การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm Labor: A Case Study of Two Patients

(Received: December 22,2023 ; Revised: December 24,2023 ; Accepted: December 27,2023)

พัชรี รัตนขจรจิตต์[1]
Patcharee Rattanakajornjit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่นระยะเวลาในการศึกษา เดือน เมษายน 2566 ถึง เดือน พฤษภาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจาก เวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้ เนื่องจากการเปิดขยายของปากมดลูกมากแล้วและการมาโรงพยาบาลล่าช้า ได้รับการดูแลคลอดตามมาตรฐาน และคลอดปลอดภัยกรณีศึกษารายที่ 2ได้รับการยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ ตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

Abstract:

This study was case study aimed to study examine the nursing care provided to pregnant women experiencing preterm labor, comparing two case studies. The cases involve two patients who received treatment at the maternity ward of the Si Chomphu Hospital in KhonKaen province. Data collection spans from April 2022 to May 2022, gathered from patient records, observations, interviews with patients and their families, and analysis using Gordon's functional health patterns and the nursing process.

Study Results : In the first case study, it was not possible to inhibit preterm labor due to significant cervical dilation and delayed hospital admission. The patient received standard labor care and delivered safely. Conversely, the second case study successfully prevented uterine contractions, allowing the pregnancy to progress to full term, completing 37 weeks.

Keywords: Preterm labor prevention, nursing process, preterm labor condition.

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมายถึง ภาวะเจ็บครรภคลอดที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ 37 สัปดาห์ โดยภาวะดังกล่าวมักนำไปสูการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาระบบทางเดินหายใจเช่น Respiratory distress syndrome (RDS, HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA)ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม[1] ส่งผลให้เกิดการตายและ ภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัวปัจจุบัน

ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุมารดา

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

อาชีพ เศรษฐานะ ส่วนสูง ภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เช่น การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ ลำดับการคลอด คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 เซนติเมตร ในรายที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้า การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ภาวะซีดการใส่ห่วงอนามัย ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกพิการในครรภ์ทารกโตช้า รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ[1]

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นปัญหาสำคัญทางสูติศาสตร์เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด อุบัติการณ์ของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.44 ตามลำดับ[2] เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94, 12.58 และ 12.27 ตามลำดับ[3] ในจังหวัดขอนแก่นพบอุบัติการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 873, 769 และ 902 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.43 ตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น มีผู้คลอดที่มารับบริการด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 พบจำนวน 44 ราย 39 ราย และ 36 ราย ตามลำดับ อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 8.64, 4.27และ 7.04 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจากการคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 จำนวน 2(ร้อยละ1.04), 3(ร้อยละ2.04) และ 2 คน(ร้อยละ1.48) ตามลำดับ และมีการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลตติยภูมิของจังหวัดขอนแก่นจำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 0 ราย ตามลำดับ[4]

จากสถิติข้อมูลจะเห็นว่าภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนำไปสู่การคลอดทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลให้ทารกมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่พัฒนาเต็มที่ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบ 2 ราย เพื่อศึกษาปัญหา ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆนำมาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเปรียบเทียบ 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ระยะเวลาในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 20 เมษายน 2566 – 22 เมษายน 2566 หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 26 เมษายน 2566 28 เมษายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิธีการศึกษา รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไป แบบแผนสุขภาพ การรักษา และกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 16 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ เจ็บครรภ์คลอดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G1P0 GA 36^{+6}สัปดาห์ by LMP LMP 5 สิงหาคม 2565 กำหนด EDC 12 พฤษภาคม 2566 ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จากสมุดฝากครรภ์ครั้งนี้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = Negative , VDRL = Nonreactive , Hct=31.7% ได้รับยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate 1x3 Oral. pc ไปรับประทานที่บ้าน ครั้งที่ 2 พบ

