

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm Labor : 2 case studies

(Received: August 23,2024 ; Revised: August 27,2024 ; Accepted: August 28,2024)

สุจิตรา สมวงษา¹Suchittra Somwongsa¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 รายที่มีบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และการวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี G2P1-0-0-1 ANC ที่โรงพยาบาลช้างสูงฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 10⁺³ สัปดาห์ LAB I Hct. 28 % ได้ยา Folic acid ไปรับประทานวันละ 1 เม็ด ติดตามผลเลือด LAB II Hct เพิ่มขึ้นเป็น 35 % มาฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33⁺⁵ สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอด ได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จและตั้งครรภ์ต่อมาอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์ รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0-0-0-0 ANC ที่คลินิกฝากครรภ์ ครั้งแรกอายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33⁺³ สัปดาห์เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูกและมีน้ำเดิน คลอดปกติทาง ช่องคลอด น้ำหนักทารก 2,120 กรัม APGAR Score =9-8-8 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล

Abstract

This study was case study with the objective of providing nursing guidelines for 2 pregnant women with premature labor who received services at the delivery room of Sam Sung Hospital, Khon Kaen Province. The study compared 2 pregnant women with premature labor by applying the Gordon 11 Health Models concept and nursing care planning according to Orem's framework.

The results of the study found that Case 1, a 32-year-old pregnant woman, G2P1-0-0-1, ANC at Sam Sung Hospital, first antenatal care at 10+3 weeks of pregnancy, LAB I Hct. 28%, received Folic acid to eat 1 tablet per day, followed up with blood test results, LAB II Hct increased to 35%, attended the antenatal care appointment at 33+5 weeks of pregnancy, labor pain, received uterine contraction inhibition, successfully inhibited labor pain and continued pregnancy until 39 weeks of pregnancy. Case 2, a 28-year-old pregnant woman, G1P0-0-0-0, ANC at the antenatal clinic, first antenatal care at 11 weeks of pregnancy, attended the antenatal care appointment at 33+3 weeks of pregnancy, labor pain and water broke 4 hours before coming to the hospital, could not successfully inhibit labor because the cervix was dilated and water broke. Normal delivery via vagina, infant weight 2,120 grams, APGAR Score = 9-8-8, infant with deep breathing The doctor then referred the baby to a tertiary hospital in the province for treatment.

Keywords: Premature labor, Nursing

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆของงานอนามัยแม่และเด็ก ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยพบถึงร้อยละ 12.5 ในปีงบประมาณ 2567¹ ตามสถิติองค์การอนามัยโลก

พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยปีละ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด² สาเหตุหลักของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50-80 คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

ทารกที่คลอดก่อนกำหนด และครบคร้ว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยน้ำหนักลด นอนไม่หลับ อาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก กระวนกระวาย ผลกระทบต่อทารกคือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS, HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม³ ส่งผลให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว เช่น สมอพิการหรือ ความสามารถในการมองเห็นที่ผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน นอกจากนี้ปัญหาที่พบทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ ต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกและในครอบครัวเป็นระยะเวลา ยาวนาน และในแต่ละปีรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 175,000 บาทต่อราย³

อุบัติการณ์ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดระดับประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 ตามลำดับ⁴ เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94, 12.58 และ 12.37 ตามลำดับ⁴ ในจังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.72 ตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ.2564 - 2566 พบจำนวน 10, 16 และ 12 ราย ตามลำดับ พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 4, 6 และ 4 ราย ตามลำดับ⁶

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ 1) ประวัติทางสูติกรรม เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ มีภาวะเครียด ซึมเศร้า ด้านสูติศาสตร์ มีการติดเชื้อนอกมดลูก มีความผิดปกติของมดลูก คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 เซนติเมตร มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้านี้ มีภาวะภาวะชืด การใช้สารเสพติดหรือการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น ความผิดปกติของรก มีรกเกาะต่ำหรือลอกตัวก่อนกำหนด น้ำคร่ำมากหรือน้อยเกินไป ภาวะครรภ์เป็นพิษ⁷ ภาวะครรภ์แฝดน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตก รวมถึงการตั้งครรภ์ด้วยวิธีเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 3) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ โครโมโซมผิดปกติ พิการแต่กำเนิด ภาวะครรภ์แฝด เป็นต้น รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 17 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ระดับการศึกษาต่ำหรือมีเศรษฐกิจต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน BMI < 19 กก/ม² หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กก. มีภาวะภาวะทุพโภชนาการทำงานหนัก เช่น มากกว่า 80 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือการยืน เดิน นานกว่า 8 ชม. ต่อวัน

