

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะ คลอด: กรณีศึกษา

Nursing care for pregnant women who have preterm birth and hypertension with anemia in delivery period: a case study

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 21,2024 ; Accepted: April 26,2024)

ฉิมโฉม พงษ์ประเสริฐ¹

Chimchom Pongprasert¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี อายุครรภ์ 34⁺³ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าด้านหญิงตั้งครรภ์การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การแก้ไขภาวะซีด การเฝ้าระวังป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน การส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดเมื่อยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ ด้านทารกหลังคลอด การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การแก้ไขภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด, ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะโลหิตจาง, ระยะคลอด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for pregnant women who have preterm labor and hypertension with anemia in the delivery period. The pregnant woman is 29-year-old gestational age 34⁺³ weeks who came with the chief complaint of labour pain four hours before to the hospital. This study found that important nursing care for the pregnant woman including preventing premature birth, controlling blood pressure levels within normal levels, controlling blood sugar levels within normal levels, correcting anemia, monitoring and preventing fetal distress, promoting labour progression when failure inhibitor labour and the important nursing care of the neonatal including correcting tissue hypoxia and hypothermia.

Keywords: Pregnant women who have preterm birth, Hypertension, Anemia, Delivery period

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) คือ การคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของการดูแลมารดาและทารก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยสูงถึง 15 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูงถึง 1 ล้านคนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือ

ประมาณ 80,000 รายต่อปี และเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 75-80

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่างที่เป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง การตั้งครรภ์หลายครั้ง ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปีหรืออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ประวัติการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างตั้งครรภ์ ความผิดปกติทางกายวิภาคของมดลูกและปากมดลูก มีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ตั้งครรภ์ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดเรื้อรัง มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ และภาวะโลหิตจาง และทารกในครรภ์มีความผิดปกติ ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด ด้านผู้คลอด จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกที่คลอดก่อนกำหนด ด้านทารก ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะหายใจลำบากเนื่องจากขาดสาร surfactant ในถุงลมปอด ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะชัก² ด้านครอบครัว ทารกคลอดก่อนกำหนดมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง ซึ่งต้องดูแลทารกเป็นพิเศษและต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ก็จะมีมากขึ้นตามภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น³

งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีบทบาทหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาแม่หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์ คลอดและมีภาวะแทรกซ้อน ให้บริการทำคลอดปกติ และช่วยแพทย์ทำคลอดผิดปกติและหัตถการทาง สูติศาสตร์ โดยใช้เข็ม เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด ดูแลมารดาและทารก 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอด จำนวน 1,094, 1,002, และ 1,012 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดกำหนดร้อยละ 15.38 (168 คน), 17.17 (172 คน), และ 16.00 (163 คน) ตามลำดับ และได้รับการรักษาโดยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 58.92 (99 คน), 58.13 (100 คน), และ 68.71

(112 คน) ตามลำดับ โดยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 17.17 (17 คน) 18.00 (18 คน), และ 17.85 (20 คน)⁴ ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด จากการทบทวนปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคลอดก่อนกำหนดพบว่า ส่วนใหญ่มีปัจจัยชักนำที่ทำให้คลอดก่อนกำหนด คือ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 35.8 และในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีโรคเรื้อรังประจำตัว ร้อยละ 2 จากข้อมูลผลกระทบและสถิติการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจาง โดยค้นหาปัญหา ความต้องการ เชื่อมโยงกับทฤษฎี และนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน โดยผลของการศึกษานี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดกำหนด ข้อมูลสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 34⁺³ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ 4 ชั่วโมง ก่อนมา	1. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จำกัดกิจกรรม เพื่อลดการกระตุ้นให้มดลูกหดตัว 2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 15 -30 นาที 3. แนะนำมารดาให้สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้อง เลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน ให้แจ้งพยาบาลทราบทันที 4. ให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ดี

