

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสงคราม: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Preterm Labor in Srisongkhram Hospital : 2 Case Studies

ศศิธร พรหมประกาย¹

Sasithorn Promprakai¹

โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ประเทศไทย¹

Srisongkhram Hospital Si Songkhram District Nakhon Phanom Province, THAILAND¹

*Corresponding author E-mail: thing2517@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.55674/ajhe.v1i1.2141>

วันที่รับบทความ 23 ม.ค. 2567

วันที่แก้ไขบทความ 25 ก.พ. 2567

วันที่ตอบรับบทความ 4 มี.ค. 2567

Received: Jan. 23, 2024

Revised: Feb. 25, 2024

Accepted: Mar. 4, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ที่รับไว้รักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสงคราม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศรีสงคราม ให้พ้นภาวะวิกฤติ ลดปัญหาภาวะแทรกซ้อน และปัญหาการส่งต่อทารกแรกเกิด เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ามารับการรักษในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสงคราม ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึงกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 30 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 คลอดก่อนกำหนด 1 ครั้ง บุตรมีชีวิต 1 คน อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และมีถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,020 กรัม คะแนนประเมินสภาวะทารกแรกเกิดใน 1 นาทีแรก ต่ำด้วย 5 นาที และ 10 นาที หลังคลอด 9-10-10 คะแนนย้ายตึกหลังคลอดพร้อมมารดา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รับการรักษา 3 วัน รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 แท้ง 1 ครั้ง อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ชนิดที่ 2 ส่วนนำของทารกเป็นก้อน ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เตรียมคลอดท่าก้นทางช่องคลอดและเตรียมส่งต่อหลังคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,360 กรัม คะแนนประเมินสภาวะทารกแรกเกิดใน 1 นาทีแรก ต่ำด้วย 5 นาที และ 10 นาที หลังคลอด 6-7-8 คะแนน ทารกมีภาวะหายใจลำบากใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลนครพนม ถอดท่อช่วยหายใจ 1 วัน หลังส่งต่อ และดูแลจนน้ำหนัก 2,000 กรัม จึงจำหน่ายกลับบ้านและตรวจติดตามที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

คำสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล, โรงพยาบาลศรีสงคราม

Abstract

This study aimed at the comparative study of pregnant women with preterm labor who were admitted to the labor room at Srisongkram Hospital. To be used as a guideline for caring for pregnant women with premature labor in Srisongkram Hospital to get out of crisis and reduce complications and problems with transferring newborns. Select pregnant women with premature labor pains who came to receive treatment in the delivery room at Srisongkram Hospital between March 2022 and September 2023. There were 2 cases.

The result shows that case 1 was a Thai woman, 30 years old, second pregnancy, one previous preterm delivery, and one living child 36 weeks gestation with preterm pre-labor rupture of membrane; care to prevent infection and prevent complications from premature birth. The Infant was in normal labor, male, with a birth weight of 3,020 grams and an APGAR score of 9-10-10. She moved to the postpartum care unit because of her mother's complications and was admitted for three days. Case 2 Thai woman, 32 years old, second pregnancy, one abortion, 30 weeks gestation with preterm labor with gestational diabetes mellitus type 2 with breech presentation, take care to prevent infection, prepare for vaginal breech delivery and prepare for transferal after delivery. The Infant was in vaginal breech, male, birth weight 1,360 grams, APGAR score 6-7-8 with Respiratory Distress Syndrome, on an endotracheal tube, referred to Nakhon Phanom Hospital. The next day, he was removed from the endotracheal tube and cared for until the weight reached 2,000 grams, then discharged and followed up at a nearby hospital.

Keywords: Preterm Labor, Nursing care, Srisongkhram Hospital

1. บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีทารกคลอดก่อนกำหนด 13.4 ล้านคน หรือทุก 10 คน ของทารกที่คลอด⁽¹⁾ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาระบบทางเดินอาหาร รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ความเสี่ยงเหล่านี้สูงขึ้นสัมพันธ์ผกผันกับอายุครรภ์ที่คลอด⁽²⁾

ประเทศไทย จากกลุ่มรายงานมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีพ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 12.43, 12.41 และ 11.50⁽³⁾ ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 10.82 โดยจังหวัดนครพนมมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8.24⁽³⁾ การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูงโดยเฉพาะกลุ่มที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ที่มีโอกาสตายและภาวะทุพพลภาพสูงกว่ากลุ่มอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์⁽⁴⁾

จากข้อมูลเบื้องต้นโรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพดูแลทารกอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์แต่ไม่สามารถดูแลทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ได้ จึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ให้การดูแลมารดาและทารกอย่างเหมาะสมก่อนส่งต่อไปรับการรักษาโดยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากโรงพยาบาลศรีสงครามเป็นแม่ข่ายโซนเหนือที่รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนมีศักยภาพดูแลทารกอายุครรภ์มากกว่า 35 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 กรัม แต่ยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นในการศึกษากรณีศึกษาเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลห้องคลอดที่มีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายตลอดเวลาต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษารายกรณีนี้ เปรียบเทียบการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

การคัดเลือกกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 - กันยายน พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นกรณีศึกษาโดยใช้เกณฑ์อายุครรภ์ที่คลอดอยู่ระหว่าง

28 - 36 สัปดาห์ มีภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้ศึกษาได้ดูแลในระยะก่อนคลอด คลอด และหลังคลอด จำนวน 2 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการรักษาพยาบาลและผลการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสงคราม โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อการประเมินสภาพ วินิจฉัยทางการพยาบาล ตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ประกอบด้วย การรับรู้และการดูแลสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สติปัญญาและการรับรู้ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ บทบาทและสัมพันธภาพ เพศและการเจริญพันธุ์ การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด ความเชื่อ นำมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งระยะคลอดและหลังคลอด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายที่สะท้อนกระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในแต่ละระยะของการคลอด

4. ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อายุ (ปี)	30	32
น้ำหนัก (kg)	96	60
ส่วนสูง (cm)	165	150
ดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) (kg/m ²)	35.25	26.67
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
อาชีพ	พยาบาล	เสมียน
สิทธิการรักษา	ชำระเงินเอง ประกันสังคม	ชำระเงินเอง ประกันสังคม
รายได้ของครอบครัว(บาท/เดือน)	40,000	40,000
ประวัติการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
วันที่เข้ารับการรักษา	16 /3/2565 00.50น.	15 /9/ 2566 09.45น.
วันที่จำหน่าย	18/3/2565	15 /9/ 2566
ประเภทการจำหน่าย	กลับบ้าน	ส่งต่อตามบุตร
วินิจฉัยโรค	G ₂ P ₀ P ₁ A ₀ L ₁ GA 36 week with Preterm Prelabor Rupture of Membrane (PPROM)	G ₂ P ₀ P ₀ A ₁ L ₀ GA 30 week with Gestational Diabetes Mellitus type 2 (GDMA2) with Breech Presentation

จากตารางที่ 1 พบว่ากรณีศึกษา รายที่ 1 มีอายุครรภ์มากกว่า 34-36 สัปดาห์ 6 วัน มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว ประเมินว่ามีโอกาสติดเชื้อสูงกว่ารายที่ไม่มีถุงน้ำคร่ำรั่ว สามารถดูแลทารกในโรงพยาบาลศรีสงครามได้ ขณะที่รายที่ 2 เป็นกลุ่มอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ประเมินว่าไม่สามารถดูแลทารกในโรงพยาบาลศรีสงครามได้ มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดที่ 2 และส่วนน้ำหนัก มีความเสี่ยงสูงที่ทารกแรกเกิดจะขาดออกซิเจนรุนแรง หากคลอดทางช่องคลอดและคลอดก่อนกำหนดมากอาจมีภาวะหายใจลำบาก ต้องวางแผนส่งต่อทารก มีระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวสั้นกว่าปกติเนื่องจากต้องส่งต่อมารดาและทารกไปรักษาในโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพสูงกว่า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของกรณีศึกษา รายที่ 1 และกรณีศึกษา รายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ประจำเดือนวันแรกครั้ง	6 /7/ 2564	17/2/ 2566
สุดท้าย		
กำหนดคลอด	13 /4/ 2565	24 /11/ 2566
สถานที่ฝากครรภ์	คลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลศรีสงคราม	คลินิกสูติแพทย์
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก	5 สัปดาห์ 5 วัน	6 สัปดาห์
ผลการคัดกรองขณะตั้งครรภ์	- คัดกรองเบาหวาน ผลปกติ - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 VDRL = Negative HBsAg = Negative Anti HIV = Negative Blood group = B Rh = Positive Hct = 39%, MCV = 88.3 DCIP = Negative ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 VDRL= Negative, Anti HIV = Negative, Hct = 37%	- คัดกรองเบาหวาน = GDMA2 ฉีด Neutral Protamine Hagedorn (NPH) - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 VDRL = Negative HBsAg = Negative Anti HIV = Negative Blood group = O Rh = Positive Hct = 48%, MCV = 59.3 DCIP = Positive ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 ยังไม่ตรวจเนื่องจากยังไม่ครบกำหนดตรวจ
ประวัติการคลอด/แท้ง	G1 คลอดปกติ GA 36 สัปดาห์ น้ำหนัก 3,460 กรัม ตัวเหลือง ส่องไฟ 2 ปีก่อน	G1 Early fetal death at 8 สัปดาห์ แท้ง ไม่ได้คุมดลูก 3 ปีก่อน
1 st admitted	20-23/1/2565 GA24 สัปดาห์ 1วัน	23-25/8/2566 GA 26 สัปดาห์ 4 วัน
2 nd admitted	-	30-31/8/2566 GA 27 สัปดาห์ 5 วัน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานด้าน สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3 rd admitted	-	12-14/9/2566 GA 29 สัปดาห์ 4 วัน
อาการสำคัญ	น้ำเดิน 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล	เจ็บครรภ์ ร่วมกับมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 3 ชั่วโมง 45 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล
อาการแรกเริ่ม	Cervix dilate 2 cm Effacement 0% soft station -2 Membrane rupture = clear AF	Cervix dilate 8 cm Effacement 100% station 0 Membrane intact
การรักษาระยะเจ็บครรภ์	- เข้าสู่กระบวนการคลอด (Go on labor) - ตรวจ Complete Blood Count (CBC), Urine Analysis (UA) - Dexamethazone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้า กล้ามเนื้อ 1 ครั้ง - Ampicillin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทันที ต่อไปให้ 1 กรัม ทุก 4 ชั่วโมง x 1 ครั้ง - 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือด ดำ อัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง - 5%N/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	- เข้าสู่กระบวนการคลอด (Go on labor) - งดน้ำและอาหารทางปาก - Complete Blood Count with Platelete, Urine Analysis, Blood sugar - Ultrasound - 5%D N/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือด ดำอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง - Ampicillin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และต่อไปให้ 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและการ ตรวจพิเศษ	- NST=reactive cate 1 - CBC: Hct 37%, Hb 12.4 g/dL, WBC 7,130 Cells/uL, Neutrophil 72 %, Lymphocyte 20%, Monocyte 8%, Platelet smear= Adequate Platelet 217,000 Cells/uL, - UA: Colour=yellow, Transparency=clear, Glucose=Negative, Protein=Negative, Leucocyte=Negative, Ketone=Negative, Nitrite=Negative, Urobilinogen=Negative, Bilirubin=Negative, Blood=Negative,	- CBC: Hct 35%, Hb 12.2 g/dL, WBC count 17,980 Cells/uL, Neutrophil 70 %, Lymphocyte 25%, Monocyte 5%, Anisocytosis 1+, Microcyte 1+, Macrocyte Few, Target cell 1+, Ovalocyte Few, Platelet smear = Adequate Platelet 282,000 Cells/uL, - UA: เก็บไม่ได้ - DTX = 84 mg% - PT = 11.3 sec, INR = 0.90 - BUN = 15 mg/dL, Creatinine = 0.58 mg/dL, eGFR=122.3 mL/min/1.73 m ²