ความเข้มข้นของเลือด เพิ่มขึ้นเป็น 32% แพทย์ให้ยาบำรุงเลือด Ferrous Sulfate ไปรับประทานต่อที่บ้านอีก 1 เดือน แนะนำรับประทานอาหารเช่น ไข่ ผักใบเขียวเพิ่ม เจาะความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 33% วันที่ 20 เมษายน 2566 เวลา 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับเวลา 16.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์ pain score 10 คะแนน วัดความสูงของมดลูก 27 เซนติเมตร เหนือหัวหน่าวมดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 45 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า LOA FHS 140 ครั้ง/นาที ตรวจ EFM : ปกติ baseline 150 ครั้ง/นาที moderate variability periordic change ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบาง 80% ระดับส่วนนำ O MI สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 126/86 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส O_2 sat 96% roomair งดน้ำงดอาหารให้ Ringer's Lactate Solution 1,000 ml/bag iv 80 cc/hrs. แพทย์วินิจฉัยว่าG_1P_0 GA 36^{+6}สัปดาห์ by LMP with labour pain แพทย์พิจารณาให้เข้าสู่กระบวนการคลอด อธิบายผลการตรวจและแนวทางการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ เวลา 17.50 น. ถุงน้ำคร่ำแตกเองลักษณะ clear ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 10 cm ความบาง 100% ระดับศีรษะ+1 ย้ายเข้าห้องคลอดเชียร์เบ่งทารกคลอดเวลา 18.11 น. เพศชาย Apgar Score 9, 10, 10 คะแนน ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ร้องเสียงดังขยับขาได้พอสมควร อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 35.9 องศาเซลเซียส ดูแลใส่หมวก เสื้อแขนยาว ถุงเท้า ถุงมือ และห่อตัวให้อบอุ่น และให้ทารกอยู่ในตู้ Incobator ตั้งอุณหภูมิไว้ 37 องศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิซ้ำได้ 37 องศาเซลเซียส หายใจ 42 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 65/37 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 98% มารดาหลังคลอดสดชื่นดี มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ระดับสะดือ ไม่พบภาวะตกเลือด blood loss 100 ml แผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย pain score 10 คะแนน ให้ยา paracetamol 500 mg 1 tab ï prn for pain ทุก 4-6 ชั่วโมง Amoxicillin 500 mg 1 tab Oral.หลังอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่มีน้ำนม ทารกยังดูดนมได้ไม่ดี ประเมิน LACTH score = 6 คะแนน ดูแลให้การพยาบาลช่วยให้ทารกเข้าเต้าด้วยท่าขวางตักประยุกต์ และให้กำลังใจจน ผู้คลอดสามารถอุ้มทารกเข้าเต้าสำเร็จมีน้ำนมมามาก ให้นมได้ถูกวิธี LACTH score 10 คะแนน และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ Hypothermia ภาวะตัวเหลืองของทารก เจาะ TSB 12.7 mg% Hct 55% ให้ส่องไฟรักษา (Phototherapy) อธิบายให้มารดาทราบเหตุผลในการส่องไฟ และแผนการรักษาของแพทย์ ได้ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและแผนการรักษาจนผู้ป่วยพ้นภาวะต่างๆ ดังกล่าว แพทย์จำหน่ายพร้อมมารดา เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2566 เวลา 18.30 น. TSB 12.2 mg% Hct 51% แพทย์นัดทารกตรวจ Hct , MB วันที่ 23 เมษายน 2566

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 17 ปี อาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน ขุดดิน ใส่ปุ๋ย มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 15 นาที ตั้งครรภ์G_1P_0 GA 36^{+3}สัปดาห์ by ultrasound เนื่องจากจำ LMP ไม่ได้ กำหนด EDC by U/S 21 พฤษภาคม 2566 ฝากครรภ์ 11 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 7^{+3}สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลสีชมพู จากสมุดฝากครรภ์ครั้งนี้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti – HIV = Negative HbsAg=Negative, VDRL = Nonreactive , Hct 35.3% Hctครั้งที่ 2 =41% ได้รับยา Triferdine 1 tab Oral. OD. 1 กระปุก วันที่ 26 เมษายน 2566 เวลา 16.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ญาตินำส่งโรงพยาบาล แรกรับเวลา 18.15 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์ pain score 6 คะแนน วัดความสูงของ

มดลูก 30 เซนติเมตร เหนือหัวหน่าว มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ Interval 3 นาที Duration 40 วินาที เด็กดิ้นดี ท่า LOA 130 ครั้ง / นาที ตรวจ EFM : ปกติ baselin 130 ครั้ง/นาที Moderate Variability periordic Change ตรวจภายในพบปากมดลูกขยาย 1 เซนติเมตร ความบาง 50% ระดับส่วนนำ O MI สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส O_2 sat 97% roomair รายงานแพทย์เวลา 18.30 น. แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องคลอด ให้การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจ และแนวทางการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก คือ Nifedifine 5 mg 4 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose เวลา 19.30 น. แพทย์ off ยาเปลี่ยนเป็น Nifedifine 5 mg. 2 tab oral. ทุก 15 นาที x 3 dose ให้ยาป้องกันการติดเชื้อ Ampicillin 2 gm. iv stat then 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง และให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง ครบ 4 dose On EFM มดลูกหดรัดตัวห่างออก Interval > 1 ชั่วโมง Duration 20 วินาที หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และเป็นห่วงบุตรในครรภ์กลัวว่าจะมีอันตราย ให้คำแนะนำและแจ้งแนวทางการรักษาและผลการรักษาให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ ๆ หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสีหน้าสดชื่น สามารถตั้งครรภ์ต่อได้โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ On NST : ผล Reactive no contraction FHS 140-148 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอเด็กดิ้นดี แพทย์อนุญาตให้กลับไปบ้านได้ และให้ยา Triferdine 1 tab oral OD 1 กระปุก ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน และนัดฝากครรภ์ต่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด 2. ซักถามพูดคุยถึงความเจ็บปวด สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการแสดงสีหน้าและการเคลื่อนไหว เช่น ขมวดคิ้ว กำมือแน่น บิดตัวไปมา เสียงร้องครวญคราง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว 3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4.ตรวจและบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูกทุก30 นาที 5. ตรวจและบันทึก เกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และอัตราความก้าวหน้าของการคลอด 6. ตรวจและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก ทุก30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่ 7. จัดท่านอนให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายให้นอนตะแคงซ้าย ใช้หมอนรองรับตามข้อต่าง ๆ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้มากขึ้น	ระยะก่อนคลอด 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ 2. มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย 3. มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมดลูกหัดรัดตัวแรงมากขึ้น 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด 7. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจ ผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. ดูแลเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้คลอด ให้สามีและญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวด 8. ประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นอกเห็นใจในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวด 9. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยการฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย 10. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุผลที่ตองเข้าสู่กระบวนการคลอดก่อนกำหนด แจ้งอาการของบุตรในครรภ์เป็นระยะ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ สามีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้คลอดเป็นอย่างดี สีหน้าคลายความกังวลเกี่ยวกับบุตรที่คลอดก่อนกำหนด ระยะคลอด 1. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้น 2. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจ NST แรกรับใหม่ และเมื่อมีอาการผิดปกติ 2. ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายและหายใจเข้าลึกๆ ไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 3. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ ON EFM Monitor ไว้ 4. ให้ O2 Mask with bay 10 LPM 5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ Ringer's Lactate Solution 1,000 ml/bag iv 80 cc/hrs. ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ 6. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic contrationรายงานแพทย์ทันที 7. เตรียมความพร้อมของผู้คลอดสอนวิธีเบ่งที่ถูกต้อง 8. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างนุ่มนวลโดยรถเข็นนั่งเพื่อทำคลอด 9. เชียร์เบ่งคลอดให้กำลังใจผู้คลอดขณะเบ่ง 10. เช็ดหน้าผู้คลอดด้วยผ้าขนหนูเปียกน้ำหมาด 11 ทำคลอดอย่างนุ่มนวล ประเมินผลการพยาบาล ก่อนคลอดFHS 140-150 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอชัดเจนดี ผล NST reactive Cat I ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการคลอด เบ่งได้ถูกวิธีคลอดปกติอย่างปลอดภัย เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2566 เวลา 18.11 น.ทารกคลอดเวลา 18.11 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,445 กรัม A-S 9, 10, 10 คะแนน ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขสิ้นสุด ระยะหลังคลอด 1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากแผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ และแผลในโพรงมดลูก 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากบุตรตัวเหลือง 5. ขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากเป็นมารดาวัยรุ่น	3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 4. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบอาการของบุตรในครรภ์เป็นระยะ 5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดรัดตัว โดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะ ๆ โดยการเพ่งสายตาไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น รูปภาพ ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบ หรือนวดเบาๆโดยเริ่มจากบริเวณหัวหน่าวขึ้นไปทางยอดมดลูก ในขณะที่มีการหายใจเข้า และจากยอดมดลูกลูบผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ ในขณะหายใจออก ดังนั้นเมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบท้องเสร็จ 1 ครั้งไปพร้อมๆกัน 6. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติ กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือ บริเวณกลาง กระดูกต้นคอ หลัง ต้นขา และหน้าท้องจะลดความปวดได้ดี 7. ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม 8. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโดยแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ 9. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย 10. ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และความสุขสบายทั่วๆไป 11. ติดตามวัดสัญญาณชีพ และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง 12. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Ampicillin 2 gm.iv stat หลังจากนั้นให้ Ampicillin 1 gm.iv ทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการและอาการไม่พึงประสงค์จากยา 13. ให้ยายับยั้งการคลอดตามแผนการรักษาดังนี้ - Nifedipine(5 mg) 4 tab x 15 นาที ครบ 4 dose - หลังจาก Loading dose ครบ ให้ Nifedipine (5 mg) 2 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 14. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที โดย Monitor เครื่อง EFM และจับดู Contraction ,relaxation และinterval , Duration หากพบผลผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 15. ประเมินสุขภาพทารกฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที หากพบผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 16. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์Absolute bed Rest ให้นอนท่าตะแคงซ้าย งดการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็น 17. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก หากพบว่าชีพจรเต้น ≥ 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท งดให้ยารายงานแพทย์ทันที 18. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังจากให้ยาทุก 15 นาที จนกว่าอาการปกติ 19. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้สุขสบาย เลือดไหลเวียนสู่ทารกในครรภ์ได้ดี 20. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการ เช่น เหนื่อย วิงเวียนหน้ามืด ใจสั่นให้แจ้งพยาบาลทันที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
6. ขาดความรู้ในการวางแผนครอบครัว 7. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. คลึงมดลูกหลังจากที่รกคลอดครบ ตรวจแผลฝีเย็บและซ่อมแซมให้ดี ตรวจสอบรก รายงานแพทย์หากพบภาวะผิดปกติ 2. สอนมารดาให้คลึงมดลูกตนเองบ่อยๆ 3. ดูแลให้ได้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่แล้ววัดทุก 4 ชั่วโมง 5. ตรวจประเมินการหดรัดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บและกระเพาะปัสสาวะใน 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอดและทุกเวร ดูแลให้ปัสสาวะเพื่อให้มดลูกมีการหดรัดตัวดี 6. แนะนำมารดาให้นมบุตรบ่อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง จะกระตุ้นให้มดลูกมีการหดรัดตัวดี 7. แนะนำมารดาให้รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ โดยล้างด้วยน้ำสบู่ซับให้แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่มสังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น 8. แนะนำมารดาให้พักผ่อนท่านอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำ เลี่ยงการนั่งหรือยืนนานๆ เพื่อลดการคั่งของน้ำเลือดที่ฝีเย็บและผนังช่องคลอดซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดลดลง 9. แนะนำให้มารดาขมิบก้นและฝีเย็บ วันละ 34 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะต้องขมิบ 5 รอบ เพื่อให้การไหลเวียนดี อาการปวดฝีเย็บจะลดลง และสอนนวดคลึงมดลูก เพื่อลดอาการปวดมดลูก 10. ประเมิน Pain score ถ้ามีอาการปวดมากดูแลให้รับยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg oral 1 tab.ทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการปวดตามแผนการรักษา 11. ดูแลให้ยา Amoxycillin 500 mg oral 1 tab วันละ 3 ครั้ง เช้า-กลางวัน-เย็น หลังอาหาร 12. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้คลอดทุกครั้ง 13. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามอาการ และข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาที่ต้องการ และให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่มารดาต้องการ 14. อธิบายให้มารดาทราบถึงอาการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาด้วยการส่องไฟ (Phototherapy) เพื่อให้มารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 15. ให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตร ตามนโยบายสายใยรักแห่งครอบครัว ยึดหลัก 4 ด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า 16. ให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสอน/สาธิตการอุ้มให้นมบุตรทั้ง 4 ท่า เน้นการสอนท่านั่งขวางตักประยุกต์(Cross Cradle hold) 17. นวดประคลเต้านมสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง	21. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนผู้คลอด 22. ตรวจ NST แรกรับใหม่ และเมื่อมีอาการผิดปกติ 23. ให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายและหายใจเข้าออกลึกๆ ไม่กลั้นหายใจ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ 24. ON EFM ไว้เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ 25. ให้ O2Mask with bag 10 LPM 26. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic Contraction รายงานแพทย์ทันที 27. ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการอธิบาย และให้แผ่นพับความรู้หรือให้เข้า Internet เพื่อเข้าไปหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ ใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
18. ประเมิน LATCH score ทุกเวร 19. ดูแลให้มารดาได้รับอาหารครบ 5 หมู่ และคำนวณแคลอรีที่ควรได้รับ 20. จัดเครื่องดื่มสมุนไพร น้ำขิงให้ดื่มทุกวัน 21. ประเมินทักษะการอุ้มบุตรเข้าเต้าของมารดาทุกเวร หากพบว่ายังไม่ถูกต้องให้เข้าช่วยเหลือทันที 22. ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดมีกี่แบบ อธิบายข้อดีและข้อควรระวัง 23. ให้เวลามารดาวัยรุ่น และมารดา(ผู้ดูแล)ได้คิดตัดสินใจ 24. ดูแลประสานคลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อรับการดูแลวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน 25. ติดตามผลการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน ประเมินผลการพยาบาล หลังคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกหดรัดตัวดี blood loss 100 ml แผลฝีเย็บไม่พบก้อนเลือดคั่ง ปวดบริเวณแผลฝีเย็บ/ปวดมดลูกทุเลาลง pain score = 2 คะแนน แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่อักเสบ ไม่มีหนอง ไม่แยก ผู้คลอดไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ปัญหาได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและโพรงมดลูก น้ำนมไหลดีทั้ง 2 เต้า อุ้มบุตรให้นมได้ถูกต้อง ถนัดท่านั่งขวางตักประยุกต์ ประเมิน LATCH score 10 คะแนน ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	

การพยาบาลทารกในกรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ทารกมีภาวะ Hypothermia
2. มีภาวะตัวเหลืองจากการทำงานของตับยังไม่เจริญเต็มที่1
3. มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากภูมิต้านทานในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังการพยาบาลทุกครั้ง
2. ดูแล keep warm ทารกโดยใส่หมวก ถุงมือ ถุงเท้า เสื้อแขนยาว
3. จัดให้ทารกอยู่ในตู้อบที่สามารถควบคุมอุณหภูมิเพื่อเป็นการลดการสูญเสียความร้อน โดยการพาความร้อนตั้งอุณหภูมิ Incubator 37 องศาเซลเซียส
4. ประเมินอุณหภูมิกายทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติ
5. สังเกตภาวะอุณหภูมิกายต่ำหรือไม่ เช่น ซึมไม่ดูดนมดูดนมช้าเป็นต้น
6. ดูแลให้ทารกได้รับการส่องไฟรักษา จัดท่าทารกให้ได้ระยะ 15-20 เซนติเมตร จากหลอดไฟถึงตัวทารก และจัดท่านอนคล้ายรัง (Nest) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมลดการกระตุ้นทั้งแสงและเสียง โดยใช้เสาคลุมตู้อบด้านบนและด้านล่าง
7. ดูแลปิดตาทั้ง 2 ข้าง ถอดเสื้อผ้าออก ห่อผ้าอ้อมสำเร็จรูปเนื่องจากทารกเพศชาย
8. ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการส่องไฟ
9. ติดตามผล TSB/Hctทุกวัน และรายงานแพทย์หากพบค่าผิดปกติ
10. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ระมัดระวังการเกิดบาดแผลต่างๆ เช่น ที่ผิวหนังได้ง่าย