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
โรงพยาบาล แกรับที่ห้องคลอด pain scale = 6 คะแนน PV Cervix dilate 3 cm, effacement 50 %, MI, Station -2, Interval 3 นาที, Duration 30 วินาที ประวัติการเจ็บป่วยก่อนตั้งครรภ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDMA1) มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด	5. หลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็น 6. ดูแลให้ยาที่ยับยั้งการคลอดตามแผนการรักษา ได้แก่ 6.1 ดูแลให้ Adalat (20 mg) 1 cap oral q 30 min x 2 dose 1) โดยวัด BP และ PR ก่อนให้ยาและทุก 30 นาทีหลังได้ยา loading dose หาก BP < 90/60 mmHg. หรือ PR > 120 beat/min ให้หยุดยาและรายงานแพทย์ 2) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาด้านหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ด้านทารกในครรภ์ หัวใจเต้นเร็ว 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 - 60 นาที 6.2 ดูแลให้ 5%/D/W 500 ml + Bricanyl 5 amp (V) drip ปรับ rate ตาม uterine contraction (หลังให้ Adalat ไม่ response) 1) ก่อนการให้ยา ชักประวัติความเจ็บป่วยโรคประจำตัวที่อาจเป็นข้อบ่งห้ามของการให้ยา อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการข้างเคียงจากการให้ยา และ/หรือ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ 2) เริ่มให้ยาที่ rate 30 ml/hr titrate ทีละ 5 ml/hr จนไม่มี uterine contraction 3) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 - 60 นาที 4) ตรวจวัด ประเมินสัญญาณชีพของมารดา ก่อนเริ่มให้ยาและต่อเนื่องทุกๆ 30 - 60 นาที ถ้าพบความผิดปกติ PR > 120 beat/min, BP < 90/60 mmHg, RR > 20 beat/min รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับลดปริมาณหรือหยุดยาตามความเหมาะสม 5) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) ทุก 30 - 60 นาที ถ้าพบความผิดปกติ FHS > 160 beat/min หรือ < 110 beat/min รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับลดปริมาณหรือหยุดยาตามความเหมาะสม 6) ชักถามอาการผิดปกติที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น ใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก เป็นต้น 7) บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย และเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด 8) สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวกเวลาอนราบ ไอ แน่นหน้าอก ฟังเสียงการหายใจได้ยินเสียง Creptitation และ wheezing 7. ดูแลให้ Dexamethasone 6 mg q 12 hr x 4 dose เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารก และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในการหายใจเมื่อคลอดออกมา 8. ประเมินและบันทึกความก้าวหน้าการคลอดโดยใช้ WHO Partograph ประเมินผลการพยาบาล ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น pain scale = 8 คะแนน PV พบ Cervix fully dilate effacement 100%, MI, Station 0 มีลมเบ่ง รายงานแพทย์ off 5%/D/W 500 ml + Bricanyl 5 amp (V) drip และย้ายเข้าห้องคลอด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน ประวัติการเจ็บป่วยก่อนตั้งครรภ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง แกรับที่ ห้องคลอด BP= 169/95 mmHg, urine albumin 1⁺	1. ประเมินและตรวจ Deep tendon reflex ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการตอบสนองของเส้นประสาทรับความรู้สึกและเส้น ประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ 2. ประเมิน อาการและอาการแสดงที่มีอาการนำของภาวะชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุดแฉกใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (DTR) เร็ว 3⁺ ขึ้นไป อาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า (Ankle clonus)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะชกจากความดันโลหิตสูง	3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุกๆ 1 ชั่วโมง ติดตามความรุนแรงของโรค ถ้า BP>160/110 mmHg รายงานแพทย์ทันที 4. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย และเก็บปัสสาวะส่งตรวจ 24 ชั่วโมง เพื่อตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะและประเมินการทำงานของไต 5. จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นอาการชัก เช่น เสียงแสง หรือสิ่งใดๆ 6. ให้ออนพักอ่อนบนเตียง ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับได้สะดวก 7. ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 - 60 นาที เพื่อประเมินสภาวะทารกในครรภ์ ตั้งแต่แรกเริ่มและต่อเนื่อง หากพบว่ามีความผิดปกติให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์ 8. ดูแลให้ Methyl dopa (250 mg) 2 x 3 oral pc ตามแผนการรักษา 9. ดูแลให้ Adalat (20 mg) 1 cap oral q 30 min x 2 dose ตามแผนการรักษา เพื่อใช้การออกฤทธิ์ของยาในการลดความดันโลหิต 10. ดูแลให้ CaCO₃ 1X1 oral pc ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยลดระดับฮอร์โมนพาราไธรอยด์และลดการหดตัวของหลอดเลือด 11. ตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิตทุก 30 นาที จนกระทั่งคงที่ เปลี่ยนเป็น ทุก 1 ชั่วโมง จนคลอดหรือยับยั้งการคลอดสำเร็จ ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (DTR) เร็ว 2+ BP อยู่ระหว่าง 137/76 -152/78 mmHg ผลตรวจวิเคราะห์โปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ได้ trace
