

การดูแลให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนด Caring for Preterm Infants with Enteral Tube Feeding

Received : December 18, 2020
Revised : March 1, 2021
Accepted : March 15, 2021

มนีรัตน์ หมายพิมาย, พย.ม. (Maneerat Maipimai, M.N.S)^{1*}

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ การประสานงานของการดูด การกลืน และการหายใจยังไม่สัมพันธ์กัน เนื่องจากระบบประสาทยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดปัญหาในการดูดนมด้วยตนเอง การให้นมทางสายยาง เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการสารอาหารของร่างกาย และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ให้ความสำคัญของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ที่พบได้บ่อย คือ ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และ ให้ความสำคัญของการให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนดในทุกขั้นตอน เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เกิดความปลอดภัยในการดูแลให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนด นำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การดูแล, การให้อาหารทางสายยาง, ทารกเกิดก่อนกำหนด

¹คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
(Faculty of nursing, Pediatric and adolescent nursing, Vongchavalitkul University)

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author)

E-mail: maneerat_mai@vu.ac.th

Abstract

The sucking, swallowing, and breathing in the preterm infants are not well coordinated due to neurological immaturity, causing them a difficulty in suckling. Enteral tube feeding is helping preterm infants get enough nutrients to meet their nutritional needs. It is a common nursing activity in a sick newborn ward. If nurses do not perform care correctly or lack of awareness in each step, the preterm infants may be at risk of complications. The most common complication is aspiration pneumonia. Therefore, nurses require to have knowledge, skills, and awareness in all steps of enteral tube feeding to reduce the possibility of those risks, increase safety for the premature infants with enteral tube feeding, leading to an effective care outcome, and cost reduction for the medical treatment.

Key words: caring, preterm infants, enteral feeding

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด (preterm infants) โดยทั่วไปการเจริญเติบโตของร่างกายและระบบประสาทยังพัฒนาไม่เต็มที่หรือทำงานยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ความไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทในการดูด (sucking reflex) การกลืน (swallowing reflex) และการทำงานที่ยังไม่สัมพันธ์กันระหว่างการดูด การกลืน และการหายใจ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการสำลักนมได้ง่าย (พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2559; Brune, Kate, Donn & Steven, 2018; Groh-Wargo, & Sapsford, 2009; Kültürsay, Bilgen & Türkyilmaz, 2018; Örs, 2013) นอกจากนี้ ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มักมีน้ำหนักตัวน้อยร่วมกับภาวะความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด การติดเชื้อในร่างกาย และการมีปัญหากลืนเป็นต้น ส่งผลให้ทารกมีอาการหายใจเหนื่อยหอบขณะดูดนม เสียหาย ลำบาก หายใจลำบาก หายใจหากให้ทารกดูดนมเองอาจไม่ปลอดภัย หรือดูดนมไม่ได้ ทำให้ได้รับนมที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะขาดสารอาหารที่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคบางโรครุนแรงยิ่งขึ้นได้ จึงต้องช่วยให้ทารกได้รับสารอาหารด้วยวิธีการอื่นๆทดแทน

การให้นมทางสายยาง (enteral tube feeding) เป็นวิธีการช่วยเหลือทารกเกิดก่อนกำหนดให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการสารอาหารของร่างกายที่พบได้บ่อย (Kültürsay, Bilgen & Türkyilmaz, 2018) โดยแพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีนี้ เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558; วรมินทร์ เจริญสุวรรณ, 2560) นอกจากนี้แล้วการให้นมทางสายยางยังช่วยเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งถึง

เกณฑ์น้ำหนักตัวที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; Parker et al., 2019)

อย่างไรก็ตาม การให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนดก็มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตทารกได้ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลักอาหาร (aspiration pneumonia) ที่เกิดจากการไม่ตรวจสอบตำแหน่งปลายสายยางก่อนให้นม และภาวะลำไส้ขาดเลือด (Necrotizing enterocolitis) ที่เกิดจากการให้นมในปริมาณมากและด้วยอัตราการไหลที่เร็วเกินไป (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; Kültürsay, Bilgen, & Türkyilmaz, 2018) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนด จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและให้ความสำคัญในการปฏิบัติทุกขั้นตอน บทความนี้ จึงมีจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมทางสายยาง ที่ถูกต้อง เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ นำไปสู่ความปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ในการดูแลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