11. ให้ทารกได้ดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง เนื่องจากการส่องไฟรักษาทำให้ทารกสูญเสียน้ำออกจากร่างกายมากขึ้น สังเกตภาวะของน้ำโดยตรวจความตึงตัวของผิวหนัง กระหม่อมตึงร่วมกับการชั่งน้ำหนักตัว และเพื่อสร้างเสริมภูมิต้านทาน

12. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ตัวเย็นซึมไม่ดูดนม

13. ดูแลอาบน้ำเช็ดตาด้วย 0.9 NSS จากหัวตาไปหางตาทั้ง 2 ข้าง เช็ดสะดือด้วย 70% Alcoholจากโคนสะดือไปปลายสะดือ

14. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เปลี่ยนผ้าปูทุกวัน

15. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

1. อุณหภูมิร่างกายของทารกอยู่ในช่วง 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ไม่พบลักษณะของทารกว่ามีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น ผิวเย็นซีด คล้ำซึม ดูดนมได้ดี

2. ค่า TSBลดลงเหลือ 12.2 mg% ไม่มีอาการ Kerniterus

3. ไม่พบทารกติดเชื้อ ตาไม่แฉะ สะดือแห้งดี ดูดนมได้ดี

อภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงกรณีศึกษารายที่ 1 มีเพศสัมพันธ์กับสามี 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทำงานบ้าน ถูบ้าน ล้างห้องส้วมยกถังน้ำ ทำให้มีอาการเจ็บครรภ์[5] กรณีศึกษารายที่ 2 ทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือ ประกอบอาชีพ ทำสวน ทำไร่ รับจ้าง มีโอกาสของการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากรณีที่ไม่ได้ทำงาน[6] กรณีศึกษารายที่ 1 มาโรงพยาบาลช้าทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายมากไม่สามารถให้ยายับยั้งการหดรัดตัวได้ ได้รับการดูแลคลอดตามมาตรฐาน และคลอดปลอดภัยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ ตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 1 คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกมีภาวะ Hypothermia[7] และภาวะตัวเหลือง เนื่องจากการทำงานของตับยังไม่เจริญเต็มที่ จึงพบว่าประมาณร้อยละ 50-60 ของทารกคลอดก่อนกำหนด จะมีอาการตัวเหลืองได้ประมาณวันที่ 3-5 หลังเกิด[8] ต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ซึ่งสามารถลดระดับบิลิรูบินในเลือดได้[9]

จากการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 11 ข้อ กรณีศึกษารายที่ 2 จำนวน 7 ข้อ ได้รับการรักษาพยาบาลสิ้นสุดทุกข้อได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้านตามสภาพปัญหาของแต่ละราย รายที่ 1 นัดติดตามการตรวจหลังคลอดและภาวะตัวเหลืองของทารก รายที่ 2 นัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ระยะคลอด ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพโดยประสานงานกับคลินิกฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในทุกระยะของการคลอดรวมถึงระยะการวางแผนจำหน่ายเป็นประจำทุกปี พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบูรณาการทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น ใช้แนวทางการประเมินผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทานายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562;10 (1) 1-10.
2. HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564-2566).(2564-2566). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566
3. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2564-2566). สืบค้นจาก HTTPS://KKN.HDC.MOPH.GO.TH/HDC/MAIN/INDEX.PHP.สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566.
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสีชมพู(2566).สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสีชมพู ประจำปี 2564-2566 โรงพยาบาลสีชมพู
5. ปิยะมาศ ศักดิ์ศิริวุฒโฒ และคณะ.(2559). สูติศาสตร์ฉุกเฉินภาควิชาสูตินรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปรับปรุงครั้งที่ 3. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
6. จิรัชยา หนูสิงห์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 14(1), 226-240.
7. ภารดี ชาวนรินทร์. (2564). การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาล,70(4),52-59.
8. https://www.phyathai.com/ article-) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566
9. จันทรมาศ เสาวรส .(2562). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปญหาที่ไมควรมองขาม. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร,9(1),99-109.