งแต่เด็ก
4	ทารกอยู่ในNICU มากกว่า 5 วัน
5	มีภาวะHyperbilirubinemiaที่ต้องได้รับการถ่ายเลือด
6	ได้รับยาในกลุ่มAminoglycosides (gentamycin, tobramycin, amikacin) มากกว่า5 วัน
7	มีภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) หรือสมองขาดเลือดจากภาวะขาดออกซิเจน
8	ได้รับการใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม(ECMO)
9	มีประวัติติดเชื้อในครรภ์เช่น Herpes, rubella, syphilis, toxoplasmosis, cytomegalovirus (CMV) หรือมารดาติดเชื้อZika โดยที่ทารกจะมีอาการหรือไม่ก็ตาม
10	ลักษณะความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดดังนี้ 10.1 ความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและใบหน้าเช่น ใบหูเล็กใบหูผิดปกติไม่มีใบหูหรือรูหูปาก แหว่งเพดานโหว่ปอยผมด้านหน้าเป็นสีขาวตาเล็ก 10.2 ศีรษะเล็กหรือศีรษะใหญ่จากมีภาวะโพรงสมองน้ำคั่ง 10.3 มีความผิดปกติของกะโหลกส่วนหู(Temporal bone abnormalities)
11	Syndromes ที่มีปัญหาการได้ยินเช่นAlport syndrome, CHARGE syndrome, Pendred syndrome, Branchio-Oto-Renal syndrome, Jervell& Lange-Nielsen syndrome, Treacher Collins syndrome, Usher syndrome, Waardenburg syndrome
12	Meningitis หรือ encephalitis ที่มีผลเพาะเชื้อขึ้นเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นแบคทีเรียหรือไวรัสโดยเฉพาะจาก Herpes, varicella
13	เหตุการณ์ที่อาจเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการได้ยินเช่นhead trauma ที่มี skull base/ temporal bone fracture หรือการได้chemotherapy
14	ผู้ปกครองสงสัยว่าเด็กมีปัญหาพัฒนาการทางการได้ยินการพูดภาษา

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 18/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

14. ดูแลคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด โดยใช้ pulse oximeter โดยวัดค่าออกซิเจนในเลือด ( O2 saturation) ที่มือขวาและเท้าขวา  
ผลการคัดกรองเป็นบวก หมายถึง การตรวจพบว่ามีค่า O2 saturation < 90 % ไม่ว่าจะพบที่มือหรือเท้า หรือ การตรวจพบว่ามีค่า O2 saturation < 95 % ทั้งมือและเท้า จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยห่างกัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง หรือ การตรวจพบว่ามีค่า O2 saturation ของมือและเท้าแตกต่างกัน > 3 % จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยห่างกัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง
15. ผลการคัดกรองเป็นลบ หมายถึง การตรวจพบว่ามีค่า O2 saturation  $\geq$  95 % ที่มือหรือเท้าจากการวัดครั้งใดก็ตาม และค่าความต่างของค่า O2 saturation ระหว่างมือและเท้าต้อง  $\leq$  3 % และทำการบันทึกผลการตรวจลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย OPD Card สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)
16. สังเกตอาการครบ 48 ชั่วโมง ดูแลเจาะเลือดเพื่อตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH, PKU ) และตรวจหาค่า MB, Hct. , DTX, Blood group ตามแนวทางและติดตามผลการตรวจรายงานกุมารแพทย์ทราบและปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ต่อไป
17. แจกสำลี และ 70 %Alcohol เพื่อเช็ดสะดือต่อที่บ้าน และสมุดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
18. นัด F/U 1 Weeks ที่ สถานีอนามัยใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน
19. นัด F/U 6 weeks ที่ โรงพยาบาลชุมชน

#### เครื่องชี้วัดคุณภาพ

1. จำนวนอุบัติการณ์การส่งทารกให้มารดาผิดคน 0 ราย
2. ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน น้อยกว่า 25 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ
3. จำนวนอุบัติการณ์ทารกเสียชีวิตจาก Birth Asphyxia 0 ราย
4. อัตราความครบถ้วนของการปฏิบัติตามขั้นตอนการดูแลทารกแรกเกิด 100%

#### วิธีการตรวจสอบ

1. สังเกตการณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
2. ตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในคลอด
3. ผลลัพธ์ของดัชนีชี้วัด

#### ประเมินผล

1. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ
2. ดัชนีชี้วัดผ่านเกณฑ์

#### เอกสารอ้างอิง

ชาญชัย วันทนาศิริ มงคล เบญจจาภิบาล มานี ปิยะอนันต์ และสิงห์เพ็ชร สุขสมปอง. สูติศาสตร์.

กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิง จำกัด, 2553

บุญศรี จันทรรักษ์ชกุล ปัทมา พรหมสนธิ เอกชัย โคควาวิสารัช. วิกฤตการณ์ทางสูติกรรมที่รุนแรง.

กรุงเทพฯ : ทรี-ดีสแกน จำกัด, 2555.

ประสงค์ ต้นมหาสมุทร และคณะ. สูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิง จำกัด, 2553.

โรงพยาบาลชุมชน	ฉบับที่ B แก้ไขครั้งที่ 03	วันที่บังคับใช้ 05/01/64	หน้า 19/21	สำเนาที่
วิธีปฏิบัติที่: WI-OBS-01.05		เรื่อง : การพยาบาลทารกแรกเกิด		

มณีนพร โสมานุสรณ์. การพยาบาลสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี : ยุทธรินทร์ การพิมพ์, 2550  
 ประชา นันทน์นฤมิตรและอัญชลี ลิ้มรังสิกุล.การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด ชมรมเวชศาสตร์ทารก  
 แรกเกิดแห่งประเทศไทย.กรุงเทพฯ :ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด,2549

ผู้จัดทำ..... หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด	5 มกราคม 2564 วันที่
ผู้อนุมัติ ..... หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	5 มกราคม 2564 วันที่
สถานะเอกสาร .....เอกสารควบคุม.....	