

การพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน: กรณีศึกษา

Nursing care of mothers and infants born before hospital arrival in obstetric emergencies
Nursing for emergency accident patients and the forensic medicine department, Don Chan
Hospital: Case Study.

(Received: January 7,2024 ; Revised: February 2,2024 ; Accepted: February 13,2024)

นรินทร์ ภาววิจิตร¹

Narin Panvijit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาทางการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเปรียบเทียบ 2 รายที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน ระยะเวลาในการศึกษาเดือนสิงหาคม-เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 เป็นมารดาครรภ์ที่ 2 คลอดทางช่องคลอดพร้อมรกที่บ้านก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ให้การดูแลตัดสายสะดือที่โรงพยาบาล มารดามีภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและอุณหภูมิร่างกายต่ำ กรณีศึกษาที่ 2 เป็นมารดาครรภ์ที่ 2 มีประวัติแท้ง มีอาการเจ็บครรภ์คลอดได้คลอดเองที่บ้าน รถโรงพยาบาลออกมารับผู้ป่วยพร้อมบุตร ทำการคลอดรกที่โรงพยาบาล มารดามีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อช่องท้องคลอดฉีกขาด และทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยทั้งสองได้รับการส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ามารดาและทารกปลอดภัย

คำสำคัญ: การคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล, การพยาบาล, ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม, ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This nursing case study aimed to examine the care provided to mothers and infants experiencing pre-hospital births during obstetric emergencies. It compared two cases seeking nursing for emergency accident patients and the forensic medicine department at Don Chan Hospital. Data collected from August to November 2023, including patient records, observation, and interviews, were analyzed using the Gordon Health Model framework and nursing process.

The study's findings revealed that in case study 1, a second-time mother gave birth vaginally at home with the placenta, an hour before reaching the hospital. Care included umbilical cord cutting at the hospital. The mother faces a postpartum hemorrhage risk, while the baby suffers from oxygen deficiency, hypoglycaemia, and hypothermia. Case study 2 involved a mother with a history of miscarriage who reached a hospital via hospital buses, with the placenta delivered upon arrival. Both mothers faced risks, including postpartum hemorrhage and vaginal rupture infection, with their babies having low blood sugar. Consequently, both patients were referred for treatment at a hospital with advanced maternal and infant safety capabilities.

Keywords: birth before arrival, nursing, obstetric emergencies, community hospital emergency room

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอนจาน



บทนำ

การคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล (Birth Before Arrival: BBA) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล ในปี 2564 พบว่ามีทารกแรกเกิดประมาณ 2.8 ล้านคนทั่วโลกที่คลอดก่อนกำหนด (ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์) ร้อยละ 10 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ในประเทศไทย โดยทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดมีประมาณ 75,000 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด^{1,2} จังหวัดกาฬสินธุ์ พบการเกิดมีชีพในโรงพยาบาล 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2564-2566) เท่ากับ 99.5, 99.6, 99.6 ต่อการเกิดมีชีพทั้งหมด อัตราทารกแรกเกิดตาย เท่ากับ 9.3, 2.3, 3.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน^{3,4} อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลระดับจังหวัดกาฬสินธุ์พบร้อยละ 10.50 ระดับอำเภอตอนจวนร้อยละ 2.3-3.9⁵

จากการวิเคราะห์ด้านข้อมูลสตรีตั้งครรภ์พบว่าผู้คลอดฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ ANC มากถึงร้อยละ 72.5^[6] ผู้คลอดฉุกเฉินส่วนมากไม่ได้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ย้ายเข้ามาอยู่กับครอบครัวในพื้นที่ไม่ทราบประวัติการฝากครรภ์ และยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์บางส่วนมีประวัติการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง ประกอบกับการตั้งครรภ์เป็นความเสี่ยงที่มารดาสามารถคลอดฉุกเฉินที่บ้านจึงทำให้มารดาผู้คลอดฉุกเฉิน และทารกมีโอกาสได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น การตกเลือดหลังคลอด ช่องคลอดฉีกขาด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ทารกมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีโอกาสติดเชื้อในร่ายกายสูง^{7,8} ในปีพ.ศ. 2566 พบมีผู้คลอดฉุกเฉินที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดาทำให้เกิดภาวะตกเลือด และทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁹⁻¹¹ เป็นเหตุให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจให้ทารกและส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจากสถานการณ์ข้างต้น การคลอดฉุกเฉินที่เกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาลจึงถือเป็นภาวะฉุกเฉิน (Emergency illness)

เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิตและมีความเสี่ยงอย่างรุนแรงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารก^{8,12,13}

