

การพยาบาลทารกแรกเกิดมีความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้อง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

กมนนุช เกษศาคร¹

บทคัดย่อ

บทความวิชาการกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดของผนังหน้าท้องบริเวณสะดือ (Omphalocele) จำนวน 2 ราย โดยรายที่ 1 ได้รับการดันลำไส้เข้าไปทั้งหมด มีโรคร่วมคือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปอดบวมแต่กำเนิด หายใจลำบากและรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วมคือโรคขาดเอนไซม์ G-6-PD เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ซีด ภาวะโพแทสเซียมสูง ปอดบวมแต่กำเนิด หายใจลำบาก ติดเชื้อในทารกแรกเกิดและภาวะช็อค ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอนเป็นเครื่องมือในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ 2) การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ 3) เสี่ยงต่อการได้รับน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย 5) เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า 6) บิดามารดามีความเครียด วิตกกังวล และข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ รายที่ 1) บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลแผลต่อที่บ้าน 2) เสี่ยงต่ออันตรายจากน้ำตาลในเลือดต่ำ 3) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวาย แต่ในรายที่ 2 พบว่า 1) ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด 2) เสี่ยงต่ออันตรายสมองจากปฏิกิริยาในเลือดสูง การพยาบาลที่สำคัญสำหรับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้แก่ การหายใจ การควบคุมอุณหภูมิ การใส่สายสวนกระเพาะอาหาร การได้รับสารน้ำสารอาหาร ส่วนการพยาบาลที่แตกต่างกัน ในรายที่ 1 คือ การเสริมพลังอำนาจบิดามารดาดูแลต่อที่บ้าน ส่วนรายที่ 2 คือ การให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ข้อเสนอแนะในการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ คือ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลทารกที่มีความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้อง

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด, ความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้อง, การพยาบาลทารกแรกเกิด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: Kamonnuch Kessakron, Email: kamonnuchk@gmail.com

Received: May 30, 2021; Revised June 26, 2021; Accepted June 29, 2021

NURSING CARE FOR ANTERIOR-ABDOMINAL WALL DEFECTS IN NEWBORN: 2 CASE STUDIES

Kamonnuch Kessakron¹

ABSTRACT

This case study report aimed to compare the nursing diagnosis between two newborns with anterior-abdominal wall defects case 1 with congenital heart disease, congenital pneumonia, and dyspnea, and Case 2 undergoing surgery with G-6-PD deficiency, upper gastrointestinal bleeding, paleness, hyperkalemia, congenital pneumonia, dyspnea, infection, shock. The research instrument was Gordon's Functional Health Patterns Assessment. The same nursing diagnoses were as follows: 1) Ineffective gas exchange, 2) Ineffective control of body temperature, 3) Risk of insufficient nutrition, 4) Risk of infection in the body, 5) Risk of delayed growth and development, and 6) Parents having stress and anxiety. The different nursing diagnoses were as follows: Case 1: 1) Parents lacking confidence in wound care at home, 2) Risk of low blood sugar and 3) Risk of heart attack and Case 2: 1) Having surgical wound pain and 2) Risk of brain damage from high bilirubin. The important nursing care for both case studies included breathing, body temperature control, gastric catheterization, and receiving fluid and nutrients. In terms of the differences in nursing care, for Case 1, the parents were empowered to perform continuing care at home, while in Case 2, the parents were educated about complications after surgery. The results of this study suggest that nurses can use the finding to develop nursing practice guidelines and support nursing care standards for newborns with anterior-abdominal wall defects.

Keywords: Newborn, Anterior-abdominal wall defects, Nursing care for newborn

¹ Registered Nurse, Professional Level, Nurse Organization, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

ความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้องบริเวณสะดือ (Omphalocele) ในทารกแรกเกิดเป็นความผิดปกติของผนังช่องท้องที่มองเห็นอวัยวะภายในประกอบด้วยลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กระเพาะอาหาร ม้าม และตับ เป็นต้น¹ ลักษณะลำไส้ที่มองเห็นถ้ามีส่วนซึ่งโป่งพองและบางส่วนตีบเล็กซึ่งบ่งว่าการตีบตันของลำไส้สายสะดือจะติดอยู่กับถุงตัวถุงมักคงรูป² ภายหลังคลอดมีน้อยรายที่ถุงแตกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา หรือแตกระหว่างการคลอดทำให้อวัยวะภายในออกมาอยู่นอกช่องท้องและ พบในทารกเพศหญิงได้บ่อยกว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวน้อย และประมาณร้อยละ 45-70 จะมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย³ การรักษา มี 2 วิธี วิธีที่ 1 เป็นการเย็บผนังหน้าท้องปิดเลย (primary facial closure) อีกวิธีเป็นการปิดผนังหน้าท้องโดยทำเป็นขั้นตอน (staged repair) โดยทั่วไปการรักษาโดยการผ่าตัดจำเป็นต้องกระทำอย่างแน่นนอนในรายที่ทารกมีสภาวะในช่องท้องที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข⁴ หรือในรายที่ถุง omphalocele แตกแล้วนอกจากที่กล่าวแล้วสถานที่ที่จะทำการผ่าตัดรักษา ผู้ป่วย omphalocele ควรมีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการหายใจการผ่าตัดรักษาแบบ Primary facial closure มักจะทำเมื่อ omphalocele มีขนาดเล็ก และมีอวัยวะภายในไม่มาก ซึ่งส่งผลต่อร่างกายของทารกมีปัญหาในการนำอวัยวะภายในเข้าในช่องท้อง

หรือเมื่อนำเอาอวัยวะภายในเข้าในช่องท้องได้แล้วอาจทำให้เลือดดำไหลคืนสู่หัวใจเลวลง เพราะมีการกด IVC หรือทารกหายใจไม่พอจากการดันกะบังลม ทำให้กะบังลมเคลื่อนไหวไม่สะดวก หรือใช้รักษาในรายที่ทารกมีความผิดปกติอื่นร่วม เช่น หัวใจ ทำให้การผ่าตัดรักษามีอัตราเสี่ยงสูง การดูแลทารกภายหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจรักษาด้วยวิธี non operative ทำให้ทารกเหล่านี้จะต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ถึง 2-3 เดือน

อุบัติการณ์การเกิดทารกที่มีความพิการของผนังหน้าท้องในประเทศแถบตะวันตก ในปี ค.ศ. 1997 พบถึง 17 ราย ต่อทารกเกิดมีชีวิต 100,000 ราย หรือคิดเป็น 1 : 5,880 ในทารกที่เกิดมีชีวิตบางประเทศมีอัตราการอยู่รอดของทารกสูงถึงร้อยละ 80² โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้สูงที่สำคัญมากในการอยู่รอดจากโรคนี้คือ การมีความพิการอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ทารกที่ถึงแก่ชีวิตมักจะมีผลสืบเนื่องมาจากความผิดปกติที่มีอยู่ร่วมด้วย อัตราการเสียชีวิตของทารกขณะคลอด หลังคลอด และหลังรักษาหายกลับไปรักษาต่ที่บ้านซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rangrong S, et al.⁵ ที่ได้ศึกษาในกลุ่มทารกที่มีความผิดปกติของผนังหน้าท้องจำนวน 124 ราย พบว่า ทารกจำนวน 8 ราย เสียชีวิตขณะที่เข้ารับการรักษา ทารกจำนวน 22 ราย พบความผิดปกติร่วมด้วย และพบว่าผู้ป่วยจำนวน 57 ราย เสียชีวิตจากความผิดปกติและ

ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อ โรคปอดบวม และภาวะหัวใจล้มเหลว

จากข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปีพ.ศ.2561ถึง 2563 พบว่ามีทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค omphalocele จำนวนทั้งหมด 10 ราย ปี2561 จำนวน4รายเสียชีวิต 2 ราย ปี2562 จำนวน 3 รายเสียชีวิต 1 ราย และปี2563 จำนวน3รายเสียชีวิต 2 ราย อัตราการตายของทารกOmphalocele คิดเป็นร้อยละ 50 , 34 และ 67 เปอร์เซนต์ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการตายที่ค่อนข้างสูง และในทารกที่รอดชีวิตยังมีระยะเวลาการนอนรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 30 วันต่อราย และภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกต้องได้รับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 3 เดือน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง^๑