2. การให้นมทางสายยาง (Enteral Tube Feeding)

หมายถึง การให้นมทางสายยางที่ใส่ทางปากหรือจมูกผ่านลำคอ หลอดอาหารลงไปยังกระเพาะอาหาร เพื่อให้ทารกได้รับนมหรือสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558; มณีรัตน์ หมายพิมาย, 2562; Örs, 2013) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยให้ทารกได้รับนมที่ถูกสรีรวิทยาที่สุด เนื่องจากทำให้ทารกได้รับสารอาหารครบถ้วน และกระตุ้นฮอร์โมนต่างๆ ในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้เจริญเติบโตได้ดี (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; สุพร ตรีพงษ์กรุณา, 2549)

3. วัตถุประสงค์ของการให้นมทางสายยาง

เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถรับนมได้เองทางปาก หรือได้รับนมแต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการสารอาหารของร่างกาย

4. ช่องทางของการให้นมทางสายยาง

กระทำได้หลายช่องทาง ดังนี้
(มณีรัตน์ หม้ายพินาย, 2562)

4.1 Orogastric tube เป็นการใส่สายเข้าทางปาก ผ่านหลอดอาหาร ถึงกระเพาะอาหาร

4.2 Nasogastric tube เป็นการใส่สายเข้าทางรูจมูก ผ่านหลอดอาหาร ถึงกระเพาะอาหาร

4.3 Nasojejunal tube เป็นการใส่สายเข้าทางรูจมูก ผ่านหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ถึงลำไส้เล็กส่วน jejunum

4.4 Gastrostomy tube เป็นการใส่สายยางผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร

4.5 Jejunostomy tube เป็นการใส่สายยางผ่านทางหน้าท้อง ถึงลำไส้เล็กส่วน jejunum

ในทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถให้ได้ทั้งทางปากและจมูก แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าช่องทางใดเหมาะสมกว่า (พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2559) แต่ในทางปฏิบัติมักจะให้นมทางปากผ่านหลอดอาหารถึงกระเพาะอาหาร (Orogastric tube feeding) มากกว่าการให้นมผ่านทางจมูกผ่านหลอดอาหารถึงกระเพาะอาหาร (Nasogastric tube feeding) (Dutta et al., 2015) เนื่องจากทารกมีกายภาพของทางเดินหายใจที่มีขนาดเล็ก มีความเสี่ยงต่อการอุดกั้นได้ง่าย และหายใจผ่านทางจมูกอย่างเดียว (Obligatory nose breather) (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; Dodrill, 2011, Kültürsay, Bilgen, & Türkyilmaz, 2018; Örs, 2013) ดังนั้น การคาสายยางในรูจมูก อาจทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจบริเวณนี้ และยังเป็น การเพิ่มแรงต้านทานที่ทางเดินหายใจส่วนบนได้ถึงร้อยละ 30-50 (Cooke & Embleton, 2000) ทำให้ทารกต้องใช้แรงในการหายใจมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการหายใจลำบาก และเกิดภาวะ

หายใจล้มเหลวตามมา นอกจากนี้ ยังเสี่ยงต่อการเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางได้ ไชน์สอัส และ การเกิดแผลกดทับที่จมูก (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; Cooke & Embleton, 2000; Kültürsay, Bilgen, & Türkyilmaz, 2018; Örs, 2013)

5. ข้อบ่งชี้ในการให้นมทางสายยาง

(Indications for Enteral Tube Feeding)

การให้นมทางสายยางควรพิจารณาตามข้อบ่งชี้ ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; Dutta et al., 2015; Kültürsay, Bilgen, & Türkyilmaz, 2018)

5.1 ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32-34 สัปดาห์ เนื่องจากการดูด การกลืน การหายใจที่ยังทำงานไม่สัมพันธ์กัน

5.2 ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,650 กรัม

5.3 ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในระยะฝักคุดนม หรือมีอาการเหนื่อยขณะคุดนม หรือคุดนมได้ไม่หมด ต้องให้นมทางสายยางร่วมด้วย

5.4 ทารกที่ไม่สามารถรับนมทางปากได้เอง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการดูดและการกลืน

5.5 ทารกที่มีอัตราการหายใจ ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที

5.6 ทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทารกที่มีความผิดปกติของสมอง ทารกที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างรุนแรง