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจานได้เห็นความสำคัญในปัญหาการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลจึงคัดเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้คลอดฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการจัดบริการพยาบาลมารดาทารกที่อยู่ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อเป็นประโยชน์ในการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษาที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive studies) ในรูปแบบกรณีศึกษา (Case study) มารดาและทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมโดยการเปรียบเทียบการพยาบาล 2 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 2 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ (1) ผู้ป่วยเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ตั้งครรภ์ อายุ 15 – 45 ปี ได้รับการวินิจฉัยคลอดทางช่องคลอดและภาวะคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล (3) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี ได้แก่
(1) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากบันทึกเวช
ระเบียนผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลบุคคล ประวัติ
ทางการแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ
บันทึกทางการแพทย์ ข้อมูลทั้งหมดผ่านการขอ
อนุญาตเข้าถึงข้อมูลบุคคลโดยหนังสือราชการ (2)
จากการสังเกตการณ์และปฏิบัติการพยาบาลในระยะ
คลอด และ ระยะหลังคลอด และระยะส่งต่อการ
รักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

เข้ารับการรักษาและระหว่างการส่งต่อ โดยใช้
กระบวนการพยาบาลในการดูแลตามสภาพปัญหา
ของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ KLS.REC 169/2566
ออกให้วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัย
เสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา
ปัญหาและ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการ
พยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	มารดา รายที่ 1	มารดา รายที่ 2	วิเคราะห์
1.เสี่ยงต่อการ ตกเลือดหลัง คลอดเนื่องจาก มดลูกหดรัดตัว ไม่ดีและการฉีก ขาดของแผลฝี เย็บ	ข้อมูลสนับสนุน คลอดที่บ้านพร้อมรก มีภาวะคลอดเร็ว มีแผลฝีเย็บฉีกขาด และมี active bleeding เป็นนานมากกว่า 1 ชั่วโมง กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกหลังคลอด ปริมาณเลือดที่ออก แผลฝีเย็บ 2. V/S ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และก่อนการส่ง ต่อ 1 ครั้ง 3.ดูแลให้ยา syntocinon 20 unit IV 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4.ดูแลสวนปัสสาวะให้ว่างเพื่อให้มดลูกหดรัด ตัว 5. กระตุ้น Breast Feeding 6. สอนมารดาคลึงมดลูก 7. ปรึกษาแพทย์เย็บฝีเย็บที่โรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูง การประเมินผล มดลูกหดรัดตัวดี และยังไม่พบเลือดซึมออกจาก ช่องทางคลอดส่งต่อเพื่อเย็บซ่อมแซมที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ข้อมูลสนับสนุน คลอดที่บ้าน คลอดที่โรงพยาบาล มดลูกหดรัด ตัวไม่ดี ปัสสาวะเต็ม มีแผลฝีเย็บฉีกขาด กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินโอกาสเสี่ยงจากภาวะตกเลือดในระยะ หลังคลอด 2.ดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และก่อนส่งต่อ 1 ครั้ง 3.ดูแลให้ยา syntocinon 20 unit IV 80 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4.ดูแลเฝ้าระวังอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น มีอาการช็อค 5.สอนและสาธิตการคลึงมดลูกที่ถูกต้อง การ ขับถ่ายปัสสาวะและการสวนทั้งปัสสาวะ 6.ดูแลตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด 7.ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM การประเมินผล มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น มารดามีอาการเหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพปกติ	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายคลอดเองที่บ้าน ราย ที่ 1 มีภาวะคลอดเร็วอาจทำให้ มดลูก แผลฝีเย็บ และช่องทางคลอด มีโอกาสดีกขาด รายที่ 2 มีการเจ็บ ครรภ์คลอดรุนแรงและคลอดเองที่ บ้านในช่วง 30 นาที มีแผลฝีเย็บฉีก ขาด ผู้ป่วยทั้งสองมีความเสี่ยงต่อ การตกเลือดหลังคลอดจากการมี ช่องทางคลอดฉีกขาดและยังมี Active Bleeding ร่วมกับมีอาการ แสดงทางคลินิกเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ค่า Hct.ต่ำ ก่อน ให้การพยาบาลพบภาวะปัสสาวะ เต็มจึงทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีที่ เป็นความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง คลอด
2.เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อเนื่องจาก มีแผลฉีกขาด ของช่องทาง	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลช่องทางคลอดฉีกขาดและคลอด ที่บ้านมีโอกาสติดเชื้อที่ฝีเย็บ กิจกรรมการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลฉีกขาดของช่องทางคลอด เปื้อน อุจจาระและปัสสาวะ กิจกรรมการพยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโอกาสติดเชื้อของ แผลช่องทางคลอดและฝีเย็บเท่ากัน เนื่องจากคลอดเองที่บ้านมีการ ปนเปื้อนของอุจจาระ ปัสสาวะ ปาก