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36⁺⁶ สัปดาห์ ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและหรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร หรืออาจมีร่วมกับการมีมูกเลือดหรือ ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์(สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป)¹ อาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันออกไป โดยอาจจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้นเรื่อยๆ มดลูกมี

การหดตัวอย่างสม่ำเสมอจนทำให้ปากมดลูกมีการบางตัวและเปิดขยายตัว ปวดหลัง หรือปวดเอว ปวดหน่วงท้อง ปวดหน่วงลงช่องคลอดหรืออาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย มีสิ่งคัดหลั่งออกจากช่องคลอด เช่น มูก มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น⁸

การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอดหรือคลอดในระยะที่เหมาะสม การป้องกันที่ได้ผลดีคือ การใช้ยาโปรเจสโตโรน ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีทั้งในรูปแบบการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เหน็บทางช่องคลอด หรือแบบรับประทาน และอีกวิธีคือการเย็บผูกปากมดลูก ซึ่งเป็นหัตถการที่ใช้ในการรักษาร่วมกับการตรวจพบปากมดลูกน้อยกว่า 25 มม.

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การดูแลจึงต้องเน้นที่การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอ กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁹ มาใช้เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบของโอเร็ม¹⁰

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ระยะเวลาในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์

รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 - 10 พฤศจิกายน 2566 หญิงตั้งครรภ์ รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2567- 19 เมษายน 2567 โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการเก็บข้อมูล การนศึกษา ตามแบบแผนสุขภาพ 11แบบแผน มีความครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย นำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำปัญหาที่ได้มาวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G2P1 GA 33⁺³ wk by U/S EDC 25 ธันวาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 10⁺³ wk ที่โรงพยาบาลช้างสูง ฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้ง มาตามนัดทุกครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative ,VDRL = Nonreactive ,Hct. = 28 % รับประทานยาบำรุงเลือด Folic acid 1x1 Oral pc. รับประทานที่บ้านและนัดติดตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 Hct.=35%, VDRL = Non reactive GST= 122 mg% วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 เวลา 19.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลแรกรับเวลา 21.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์คลอดไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 26 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 5 นาที Duration 40 วินาที เด็กดีดี ทำ LOA FHS 144 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 150 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สัญญาณชีพ BP 116/70 mmHg. Pules 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/

นาที BT.37 องศาเซลเซียส Sat O₂ 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 21.20 น. แพทย์วินิจฉัย G2P1 GA 33⁺⁵ with Preterm contraction พิจารณาให้ นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอด ก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose On EFM ทุก 4 – 8 ชั่วโมง ไม่มีการหดตัวของมดลูก หลังยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ หญิงตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาล 3 วัน สามารถกลับบ้านได้และนัดฝากครรภ์ 14 พฤศจิกายน 2566 ที่โรงพยาบาลช้างสูง

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี อาชีพรับราชการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล G1P0 GA 33⁺⁴ wk by U/S EDC 3 มิถุนายน 2567 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 11 wk. ฝากครรภ์ที่คลินิกจำนวน 9 ครั้งตามนัดครบตามเกณฑ์ คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive Hct. = 42 % DCIP Negative MCV 87.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive Hct. = 45.2 % วันที่ วันที่ 18 เมษายน 2567 เวลา 08.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดห่าง ทุก 30 นาที และมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับเวลา 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 25 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 7 นาที Duration 30 วินาที เด็กดีนดี ท่า

