

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of pregnant woman with preterm labor pain : Two Case Studies

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

ธัญชนก จิตจง¹

Thanchanok Chitchong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอด และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลภูเวียง ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติ การศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและกรอบแนวคิดของโอเร็ม

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โดยพบว่า ทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เหมือนกัน คือ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์แรกทั้ง 2 รายทำให้เป็นปัจจัยให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้ง 2 รายมีภาวะซีดทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย6, อีกทั้งกรณีศึกษา รายที่ 1 มีแบบแผนการขับถ่ายที่มีกลิ่นปัสสาวะเป็นประจำทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด5, ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยาปฏิชีวนะ ยายับยั้งการเจ็บครรภ์และได้รับการดูแลขณะได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดตามมาตรฐาน ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานจนสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และได้รับการประสานส่งต่อคลินิกฝากครรภ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะซีดอีกทั้งสามีและภรรยาเป็นคู่เสี่ยงพาหะธาลัสซีเมีย ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน แต่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานการส่งต่อได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา

Abstract

This study aimed to investigate nursing care for pregnant women experiencing premature labor. Two case studies were selected involving pregnant women who received delivery services and experienced premature labor at Phu Wiang Hospital from February 1, 2024, to September 30, 2024. Data were collected from medical records, patient and relative interviews, pathology studies, disease progression analyses, nursing practice planning, and evaluation of nursing outcomes using Gordon's 11 Health Models conceptual framework and Orem's conceptual framework.

Results: Both case studies involved pregnant women with premature labor admitted to the delivery room. It was found that both women had risk factors for premature labor, including a history of premature labor in their first pregnancies. Additionally, both women had anemia, which increased their likelihood of infections. In case study 1, the woman frequently held her urine, leading to urinary tract infections—a known risk factor for premature labor. She received iron supplements, antibiotics, and labor suppressants while undergoing standard care. Despite complications from the medication, she received appropriate nursing care until she successfully suppressed her labor and was referred to a prenatal clinic for ongoing care. In case study 2, the woman also had anemia, and both she and her husband were identified as potential thalassemia carriers. She did not have any infections but was treated with iron supplements and labor suppressants. Similar to case study 1, she experienced complications from the medication but received standard nursing care; however, she was unable to suppress her labor and was safely referred according to established referral

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

standards without any complications. These adjustments enhance grammatical accuracy and improve the overall flow of the content while maintaining its original meaning.

Keywords: Nursing, pregnant woman, Preterm labor, Case study

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) หมายถึง ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์¹ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดก่อนกำหนดและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขไทย เนื่องจากพบว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.44 ตามลำดับ² จังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.72 ตามลำดับ³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อทารกทำให้เกิดการตายปริกำเนิด ทูพพลภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เนื่องจากอวัยวะต่างๆยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนาน และค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มีผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบจำนวน 34 ราย 38 ราย และ 35 ราย อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 2.79, 4.45 และ 4.90 ตามลำดับ และทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.18), 9 คน (ร้อยละ 4.54) และ 9 คน (ร้อยละ 4.94) ตามลำดับ⁴ ทารกมีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 3 ราย ในปี 2566 จากภาวะ RDS 1 ราย, 1 ราย และ 3 ราย มีความพิการและเสียชีวิตจากภาวะ Hydropfetalis 1 ราย พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องตระหนักให้มีความสำคัญในการประเมิน รวบรวมข้อมูล คัดกรองภาวะเสี่ยงของสตรีต่อการคลอดก่อนกำหนด เพื่อนำมาวางแผนให้

การดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารก รวมถึงการส่งต่อมารดาและทารกปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินการศึกษา

เลือกกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอด และมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลภูเวียง ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้หญิงตั้งครรภ์และญาติ การศึกษาพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกรอบแนวคิดของโอเรียม โดยทำการศึกษากกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 19 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 กรณีศึกษารายที่ 2 ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567

วิธีการ/ขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สนใจในห้องคลอด จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูล สอบถามหญิงตั้งครรภ์และญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้า เอกสารตำรา ปรัชญาผู้มีประสบการณ์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การ
รักษาพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการ
พยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
เศรษฐกิจ

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และ
ติดตามประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจน
จำหน่าย

7. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลกรณีศึกษา
และให้ข้อเสนอแนะแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ

8. เรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบ แก้ไข พิมพ์
และจัดทำรูปเล่ม