5.7 ทารกที่คุดนมไม่ดี เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกโรคหัวใจ เป็นต้น

6. ข้อห้ามในการให้นมทางสายยาง

การให้นมทางสายยางไม่ควรให้ในกรณีต่อไปนี้ (สุพร ตรีพงษ์กรณา, 2549; Dutta et al., 2015; Kültürsay, Bilgen, & Türkyilmaz, 2018)

6.1 มีภาวะหายใจลำบากรุนแรง มีอัตราการหายใจมากกว่า 80 ครั้งต่อนาที

6.2 มีลำไส้อุดตันสมบูรณ์

6.3 มีภาวะลำไส้เน่าอักเสบ

6.4 เยื่อช่องท้องอักเสบ

6.5 ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว

6.6 เลือดออกทางเดินอาหารรุนแรง

6.7 การไหลเวียนโลหิตล้มเหลวรุนแรงที่
ต้องได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ

7. วิธีการให้นมทางสายยาง

มี 3 วิธี ดังนี้ (วรมินทร์ เจริญสุวรรณ,
2560)

7.1 การให้นมทีละครั้ง (Bolus feeding) เป็นการให้นมทางสายยางอย่างรวดเร็ว โดยผ่านทาง syringe ให้ไหลตามแรงดึงดูดของโลก ให้หมดภายในเวลา 15 นาที โดยในทารกเกิดก่อนกำหนดการให้ที่เร็วเกินไปอาจทำให้ทารกหยุดหายใจ (apnea) ได้ เนื่องจากการให้นมด้วยอัตราเร็วไปจะทำให้กระเพาะอาหารขยายตัวอย่างรวดเร็ว และยังทำให้ทารกมีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องเสีย เกิดการสำรอกนม ทั้งนี้หากทารกมีหยุดหายใจขณะให้นม ให้เพิ่มเวลาในการให้นมนานขึ้น เป็น 30 นาที หรือใช้ syringe pump แทน (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

7.2 การให้นมทางสายยางแบบครั้งคราว (intermittent feeding) เป็นการให้นมแบบหยุดเป็นมื้อๆ ตามแผนการรักษา โดยการปล่อยให้นมไหลออกจากชุดให้นมผ่านสายยางอย่างช้าๆ ใช้เวลา 30-60 นาที ซึ่งการให้อัตราการไหลของอาหารที่ช้า จะช่วยลดอาการท้องอืดและแน่นท้องได้

7.3 การให้นมทางสายยางแบบหยุดช้าๆ อย่างต่อเนื่อง (continuous feeding) เป็นการให้นมแบบหยุดช้าๆ และต่อเนื่องในเวลาที่กำหนด หรืออาจจะควบคุมจำนวนหยดด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลอัตโนมัติ (infusion pump) หรือเครื่องควบคุมปริมาตร (syringe pump) ใช้ในกรณีที่ทารกไม่สามารถรับนมวิธีอื่นได้ เช่น ท้องอืดมาก ท้องเสีย อาเจียน ทารกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดสัลดักได้บ่อย ทารกที่มีการย่อยและการดูดซึมบกพร่อง เป็นต้น ซึ่งจะช่วยทำให้ทารกได้รับนมและลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น การให้นมทางสายยางแบบต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมปริมาตร เป็นวิธีที่ให้นมที่ช้าลงในทารกเกิดก่อนกำหนด เพราะสามารถควบคุมปริมาณการไหลและกำหนด

ระยะเวลาในการให้นมได้ ซึ่งเหมาะสำหรับทารกที่มีปัญหาทางการย่อยและการดูดซึมอาหาร

ทั้งนี้การให้นมด้วยวิธีการใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับนมของทารกแต่ละราย โดยในทารกเกิดก่อนกำหนดการให้นมทางสายยางแบบครั้งคราว เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับสรีระวิทยาและนิยมใช้มากกว่าวิธีอื่นๆ แต่ในทารกที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำมาก (ต่ำกว่า 1,000 กรัม) ซึ่งไม่สามารถรับนมอย่างช้าๆ ในระยะเวลา 60 นาทีได้ หรือมีปัญหาการดูดซึมของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด อาเจียน เป็นต้น อาจจะต้องพิจารณาใช้วิธีการให้นมทางสายยางแบบหยุดช้าๆ อย่างต่อเนื่องแทน (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz, 2018)

