

แบบสรุปรายงานการอบรม ประชุม สัมมนา

เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เรื่อง : Essential Issues in Newborn Nursery & Newborn Resuscitation 2011

จัดโดย : ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย ร่วมกับภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่ : 11-13 มกราคม 2555

สถานที่ : โรงแรมทรราชาเจี

รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

นางปิยะธิดา เกิดทองมี ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์ ฝ่าย ห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สรุปเนื้อหาและประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม ประชุม สัมมนาในครั้งนี้

1. สารอาหารสำคัญที่เติมในนมผสมเพื่อให้ใกล้เคียงกับนมแม่

ปัจจุบันได้มีการเติมสารอาหารต่างๆลงในนมผสมเพื่อให้ใกล้เคียงกับสารอาหารที่มีอยู่ในน้ำนมมารดา ซึ่งตัวที่สำคัญที่พบบ่อย ได้แก่

1. **Taurine** : amino acid ชนิด non-essential มีผลต่อการพัฒนาสมองและการมองเห็น รวมถึงการได้ยิน
2. **Choline** : มีผลต่อการเรียนรู้และความจำ ช่วยในการสร้างสารสื่อประสาท “Acetylcholine”
3. **Iron** : มีส่วนช่วยในการผลิตสารสื่อประสาท “Dopamine”, “Serotonin”, “Norepinephrine”
4. **Zinc** : มีส่วนช่วยในเรื่องการแบ่งตัวของเซลล์และการเจริญเติบโต รวมทั้งพัฒนาการของความจำ
5. **DHA** : พบมากในสมองและเรตินา มีส่วนสำคัญในการตอบสนองต่อการอักเสบ การทำงานของระบบไหลเวียน การแข็งตัวของเลือด ช่วยในเรื่องการมองเห็น และการพัฒนาในการแก้ปัญหา และระดับสติปัญญา
6. **ARA** : มีความสำคัญในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการแข็งตัวของเลือด
7. **Nucleotides** : พบมากในนมแม่มากกว่านมวัวประมาณ 60 เท่า จึงมีการเติมลงในนมผสมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้ชุ่มชื้นตัวเองได้เร็วขึ้นเมื่อเกิดแผล และกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขาวชนิด T-Lymphocyte ให้เร็วขึ้น
8. **Prebiotics** : เป็นใยอาหารที่ลอยอยู่ในนมแม่ (อาหารของแบคทีเรียตัวดี) ทำให้แบคทีเรียก่อโรคลดน้อยลง ช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร
9. **Probiotics** : เป็นจุลินทรีย์สุขภาพที่พบมากที่สุดในช่วงวัยทารก โดยเฉพาะที่เลี้ยงด้วยนมแม่ ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่มีมาแต่กำเนิด และปรับสัดส่วนจุลินทรีย์ในลำไส้ (เพิ่มจำนวนจุลินทรีย์สุขภาพและลดการเจริญเติบโตของแบคทีเรียก่อโรค)

สรุป : **Brain Development** – DHA, ARA, Omega-3, Omega-6, Iron, Taurine, Choline, and Zinc
Immunity – Nucleotides, Prebiotics, Probiotics
Tolerance – Unique fat blend with palm oil free

2. การจัดการทารกที่มีภาวะติดเชื้อ

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของทารกแรกเกิดที่สงสัยภาวะติดเชื้อ

