

การพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา

Nursing care for a mother who has Shoulder Dystocia with Postpartum Hemorrhage
: case study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

นภสวรรณ ชำนิวิกัยมาศ¹Napasawan Chamniwikaimars¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยศึกษาในผู้คลอด อายุ 35 ปี ประวัติตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ระยะก่อนคลอด มีภาวะไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ในระยะคลอด เกิดภาวะคลอดติดไหล่ 2 นาที ได้รับการตัดฝีเย็บให้กว้างกว่าปกติ และทำคลอดไหล่ด้วยการจัดท่าแบบแม็คโรเบิร์ตส์และกดบริเวณเหนือหัวหน่าว ทารกคลอดเพศชาย คะแนนแอปการ์ นาทีที่ 1,5,10 เท่ากับ 7,8,9 คะแนน น้ำหนัก 3,960 กรัม แขนซ้ายขยับได้แนวราบ รกคลอดครบ ลักษณะปกติ ระยะหลังคลอดผู้คลอดเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด เสียเลือดรวม 520 มิลลิลิตร ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูก หลังจากนั้นมดลูกหดตัวดี ไม่พบเลือดออกจากช่องคลอด และแผลฝีเย็บเพิ่มเติม จึงส่งผู้คลอดและทารกแรกเกิดไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสูติ นรีเวช จากการเยี่ยมติดตามพบว่าผู้คลอดอาการทั่วไปปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 3 วัน ส่วนทารกหลังคลอด 1 วัน แขนซ้ายเคลื่อนไหวได้น้อยลง ดูดนมแล้วมีอาเจียน กุมารแพทย์จึงย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม วินิจฉัยว่ามีอาการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน ปกป้องกายภาพบำบัดช่วยฟื้นฟูเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ ต่อมาภาวะตัวเหลือง ได้รับการส่องไฟบำบัดอยู่ 2 วัน ตัวเหลืองและค่าบิลิรูบินลดลง แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

คำสำคัญ : คลอดไหล่ยาก, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for a mother who had Shoulder Dystocia with Postpartum Hemorrhage. The study was conducted on a 35-year-old mother with a history of a second pregnancy, 39 weeks and 4 days of gestation, who presented with labor pains 4 hours before hospital admission. During the prenatal period, she was uncomfortable from labor pains and at risk of receiving drugs to induce uterine contractions. During labor, shoulder dystocia occurred for 2 minutes. The right episiotomy was widened more than normal, and the shoulder was delivered using the McRoberts maneuver and suprapubic pressure. The neonate was born male with Apgar scores at 1, 5, and 10 minutes of 7, 8, and 9. The neonate weighed 3,960 grams. The left arm was movable horizontally; it showed a full normal placenta, and total blood loss was 520 ml. The mother had a postpartum hemorrhage, and then the mother received a stimulant uterine contraction drug and a uterine massage. After that, the uterus contracted well. There was no additional vaginal bleeding or Episiotomy. Therefore, the mother and neonate were sent to the obstetrics and gynecology ward for further care. A follow-up visit revealed that the mother's general condition was normal. The doctor therefore discharged her home. The total length of stay was 3 days. The neonate's left arm moved less one day after birth, and vomited after sucking milk. The pediatrician therefore transferred the neonate to the pediatric ward and diagnosed a brachial nerve injury and consulted a physical therapist to rehabilitate the nerves and muscles. Later, the neonate developed jaundice and received phototherapy for 2 days. Jaundice symptoms and bilirubin levels decreased, so the doctor discharged the neonate home. The total length of stay was 4 days.

Keywords: Shoulder Dystocia, Postpartum Hemorrhage¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

บทนำ

การคลอดใหล่ยากเป็นการที่ผู้ทำคลอดไม่สามารถทำคลอดใหล่หน้าหรือใหล่หลังหรือใหล่ทั้ง 2 ข้าง ด้วยการดึงศีรษะทารกกลงตามปกติหลังทำคลอดศีรษะทารกแล้ว และจำเป็นต้องใช้กระบวนการช่วยคลอดใหล่เพิ่มขึ้น¹ เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่แพทย์หรือผู้ทำคลอดต้องให้ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเนื่องจากภาวะนี้สามารถทำให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารก และเป็นภาวะที่ไม่สามารถทำนายได้ว่า จะเกิดในผู้คลอดรายใด² อุบัติการณ์การเกิดภาวะคลอดใหล่ยากในยุโรปพบร้อยละ 0.5 -1³ ประเทศอเมริกาพบอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.2-3 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด⁴ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการคลอดใหล่ยากประมาณร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด⁵ สาเหตุการคลอดใหล่ยากด้านทารก มักเกิดในทารกน้ำหนักมาก โดยพบว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม เกิดอุบัติการณ์คลอดใหล่ยากร้อยละ 1 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ถึง 9 ถ้าทารกน้ำหนัก 4,000 ถึง 4,500 กรัม และเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ถึง 23 ในทารกที่น้ำหนักเกิน 4,500 กรัม⁴ สาเหตุด้านผู้คลอด ได้แก่ ตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นเบาหวาน และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากในขณะตั้งครรภ์ ความก้าวหน้าของการคลอดผิดปกติ และมีประวัติคลอดใหล่ยาก⁶

ผลกระทบของการคลอดใหล่ยาก ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารกได้ประมาณร้อยละ 25 โดยการบาดเจ็บที่พบบ่อย ได้แก่ เส้นประสาทแขนบาดเจ็บ (Neonatal Brachial Plexus Injury (NBPI) กระดูกไหปลาร้าหัก และกระดูกต้นแขนหัก² นอกจากนี้อาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน สมองขาดออกซิเจนและขาดเลือด (Hypoxic-Ischemic encephalopathy, HIE) และทารกแรกเกิดพิการ หรือเสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อผู้คลอด ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี ทำให้เลือดออกหลังคลอด บาดแผลฉีกขาดบริเวณฝีเย็บระดับ 3 หรือ 4 บาดแผลฉีกขาดบริเวณปากมดลูกและช่องคลอด ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อมดลูกแตก และการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ⁷ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นตาม

ความรุนแรงของผลกระทบ และวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบระยะยาวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ จากการสะสมความเครียด ความวิตกกังวล ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว^{1,8} รวมทั้งอาจนำมาสู่การฟ้องร้อง ทำให้เกิดความเสียหายต่อภาพลักษณ์ขององค์กร²

งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยมีสถิติผู้คลอดในปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวน 1,002, 1,022 และ 1,015 ราย ตามลำดับ ไม่พบอุบัติการณ์คลอดใหล่ยาก⁹ ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว สูติแพทย์มีการกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติการณ์คลอดใหล่ยากตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์โดยเมื่อตรวจครรภ์พบระดับความสูงของยอดมดลูกมากกว่าหรือเท่ากับ 38 เซ็นติเมตร หรือหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนด 40 สัปดาห์ จะมีการตรวจอัลตราซาวด์ทุกรายก่อนคลอด กรณีที่ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม แพทย์จะทำการผ่าตัดคลอดทุกราย แต่การประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากน้ำหนักจริง ทำให้การวางแผนการคลอดไม่เหมาะสม อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม การคลอดใหล่ยาก อาจพบได้ในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมทางด้านการมารดาด้วย ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 พบอุบัติการณ์คลอดใหล่ยาก 1 ราย สาเหตุจากการประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์คลาดเคลื่อน ซึ่งจากอุบัติการณ์ที่พบน้อย ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดขาดทักษะ ประสบการณ์ในการทำคลอดหรือช่วยแพทย์ทำคลอดใหล่ยาก ซึ่งอาจ ส่งผลให้เกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จึงสนใจศึกษาผู้คลอดใหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการ การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน ที่กำหนดได้อย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับปัญหา ส่งผลให้ผู้คลอดและทารกแรกเกิดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่

เกิดการฟ้องร้อง ร้องเรียนต่อบุคลากรและองค์กรอื่น
จะ ทำให้เสียชื่อเสียง และขาดความเชื่อมั่นต่อองค์กร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้คลอดไหล่
ยากร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับ
ภาวะตกเลือดหลังคลอด ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกผู้คลอดไหล่ยากร่วมกับภาวะตกเลือด
หลังคลอดเป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็น
การคลอดที่มีปัญหาซับซ้อนรุนแรงทั้งตัวผู้คลอดและ
ทารกแรกเกิด ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ
ประสบการณ์สูงในการดูแลระยะก่อนคลอด ระยะ
คลอด และระยะหลังคลอด
3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความและ
งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. รวบรวมข้อมูลของผู้คลอดและทารกแรกเกิด
จากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจ
ทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหา ความ
ต้องการของผู้คลอดและทารกแรกเกิด กำหนด
แผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน
ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการ
พยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการ
พยาบาลและการประเมินผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม
Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม
และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้า
ร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาใน
ครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ
สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการ
เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผล
การศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ใน
การศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอด อายุ 35 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ
ไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา
มัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพค้าขาย เข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 ด้วย
อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G2P1A0L1 ผ่าครรภ์ที่
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 12 ครั้ง
ไม่ครบตามเกณฑ์ อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน โดยอัล
ตราซาวด์ วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย
(LMP) จำไม่ได้ วันกำหนดคลอด (EDC) 11
พฤศจิกายน 2567 ผลเลือด VDRLไม่พบเชื้อ HbsAg,
Anti HIV ผลเป็นลบ, Hematocrit 36.6 เปอร์เซ็นต์

การวินิจฉัยแรกรับ Labor pain

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิกาย
36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 90 ครั้งต่อ
นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
120/77 มิลลิเมตรปรอท
- ศีรษะ: รูปร่างปกติ ไม่มีก้อนนูนผิดปกติ ผมด้า ไม่มี
ผมร่วงผิดปกติไม่มีบาดแผลหรือผื่น
- ใบหน้า: สมมาตร รูปร่างปกติ ไม่บวม
- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีด ไม่มีสิ่งคัดหลังผิดปกติ
- คอและไหล: ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง ต่อม
ไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ปกติ
ขาสองข้างไม่บวม
- ทรวงอกและปอด: หายใจสม่ำเสมอ ค่าความอิ่มตัว
ออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) 100 เปอร์เซ็นต์
- หัวใจ: เต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ
- ท้อง: ยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกท่า
LOA อัตราการเต้นหัวใจทารก (FHS) 130 - 140 ครั้ง
ต่อนาที ระยะห่างการหดตัว (Interval) 4 นาที หด
รัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที แรงการหดตัว
(Severity) 1+ ระดับความเจ็บปวด 5/10 คะแนน