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานด้าน สุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ความก้าวหน้าของการ คลอด	06.25 น. Cervix dilate 6 cm Effacement 100% station 0 MR Interval 2 min Duration 35 sec ปวดเบ่ง FHS 150 ครั้ง/นาที 07.00 น. Cervix dilate 8 cm Effacement 100 % station 0 MR FHS 142 ครั้ง/นาที 07.20 น. Fully dilate station +2 FHS 136 ครั้ง/นาที	10.45 น. Cervix dilate 9 cm Effacement 100% station 0 MI ปวดเบ่ง FHS 142 ครั้ง/นาที 10.57น. fully dilate station +1 ML clear AF FHS 150 ครั้ง/นาที
การรักษาระยะคลอด	- Oxytocin 10 unit IM - Oxytocin 20 unit in IV drip 120ml/hr	- Oxytocin 10 units IM - Oxytocin 20 unit in IV drip 120ml/hr
ผลการคลอด	07.24 น. ทารกคลอดปกติ เพศชาย 3,020 g APGAR 9-10-10 07.29 น. รกคลอด น้ำหนัก 740 g มดลูกหดรัดตัวดี blood loss 100 ml normal bleeding ย้ายตึกหลังคลอด	10.59 น. ทารกคลอดท่าก้น เพศชาย 1,360 g APGAR 6-7-8 11.05 น. รกคลอด น้ำหนัก 380 g มดลูกหดรัดตัวดี blood loss 100 ml มดลูกหดรัดตัวดี normal bleeding ส่งต่อโรงพยาบาลตามบุตร
อาการทารก	07.24 น. cord พันคอ 1 รอบ Active เขียว ปลายมือปลายเท้า หายใจไม่หอบ ปีกจมูกบาน no retraction BT = 37.2° C P = 156 ครั้ง/นาที RR = 50 ครั้ง/นาที SPO ₂ = 100% ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ปัสสาวะ	10.59 น. cyanosis ร้องเสียงเบาเมื่อกระตุ้น มี mild retraction หายใจหอบขึ้น ปีกจมูกบาน BT = 36.5° C P = 172 ครั้ง/นาที RR = 70 ครั้ง/นาที SPO ₂ = 88 - 95% ปัสสาวะ 1 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ
การรักษาทารก	- Routine Newborn care - Hct, DTX - Breastfeeding - Hepatitis B vaccine 0.5 ml IM - Vit K1 1 amp IM - Terramycin eye ointment ป้ายตา BE	- Hct, DTX, CBC, H/C - NPO - Vit K1 amp IM - Terramycin eye ointment ป้ายตาสองข้าง - on ET tube 3.0 mm ลึก 7 cm - Chest X-ray - on 10% DW 500 ml rate 3.4 ml/hr - Ampicillin 140 mg iv - Gentamicin 60 mg iv -

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานด้าน สุขภาพ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการและ การตรวจพิเศษของ ทารก	-Hct 60% DTX=80 mg%	- Hct=64% DTX=55mg% - CBC: Hct=52% Hb=17.6 g/dL WBC= 8,550 Cells Netrophil =24% Lymphocyte =71% Monocyte= 4% Eosinophil =1% Platelet count =310,000 Cells/uL - Microbiology: Gram's stain= - H/C 2 days=No growth H/C 5 days=No growth CXR: No infiltration. The ET tube tip is correctly located in the trachea, 5 cm above the carina
การรักษา ระยะหลัง คลอด	- Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn ทุก 4 hr - Triferdine 1tab oral OD pc - CaCO ₃ 1 tab oral OD pc - Brufen 400 mg 1 tab oral x 3 pc - Motilium 2 tab oral x 3 pc	- Paracetamol 500 mg 1 tab oral
ผลการรักษา	จำหน่ายกลับบ้าน 18/3/2565	Refer 15/9/2566 12.45น.

จากตารางที่ 2 พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ แต่เลือกสถานที่ฝากครรภ์ต่างกัน รายที่ 1 เลือกฝากครรภ์ในสถานบริการของรัฐ รายที่ 2 เลือกฝากครรภ์กับแพทย์เฉพาะทาง รายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์คือ เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ชนิดที่ 2 รักษาด้วย NPH ร่วมกับการควบคุมอาหาร ทำให้รายที่ 2 เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลถึง 3 ครั้ง ในขณะที่รายที่ 1 เข้ารับการรักษาเพียง 1 ครั้ง ก่อนคลอดรายที่ 1 เข้าถึงบริการภายใน 20 นาที แต่รายที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 45 นาที จึงเข้ารับการรักษา จนไม่สามารถยืดอายุครรภ์และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดได้ รายที่ 1 ได้รับ steroid ชั่วเนื่องจากประวัติการรับ steroid ครั้งล่าสุดนานเกิน 1 เดือน ในขณะที่รายที่ 2 ได้รับ steroid ครั้งที่ 2 ก่อนคลอด 1 วัน รายที่ 1 คลอดปกติ แต่รายที่ 2 คลอดผิดปกติ โดยคลอดท่าก้นทางช่องคลอดซึ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ทารกจะขาดออกซิเจนแรกเกิดสูงกว่า แม้เป็นการทำคลอดโดยสูติแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำคลอดท่าก้นก็ตาม