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มารดา รายที่ 1	มารดา รายที่ 2	วิเคราะห์
คลอดฝีเย็บจากการคลอดเร็ว	- ประเมินการติดเชื้อของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอด - ดูแลทำความสะอาดแผลและร่างกายมารดาที่ห้องฉุกเฉิน - ดูแล foley's catheter - ดูแลเปลี่ยนผ้าซับเลือด - รายงานแพทย์เพื่อวางแผนให้ยาปฏิชีวนะหลังการส่งต่อการรักษา - ดูแลสัญญาณชีพขณะรักษาและก่อนส่งต่อการรักษา การประเมินผล มารดามีแผลที่ฝีเย็บและช่องทางคลอดแผลเริ่มมีอาการบวม มีเลือดไหลซึม วางแผนส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเย็บซ่อมแซมและให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	- ประเมินสัญญาณชีพ - ดูแลเฝ้าระวังอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลฝีเย็บมีหนอง มี discharge ซึม - แนะนำการป้องกันการติดเชื้อหลังคลอดโดยการทำทำความสะอาดอวัยวะ - ดูแลเปลี่ยนผ้าถูและผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม - แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น การประเมินผล มารดา ยังไม่ได้เย็บแผลช่องคลอดวางแผนส่งต่อให้สูติกรแพทย์เย็บที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แผลยังคงมีอาการบวม มีอาการปวดแผลเล็กน้อย	แผลมีอาการบวมอักเสบ ในการป้องกันการติดเชื้อได้รักษาทำความสะอาดแผล ได้ทำการเย็บซ่อมแซมแผลช่องทางคลอด และได้รับยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ต่อในระยะ 3 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการติดตามการรักษาพบว่าไม่มีอุบัติเหตุการติดเชื้อที่แผลช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดช่องทางคลอด การหดตัวของมดลูกและอาการวิงเวียนศีรษะ	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลฉีกขาดของช่องทางคลอด Pain score 5/10 คะแนน Hct 32.0% กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บและอาการวิงเวียนศีรษะ - ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย - แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด - สอนเทคนิคการหายใจลดปวด - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาคือ Paracetamol 500 mg 1tab. stat. - สังเกตลักษณะของแผล และอาการบวมแดง - วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งและก่อนส่งต่อการรักษา การประเมินผล มารดามีอาการปวดแผลลดลง pain score 3/10 คะแนน ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ การรับรู้และสัญญาณชีพปกติ	ข้อมูลสนับสนุน มารดามีแผลฉีกขาดของช่องทางคลอด Pain score 6/10 คะแนน Hct 34.6% หายใจเหนื่อย กิจกรรมการพยาบาล - ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บและวิงเวียนศีรษะ - ให้กำลังใจมารดาในการเผชิญอาการปวด - สอนเทคนิคการหายใจลดปวด - ดูแลจัดท่านอนให้นอนราบหรือปรับหัวเตียงสูงเล็กน้อย - ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM - ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาคือ Paracetamol 500 mg 1tab. stat. - วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งและก่อนส่งต่อการรักษา การประเมินผล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นเพิ่มขึ้น ยังมีอาการปวดแผลฝีเย็บหลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวดลดลง Pain score 4/10 คะแนน ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ การรับรู้และสัญญาณชีพปกติ	มารดาหลังคลอดทั้ง 2 รายมีอาการคลอดเร็วร่วมกับมีแผลช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บจึงพบว่าคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา Paracetamol 500 mg เพื่อบรรเทาอาการปวดพบว่าช่วยลดอาการปวดได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 คนยังคงมีอาการปวดแผลเล็กน้อย
4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก	ข้อมูลสนับสนุน ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารก Admit NICU ทารกได้ใส่ ET tube กิจกรรมการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกถูกแยกจากมารดา ทารก Admit Sick newborn กิจกรรมการพยาบาล	มารดา รายที่ 1 มีความกังวลมากกว่าเนื่องจากทารกมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่เข้ารับบริการคลอดเองที่บ้านนานมากกว่า 1 ชั่วโมงจึงทำให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	มารดา รายที่ 1	มารดา รายที่ 2	วิเคราะห์