8. การดูแลให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนด

การให้นมทางสายยางด้วยเทคนิคที่ถูกต้องจะช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับทารกได้ วิธีการดูแลมีดังนี้ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550: เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558)

8.1 ล้างมือให้สะอาดก่อนการเตรียมนมทุกครั้ง เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค

8.2 จัดเตรียมนมตามจำนวนที่ต้องการใส่ขวดนม โดยปริมาณนมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถดูดนมได้เอง ทารกเกิดก่อนกำหนดโดยทั่วไปมีความต้องการนม เท่ากับ 120-140 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน (Kültürsay, Bilgen, & Türkyılmaz, 2018)

8.3 กรณีนมแช่เย็นต้องอุ่นให้เท่าอุณหภูมิห้องก่อน (25-37 องศาเซลเซียส)

8.4 ประเมินสภาพทารกก่อนให้นม เช่น ท้องอืด จำนวนนมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร การหายใจเร็ว เหนื่อยหอบ ซึม เป็นต้น หากมีให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาการให้นมหรืองดนมมือนั้นๆ

8.5 บอกผู้ดูแลให้ทราบถึงประโยชน์และวิธีการให้นมทางสายยาง เพื่อให้ความร่วมมือและลดความวิตกกังวล

8.6 ห่อตัวทารกโดยห่อด้วยผ้าเปิดช่องอก (Mummy restraint) เพื่อป้องกันสายยางเลื่อนหลุดระหว่างให้นมที่เกิดจากทารกดิ้นและร้อง

8.7 ดูแลจัดท่านอนทารกให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา ระหว่างให้นมและหลังให้นม เพื่อป้องกันการสำลักนมเข้าสู่หลอดลม (พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2559)

8.8 เปิดจุดที่ปิดปลายสายออก ใช้สำลีชุบน้ำต้มสุกหรือน้ำกลั่น (sterile water) เช็ดทำความสะอาดปลายสายยาง โดยหักพับปลายสายก่อนให้นม เพื่อป้องกันอากาศเข้าสาย ส่งผลให้ทารกท้องอืดได้

8.9 ตรวจสอบตำแหน่งของปลายสายยางก่อนให้นมทุกครั้ง โดยนิยมใช้ 2 วิธี มีดังนี้

8.9.1 การทดสอบโดยการดูดสิ่งที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร (gastric residual or content) โดยใช้กระบอกฉีดยาต่อกับปลายสาย ดึงลูกสูบขึ้นจะได้น้ำหรือสิ่งที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร หากไม่ได้ให้วิธีที่ 2

8.9.2 การฟังเสียงลมผ่านสายให้อาหาร โดยใช้กระบอกฉีดยาดันลมเข้าไป พร้อมกับใช้หูฟัง (stethoscope) ฟังบริเวณใต้ลิ้นปี่ (xiphoid process) โดยทารกเกิดก่อนกำหนดจะดันลมประมาณ 0.5 มิลลิลิตร ผ่านกระบอกฉีดยาอย่างรวดเร็ว ถ้าได้ยินเสียงดัง “ฟืด” แสดงว่าปลายสายอยู่ในกระเพาะอาหาร และหลังจากฟังเสียงแล้วให้ดูดลมออกด้วยทุกครั้ง

8.10 ประเมินปริมาณอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร

8.10.1 หากปริมาณอาหารที่เหลือค้างได้ในกระเพาะอาหารน้อยกว่าปริมาณนมที่ทารกได้รับมือก่อนให้คือนมที่ดูดได้กลับสู่กระเพาะอาหารทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง แล้วให้นมทารกในปริมาณที่หักออกจากนมเดิมที่เหลือค้าง (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) เช่น ทารกได้นมมือก่อนหน้า จำนวน 10 มิลลิลิตร ประเมินก่อนให้อาหารมีปริมาณอาหารเหลือค้าง จำนวน 2 มิลลิลิตร ต้องหักส่วนต่างที่เหลือออก ดังนั้น ให้นมทารกมือนี้อย่างน้อย 8 มิลลิลิตร

8.10.2 หากปริมาณอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารได้เท่ากับหรือมากกว่าปริมาณนมที่ให้มือก่อน ให้งดนมมือนั้น และรายงานแพทย์รับทราบเพื่อพิจารณาให้สารอาหารด้วยวิธีอื่นต่อไป