แนวทางการรักษาของรายที่ 1 เป็นการดูแลตามคำสั่งสูติแพทย์โดยตรง แต่รายที่ 2 ดูแลโดยมี CPG preterm labor ของจังหวัดนครพนมเป็น standing order โดยมีการตรวจ CBC, UA แต่ไม่มีเพาะเชื้อจากปัสสาวะ(urine culture) ปากช่องคลอดและทวารหนัก (ano-vaginal swab culture) เนื่องจากไม่มีความ

พร้อมทางห้องปฏิบัติการ มีการตรวจ ultrasound ในรายที่ 2 เพื่อยืนยันน้ำหนักทารกแต่ไม่ทำในรายที่ 1 เนื่องจากผลตรวจล่าสุดทารกน้ำหนักเกิน 2,000 กรัม ซึ่งทางโรงพยาบาลสามารถดูแลทารกได้โดยไม่ต้องส่งต่อ ผลคือรายที่ 1 ทารกน้ำหนักปกติ ตรวจ Hct, DTX ตามแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ สามารถดูแลนมมารดาและอยู่แบบ Rooming in ได้ ในขณะที่รายที่ 2 เป็นทารก very low birth weight น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ต้องตรวจ CBC และ Hemoculture ให้ยาปฏิชีวนะ และต้องดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทารกมีภาวะหายใจลำบาก(RDS) จากคลอดก่อนกำหนด โดยไม่มีการติดเชื้อและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 3.0 mm ลึก 7 cm ตามเกณฑ์น้ำหนัก(kg) + 6 cm = 1+6 cm ระยะแรก และถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ให้ antibiotic ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทารกรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (NICU) ทารกรายที่ 1 ได้รับ Hepatitis B vaccine ตามปกติในห้องคลอด ขณะที่รายที่ 2 ยังไม่ได้ Hepatitis B vaccine เนื่องจากแนวทางการให้วัคซีนของโรงพยาบาลจะให้เมื่อทารกน้ำหนัก 2,000 กรัม ขึ้นไป จากข้อมูลข้างต้นสามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลของมารดาและทารกในระยะรอคลอด คลอด หลังคลอดและวางแผนจำหน่ายได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินผล
ระยะรอคลอด	ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. นอนพักผ่อนบนเตียง 2. ใส่ผ้าอนามัยสังกะสีและปริมาณน้ำคร่ำ เปลี่ยนทุกครั้งที่ชุ่ม 3. ประเมินสัญญาณชีพและอาการไข้จากการติดเชื้อทุก 4 ชั่วโมง 4. ส่ง CBC , UA ประเมินการติดเชื้อตามแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline : CPG) preterm labor 5. หลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็น 6. ให้สารน้ำ และยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งแพทย์ทุก 4 ชั่วโมง จนทารกคลอด	ข้อที่ 1 ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องคลอดเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. นอนพักผ่อนบนเตียง 2. ประเมินสัญญาณชีพและอาการไข้จากการติดเชื้อทุก 4 ชั่วโมง 3. ส่ง CBC with Plt, UA ประเมินการติดเชื้อ CPG preterm labor 4. หลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็น 5. ให้สารน้ำ และยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งแพทย์ทุก 4 ชั่วโมง จนทารกคลอด	จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของทั้งสองรายใกล้เคียงกันและเป็นปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่ระดับความรุนแรงต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีระดับ pain score ต่ำกว่าเนื่องจากยังเจ็บครรภ์ไม่รุนแรงในระยะแรก และมีความวิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากเคยคลอดก่อนกำหนด 1 ครั้ง ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการเจ็บครรภ์รุนแรง ทำผิดปกติอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ไม่สามารถดูแลทารกต่อในโรงพยาบาลศรีสงครามได้ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะปัญหาระบบ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
	ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัว กิจกรรมการพยาบาล 1. แจ้งผลการตรวจประเมินปากมดลูกแก่รับ ประเมินสภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจประเมินสภาพทารกในครรภ์ (Electronic fetal heart rate monitoring; EFM) 2. ตรวจติดตามความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ WHO Partograph 3. จัดให้นอนตะแคงซ้าย ติด EFM ไว้ตลอดเวลา แนะนำการหายใจและนวดหลังเพื่อบรรเทาอาการปวด 4. ประเมินระดับความเจ็บปวด (pain score) เป็นระยะ ๆ 5. ย้ายเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด 10 cm/เริ่มปวดเบ่ง	ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวรุนแรง กิจกรรมการพยาบาล 1. แจ้งผลการตรวจประเมินปากมดลูกแก่รับ ประเมินสภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจประเมินสภาพทารกในครรภ์ EFM 2. ตรวจติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ WHO Partograph 3. จัดให้นอนตะแคงซ้าย ติด EFM ไว้ตลอดเวลา แนะนำการหายใจและนวดหลังเพื่อบรรเทาอาการปวด 4. แจ้งทีม NCPR และสูติแพทย์ รับทราบเพื่อทำคลอดทำกันทางช่องคลอด 5. ย้ายเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด 10 cm/เริ่มปวดเบ่ง	ทางเดินหายใจ เนื่องจากปอดเจริญไม่เต็มที่ จึงต้องมีการวางแผนการคลอดและส่งต่ออย่างรัดกุม เร่งด่วน ซึ่งอาจต้องมีการกู้ชีพทารกและการสูญเสียได้ ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ต้องเตรียมถุงพลาสติกสำหรับรักษาอุณหภูมิกายทารก transport incubator เพื่อส่งต่อทีม NCPR เพื่อเตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจ และวางแผนส่งต่อไว้ล่วงหน้าก่อนทารกคลอด
	ข้อที่ 3 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดตัวแรงขึ้น กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดให้นอนตะแคงซ้าย ติดเครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ไว้ตลอดเวลา 2. ประเมินการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดด้วย EFM central monitoring แจ้งทีมและรายงานแพทย์เมื่อ EFM ผิดปกติและทำ intrauterine resuscitation (IUR)	ข้อที่ 3 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดตัวแรงขึ้น กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดให้นอนตะแคงซ้าย ติดเครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ไว้ตลอดเวลา 2. ประเมินการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดด้วย EFM central monitoring แจ้งทีมและรายงานแพทย์เมื่อ EFM ผิดปกติและทำ intrauterine resuscitation (IUR)	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
	3. เตรียมย้ายเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเริ่มเบ่ง 4. แจ้งทีม NCPR และแพทย์เตรียมรับเด็กก่อนย้ายเข้าห้องคลอด พร้อมตรวจสอบอุปกรณ์ก๊วยซีพาทรก ข้อที่ 4 วิดกกังวลกลัวทารกมีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากน้ำเดิน และการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจร่างกายแรกรับ ตรวจยืนยันภาวะน้ำคร่ำร่ว/แตก ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ตรวจภายใน 2. แจ้งผลการตรวจแก่สูติแพทย์ ผู้คลอดและญาติ 3. แจ้งแผนการรักษาและแผนการพยาบาลแก่ผู้คลอดพร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตัว แจ้งญาติเตรียมของใช้ผู้คลอดและทารกให้เจ้าหน้าที่ ระเบียบการเยี่ยมและช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่ 4. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดและแจ้งให้ผู้คลอดและญาติทราบเป็นระยะ ๆ	3. เตรียมย้ายเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเริ่มเบ่ง 4. แจ้งทีม NCPR และแพทย์เตรียมรับเด็กก่อนย้ายเข้าห้องคลอด พร้อมตรวจสอบอุปกรณ์ก๊วยซีพาทรก ข้อที่ 4 วิดกกังวลกลัวทารกมีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจร่างกายแรกรับ ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ตรวจภายใน 2. แจ้งผลการตรวจแก่สูติแพทย์ ผู้คลอดและญาติ 3. แจ้งแผนการรักษาและแผนการพยาบาลแก่ผู้คลอดพร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตัว แจ้งญาติเตรียมของใช้ผู้คลอดและทารกให้เจ้าหน้าที่ ระเบียบการเยี่ยมและช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่ 4. ประสานทีม NCPR กุมารแพทย์ พยาบาลตึกกุมารและแพทย์เวรในวางแผนรับเด็กอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม 5. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดและแจ้งให้สูติแพทย์ ผู้คลอดและญาติทราบเป็นระยะ	
ระยะคลอด	ข้อที่ 1 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด เนื่องจากการเจ็บครรภ์รุนแรง	ข้อที่ 1 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงแรกคลอด เนื่องจากการเจ็บครรภ์รุนแรงและการคลอดท่าก้นทางช่องคลอด	จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้งสองรายพบว่าในรายที่ 2 ซึ่งมีโอกาสเกิด Birth asphyxia สูงจากการคลอดผิดปกติและอายุครรภ์ที่น้อยมาก ผลคือ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การขาดออกซิเจนตามที่