ทารกที่มีการติดเชื้อ	ทารกปกติ		ทารกที่สงสัยภาวะติดเชื้อ / มีปัจจัยเสี่ยง	
ลักษณะ/อาการ ไม่มีอาการ/ปัจจัยเสี่ยง	ไม่มีอาการ; มีปัจจัยเสี่ยง มารดาได้รับยาปฏิชีวนะ	ไม่มีอาการ; มีปัจจัยเสี่ยง มารดาไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	มีอาการไม่จำเพาะ ; ระดับ ความสงสัยต่ำ	มีอาการจำเพาะ ; ระดับความสงสัยสูง
ตัวอย่าง	มารดามีภาวะ PROM นาน กว่า 7 วันและได้รับยา ปฏิชีวนะ	คลอดก่อนกำหนดและมี ระยะเวลาการคลอดนาน	มีอาการหายใจลำบาก, ซึม , หดหายใจ	กระหม่อมหน้าโป่งตึง, ชัก, ซีด, มี sclerema, DIC
โรค/ภาวะทางคลินิก	การติดเชื้อแบบ Early onset บางกรณี	การติดเชื้อแบบ Early onset ส่วนใหญ่	การติดเชื้อแบบ Late onset ในทารกก่อน กำหนด และบางกรณีของ การติดเชื้อแบบ Early onset	การติดเชื้อแบบ Late onset การติดเชื้อในโรงพยาบาล

การเลือกชนิดของยาปฏิชีวนะ

โดยทั่วไปมักเริ่มด้วยยาที่ออกฤทธิ์กว้าง เมื่อทราบชนิดของเชื้อก่อโรคจากผลการเพาะเชื้อแล้วจึงปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์จำเพาะกับเชื้อนั้นๆ ทั้งนี้ต้องตระหนักว่าชนิดของยาปฏิชีวนะที่เลือกใช้ก็มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อและการดื้อยาของเชื้อในสถานที่นั้น

การใช้ยาปฏิชีวนะในทารกแรกเกิด มีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา ดังนี้

๑. การตัดสินใจให้ยาปฏิชีวนะ
๒. การเลือกชนิดของยา
๓. การพิจารณาหยุดยา
๔. ขนาดยาและการบริหารยา

ตารางที่ 2 แนวทางการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีต่างๆ

<ul style="list-style-type: none"> • Early and late onset sepsis : ampicillin plus gentamicin • Early onset meningitis : ampicillin plus gentamicin • Late onset meningitis : ampicillin, gentamicin (or amikacin), and/or cefotaxime • Suspected staphylococcal sepsis, focal skin, bone, joint infections, omphalitis : methicillin/nafticillin plus gentamicin • For sepsis of suspected GI origin : ampicillin, gentamicin/amikacin, plus clindamycin (or piperacillin) • Nosocomial infection in setting with MRSA : vancomycin plus gentamicin (and/or ceftazidime, if high prevalence of pseudomonas)
--

สำหรับระยะเวลาในการรักษาโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จะให้ยานาน 7-10 วัน หรืออย่างน้อย 5-7 วัน ควรทำการเพาะเชื้อจากเลือดภายหลังเริ่มให้ยาปฏิชีวนะแล้ว 24-48 ชั่วโมงเพื่อดูการตอบสนองต่อยา ซึ่งผลการเพาะเชื้อไม่ควรพบเชื้อในเลือด ถ้าหากยังพบเชื้อ ควรคิดถึงภาวะต่อไปนี้ การติดเชื้อในสายสวนหลอดเลือด การติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจหรือในลิ้นเลือด การมีฝีหนองซ่อนอยู่ในร่างกาย หรือการที่เชื้อดื้อยาหรือระดับยาไม่เพียงพอในการทำลายเชื้อ ควรพิจารณาเปลี่ยนยา หรือให้ยานานขึ้น หรือกำจัดแหล่งอาศัยของเชื้อก่อโรค การรักษาการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองจากเชื้อ group B Streptococcus ใช้ระยะเวลา 14-21 วัน ถ้าเป็นจากเชื้อแบคทีเรียกรัมลบ ต้องให้ยานาน 21 วันหรืออีก 14 วันหลังจากเพาะเชื้อในน้ำไขสันหลังไม่ขึ้นเชื้อ