9. ปรับปรุง แก้ไขตามที่คุณเชี่ยวชาญให้
ข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นรูปเล่ม พร้อมเผยแพร่
ผลงาน

ระยะเวลาในการดำเนินงาน วันที่ 1
กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 30 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:กรณีศึกษา
เปรียบเทียบ 2 ราย ผลการศึกษา พบว่า ทั้งคู่มี

สถานภาพคู่ เชื้อชาติและสัญชาติไทย นับถือศาสนา
พุทธ ส่วนสูงที่เท่ากัน อาชีพเป็นแม่บ้าน การตั้งครรภ์
ครั้งที่ 2 เหมือนกัน น้ำหนักใกล้เคียงกัน ภูมิลำเนาทั้ง
คู่อยู่ในเขตอำเภอภูเวียง ความแตกต่างกันคือ ทั้งคู่มี
อายุห่างกัน 10 ปี แต่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีความ
แตกต่างด้านระดับการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้
และการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ แม้จะมีอาชีพ
เดียวกัน แต่รายได้ครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผล
ต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพที่
เหมือนกัน 6 แบบแผน และแตกต่างกัน 5 แบบแผน
ดังนี้ แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย รายที่ 1: ชอบกลั้น
ปัสสาวะ รายที่ 2: ขับถ่ายปกติ แบบแผนที่ 4 กิจวัตร
ประจำวันและการออกกำลังกาย รายที่ 1: ไม่ได้ ออก
กำลังกาย รายที่ 2 มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ รายที่ 1: นอนไม่
ต่อเนื่อง ตื่นปัสสาวะกลางคืน รายที่ 2: นอนหลับสนิท
ตลอดคืนแบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ ระดับ
การศึกษารายที่ 1: จบประถมศึกษาปีที่ 6 รายที่ 2: จบ
มัธยมศึกษาตอนปลาย

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อาการด้วยตนเอง มีญาติมาด้วย	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อาการ มาด้วยรถนั่ง มี ญาติมาด้วย
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/77 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/73 มิลลิเมตรปรอท
ผิวหนัง	สีผิวดำแดง ไม่มีผื่น	สีผิวขาวเหลือง ไม่มีผื่น
ศีรษะ	ปกติ	ปกติ
ใบหน้า	สมมาตร	สมมาตร
เล็บ	สั้น สะอาด	สั้น สะอาด
ตา	ปกติ	ปกติ
หู	ปกติ	ปกติ
จมูก	ปกติ	ปกติ
ปาก	ปกติ สะอาด	ปกติ สะอาด
คอ	ปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต	ปกติ ต่อมไทรอยด์ไม่โต
หน้าท้อง	ความสูงของมดลูก 31 ซม. เหนือระดับหัวหน้า เส้นรอบวงหน้าท้อง 94 ซม.	ความสูงของมดลูก 31 ซม. เหนือระดับหัวหน้า เส้นรอบวงหน้าท้อง 97 ซม.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ปกติ หัวใจเต้นปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติ	ปกติ หัวใจเต้นปกติ ไม่มีเสียงผิดปกติ
ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ	แข็งแรง	แข็งแรง
ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์	ปกติ ไม่มีหูดหงอนไก่	ปกติ ไม่มีหูดหงอนไก่
ขา	ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่บวม	ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่บวม
ตรวจภายใน	ตรวจภายใน ปากมดลูกไม่เปิด	ตรวจภายใน ปากมดลูกไม่เปิด

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการตรวจร่างกายที่คล้ายคลึงกัน มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยในบางประเด็นลักษณะของสีผิวที่แตกต่างกัน และลักษณะของการมา หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 มาโดยรถนั่งซึ่งอาจบ่งบอกถึงการเจ็บครรภ์ที่มากกว่ารายที่ 1 ที่เดินมาเอง