1. จัดให้ผู้คลอดนอนท่า Lithotomy เตรียม warmer, monitor Fetal heart rate	1. จัดให้ผู้คลอดนอนท่า Lithotomy เตรียม warmer และผ้าอุ่นรองรับ เด็ก เตรียมยาบรรเทาและทารก อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและ ทารกพร้อมถุงพลาสติกตัดกัน สำหรับสวมทารกกันการสูญเสีย ความร้อน 1 ถุง monitor Fetal heart rate	1. จัดให้ผู้คลอดนอนท่า เตรียม warmer และผ้าอุ่นรองรับ เด็ก เตรียมยาบรรเทาและทารก อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและ ทารกพร้อมถุงพลาสติกตัดกัน สำหรับสวมทารกกันการสูญเสีย ความร้อน 1 ถุง monitor Fetal heart rate	ขาดการณ์ไว้ แต่ระดับความ รุนแรงเหลือเพียง Mild birth asphyxia เนื่องจาก ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ทันเวลาและสูติแพทย์ผู้ทำ คลอดมีความชำนาญในการ ทำคลอดท่าก้นทางช่อง คลอดจึงทำคลอดได้รวดเร็ว
2. พยาบาลผู้ทำคลอดล้างมือ สวมผ้ายักกันเปื้อน เสื้อคลุม ปราศจากเชื้อและถุงมือสะอาด ปราศจากเชื้อ 2 ชั้น เตรียมทำ คลอดปกติทางช่องคลอด ละผ้า อุ่นรองรับเด็ก เตรียมยาบรรเทา และทารก อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืน ชีพมารดาและทารกmonitor	2. สูติแพทย์ผู้ทำคลอดล้างมือ สวม ผ้ายักกันเปื้อน เสื้อคลุมปราศจาก เชื้อและถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ 2 ชั้น เตรียมทำคลอดท่าก้นทางช่อง คลอด	2. สูติแพทย์ผู้ทำคลอดล้างมือ สวม ผ้ายักกันเปื้อน เสื้อคลุมปราศจาก เชื้อและถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ 2 ชั้น เตรียมทำคลอดท่าก้นทางช่อง คลอด	ในขณะที่รายที่ 1 คลอดปกติ ทารกน้ำหนัก>2500 กรัม ในขณะที่กิจกรรมการ พยาบาลและผลลัพธ์ของ ปัญหาเสี่ยงตกเลือดไม่ แตกต่างกัน คือมารดาทั้ง สองรายไม่มีภาวะตกเลือด หลังคลอด
3. จัดเรียงเครื่องมือตามลำดับ การใช้งานก่อนหลัง ทำความ สะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และ ช่องทางคลอดด้วย Betadine ปูผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ	3. พยาบาลจัดเรียงเครื่องมือตามลำดับ การใช้งานก่อนหลัง ทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์และช่องทางคลอด ด้วย Betadine ปูผ้าสะอาด ปราศจากเชื้อ	3. พยาบาลจัดเรียงเครื่องมือตามลำดับ การใช้งานก่อนหลัง ทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์และช่องทางคลอด ด้วย Betadine ปูผ้าสะอาด ปราศจากเชื้อ	
4. แนะนำการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี ปิดเครื่องปรับอากาศ	4. แนะนำการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี ปิด เครื่องปรับอากาศ	4. แนะนำการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี ปิด เครื่องปรับอากาศ	
5. ตัดฝีเย็บเมื่อฝีเย็บบางตัวเต็มที่ ทำคลอดปกติตามกลไกการ คลอด	5. สูติแพทย์ทำคลอดท่าก้นตามกลไก การคลอด พยาบาลช่วยส่งเครื่องมือ และป้องกันการฉีกขาดของช่องทาง คลอด	5. สูติแพทย์ทำคลอดท่าก้นตามกลไก การคลอด พยาบาลช่วยส่งเครื่องมือ และป้องกันการฉีกขาดของช่องทาง คลอด	
6. เมื่อศีรษะทางคลอดหมุนให้ ศีรษะอยู่ในท่าหงาย ดูดเมือก ในจมูกและปากทารกให้ได้มาก ที่สุด ทำคลอดไหล่และลำตัว ทารก	6. เมื่อลำตัวทารกคลอด พยาบาลส่ง ผ้าสะอาดปราศจากเชื้อให้สูติแพทย์ ห่อตัวทารกเพื่อกันสั่นก่อนทำคลอด ศีรษะทารก	6. เมื่อลำตัวทารกคลอด พยาบาลส่ง ผ้าสะอาดปราศจากเชื้อให้สูติแพทย์ ห่อตัวทารกเพื่อกันสั่นก่อนทำคลอด ศีรษะทารก	
8. ย้ายทารกไปเช็ดตัวและให้ ความอบอุ่นได้ radiant warmer	7. ช่วยยกทารกขึ้นวางบนหน้าท้อง มารดา ดูดเมือกในจมูกและปาก ทารกให้ได้มากที่สุด	7. ช่วยยกทารกขึ้นวางบนหน้าท้อง มารดา ดูดเมือกในจมูกและปาก ทารกให้ได้มากที่สุด	
9. ตรวจร่างกาย ประเมิน APGAR score ตามหลักการ ประเมินทารกเบื้องต้น			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
		8. กระตุ้นทารกด้วยการเช็ดตัวด้วยผ้า สะอาดปราศจากเชื้อเบาๆ สวม หมวก	
	ข้อที่ 2 ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะตก เลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีก ขาดของช่องทางคลอด	ข้อที่ 2 ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด หลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของ ช่องทางคลอด	
	กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	1. ใช้ Top gauze ป้องกันการฉีก ขาดของฝีเย็บ	1. ใช้ Top gauze ป้องกันการฉีกขาด ของฝีเย็บ	
	2. ให้ oxytocin 10 unit im หลัง ไหลทารกคลอด	2. ให้ oxytocin 10 unit im หลังไหล ทารกคลอด	
	3. รองถุงตวงเลือดใต้ก้นผู้คลอด หลังทารกคลอดทั้งตัว	3. รองถุงตวงเลือดใต้ก้นผู้คลอดหลัง ทารกคลอดทั้งตัว	
	4. ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction ตรวจสอบสภาพรก ความสมบูรณ์ของและเยื่อหุ้มรก	4. ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction ตรวจสอบสภาพรก ความ สมบูรณ์ของและเยื่อหุ้มรก	
	5. ประเมินสัญญาณชีพหลังรก คลอดและขณะเย็บแผลทุก 15 นาที จนครบ 4 ครั้ง/จนกว่าจะ เย็บแผลเสร็จ	5. ประเมินสัญญาณชีพหลังรกคลอด และขณะเย็บแผลทุก 15 นาที จน ครบ 4 ครั้ง/จนกว่าจะเย็บแผลเสร็จ	
	6. ให้ oxytocin 20 unit in IV 1,000 ml IV drip 120 ml/hr	6. ให้ oxytocin 20 unit in IV 1,000 ml IV drip 120 ml/hr	
	7. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทาง คลอดตั้งแต่ปากมดลูกจนถึงฝีเย็บ	7. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด ตั้งแต่ปากมดลูกจนถึงฝีเย็บ	
	8. ประเมินการหดตัวของมดลูก นวดมดลูกให้กลมแข็ง ล้างก้อน เลือดที่ค้างในโพรงมดลูกและช่อง คลอดออก	8. ประเมินการหดตัวของมดลูก นวดมดลูกให้กลมแข็ง ล้างก้อน เลือดที่ค้างในโพรงมดลูกและช่อง คลอดออก	
	9. ทำความสะอาดแผลฝีเย็บซ้ำก่อน เย็บแผลด้วย Catgut No. 2/0 โดย เริ่มเย็บเหนือขอบแผล 0.5-1 cm พร้อมตรวจสอบว่าเย็บลึกถึง กันแผลทุกเข็ม	9. ทำความสะอาดแผลฝีเย็บซ้ำก่อน เย็บแผลด้วย Catgut No. 2/0 โดย เริ่มเย็บเหนือขอบแผล 0.5-1 cm พร้อมตรวจสอบว่าเย็บลึกถึงกันแผล ทุกเข็ม	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
	10. ประเมินการสูญเสียเลือดขณะเย็บและหลังเย็บแผลเสร็จจากระดับเลือดในถุงตวงเลือด 11. ตรวจภายในซ้ำ ประเมิน hematoma และตรวจทางทวารหนักประเมินว่าไม่ได้เย็บทะลุเข้าไปในทวารหนัก 12. ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ ทา น้ำยาฆ่าเชื้อ ใส่ผ้าซับเลือด วัดสัญญาณชีพก่อนย้ายออกจากห้องคลอด 13. ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกทุก 30 นาที 2 ครั้ง	10. ประเมินการสูญเสียเลือดขณะเย็บและหลังเย็บแผลเสร็จจากระดับเลือดในถุงตวงเลือด 11. ตรวจภายในซ้ำ ประเมิน hematoma และตรวจทางทวารหนักประเมินว่าไม่ได้เย็บทะลุเข้าไปในทวารหนัก 12. ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ ทา น้ำยาฆ่าเชื้อ ใส่ผ้าซับเลือด วัดสัญญาณชีพก่อนย้ายออกจากห้องคลอด 13. เปลี่ยนผ้าซับเลือดอีก 1 ครั้งก่อนขึ้นรถ refer สอบถามอาการเป็นระยะๆ ขณะส่งต่อ	
ระยะหลังคลอด	ข้อที่ 1 ไม่สุขสบายจากปวดตึงแผลฝีเย็บและปวดมดลูก กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินแผลฝีเย็บ การหดตัวของมดลูก การคัดคั่งของเต้านม และ pain score ทุกเวร 2. ให้ยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวดมาก pain score 4 คะแนนขึ้นไป 3. สอนให้นอนตะแคงขณะให้นมบุตรลดการกดทับของแผลและอาการอ่อนเพลีย 4. ดูแลช่วยเหลือในการเปลี่ยนผ้าซับเลือดในช่วงหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ให้ญาติช่วยดูแลบุตรและช่วยเหลือเหลือกิจกรรมบางส่วนในวันแรกหลังคลอด	ข้อที่ 1 ผู้คลอดและครอบครัววิตกกังวลเนื่องจากทารกมีภาวะแทรกซ้อนจนได้รับการส่งต่อ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเครียด ให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษา พยาบาลผู้คลอดและบุตร 2. ช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน อำนวยความสะดวก ให้กำลังใจระหว่างเดินทางและแรกรับ ณ โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ 3. สังเกต พูดคุย ซักถาม ประเมินอาการและตอบข้อสงสัยเป็นระยะ 4. เยี่ยมติดตามอาการทางโทรศัพท์	จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะนี้นอกจากปัญหาไม่สุขสบายทางกายที่เหมือนกันเนื่องจากทั้งสองรายมีแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลาเหมือนกัน พบว่ากรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาทางจิตใจที่แตกต่างออกไปเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของบุตรซึ่งเป็นไปตามที่คาดการณ์ไว้ จึงต้องมีการพยาบาลเพื่อเป็นการประคับประครองทางจิตใจทั้งครอบครัว โดยการให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ ตลอดการรักษาพยาบาล ให้กำลังใจประเมินความเครียดและเสริมพลังให้ครอบครัวมีความหวังพร้อมกับเตรียม

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
		ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายจากปวดตึงแผลฝีเย็บและปวดมดลูก กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินแผลฝีเย็บ การหดรัศตัวของมดลูก การคัดตึงของเต้านม และ pain score ก่อน refer 2. ให้ยาบรรเทาปวด 3. จัดให้นั่งเอนหลังเล็กน้อย ใช้ผ้าห่มนุ่ม ๆ รองเบาะนั่งของรถ refer อีกชั้นเพื่อลดแรงกดที่แผล 4. ให้ญาติช่วยประคองขณะมีการเปลี่ยนท่าและย้ายขึ้นเปลนอน	รับข่าวร้ายกรณีทารกอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งพบว่ามารดาและครอบครัวเผชิญปัญหาได้ดี สามารถดูแลบุตรต่อได้ จนกระทั่งกลับมารับวัคซีนที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเมื่ออายุ 2 เดือน 9 วัน
ทารกแรกเกิด	ข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. เช็ดตัวให้แห้ง สวมเสื้อผ้าอุ่น 2. ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก ย้ายทารกไปอยู่กับมารดา ดูดนมมารดาและอยู่กับมารดาตลอด 24 ชั่วโมง 3. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 4. สังเกตอาการซึม ไม่ดูดนม หายใจหอบ หายใจลำบากเขียวเหงื่อออก ตัวเย็น 5. Hct, DTX หลังคลอด 1 ชั่วโมง	ข้อที่ 1 มีภาวะขาดออกซิเจนและหายใจลำบากจากการคลอดทำกันก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. รักษาอุณหภูมิกาย ด้วยถุงพลาสติก 2. ให้ออกซิเจนแรงดันบวก ด้วยเครื่อง NEOPUFF infant resuscitator PIP 20 cmH2O PEEP 5 cmH2O 3. monitor SPO2 มือขวา 4. on ET tube ขนาด 3.0 mm ลึก 7 cm 5. Chest X-ray หลังใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ 6. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งแพทย์โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ 7. ใส่ feeding tube เพื่อระบายลมออกจากกระเพาะอาหาร 8.ส่งต่อทารกด้วย transport incubator	จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในทารก พบว่ามีปัญหาแตกต่างกันมาก เนื่องจากรายที่ 1 เป็นทารกกลุ่ม late preterm น้ำหนักปกติ มารดาไม่มีโรคร่วมโรคแทรก จึงให้การพยาบาลเช่นเดียวกับทารกคลอดครบกำหนดเพียงเพิ่มการตรวจน้ำตาลในกระแสเลือดและความเข้มข้นของเลือดตามเกณฑ์ การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเท่านั้น รารายที่ 2 เป็นทารกกลุ่ม early preterm น้ำหนักน้อยมาก very low birth weight ปอดยังเจริญไม่เต็มที่ ประสิทธิภาพการทำงานของปอดน้อยแม้จะเคยได้