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้ตัวดี ม่านตา 90 เปอร์เซ็นต์ ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (Membrane Intact; MI) ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนน้ำ (Station) -1 มีมูก
- ตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร
- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด (Cervical dilation) เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย
- ประมาณ 3 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง (Effacement) แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสี่ยงต่อเกิดอันตรายจากผลข้างเคียงของยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดได้รับ 5% D/N/2 1,000 มิลลิกรัม + Syntocinon 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ เริ่มที่อัตราการไหล 6 มิลลิกรัมต่อชั่วโมงและปรับอัตราการไหลตามการหดตัวของมดลูก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ด้านผู้คลอด ได้แก่ มดลูกหดตัวแบบไม่คลาย มดลูกแตก น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด ด้านทารกในครรภ์ คือ ภาวะคับขัน (Fetal distress)	- อธิบายเหตุผล ความจำเป็น แผนการรักษา ความเสี่ยงจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก แนวทางการดูแล วิธีปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอด และห้ามผู้คลอดปรับน้ำเกลือเอง - เตรียมให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา คือ 5% D/N/2 1,000 มิลลิกรัม + Syntocinon 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ภายหลังเด็มาลงในน้ำเกลือให้เข้าน้ำเกลือจนกระจายทั่ว เขียนและติดป้ายระบุชนิดสารน้ำ ชนิดยาที่ผสม ปริมาณยาที่ใช้ ระบุวันที่ เวลาที่ให้ยา ชื่อผู้ให้ยาให้ชัดเจน เพื่อการยืนยันความถูกต้องของผู้คลอด และตรวจสอบความถูกต้องการได้รับยาตามแผนการรักษา - ให้ 5% D/N/2 1,000 มิลลิกรัม + Syntocinon 10 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เริ่มให้ที่อัตราการไหล 6 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง สังเกตการเกิดอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ - ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะ 15 นาทีแรกหลังให้ยา เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา หากการหดตัวของมดลูกปกติ ประเมินต่อไปทุก 30 นาที และทุกครั้งหลังปรับอัตราการไหล 2-3 นาที การปรับอัตราการไหลของยา เพิ่มครั้งละ 6 มิลลิกรัม/ชั่วโมง จนมดลูกหดตัวดี คือ หดตัวนาน 40 - 60 วินาที ระยะห่าง 2 - 3 นาที และมีความแรงระดับดี - ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อป้องกันการกดทับเส้นเลือด inferior venacava ทำให้มดลูก รก ทารกได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างเพียงพอ - กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางกระบวนการคลอด - ตรวจและติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (Monitor NST) และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ทำให้เลือดที่ไปยังรกลดลง - สอนผู้คลอดให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ ว่ามีการดิ้นมากขึ้นหรือน้อยลง ภายหลังการหดตัวของมดลูก ซึ่งปกติจะดิ้น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง - สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานเกิน 60 วินาที มีวงแหวนแบนเดิล เสียงหัวใจทารกผิดปกติ ให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที และรายงานสูติแพทย์ทันที - เมื่อเจาะถุงน้ำคร่ำ ประเมินสีน้ำคร่ำว่ามีซีเทา (Meconium) ปนหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีอาการแสดงของมดลูกหดตัวอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่าปกติ และวงแหวนแบนเดิล ระยะห่างการหดตัวของมดลูก 3 นาที และหดตัวนาน 40 วินาที อัตราการเต้นหัวใจทารก อยู่ในช่วง 140-146 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ เจาะถุงน้ำคร่ำ ลักษณะน้ำคร่ำใสปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดไม่ สุขสบาย เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดจากการหดตัวของมดลูก ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือแน่น ขณะมดลูกหดตัว 2. ระดับความเจ็บปวดปานกลาง (Pain score) 5/10 คะแนน 3. ผลประเมินการหดตัวของมดลูก ระยะ ห่างการหดตัว (Interval) 4 นาที หดตัวนาน (Duration) 35 วินาที แรงการหดตัวของมดลูก (Severity) 1+ ปากมดลูกบาง (Effacement) 90 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนน้ำ (Station) -1 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (Membrane Intact; MI) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม	1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และอบอุ่นใจ 2. ประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ โดยสังเกตอาการและลักษณะการเจ็บครรภ์ ร่วมกับใช้แบบประเมิน Numerical Rating Scale (NRS) เพื่อบรรเทาการเจ็บครรภ์ ตามระดับความรุนแรงอย่างเหมาะสม 3. จัดท่านอนผู้คลอดนอนในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 4. นวดบริเวณก้นกบ หลัง ต้นขา ขณะมดลูกมีการหดตัว เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณของประสาทความรู้สึกปวดไปยังสมอง ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง 5. แนะนำวิธีการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดและการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง ในขณะที่ยังมดลูกหดตัว เช่น การหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) และการหายใจแบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) 6. ดูแลเกี่ยวกับความสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อดทนหิวหิองพอเหมาะ และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและการทหรกในครรภ์ เช่น ผลการตรวจภายใน ผลการฟังเสียงหัวใจของทารก แผนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้กระตุ้นการหลั่ง Endorphin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทสำหรับระงับความปวด 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการแสดงของความปวด เช่น อัตราการเต้นของชีพจร และการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายต่ำลง ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม โดยใช้เทคนิคการหายใจและการลูบหน้าท้อง ทุกครั้งที่มดลูก หดตัว
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัยจากการคลอดทั้งต่อตนเอง และทารกในครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อยครั้ง สอบถามถึงผลการฟังอัตราการเต้นของทารกในครรภ์บ่อยครั้ง 2. ผู้คลอดบอกว่า กลัวตนเองและทารกจะเป็นอันตรายขณะคลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องการคลอดและความปลอดภัยของทารกในครรภ์	1. พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้คลอด ด้วยท่าที่เป็นมิตร 2. ให้ข้อมูลการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และการประเมินสภาพทารกในครรภ์แก่ผู้คลอดและญาติทราบเป็นระยะๆ เพื่อลดความวิตกกังวล 3. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด 4. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติซักถามข้อข้องใจต่างๆ และตอบคำถามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ด้วยความเต็มใจ 5. เปิดโอกาสให้สามีหรือญาติพูดคุยกับผู้คลอดผ่านทางเครื่องอินเตอร์คอม (Intercom) เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด 6. ชี้แจงให้ทราบว่าทางโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลทั้งทางสูติกรรมและกุมารเวช ที่ จะให้การดูแลผู้คลอด และทารกในครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดเป็นอย่างดี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอด แผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดี
ระยะคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดมีภาวะคลอดไ้หล่ยากเนื่องจากทารกตัวโต ข้อมูลสนับสนุน	1. ขอความช่วยเหลือจากทีม ตามที่กำหนดบทบาทไว้ เพื่อช่วยประเมินสถานการณ์ให้การช่วยเหลือและจัดการกับภาวะวิกฤต 2. สอนปัสสาวะทิ้ง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางกระบวนการคลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ศีรษะทารกคลอดออกมาแล้ว แต่ติดอยู่กับปาก ช่องคลอดไม่สามารถคลอดได้ 2 นาที 2. น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,960 กรัม วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อช่วยเหลือน้ำทารกให้คลอดอย่างปลอดภัยและรวดเร็ว 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ปลอดภัย เช่น การฉีกขาดช่องทางการคลอดตกเลือดหลังคลอด และทารกขาดออกซิเจน	3. จัดยาชาให้เพียงพอแล้วตัดฝีเย็บด้านขวาให้กว้างมากขึ้น เพื่อให้ช่องทางการคลอดกว้างมากขึ้น 4. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกหรือสารคัดหลั่งในปากและจมูกทารกออกให้หมด 5. ดึงศีรษะทารกกลาง พร้อมกับให้มารดาเบ่ง เพื่อให้ไหล่ของทารกที่ติดกับกระดูกหัวหน้าของผู้คลอด คลอดออกมาได้ 6. ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ยาก โดยจัดทำ McRoberts maneuver ยกขา ผู้คลอดทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้วงอช่วงสะโพกขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง ร่วมกับทำ Suprapubic pressure โดยกำมือแล้วกดลงบริเวณเหนือ หัวเข่าตรงๆ พร้อมกับแพทย์ดึงศีรษะทารกกลาง เพื่อให้ไหล่หน้าคลอด 7. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บด้วยไหมละลาย นำผ้าก๊อสนุ่มสำลี (Top Gauze) หรือ Tampon ใส่เข้าไปในช่องคลอด เพื่อเป็นแรงกดในการหยุดเลือดจากแผล หลังเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตเลือดที่ออก ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ใต้แผล เพื่อประเมินภาวะตกเลือด