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มีอาการเจ็บครรภ์ มีปัสสาวะบ่อย ก่อนมา 11 ชั่วโมง	มีอาการเจ็บครรภ์ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด ก่อนมา 5 ชั่วโมง
วันที่รับไว้	19 กรกฎาคม 2567	12 กุมภาพันธ์ 2567
วันที่จำหน่าย	26 กรกฎาคม 2567	16 กุมภาพันธ์ 2567
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีปัสสาวะบ่อย กระปิกะปรอย 11 ชั่วโมง ก่อนมามีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆจึงมาโรงพยาบาล	5 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆและมีน้ำใส ไหลออกทางช่องคลอดจึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	ไม่มี
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดก่อนกำหนด C/S อายุครรภ์ 24 ⁺ สัปดาห์เมื่อ 4 ปีก่อน น้ำหนักบุตร 700 กรัม ปัจจุบันเสียชีวิตเมื่ออายุ 1 ปี 5 เดือน	มารดาครรภ์ที่ 2 เคยคลอดก่อนกำหนด C/S อายุครรภ์ 33 ⁺ สัปดาห์เมื่อ 4 ปีก่อน น้ำหนักบุตร 2,030 กรัม ปัจจุบันแข็งแรงดี
การตั้งครรภ์ปัจจุบัน	G ₂ P ₀ P ₁ A _b Lo LMP 9 พฤศจิกายน 2566 EDC 15 สิงหาคม 2567 อายุครรภ์ 36 ⁺ wks by U/S ฝากครรภ์ 7 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ผลตรวจเลือดมีภาวะซีด Hct 33/30% DCIP:-ve MCV 72.9 Blood group O, Rh:+ve, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve, ผลตรวจสามมี Hct 46.2% MCV 74.4, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve	G ₂ P ₀ P ₁ A _b Lo LMP 10 มิถุนายน 2566 EDC 16 มีนาคม 2567 อายุครรภ์ 35 ⁺ wks by U/S ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ผลตรวจเลือดมีภาวะซีด Hct 31/34% DCIP:+ve MCV 60.1 MCH 20.3 Blood group O, Rh:+ve, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve, ผลตรวจสามมี Hct 38%, DCIP:+ve, MCV 77.7, MCH 21.1, VDRL: NR, Hbs: -ve, AntHIV: -ve
ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี	สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ในส่วนที่เหมือนกัน คือทั้งสองรายฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และทั้งสองรายมีความเสี่ยงจากประวัติคลอดก่อนกำหนดเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 มีความเสี่ยงสูงกว่าเนื่องจากเคยคลอดก่อนกำหนดอย่างมาก

(Extremely preterm) และทารกเสียชีวิต ในขณะที่รายที่ 2 คลอดก่อนกำหนดเล็กน้อยถึงปานกลาง (Moderately or late preterm) ทั้งสองรายมีภาวะซีด แต่หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 และสามมี DCIP positive ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของโรคธาลัสซีเมีย อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 มีน้ำเดินซึ่งเป็นอาการที่บ่งชี้

ถึงความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองรายต้องได้รับการเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดอย่างใกล้ชิด และเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งตรวจติดตามภาวะซีดและให้การรักษาที่เหมาะสม

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ราย 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 19 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยเจ็บครรภ์เป็นพักๆ ปัสสาวะบ่อย เป็นก่อนมา 11 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G₂P₀ P₁A₀L₀GA 36⁺สัปดาห์ by u/s ฝากครรภ์ 7 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 มีภาวะซีดเล็กน้อย Hct 30% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous sulfate 1x3 oral pc ให้ไปรับประทานที่บ้าน ส่วนสามีผลการคัดกรองปกติ ครรภ์แรกคลอด Preterm GA 24⁺สัปดาห์ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 700 กรัม ที่ รพ.ขอนแก่นเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ทารกเสียชีวิตด้วย Pneumonia เมื่ออายุ 1 ปี 15 วัน 1 วัน ก่อนมาหญิงตั้งครรภ์มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย วันที่ 19 กรกฎาคม 2567 เวลา ประมาณ 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ ไม่มีมูกเลือดหรือน้ำเดิน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แกร็บ เวลา 22.45 น. Hct stat 35% หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เดินมาเอง เจ็บครรภ์ pain score 3 คะแนน วัดความสูงของมดลูก 31 เซนติเมตร เนื้อหิวหน้าว เส้นรอบวงหน้าท้อง 94 ซม. คาคคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,000-3,115 กรัม มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 30 วินาที เด็กตื่นดี ทำ ROA FHR 142 ครั้ง/นาที ตรวจ EFM : ปกติ baseline 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในด้วย Speculum พบปากมดลูกไม่เปิดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 127/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์เวลา 22.55 น. แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องคลอด ให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ U/A: Appearance Slightly, Leukocyte 1+, WBC 10-20 cell/HPF, Bacteria few, CBC:

WBC 9,050 mm³, Neutrophils 80%, Lymphocyte 15%, Hct 30%, Hb 9.40 g/dl, MCV 76.90, MCH 24.30 แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedipine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมงให้ยาป้องกันการติดเชื้อ Ampicillin 2 gm. iv stat then 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ Nifedipine ครบ Monitor EFM ปกติ Category I มดลูกยังหดตัวสม่ำเสมอ Interval ทุก 3-4 นาที Duration 30 วินาที แพทย์พิจารณาให้ยา Nifedipine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที อีก 4 dose เวลา 02.25 น. ก่อนให้ยา ความดันโลหิต 99/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที FHR 150 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทราบ แพทย์พิจารณาให้ off Nifedipine เปลี่ยนยายับยั้งการหดตัวของมดลูกเป็น Bricanyl 4 amp + 5%D/w 100 ml iv drip 8 ml/hr หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และเป็นห่วงบุตรในครรภ์กลัวว่าจะมีอันตราย ให้คำแนะนำ แจ้งแนวทางการรักษาและผลการรักษาให้หญิงตั้งครรภ์ทราบเป็นระยะๆ หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสีหน้าสดชื่น หลังให้ยามดลูกหดตัวห่างออก จนกระทั่งไม่มีการหดตัวของมดลูก ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ off Bricanyl ได้ ในวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 เวลา 07.30 น. On NST : ผล Reactive no contraction FHR 130-150 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอเด็กตื่นดี เวลา 14.00 น. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ระยะเวลารักษาดูตัวในโรงพยาบาล 6 วัน นัดฝากครรภ์ วันที่ 26 กรกฎาคม 2567

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำใสๆไหลจากช่องคลอด เจ็บครรภ์เป็นพักๆ เป็นก่อนมา 5 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G₂ P₁A₀ L₁Last 4 ปี GA 35⁺สัปดาห์ by ultrasound ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีภาวะซีด ครั้งที่ 1 Hct 31% MCV 60.1, DCIP positive, MCH 20.3 ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate 1x3 Oral. pc ไปรับประทานที่บ้าน ครั้งที่ 2 Hct 34% ส่วนสามี Hct 38% MCV 77.7

DCIP positive ทั้งคู่จะเป็นพาหะของฮีโมโกลบินอี (Hemoglobin E trait) ซึ่งมีความเสี่ยงที่ทารกจะเป็นโรคธาลัสซีเมีย ครรภ์แรก PROM c Preterm GA 33⁺⁶ สัปดาห์คลอด C/S ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2050 กรัม ที่ รพ.ขอนแก่นเมื่อ 4 ปีที่แล้ว ทารกแข็งแรงดี วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 07.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีน้ำใสไหลจากช่องคลอด เจ็บครรภ์เป็นพักๆ ญาตินำส่งโรงพยาบาลมารับเวลา 12.00 น. ด้วยรถนั่ง หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี Hct stat 33% เจ็บครรภ์ pain score 3 คะแนน วัดความสูงของมดลูก 31 เซนติเมตรเหนือหัวหน้า เส้นรอบวงหน้าท้อง 97 ซม. คาคคเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,184-3,200 กรัม มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 4 นาที Duration 40 วินาที เด็กดีนดี ทำ ROA 142 ครั้ง/นาที ตรวจ EFM : Category IFHR tracingปกติ baseline 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในด้วย Speculum พบปากมดลูกไม่เปิด Nitrazine test Negative สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์เวลา 12.15 น. แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องคลอด ให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ U/A: ผลปกติ, CBC: WBC 10,620 mm³, Neutrophils 74%, Lymphocyte 20%, Hct 33%, Hb 11.20 g/dl, MCV 61, MCH 21.00 แพทย์ให้ยาบับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง และให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง x 4 dose หลังให้ยา Nifedifine ครบ Monitor EFM พบ