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ และประเมินผล
		ข้อที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำจากการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยและเบาหวานจากมารดา	steroid ครบ 2 ครั้งแต่กลุ่มที่มารดาเป็นเบาหวานมีผลให้ปอดเจริญช้ากว่ากลุ่มที่มารดาไม่เป็นเบาหวาน ทำให้ทารก รายนี้ยังมีภาวะหายใจลำบาก (RDS) และต้องใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 3.0 mm ลึก 7 cm และส่ง NICU โรงพยาบาล นครพนม แต่ผลจาก steroid และการช่วยหายใจที่รวดเร็ว ทันเวลา ส่งผลให้สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 1 วัน โดยไม่ต้องให้ surfactant ผลลัพธ์ดีกว่าทารกที่ไม่เคยได้รับ steroid เลย
		กิจกรรมการพยาบาล 1. สวมถุงพลาสติกคลุมตัวทารก สวมหมวกและถุงเท้าเพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายทารก 2. เคลื่อนย้ายทารกด้วย transport incubator 3. Hct, DTX 4. on IV fluid ตามคำสั่งแพทย์ 5. ประเมินสัญญาณชีพก่อนย้าย	
การวางแผน จำหน่าย	นัดตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ติดตามนมแม่ พัฒนาการและวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป	ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องคลอดจากการคลอดก่อนกำหนด	จากการติดตามหลังคลอด พบว่ารายที่ 1 ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และมีพัฒนาการสมวัย รายที่ 2 ทารก น้ำหนัก 3,000 กรัมเมื่ออายุ 2 เดือน และกลับมารับวัคซีนดัดภูมิคุ้มกันที่โรงพยาบาลศรีสงครามแต่พบ umbilical hernia อีกทั้งยังต้องติดตามอาการและพัฒนาการต่อไป
		กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. CBC, Hemoculture 3. ให้ antibiotic ตามแผนการรักษา ส่งต่อและติดตามอาการทางโทรศัพท์ เยี่ยมหลังคลอด ติดตามการให้วัคซีน ป้องกันดัดภูมิคุ้มกันและติดตาม พัฒนาการทารก วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป	