พยาบาลควรมีบทบาทในการช่วยเหลือทารกในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ช่วยปรับประคับประคองทารกและญาติในการเผชิญปัญหาและการรักษาทุกระยะการดำเนินของโรค ควรมีความเข้าใจต่อการสังเกตอาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทัน่วงที จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะของบุคลากรรวมถึงการวางแผนการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะรักษา ระยะฟื้นฟู ดังนั้น

การนำใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถนำสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและครอบครัวพึงพอใจจึงใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลและทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานการพยาบาลทารก Omphaloceleต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและผลการพยาบาลกรณีศึกษาทารกแรกเกิดมีความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้อง 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงรายกรณี ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Omphalocele ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 รายศึกษาในช่วงกันยายน 2561 - พฤศจิกายน 2563 ดำเนินการศึกษา 7 ขั้นตอน คือ 1) เลือกกรณีศึกษา 2) ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยการศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ การสืบค้นงานวิจัย เกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีความพิการโดยกำเนิดของผนังหน้าท้อง ความหมาย สาเหตุการเกิด พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การ

รักษา การพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่พบ
 3) ประเมินภาวะสุขภาพชักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ 4) วิเคราะห์ข้อมูลวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านศัลยกรรมเด็ก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด นักโภชนาการ 5) ประเมินผลการพยาบาล 6) เปรียบเทียบกรณีศึกษา 7) สรุปและข้อเสนอแนะ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยการศึกษาค้นคว้าจากเวชระเบียนผู้ป่วยและการสอบถามข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของทารก 2 ราย นำเสนอรายละเอียดประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาทารก 2 ราย⁷

ข้อมูลเปรียบเทียบ	ทารกกรณีศึกษารายที่ 1	ทารกกรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการตั้งครรภ์	มารดาอายุ 31 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 11 ครั้ง ที่โรงพยาบาลขอนแก่น มีผลเลือดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	มารดาอายุ 25 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มีประวัติเป็น Hyperthyroid
ประวัติการคลอด	ทารกคลอดทางหน้าท้อง	ทารกคลอดทางหน้าท้อง
เพศ	หญิง	ชาย
น้ำหนักแรกเกิด	2,820 กรัม	2,786 กรัม
คะแนน APGAR ที่ 1,5,10	6, 9, 9	8, 9, 9
อาการสำคัญ	ผนังหน้าท้องเปิดแรกคลอด และมีอาการหายใจหอบ	มีถุงล่ำในซี่โครงออกมาทางหน้าท้อง
ประวัติการเจ็บป่วย	แรกคลอดหายใจหอบ อัตราการหายใจ 50 ครั้ง/นาที เชี่ยวปลายมือปลายเท้า ทำ Positive pressure ventilation (PPV) การช่วยหายใจแรงดันบวก 2 cycle	แรกคลอดหายใจปกติ ร้องเสียงดัง หายใจ 50 ครั้ง/นาที ปลายมือปลายเท้า เชี่ยวเล็กน้อย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาทารก 2 ราย⁷(ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	ทารกกรณีศึกษารายที่ 1	ทารกกรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Omphalocele	Omphalocele
การผ่าตัด/การรักษา	รักษาแบบ conservation staged repair	Primary closure of the abdominal wall
ขนาดของถุง Omphalocele	10 เซนติเมตร	2 X 2 เซนติเมตร
ชนิดของการได้รับออกซิเจน	O2 box 5 LPM	O2 canular 2 LPM หลังผ่าตัด ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด ความดันสูง
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	45 วัน	18 วัน
การวินิจฉัยสุดท้าย	Patent ductus arteriosus,congenital pneumonia,Respiratory distress	G-6-PD deficiency, UGIB, Anemia, Hyperkalemia, congenital Pneumonia,Respiratory distress,Neonatal Sepsis,Hypovolemic shock

การประเมินสภาพร่างกาย การตรวจร่างกาย และอาการแรกเริ่ม

ทารกกรณีศึกษา รายที่ 1 ตรวจร่างกายทารกตื่นตัว ผิวสีชมพู ลักษณะทรวงอกค่อนข้างกลม capillary refill 3 sec หน้าท้องมีomphaloceleโปหน้า ศีรษะ แขนขาปกติ เพศหญิง มีรูทวารหนัก วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 35.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 82/43 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 150 ครั้งต่อนาที หายใจ 60 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 14900 cells/mm³