3. การสื่อสารกับพ่อแม่ทารกที่ป่วย

ขั้นตอนของการสื่อสาร ดังนี้

๑. การสร้างสัมพันธภาพ : แนะนำตัวเอง ทักทาย สร้างความสัมพันธ์ด้วยการพูดคุยเรื่องทั่วไป
๒. การให้ข้อมูล : ควรกะทัดรัด เข้าใจง่าย เลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ให้ข้อมูลในมุมมองที่บวก ไมโกหก
๓. การซักถามและแสดงความคิดเห็น : ควรเปิดโอกาสให้มีโอกาสถาม ทบทวนความเข้าใจหลังฟังคำอธิบาย
๔. การสรุป : ควรสรุปสาระสำคัญ 3-4 ประเด็น ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้มาพบหรือปรึกษาเพิ่มเติมได้ในอนาคต

Breaking Bad News : 6 Steps protocol

Getting start : เตรียมข้อมูลให้พร้อม ให้ผู้ที่ชำนาญที่สุดเป็นผู้นำในการแจ้งข่าว เตรียมสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เลี่ยงการให้ข่าวในเวลาจำกัดที่สั้นเกินไป เลี่ยงการมาสาย

What do the parents want to know? : เริ่มด้วยคำถามเพื่อให้พ่อแม่แจ้งสิ่งที่ทราบแล้ว “คุณ.....ทราบว่าการของลูกเป็นอย่างไร”

How much do the parents want to know? : “ถ้าอาการลูกหนักกว่านี้ จะให้ผมแจ้งให้ทราบมั๊ยครับ”

Sharing the information : แจ้งข่าวร้ายด้วยความสุภาพ สื่อสารตรงประเด็น หยุดเป็นระยะและถามย้ำเพื่อให้มั่นใจว่าพ่อแม่เข้าใจ บอกความรุนแรงของปัญหาให้ตรงตามจริง

Responding to parents and family feelings : “ข้าพเจ้าคงทำให้คุณทั้งสองเป็นกังวล หอมเข้าใจดี”

Planning and follow-up : “สรุปว่าน้องหมิงมีอาการดีขึ้น คาดว่าจะกินนมได้ใน 2-3 วัน และคุณแม่จะมาเยี่ยมให้นมน้องบ่อยขึ้น พยาบาลจะช่วยให้คุณแม่ได้อุ้มลูกเมื่อน้องหมิงเอาท่อย่อยใจออกแล้ว”

4. ความชื้นในต้อบสำหรับทารกก่อนกำหนด

ทารกก่อนกำหนดมีความลำบากในการรักษาอุณหภูมิร่างกาย เนื่องจากมีพื้นที่ผิวกว้างและหนังกำพร้ามีความบางมากจากการพัฒนายังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีการสูญเสียความร้อนทางผิวหนังมากถึง 4 วิธี ได้แก่ การนำ การพา การแผ่รังสีและการระเหย การสูญเสียความร้อนที่มากที่สุด คือ การระเหยจากการสูญเสียน้ำผ่านหนังกำพร้า ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่ผิวและความสมบูรณ์ของผิวหนังชั้น stratum corneum

จากการศึกษาพบว่า ทารกที่ได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นสูง จะสูญเสียน้ำทางหนังกำพร้าลดลง ปัจจุบันมีการพัฒนาการปรับความชื้นในต้อบให้เป็นการอาศัยการทำให้เกิดไอน้ำโดยเครื่อง และสามารถปรับร้อยละของความชื้นตามที่ต้องการ ขนาดไอน้ำมีขนาดเล็กมากที่จุลินทรีย์ไม่สามารถเกาะติดไอน้ำไปยังผู้ป่วย ทำให้ป้องกันการติดเชื้อได้

ประโยชน์ของการใช้ระบบความชื้น

๑. ป้องกันความผิดปกติของอิเล็กทรอนิกส์และตุลน้ำ
๒. ลดการสูญเสียแคลอรี (560 แคลอรี/กรัมของน้ำ)
๓. หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำ ลดอัตราการเกิด late onset sepsis
๔. ต้องการ NTE ที่ต่ำกว่า