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากความบกพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ข้อมูลสนับสนุน ประวัติการตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDMA1) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ	1. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง 2. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ หายใจเหนื่อย 3. ส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า เพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ หากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้อินซูลิน 4. ดูแลให้ RLS 1,000 ml (V) drip rate 80 ml/hr x 3 เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ 5. ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 80 -120 mg% ประเมินผลการพยาบาล ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ DTX ก่อนอาหารเช้า อยู่ระหว่าง 108 mg%, FBS = 110 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 หญิงตั้งครรภ์ไม่ สบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดจากการหดตัวของมดลูก ข้อมูลสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์บอกว่า “ตอนนี้ปวดท้อง มากเลย” สีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือเจ้าหน้าที่แน่น และมีอาการเกร็งตามแขนและขา ขณะที่มีมดลูกหดตัว Pain score 6 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี การคอยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่นใจ 2. ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง 3. จัดทำนอนให้อยู่ในท่าตะแคงซ้ายหนุนหมอน เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี และผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ 4. ดูแลเกี่ยวกับความสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้ สบาย อุณหภูมิห้องเหมาะสม และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี เช็ดหน้าและเช็ดตัวด้วยผ้าชุบน้ำเย็น เพื่อให้เกิดรู้สึกผ่อนคลาย 5. นวดบริเวณก้นกบ หลัง ต้นขา โดยใช้มนวดลึกๆ เป็นวงกลมที่บริเวณดังกล่าว ขณะมดลูกมีการหดตัว น้ำหนักมือให้คงที่สม่ำเสมอ เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. แนะนำการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดและวิธีการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยการหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) โดยเริ่มจากการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากช้าๆ 1 ครั้ง หลังจากนั้นหายใจแบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) โดยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนการหายใจออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-5) อัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที โดยทำในขณะที่มดลูกหดตัว 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและทารกในครรภ์ เช่น ผลการตรวจภายใน ผลการฟังเสียงหัวใจของทารก ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยลดการรับรู้ความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ ระดับความรุนแรงของความปวดเท่าเดิม Pain score 6 คะแนน และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ โดยใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด เนื่องจากได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน ประวัติการตั้งครรภ์ มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ แร่ธาตุที่ห้องคลอด ผล CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dl, Hematocrit = 28.4 % วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในร่างกาย	1. ดูแลให้ Ferrous Fumarate 1 x 2 oral pc, Triferdine 1X1 oral hs เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง 2. ดูแลให้ PRC 1 unit  drip ตามแผนการรักษา โดยตรวจสอบความถูกต้องของชนิด หมู่เลือด ถูกคน ประเมินสัญญาณชีพ และอาการผิดปกติขณะได้รับเลือด เช่น เหนื่อยหอบ มีไข้ หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก ปวดหลัง หากพบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงและ/หรือมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ ตรวจสอบการไหลของเลือดเป็นระยะ เพื่อให้การให้เลือดได้ตามแผนการรักษาและเวลาที่กำหนด 3. สังเกต Hematocrit ซ้ำหลังให้เลือด 4. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะซีดที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ หายใจเหนื่อย ชีพจรเร็ว pulse pressure กว้าง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลม 5. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จำกัดกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ประเมินผลการพยาบาล ผลตรวจ Hematocrit ซ้ำได้ 36%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกไม่ดีจาก ความดันโลหิตสูง ภาวะซีด มดลูกหดตัวถี่และนาน ข้อมูลสนับสนุน แร่ธาตุที่ห้องคลอด BP= 169/95 mmHg ผล CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dl, Hematocrit = 28.4 % uterine contraction พบ Interval 3 นาที, Duration 30 วินาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน	1. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 - 60 นาที หรือทุกครั้งหลังมดลูกหดตัวหรือหลังลงน้ำทวนหัวแตก หากพบอัตราการเต้นของหัวใจทารก < 120 beat/min หรือ > 160 beat/min รายงานแพทย์ทันที 2. จัดทำให้อุณหภูมิของทารกในครรภ์อบอุ่นและแห้ง เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีขึ้น 3. ดูแลให้ O₂ Cannula 5 lit/min เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4. สังเกตสี ปริมาณ กลิ่นน้ำคร่ำ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 5. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้สังเกตการณ์ต้นของทารกในครรภ์ ถ้าต้นลดลงให้แจ้งพยาบาลทันที ประเมินผลการพยาบาล ทารกในครรภ์ดิ้นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140-156 beat/min ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีขี้เทาปน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 หญิงตั้งครรภ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารกในครรภ์จากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ข้อมูลสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อยครั้ง สอบถามว่า การให้ยายับยั้งการคลอด จะทำให้ทารกในครรภ์มีความ	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ โดยการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจนเข้าใจง่าย ให้ความสนใจและเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยต่างๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ใช้การสัมผัส เช่น บีบมือ ตะไหล่ เพื่อให้มารดาเกิดความอบอุ่นใจและมั่นใจ 2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เช่น การยับยั้งการคลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผิดปกติหรือไม่ ผลการฟังอัตราการเต้นของทารกในครรภ์บ่อยครั้ง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์	การช่วยคลอด และการดูแลทารกในครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการช่วยเหลือทารกในครรภ์เมื่อพบความผิดปกติ 3. อธิบายขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยสุขภาพทารกในครรภ์ และแจ้งผลการตรวจให้ทราบ ทุกครั้ง เพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวล 4. อธิบายถึงผลข้างเคียงของยาช่วยคลอด และการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา รวมถึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตและเฝ้าระวังอาการของผลข้างเคียง และหากมีอาการของผลข้างเคียงจากยา ให้แจ้งพยาบาลทันที 5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูล ข้อสงสัย และระบายความรู้สึกร่วมด้วยท่าที่เป็นมิตร 6. ชี้แจงให้ทราบว่าทางโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลทั้งทางสูติกรรมและกุมารเวชที่จะให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกขณะคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดเป็นอย่างดี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการถอนหายใจ ให้ความร่วมมือในการสังเกตอาการของผลข้างเคียงจากยาช่วยคลอด
ระยะคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 หญิงตั้งครรภ์มีความก้าวหน้าของการคลอดเนื่องจากยังมีการคลอดไม่สำเร็จ ข้อมูลสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น pain scale = 6 คะแนน PV พู Cervix fully dilate effacement 100%, MI, Station 0 มีลมเบ่ง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอดทารก	1. รายงานสูติแพทย์ กุมารแพทย์ เตรียมอุปกรณ์ CPR รถเข็น transfer เพื่อความพร้อมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 2. สอนวิธีเบ่งที่ถูกต้อง คือ เบ่งขณะเจ็บครรภ์และมดลูกมีการหดตัวโดยเริ่มจาก สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ กลั้นหายใจ (Close glottis) แล้วเบ่ง (สูด-กลั้น-เบ่ง) โดย ให้ลมเบ่งไปที่ก้น เหมือนเบ่งถ่ายอุจจาระ เบ่งให้ได้อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง 3. สอนเทคนิคการลดความเจ็บปวด โดยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นลมหายใจ ปิดปากแน่น คางจรดหน้าอกพร้อมทั้งเบ่งลมไปทางช่องคลอด แล้วหายใจออกทางปาก หลังจากนั้นหายใจเข้าซ้ำ เช่นเดิมอีก ทำทั้งหมดประมาณ 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้งเมื่อหยุดเบ่งให้อ้าปากหายใจเข้าออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ 4. จัดท่านอนหงาย ขาวางพาดบนขาหยั่ง (Lithotomy) ศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา เพื่อให้การเบ่งมีประสิทธิภาพ 5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายโดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็น เช็ดที่ใบหน้าและร่างกาย เพื่อผ่อนคลาย และบรรเทาความเจ็บปวด 6. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง โดยให้ผู้คลอดปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำ การลอกตัวของรกและการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด 7. ให้กำลังใจ บอกความก้าวหน้าของการคลอด และแผนการดูแลเป็นระยะๆ 8. ดูแลให้อาหารและน้ำ และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการกระหายน้ำ ปากคอแห้งจากการสูญเสียพลังงานที่ใช้ในการเบ่งคลอด 9. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดจาก แรงการหดตัวของมดลูก แรงเบ่งของผู้คลอดการเคลื่อนลงต่ำของส่วนนำและระยะเวลาที่ใช้ในการเบ่งคลอดไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง 10. ดูแลให้ยา Ampicillin 2 gm q 6 hr เพื่อป้องกันทารกติดเชื้อ Group B streptococci (GBS) ในช่วงคลอด 11. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ (Fetal condition) โดยติดเครื่อง Electronic Fetal Monitoring (EFM) เพื่อติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) จาก central monitor ทุก 15 นาที ขณะมดลูกคลายตัวหรือผู้คลอดหยุดเบ่ง 12. เจาะถุงน้ำทวนหัว เพื่อช่วยเร่งการคลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	13. ช่วยทำคลอดปกติ ดังนี้ 13.1 เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ให้พร้อม ได้แก่ อุปกรณ์ทำคลอด ปรับอุณหภูมิในห้องคลอดให้เหมาะสม คือ 26-28 °C เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เปิดเครื่อง radiant warmer ก่อนคลอดอย่างน้อย 15 นาที ตั้งอุณหภูมิที่ mode manual 36.5°C วางผ้ารับทารกใต้ radiant warmer เพื่อให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด 13.2 เมื่อเห็น Head seen เตรียมทำคลอดโดยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้คลอด ผ้าทำคลอดคลุมหน้าท้องถึงหัวเหน่า สวมปลอกขาถึงโคนขาทั้ง 2 ข้าง และสวมถุงเท้า 13.3 พยาบาลช่วยเชียร์เบ่งตามจังหวะ สูด-กลั้น-เบ่ง 13.4 เมื่อเห็น head crown ฝึบเบ่งป้อนูน บางใส ผู้ทำคลอดตัดฝีเย็บ เพื่อขยายช่องทางออกให้เหมาะสมกับส่วนนำ stop bleeding ถ้าผู้คลอดหยุดเบ่ง 13.5 ช่วยทำคลอดทารกตามขั้นตอนและแนวปฏิบัติการทำคลอด ได้แก่ ทำคลอดศีรษะ ทำคลอดไหล่และลำตัวทารก แขนและขา 13.6 ตัดสายสะดือทารก 13.7 ประเมิน Apgar score 1, 5, 10 นาที ประเมินผลการพยาบาล ทารกคลอดภายในเวลาเหมาะสม โดยระยะเวลาระยะที่ 2 การคลอด 20 นาที Apgar score 1, 5, 10 นาที = 8, 10, 10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากรกลอกตัวช้า ข้อมูลสนับสนุน หลังจากทารกคลอดประมาณ 20 นาที ยังไม่มี signs ของรกลอกตัว มารดาได้รับยาคลายกล้ามเนื้อมดลูกในระยะก่อนคลอด (Adalat, Bricanyl) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดจากรกลอกตัวช้า	1. บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีใน ระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อก รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ 2. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจดูบริเวณเหนือหัวหน่าว ว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้ามีปัสสาวะดูแลสวนปัสสาวะทันที เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก 3. สังเกตการหดตัวของมดลูก โดยวางมือบนหน้าท้องเบาๆ ไม่ควรคลึงมดลูก เพราะจะทำให้ปากมดลูกเกร็งตัว จะทำให้รกคลอดไม่ไ้กระตุ้นการหดตัวของมดลูก 4. ประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกว่ารกลอกตัว คือ uterine sign cord sign และ vulva sign ประเมินลักษณะรกลิ่มความผิดปกติหรือไม่ 5. ดูแลให้ LRS 1,000 ml+ Oxytocin 20 unit (V) drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษา
	6. ดูแลช่วยทำคลอดรกภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด ด้วยวิธี Modified Crede' maneuver ภายหลังมีอาการแสดงของการลอกตัวของรกสมบูรณ์ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก 7. ตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกเพื่อค้นหาความผิดปกติและการค้างของเศษรก 8. ภายหลังรกคลอด คลึงมดลูกให้แข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูก และช่องคลอดออกเพื่อห้ามมดลูกหดตัวดี 9. แนะนำมารดาให้คลึงมดลูกทุก 15 นาที และดูแลวาง cold pack บริเวณยอดมดลูก 10. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดและแผลฝีเย็บ และประมาณจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะการคลอด 11. บันทึกสัญญาณชีพภายหลังรกคลอดทันที และบันทึกต่อทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	12. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา หลังทารกคลอดได้แก่ Oxytocin 10 unit (M) และ LRS 1,000 ml+ Oxytocin 20 unit (V) drip 120 ml/hr ประเมินผลการพยาบาล ในช่วงรอกคลอดรก มดลูกหดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ให้เพิ่ม Oxytocin 20 unit ใน LRS (V) drip หลังจากนั้นมดลูกหดตัวดี รกปกติ มารดาสูญเสียเลือดออกจากช่องคลอดในระยะคลอดรก 300 ml BP = 137/76 mmHg, PR = 102 beat/min, RR = 20 beat/min, BT= 37°C
