การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
Nursing Care for Mothers in Preterm Labor Who Use Substances: A Comparative Case Study Two Cases.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

นัยนา ปาระมี[1]
Naiyana Paramee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษารายกรณี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษามารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้คลอดอายุ 23 ปี G2P1001 ไม่ได้ฝากครรภ์ Last child 7 ปี 2 - 3 วันก่อนมา รพ.ใช้ยาบ้า ด้วยวิธีสูดดม ดื่มเบียร์ขณะตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนคลอด มาโรงพยาบาลโดย ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ออกเหตุรับที่บ้าน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมา 2 ชม 5 นาที ร่วมกับปากมดลูกเปิด 1 cm ผล USG at LR GA $35^{2/7}$ wk, Breech presentation ผ่าตัดคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,380 กรัม ตัวยาว 48 ซม. ประเมิน APGAR SCORE = 5, 6, 9 ทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกตรวจ DTX 68 mg/dl, Hct 50% ทารกหลังคลอดมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ต่อมาหลังคลอด 9 ชั่วโมงแรก มีภาวะหายใจลำบาก หายใจเร็วตื้น RR 60-78 bpm On High flow 4 LPM, FiO2 0.4, Try wean off อยู่รักษาต่อที่โรงพยาบาลอีก 9 วัน อาการดีขึ้นกุมารแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 G4P3003 ไม่ทราบอายุครรภ์ Last child 1 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ เริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุ 16 ปี เสพต่อเนื่อง ขณะตั้งครรภ์เสพตลอดจนคลอด ด้วยวิธีสูดดม สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ 1 วันก่อน มีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด แรกรับ ปากมดลูกเปิด 10 ซม น้ำคร่ำมีกลิ่น คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,510 กรัม ตัวยาว 50 ซม. แรกเกิด ประเมิน APGAR = 9, 10, 10 ประเมิน Ballard score GA 35 wk ทารกหลังคลอด 1 ชั่วโมงแรก DTX 77 mg/dl, Hct 47 % ทารกหลังคลอดมีภาวะปอดติดเชื้อแต่กำเนิด และภาวะหายใจล้มเหลว กุมารแพทย์จึงส่งต่อทารกไปรักษาที่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: การพยาบาล, คลอดก่อนกำหนด, สารเสพติด

Abstract

This study employed an individual case study design. Its objective was to examine nursing care for mothers in preterm labor who used substances through a comparative study of two cases admitted to the labor room at Ban Phai Hospital, Khon Kaen Province. The two women with preterm labor were compared using Gordon's 11 Functional Health Patterns and the nursing process as frameworks for nursing care planning.

The findings showed that Case 1 was a 23-year-old woman, G2P1001, who had received no antenatal care. Her last childbirth had been 7 years earlier. Two to three days before hospital admission, she had used methamphetamine by inhalation and had continued drinking beer throughout pregnancy until delivery. The Ban Phai Hospital emergency medical services team transported her from her home. She had experienced blood-stained mucus vaginal discharge for 2 hours and 5 minutes before presentation, and her cervix was dilated to 1 cm. Ultrasonography in the labor room indicated a gestational age of $35^{2/7}$ weeks and breech presentation. A cesarean section was performed. The male neonate had a birth weight of 2,380 g and a length of 48 cm, with Apgar scores of 5, 6, and 9. During the first 2 hours after birth, the neonate's DTX was

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

68 mg/dL and hematocrit was 50%. The neonate experienced birth asphyxia. At 9 hours after birth, respiratory distress developed, with rapid, shallow breathing at 60–78 breaths/min. High-flow oxygen was administered at 4 L/min with an FiO_2 of 0.4, followed by an attempt to wean the neonate from respiratory support. The neonate remained hospitalized for an additional 9 days. After clinical improvement, the pediatrician approved discharge. Case 2 was G4P3003, with an unknown gestational age. Her last childbirth had been 1 year earlier, and she had received no antenatal care. She began using methamphetamine at 16 years of age and continued using it by inhalation throughout pregnancy until delivery. She also smoked cigarettes during pregnancy. One day before presentation, clear fluid began leaking from the vagina. On admission, the cervix was fully dilated to 10 cm, and the amniotic fluid had a foul odor. She delivered vaginally. The female neonate had a birth weight of 2,510 g and a length of 50 cm, with Apgar scores of 9, 10, and 10. The Ballard score indicated a gestational age of 35 weeks. During the first hour after birth, the neonate's DTX was 77 mg/dL and hematocrit was 47%. The neonate developed congenital pneumonia and respiratory failure; therefore, the pediatrician referred the neonate to a tertiary care hospital in the province.
Keywords: nursing care, preterm labor, substance use