	1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและญาติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการดูแลของทารก 2. ให้ข้อมูลทารกแก่มารดาได้รับทราบเป็นระยะ แนะนำให้ไปเยี่ยมทารกที่หออภิบาลทารกวิกฤต (NICU) และให้ข้อมูลทารกแก่ผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง 3. สนับสนุนให้มารดาไปเยี่ยมและให้นมบุตรทันทีที่ทำได้ 4. จัดสถานที่ให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันอย่างเหมาะสม 5. พยาบาลให้ข้อมูลในการดูแลบุตรและสอนการ Breast feeding 6. ช่วยประสานงานการส่งต่อรักษากับกุมารแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล มารดา ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตรในระยะก่อนส่งต่อการรักษา จาก การติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ายังคงมีความกังวลอยู่เนื่องจากบุตรมีภาวะขาดออกซิเจน และมีภาวะชักขณะรักษาที่ตึก NICU กังวลกับพัฒนาการของทารกไม่สมวัย และอาการชักกำเริบ	1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาและครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและความจำเป็นของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอทารกป่วย 2. แนะนำการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง และมีความพร้อมที่จะไปเยี่ยมลูก พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการไปเยี่ยมทารกของโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาและครอบครัวรับทราบ และกระตุ้นให้มารดาไปเยี่ยมลูกเมื่อมีความพร้อม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมพาไป 3. แนะนำมารดาให้บีบเก็บน้ำนมไว้ให้ลูกทุก 2-3 ชั่วโมง พร้อมบอกเหตุผล ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่ป่วย 4. ดูแลช่วยเหลืออย่างเอาใจใส่ และให้กำลังใจมารดาและครอบครัว 5. ช่วยประสานงานการส่งต่อรักษากับกุมารแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล ก่อนส่งต่อการรักษามารดา มีความกังวลสูงที่จะแยกจากทารกและภาวะสุขภาพของทารก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกแข็งแรงดี มารดาไม่มีความกังวล สิ้นหนาสดชื่น เลี้ยงลูกได้เอง	จากการติดตามทารกที่หออภิบาลทารก (NICU) ทารกได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับมีภาวะตัวเหลือง และภาวะเลือดขึ้นซึ่งเกิดจากรดติดกับตัวทารกไม่ได้ดีในช่วงเวลาที่เหมาะสม และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกมีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการล่าช้าจากภาวะพร่องออกซิเจนและอาการชัก สำหรับมารดา รายที่ 2 มีความกังวลเกี่ยวกับทารกเฉพาะช่วงแรกที่แยกจากกันไปอยู่ที่แผนกทารกป่วย แต่มารดาสามารถเข้าเยี่ยมได้ การติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงพบว่าไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ทารก รายที่ 1	ทารก รายที่ 2	วิเคราะห์
1. ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน	ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดพร้อมรยังไม่ได้ดี รกเริ่มแห้งเขียว สีคล้ำ ริมฝีปาก ปลายมือเท้าเริ่มมีคล้ำ At ER. APGAR 8-9-9 คะแนน O₂ saturation 90-95% O₂ saturation 89-95% at ER รพ.กาฬสินธุ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนจากลักษณะการหายใจแบบ Retraction, grunting, Nasal flaring, ผิวหนังซีดเย็น คล้ำ ปลายมือปลายเท้าสีม่วง 2. ดูแลตัด cord ส่งต่อให้มารดาสัมผัสผัดอบกอดให้ความอบอุ่น ดูแลนมภายใต้ผ้าอุ่น	ไม่มีปัญหาการพร่องออกซิเจน ทารกแดงดี ทารก Active ดี ดูคนมาจากเต้านมได้	ทารก รายที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากผ่านการคลอดที่บ้านมากกว่า 1 ชั่วโมงรกเริ่มแห้งเขียวสีคล้ำ สายสะดือค้ำมั่งง ทารกเริ่มมีปลายมือเท้า ริมฝีปาก ม่วงจึงทำให้ทารกอาจมีโอกาสดูต่อภาวะเลือดขึ้น เนื่องจากเลือดที่อยู่ในรกและสายสะดือเป็นเลือดที่มีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งแตกต่างจากทารก รายที่ 2 ที่หลังจากคลอดที่บ้านพยาบาลออกเเหตุรับที่บ้านและช่วยตัดสายสะดือก่อนนำส่งโรงพยาบาลจึงทำให้