Hemoglobin 15.6 g/dL Hematocrit 49.2%
DTX 39 mg% Creatinine 0.38 mg/dl
Albumin 3.2mg/dl Bilirubin direct 1 mg/dl
Bilirubin total 3.71 mg/dl Sodium 141 mmol/l Potassium 5.35 mmol/l Chloride 99 mmol/l CO₂ 26.7 mmol/l

ทารกกรณีศึกษา รายที่ 2 รับย้ายจาก OR ตรวจร่างกายทารกตื่นตัว ผิวสีชมพู หน้าท้องมีแผลผ่าตัด โปหน้า ศีรษะ แขนขาปกติ เพศชาย มีรูทวารหนัก วัดสัญญาณชีพ

อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 63/37 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 132 ครั้งต่อนาที หายใจ 64 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 11,300 cells/mm³ Hemoglobin 16.3g/dl Hematocrit 47.5 % DTX 41 mg% MCB 15.2 mg% Sodium 138 mmol/l Potassium 5.3 mmol/l Chloride 102 mmol/l CO₂ 24.3 mmol/L

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผน

สุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของทารกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ⁸ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทารกปลอดภัยและผู้ดูแลสามารถดูแลทารกได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัยภายหลังจำหน่ายนำมาเป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแบบแผนสุขภาพของ Gordon^{8,9,10}

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
กิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร ความเครียดและความทนทานต่อ ความเครียด	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของปอดและผนังทรวงอก 2. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพจากระบบการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์ 3. บิดามารดามีความเครียดวิตกกังวล	1. การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของปอดและผนังทรวงอก 2. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพจากระบบการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์ 3. บิดามารดามีความเครียดวิตกกังวล
โภชนาการและการเผาผลาญ สารอาหาร การรับรู้สุขภาพและการดูแล สุขภาพ	4. เสี่ยงต่อได้รับน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอจากดื่มน้ำดอาหาร 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์	4. เสี่ยงต่อได้รับน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอจากดื่มน้ำดอาหาร 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแบบแผนสุขภาพของ Gordon^{8,9,10} (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
	6. เสี่ยงต่ออันตรายจากน้ำตาลในเลือดต่ำ 7. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายจากหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด	. เสี่ยงต่ออันตรายสมองจากบิลิรูบินในเลือดสูง 7. ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด
สติปัญญาและการรับรู้ บทบาทและสัมพันธภาพ	8. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า 9. บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลแผลต่อที่บ้าน	8. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า

จากการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพแบบองค์รวมโดยการใช้การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน Gordon พบปัญหาและระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ทั้งหมด 17 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ 2. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ 3. เสี่ยงต่อได้รับน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย 5. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า 6. บิดามารดามีความเครียดวิตกกังวล ส่วนข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาลที่ต่างกันจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ กรณีศึกษา รายที่ 1 พบ 1. บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลแผลต่อที่บ้าน 2. เสี่ยงต่ออันตรายจากน้ำตาลในเลือดต่ำ 3. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวาย ส่วนในกรณีศึกษา รายที่ 2 พบ 1. ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด 2. เสี่ยงต่ออันตรายสมองจากบิลิรูบินในเลือดสูง