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราการป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพโดยรวม แม้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น แต่ทารกกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจ ภาวะติดเชื้อ ความผิดปกติทางพัฒนาการ และความบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารกในระยะยาว องค์การอนามัยโลก [WHO] รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ในปีงบประมาณ 2566 – 2568 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 10.44, 9.99 และ 10.14 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 อัตราการคลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 12.37, 9.71 และ 10.02 ตามลำดับ แยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดขอนแก่น มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 11.72, 8.53 และ 7.67 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูล แยกระดับอำเภอ รายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลบ้านไผ่ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 8.29, 8.14 และ 7.31 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบ สรุปรายงานการคลอด และการป่วย/การตายของมารดาและทารก (ก-2) โรงพยาบาลบ้านไผ่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 6.73, 7.79 และ 7.71 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกัน[1,2]

การยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด (tocolysis) เป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการยับยั้งการคลอดจะประสบผลสำเร็จในระยะเฉียบพลัน แต่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเจ็บครรภ์ซ้ำ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทันท่วงที ในปีงบประมาณ 2566 – 2568 จากฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลบ้านไผ่ พบจำนวนหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยับยั้งการคลอดสำเร็จ 81, 71 และ 55 ราย ตามลำดับ จำนวนหญิงตั้งครรภ์กลับมายับยั้งการคลอดซ้ำ 13, 9, 8 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ อายุครรภ์ที่พบส่วนใหญ่ 30 – 36 สัปดาห์ 6 วัน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายอย่างใกล้ชิดและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[3,4]

การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังการคลอดจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน รวมทั้งปัญหาด้านสังคม ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก และต่อเนื่องตลอดระยะการตั้งครรภ์ การเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมทั้งต่อมารดาและทารกภายหลังคลอด เช่น ปัญหาของอาการถอนพิษยาในมารดาหรือทารกแรกเกิด การเลี้ยงดูทารก การเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโอกาสเสี่ยงต่อการที่มารดากลับไปเสพยาซ้ำอีก การบริการห้องคลอดที่จะพบผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น สรุปรายงานการคลอด และการป่วย/การตายของมารดาและทารก (ก-2) โรงพยาบาลบ้านไผ่ ปีงบประมาณ 2566 – 2568 พบจำนวนมารดาคลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด จำนวน 12, 9, และ 16 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด 4, 1 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33, 11.11, 25.0 ตามลำดับ พบไม่ฝากครรภ์ 2, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ ทำให้เกิดปัญหาในการดูแล ขาดความรู้ ขาดทักษะในการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน[5] การพยาบาลมารดาที่คลอดและติดสารเสพติดเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงทั้งทางกายภาพและจิตใจ กรณีศึกษานี้อาจครอบคลุมถึงแนวทางในการดูแลมารดาที่มีประวัติเสพสารเสพติด ซึ่งต้องการการเฝ้าระวังทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก การพยาบาลในกรณีนี้จำเป็นต้องให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การจัดการความเจ็บปวด และการส่งเสริมความรู้สึกเป็นแม่ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสารเสพติดเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น[6,7,8]

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ให้มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษามารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เพื่อหาโอกาสพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติด ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพและวางแผนการพยาบาล [10,12]

2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด เปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย โดยมารดาทั้ง 2 รายใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์ กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 กรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 2 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 4 กันยายน 2568 จากข้อมูลเวชระเบียน สัมภาษณ์ สังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลจากกรณีศึกษาตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล นำสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติดต่อไป [10,12]

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (case study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผน

สุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผน ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพการวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยแบ่งการดูแลออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะฟื้นฟู/วางแผนการจำหน่าย [12]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 23 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