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2	วิเคราะห์
	3. ประเมิน Apgar score นาทีที่ 1-5-10 ถ้าต่ำกว่า 8 รายงานแพทย์ 4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ โดยดูดเสมหะทุกครั้งเมื่อมีเสมหะทั้งทางปากและจมูก 5. ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลา ควบคุมให้ > 95% สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน 6. ดูแลทารกเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกชื้นอย่างสม่ำเสมอ เช็ดตัวให้แห้ง กระตุ้นการหายใจ จัดท่าศีรษะ เปิดทางเดินหายใจ 7. เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม ได้แก่ ลูกยาง เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ออกซิเจน สารน้ำและยาที่จำเป็นต้องใช้ เช่น 5%D/W, NSS, Ringer's lactate, epinephrine 1:1,000, naloxone 0.4 mg/ml, sodium bicarbonate, sterile water การประเมินผล At ER. ก่อนส่งต่อรักษาทารกหายใจได้เอง ริมปีปาก ปลายมือเท้าเริ่มเป็นสีชมพู O₂ saturation 90-98% ยังไม่ได้ใส่ ET tube At NICU ทารกได้ใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลใกล้ชิดจากทีมแพทย์ ทารกปลอดภัย		ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เหมือนกับทารกชายที่ 1
2.ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	ข้อมูลสนับสนุน DTX 50 mg% กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ 2. ดูแลให้ทารกได้ดื่มนมจากเต้า 3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือฟื้นคืนชีพทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤติจากภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง 4. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 5. บันทึกสัญญาณชีพ เตรียมส่งต่อการรักษา 6. ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล ทารกได้รับไว้ในการรักษาของแผนก NICU ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้รับการแก้ไขปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำจนอาการเป็นปกติ	ข้อมูลสนับสนุน DTX₁ 83 mg%, DTX₂ 59 mg% กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ 2. ดูแลให้ทารกได้ดื่มนมจากเต้า 3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือฟื้นคืนชีพทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤติจากภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง 4. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 5. บันทึกสัญญาณชีพ เตรียมส่งต่อการรักษา 6. ส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การประเมินผล ทารกได้รับนมจากมารดาและการป้อนนมจากทีมพยาบาลจึงทำให้ทารกไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	ทารกชายที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่า เนื่องจากเข้ารับบริการที่ ER รพ.ดอนจานช้า และมารดาไม่ได้ให้นมจากเต้าหลังคลอด ซึ่งแตกต่างจากทารกชายที่ 2 ที่พยาบาลออกรับทารกที่บ้าน หลังตัดสายสะดือได้ให้ดื่มนมจากเต้ามารดานั้นจึงนำเข้ามาดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาล ดอนจานระดับน้ำตาลในเลือดจึงต่ำไม่มากเหมือนทารกชายที่ 1
3.ทารกมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	ข้อมูลสนับสนุน APGAR 8-9-9 คะแนน BT 36.3°C, RR 65/min,	ข้อมูลสนับสนุน APGAR 9-10-10 คะแนน BT 36.4°C, RR 66/min,	ทารกชายที่ 1 ในช่วงก่อนรักษาอยู่ที่บ้านนาน 1 ชั่วโมง ไม่ได้การห่อผ้า ไม่ได้ตัดสายสะดือตั้งแต่ระยะ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2	วิเคราะห์