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 มารดาสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ ข้อมูลสนับสนุน ขณะคลอดทารกได้รับการทำ right Episiotomy และขณะรอกคลอดมีเลือดสดๆไหลออกมาจากแผลฝีเย็บ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดจากแผลฝีเย็บ	1. บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีใน ระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อก รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ 2. เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการสูญเสียเลือด ประเมินผลการพยาบาล มารดาสูญเสียเลือดออกจากแผลฝีเย็บประมาณ 50 ml BP = 147/74 mmHg, PR = 108 beat/min, RR = 20 beat/min, BT = 37°C
ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ด้านมารดา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี	1. บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีใน ระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อก รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ 2. ดูแลสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก 3. คลึงมดลูกให้แข็ง เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี
ข้อมูลสนับสนุน มีเลือดไหลรินๆออกจากช่องคลอด ตลอดหลังรอกคลอด หลังรอกคลอดคลำบริเวณหน้าท้อง พบว่ามดลูกนิ่ม กระเพาะปัสสาวะโป่งตึง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด	4. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาหลังทารกคลอดได้แก่ Oxytocin 10 unit (M) และ LRS 1,000 ml+ Oxytocin 40 unit (V) drip 120 ml/hr 5. ประเมินจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ประเมินผลการพยาบาล หลังจากสวนปัสสาวะให้ 1 ครั้ง ได้ปัสสาวะ 200 ml มดลูกหดตัวดี สูญเสียเลือดออกจากช่องคลอดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง 50 ml BP = 159/78 mmHg, PR = 100 beat/min, RR = 20 beat/min, BT = 37.1°C
ด้านทารก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ทารกแรกเกิดมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากการทำงานของปอดและกล้ามเนื้อหายใจยังไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 34⁺³ สัปดาห์ หลังคลอด 15 นาที ตัวเย็น T=36 °C หายใจมี retention มี Flap nose ตัวเขียว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว HR = 156 beat/min, RR = 56 beat/min, O₂ sat 93% วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสียงปอดได้เสียงเสมหะ ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการทารก ถ้ามีอาการเขียว เหนื่อยหอบ ควรหยุดดูดเสมหะทันที 2. จัดท่านอนทารกให้ศีรษะสูงเล็กน้อย 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเงยเล็กน้อย เพื่อช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด ระวังไม่ให้ผ้าเลื่อนมาอยู่บริเวณใต้ศีรษะ เพราะจะทำให้หลอดลมคอแคบลง 3. ให้ O₂ Box 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้ทารก 4. ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายทารก โดยดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนทารกบ่อยครั้ง จนเกินไป ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับอุณหภูมิของทารก ประมาณ 26-27°C โดยรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วง 36.8-37.2 °C เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีหลังขับถ่าย เพื่อลดการใช้พลังงานจากความเย็น 5. ดูแลให้ทารกอยู่ใต้ radiant warmer ตั้งอุณหภูมิที่ mode manual 36.5°C เพื่อให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด 6. รายงานอาการและอาการแสดงให้กุมารแพทย์รับทราบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามค่า $O_2\text{ sat}$ ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ หายใจหน้าอกบุ๋ม (Retraction) หายใจออกมีลักษณะกลั่นหายใจ (Expiratory Grunting) หายใจมีเสียงคราง (Moaning) อาการเขียว (Cyanosis) $O_2\text{ sat} \leq 88\%$ ประเมินผลการพยาบาล กุมารแพทย์ให้ย้ายทารกไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวช ก่อนย้ายทารกร้องเสียงดัง แขนขาขยับได้ดี ตัวเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจสม่ำเสมอ $HR = 156\text{ beat/min}$ $O_2\text{ sat} 100\%$ (ขณะ $O_2\text{ Box } 10\text{ lit/min}$)