Minimal variability หลัง IUR EFM Category I ยังมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 6-7 นาที Duration 30 วินาที แพทย์ให้ Load Nifedifine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose หลัง Load รอบ 2 ยังมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 10 นาที Duration 40 วินาที แพทย์ให้ continuous Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมงต่อ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 09.30 น. ยังมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 1 Ft ความบาง 25% ระดับส่วนน้ำ -2 MI แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาบับยั้งการหดตัวของมดลูกเป็น Bricanyl 4 amp + 5%D/w 100 ml iv drip 5 ml/hr titrate until no uterine contraction หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และเป็นห่วงบุตรในครรภ์กลัวว่าจะมีอันตราย ให้คำแนะนำและแจ้งแนวทางการรักษา รวมถึงผลการรักษาให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ทราบเป็นระยะๆ หญิงตั้งครรภ์ยังมีสีหน้ากังวลพูดคุยให้กำลังใจ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 06.00 น. ยัง on Bricanyl 4 amp + 5%D/w 100 ml iv drip 12 ml/hr หญิงตั้งครรภ์บ่นเหนื่อยและมีอาการใจสั่นเป็นพักๆ Monitor EFM พบ Minimal variability หลัง IUR EFM Category I ยังมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 1 Ft ความบาง 25% ระดับส่วนน้ำ -2 MI แพทย์พิจารณา Consult โรงพยาบาลชุมแพ แพทย์รับ Refer plan C/S เตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดและส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ เวลา 08.20 น. ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

การวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : pain score 3	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : pain score 3	1. ประเมินอาการทั่วไป pain score 2. อธิบายให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการ แนวทางการรักษาพยาบาล 3. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย และแนะนำให้นอนพักคนเดียว จำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อลดการหดตัวของมดลูก

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
<p>: มี Contraction Interval 3 นาที Duration 30 วินาที</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เจ็บครรภ์ลดลง Pain score ลดลง EFM ไม่มี Uterine contraction</p>	<p>: มี Contraction Interval 4 นาที Duration 40 วินาที</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ยังมีอาการเจ็บครรภ์ Pain score 5-6 EFM มี Uterine contraction Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกมีการหดตัว โดยหายใจเข้าออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะๆ โดยการเพ่งสายตาไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น รูปภาพ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติกระตุ้นผิวหนังด้วยการลูบหรือนวดคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด ประเมินการหดตัวของมดลูก ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ เพื่อให้การดูแล ช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมและความสุขสบายทั่วไป
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : อายุครรภ์ 36⁺ สัปดาห์ : มี Contraction Interval 3 นาที Duration 30 วินาที</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกเจ็บครรภ์ O : อายุครรภ์ 35⁺ สัปดาห์ : มี Contraction Interval 4 นาที Duration 40 วินาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการทั่วไป ประเมินการหดตัวของมดลูก ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย และแนะนำให้นอนพักผ่อนเตียง จำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อลดการหดตัวของมดลูก ดูแลให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine 5 mg 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nifedipine 5 mg 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O : หลังได้รับยา Nifedipine ความดันโลหิต 99/49 มีลิเทียมปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที FHR 150 ครั้ง/นาที</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล เจ็บครรภ์ลดลง Pain score ลดลง EFM ไม่มี Uterine contraction อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพปกติ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกเหนื่อย ใจสั่น O : หลังได้รับยา Bricanyl ท่าทางอ่อนเพลีย ชีพจร 112 ครั้ง/นาที EFM พบ Minimal variability</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ยังมีอาการเจ็บครรภ์ เหนื่อย ใจสั่น เป็นพักๆ อัตราการเต้นของหัวใจ 90-118 ครั้ง/นาที Pain score 5-6 EFM มี Uterine contraction Interval ทุก 6-8 นาที Duration 40 วินาที มี Minimal variability</p>	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลให้ Bricanyl 4 amp+ 5%D/w 100 ml iv drip ตามแผนการรักษา(รายที่ 1 drip 8 ml/hr, รายที่ 2 drip 5 titrate until 12 ml/hr) ดูแลให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง x 4 dose (กรณีศึกษา รายที่ 2) ประเมินการหดตัวของมดลูก และประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอดูแล7. ดูแล Monitor EFM หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก หากพบชีพจร > 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต < 90/60 mmHg ให้งดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที ประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาทุก 15 นาที จนกว่าจะอาการปกติ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ร้อนวูบวบ มีนงง เหนื่อย วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด หากมีอาการให้แจ้งและรายงานแพทย์ทันที
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกปัสสาวะ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอกมีน้ำใสๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการทั่วไป อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาล แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ และการพยาบาล ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล
กระปริดกระปรอย ปัสสาวะบ่อย O : U/Awu bacteria few	ไหลออกทางช่องคลอด O : CBC;WBC 10,620 mm ³ , Neutrophils 74%	4. แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆวันละ 2,000-3,000 ลิตร
Wbc 10-20 cel/VHPF CBC: WBC 9,050 mm ³ , Neutrophils 80% : ซีด Hct 30%, Hb 9.40 g/dl, ประเมินผลการพยาบาล ปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ	O : ซีด Hct 33%, Hb 11.20 g/dl, DCIP positive MCV 61, MCH 21 ประเมินผลการพยาบาล ปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ	5.แนะนำการป้องกันการติดเชื้อโดยการรักษาความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ ทุกครั้งหลังขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ 6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 2 gm. iv stat then 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง (กรณีศึกษารายที่ 1) 7. ดูแลให้ยา Ferrous sulfate 1x2 oral pc และแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์เนื้อปลา ตับ ไข่แดง ผัก ผลไม้และถั่วต่างๆ 8. ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ปัสสาวะขุ่น แสบขัด ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดาวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอก”กลัวต้องได้ผ่าคลอดเหมือนท้องที่แล้ว” “ ลูกติดอยู่ในมัยยะ” O : มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดและทารกเสียชีวิต : สีหน้ากังวล และสอบถามข้อเท็จจริงทารกในครรภ์ ประเมินผลการพยาบาล มารดาสนใจรับฟังแต่ยังมีสีหน้าคลายกังวล	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดาวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน S : มารดาบอก”เจ็บครรภ์กลัวต้องได้ผ่าคลอดก่อนเหมือนท้องที่แล้ว” O : มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด : สีหน้ากังวล หน้ามืด คิ้วขมวด สอบถามเรื่องการเจ็บครรภ์คลอด ข้อๆ ประเมินผลการพยาบาล มารดาสนใจรับฟังแต่ยังมีสีหน้ากังวล	1. ประเมินอาการทั่วไป 2. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยระบายความรู้สึกและซักถาม พร้อมทั้งให้ข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการ แนวทางการรักษาพยาบาล ให้ความมั่นใจว่าแพทย์ พยาบาลกำลังให้การดูแลรักษาพยาบาลมารดาและทารกอย่างเต็มที่ 4. แจ่มจรรดาก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อให้มารดาเกิดความเข้าใจและคลายกังวล 5. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และรับรู้ถึงปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โดยพบว่า ทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่เหมือนกัน คือ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์แรกทั้ง 2 รายทำให้เป็นปัจจัยให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁵, ทั้ง 2 รายมีภาวะซีดทำให้มีโอกาสดเกิดการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย⁶, อีกทั้งกรณีศึกษารายที่ 1 มีแบบแผนการขับถ่ายที่มักจะกลั้นปัสสาวะเป็นประจำทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด⁵, ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยาปฏิชีวนะ ยายับยั้งการเจ็บครรภ์และได้รับการดูแล