	HR 168/min กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการแสดงของอุณหภูมิร่างกายต่ำ ด้วยการสังเกตอาการแสดง สังเกตสีผิว ผิวลาย อาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า การตื่นตัวของทารก การร้องเสียงดัง 2.ดูแลรักษาความอุ่นของร่างกายด้วยการห่อตัว โดยใช้ผ้าแห้งอุ่นหนา และสวมหมวก 3.ควบคุมอุณหภูมิห้องไว้ที่ 25-36°C 4.ดูแลให้ทารกได้รับการดูแลทำหัตถการรวม ความรวดเร็ว นุ่มนวล ก่อนสัมผัสตัวทารกมีการเพิ่มความอบอุ่นให้กับมือทุกครั้ง 5.ดูแลให้ทารกนอนจัดท่านอนให้เด็กเพื่อรักษาความอบอุ่นของร่างกายคือ Ovoid Position และดูแลให้ทารกได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดผลกระทบจากธรรมชาติที่ผ่านตำแหน่งที่ทารกนอน 7.ดูแลวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ BT, PR, RR at ER, ก่อนRefer และบันทึกค่า O₂ Saturation หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล ทารก Active ดี ได้รับการรักษาความอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าหนา และสะอาด BT 36.8-37.3°C ผิวทารกสีชมพู ไม่มีปลายมือเท้าเย็นริมฝีปากสีชมพู	HR 178/min, กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการแสดงของอุณหภูมิร่างกายต่ำ 2.ให้การช่วยเหลือภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของทารก โดยเร็ว ด้วยการห่อตัว โดยใช้ผ้าแห้งอุ่นหนา และสวมหมวก 3.ตรวจสภาพสายสะดือว่ามีารผูกเพื่อป้องกันเลือดออกจากทารกแล้ว 4.ควบคุมอุณหภูมิห้องไว้ที่ 25-36°C 5.ดูแลให้ทารกนอนจัดท่านอนให้เด็กเพื่อรักษาความอบอุ่นของร่างกายคือ Ovoid Position และดูแลให้ทารกได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงานของร่างกาย 6.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดผลกระทบจากธรรมชาติที่ผ่านตำแหน่งที่ทารกนอน 6.ดูแลวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ BT, PR, RR at ER, ก่อนRefer และบันทึกค่า O₂ Saturation หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที การประเมินผล ทารก Active ดี ได้รับการแก้ไขภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยการห่อตัวทำให้อุณหภูมิปกติ BT 36.8-37.3°C ริมฝีปากสีชมพู ไม่มีปลายมือมวงคล้ำและไม่เย็น	เริ่มแรก ทารกเปียกน้ำคล้ำและเลือดของมารดาจึงทำให้ปลายมือ-เท้าเย็น ริมฝีปากเริ่มคล้ำ หลังให้การรักษาที่ ER ได้รับการเช็ดตัวให้แห้งและห่อผ้าเพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายจึงทำให้อุณหภูมิปกติ ทารกชายที่ 2 คลอดที่บ้านเป็นก่อนมา 30 นาที ตัวเปียกจากน้ำคล้ำ ญาติเปิดพัดลมสัมผัสผิวร่างกายเด็กจึงทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำ พยาบาลออกเหตุช่วยเหลือที่บ้านให้การดูแลรักษาอุณหภูมิร่างกายได้เร็วซึ่งแตกต่างจากการทารกชายที่ 1 ซึ่งเข้ารับบริการช้ากว่า แต่ทารกทั้งสองได้รับการแก้ไขปัญหานี้หมดไปก่อนส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
4.ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสะดือ	ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดที่บ้านเป็นอันตรายหลังของมารดา ทารกตาเยิกขึ้น รกติดกับทารก ตัดรกที่โรงพยาบาล กิจกรรมพยาบาล 1.ประเมินสุขภาพทารกและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือจากสารคัดหลั่งและสิ่งแวดล้อม 2.ดูแลเช็ดทำความสะอาดตาและป้ายยา terramycin ophthalmic ointment ตาทั้งสองข้าง 3.ดูแลตัดสายสะดือและป้ายยา povidine ตามแผนการรักษา 4.เช็ดทำความสะอาดตัวทารกและห่อด้วยผ้าสะอาด	ข้อมูลสนับสนุน ทารกคลอดที่บ้านเป็นอันตรายหลังของมารดา ได้รับการตัดสายสะดือที่บ้าน ทารกมีตาเยิกขึ้น กิจกรรมพยาบาล 1.ประเมินสุขภาพทารกและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือจากสารคัดหลั่งและสิ่งแวดล้อม 2.ดูแลเช็ดทำความสะอาดตาและป้ายยา terramycin ophthalmic ointment ตาทั้งสองข้าง 3.ดูแลตัดสายสะดือและป้ายยา povidine ตามแผนการรักษา 4.เช็ดทำความสะอาดตัวทารกและห่อด้วยผ้าสะอาด 5.งานแพทย์ทำการปรึกษากุมารแพทย์ในการรักษาโดยยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ทารกทั้งสองรายได้รับการป้องกันการติดเชื้อที่ตาและสะดือเหมือนกัน ทุกประการ ขณะอยู่ภายใต้การดูแล ยังไม่พบปฏิกิริยาการอักเสบหรือการติดเชื้อ ติดตามทารกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กาฬสินธุ์พบว่ากุมารแพทย์ได้ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาหลังดูแลต่อที่บ้านไม่มีการติดเชื้อเพิ่มเติม



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัย ทางการ พยาบาล	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2	วิเคราะห์
	5.งานแพทย์ทำการปรึกษากุมารแพทย์ในการ รักษาโดยยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาล ภาพคลื่น ประเณินผล ทารกได้รับการป้องกันการติดเชื้อที่ตาและ สายสะดือก่อนส่งต่อการรักษา ตาไม่แดง ไม่ มีขี้ตา สะดือไม่บวมแดง ไม่มีไข้	ประเมินผล ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือ ตาไม่เปื่อยขึ้น ตาไม่บวม สะดือไม่มีปฏิกิริยาการ อักเสบ ไม่บวมแดง ไม่มีไข้	

สรุปและอภิปรายผล

มารดาทั้งสองรายมีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม โดยได้คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสูงที่จะเกิดภาวะคลอดเร็วจึงทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด จากช่องทางคลอด ฝีเย็บฉีกขาด การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ อาการปวดแผลช่องคลอดและฝีเย็บฉีกขาด และเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และทารก ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลจากทีมแพทย์ และพยาบาลที่ให้การดูแลตามมาตรฐานจึงทำให้มารดาปลอดภัยและมีภาวะสุขภาพที่ดี

ทารกทั้งสองรายมีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ เนื่องจากการคลอดที่บ้านทำให้ทารกเข้าถึงบริการได้ช้าจึงทำให้มีปัญหาด้านการพยาบาล ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน (เฉพาะทารกชายที่ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตาและสายสะดือ หลังให้การดูแลรักษาพยาบาลพบว่าทารกปลอดภัยแต่ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ หลังส่งต่อการรักษาไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงโดยการปรึกษากุมารแพทย์รับไว้ใน การดูแล ทารกชายที่ 1 อยู่ที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤติ (NICU) มีอาการชัตและพร่องออกซิเจน ทารกจึงได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทารกปกติดี มีติดตามตรวจพัฒนาการ และวัคซีนที่โรงพยาบาล ทารกชายที่ 2 อยู่ที่หอทารกป่วย (Sick newborn) หลังรับไว้ในการรักษาทารกมีภาวะตัวเหลือง ทีมแพทย์และพยาบาลวางแผนส่อง

ไฟเพื่อการรักษา 5 วัน อาการดีขึ้นจึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีนัดติดตามตรวจสุขภาพทารกทั่วไปและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

สรุปได้ว่ามารดาและทารกที่ผ่านการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่พยาบาลวิชาชีพต้องให้การดูแลตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพของมารดาและทารกและลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรม กุมารเวชกรรม ฉุกเฉินเกิดขึ้นภายหลัง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องพัฒนาทักษะและสมรรถนะในการช่วยเหลือภาวะการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล

มารดาทั้งสองรายมีภาวะคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล และมีโอกาสูงที่จะเกิดภาวะคลอดเร็วเฉียบพลัน (Precipitate of labor) ทำให้มารดาทั้งสองมีโอกาสดกเลือดหลังคลอดสูงเพิ่มขึ้น จากการตรวจร่างกายพบว่ามารดาทั้งสองมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ มี Active bleeding เปื้อนผ้าอนามัยร่วมกับมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกมีอาการเหนื่อย หายใจเร็ว ค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ พิมพ์ดี ที่พบว่ามารดาหลังคลอดในการดูแลมีภาวะคลอดติดขัด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ช่องทางคลอดฉีกขาด ปริมาณการเสียเลือด 500-600 มิลลิลิตรเป็นสาเหตุของภาวะ ตกเลือดหลังคลอด¹⁴ แพทย์ได้วางแผนส่งต่อรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงร่วมกับให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM และ

วัดสัญญาณชีพตามมาตรฐาน นอกจากนั้นพบว่า มารดาที่มีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะจึงเป็นสาเหตุให้มดลูกมีการหดตัวได้ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิรัน สาสุนีย์ และและสินีนางู หงส์ระนัย และคณะ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกของมารดาหลังคลอดจากปัจจัยการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง มีภาวะซีด การคลอดเฉียบพลัน ปัสสาวะเต็ม มดลูกหดตัวไม่ดี ปากมดลูกและฝีเย็บฉีกขาดมีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -Value <0.05)^{7,8} แพทย์จึงวางแผนการรักษาโดยให้ syntocinon 20 unit IV 80 ml/hr. พร้อมกับกระตุ้นให้มารดาบีบคลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก และกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองและสวนปัสสาวะทิ้ง ซึ่งกระบวนการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานข้างต้นจะช่วยรักษาและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติวรดา ไชยฤทธิ์ ได้ศึกษาการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะตกเลือดที่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีได้¹⁵

ทารกแรกเกิดที่ 1 ภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากคลอดพร้อมรกที่บ้านไม่ได้รับการตัดสายสะดือในเวลาที่เหมาะสมจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเลือดเข้มข้น และเลือดที่อยู่ในรกและสายสะดือมีค่าออกซิเจนต่ำ ร่วมกับการตรวจร่างกายพบทารกมีริมฝีปากเริ่มม่วงคล้ำ ปลายมือ-เท้าเริ่มเย็น จึงทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติวรดา ไชยฤทธิ์ และปรเมศวร์ วงศ์ประเสริฐ ซึ่งพบว่าทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาลมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมากถึงร้อยละ 51.8 โดยมีความรุนแรงระดับเล็กน้อยร้อยละ 26.5 รุนแรงปานกลางร้อยละ 25.3 กลุ่มที่อุณหภูมิปานกลางใช้เวลาเดินทางโรงพยาบาล 90 นาที นานกว่ากลุ่มอุณหภูมิร่างกายต่ำเล็กน้อยซึ่งใช้เวลา 60 นาที^{11,15} จึงทำให้ทารกแรกเกิดที่ 1 ได้ใส่ท่อช่วยหายใจและรับไว้ในการรักษาแผนก NICU สำหรับทารกแรกเกิดที่ 2 ไม่พบปัญหาพร่อง