LOA FHS 130 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 140 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station -2 ตรวจ Fern test positive สัญญาณชีพ BP 129/75 mmHg. Pules 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BT 36.7 องศาเซลเซียส Sat O₂ 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 13.00 น. แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 33⁺⁴ wk. with Preterm Premature rupture of membrane พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose และให้สารน้ำ RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. ให้ยา Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 01.00 น. มีการหดตัวของมดลูกมากขึ้นและมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น แพทย์เวรได้โทรศัพท์ประสานไปที่ห้องคลอด และ NICU โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขอส่งตัวไปคลอด แต่โรงพยาบาลขอนแก่นไม่มีเตียงสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเตียงเต็ม จึงได้ติดต่อประสานขอส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างรอการตอบกลับจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หญิงคลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรง ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร Effacement 100 % Station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดทางช่องคลอด เวลา 03.59 น.ทารกเพศชาย น้ำหนักคลอด 2,120 กรัม APGAR Score นาทีที่ 1= 9 นาทีที่ 5 =8 ทารกเริ่มมีอาการหายใจหอบลึกอกบวม อัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที Sat O₂ 85 % แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พร้อมมารดา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการหดตัวของมดลูก</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการแรกเริ่ม และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ชักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์</p> <p>2. ชักประวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์และผล LAB ของ ANC</p> <p>3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน</p> <p>4. ตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์</p> <p>5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK</p> <p>6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S</p> <p>7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น</p> <p>7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose</p> <p>8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง</p> <p>9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์</p> <p>10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที</p> <p>11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O2 ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>12. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด</p> <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>ภายหลังจากการให้การพยาบาลและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการหดตัวของมดลูก ปากมดลูกไม่เปิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive รับประทานอาหารและนอนพักได้</p>	<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการหดตัวของมดลูก</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินอาการแรกเริ่ม และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ชักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์</p> <p>2. ชักประวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์และผล LAB ของ ANC</p> <p>3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน</p> <p>4. ตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์</p> <p>5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK Fem test</p> <p>6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S</p> <p>7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น</p> <p>7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose</p> <p>7.3 RLS 1000 ml IV 100 ml/hr.</p> <p>7.4 Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม.</p> <p>8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง</p> <p>9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์</p> <p>10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที</p> <p>11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O2 ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>12. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด</p> <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>ภายหลังจากการการพยาบาลและยาตามแผนการรักษาหญิงตั้งครรภ์ มีอาการมดลูกมีการรัดตัวถี่มากขึ้น มีการเปิดขยายของปากมดลูก ผลการตรวจ Fem test = positive FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive</p>

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัว</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดตัว โดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะๆ ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ให้สามีและญาติเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเบียดเส้นเลือดดำใหญ่ (Inferior venecava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม นอนพักได้</p>	<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัว</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดตัว โดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะๆ ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ให้สามีและญาติเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเบียดเส้นเลือดดำใหญ่ (Inferior venecava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม</p>
<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ ประทับใจประทับใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สิ้นหน้ผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ</p>	<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ ประทับใจประทับใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สิ้นหน้ผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ</p>
<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>4. ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p>	<p>ระยะก่อนคลอด</p> <p>4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก</p>

กรณีศึกษารายชื่อ 1	กรณีศึกษารายชื่อ 2
<p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักรู้และปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินความรู้ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอนวิธีการประเมินอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้นอนตะแคงใช้หมอนรองบริเวณหลัง วางนิ้วบนยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ ตรวจสอบการแข็งตัวของมดลูกใน 1 ชั่วโมงว่าเกิดทุก 10 นาทีหรือไม่ แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่นปวดท้อง หรือมีอาการปวดหลังร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าพบว่ามีให้นอนพักอย่างน้อย 30 นาที โดยให้นอนตะแคงซ้ายหากมีอาการเจ็บครรภ์ และสังเกตว่ามีสิ่งขับหลังออกทางช่องคลอดด้วยหรือไม่ เช่น มูก มูกปนเลือด น้ำใสๆ ถ้ามีให้รีบมาพบแพทย์ทันที 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. หลีกเลี่ยงการตรวจช่องคลอดโดยไม่จำเป็น ดูแลความสะอาด Hygiene care ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา คือ Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม. สังเกตและบันทึกลักษณะคร่ำ ถ้ามีผิดปกติรายงานแพทย์ <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>หญิงตั้งครรภ์ไม่มีไข้ น้ำคร่ำสีปกติ สัญญาณชีพปกติ</p>
<ol style="list-style-type: none"> ให้สังเกตการเดินของทารกในครรภ์ทุกวันโดยนับจำนวนครั้งที่เด็กดิ้น ภายหลังรับประทานอาหารว่าดิ้นน้อยลงหรือไม่ (ปกติดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง ภายหลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย <ol style="list-style-type: none"> นอนพักบนเตียงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้นอนตะแคงซ้าย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณที่เพียงพอ น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณ ½ กก./สัปดาห์ ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่ควรดื่มชา หรือกาแฟ และงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ สารเสพติดทุกชนิด และห้ามซื้อยารับประทานเอง ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง 	<p>ระยะก่อนคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย ให้ O2 mask c bag 10 L/m On EFM continuous เพื่อประเมิน ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. เตรียมความพร้อมในห้องคลอดเพื่อเตรียมการช่วยเหลือ <p>ประเมินการพยาบาล</p> <p>FHS อยู่ในช่วง 140 ถึง-160 ครั้ง/นาที EFM reactive</p>
<p>หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p> <p>เช่น การขับขีรถจักรยานยนต์หรือนั่งรถเดินทางเป็นระยะเวลาดูติดต่อกันนานๆ การยกของหนัก การนั่งยองๆ หรือการเปลี่ยนจากทำยืนเป็นทำนั่งบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่กระแทกหน้าท้อง หลีกเลี่ยงการกระตุ้นเต้านมขณะมีเพศสัมพันธ์ และงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการหดตัวของมดลูก</p> <p>5.5 ให้บุคคลในครอบครัวช่วยทำหน้าที่แทน เช่น การทำงานบ้าน การยกของหนัก หรือการดูแลบุตร</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และได้รับยาช่วยการคลอดจนครบตามแผนการรักษา และสามารถหยุดการคลอดได้สำเร็จแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาฝากครรภ์ต่อที่ โรงพยาบาลชาสูง หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัว เรื่องการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ได้ถูกต้องและ ตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์</p>	<p>ระยะคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวแรงขึ้น <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ การคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด ตรวจและบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที On EFM Monitor ไว้ บันทึกความก้าวหน้าใน WHO partograph ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic contraction รายงานแพทย์ทันที เตรียมความพร้อมของผู้คลอดสอนวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างนุ่มนวลโดยนั่งลงขึ้นนั่งเพื่อทำคลอด เชียร์เบ่งคลอดให้กำลังใจผู้คลอดขณะเบ่ง ทำคลอดอย่างนุ่มนวล <p>ประเมินผลการพยาบาล</p>

กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2
	<p>ก่อนคลอด FHS 130-140 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอดี ผล EFM reactive ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการเบ่งคลอดถูกวิธี ทารกคลอดปกติ วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 03.59 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,120 กรัม APGAR Score 9-8-8 หลังคลอดนาทีที่ 5 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์</p>
	<p>ระยะหลังคลอด</p> <p>1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฉีกขาด ระดับ 2 และการหดตัวของมดลูกไม่ดี</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. คลึงมดลูกหลังจากการทำคลอดรกเพื่อให้มดลูกแข็งตัว ป้องกันการตกเลือด</p> <p>2. ตรวจสอบการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและช่องคลอดและซ้อมแซมแผลฝีเย็บให้ถูกต้องและเทคนิคปราศจากเชื้อ</p> <p>3. สอนมารดาให้คลำและคลึงมดลูกด้วยตนเองบ่อยๆ</p> <p>4. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด</p> <p>5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าคงที่แล้ววัด ทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>6. ตรวจสอบประเมินการหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บ และกระปัสสาวะให้ว่างใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด</p> <p>7. แนะนำมารดาเรื่องการให้นมบุตรและกระตุ้นให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง</p> <p>8. แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บ โดยการล้างด้วยสบู่และล้างด้วยน้ำสะอาดซับให้แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่ม สังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น</p> <p>9. แนะนำให้มารดาขมิบช่องคลอดขมิบช่องคลอดบ่อยๆวันละ 30 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนที่ดี</p> <p>10. ประเมิน Pain score เมื่อมีอาการปวดและให้ยาลดปวด</p> <p>11. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาหลังคลอดมดลูกหดตัวดี EBL 150 ml แผลฝีเย็บฝีเย็บไม่พบก้อนเลือด hematoma ปวดแผลฝีเย็บ Pain score 3 คะแนน เตรียมส่งต่อไปพร้อมบุตรที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์</p> <p>การพยาบาลทารกแรกเกิด</p> <p>ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยทารกได้รับการท่ช่วยหายใจ ET no.3</p> <p>2. ดูแลตำแหน่งของท่ช่วยหายใจไม่เลื่อนหลุด</p> <p>3. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ หายใจอกบวมเขียว หรือท้องอืดหรือไม่</p> <p>4. เฝ้าระวังและบันทึก V/S การหายใจ Sat O2</p> <p>5. ควบคุมอุณหภูมิภายในตู้อบ ให้อยู่ในช่วง 36.8 ถึง 37.2 องศาเซลเซียส</p> <p>6. ดูแล On 10 % Dw 500 ml iv 5.7 ml/hr</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. ส่งตรวจ Hct DTX 8. ส่งตรวจ และติดตามผล CXR 9. เตรียมความพร้อมในการส่งต่อไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประเมินผลการพยาบาล หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ ทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย RR 50-60 ครั้งต่อ นาที Sat O2 98 % DTX 89 % Hct 44 % ผล CXR ET tube อยู่ใน ตำแหน่งปกติ เตรียมส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ พักรักษาตัวเป็นเวลา 23 วัน จึง จำหน่ายกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชนิด Early preterm labor คือ เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 -33⁶ สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ G2P1Ab0L1 อายุครรภ์ 33³ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาทีตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือหญิงตั้งครรภ์มีอาชีพ ค้าขายอาหารตามตลาดนัดทำให้ต้องเดินทางไปกลับเป็นระยะทางไกลทุกวัน และ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทะเลาะกับสามีได้เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ไปพักที่บ้านเพื่อน และมีประวัติครรภ์ที่ 1 คลอดก่อนกำหนดเมื่อ 2 ปีก่อน แนวทางการดูแลรักษาคือให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยับยั้งการคลอดจนกว่าจะไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0 อายุครรภ์ 33⁴ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 7 นาที Duration 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station - 2 ตรวจ Fern test ผล positive สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีอาชีพเป็นพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขึ้นปฏิบัติงาน เวร เข้า บ่าย ดึก และมี

เจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัววันละ 5-6 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน แต่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล มารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับ มีน้ำเดิน 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายไม่สามารถให้ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกได้ มีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ยิ่งยิ่งการคลอดไม่สำเร็จ คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,120 กรัม

APGAR Score นาทีที่ 1 = 9 นาทีที่ 5 = 8 ทารกหายใจ หอบเล็กน้อย แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และได้ส่งต่อทารก ไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด เนื่องจากศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลสูง ยังมีข้อจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อขอคำแนะนำและประสานความพร้อมก่อนทำการส่งต่อ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องใช้เวลา นาน พยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องมีสมรรถนะและศักยภาพในการดูแลมารดา ทารกในระหว่างที่รอส่งต่อ และขณะนำส่งต่อ^{8,9}

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณีมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แม้ว่าจะมาฝากครรภ์ตามนัด และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่นมีอาการเจ็บครรภ์คลอด แต่มารับการรักษาช้า รอจนมีการเจ็บครรภ์จริง มีน้ำเดิน หรือปากมดลูกเปิดแล้ว จึงมาโรงพยาบาล ทำให้การยับยั้งคลอดไม่สำเร็จ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการ

คลอดก่อนกำหนด ดังนั้นการกำหนดแนวทางและการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละบุคคล แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้และคำแนะนำต่างๆไปใช้ดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจในระหว่างที่ตั้งครรภ์ ร่วมกับสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการตัดสินใจมาโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ทันที ในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด และนอกจากนี้ศักยภาพและความสามารถ

ของห้องคลอดโรงพยาบาลข้าสูงมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า และในการส่งต่อต้องได้รับแนะนำการดูแล รักษา หัตถการต่างๆให้พร้อมก่อนนำส่งทั้งมารดาและทารก ซึ่งการประสานงานส่งต่อต้องใช้เวลาในการรอนำส่งขณะส่งต่อ ดังนั้นเพื่อ ลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดควรมีการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- 1.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย(2566).การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและถุงน้ำแตกก่อนกำหนด:แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2565-2567.
- 2.ชนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง.(2564).ในธีระ ทองสง(บ.ก.),สูตศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 6 (น.247-256).กรุงเทพฯ:ลักขมีรุ่ง จำกัด
- 3.สายฝน ขวาลไพบูลย์,และ สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์.(2544).ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด.เวชบันทึกศิริราช,4(2),พฤษภาคม-สิงหาคม 2544.
- 4.HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564-2566).(2564-2566).สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2567
- 5.HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.Z2564-2566) สืบค้นจาก <https://KKN.HDC.go.th/hdc/main/index.php>.สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2567
- 6.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลข้าสูง(2567).สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลข้าสูง ประจำปี 2565-2567โรงพยาบาลข้าสูง
- 7.นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10 (1) 1-10.
- 8.ประไพรัตน์ แก้วศิริ,ศิริภรณ์ เหมะจุลิน,พิมลพรรณ อ้นสุข และพรรณยุพา เนาวีศรีสอน.(2563).การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:บทบาทพยาบาล.ศรีนครินทร์เวชสาร2563;35(2)หน้า238-245
- 9.Gordon, M.(1994).Nursing diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill.
- 10.Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed.Saint Louis: Mosby;2001