ขณะได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดตามมาตรฐาน ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานจนสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และได้รับการประสานส่งต่อคลินิกฝากครรภ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะซีดอีกทั้งสามีและภรรยาเป็นคู่เสี่ยงพาหะธาลัสซีเมีย ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย ได้รับการดูแลให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ขณะได้รับยาพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน แต่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานการส่งต่อได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษานำไปเป็นแนวทางการพัฒนาแนวทางการดูแลตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยประสานงานกับคลินิกฝากครรภ์ในเรื่องการคัดกรองและให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องคลอดรวมถึงพัฒนาแผนการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลผู้คลอดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการบูรณาการร่วมกันทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิและระดับตติยภูมิ ในการให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด พยาบาลงานการพยาบาลผู้คลอดต้องพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถในการประเมินภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแล มารดา ทารกและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. บุศรินทร์เขียนแมน, เยาวเรศ ก้านมะลิ, และวรรณวิมล ทุมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ;15(3):286-300.
2. HDC. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2564-2566.สืบค้นได้จาก : <https://hdcserve.moph.go.th/hdc/reports/>
3. HDC. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ปีงบประมาณ 2564-2566. สืบค้นได้จาก : <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลภูเวียง. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูเวียง ปีงบประมาณ 2564-2566.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยฉบับ พ.ศ. 2566.
6. ศิริกนก กลั่นขจร.(2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากากรขาดธาตุเหล็ก. วารสารสภาวิชาชีพพยาบาล;14(1):54-64.