แนวทางปฏิบัติ

เริ่มให้ความชื้นที่ 85% เพราะการให้ที่สูงกว่านี้จะทำให้อุณหภูมิร่างกายเป็นหยดน้ำเกาะตามผนังตู้
ลดความชื้นลงตามอายุครรภ์ และความสามารถในการควบคุมอุณหภูมิให้คงที่ของทารก

ทารกอายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์

ถ้าอุณหภูมิคงที่ที่อายุ 24 ชม. ให้เริ่มลดความชื้นลงวันละ 5%

ทารกอายุครรภ์ < 28 สัปดาห์

คงความชื้นไว้ที่ 85% นาน 7 วัน แล้วลดความชื้นลงวันละ 5% ถ้าอุณหภูมิทารกคงที่และปกติ
หยุดปรับความชื้น เมื่อลดความชื้นถึง 40% และทารกมีอุณหภูมิปกติและคงที่

5. การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด Newborn Resuscitation 2011

ทารกแรกเกิดประมาณร้อยละ 10 ต้องการการช่วยหายใจทันทีหลังเกิด และน้อยกว่าร้อยละ 1 ของทารกที่ต้องการการช่วยกู้ชีพขั้นสูง เกณฑ์การพิจารณาว่าทารกต้องการช่วยกู้ชีพหรือไม่ มีดังนี้

๑. อายุครรภ์ครบกำหนดหรือไม่ (Term?)
๒. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดีหรือไม่ (Tone?)
๓. ทารกร้องดังหรือหายใจหรือไม่ (Cry?)

หากคำตอบทั้ง 3 ข้อตอบว่า “ใช่” ทารกไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยกู้ชีพ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการเช็ดตัวทารกให้แห้ง วางทารกบนหน้าอกมารดาโดยวิธีแนบเนื้อ และห่มทารกด้วยผ้าแห้งและอุ่น สังเกตการหายใจ การเคลื่อนไหวและสีผิวทารก

หากคำตอบข้อใดข้อหนึ่งทั้ง 3 ข้อตอบว่า “ไม่ใช่” ทารกควรได้รับการดูแลอย่างน้อย 1 ใน 4 ข้อ ดังนี้

๑. การช่วยกู้ชีพขั้นตอนเบื้องต้น ได้แก่ การให้ความอบอุ่น เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง หรือดูดเสมหะเมื่อจำเป็น
เช็ดตัวทารก และกระตุ้นทารก

๒. การช่วยหายใจ

๓. การกดหน้าอก

๔. การให้ยา epinephrine และ/หรือสารน้ำ (volume expansion)

การช่วยกู้ชีพขั้นตอนเบื้องต้น การประเมินซ้ำ และการเริ่มต้นช่วยหายใจหากทารกต้องการ ใช้เวลาโดยรวมทั้งหมดประมาณ 60 วินาที การพิจารณาช่วยเหลือทารกมากกว่าขั้นตอนเบื้องต้นจะพิจารณาจากสัญญาณชีพ 2 อย่าง คือ การหายใจ (หยุดหายใจ หายใจเฮือก หรือหายใจไม่คล่อง) และอัตราเต้นหัวใจ (มากกว่าหรือน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที) ตัวชี้วัดสำคัญที่สุดที่บ่งบอกว่าขั้นตอนการช่วยกู้ชีพแต่ละขั้นตอนทำได้สำเร็จ คือ การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ

การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก โดยปกติจะเริ่มที่ความดัน 20 ซม.น้ำ แต่ในทารกครบกำหนดบางรายอาจต้องการถึง 30-40 ซม.น้ำ แนะนำให้ช่วยหายใจที่ 40-60 ครั้ง/นาที โดยมีอัตราการเต้นหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที กรณีทารกหายใจเองไม่เพียงพอ หรืออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที ให้พิจารณาทบทวนขั้นตอน ดังต่อไปนี้ “MRSOPA”