ออกซิเจน ปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกทั้งสองกรณีเกิดจากหลังคลอดในระยะแรกไม่ได้ดูอุณหภูมิจากเต้านมมารดา อยู่ในสภาพอากาศที่ถ่ายเทจึงทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนและน้ำได้ผิวหนัง ร่วมกับการทำงานของระบบเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และการหลั่งของฮอร์โมนไม่สมบูรณ์จึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ เดชอินทรนารักษ์ พบว่าอุบัติการณ์เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกความเสี่ยงสูงร้อยละ 9.0 ของทารกแรกเกิด และร้อยละ 28.3 ของทารกที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด ($p < .001$) แรกเกิดน้ำหนักน้อย ($p = .028$) และมารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($p < .001$)¹¹ สำหรับปัญหาภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของทารกทั้งสองมีสาเหตุจากการคลอดที่บ้านไม่ได้รับการตัดสายสะดือ เช็ดตัวให้แห้ง และห่อผ้าเพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายในเวลาที่เหมาะสมจึงทำให้เกิดปัญหานี้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ์และคณะ ได้ศึกษาแนวทางปฏิบัติการช่วยคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลในระยะคลอดและระยะหลังคลอดที่ต้องห่อตัวทารกแรกเกิดเพื่อให้ทารกอบอุ่นช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารก^[16]

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล (1) ควรส่งเสริมความรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลและการคลอดก่อนกำหนด (2) โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ทางสูติกรรมเข้าบริการที่ห้องฉุกเฉิน (3) ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นในการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมให้กับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายกู้ชีพระดับตำบล

ด้านผู้รับบริการ (1) ควรแสวงหาช่องทางการช่วยเหลือที่เป็นแหล่งความรู้จากพยาบาลและแหล่งประโยชน์ในการช่วยกรณีมีอาการเจ็บครรภ์คลอด

การคลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย (2) สตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ควรเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ 8 ครั้งเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตรในครรภ์

ด้านการวิจัย (1) ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการแพทย์ฉุกเฉินกรณีการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (2) ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรที่มปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (MERT/Mini MERT) ให้กับทีมกู้เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลดอนจาน และ

หน่วยกู้ชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยกรณีศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความรู้จากนายแพทย์สุยันต์ ลวงพิมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดอนจาน นางจิรประภา ประคำ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และบุคลากรเจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอนจาน ขอบขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการบริการทางการแพทย์ และข้อมูลวิจัยที่ทำให้การศึกษสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Wattanaruangkowit W. Birth Before Arrival (BBA) at Yasothon Hospital, 5 Year Descriptive and Retrospective Analytic Study. J Health Sci [อินเทอร์เน็ต] 2008 [อ้างถึง 2023 ธค 27];SII369-378. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/2722>
2. World Health Organization. Born too soon: decade of action on preterm birth [อินเทอร์เน็ต]. 2024 [อ้างถึง 2024 มค 1];Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240073890>
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายทารก อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างถึง 2566 มค 1];Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนและอัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) อัตราการตายทารก (ต่ำกว่า 1 ปี) จำแนกตามเพศ และอัตราตายมารดา พ.ศ. 2555 - 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 2567 มค 1];Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=305
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างถึง 2566 มค 1];Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?>
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 2567 มค 1];Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?>
7. ถิรนนท์ สาสุณีย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2565 [อ้างถึง 2024 มค 4];7(3):45-56. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/258236>
8. สีนินาฏ หงษ์ระนัย, พรทิพย์ เรืองฤทธิ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร [อินเทอร์เน็ต] 2565 [อ้างถึง 2024 มค 4];14(1):44-54. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/251118>
9. จันทิมา นวมะวัฒน์, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ศิวาโลช์ วรรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เขตภาคเหนือตอนล่าง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี [อินเทอร์เน็ต] 2558 [อ้างถึง 2023 ธค 27];9(1). Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/41825>

10. จิรนนท์ เดชอินทรนารักษ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 6];42(2):187-98. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/263922>
11. ประเมศวร์ วงศ์ประเสริฐ. อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล. Thai J Emerg Med [อินเทอร์เน็ต] 2563 [อ้างถึง 2024 มค 4];2(2):51-63. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJEM/article/view/251127>
12. จตุพร แจ่มจันทร์. การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 4];8(4):172-81. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268692>
13. อนงค์ เอื้อวัฒนา. การพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต] 2557 [อ้างถึง 2024 มค 4];32(3):127-36. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/27576>
14. ปาริชาติ พิมพ์ดี. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 4];8(4):133-41. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268555>
15. รุติวรดา ไชยฤทธิ์. รูปแบบการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุสินารายณ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต] 2566 [อ้างถึง 2024 มค 4];8(4):638-44. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269540>
16. Sripongsut P, Sawangtook S, Kerdmakmee C, Karuna S. Clinical Practice Guideline for Giving Birth before Arrival in Urban City. Kuakarun J Nurs [อินเทอร์เน็ต] 2019 [อ้างถึง 2023 ธค 27];26(2):169-80. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/220631>