การพยาบาลสำคัญสำหรับทารกที่มีภาวะ Omphalocele สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะรักษา และระยะฟื้นฟู ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลในกรณีศึกษา 2 ราย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. ระยะแรกรับการพยาบาลเหมือนกัน 3 ข้อ	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>1. การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของปอดและผนังทรวงอก</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>1) ให้ออกซิเจน Box 5 LMP</p> <p>2) ประเมินเฝ้าสังเกตอาการของภาวะขาดออกซิเจนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดวัดค่าออกซิเจนให้อยู่ระหว่าง 92-98 %</p> <p>3) การจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้กระบังลมหดตัวได้เต็มที่ ปริมาตรช่องอกจะเพิ่มขึ้นปอดยืดขยายตัวได้เต็มที่และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชม. เพื่อช่วยระบายอากาศและลดการคั่งของเสมหะ</p> <p>4) ทำกายภาพบำบัดทรวงอกและการระบายเสมหะ</p> <p>5) สวมหมวกให้ทารกเพราะความเย็นของออกซิเจนทำให้ทารกหยุดหายใจได้</p> <p>6) กำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้เสร็จสิ้นในเวลาเดียวกันเพื่อลดการรบกวนผู้ป่วยเป็นการลดการใช้ออกซิเจน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>2. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพจากระบบการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์</p> <p>เป้าหมาย การพยาบาลอุณหภูมิร่างกายระดับปกติ (36.8-37.1 องศาเซลเซียส)</p> <p>ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>1) ควบคุมอุณหภูมิตัวอับให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมโดยใช้น้ำหนักของทารกและอายุเป็นเกณฑ์ในการปรับเพื่อให้ร่างกายมีการสร้างความร้อนและใช้ออกซิเจนน้อยที่สุด</p>

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}(ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>2) ประเมินอุณหภูมิของร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3) จัดให้ทารกนอนในผ้าอ้อมที่ทำเป็นวงม้วนกลมวางรอบตัวทารก (Nest) เพื่อให้ร่างกายอบอุ่น</p> <p>4) กำหนดกิจกรรมการพยาบาลให้เสร็จสิ้นในเวลาเดียวกัน และปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลรวดเร็วเพื่อลดการสูญเสียความร้อนจากตัวอ่อน</p> <p>5) บันทึกอุณหภูมิห้องอุณหภูมิทารกและอุณหภูมิตัวอ่อนทุก 1,2 หรือ 4 ชั่วโมงตามสภาวะของทารก</p>	
	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>3. บิดามารดาที่มีความเครียดวิตกกังวล</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาบิดาปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>1) พูดคุยกับบิดา มารดาที่แสดงออกทั้งทางสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตรให้ข้อมูลและเหตุผลของการดูแลรักษาเพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจ</p> <p>2) ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก เช่น กระตุ้นให้สัมผัสหรือพูดคุยกับบุตร การบีบให้น้ำนมมาส่งบุตรเป็นต้นให้ข้อมูลแก่บิดาและมารดาทารก อย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>3) สังเกตภาวะความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่แสดงออกทั้งทางสีหน้าและท่าทางเพื่อประเมินภาวะความวิตกกังวลสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>4) กระตุ้นมารดาให้ทารกดูตนเอง เมื่อแพทย์อนุญาต</p> <p>5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองแก่บิดามารดา</p> <p>6) แนะนำกลวิธีเพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่บิดามารดา</p>	