M = Mask adjustment การวาง mask ใหม่อีกครั้งให้ตำแหน่งเหมาะสม

R = Reposition airway การจัดท่าทางเดินหายใจใหม่

S = Suction การดูดเสมหะในปากและจมูก

O = Open airway การเปิดทางเดินหายใจ โดยเปิดปากทารก

P = Increase pressure การเพิ่มความดันในปอด โดยเพิ่มแรงบีบความดันในปอด

A = Alternative airway การเลือกการช่วยหายใจด้วยวิธีอื่น เช่น การใส่ท่อหลอดลมคอ

หากตรวจว่าการช่วยหายใจถูกต้องตามขั้นตอนแล้ว และอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ต้องพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอ และทำการนวดหัวใจให้สัมพันธ์กับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก

การใส่ท่อหลอดลมคอ

ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อหลอดลมคอขณะกู้ชีพ ได้แก่

1. กรณีมีซีเฑาปนในน้ำคร่ำและทารก non-vigorous (ไม่หายใจ ไม่เคลื่อนไหว อัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่า 100 ครั้ง/นาที) เพื่อดูซีเฑาออกจากหลอดลมคอ
 2. การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกผ่านหน้ากากแล้วทารกยังเขียว ทรวงอกไม่ขยายตัวหรือต้องได้รับการช่วยหายใจเป็นเวลานานหลายนาที
 3. เมื่อต้องทำการกดหน้าอก
 4. กรณีอื่นๆ เช่น ภาวะใส่ลิ้นกะบังลมแต่กำเนิด หรือทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม
- หลังใส่ท่อหลอดลมคอและให้แรงดันบวกแล้ว อัตราเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นทันทีจะเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดที่บ่งบอก

ถึงการใส่ท่อหลอดลมเข้าสู่หลอดลมและการช่วยหายใจมีประสิทธิภาพ

อาการแสดงทางคลินิกอื่นที่บ่งชี้ว่าการใส่ท่อหลอดลมคอทำได้สำเร็จ คือ

1. ฟังเสียงลมหายใจได้ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง
2. ทรวงอกขยายเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
3. มีไอน้ำเกิดขึ้นในท่อช่วยหายใจขณะหายใจออก

การกดหน้าอก ข้อบ่งชี้ของการกดหน้าอก คือ เมื่ออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ทั้งๆที่ทารกได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างเพียงพอแล้วเป็นเวลา 30 วินาที

ตำแหน่งการวางนิ้วมือ : หนึ่งในสามด้านล่างของกระดูกอก (sternum) กดลึกประมาณ 1 ใน 3 ของความยาวรอบอกในแนวหน้าหลัง (anterior-posterior diameter)

วิธีการกดหน้าอก : ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือ (2-thumb technique) เนื่องจากสามารถทำให้เกิดแรงบีบเลือดออกจากหัวใจและความดันเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery) ดีกว่า สำหรับวิธีการใช้นิ้วมือ (2-finger technique) ใช้ในกรณีทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดทางสะดือ

อัตราส่วนหัวใจและการช่วยหายใจ : ยังเป็น 3:1 โดยเป็นการกดหน้าอก 90 ครั้ง และการช่วยหายใจ 30 ครั้ง รวมเป็น 120 ครั้งใน 1 นาที (การนับจังหวะ 1 และ 2 และ 3 และบีบและ 1 และ 2 และ 3 และบีบ....)

การประเมินการทรวงอกหลังทำการกดหน้าอก : ดูอัตราการหายใจ อัตราเต้นของหัวใจ และออกซิเจนในเลือด

การกู้ชีพทารกโดยการกดหน้าอกและการหายใจที่สัมพันธ์กันควรทำต่อเนื่องจนกระทั่งอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 60 ครั้ง/นาที ควรหลีกเลี่ยงการหยุดกดหน้าอกบ่อยครั้ง เนื่องจากทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง โดยเฉพาะเลือดที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary blood flow)

การให้ยา

ข้อบ่งชี้ในการให้ยา เมื่ออัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ขณะที่ช่วยหายใจ (มักใส่ท่อหลอดลมคอแล้ว) ด้วยแก๊สออกซิเจน 100% และทำการกดหน้าอกอย่างเหมาะสมและเพียงพอแล้ว

แนะนำให้ทางหลอดเลือดดำ ความเข้มข้นของยาที่ใช้ คือ 1:10,000 (0.1 มก/มล) -ขนาดที่ให้ คือ 0.1-0.3 มล/กก และขนาด 0.5-1 มล/กก ทางท่อหลอดลมคอ ขณะทำการเปิดหลอดเลือดดำอยู่

การให้สารน้ำ

ข้อบ่งชี้ในการให้สารน้ำ คือ ทารกมีประวัติหรืออาการแสดงของการสูญเสียเลือด เช่น ซีด ซีฟจรเบาเร็ว ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว อัตราการเต้นของหัวใจช้า แม้ได้รับการช่วยหายใจ การกดหน้าอกและได้รับยา epinephrine อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว

ชนิดของสารน้ำ : isotonic crystalloid เช่น 0.9% NSS, Ringer Lactate solution หรือเลือด

ขนาดที่ให้ : 10 มล/กก ในเวลา 10-15 นาที

การยับยั้งและหยุดการช่วยกู้ชีพทารก

แนวปฏิบัติเพื่อช่วยในการตัดสินใจยับยั้งการช่วยกู้ชีพ

1. เมื่ออายุครรภ์ น้ำหนักทารกหรือความผิดปกติแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับอัตราตายสูง เช่น ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 23 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 400 กรัม, anencephaly หรือมีความผิดปกติของโครโมโซม เช่น trisomy 13, trisomy 18
2. สภาวะที่สัมพันธ์กับอัตราเจ็บป่วยและอัตราตายสูง เช่น ทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 25 สัปดาห์หรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด ให้ช่วยกู้ชีพไปก่อน
3. สภาวะที่สัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคไม่แน่นอน ชีวิตกำลังอยู่กับความเป็นและความตาย อัตราเสียชีวิตสูงมาก หากรอดชีวิตอาจมีความพิการสูง เป็นภาระหนักในการดูแล การตัดสินใจเริ่มกู้ชีพทารกหรือไม่ ต้องถามความเห็นของบิดามารดา

ข้อมูลที่สำคัญที่สุดและต้องการความแน่นอน คือ อายุครรภ์และน้ำหนัก

การยุติการช่วยคืนชีพทารกแรกเกิด

ในทารกแรกเกิดใหม่ซึ่งไม่มีอัตราเต้นหัวใจ อาจเห็นควรให้ยุติการช่วยกู้ชีพ หากหัวใจหยุดเต้นนาน 10 นาที การตัดสินใจจะช่วยกู้ชีพต่อหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สาเหตุที่ทำให้หัวใจหยุดเต้น อายุครรภ์ของทารก บิดาหรือมารดา ยอมรับความเสี่ยงที่จะมีอัตราการเจ็บป่วยของทารกตามมาหรือไม่

3. ข้อเสนอแนะและแนวทางนำความรู้/ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม ประชุม สัมมนา มาใช้ในการพัฒนาหน่วยงาน

ความรู้ที่ได้จากการอบรมในครั้งนี้สามารถนำมาถ่ายทอดกับนักศึกษาในการดูแลทารกเบื้องต้น ทารกในภาวะวิกฤติในการฝึกปฏิบัติงานรายวิชา NUR-321 การพยาบาลในภาวะเฉียบพลัน และรายวิชา NUR-333 การผดุงครรภ์ รวมทั้งแนะนำหลักการเลือกนมผสมให้กับพนักงาน กรณีที่ไม่สามารถให้นมมารดาได้

.....
(นางปิยะธิดา เกิดทองมี)