รับไว้ในการดูแลวันที่ วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 เวลา 07.35 น. มาโรงพยาบาลโดย ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ออกเหตุรับที่บ้าน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมา 2 ชม 5 นาที ร่วมกับปากมดลูกเปิด 1 cm G_2P_{1001} Last child 7 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ 2 - 3 วันก่อนมา รพ.ใช้ยาบ้าด้วยวิธีสูดดม ดื่มเบียร์ขณะตั้งครรภ์ ผล USG at LR GA $35^{2/7}$ wk, Breech presentation ได้รับการผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LAB I ANC ผล Anti-HIV = Negative, HBsAg=negative, VDRL=Non reactive, Blood gr O, Rh +, DCIP=Positive, Hct 23 Vol%, MCV 72 เป็นพาหะธาลัสซีเมีย ไม่มีผล Hemoglobin typing ไม่มีผลเลือดสามี ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลบ้านไผ่ ออกเหตุรับที่บ้าน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน มีมดลูกหดรัดตัว Duration 20 วินาที Interval 2 นาที Intensity 2+ เสียงหัวใจทารก 118 ครั้ง/นาที EFM: FHS baseline 110 ครั้ง/นาที แปลผล FHR tracings = **Category II, IUR** ปากมดลูกเปิด 1 cm เข้าสู่ระยะ True labor ความบางของปากมดลูก 25 % station -2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation Room air 99 % ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 16,520 cell/uL, Neutrophil 81% Urine Analysis ผล WBC 3-5 /HP, Bacteria few ตรวจ Urine amphetamine พบสารเสพติด ผลตรวจ USG พบ ทารกท่าก้น มารดาไม่ได้รับยายับยั้งคลอด ได้รับยากระตุ้นสาร Surfactant ปอดของทารก คือ Dexamethasone 1 dose แพทย์วินิจฉัย Maternal care for Breech presentation with Preterm labor with Acute Hemorrhagic anemia with Maternal care for Amphetamine used จึงได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ $35^{2/7}$ สัปดาห์ by USG วันที่ 27 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.32 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,380 กรัม แรกเกิดตัวเขียวทั้งตัว แขนขาไม่ขยับ อ่อนปวกเปียก ไม่ร้อง ไม่active กุมารแพทย์ประเมิน APGAR 5 - 6 – 9 ประเมิน Ballard score GA $34^{6/7}$ wk, AGA แพทย์วินิจฉัย Preterm with LBW with Birth Asphyxia with RD with Maternal amphetamine abuse Oxygen saturation Room air 90 – 92 % ให้ Oxygen Box 5 LPM, Oxygen saturation Room air 95 – 97 % ประเมิน neonatal abstinence score ทุก 4 ชม ย้ายตึกหลังคลอดตามมารดา ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด งดนมมารดา ทารกได้ Infant formular เสริม และทารกมีภาวะ Birth Asphyxia, respiratory distress หลังคลอด 9 ชั่วโมงแรก มี

ภาวะหายใจลำบาก หายใจเร็วตื้น RR 60-78 bpm On High flow 4 LPM, FiO_2 0.4, Try wean off วินิจฉัยมารดาครั้งสุดท้าย Emergency cesarean section with TR ขณะให้การดูแลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย และทารกแรกเกิด ขณะให้การพยาบาลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทั้งหมด 16 ข้อ ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 16 ข้อ บรรลุเป้าหมายการพยาบาลทุกข้อ มารดาคลอดก่อนกำหนดใช้สารเสพติดกลับบ้านโดยแพทย์อนุญาต วันที่ 30 กรกฎาคม 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 3 วัน และทารกกลับบ้านโดยแพทย์อนุญาตวันที่ 5 สิงหาคม 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 9 วันและนัดตรวจหลังคลอดวันที่ 11 สิงหาคม 2568 ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 25 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาจบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

รับไว้ในการดูแลวันที่ วันที่ 2 กันยายน 2568 เวลา 08.00 น. เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำใสๆ ออกเพิ่ม ก่อนมา 2 ชม ให้ประวัติเพิ่มเติม 1 วันก่อน มีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด (1 กันยายน 2568 เวลา 08.00น.) ไม่เจ็บครรภ์ ไม่ได้ฝากครรภ์ เริ่มเสพยาบ้าตั้งแต่อายุ 16 ปี เสพต่อเนื่อง ขณะตั้งครรภ์เสพตลอด ด้วยวิธีสูดดม สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ แรกรับ at LR G_4P_{3003} ไม่ทราบอายุครรภ์ Last child 1 ปี ได้รับการผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ LAB I ANC ผล Anti - HIV = Negative, HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive, Blood gr B, Rh + , DCIP = Negative , Hct 35 Vol% , MCV 87 ไม่มีผลเลือดสามี น้ำเดิน มีมดลูกหดรัดตัว Duration 40 วินาที Interval 2 นาที Intensity 2+ เสียงหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที EFM: FHS baseline 140 ครั้ง/นาที แปลผล FHR tracings = **Category I** ปากมดลูกเปิด 10 cm ความบางปากมดลูก (effacement) 100% น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/77 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation Room air 99 % ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 21,260 cell/uL, Neutrophil 86% Urine amphetamine พบสารเสพติด มารดาไม่ได้รับยายับยั้งคลอด ไม่ได้รับยากระตุ้นสาร Surfactant ปอดของทารก แพทย์วินิจฉัย Preterm labor with Maternal care for Amphetamine used คลอดปกติ อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ by BS วันที่ 2 กันยายน 2568 เวลา 08.18 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,510 กรัม แรกเกิดประเมิน APGAR 9 - 10 – 10 ประเมิน Ballard score GA 35 wk, แพทย์ วินิจฉัยPreterm with Maternal chorioamnionitis with Congenital Pneumonia with Respiratory failure Oxygen saturation Room air 97% หลังคลอดนาทีที่ 57 RR 60 bpm มี retraction กุมารแพทย์ พิจารณา PPV PIP 20 PEEP 5 เวลา 10.00น. On ET-tube No.3.5 ขีด 8 On OG, Oxygen saturation 99% refer KKH เวลา 11.00น. มารดาย้ายตึกหลังคลอดไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ขณะให้การดูแลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย และทารกแรกเกิด ขณะให้การพยาบาลมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทั้งหมด 13 ข้อ ให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 13 ข้อ บรรลุเป้าหมายการพยาบาล 11 ข้อ มารดาคลอดก่อนกำหนดใช้สารเสพติด กลับบ้านโดยแพทย์อนุญาต วันที่ 4 กันยายน 2568 รวมนอนโรงพยาบาล 2 วัน และนัดตรวจหลังคลอดวันที่ 11 กันยายน 2568 ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

จากการศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 รายในครั้งนี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงาน ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากใช้ยาบ้าก่อนมาโรงพยาบาล

2.มารดาไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว

3.ส่งเสริมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด

4.ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัว ออกซิเจนไปยังรกลดลง

5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)

6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดระยะผ่าตัดคลอดในห้องผ่าตัด

7.มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

9.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

10.ทารกหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะถอนยา เนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์

11.ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากระบบหายใจยังไม่สมบูรณ์

12.ทารกเสี่ยงต่อภาวะตัวเย็นเนื่องจากพื้นที่ผิวมากและระบบควบคุมอุณหภูมิยังไม่สมบูรณ์

13.ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์

14.มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

15.มีความวิตกกังวลร่วมกับขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย และอาการเจ็บป่วยของบุตร

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย พบว่า ข้อมูลทั่วไป คืออายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ไม่มีรายได้ และสถานภาพสมรส เหมือนกันทั้ง 2 ราย แตกต่างกันพื้นที่อาศัย กรณีศึกษาที่ 1 พื้นที่อำเภอโนนศิลา กรณีศึกษาที่ 2 อำเภอบ้านไผ่ ข้อมูลการเจ็บป่วย เหมือนกัน ครรภ์หลังไม่ได้ฝากครรภ์ และมีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง และไม่ได้ยายับยั้งเหมือนกัน สาเหตุเพราะกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาล มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมา 2 ชม 5 นาที ร่วมกับปากมดลูกเปิด 1 cm เข้าสู่ระยะ True labor ทารกท่าก้น ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาถึงโรงพยาบาลขณะที่ปากมดลูกเปิดหมด ทำให้การประเมินความเสี่ยง การคัดกรองโรคร่วม การวางแผนป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดทำได้จำกัด กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 คลอดก่อนกำหนดช่วงอายุครรภ์ประมาณ 35 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากเขตสุขภาพที่ 8 ระบุว่า วิกฤตยาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ : ผลกระทบของแอมเฟตามีนและกัญชาต่อแม่และลูก” ช่วงปี 2566-2568 สถานการณ์และผลกระทบของการใช้สารเสพติด (แอมเฟตามีนและกัญชา) พบว่าการได้รับแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยและทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยลดลงในกลุ่มที่ได้รับแอมเฟตามีน นอกจากนี้การศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเมทแอมเฟตามีนมีอัตราคลอดก่อนกำหนดสูงมาก อยู่ที่ 4.11 เท่า ส่วนทารกมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ อยู่ที่ 3.97 เท่า จึงสนับสนุนว่าปัจจัยการใช้สารเสพติดและการขาดการฝากครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของมารดาและทารก[1,6,7,8,9]

กรณีศึกษารายที่ 1 ทารกท่าก้นร่วมกับมารดามีภาวะซีด และมีผล FHR tracings = **Category II** จึงได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ส่งผลให้การพยาบาลมุ่งเน้นการเตรียมผู้คลอดก่อนผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดระหว่างและภายหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแล

แผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาในระยะที่ 1 ของการคลอด ปากมดลูกเปิดหมด มีประวัติน้ำเดินนานประมาณ 24 ชั่วโมง และน้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น ย้ายคลอดทางช่องคลอด จึงเกิดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดมากกว่า ความแตกต่างดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจทางการพยาบาลจำเป็นต้องพิจารณาตามระดับความเร่งด่วน สภาพปัญหาเฉพาะราย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อมารดาและทารกอย่างรอบด้าน[4,6,8,9]