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}(ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ระยะการรักษา เหมือนกัน</p> <p>3 ข้อ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>4. เสี่ยงต่อได้รับน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอจากงดน้ำงดอาหาร</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอ</p> <p><u>ปฏิบัติการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ให้สารน้ำและอาหารตามแผนการรักษา 2) บันทึกน้ำหนัก ปริมาณสารน้ำสารอาหารปัสสาวะทุกเวร 3) ประเมินความตึงตัวผิวหนัง ภาวะบวมและผลอิเล็กทรอนิกส์ 4) ประเมินท้องอืดวัดเส้นรอบท้อง และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5) วัดและบันทึกการเจริญเติบโต 6) จัดทำอนศิริระสูงตะแคงขวา เพื่อให้นมผ่านกระเพาะอาหารผ่านเข้าสู่ลำไส้ได้สะดวก ป้องกันการขย้อน 7) สังเกตบันทึก และรายงานความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>เป้าหมายของการพยาบาล ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อ</p> <p><u>ปฏิบัติการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การล้างมืออย่างเคร่งครัด ได้แก่อ่อนสัมผัสทารกก่อนทำหัตถการหลังสัมผัสเลือดสารคัดหลั่งหลังสัมผัสทารกและหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมของทารก 2) ให้ยาปฏิชีวนะแอมพิซิลลิน (Ampicillin) และ เจนตาไมซิน (Gentamicin) ตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตบันทึกและรายงานอาการข้างเคียงของยา 3) ฝ้าสังเกตอาการของการติดเชื้อ 4) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}(ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>6. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า</p> <p>เป้าหมาย เพื่อให้ทารกมีน้ำหนักตัวขึ้นตามเกณฑ์ปกติ มีพัฒนาการตามวัย ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>1) สร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้มารดามายเยี่ยมทารกหลังคลอดให้เร็วที่สุด (ถ้ามารดาไม่มีข้อจำกัด) โดยการประสานงานหรือร่วมมือกับพยาบาลแผนก มารดาหลังคลอดเมื่อบิดามารดาเข้าเยี่ยมทารก</p> <p>2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา พยาบาลที่ทารกได้รับใน ขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะทำได้</p> <p>3) สอนให้มารดาทราบ ถึงพฤติกรรมหรือข้อสัญญาณของทารก</p> <p>4) กระตุ้นให้บิดามารดาอุ้มกอด หรือสัมผัสทารก ไม่บังคับหรือตำหนิถ้า มารดายังไม่พร้อมที่จะทำ</p> <p>5) เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามระบายความรู้สึกส่งเสริมการเลี้ยง ทารกด้วยนมมารดา</p>	
ระยะรักษา ที่แตกต่างกัน	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>7) เสี่ยงต่ออันตรายจากน้ำตาลใน เลือดต่ำ</p> <p>เป้าหมายของการพยาบาล คือไม่มี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปฏิบัติการพยาบาลได้แก่</p> <p>1) ให้สารน้ำและสารอาหารตาม แผนการรักษา</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>7) เสี่ยงต่ออันตรายสมองจากบิลิรู บินในเลือดสูง</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ทารกไม่ เกิดภาวะ kernicterus จากมีสาร เหลืองไปเกาะที่เนื้อสมองทำให้ ทารกมีอาการผิดปกติ12 ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่</p> <p>1) ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟ อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา</p>

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}(ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>2) ควบคุมอุณหภูมิห้องและให้ความอบอุ่นแก่ทารก 3) ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาล 4) สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 5) ดูแลให้พักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงาน</p>	<p>2) แนะนำบิดา – มารดา ถึงความจำเป็นที่ต้องส่องไฟ และการดูแลทารกขณะส่องไฟ¹³) ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำตามแผนการรักษาสังเกตอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ เช่น มีไข้ มีภาวะขาดน้ำ มีผื่นหรือถ่ายอุจจาระเหลวดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกายและบันทึกการขับถ่าย</p>
ระยะฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องที่แตกต่างกัน	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>8) เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายจากหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด</p> <p>เป้าหมายของการพยาบาล คือ ปลอดภัยจากภาวะหัวใจวาย</p> <p>ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่</p> <p>1) สังเกตอาการผิดปกติเช่น หายใจเร็ว เหนื่อยหอบมาก กระสับกระส่ายถ้าพบรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาและให้การพยาบาล โดยดูแลให้ออกซิเจน ให้นอนศีรษะสูง การนอนท่านนี้จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ส่งผลให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล</p> <p>8) ไม่สุขสบายปวดแผลผ่าตัด เป้าหมายการพยาบาลไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>1) ประเมินอาการปวดแผล โดยการสังเกตจากเด็กร้องไห้และนอนไม่ได้ ภายหลังการผ่าตัด และรายงานแพทย์ทราบ</p> <p>2) ให้อาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Fentanyl 2.5 µg IV prn q 4 hr. พร้อมสังเกตอาการ ช้างเคียงของยา</p> <p>3) ภายหลังจากการทำแผลทุกครั้ง สังเกตแผลว่ามีเลือดซึมหรือบวมแดง</p>

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}(ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
	<p>2) ดูแลให้น้ำในปริมาณที่จำกัดหรือจำกัดปริมาณนมต่อวันเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำในร่างกาย 3) ป้องกันการติดเชื้อที่ปอดเช่นดูแลความสะอาดในช่องปากหลีกเลี่ยงใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นหวัดไอจาม</p> <p>4) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5) สังเกตตรวจพิเศษตามแผนการรักษา</p>	<p>4) จัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจเช่น การป้อนโยน ห่อผ้าหรือตุ๊กตุนมปลอม</p>
	<p>1) ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายของทารกและครอบครัว</p> <p>2) ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน</p> <p>3) ค้นหาผู้ดูแลหลัก</p> <p>4) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของบิดามารดากระตุ้นและสนับสนุนให้บิดามารดามาเยี่ยมและมีส่วนร่วมในการดูแลทารก</p> <p>5) ให้คำแนะนำการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการ</p>	