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 ทารกมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 34^{+3} สัปดาห์ หลังคลอด 15 นาที ตัวเย็น $BT=36^\circ\text{C}$ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	1. จัดให้ทารกอยู่บน Radiant warmer และห่อตัวทารกให้ความอบอุ่นด้วยผ้าที่ผ่านการอุ่นได้ Radiant warm 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที 3. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ ซีมลง หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว แขน ขาเย็น 4. หลีกเลี่ยงการนำทารกออกจาก Radiant warmer หากมีความจำเป็น ต้องนำทารกออกจาก Radiant warm ต้องห่อตัวทารก สวมหมวก ให้ความอบอุ่นอยู่ตลอดเวลา 5. ปฏิบัติกิจกรรมการตรวจร่างกาย ฉีดยา หยอดตา ป้ายสะดือ การตกแต่งสายสะดือ ภายใต้อุณหภูมิ Radiant Warmer 6. ปิดแอร์และไม่เปิดพัดลม 7. ดูแลย้ายทารกไปหอผู้ป่วยกุมารเวชด้วยคลิป์ transfer โดยใส่เสื้อห่มอุ่นและห่อตัวด้วยผ้าขนหนู และวางทารกลงในคลิป์ transfer ที่มีถุงฉนวนหุ้มความอบอุ่นอยู่ด้านล่าง ประเมินผลการพยาบาล ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยกุมารเวช $BT=36.8^\circ\text{C}$ $HR = 156\text{ beat/min}$, $RR = 56\text{ beat/min}$
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ทารกมีโอกาสติดเชื้อในช่องท้องเนื่องจากกระบวนการภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 34^{+3} สัปดาห์ หลังคลอด 15 นาที ตัวเย็น $BT = 36^\circ\text{C}$ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทุก 15-30 ชั่วโมง ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน ซึม กระสับกระส่าย การเคลื่อนไหวลดลง 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ทารก 3. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง 4. ดูแลแผลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อในการ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง 5. ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น 6. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะขณะดูดเสมหะทุกครั้ง 7. ป้ายตาด้วยยา Terramycin eye ointment เพื่อป้องกันเยื่อตาอักเสบ การติดเชื้อในลูกตา การติดเชื้อที่กระจกตา สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ หนังตาบวมแดง เยื่อตาแดง 8. ทำความสะอาดสะดือและผิวหนังบริเวณรอบ ๆ สะดือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สะดือ โดยใช้สาลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือขึ้นมาจากปลายสะดือให้รอบทุกด้าน และใช้สาลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือที่เป็นผิวหนังโดยหมุนวนประมาณ 1-2 นิ้ว เพื่อการฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังรอบสะดือ ประเมินผลการพยาบาล ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยกุมารเวช ทารกเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่ซึม ตอบสนองต่อการกระตุ้น ร้องเสียงดัง ผิวกายอุ่นขึ้น $BT=36.8^\circ\text{C}$ $HR = 156\text{ beat/min}$, $RR = 56\text{ beat/min}$ (สม่ำเสมอ) เสมหะสีน้ำตาลขุ่น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือ ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อแรกได้รับหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีปากมดลูกที่เปิดขยายแล้ว จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ารายที่ปากมดลูกไม่มีการเปิดขยาย โดยมีการศึกษาพบว่าการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกเริ่มมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดถึง 2.77 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการเปิดขยายของปากมดลูกที่ ≥ 3 เซนติเมตรเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงถึง 41 เท่า ซึ่งการเพิ่มของการเปิดขยายของปากมดลูกทุก ๆ 1 เซนติเมตรจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.66 และ 2.81 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกไม่มีการเปิดขยาย นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์รายนี้ยังมีประวัติภาวะแทรกซ้อนใน

ระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะซีด เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยชักนำที่เพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดการคลอดกำหนด⁵

ข้อเสนอแนะ

ประสานข้อมูลกับงานฝากครรภ์และทีมนำพัฒนาคุณภาพทางคลินิกสาขาสูติกรรม เพื่อทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะซีด เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เพื่อให้มีประเมินความเสี่ยง ตรวจคัดกรองและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. Kinney MV, Rhoda NR. Understanding the causes of preterm birth: solutions depend on context. The Lancet Global Health. 2019 ;7(8): e1000-e1.
2. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะจุลิน, พิมลพรรณ อันสุข, และพรรณยุพา เนาว์ศรี. การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(2) : 238-245.
3. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. คลอดก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงจาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1346>
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 –2565[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
5. กัญญา ทูลธรรม, และสุภาพร สุภาพวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566; 20(2): 75-88.