ทั้งนี้โดยทั่วไปทารกน้ำหนัก 1,000-1,500 กรัม จะยอมให้มีอาหารเหลือค้างได้ไม่เกิน 2 มิลลิลิตร และทารกน้ำหนัก 2,000 กรัม จะยอมให้มีอาหารเหลือค้างได้ไม่เกิน 4 มิลลิลิตร (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545) แต่สำหรับแนวทางในการดูแลให้อาหารทารกที่น้ำหนักตัวน้อย แนะนำว่าทารกที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 500 กรัม ปริมาณอาหารเหลือค้างควรไม่เกิน 2 มิลลิลิตร ทารกที่น้ำหนักตัว น้อยกว่า 500-749 กรัม เหลือค้างไม่เกิน 4 มิลลิลิตร และทารกที่น้ำหนักตัวมากกว่า 1,000 กรัม เหลือค้างไม่เกิน 5 มิลลิลิตร (Dutta et al., 2015)

ในส่วนลักษณะของอาหารเหลือค้างเป็นนมที่ย่อยแล้วสามารถให้นมได้ แต่หากอาหารเหลือค้างเป็นเลือดให้งดให้นมมือนั้น พร้อมทั้งรายงานแพทย์รับทราบ (Dutta et al., 2015)

8.11 การเตรียมให้นม เริ่มจากการพับปลายสายต่อกระบอกฉีดยา โดยดึงแกนในออกแล้วต่อเข้ากับสายยาง เเทนลงไปตามปริมาณที่ให้ จากนั้นค่อยๆ คลายสายที่พับไว้ และยกกระบอกฉีดยาให้สูงกว่ากระเพาะอาหารประมาณ 8-10 นิ้ว ปลอ่ยให้นมไหลลงช้าๆ ตามแรงโน้มถ่วงของโลก เมื่อนมใกล้หมดให้พับสายยาง แล้วให้น้ำสุกตาม 2 มิลลิลิตร (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558) เพื่อล้างสายไม่ให้นมเหลือค้างในสาย ซึ่งอาจทำให้นมบูด ทารกเกิดท้องเสียได้ ในขณะที่ให้นม ผู้ปฏิบัติควรระวังอากาศเข้าไปในสายยาง พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารกขณะให้นม เช่น การหยุดหายใจ สำรอกนม กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ท้องอืด เป็นต้น หากพบให้หยุดให้นม และรีบรายงานแพทย์

8.12 เมื่อน้ำหมดให้พับปลายสาย ใช้สำลีชุบน้ำต้มสุกหรือน้ำกลั่น (sterile water) เช็ดทำความสะอาดปลายสายยาง ปิดจุกยางให้แน่น เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร ทำให้ทารกได้รับอาหารไม่ครบ

8.13 หลังให้นมจัดให้ทารกนอนในท่าเดิมนาน 30-60 นาที เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของนม โดยจัดทำทารกนอนตะแคงขวาศีรษะสูงหรือนอนคว่ำศีรษะสูง 2-3 ชั่วโมงหลังให้นม จะทำให้ทารกสามารถผ่านระบบทางเดินอาหารได้เร็วขึ้น อาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้ทารกสามารถรับนมได้ดีขึ้น

(หทัยชนก นิตกุล, สุตาภรณ์ พัทธการเรือง, นงลักษณ์ จินตนาติก และจันทนา พันธุ์บุรณะ, 2557; Ameri, Rostami, Baniasadi, Aboli, & Ghorbani, 2018; Mora, Punthmatharith, & Wattanasit, 2017)

8.14 สังเกตอาการหลังให้นมที่แสดงว่าทารกรับนมไม่ได้ ได้แก่ ท้องอืด ขย้อน หรืออาเจียน เส้นรอบท้องเพิ่มขึ้นทันที การมีนมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร

8.15 ลงบันทึกชนิดของอาหาร ปริมาณ เวลาที่ให้ และอาการผิดปกติ ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกการได้รับอาหาร

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการให้อาหารทางสายยาง สาเหตุ และแนวทางการแก้ไข