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย^{11,12,13}(ต่อ)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>6) ให้คำแนะนำบิดามารดา ฝึกสังเกตภาวะเครียดและสัญญาณของทารก เพื่อตอบสนองความต้องการทารกได้เหมาะสม</p> <p>7) อธิบายบิดามารดาเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษาและแผนการจำหน่าย ประสานให้ได้พบกับแพทย์เจ้าของไข้</p> <p>8) สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดา เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยระบายความรู้สึก ความกังวล</p> <p>9) ตรวจสอบการได้รับวัคซีน การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดก่อนจำหน่าย ได้แก่ การตรวจ TSH/PKU การได้ยิน การมองเห็น ภาวะซีด ภาวะโภชนาการ</p> <p>10) แนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>11) เตรียมความพร้อมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยสอนสังเกตอาการหายใจถ้ามีเหนื่อยหอบ ดุนนมจากขวดมากกว่า 20 นาทีต่อมื้อ¹¹ นอนไม่ได้ กระสับกระส่ายให้รีบมาพบแพทย์</p>	

สรุปผลลัพธ์การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2
 รายพบว่าทารกกรณีศึกษา รายที่ 1 มี omphalocele ขนาดใหญ่ มากกว่า 4 เซนติเมตร รักษาโดย non-operative และทำแผลวันละครั้งทุกวัน ลักษณะแผลแห้ง ไม่มี discharge และไม่พบว่าแผลติดเชื้อ ทารกได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับสารน้ำสารอาหาร เนื่องจาก NPO ในระยะแรก ร่วมกับมีอาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพจากผนังหน้าท้อง และทรวงอกไม่สมบูรณ์ ได้รับ O₂ box 5 LPM หลังจากนั้นสามารถ wean off ได้ เมื่ออาการและการหายใจ คงที่ ไม่มีภาวะเหนื่อย หอบ แพทย์เริ่มให้นมทางสายยาง ทารกรับนมทางสายยางได้ แล้วเริ่มให้ดูดนมแม่ ไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ รวมวันนอนรักษา 45 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้โดยการเสริมพลัง และสอนให้ผู้ดูแลทำแผลเองที่บ้าน และส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้านติดตามเยี่ยมบ้านในการประเมินแผล omphalocele หน้าตัวไม่แตก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นัดพบแพทย์อีก 1 เดือนหลังจำหน่าย ทารกกรณีศึกษา รายที่ 2 มี omphalocele ขนาดเท่ากับ 2x2 เซนติเมตร ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการเย็บผนังหน้าท้องปิดเลย ทารกหายใจโดยมีเครื่อง Ventilator support 3 วัน เปลี่ยนเป็น O₂ Box 5 LPM ได้รับยาปฏิชีวนะ และได้รับยาฉีดแก้ปวดแผลผ่าตัด ทารกได้รับสารน้ำและสารอาหารเนื่องจากดื่มน้ำดอาหาร 7 วัน จึงเริ่มให้นมและน้ำ ทำแผลผ่าตัดวันละ 1 ครั้ง

แผลแห้งดีดีดใหม่แล้วก่อนจำหน่าย รวมวันอยู่รักษา 18 วัน บิดามารดาต้องการรักษาต่อที่ รพ. ร้อยเอ็ด แพทย์เขียนใบส่งต่อการรักษา ต่อเนื่องในการติดตามผลการรักษา 1 เดือน

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Suggestion)