5. สรุปการศึกษา

จากการใช้กระบวนการพยาบาลศึกษากรณีศึกษาทั้งสองรายพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะรอคลอด 4 ข้อ มีกิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกันในเรื่องการให้ยา steroids เข้าในกรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจาก รับประทานยาสเตียรอยด์เกิน 1 สัปดาห์ ระยะคลอด มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของมารดา 2 ข้อ แตกต่างกันในเรื่องวิธีการคลอดโดยกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นการช่วยคลอดท่าก้น การดูแลทารกแรกเกิดในกรณีศึกษา รายที่ 1 มี 1 ข้อ กรณีศึกษา รายที่ 2 มี 3 ข้อ แตกต่างกันในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย โดยเพิ่มการสวมถุงพลาสติกเพื่อป้องกันการสูญเสีย ความร้อน การใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อมารดาทารกในกรณีศึกษา รายที่ 2 ขณะที่กรณีศึกษา รายที่ 1 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดโดยตรวจความเข้มข้นของเลือดและระดับน้ำตาลของทารก หลังเกิด 1 ชั่วโมง หลังให้การพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทารก รายที่ 1 กลับบ้านพร้อมมารดาภายใน 3 วัน ทารก รายที่ 2 รักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไป 14 วัน จนน้ำหนัก 2,000 กรัมและกลับมาตรวจติดตามใน โรงพยาบาลใกล้บ้านได้หลังเกิด 2 เดือน 9 วัน

6. ข้อเสนอแนะ

จากกระบวนการพยาบาลทั้ง 2 ราย โรงพยาบาลศรีสงครามพบกรณีตัวอย่างเช่นเดียวกับกรณีศึกษา รายที่ 2 น้อยมาก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการดูแลมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะ หายใจลำบาก ดังนั้นควรใช้แนวทางปฏิบัติในการช่วยคลอดท่าก้นและดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนัก น้อยเพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องคลอดและพยาบาลส่งต่อให้สามารถดูแลมารดา และทารกคลอดก่อนกำหนดได้ครบถ้วนตามมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของมารดา และทารกให้ได้มากที่สุด

7. เอกสารอ้างอิง

- (1) กรมการแพทย์. แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย. 2566; 1-27.
- (2) คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2566; OB 033: 9-36.
- (3) HDC. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปี 2563-2565. กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และ เด็ก. เข้าถึงได้จาก
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8

- (4) American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. Obstet Gynecol 2021; 138(2): e65 - e90.
- (5) Hiroshi Sames. Preterm Labor and Delivery 2019. Comprehensive Gynecology and Obstetrics. Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2020; 7-25. เข้าถึงได้จาก
https://www.google.co.th/books/edition/Preterm_Labor_and_Delivery/fjy5DwAAQBAJ?hl=th&gbpv=1&dq=preterm+labor&printsec=frontcover