

การดูแลติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่ายกลับบ้าน (appropriate follow-up)

พ.ต.ต.นายแพทย์ ณฑล จิตรศรีศักดิ์ดา
ดร. สุรีย์พร สุวรรณโกศล ผู้ถอดบทเรียน
ผศ.ดร.จรรยา วิริยะศุภร ทบทวนและเรียบเรียง

การดูแลติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่ายกลับบ้าน บันไดขั้นที่ 10 จากบันได 10 ขั้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย มารดาของทารกกลุ่มเสี่ยง ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้ได้รับนมแม่อย่างเดียว ในการเลี้ยงทารกต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน และให้นมแม่ควบคู่กับการให้อาหารตามวัยอย่างน้อย 2 ปี หรือมากกว่า¹

การติดตามตามทารกกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินด้านต่าง ๆ ดังนี้²

1. การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ
2. ระบบประสาทการรับสัมผัส ได้แก่ การมองเห็นและการได้ยิน
3. การให้วัคซีนป้องกันโรค
4. การประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้
5. การเลี้ยงดู และปัจจัยทางสังคมรอบตัว

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ

หลังจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ควรนัดติดตามทารกเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการเจริญเติบโต และปริมาณนมที่ทารกได้รับโดย

1. การซักประวัติ
 - 1.1 มารดาให้นมแม่อย่างเดียว หรือมีการเสริมนมชนิดอื่น
 - 1.2 วิธีการให้นมแม่ ให้ดูจากเต้าโดยตรง หรือปั๊มนมออกมาให้ทารกรับประทานโดยวิธีอื่น
 - 1.3 ปริมาณนมแต่ละมื้อที่ทารกได้รับ
 - 1.4 ความวิตกกังวลของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น
2. ประเมินน้ำหนัก ส่วนสูงและรอบศีรษะของทารก โดยใช้กราฟการเจริญเติบโตมาตรฐาน
3. สังเกตการดูดนมของทารก เพื่อประเมินความถูกต้องของการอมหัวนมและลานนม
4. ชั่งน้ำหนักก่อนและหลังดูดนม (test weight) วิธีนี้เป็นวิธีที่น่าเชื่อถือและแม่นยำที่สุดในการประเมิน ว่าทารกได้รับนมในปริมาณที่เพียงพอหรือไม่³
5. ประเมินความเหมาะสมในการเจริญเติบโตของทารก (ตารางที่ 1)
6. กรณีที่ทารกมีการเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม อาจพิจารณานัดติดตามที่อายุ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล แต่ในกรณีที่ทารกมีการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ควรประเมินปริมาณนมที่ทารกได้รับหรือปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามเกณฑ์

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการเจริญเติบโตและผลการตรวจทางชีวเคมี สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล^{4,5}

การประเมิน	เป้าหมาย	ค่าที่ผิดปกติ
การเจริญเติบโต		
น้ำหนัก	20 กรัม/วัน	< 15 กรัม/วัน
ส่วนสูง	0.5-0.8 ซม./สัปดาห์	< 0.5 ซม./สัปดาห์
รอบศีรษะ	0.5-0.8 ซม./สัปดาห์	< 0.5 หรือ > 1 ซม./สัปดาห์
การตรวจทางชีวเคมี		
Alkaline phosphatase	< 450 IU/L	> 500 IU/L
Blood urea nitrogen	> 10 mg/dl	< 8 mg/dl
Vitamin D level	> 30 ng/mL	< 25 ng/mL
Hemoglobin	> 11.5 g/dL	< 11 g/dL

7. เทคนิคการเพิ่มปริมาณน้ำนมให้เพียงพอกับความต้องการของทารก⁶

- 7.1 ในกรณีที่ทารกไม่สามารถดูดนมได้เกลี้ยงเต้า ให้ใช้วิธี Alternative feeding คือ ให้ทารกดูดนมจากเต้า เสริมด้วยนมแม่ที่ปั๊มออกมาโดยวิธีป้อนจากถ้วย (cup feeding) หรือ Lactation aid หรือ finger feeding และให้มารดาปั๊มนมหลังให้นมลูก เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น
- 7.2 ในกรณีที่มารดาน้ำนมไหลน้อย แนะนำให้แม่บีบน้ำนมหลังให้ลูกดูดนมแม่ ให้แม่รับประทานอาหารที่บำรุงน้ำนม หรือปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาใช้ยากระตุ้นน้ำนม
- 7.3 ให้มารดานวดเต้านมและปั๊มนมออกมาบางส่วน จนเริ่มมี letdown ก่อนให้ทารกเข้าเต้า
- 7.4 ให้มารดานวดและบีบเต้านมในขณะที่กำลังให้นมทารก เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมและไขมันในน้ำนม
- 7.5 ทารกบางรายมีปัญหาเรื่องการเข้าเต้า หรือมารดาที่มีปัญหาเจ็บหัวนมหรือหัวนมแตก อาจพิจารณาปรับท่าอุ้มให้นม
- 7.6 ใช้อุปกรณ์เสริมการให้นม (lactation aid) เช่น การใช้สายยางให้อาหารขนาดเล็กติดที่หัวนม มารดาในขณะที่ทารกดูดนมจากเต้า

8. หากประเมินแล้วพบว่ามารดาน้ำนมเพียงพอและทารกดูดนมจากเต้าได้ถูกวิธีแต่การเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อาจพิจารณาเสริมนม (fortification) ซึ่งมี 3 แนวทาง คือ

- 8.1.ก เสริมนมผงตัดแปลงสูตร nutrient-enriched formula (22kcal/30 ml) 3 มื้อต่อวัน หรือนม 30-calorie formula 1 มื้อต่อวัน
- 8.1.ข เติมนutrient -enriched formula ใส่ไปในนมแม่ที่ปั๊มออกมาทุกมื้อ เพื่อทำให้ได้พลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 22 kcal/30 ml
- 8.1.ค ให้ทารกดูดนมจากเต้าทุกมื้อและเสริมนม nutrient -enriched formula อีก 15 ml หลังดูดนมจากเต้าทุกมื้อ

9. ทารกที่มีการเจริญเติบโตไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 1) ควรนัดติดตามการเจริญเติบโตทุก 1-2 สัปดาห์ จนกว่าจะมีการเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม

สารอาหารอื่นที่ควรพิจารณาเสริมในทารกเกิดก่อนกำหนดประกอบด้วย

1. ธาตุเหล็ก: เนื่องจากในนมแม่มีธาตุเหล็กอยู่น้อย ดังนั้นทารกที่กินนมแม่จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการในระยะยาว ESPGHAN แนะนำให้เสริมธาตุเหล็ก 2-3 มก./กก./วัน โดยเริ่มเสริมที่อายุ 2-6 สัปดาห์ และให้จนกว่าเด็กจะอายุ 6-12 เดือน⁷ ส่วน American Academy of Pediatrics (AAP) แนะนำให้เสริมธาตุเหล็ก 2 มก./กก./วัน โดยเริ่มเสริมที่อายุ 1 เดือน และให้ต่อเนื่องจนกว่าเด็กจะอายุ 1 ปี⁸

2. วิตามินดี: มีส่วนสำคัญในการคงความแข็งแรงและการเจริญเติบโตของกระดูก โดยการรักษาสมาดุลของแคลเซียมและฟอสฟอรัส เนื่องจากในนมแม่มีปริมาณวิตามินดีไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลควรเสริมวิตามินดีวันละ 200-400 IU⁹

การประเมินพัฒนาการและการเรียนรู้

การประเมินพัฒนาการประกอบไปด้วยการประเมินด้านต่างๆ ด้านต่างๆดังนี้¹⁰

1. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ (neuromotor function)
2. พัฒนาการด้านภาษา (language development)
3. สติปัญญาและการเรียนรู้ (cognition and learning)
4. อารมณ์และพฤติกรรม หรือสุขภาพจิต (emotional and behavioral well-being or mental health)
5. การเข้าสังคม (social functioning)

แบบประเมินพัฒนาการ Bayley Scales of Infant Development (BSID) III¹¹ เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับ(gold standard)และใช้ในการประเมินพัฒนาการอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ เป็นแบบประเมินที่ใช้ในเด็กเล็กอายุ 1-42 เดือน โดยครอบคลุมการประเมิน 5 ด้านได้แก่ ได้แก่ ด้านสติปัญญา(cognitive) ด้านภาษาซึ่งแบ่งเป็นความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา(receptive and expressive language) การทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก(gross and fine motor) ด้านสังคมและอารมณ์ (social-emotional) และด้านทักษะการปรับตัว (adaptive) แบบประเมิน Bayley-III สามารถนำมาใช้ตรวจติดตามและค้นหาความผิดปกติทางด้านพัฒนาการของทารกกลุ่มเสี่ยงและทารกเกิดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้มีข้อจำกัด คือ แบบประเมินมีความละเอียด ใช้เวลาในการประเมินนาน และผู้ที่ทำแบบทดสอบต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างดี

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการจัดทำคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง หรือ Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) สำหรับใช้ประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง คือเด็กน้ำหนักน้อยเมื่อแรกคลอด (low birth weight) และหรือเด็กที่มีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (birth asphyxia) รวมทั้งเด็กที่คลอดปกติแต่อาจจะเกิดพัฒนาการล่าช้าในภายหลัง คู่มือนี้มีวิธีการช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติต่อเด็กเป็นขั้นตอนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ป้องกันปัญหาพฤติกรรม และรักษาปัญหาด้านพัฒนาการที่เกิดขึ้น

แนวทางการสนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังให้ประสบความสำเร็จและได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งมารดาและครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรจัดทำระบบเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากที่จำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาลแล้ว¹² ตัวอย่างเช่น

1. การให้ความรู้แก่มารดาถึงประโยชน์ของนมแม่ เพื่อให้มารดาเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของนมแม่และเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. การนัดติดตามที่คลินิกทารกกลุ่มเสี่ยง หรือที่คลินิกนมแม่ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์ด้านนมแม่
4. การติดตามโดยใช้โทรศัพท์ หรือ social network
5. การส่งเสริมให้คนในครอบครัวหรือคนในชุมชนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อค้นพบ/จุดองค์ความรู้ และการนำสู่ข้อเสนอแนะ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลนำร่อง ปัญหาหลายประการที่พบในขั้นตอนนี้ ได้แก่

1. ไม่สามารถนัดติดตามทารกได้ เนื่องจากผู้ปกครองไม่พาทารกมาติดตามการรักษาตามนัด หรือทารกย้ายถิ่นฐาน หรือมารดาและทารกไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน
2. โรงพยาบาลบางแห่ง ไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ขาดสถานที่และหรือบุคลากรที่ดูแลด้านนมแม่โดยตรง

แนวทางการแก้ไขปัญหา

1. ให้ความรู้กับผู้ปกครองถึงประโยชน์และความสำคัญของนมแม่ รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ปกครองมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
2. ในแต่ละโรงพยาบาลควรจัดสรรสถานที่อย่างเหมาะสมและมีบุคลากรเฉพาะในการทำหน้าที่ดูแลติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกกลุ่มเสี่ยง
3. มีการจัดทำระบบการนัดติดตามอย่างเหมาะสม ได้แก่
4. การใช้เทคโนโลยี หรือเครื่องมือสื่อสาร เช่น การโทรศัพท์ติดตาม การให้ social network
5. สร้างระบบการส่งต่อข้อมูลในโรงพยาบาล เช่น มีการเก็บข้อมูลนมแม่ของทารกกลุ่มเสี่ยงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการส่งต่อข้อมูลไปยังแผนกผู้ป่วยนอกเมื่อนัดทารกมาติดตามการรักษา
6. จัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีการย้ายถิ่นฐาน
7. จัดเก็บตัวชี้วัด เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ และแก้ไขปัญหา
8. มีการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล หรือจิตอาสา ที่มีความชำนาญในเรื่องนมแม่
9. ในบางโรงพยาบาลที่ยังสามารถติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงได้ทั้งหมด อาจพิจารณาติดตามเฉพาะทารกบางราย เพื่อเป็นการลดภาระงาน เช่น ทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,000 กรัม หรืออายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ เป็นต้น

แนวปฏิบัติที่ดำเนินการและประสบความสำเร็จ

งานการพยาบาลส่งเสริมนมแม่ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็น Center of Special Excellence Breastfeeding Sick Babies; COSE Breastfeeding Sick Babies (ศูนย์เชี่ยวชาญพิเศษการพยาบาลนมแม่ในเด็กป่วย) มีการดำเนินงานติดตามทารกแรกเกิดป่วย ดังนี้

1. กลุ่มทารกแรกเกิดป่วยจากห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดอายุครรภ์ (ห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดคลอดเกือบครบกำหนด น้ำหนักมากกว่า 1,800 กรัม ห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดคลอดก่อนครบกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 1,800 กรัม และห่อผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด)
2. กลุ่มทารกแรกเกิดป่วยจากห่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดคลอดก่อนครบกำหนด (ห่อผู้ป่วยคลอดก่อนครบกำหนดทารกแรกเกิด และห่อผู้ป่วยหนักคลอดก่อนครบกำหนดทารกแรกเกิด)

มีการติดตามหลังจำหน่ายวันที่ 1, 3, 5, 7 และ 15 วัน หลังจากนั้นติดตามทุกเดือนจนทารกป่วยอายุครบ 6 เดือน การให้คำปรึกษาประกอบด้วย การสนับสนุนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาสุขภาพลูก สุขภาพแม่ การใช้ยาในแม่และ

ลูก มีการติดตามข้อมูลนมแม่โดยใช้ Line@ คลินิกนมแม่ ร.พ. เด็ก ผลการติดตามนมแม่ในเด็กป่วยหลังจำหน่าย จะรายงานออกมาในรูปแบบแม่อย่างเดียว นมแม่ร่วมกับ fortified, predominant นมแม่ร่วมกับนมผสม นมผสมล้วนโดยใช้ระบบ Call center มาใช้ในการติดตามนมแม่ในเด็กป่วย พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนในทารกป่วย ในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 ได้ร้อยละ 34.04, 37.64 และ 38.82 ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานพบว่า

1. การโทรติดตามหลังจำหน่ายเร็วและต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ทารกแรกเกิดป่วยได้รับนมแม่อย่างเดียว สามารถตั้งทารกแรกเกิดป่วยที่ใช้นมแม่ร่วมกับนมผสมมาเป็นนมแม่อย่างเดียวได้ กรณีที่เป็นนมผสมแต่แรก ยากที่จะมาเป็นนมแม่อย่างเดียวได้
2. ผู้รับผิดชอบติดตามมีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย
3. แม่ต้องการกำลังใจ ความมั่นใจ
4. แพทย์มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ
5. การเกิดระบบติดตามมีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยและข้อมูลของประเทศ

Reference

1. Organization WH. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low-and middle-income countries: World Health Organization; 2011.
2. Leppert M, Allen MC. Risk Assessment and Neurodevelopmental Outcomes. Avery's Diseases of the Newborn (Ninth Edition): Elsevier Inc.; 2012.
3. Meier PP, Engstrom JL, Fleming BA, Streeter PL, Lawrence PB. Estimating milk intake of hospitalized preterm infants who breastfeed. J Hum Lact. 1996;12(1):21-6
4. Hall RT. NUTRITIONAL FOLLOW-UP OF THE BREASTFEEDING PREMATURE INFANT AFTER HOSPITAL DISCHARGE. Pediatr Clin North Am. 2001;48(2):453-60.
5. Schanler RJ. Post-discharge nutrition for the preterm infant. Acta Paediatrica. 2007;94(s449):68-73.
6. M. NL, C. O-WA, A. YM, Medicine TAoB. ABM Clinical Protocol #12: Transitioning the Breastfeeding Preterm Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home, Revised 2018. Breastfeed Med. 2018;13(4):230-6.
7. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010;50(1):85-91.
8. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0–3 Years of Age). Pediatrics. 2010;126(5):1040-50.
9. Abrams SA. Calcium and vitamin d requirements of enterally fed preterm infants. Pediatrics. 2013;131(5):e1676-83.

10. Woodward LJ, Hüppi PS. Chapter 11 - Neurodevelopmental Follow-Up. In: Volpe JJ, Inder TE, Darras BT, de Vries LS, du Plessis AJ, Neil JJ, et al., editors. Volpe's Neurology of the Newborn (Sixth Edition): Elsevier; 2018. p. 255-72.
11. Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development: Bayley-III: Harcourt Assessment, Psych. Corporation San Antonio, TX; 2006.
12. Organization WH. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017.