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกัน กรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นเพศหญิง มารดามีโรคประจำตัวเป็นไวรัสตับอักเสบบี อายุของมารดา 31 ปี เป็นบุตรคนแรกของมารดา อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 2,820 กรัม APGAR score 6, 9, 9 แรกคลอดทารกมีปัญหาเรื่องการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวต้องได้รับการช่วยหายใจแบบแรงดันบวก 2 ครั้ง ขนาดของ Omphalocele 10 เซนติเมตรได้รับการรักษาโดยวิธีการ staged repair ใช้ระยะเวลาการนอน 45 วัน ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 เป็นเพศชาย มารดามีโรคประจำตัวเป็น hyperthyroid อายุของมารดา 25 ปี เป็นบุตรที่สองของมารดา อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 2,786 กรัม APGAR score 8, 9, 9 แรกคลอดทารกหายใจปกติดี ปลายมือปลายเท้าเขียวใส่ออกซิเจน nasal cannula 3 LPM ขนาดของ Omphalocele 2 เซนติเมตรได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด Primary closure of the abdominal wall ซึ่งมีผลต่อการหายใจของทารกในระยะแรกทารกต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อพยุงไว้ ใช้ระยะเวลาการนอน

18 วัน การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันเนื่องจากกรณีศึกษาครั้งที่ 1 มีการส่งต่อทารกกลับสู่ชุมชนเพื่อการดูแลแลหน้าท้องต่อโดยการให้มารดาทำเองและการประสานพ.สต.เพื่อการดูแลต่อเนื่องและการติดตามการดูแล ส่วนกรณีรายที่ 2 เป็นการส่งต่อกลับไปรักษาในโรงพยาบาลต่างจังหวัดซึ่งจะต้องมีการให้ข้อมูลผู้ดูแลและการประสานโรงพยาบาลใกล้เคียงบ้านโรงพยาบาลต้นสังกัดต้องมีเอกสารการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการดูแลเฉพาะด้านที่มีความชัดเจนสามารถดูแลต่อได้¹⁴

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ช่วยกุมารเวชกรรม และผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น ที่กรุณาให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

- Henriette P, Fanny P, Mama S, Irène P, Gwenaelle A, Jacques F. Omphalocele: areview of common genetic etiologies. Egyptian journal of medical human genetics. 2019.
- Rangrong S, Arada S, Tongkao R, Rangsan N. Clinical outcome of omphalocele: An analysis of 127 patients. The Thai Journal of surgery; 2010;31:48-53.
- พิสมัย อุบลศรี. **ความพิการของผนังหน้าท้องแต่กำเนิด**.ใน พรทิพย์ ศิริบุรณัฒพัฒนา, บรรณาธิการ.การพยาบาลเด็ก เล่ม3 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2553. 146-155.
- Elena T, Laura M,Trandafir, A, Luca, S, Tamara R, Mihaela R, Oana-Raluca T. Omphalocele: Anatomic and clinical considerations. **Clinical anatomy** 2018;17;3: 226-230.
- Emily R. Christison-Lagay a, Cassandra M. Kelleher b, Jacob C. Neonatal abdominal wall defects. **Seminars in fetal & Neonatal Medicine** 2011:164-172.
- Alexander B, Cristóbal A, Jaiberth A. Systematic review of mortality associated with neonatal primary staged closure of giant omphalocele. **Journal of Pediatric Surgery.** 2021:678-685.
- วิจิตรา กุสุมภ์. **การประเมินสภาพ (Assessment)** ใน วิจิตรา กุสุมภ์, บรรณาธิการ. กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์; 2554.

8. บุษกร พันธเมธาฤทธิ. การพยาบาลผู้ป่วยทารกภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555. 121 – 196, 327 – 373.
9. มาลัย มั่งชม. การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะbilirubinสูงในเลือด. ใน พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์, บรรณาธิการ. Essential issues in newborn nursing. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด; 2554. 81-87.
10. กรรณิการ วิจิตรสุนทร และวิไล เลิศธรรมเทวี. การพยาบาลทารกแรกเกิด. ใน ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, พงศ์คำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์พยัคฆ์เรือง, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2558. 331 – 464.
11. ฟาริดา อิบราฮิม. ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
12. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 21).กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร; 2561.
13. Carol M, Judy H, Heather U. Caring for the newborn with an omphalocele. 25 years neonatal network. 2006;255:319-327.
14. Nunda K, Jesda S, Jiraporn K. Outcomes of management of congenital abdominal wall defect at Chiang Mai university hospital: a 5-year review. The Thai Journal of surgery 2016;37:98-106.