

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Pregnant Women with Preterm Labor : 2 case studies

(Received: September 12,2024 ; Revised: September 16,2024 ; Accepted: September 18,2024)

สุจิตรา สมวงษา¹Suchittra Somwongsa¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 รายที่มารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนกอร์ดอน และการวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

ผลการศึกษา พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี G2P1-0-0-1 ANC ที่โรงพยาบาลช้างสูงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 10⁺³ สัปดาห์ LAB I Hct. 28 % ได้ยา Folic acid ไปรับประทานวันละ 1 เม็ด ติดตามผลเลือด LAB II Hct เพิ่มขึ้นเป็น 35 % มาฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33⁺⁵ สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอด ได้รับการยับยั้งการหดตัวของมดลูก สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จและตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์ รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0-0-0-0 ANC ที่คลินิกฝากครรภ์ ครั้งแรกอายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามนัด เมื่ออายุครรภ์ 33⁺³ สัปดาห์เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูกและมีน้ำเดิน คลอดปกติทางช่องคลอด น้ำหนักทารก 2,120 กรัม APGAR Score =9-8-8 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด

คำสำคัญ: ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล

Abstract

This study was case study with the objective of providing nursing guidelines for 2 pregnant women with premature labor who received services at the delivery room of Sam Sung Hospital, Khon Kaen Province. The study compared 2 pregnant women with premature labor by applying the Gordon 11 Health Models concept and nursing care planning according to Orem's framework.

The results of the study found that Case 1, a 32-year-old pregnant woman, G2P1-0-0-1, ANC at Sam Sung Hospital, first antenatal care at 10+3 weeks of pregnancy, LAB I Hct. 28%, received Folic acid to eat 1 tablet per day, followed up with blood test results, LAB II Hct increased to 35%, attended the antenatal care appointment at 33+5 weeks of pregnancy, labor pain, received uterine contraction inhibition, successfully inhibited labor pain and continued pregnancy until 39 weeks of pregnancy. Case 2, a 28-year-old pregnant woman, G1P0-0-0-0, ANC at the antenatal clinic, first antenatal care at 11 weeks of pregnancy, attended the antenatal care appointment at 33+3 weeks of pregnancy, labor pain and water broke 4 hours before coming to the hospital, could not successfully inhibit labor because the cervix was dilated and water broke. Normal delivery via vagina, infant weight 2,120 grams, APGAR Score = 9-8-8, infant with deep breathing. The doctor then referred the baby to a tertiary hospital in the province for treatment.

Keywords: Premature labor, Nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆของงานอนามัยแม่และเด็ก ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยพบถึงร้อยละ 12.5 ในปีงบประมาณ 2567¹ ตามสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยปีละ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด² สาเหตุหลักของการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 50-80 คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด และครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจของครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก กระวนกระวาย ผลกระทบต่อทารกคือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น Respiratory distress syndrome (RDS, HMD) ปัญหาการติดเชื้อในกระแสเลือด ปัญหา ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น Patent ductus arteriosus (PDA) ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น Necrotizing enterocolitis (NEC) รวมถึงปัญหาทางพฤติกรรม³ ส่งผลให้เกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดซึ่งอาจคงอยู่ต่อเนื่องในระยะยาว เช่น สมรรถภาพการหายใจ หรือ ความสามารถในการมองเห็นที่ผิดปกติจากการได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน นอกจากปัญหาที่พบทางด้านร่างกายแล้ว ปัญหาดังกล่าวยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกและในครอบครัวเป็นระยะเวลายาวนาน และในแต่ละปีรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 175,000 บาทต่อราย³

อุบัติการณ์ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดระดับประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบร้อยละ 12.47, 11.61 และ 10.42 ตามลำดับ⁴ เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละ 11.94, 12.58 และ 12.37 ตามลำดับ⁴ ในจังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.41, 9.77 และ 11.72 ตามลำดับ⁵ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบจำนวน 10, 16 และ 12 ราย ตามลำดับ พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 4, 6 และ 4 ราย ตามลำดับ⁶

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ 1) ประวัติทางสูติกรรม เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับโรคทางด้านอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ มีภาวะเครียด ซึมเศร้า ด้านสูติศาสตร์ มีการติดเชื้อนอกมดลูก มีความผิดปกติของมดลูก คอมดลูกมีลักษณะผิดปกติ (U,V,Y shape) คอมดลูกสั้นกว่า 2.0 เซนติเมตร มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ประวัติการแท้งในครรภ์ก่อนหน้านี้ มีภาวะภาวะซีด การใช้สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่ ต่อมแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น ความผิดปกติของรก มีรกเกาะต่ำหรือลอกตัวก่อนกำหนด น้ำคร่ำมากหรือน้อยเกินไป ภาวะครรภ์เป็นพิษ⁷ ภาวะครรภ์แฝดน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตก รวมถึงการตั้งครรภ์ด้วยวิธีเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 3) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ โครโมโซมผิดปกติ พิกัดแต่กำเนิด ภาวะครรภ์แฝด เป็นต้น รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 17 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ระดับการศึกษาต่ำ หรือมีเศรษฐกิจต่ำ ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 6 เดือน BMI < 19 กก/ม² หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กก. มีภาวะภาวะทุพโภชนาการ ทำงานหนัก เช่น มากกว่า 80 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือการยืน เดิน นานกว่า 8 ชม. ต่อวัน