	8. ประเมิน APGAR score ที่นาทีที่ 1, 5, 10 และตรวจร่างกายทารก เพื่อประเมินการบาดเจ็บ 9. บันทึกการคลอดโดยละเอียด ได้แก่ 9.1 ระยะเวลาของการคลอดในแต่ละระยะ 9.2 ชนิดการตัดฝีเย็บ 9.3 บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก 9.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเวลาที่เกิดแต่ละเหตุการณ์ 9.5 ขั้นตอนการช่วยเหลือภาวะคลอดไหล่ยากแต่ละวิธีอย่างละเอียด 9.6 ระยะเวลา และยาที่ผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้รับ 9.7 การแจ้งข้อมูลภาวะคลอดไหล่ยากและการช่วยเหลือให้กับผู้คลอดและญาติ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีการฉีกขาดช่องทางการคลอดเพิ่ม เสียเลือดจากการคลอด 520 มิลลิลิตร ทารกคลอดทางช่องคลอดได้ หลังศีรษะคลอด 2 นาที APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 7, 8, 9 คะแนน ร้องเบา ปลายมือ ปลายเท้าเขียว อัตราการหายใจ 50 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140 - 150 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92 - 97 เปอร์เซ็นต์ แขนซ้ายเคลื่อนไหวได้เฉพาะในแนวราบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะคลอดไหล่ยาก ข้อมูลสนับสนุน 1. คลอดติดไหล่นาน 2 นาที 2. ทารกร้องเบา ปลายมือ ปลายเท้าเขียว วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจน 2. เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายทารกแรกเกิดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	1. ดูดเสมหะและน้ำคร่ำออกจากปากและจมูกของทารก เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง 2. เช็ดตัวให้แห้งและห่อตัวด้วยผ้าอุ่น 3. ประเมิน APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เพื่อประเมินสภาพทั่วไปของทารก 4. ประเมินความรู้สึกตัว ลักษณะสีผิว ปลายมือ-ปลายเท้า สีของริมฝีปาก เพื่อประเมินว่าเซลล์สมอง และอวัยวะส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 5. วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Monitor SpO₂) ตลอดเวลา เพื่อติดตามและประเมินการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 6. จัดทำนอนศีรษะสูง 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนไหล่หน้าประมาณ 1-2 เซนติเมตร เพื่อให้ทางเดินหายใจตรง และช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น 7. สังเกตและเฝ้าระวังอาการทารกขาดออกซิเจน เช่น ดิ้น กระสับกระส่าย หายใจหอบ หายใจลำบาก ออกรุ่น ปีกจมูกบาน เขียว ตัวลาย หากพบอาการเหล่านี้รีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์ทันที 8. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ลดการรบกวนทารกจากเสียง แสงสว่าง วางแผน การพยาบาลให้เสร็จสิ้น ในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อให้ทารกพักผ่อนอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เต็มที่ ลดอัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 9. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ คือ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 10. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
	ประเมินผลการพยาบาล ทารกไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าแดงดี ไม่มีเหนียวหอบ ไม่มีภาวะหายใจลำบาก APGAR score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 7, 8, 9 คะแนน APGAR นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40-60 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-99 เปอร์เซ็นต์
ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มารดาหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดเนื่องจากสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดทารกคลอดรก และแผล็เย็บ ร่วมกับมดลูกหดตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดาสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดทารกและคลอดรก 520 มิลลิลิตร 2. คลำพบบวมมดลูกนุ่ม หดรั้งตัวไม่ดี 3. อัตราการเต้นชีพจรเร็ว 100 ครั้งต่อนาที วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อควบคุมและหยุดเลือดที่ออก 2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ตรวจวัดและประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออกมาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวต่อชั่วโมง ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดส่วนปลาย (Capillary Refill Time; CRT) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วินาที 3. นวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องทุก 5 นาที และสอนสามีให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง 4. ตรวจสอบแผล ตรวจหาการฉีกขาดของช่องคลอดและช่องเย็บแผล 5. กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก บันทึกปริมาณปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อก 6. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 - 30 นาที 7. ฉีด Syntocinon 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัว 8. ฉีด Methergine 0.2 มิลลิกรัม เข้าหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวและป้องกันการตกเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ มีเสียงหึ่งในหู (Tinnitus) เจ็บหน้าอก หายใจเร็วขึ้น 9. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 40 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกภายหลังการคลอด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การหดเกร็งของมดลูกมากเกินไป ชัก อาการภาวะน้ำเกิน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ไอ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณหน้าขา หน้า 10. ดูแลให้ Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนัก ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ อาการหนาวสั่นและมีไข้ 11. ดูแลให้ Transamin 500 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อยับยั้งการสลายลิ่มเลือด ซึ่งจะช่วยป้องกันเลือดออก เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ
	12. เตรียมโลหิตแบบ Type and Screen PRC 2 ยูนิต เพื่อสามารถให้เลือดได้ทันทีเมื่อมีแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	13. สังเกตและติดตาม Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง ถ้า Hematocrit ต่ำกว่า 25 เปอร์เซ็นต์ หรือลดลงจากเดิม 3 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยการให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด 14. ให้ข้อมูลการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์ แก่ผู้คลอดและสามีเป็นระยะ ๆ การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นชีพจร 92-98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/67 - 133/71 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 86-92 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99 เปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยส่วนปลายน้อยกว่า 2 วินาที ค่าความเข้มข้นของเลือด 42 เปอร์เซ็นต์ มดลูกหดตัวดีแข็งลยระดับสะดือ ไม่มีเลือดออกจากแผลฝีเย็บ ไม่พบเลือดหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่ออกจากช่องคลอดเพิ่ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดาหลังคลอดบอกว่าปวดมดลูกและแผลฝีเย็บไม่กล้าขยับร่างกาย 2. ขณะมดลูกหดตัวมีสีหน้าไม่สุขสบาย พักผ่อนไม่ได้ 3. คะแนนความปวด 6/10 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บ	1. ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้ 1.1 สังเกตอาการแสดงความเจ็บปวด เช่น สีหน้าแสดงความเจ็บปวด พูดบ่นถึงความเจ็บปวด หรือร้องขอความช่วยเหลือ 1.2 ซักถามถึงอาการปวดเป็นระยะหลังคลอด 1.3 ประเมินความรุนแรงของอาการปวด ด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Pain Score) ทุก 1-2 ชั่วโมง 2. แนะนำการจัดท่านอนที่สบาย เพื่อลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป เช่น นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บ ให้ขมิบก้นก่อนนั่ง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลฝีเย็บ จัดให้ท่านอนหงาย (หมอนโดนัท) ช่วยลดการกดทับแผลฝีเย็บขณะนั่ง แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เพื่อลดการ กระแทกกระเือนแผลฝีเย็บ 3. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกหดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ 4. สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด เช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ การเปลี่ยนท่านั่ง ท่านอนให้รู้สึกสบายขึ้น 5. แนะนำและจัดให้ท่านอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้อง จะช่วยให้น้ำคาวปลาไหลสะดวก ลดอาการปวดมดลูก และให้บริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน โดยการขมิบช่องคลอด เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนเลือดดีขึ้น 6. ดูแลประคบเย็นบริเวณแผลฝีเย็บ เพราะความเย็นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณที่ประคบเกิดการหดตัว และยังช่วยลดการนำกระแสประสาท และลดการถูกกระตุ้นของปลายประสาท จะช่วยลดอาการบวม ลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บลงได้ 7. ดูแลให้ยาแก้ปวด Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ดเวลาปวด ทุก 4 - 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา และประเมินความปวดหลังได้รับยา 1 ชั่วโมงพร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียง เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด 8. พุดคุยให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกว่าได้เผชิญกับความเจ็บปวดเพียงลำพัง และสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่ปวดแผลฝีเย็บปวดมดลูกพอทน คะแนนความปวด 3 /10 คะแนน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ทารกแรกเกิด เกิดการบาดเจ็บเส้นประสาทแขนเนื่องจากการคลอดไหล่ยาก ข้อมูลสนับสนุน	1. สังเกตและประเมินการเคลื่อนไหวของแขนซ้าย และการสูญเสียความรู้สึก 2. แนะนำมารดาให้จัดท่านอนที่เหมาะสม โดยให้แขนท่อนบนแนบลำตัว แขนท่อนล่างวางพาดบนหน้าท้อง หรือใช้ผ้าอ้อมพันตัวทารกให้แขนกางและหมุนออกนอกเพื่อ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ทารกคลอดไหล่ยาก แรกเกิดตรวจพบแขนซ้ายยกไม่ได้ ขยับได้เฉพาะในแนวราบ 2. แพทย์วินิจฉัย Brachial plexus injury วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ อัมพาตของแขน ข้อมือหลุด หักกระดูกเรเดียลเคลื่อน 2. เพื่อฟื้นฟูการทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อให้กลับสู่ปกติ	เป็นการพักและลดการบวมอักเสบบริเวณเส้นประสาทแขน (Brachial plexus injury) ป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น และความพิการ 3. หลีกเลี่ยงการดึงแขนข้างที่มีปัญหา และการช่วยหายใจมือ ต้องทำอย่างนุ่มนวล เพราะอาจเกิดหัวกระดูกเรเดียลเคลื่อนหรือหลุด (Radial head subluxation) ไม่ควรอุ้มทารกบ่อยๆ เพราะอาจทำให้ข้อไหล่หลุดได้ 4. กระตุ้นให้มารดาช่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนและข้อต่อต่างๆ ให้ทารก ตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด ได้แก่ ข้อมือ ข้อมือ ข้อมือ นิ้วมือ) ดังนี้ กางข้อไหล่ หมุนข้อไหล่ ออก งอเหยียดข้อคอ กระดกข้อมือขึ้น หายใจมือ เหยียดนิ้ว เพื่อป้องกันข้อติด และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 5. สอนท่าอุ้มที่ถูกต้องแก่มารดา โดยจัดท่าทารกอยู่ในท่าแขนท่อนบนแนบลำตัว แขนท่อนล่างวางพาดบนท้อง 6. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสี Clavicle both and Sholder and Humerus ประเมินผลการพยาบาล ผลการถ่ายภาพรังสี Clavicle both and Sholder and Humerus ไม่พบการหักหรือเคลื่อนหลุด จากการติดตามภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ทารกสามารถยกและเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ของแขนซ้ายปกติ กล้ามเนื้อแขนซ้ายแข็งแรง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสนับสนุน ทารกแรกเกิดตัวเย็น อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ทารกแรกเกิด และควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ปรับอุณหภูมิห้องคลอดให้อยู่ที่ 26 - 27 องศาเซลเซียส ห้ามเปิดพัดลม 2. จัดให้ทารกอยู่บนเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) และห่อตัวทารกให้ความอบอุ่นด้วยผ้าที่ผ่านการอุ่นได้เครื่องให้ความอบอุ่น 3. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เช่น การตรวจร่างกาย ฉีดยา หยอดตา ป้ายสะดือ การตกแต่งสายสะดือ ภายใต้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น 4. นำทารกให้มารดาอุ้มแนบเนื้อพร้อมกับใช้ผ้าห่มตัวทารก 5. ดูแลไม่ให้ทารกแรกเกิดนอนแช่ส้ววะหรืออุจจาระ เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการระเหย และการพาความร้อน 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง 7. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีอาการอุณหภูมิของร่างกายต่ำ เช่น รีเฟล็กซ์น้อยลง ผิวกายเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ตัวลาย หายใจเร็ว หัวใจเต้นช้า หายใจลำบาก ซึม หดหายใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งนี้ 8. ระวังมิให้ทารกสูญเสียความร้อนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลโดยก่อนจับทารกต้องเช็ดมือ ให้แห้ง ทุกครั้ง และปฏิบัติการพยาบาลควรใช้เวลาให้น้อยที่สุด ประเมินผลการพยาบาล ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 156 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกคลอดอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 4 วัน 2. ทารกแรกเกิดตัวเย็น อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ประเมิน APGAR score นาทีที่ 1,5,10 เท่ากับ 7, 8, 9 คะแนน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการทารกแรกเกิดติดเชื้อในร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 2. ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน อาการซีด เขียว ตัวลาย ความดันโลหิตต่ำ ตัวบวม หัวใจเต้นผิดปกติ ตาและสะดือและมีสารคัดหลั่งเป็นหนอง 3. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ โดยล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อน และหลังสัมผัสหรือให้การพยาบาลทารก 4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวทุกวันและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้ง เมื่อทารกปัสสาวะ หรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง 5. ดูดนมแม่โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของนมแม่ 6. ดูแลพฤติกรรมและตัวทารก เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ป้ายตาด้วยยา Terramycin eye ointment เพื่อป้องกันเยื่อตาอักเสบ ติดเชื้อในลูกตาและกระจกตา 8. ทำความสะอาดสะดือและผิวหนังบริเวณรอบๆ สะดือ เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อที่สะดือ 9. แยกของใช้เฉพาะรายบุคคลไม่ใช้ปนกัน เพื่อป้องกันการนำเชื้อจากทารกไปยังทารกคนอื่น ประเมินผลการพยาบาล ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช ทารกเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่ซึม ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ร้องเสียงดัง ผิวกายอุ่นขึ้น อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 156 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ตาและสะดือไม่แดง
ระยะย้ายออกจากห้องคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 มารดาหลังคลอด มีโอกาสเกิดการตกเลือดและพลัดตก หกล้มขณะเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดาหลังคลอดมีอาการอ่อนเพลีย หน้ามืดขณะลูกนั่งหรือยืน 2. มารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีปัญหาการหดตัวของมดลูกไม่ดี ต้องกระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นระยะๆ รวมถึงได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและพลัดตกหกล้มขณะการเคลื่อนย้าย	1. ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด ตรวจสภาพมดลูก คลึงให้หดรัดตัวเต็มที่ แล้วใส่ก้อนเลือดออกให้หมดอีกครั้ง ตรวจดูแผลฝีเย็บว่ามีเลือดออกหรือก่อนเลือดได้ผิวหนังหรือไม่ ให้ปัสสาวะกรณีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ส่งต่อข้อมูลมารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิดแก่พยาบาลหอผู้ป่วยสูติ – นรีเวช 2. จัดเตรียมบุคลากรในการนำส่ง เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเฝ้าระวังขณะเคลื่อนย้าย ได้แก่ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 3. ตรวจสอบตำแหน่งการให้สารน้ำว่ามีการรั่วซึม บวมแดงหรือไม่ การยึดตรงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแน่นและแนบสนิทกับผิวหนัง สายให้น้ำเกลือไม่หัก พับ งอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาและต่อเนื่อง 4. แนะนำให้เคลื่อนไหวกายหรือเปลี่ยนท่าช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในท่ายืน หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม ขณะลูกนั่งหรือยืน อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ 5. ขณะเคลื่อนย้ายประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ประเมินการหดตัวของมดลูก สอบถามอาการเปลี่ยนแปลงมารดาหลังคลอดเป็นระยะๆ 6. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร + Syntocinon 20 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ขณะเคลื่อนย้ายสัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นชีพจร 82-86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 – 124/82 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดรัดตัวดี ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะเคลื่อนย้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ย้ายทารกไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวช 2. ทารกแรกเกิดร่างกายยังไม่สามารถปรับอุณหภูมิให้คงที่ได้ 3. การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากบนเครื่องให้ความอบอุ่น ไปสู่สภาพแวดล้อมที่เย็นกว่า ทำให้ทารกสูญเสียความร้อน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำขณะเคลื่อนย้าย	1. ประเมินอุณหภูมิการทารกก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องคลอดเพื่อให้แน่ใจว่าอุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เช็ดตัวทารกให้แห้งสนิท ไม่เปียกชื้นปัสสาวะ อุจจาระ 3. จัดเตรียมความพร้อมของผ้าห่อตัว ผ้าห่ม อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นทารกขณะการเคลื่อนย้าย 4. ห่อตัวทารกด้วยผ้าอ้อมใหญ่ แล้วนำลงคลิ๊ป Modified transport โดยมีผ้าอุ่น ความร้อนรองใต้คลิ๊ปและนำกล่องมาครอบทารกอีกที เพื่อควบคุมอุณหภูมิการและป้องกันการสูญเสียความร้อน 5. วางแผนเส้นทางการเคลื่อนย้ายล่วงหน้า เพื่อให้การเคลื่อนย้ายเป็นไปอย่างราบรื่นและรวดเร็ว. 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการที่บ่งชี้ว่าอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะเคลื่อนย้าย เช่น ซึม ผิวซีด เย็น หายใจเร็ว หยุดหายใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะติดตามเยี่ยม ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 มารดาหลังคลอด เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ ข้อมูลสนับสนุน มารดาคลอดทารกผ่านทางช่องคลอด และได้รับการตัดฝีเย็บเพิ่ม ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณโพรงมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัว ช่องคลอด และฝีเย็บถูกทำลายระหว่างการคลอด ซึ่งเป็นช่องทางให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ	ประเมินผลการพยาบาล ขณะการเคลื่อนย้ายทารกสามารถเคลื่อนไหวแขน ขาได้อย่างอิสระภายในผ้าห่อตัว ผิวกายอุ่น ไม่ซีด หายใจปกติ 1. ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด 2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อในโพรงมดลูก ได้แก่ ปวดท้องน้อยหรืออุ้งเชิงกราน มีไข้ หนาวสั่น น้ำคาวปลาคล้ายหนองหรือมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดออกผิดปกติ 3. ประเมินและเฝ้าระวังอาการของการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ได้แก่ ปวดแผล บวม แดง ร้อน สารคัดหลั่งเป็นหนองมีไข้ แผลแยก 4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ ดังนี้ 4.1 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการทำความสะอาดจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากทวารหนักเข้าสู่ช่องคลอด 4.2 ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ เช็ดให้แห้งทุกครั้ง 4.3 เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดการสะสมเชื้อโรค 5. แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผัก ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะจะช่วยซ่อมแซมแผลให้หายเร็วขึ้น 6. แนะนำมารดาสังเกตลักษณะน้ำคาวปลา หาก 3 วันหลังคลอดไปแล้ว ยังมีสีแดงสด หรือน้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น กดเจ็บในท้อง ปวดท้อง คันในช่องคลอด และมีไข้ ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดไม่เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก ช่องคลอด และแผลฝีเย็บ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ไม่ปวดท้อง น้ำคาวปลาสี แดงปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ทารกเกิดภาวะตัวเหลืองเนื่องจากตับยังทำหน้าที่ขับบิลิรูบินได้ไม่เต็มที่ ข้อมูลสนับสนุน 1. ทารกหลังคลอด 2 วัน มีภาวะตัวเหลือง 2. ค่า Microbilirubin 11.5 เปอร์เซ็นต์ Hematocrit 49 เปอร์เซ็นต์ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับปกติ 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนความผิดปกติสมอง (Kernicterus)	1. ขณะเยี่ยมทารกดูแลให้ส่องไฟรักษา โดยถอดเสื้อผ้าทารกออก ปิดตาทารกให้สนิท และให้ทารกอยู่ห่างจากหลอดไฟ 45-50 เซนติเมตร 2. สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากการส่องไฟรักษา เช่น ผื่นขึ้น ถ่ายเหลว หรือผิวหนังไหม้ มีผื่นแดง ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือมีไข้ 3. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง ไม่ร้อง เหลืองมากขึ้น หากพบอาการดังกล่าว ประสานพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวช เพื่อรายงานแพทย์ 4. แนะนำ กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำให้ปั๊มนม ทุก 2-3 ชั่วโมง สอนวิธีการเก็บรักษาที่ถูกต้อง และนำมาส่งให้ทารกสุม่ำเสมอ เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ เพราะนมแม่จะช่วยกระตุ้นให้ทารกขับถ่ายบ่อยขึ้น ซึ่งบิลิรูบินจะถูกขับออกมาพร้อมกับอุจจาระและปัสสาวะ รวมทั้งยังลดการดูดซึมบิลิรูบินกลับเข้าสู่ร่างกาย 5. ติดตาม Microbilirubin และ Hematocrit ประเมินผลการพยาบาล หลังส่องไฟ 2 วัน ทารกตัวเหลืองน้อยลง ค่า Microbilirubin ลดลงเหลือ 8.0 เปอร์เซ็นต์ Hematocrit ลดลงเหลือ 46 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการซึม ซักเกร็ง ผิวหนังชุ่มชื้นดี ไม่มีผื่นแดง หรือผิวหนังไหม้ ปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล ปัสสาวะออก 5-8 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเรื่องการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับไปบ้าน ข้อมูลสนับสนุน	1. ให้ความรู้ คำแนะนำด้านมารดา 1.1 หลีกเลี่ยงการยกของหนักเนื่องจากกล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ ยังไม่แข็งแรง จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ทำให้มดลูกหย่อนได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มารดาขาดความรู้ ความชำนาญในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากบุตรคนแรกญาติเลี้ยงให้ 2. มารดาไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร 3. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามว่าแขนของทารกจะมีโอกาสเคลื่อนไหวเป็นปกติหรือไม่ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ความรู้ ความมั่นใจแก่มารดาให้สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง	1.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ปรุงสุกและสะอาด อาหารที่ควรงดรับประทาน ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารรสเค็ม ไขมันสูง อาหารหมักดอง น้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม 1.3 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม เพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ในอวัยวะกลับคืนสู่สภาพเดิม 1.4 รักษาความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และควรเปลี่ยนผ้าอ้อมนมยบ่อยๆ ทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่ม 1.5 งดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 5 สัปดาห์หลังคลอด อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บแยก 1.6 การมาตรวจหลังคลอดตามนัด เพื่อตรวจสภาพภายในมดลูกและอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มีการกลับคืนสู่สภาพปกติหรือไม่ 1.7 การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น น้ำคาวปลาเป็นสีแดงตลอดไม่จางลง หรือมีกลิ่นเหม็น ปวดท้อง กดเจ็บในท้อง ปัสสาวะแสบขัด แผลฝีเย็บบวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง และเต้านมอักเสบ 2. ให้ความรู้ คำแนะนำด้านทารก 2.1 อธิบายให้มารดาและญาติทราบเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน และโอกาสฟื้นตัวและหายภายใน 4 -5 เดือน 2.2 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน ได้แก่ กล้ามเนื้อลีบ อัมพาตของแขน ข้อไหล่หลุด หัวกระดูกเรเดียลเคลื่อน การฟื้นฟูการทำงานของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อให้กลับสู่ปกติ ประสานนักกายภาพบำบัดฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่างๆของแขนซ้ายแก่มารดาก่อนการจำหน่าย 2.3 อธิบายการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี ดังนี้ ล้างมือก่อนให้นมทุกครั้ง การให้ควมอบอุ่น สอดคล้องการอุ้มบุตร กระตุ้นทารกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง ให้นมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เมื่อต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ควรปั๊มน้ำนมเก็บไว้ให้บุตร 2.4 การสังเกตอาการที่แสดงว่าทารกติดเชื้อ เช่น มีไข้ ซึม ดูดนมไม่ดี ท้องอืด อาเจียน หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง 2.5 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติที่ต้องนำทารกมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนวันนัด เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก ออกนุ้ม เชื้อหวัด หายใจมีเสียงดัง หยุดหายใจ กระสับกระส่าย ตัวลาย มีไข้สูง ลักษณะการขับถ่ายผิดปกติ ซึม ชักเกร็ง 2.6 การให้วัคซีนในทารก เมื่อแรกเกิดจะได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV1) วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ทารกอายุ 2 เดือน ได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ (DTP1) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV1) วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV2) อายุ 4 เดือน ได้รับ DTP2, OPV2 อายุ 6 เดือน ได้รับ DTP3, OPV3, HBV3 2.7 ทบทวนและสอนให้มารดาอุ้มบุตรด้วยท่าที่ถูกต้อง และการจับให้เรอหลังทารกดูดนมนาน 5 - 10 นาที หรือจัตนอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้ลมไหลลง กระเพาะได้เร็วขึ้น ป้องกันการสำรอกนม 2.8 แนะนำและสอนการดูดนมอย่างถูกวิธี 2.9 แนะนำและฝึกทักษะมารดาอาบน้ำทารก และการทำความสะอาดร่างกายบริเวณตา ช่องปาก จมูก สะดือ เป็นต้น การทำความสะอาดให้ทารกหลังขับถ่าย 3. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติได้ซักถามปัญหาต่างๆ หรือระบายนาม รู้สึก ตอบคำถามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ประเมินผลการพยาบาล บิดาและมารดาสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน และมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการให้นมทารก การอาบน้ำทารก การดูดนมได้ อย่างถูกต้อง มีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส และบอกว่ามีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลได้และมีความพร้อมรับบุตรกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินผู้คลอดรายนี้ในระยะแรกยังไม่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดคลอดไหล่ยาก เช่น ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มีประวัติคลอดติดไหล่ อายุมากกว่า 35 ปี อู้งเชิงกรานแคบ เป็นเบาหวาน ทารกตัวโตหรือน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม⁶ แพทย์จึงพิจารณาให้คลอดเองทางช่องคลอด แต่พบว่าในระยะคลอด ทารกคลอดติดไหล่ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ สาเหตุคาดว่าเกิดจากการกดตัวของศีรษะโดยมีการเพิ่มขึ้นของความหนาของชั้นไขมันบริเวณร่างกายส่วนบน และอัตราส่วนของ เส้นรอบวงศีรษะต่อเส้นรอบท้องทารกเล็กการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ทารกมีรูปร่างอ้วน และมีเส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่ที่กว้างกว่าทารกปกติ ถึงแม้ว่าน้ำหนักทารกแรกคลอดจะน้อยกว่า 4,000 กรัม อุบัติการณ์ภาวะคลอดไหล่ยากอาจเกิดขึ้นได้ โดยทารกน้ำหนักยิ่งมากยิ่งมีโอกาสคลอดติดไหล่มากขึ้น¹⁰ โดยทารกแรกคลอดรายนี้น้ำหนัก 3,960 กรัม ซึ่งการศึกษาของเยโอและคณะในประเทศสิงคโปร์พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 3,600 กรัม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดไหล่ยาก 16.1 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,600 กรัม¹¹ และการศึกษาของมูกดา คงแสง และนิลกุล รุจิรประเสริฐ พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 3,800 - 3,999 กรัม ความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดไหล่ยาก 20.66 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,800 กรัม⁶ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยากทำให้มีความยุ่งยากในการประสานงาน ขอความช่วยเหลือจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลห้องคลอด รวมทั้งการแนะนำแก่ผู้คลอดในปฏิบัติตัวช่วงทำคลอดไหล่ การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการจัดการภาวะคลอดไหล่ยาก เช่น ยาชาเฉพาะที่ เครื่องมือช่วยคลอด และอุปกรณ์ช่วยชีวิตสำหรับทารก ช่วยแพทย์ทำคลอดไหล่ด้วยการใช้ท่า McRoberts และใช้แรงกดเหนือหัวหน่าว หลังทารกคลอด ผู้คลอดรายนี้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยร้อยละ 11¹² เกิดได้หลายสาเหตุ เช่น มดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของ

ช่องทางคลอด รกค้าง เลือดไม่แข็งตัว เป็นต้น¹³ สำหรับรายนี้คาดว่าเกิดจากการกดตัวของทารกตัวโตทำให้กล้ามเนื้อของมดลูกเกิดการขยายตัวและอ่อนล้า จึงทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้ดีหลังคลอด ส่วนด้านทารกเกิดเส้นประสาทแขนขาดเจ็บ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยร้อยละ 4 – 40 เกิดจากการที่ไหล่ของทารกติดอยู่ในช่องคลอดหรืออู้งเชิงกรานของผู้คลอด ทำให้ต้องมีการดึงศีรษะและคอของทารกเพื่อช่วยให้ไหล่คลอดออกมา ซึ่งการดึงที่ออกแรงหรือยืดส่วนบริเวณศีรษะและคอมากเกินไป จะทำให้เส้นประสาท Brachial plexus ซึ่งเป็นกลุ่มของเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของแขนและมือฉีกขาดหรือได้รับบาดเจ็บได้¹⁴ จากภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านผู้คลอดและทารกแรกเกิด สะท้อนให้เห็นปัญหาในการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งพยาบาลห้องคลอดควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ การประเมินคัดกรองผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก การช่วยแพทย์ทำหัตถการคลอดไหล่ยาก ประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด มดลูกแตก มดลูกไม่หดตัว ตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ การประเมินอันตรายที่อาจเกิดกับทารก เช่น การบาดเจ็บที่เส้นประสาทแขน (Brachial plexus injury) กระดูกไหปลาร้าหัก กระดูกแขนหัก รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือหากเกิดภาวะดังกล่าวขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และปลอดภัยทุกระยะของกระบวนการคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลห้องคลอดต้องให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินขนาดและน้ำหนักของทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และมีการส่งต่อผู้คลอดให้พบสูติแพทย์ เพื่อการทำอัลตราซาวด์ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกที่แม่นยำมากขึ้น และวางแผนคลอดในการลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด รวมทั้งลดโอกาสการเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก

2. การประเมินคัดกรองปัจจุบันยังคงพบอุบัติการณ์ของการคลอดไหล่ยากเกิดขึ้น ซึ่งการ

ประเมินคัดกรองดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก จึงควรทำวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการคลอดไหล่ยาก และนำปัจจัยเสี่ยงนั้นมาจัดทำแบบคัดกรองความเสี่ยงการคลอดยากไหล่ ให้มี

ความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจพบปัจจัยเสี่ยงบางอย่างสามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะทำให้ความเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยากในระยะคลอดลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. ประพนอม บุปศิริ.(2554). การคลอดติดไหล่. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2554; 26(1): 64 -70.
2. พรณวรา ปรีตกุล.(2558). การบาดเจ็บของแขนงประสาทแขนในทารกแรกเกิดในภาวะคลอดติดไหล่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558; 22(2): 82-89.
3. Bothou A.(2021). Overview of techniques to manage shoulder dystocia during vaginal birth. Eur J Midwifery 2021; 5: 48.
4. Davis DD., Roshan A., Matthew A, and Varacallo MA.(2023). Shoulder Dystocia [internet]. 2023 [cited 2024 December 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง การคลอดไหล่ยาก [อินเทอร์เน็ต].2563 [สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก:<https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-023.pdf>
6. มุกดา คงแสง, และนิลลล รุจิรประเสริฐ.(2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ของผู้คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2566; 7(2): 29-43.
7. Fuglsang J.(2024). Shoulder dystocia—Still a feared complication. How can we improve. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2024; 103(10): 1908 -1909.
8. ภัทรภรณ์ เทศประสิทธิ์, มณฑกาญจน์ ตรีกาหกิจ, และมนัสนันท์ เพชรวงษ์.(2563). ลักษณะเสี่ยงและผลลัพธ์การคลอดติดไหล่ในโรงพยาบาลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก : <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>
9. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565, 2566, 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
10. Cheng YKY, Lao TT, Sahota DS, Leung VKT, and Leung TY.(2013). Use of birth weight threshold for macrosomia to identify fetuses at risk of shoulder dystocia among Chinese populations. Int J Gynecol Obstet 2013; 120: 249–253.
11. Yeo GS., Lim YW., Yeong CT., and Tan TC.(1995). An analysis of risk factors for the prediction of shoulder dystocia in 16,471 consecutive births. Ann Acad Med Singapore 1995; 24: 836–840.
12. Riggs K, Roberts A, Ibarra C., and Stafford IA.(2022). Has the incidence of hemorrhage after shoulder dystocia changed in the last three decades?. [internet]. 2022 [cited 2024 December 12]. Available from:[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)01555-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)01555-6/fulltext)
13. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางเวชปฏิบัติเรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-020.pdf>
14. Lavender K.(2024). Brachial plexus birth injury. [internet]. 2024 [cited 2024 December 18]. Available from: <https://www.cerebralpalsyguide.com/birth-injury/brachial-plexus-injury/>