ภาวะแทรกซ้อน	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข
ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia)	- การเลื่อนผิดตำแหน่งและการหลุดของสายยางที่เกิดจากการไม่ได้ตรวจสอบตำแหน่งของปลายสายยางให้ถูกต้องก่อนให้นม จะทำให้เกิดการสำลักนมเข้าไปในหลอดลมและปอด	- ทดสอบตำแหน่งปลายสายยางทุกครั้งก่อนให้นมทุกครั้ง - จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ขณะให้นมและหลังให้นม (พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2559; Braegger et al., 2010)
ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน	- การให้อาหารเร็วเกินไป ทำให้เกิดการหดเกร็งของกระเพาะอาหาร - ขณะให้นมมีลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยท้องอืด และส่งผลให้อาเจียนได้ - การจัดทำทารกไม่เหมาะสมขณะให้นม	- ให้นมช้าๆ ในเวลาอย่างน้อย 15 นาที (Braegger et al., 2010) - ระวังอากาศเข้าสายยางระหว่างให้นม โดยหักพับสายยาง - จัดท่าทารกศีรษะสูง 30 องศา ขณะให้นมและหลังให้นม จัดท่าทารกให้นอนคว่ำหรือตะแคงขวา ซึ่งจะช่วยให้ทารกผ่านกระเพาะอาหารเร็วขึ้น (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)
ท้องเสีย	- ให้อุณหภูมิที่มีความเข้มข้นมากเกินไป ทำให้เกิดการดึงน้ำมาอยู่ในลำไส้มากขึ้น - ให้นมในอัตราที่เร็วเกินไป - ให้นมที่มีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย	- ให้นมที่มีความเข้มข้นและสูตรที่เหมาะสมกับทารกเกิดก่อนกำหนด - ให้นมช้าๆ ในเวลาอย่างน้อย 15 นาที - ล้างมือให้สะอาดก่อนการเตรียมนมทุกครั้ง เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรค และล้างสายยางหลังจากการให้อาหารทุกครั้ง เพื่อลดการเติบโตของแบคทีเรีย (เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558)
เกิดแผลกดทับที่จมูก	- สายยางอาจกดทับเยื่อหูทางเดินอาหาร หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ซึ่งการเกิดแผลนั้นขึ้นอยู่กับชนิดและตำแหน่งของสายยาง	- ตรวจสอบตำแหน่งสายยางอยู่เสมอและสลับตำแหน่งเมื่อมีการเปลี่ยนสายยาง (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558)

9. ข้อควรคำนึงในการให้อาหารทางสายยาง

พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยควรพิจารณาข้อควรปฏิบัติในการให้นม ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550; เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2558; มณีรัตน์ หม้ายพิมาย, 2562)

9.1 ในรายที่คาสายยางทางจมูก หรือทางปากควรเปลี่ยนสายยางทุก 3-5 วัน

9.2 ก่อนให้นม ควรตรวจสอบปลายสายยางทุกครั้งว่าอยู่ในกระเพาะอาหาร

9.3 ในระหว่างการให้นม หากทารกมีอาการสำลัก อาเจียน หรือหน้าเขียว หยุดหายใจ ต้องพับสาย หยดให้นมและดึงสายออกทันที จับทารกนอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ดูดนมและดูนมออกจากปาก จมูกและคอให้หมด หากไม่ดีขึ้นให้รีบรายงานแพทย์

9.4 ตรวจสอบนมเหลือค้างในกระเพาะอาหารทุกครั้งก่อนให้นมมือใหม่

10. บทสรุป (Conclusion)

การให้อาหารทางสายยาง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีข้อจำกัดในการดูด การกลืน รวมทั้งการทำงานที่ยังไม่ประสานกันระหว่างการดูด การกลืน และการหายใจ ให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และช่วยเพิ่มน้ำหนักตัวทารกให้ถึงเกณฑ์ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย อย่างไรก็ตาม หากผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ทักษะ และไม่ปฏิบัติตามในแต่ละขั้นตอน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ดังนั้น การมีแนวทางในการดูแลให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนด จึงมีความจำเป็นเพื่อให้การดูแลทารกที่ได้รับนมทางสายยางได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

11. เอกสารอ้างอิง (References)