ความแตกต่างด้านผลลัพธ์ทารกแรกเกิด

ทารกของกรณีศึกษารายที่ 1 ทารกน้ำหนักน้อย มีภาวะ birth asphyxia และ respiratory distress หลังคลอด ต้องได้รับออกซิเจนและเฝ้าระวังอาการถอนยา ภายหลังคลอดทารกมีภาวะหายใจเร็วตื้น On High flow 4 LPM, FiO2 0.4, Try wean off ได้รับการรักษาจนอาการปลอดภัย ที่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ ไม่ได้ส่งต่อ สามารถกลับบ้านพร้อมมารดาได้ ขณะที่ทารกของกรณีศึกษารายที่ 2 ทารกน้ำหนักปกติ APGAR score อยู่ในเกณฑ์ดีกว่าในช่วงแรก แต่ภายหลังมีอาการหายใจเร็ว มี retraction ต้องได้รับ PPV ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์วินิจฉัย congenital pneumonia with respiratory failure และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ภาวะวิกฤตของทารก กรณีศึกษารายที่ 2 สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและ chorioamnionitis มีความสัมพันธ์กัน[4]

ข้อเสนอแนะของการศึกษาในครั้งนี้

จากการศึกษากรณีมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย พบว่า ไม่ฝากครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพสามารถช่วยคัดกรองและการรักษาปัญหาทางสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังคงมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพของการฝากครรภ์ การศึกษา พบว่า การมาฝากครรภ์เร็วเป็นผลลัพธ์ของเครือข่าย การสนับสนุนในครอบครัว และความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับชุมชน มากกว่าปัจจัยด้านบุคคลหรือเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว จึงควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมบทบาทคู่สมรส และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงได้ง่ายและทั่วถึงในระดับพื้นที่ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ใช้สารเสพติด เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในหน่วยงาน

2.ควรพัฒนาทักษะและฟื้นฟูความรู้การพยาบาลกู้ชีพทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation Protocols) ในห้องคลอดให้กับพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเป็นการเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

3.สร้างเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care Network) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเสพสารเสพติดซ้ำในหญิงหลังคลอด

4.เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างอสม. – รพ.สต. – อบต. – ชุมชนในการสนับสนุนการมาฝากครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.(2569). ห่วงวิกฤต! หญิงตั้งครรภ์ใช้ยาเสพติด พบ 80% ไม่ฝากครรภ์ เสี่ยงเด็กคลอดก่อนกำหนด–พัฒนาการผิดปกติ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.thaihealth.or.th/p/0Ft53atbb
2. ฐานข้อมูล HDC เขตสุขภาพที่ 7. ข้อมูลอัตราการคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 7 และโรงพยาบาลบ้านไผ่ [ฐานข้อมูลภายใน]. 2566–2568.
3. ฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลบ้านไผ่. ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและยับยั้งการคลอดสำเร็จ [ฐานข้อมูลภายใน]. 2566–2568.
4. พิมพนิตย์ พ, แสนรังค์ ป, อินทรเกษม ศ.(2568). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2568;9:1-12.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2567). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงจาก: https://www.rtcog.or.th/content/readfiles/8
6. วิลาสิณี งามอักษร.(2568). การพยาบาลมารดาคลอดที่ติดสารเสพติด: กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2025/01/บทความเผยแพร่ในวารสาร-วิลาสินี.pdf
7. วรรณภา เจริญสอน.(2568). การพยาบาลมารดาคลอดฉุกเฉินที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://sbo.moph.go.th/sbo/file/Document25.pdf
8. วรางคณา ชัชเวช.(2562). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562. เข้าถึงจาก: https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำราการพยาบาลมารดา%20ทารก%2520และการผดุงครรภ์2เล่ม1.pdf
9. วรางคณา ชัชเวช.(2562). การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562. เข้าถึงจาก: https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำราการพยาบาลมารดา%20ทารก%2520และการผดุงครรภ์2เล่ม1.pdf
10. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ.(2565). การประเมินภาวะสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
11. ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านไผ่.(2568). รายงานทะเบียนผู้คลอดโรงพยาบาลบ้านไผ่ ขอนแก่น [ฐานข้อมูลภายใน]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลบ้านไผ่; 2568.
12. Gordon M.(1994). Nursing diagnosis: process and application. New York: McGraw-Hill; 1994.
13. World Health Organization.(2023). Preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 May 10. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth