

ขอรายงานข้อมูลที่ได้รับจากการฝึกอบรม ดูงาน ประชุม สัมมนาวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการ ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ) ดังนี้

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 ได้รับความรู้ที่เป็นปัจจุบันในการดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิด
- 1.2 ได้แนวทางในการดูแลทารกแรกเกิด

2. เนื้อหาสาระที่ได้จากการประชุม มีประเด็นดังนี้

❖ วันที่ 20 สิงหาคม 68

1. การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำแก่ทารกแรกเกิดป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

โดย รศ.พญ.อัญชลี ลิ่มรังสิกุล

การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Parenteral Nutrition, PN) เป็นมาตรฐานการดูแลที่จำเป็นสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทั้งในทารกเกิดก่อนกำหนด และครบกำหนดที่ยังไม่สามารถรับสารอาหารผ่านระบบทางเดินอาหารได้เพียงพอ โดยมีแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือได้จากหลากหลายสถาบันในยุโรป และสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ESPGHAN Committee on Nutrition และ The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (APEN) ขอบ่งชี้การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (PN)

ทารกเกิดก่อนกำหนด

1. กลุ่มทารกที่ควรได้รับ PN แต่แรกเกิด ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่า 31 สัปดาห์ หรือทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 31 สัปดาห์ แต่ยังไม่ได้รับนมภายใน 72 ชั่วโมงแรกเกิด หรือ ทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้ หรือติดเชื้อในกระแสเลือด หรือทารกที่มีภาวะวิกฤต

2. กลุ่มทารกที่เคยได้รับนมแล้ว ได้แก่ ทารกที่ถุกงดนมและจะไม่ได้นมภายใน 48 ชั่วโมงต่อมา หรือทารกที่งดนมมากกว่า 24 ชั่วโมง และจะไม่สามารถรับนมได้เพียงพอในอีก 48 ชั่วโมงต่อมา

ทารกเกิดครบกำหนด

1. กลุ่มทารกที่ควรได้รับ PN แต่แรกเกิด ได้แก่ ทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้แต่กำเนิด หรือติดเชื้อในกระแสเลือด

2. กลุ่มทารกครบกำหนดที่เคยได้รับนมแล้ว ได้แก่ ทารกที่ถุกงดนมและจะไม่ได้รับนมนานเกิน 72 ชั่วโมง หรือทารกที่ถุกงดนมมากกว่า 48 ชั่วโมงและจะไม่สามารถรับนมได้เพียงพอในอีก 48 ชั่วโมงต่อมา

- ช่วงเวลาที่เริ่มให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Timing for starting PN) แนะนำเริ่มเร็วที่สุดหรือภายใน 8 ชั่วโมงเมื่อทารกมีข้อบ่งชี้ของการให้ PN เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
- ทารกต้องได้รับการใส่สาย Central venous catheter (CVC) กรณีไม่สามารถหา CVC ได้ สามารถให้ PN ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral vein, PV) ได้ หาก Osmolality ของ PN อยู่ในช่วง 900-1,425 มิลลิออสโมล/ลิตร แต่ต้องให้ไม่เกิน 5 วัน

การพิจารณาหยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ตามแนวปฏิบัติ NICE guidelines ดังนี้

- ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ หยุดให้ได้เมื่อรับนม 140-150 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน
- ทารกอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์และทารกครบกำหนด หยุดให้ได้เมื่อรับนม 120-140 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน

2. แนวทางการให้สารอาหารทางลำไส้แก่ทารกเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

โดย อาจารย์ นพ.สมมนตร์ จินดากุล

ทารกที่เจ็บป่วยรุนแรงแรกเกิด มีความต้องการพลังงานและสารอาหารสูงกว่าทารกปกติ เนื่องจากการเผาผลาญพื้นฐานที่สูงกว่า (Basal metabolic rate) ในการบรรยายครั้งนี้ใช้แนวปฏิบัติอ้างอิงจาก ESPGHAN-CoN ปี ค.ศ.2021 และ 2022 ตามกลุ่มความรุนแรงโรคของทารก คือ

1) ทารกเจ็บป่วยรุนแรง (Critical ill neonates) ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลด้านโภชนาการในทารกที่เจ็บป่วยรุนแรง ได้แก่ ทารกต้องรับการผ่าตัดใหญ่ ทารกที่มีภาวะสมองขาดออกซิเจน (HIE) และต้องได้รับการลดอุณหภูมิ ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยทั่วไป ติดเชื้อในกระแสเลือด อวัยวะล้มเหลว

2) ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,800 กรัม

การพิจารณาความต้องการพลังงาน แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ระยะเฉียบพลันช่วงต้น (6-24 ชั่วโมงแรก) ระยะเฉียบพลันช่วงปลาย (วันที่ 3-6) และระยะฟื้นตัว (หลังวันที่ 7) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีเป้าหมายให้การเจริญเติบโตใกล้เคียงกับอัตราการเจริญเติบโตในครรภ์ช่วงไตรมาสสุดท้าย ความต้องการพลังงานที่แนะนำอยู่ที่ประมาณ 110-130 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน

ความต้องการพลังงานในทารกเกิดก่อนกำหนด

Nutrient	Recommendation (per kg/day)
Energy	110-130 kcal
Protein	3.5-4.5 g
Fat	4.8-6.6 g
Carbohydrate	11.6-13.2 g
Calcium	120-200 mg
Phosphorus	60-140 mg

การให้นมทางสายยาง (Feeding mode)

การให้นมทางสายยางให้อาหารทาง Orogastic tube และ Nasogastric feeding tubes สามารถให้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและบริบทคลินิก ให้ทุก 2-3 ชั่วโมง

การเติมสารอาหารในน้ำนมแม่

นมแม่อย่างเดียวอาจให้พลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ESPGHAN-CoN แนะนำให้ใช้ Multicomponent fortifier หรือ human milk fortifier (HMF) เริ่มเติมในนมแม่ เมื่อทารกรับนมได้อย่างน้อย 80-100 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน แนะนำดังนี้

1. Multicomponent fortifier หรือ human milk fortifier (HMF) ให้ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์

2. เริ่มใช้เมื่อรับนมได้อย่างน้อย 40-100 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน

3. เริ่มใช้จาก 22 Kcal/Oz และปรับเป็น 24 Kcal/Oz เมื่อทารกรับนมได้ดี

การประเมินการเจริญเติบโต

ควรติดตามน้ำหนักตัว ความยาวและเส้นรอบศีรษะอย่างสม่ำเสมอโดยใช้กราฟการเจริญเติบโต สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ Fento 2013 growth chart (ใช้ในช่วงแรกเกิดถึง 50 สัปดาห์ PMA) หรือ Intergrowth 21st preterm standards ตามนโยบายของสถาบัน

เกณฑ์น้ำหนักตาม WHO

อายุทารก (สัปดาห์)	น้ำหนักที่ควรเพิ่ม (กรัม/กิโลกรัม/วัน)
23-25	20-23
26-29	17-20
30-34	13-17
35-37	10-13
ครบกำหนด	10

ในโรงพยาบาลควรจัดทำแนวปฏิบัติการให้สารอาหารแก่ทารก (SFP) เพื่อให้การดูแลทารกแก่ทารกมีความสม่ำเสมอ ป้องกันการงดนมโดยไม่จำเป็นและช่วยทารกได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการ

สรุปแนวทางการให้สารอาหารทางลำไส้ (EN) ในทารกป่วยตาม ESPGHAN-CoN

1. เริ่มให้อาหาร แนะนำให้ภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังคลอดหากไม่มีข้อห้าม
2. รูปแบบอาหาร นมแม่ > นมแม่บริจาค (DHM) > นมสูตรทารกเกิดก่อนกำหนด (PF)
3. ปริมาณเริ่มต้น 10-20 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน
4. การเพิ่มปริมาณ เพิ่มวันละ 15-30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน
5. การเติมสารอาหาร เริ่ม fortification เมื่อได้รับนม ≥ 100 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน

❖ วันที่ 21 สิงหาคม 2568

1. การช่วยหายใจด้วยความถี่สูงในทารกแรกเกิด

โดย อาจารย์ พญ. บุรณี เสวตสุทธิพันธ์ และ อาจารย์ พญ. อนงค์นาถ ศิริทรัพย์

การช่วยหายใจด้วยความถี่สูง (High-frequency ventilation: HFV) เป็นเทคนิคการช่วยหายใจที่ใช้ความถี่ของการหายใจสูงกว่าสรีรวิทยาประมาณ 5-10 เท่า และปริมาตรลมหายใจเข้าออกแต่ละครั้งมีขนาดเล็กมาก ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ และลดการบาดเจ็บของปอด

การใช้ HFV ในทางคลินิก

1. Primary mode เลือกใช้เป็น respiratory support mode แรก หรือภายหลังจากการล้มเหลวของการใช้ non-invasive respiratory support มักเลือกใช้ในกรณีเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและมี RDS

2. Rescue mode เลือกใช้กรณีหลังจากการล้มเหลวของ non-invasive respiratory support mode เกณฑ์ในการพิจารณาเลือกปรับเป็น rescue mode ได้แก่

- severe respiratory insufficiency refractory to CMV

- ต้องการ $\text{FiO}_2 > 50\%$
- $\text{PaCO}_2 > 55-60 \text{ mmHg}$ และใช้ค่า PIP สูงสุดที่ใช้ใน CMV mode

การตั้งเครื่องช่วยหายใจเริ่มต้น เมื่อใช้ HFOV with VG

FiO_2	เริ่มต้นคล้ายที่ใช้ใน conventional mode
MAP	- น้ำหนักน้อยกว่า 1000 g; 1-2 cmH_2O ที่ใช้ใน conventional mode โดยเริ่มจาก 8-10 cmH_2O - น้ำหนัก 1000 – 1500 g :10-12 cmH_2O - น้ำหนัก 1500 – 2000 g :12-15 cmH_2O - น้ำหนัก 2000 g: > 15 cmH_2O
Fr	8-20Hz
VThf	1.5-2 ml/kg
I:E	1:1-1:2

2. แนวทางการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรคและภาวะต่าง ๆ ในทารกแรกเกิด

โดย ผศ.นพ.สันติ ปุณณะหิตานนท์ และ รศ.พญ.กุลวดี มณีนิล

1. โรค Respiratory Distress Syndrome (RDS)

การเริ่มต้นช่วยหายใจแบบไม่รุกรานหรือไม่ใส่ท่อ (Non-invasive ventilation; NIV) ควรเริ่มต้นทันทีหลังเกิดในทารกที่สงสัยเสี่ยงต่อ RDS โดยเฉพาะ GA < 30 week หาก NIV ไม่เพียงพอ เช่น มีภาวะหายใจล้มเหลว (persistent hypoxemia, acidosis, apnea) ให้ใช้การช่วยหายใจแบบรุกราน (Invasive ventilation) โดยมีเป้าหมายในการช่วยหายใจ คือ PaO_2 50-80 mmHg, SpO_2 90-95%, PaCO_2 45-60 mmHg

- โหมดการช่วยหายใจที่เหมาะสมหลังใส่ท่อหลอดลมคอ คือ Volume-Targeted Ventilation
- การช่วยหายใจด้วยโหมดปกติ (Conventional ventilation) แนะนำให้ใช้ AC mode ร่วมกับ Volume-targeted mode ร่วมกับ SIMV ที่มี PS

2. ภาวะลมรั่วในเนื้อเยื่อปอด

หลักการสำคัญคือลดแรงดันและปริมาตรอากาศ เพื่อไม่ให้ถุงลมฉีกขาด ยืดเวลาหายใจออกให้ยาวนานมากขึ้น ยอมรับระดับคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงขึ้น การใช้เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (HFV) และจัดทำให้ทารกนอนตะแคงโดยเอาปอดข้างที่เป็นปัญหาทางด้านล่าง

- การตั้งค่าการช่วยหายใจใน CMV mode ดังนี้ PIP ตั้งให้ต่ำที่สุด PEEP ตั้งให้ค่าต่ำ เช่น 2-4 cmH_2O , RR 20-40 ครั้ง/นาที, Ti 0.25-0.30 sec, FiO_2 ตั้งตามค่า SpO_2 ตามเป้าหมาย คือ 88-94%
- HFOV mode: MAP เริ่มต้นต่ำกว่า MAP ที่ใช้ใน CMV mode 1-2 cmH_2O , Frequency 10-15

Hz, Amplitude ปรับเพื่อให้เห็นหน้าอกสั่นเพียงเล็กน้อย

3. โรคปอดเรื้อรัง

mode ที่นิยมใช้ในการช่วยหายใจ เช่น intermittent mandatory ventilation with time-cycled, pressure-limited ventilation หรือ triggered synchronized modes โดยตั้งค่า Tidal volume 8-12 cmH₂O, Ti 0.5-0.8 วินาที RR 10-20 ครั้ง/นาที

4. กลุ่มอาการสุดสาส์กขี้เทา

สามารถเลือกใช้ได้ทั้งแบบ Conventional ventilation และ HFOV การใช้ HFOV ช่วยลดการเกิด barotrauma ช่วยให้ถุงลมในปอดเปิดและลดโอกาสเกิดลมรั่วในปอด ใช้ PIP >25-30 cmH₂O, PEEP 7 cmH₂O

3. การติดตามทารกแรกเกิดระหว่างการช่วยหายใจ

โดย ศ.เกียรติคุณ นพ.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์

1. การดูแลทางเดินหายใจ ต้องติดตามสิ่งต่อไปนี้

- การจัดท่านอนหงาย ให้ใบหน้าอยู่ในแนวกึ่งกลาง และลำคออยู่ท่ามกลาง การนอนหงายที่ใบหน้าตะแคงไปด้านข้างอาจมีผลต่อ cerebral hemodynamics
- SpO₂ อยู่ระหว่าง 91-95%
- ไม่มีอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก การขยายของหน้าอกเท่าการหายใจในภาวะปกติ ทารกต้องหายใจตามเครื่อง
- อุปกรณ์ที่ใช้กับทารกต้องมีขนาดถูกต้องและยึดติดอย่างถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดแผล ไม่ถูก secretion อุด ท่อหลอดลมคอถูกยัดกลางริมฝีปาก
- เครื่องช่วยหายใจทำงานถูกต้อง
- เครื่องทำความชื้นก๊าซตั้งอย่างถูกต้อง ไม่มีน้ำหรือหยดน้ำใน nasal interface ท่อเครื่องช่วยหายใจ ท่อหลอดลมคอ

2. ให้นมแม่หรือสารอาหารทางหลอดเลือดในกรณีที่รับนมไม่ได้ ไม่งดนมยกเว้นเมื่อมีข้อห้ามทางศัลยกรรม หลอดป้อนนมใช้ขนาด 5 Fr และความลึกถูกต้อง ทารกปรับตัวได้เมื่อให้สารน้ำ 65-150 ml/kg/day การให้สารน้ำ 160-180 ml/kg/day เพื่อป้องกันการลดลงของน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PDA, IVH, BPD, NEC ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2 kg ควรให้น้ำหนักเพิ่ม 15-20 g/kg/day และทารกน้ำหนักแรกเกิดเกิน 2 kg. ควรเพิ่ม 20-30 กรัม/วัน เมื่อได้รับนมจนได้ 100 Kcal/kg/day

❖ วันที่ 22 สิงหาคม 2568

1. การดูแลอย่างเหมาะสมระหว่างการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะสมองขาดเลือดจากขาดออกซิเจน

โดย ผศ.พญ. วนานิกา โกษารัตน์ และ อ.นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าคงอยู่

1. การเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะ HIE ประกอบด้วย

- การดูแลให้ทารกมีอาการคงที่ก่อนการส่งต่อ จึงควรมีการติดตามอาการทารกอย่างใกล้ชิด การประเมินคัดกรองเพื่อเข้ารับการรักษาด้วย TH ผลการวิเคราะห์ blood gas ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิด โดยมีเกณฑ์การรักษา ได้แก่ อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 1800 กรัมขึ้นไป ขาดออกซิเจนในระยะปริกำเนิด และอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่ผิดปกติ เช่น ชีพ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น เกร็ง ชัก กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- ระบบการส่งต่อและการสื่อสาร ก่อนการส่งต่อทารกต้องมีการประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทางอย่างเป็นระบบ สื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- บุคลากรที่ทำการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะ HIE ต้องมีทักษะในการประเมินและให้การดูแลปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อได้
- การเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา ที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยากันชัก
- การแจ้งข้อมูลและขอความยินยอมเพื่อการส่งต่อทารก

2. การดูแลระหว่างเคลื่อนย้าย

- การดูแลอุณหภูมิกาย หลีกเลี่ยงภาวะอุณหภูมิสูงกกว่าปกติ โดยไม่สวมเสื้อผ้า ไม่ห่อตัวทารก ปิดเครื่องให้ความอบอุ่นหรือปิดอุณหภูมิตู้อบ เปิดฝาด้านข้างของตู้อบ ประเมินอุณหภูมิทางทวารหนักหรือรักแร้ทุก 15 นาที หรือลดอุณหภูมิทารกด้วยอุปกรณ์ชักน้ำ เช่น แผ่นเจลประคบเย็น แผ่นวัสดุเปลี่ยนเฟส
- การดูแลระดับประคองระบบหายใจ โดยมีเป้าหมายค่า PaO_2 50-80 mmHg, SpO_2 อยู่ระหว่าง 92-98%, PaCO_2 40-50 mmHg

3. การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต โดยการให้สารน้ำทดแทนตามสาเหตุ เช่น normal saline หรือ lactate ringer solution ปริมาณ 10 ml/kg ทางหลอดเลือดดำภายใน 10-15 นาที หรือให้เลือด

4. ให้สารน้ำและสารอาหารที่มีน้ำตาล เช่น 10% dextrose ปริมาณ 60-70 ml/kg/day และมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายรักษาระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 60-150 mg/dl

5. การดูแลระบบประสาท ทารกมีโอกาสชักภายในอายุ 48 ชั่วโมงแรก โดยอาจเตรียม phenobarbital ขนาด 20 mg/kg ทางหลอดเลือดดำในเวลา 10-20 นาที หากไม่หยุดชักสามารถให้ซ้ำได้ครั้งละ 10-20 mg/kg

6. ติดตามอาการของทารก ได้แก่ วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมิน Sarat score ทุก 1-2 ชั่วโมง สังเกตอาการชัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

2. การจัดการภาวะพร่องออกซิเจนเป็นพักๆ และการกำหนดเป้าหมายออกซิเจนในหออภิบาลทารกแรกเกิด

โดย ผศ.พญ.จรรยา จิระประดิษฐา รศ.ดร.นพ.อนุชา ธาตรีมนตรีชัย และ พว.น้ำทิพย์ ทองสว่าง

1. เป้าหมายของการให้ออกซิเจนในการช่วยกู้ชีพทารกขณะอยู่ในห้องคลอด

คำแนะนำสำหรับการดูแลทารกในประเทศสหรัฐอเมริกา (AAP และ AHA) ในทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 35 สัปดาห์ให้เริ่มต้นด้วย $\text{FiO}_2 = 0.21$ ในขณะที่ทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 35 สัปดาห์ เริ่มต้นด้วยการให้ออกซิเจนร้อยละ 21-30

คำแนะนำสำหรับการดูแลทารกในทวีปยุโรป ในทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์ให้เริ่มต้นด้วยการให้ออกซิเจนร้อยละ 21-30 ในขณะที่ทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ เริ่มต้นด้วยการให้ออกซิเจนร้อยละ 30

การกำหนดเป้าหมายออกซิเจนในทารกคลอดครบกำหนดที่มี PPHN แนะนำ preductal SpO_2 91-95% และ postductal SpO_2 70% ทารกที่มีภาวะไล่เลื้อนกระบังลมแต่กำเนิด แนะนำ preductal SpO_2 85-95% และ postductal SpO_2 70% ทารกที่ได้รับการรักษาให้อุณหภูมิร่างกายต่ำ preductal SpO_2 93-98 ทารกที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิด แนะนำ preductal SpO_2 90-97 ในทารกที่มี single ventricle defects หรือ hypoplastic left heart syndrome แนะนำ preductal SpO_2 75-85%

2. การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะออกซิเจนต่ำเป็นพัก ๆ

- การประเมินและติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ สีผิว การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด สัญญาณชีพ พฤติกรรมของทารก
- จัดท่านอนให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับท่าขดตัวในครรภ์มารดา ได้แก่ งอแขนและขาเข้าหาลำตัว ขาอู้นมา มืออยู่ใกล้หน้า โดยมีอาจอยู่ใกล้ปากหรือแก้ม ลำตัวโค้งงอเล็กน้อย ในทารกคลอดก่อนกำหนด ควรจัดท่านอนให้ศีรษะและลำคออยู่ในท่าที่เป็นกลาง สามารถจัดท่านอนตะแคงหรือท่านอนหงายได้ อาจมีการจัดท่านอนคว่ำ (ดุลยพินิจของแพทย์)
- ติดตามการใช้ออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่รักษาด้วยออกซิเจนทุกราย
- ควรดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น พิจารณาให้ออกซิเจนก่อนดูดเสมหะ ใช้ขนาดสายดูดเสมหะน้อยกว่าร้อยละ 70 ของท่อหลอดลมคอ ระยะเวลาในการดูดเสมหะน้อยกว่า 15 วินาที ปรับแรงดูดไว้ระหว่าง 80-100 mmHg ในทารกครบกำหนด ระหว่าง 60-80 mmHg ในทารกเกิดก่อนกำหนด
- ควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในภาวะปกติ
- ให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำ
- ประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยากลุ่ม Methylxanthines
- ส่งเสริมพัฒนาการและการมีส่วนร่วมของครอบครัว