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). Breast feeding practice in premature infant. ใน สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), *Neonatology 2007* (หน้า 12-23). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
2. เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. (2558). การให้อาหารทางสายยาง (Enteral tube feeding). ใน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ (บรรณาธิการ), *หัตถการเบื้องต้นทางการพยาบาลเด็ก* (หน้า 85-96). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. นฤมล ชีระรังสิกุล. (2545). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. ใน นฤมล ชีระรังสิกุล (บรรณาธิการ), *ปัญหาที่พบบ่อยในทารกที่คลอดก่อนกำหนด* (หน้า 35-74). กรุงเทพฯ: พี เพลส.
4. พรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2559). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง (Breastfeeding in high-risk infants). ใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ สมศิริ รุ่งอมรรัตน์ และสุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง* (หน้า 78-96). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. มณีรัตน์ หม้ายพิมาย. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร (Nursing for nutrition needs). ใน สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา มธุสร ปลาโพธิ์ และต้องตา ชันธิวิ (บรรณาธิการ), *หลักการและเทคนิคการพยาบาล (Principles and techniques in nursing)* (หน้า 135-143). นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์.

6. วรมินทร์ เจริญสุวรรณ. (2560). Enteral nutrition indications and contraindication and route access. ใน สงศรี แก้วถนอม บุชชา พราหมณสุทธิ์ อรวรรณ พิธิไชยพิทักษ์ สิริกานต์ เตชะวนิช และอุปถัมภ์ ศุภสินธุ์ (บรรณาธิการ), *พยาบาลโภชนบำบัด Nutrition support nurse (2)* (หน้า 135-154). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
7. สุพร ตริพงษ์กรุณา. (2549). การให้อาหารทางสายและการดูแล. ใน วันดี วราวิทย์ สุพร ตริพงษ์ กรุณา เกศรา อัครามงคล ประพันธ์ อ่านเปรื่อง และบุษบา วิวัฒน์ เวคิน (บรรณาธิการ), *แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารในเด็ก* (หน้า 470-481). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
8. หทัยชนก นิติกุล, สุธาภรณ์ พยัคฆเรือง, นงลักษณ์ จินตนาติลล และจันทนา พันธุ์บุรณะ. (2557). ผลของการจัดทำนอนขณะและหลังให้นมทางสายให้อาหารต่อความสามารถในการรับนม ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล (Thai Journal of Nursing Council)*, 29(4), 32-44. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2763>
9. Ameri, G., Rostami, S., Baniasadi, H., Aboli, B., & Ghorbani, F. (2018). The effect of prone position on gastric residuals in preterm infants. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 22(2), 1-6.
10. Braegger, C., Decsi, T., Dias, J. A., Hartman, C., Kolacek, S., Koletzko, B., Koletzko, S., Mihatsch, W., Moreno, L., Puntis, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., van Goudoever, J., & ESPGHAN Committee on Nutrition. (2010). Practical approach to paediatric enteral nutrition: A comment by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 51(1), 110-122.
11. Brune, K. D., & Donn, S. M. (2018). Enteral feeding of the preterm infant. *NeoReviews*, 19, e645-e653.
12. Cooke, R. J., & Embleton, N. D. (2000). Feeding issues in preterm infants. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 83(3), F215-F218.
13. Dodrill, P. (2011). Feeding Difficulties in Preterm Infants. *ICAN Infant Child & Adolescent Nutrition*, 3(6), 324-331.
14. Dutta, S., Singh, B., Chessell, L., Wilson, J., Janes, M., McDonald, K., Shahid, S., Gardner, V. A., Hjartarson, A., Purcha, M., Watson, J., de Boer, C., Gaal, B., & Fusch, C. (2015). Guidelines for feeding very low birth weight infants. *Nutrients*, 7(1), 423-442.

15. Groh-Wargo, S., & Sapsford, A. (2009). Enteral nutrition support of the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 24(3), 363-376.
16. Kültürsay, N., Bilgen, H., & Türkyılmaz, C. (2018). Turkish neonatal society guideline on enteral feeding of the preterm infant. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 53, S109-S118.
17. Mora, J., Punthmatharith, B., & Wattanasit, P. (2017). Effect of positioning on gastric residual volume in preterm infants. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(4), 35-46. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/107742>
18. Örs, R. (2013). The practical aspects of enteral nutrition in preterm infants. *Journal of pediatric and neonatal Individualized medication*, 2(1), 35-40.
19. Parker, L. A., Weaver, M., Murgas Torrazza, R. J., Shuster, J., Li, N., Krueger, C., & Neu, J. (2019). Effect of gastric residual evaluation on enteral intake in extremely preterm infants: A randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 173(6), 534-543.