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ถึง อายุครรภ์ 36⁺6 สัปดาห์ ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปและหรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร หรืออาจมีร่วมกับการมีมูกเลือดหรือ หนองน้ำคร่ำแตกหรือรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์(สำหรับในกรณีที่ยาอายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป)¹ อาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันออกไป โดยอาจจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้นเรื่อยๆ มดลูกมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอจนทำให้ปากมดลูกมีการบางตัวและเปิดขยายตัว ปวดหลัง หรือปวดเอว ปวดหน่วงท้อง ปวดหน่วงลงช่องคลอดหรืออาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย มีสิ่งคัดหลั่งออกทางช่องคลอด เช่น มูก มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น⁸

การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอดหรือคลอดในระยะที่เหมาะสม การป้องกันที่ได้ผลดีคือ การใช้ยาโปรเจสเทอโรน ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีทั้งในรูปแบบการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เน้นทางช่องคลอด หรือแบบรับประทาน และอีกวิธีคือการเย็บผูกปากมดลูก ซึ่งเป็นหัตถการที่ใช้ในการรักษาร่วมกับการตรวจพบปากมดลูกน้อยกว่า 25 มม.

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การดูแลจึงต้องเน้นที่การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอ กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁹ มาใช้เป็นแนว

ทางการประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบของโอเร็ม¹⁰

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบ 2 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 ราย ระยะเวลาในการศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 - 10 พฤศจิกายน 2566 หญิงตั้งครรภ์ รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2567- 19 เมษายน 2567 โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการเก็บข้อมูลกรณีศึกษา ตามแบบแผนสุขภาพ 11แบบแผน มีความครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย นำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำปัญหาที่ได้มาวางแผนการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี อาชีพแม่บ้าน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตั้งครรภ์ G2P1 GA 33⁺3 wk by U/S EDC 25 ธันวาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 10⁺3 wk ที่โรงพยาบาลช้างสูง ฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้ง มาตามนัดทุกครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative ,VDRL = Nonreactive ,Hct. = 28 % ได้รับยาบำรุงเลือด Folic acid 1x1 Oral pc. รับประทานที่บ้านและนัดติดตาม ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 Hct.=35%, VDRL = Non reactive GST= 122 mg% วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 เวลา 19.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลแรกรับเวลา 21.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์คลอดไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก $\frac{3}{4}$ เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 26 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 5 นาที Duration 40 วินาที เด็กดีนดี ท่า LOA FHS 144 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 150 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สัญญาณชีพ BP 116/70 mmHg. Pules 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BT.37 องศาเซลเซียส Sat O₂ 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 21.20 น. แพทย์วินิจฉัย G2P1 GA 33⁺⁵ with Preterm contraction พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose On EFM ทุก 4 – 8 ชั่วโมง ไม่มีการหดตัวของมดลูก หลังยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ หญิงตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาล 3 วัน สามารถกลับบ้านได้และนัดฝากครรภ์ 14 พฤศจิกายน 2566 ที่โรงพยาบาลช้างสูง

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์อายุ 28 ปี อาชีพรับราชการ มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล G1P0 GA 33⁺⁴ wk by U/S EDC 3 มิถุนายน 2567 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 11 wk. ฝากครรภ์ที่คลินิกจำนวน 9 ครั้งตามนัดครบตามเกณฑ์ คุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL =

Nonreactive Hct. = 42 % DCIP Negative MCV 87.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 ผล Anti-HIV = Negative HBsAg = negative , VDRL = Nonreactive Hct. = 45.2 % วันที่ วันที่ 18 เมษายน 2567 เวลา 08.00 น. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดทาง ทุก 30 นาที และมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับเวลา 12.00 น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด การตรวจทางหน้าท้อง ระดับความสูงของมดลูก $\frac{3}{4}$ เหนือระดับสะดือ วัดความสูงของมดลูก = 25 เซนติเมตร มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval 7 นาที Duration 30 วินาที เด็กดีนดี ท่า LOA FHS 130 ครั้ง/นาที ผลตรวจ EFM : Reactive baseline 140 ครั้ง/นาที moderate variability periodic change ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station -2 ตรวจ Fern test positive สัญญาณชีพ BP 129/75 mmHg. Pules 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BT 36.7 องศาเซลเซียส Sat O₂ 98 % room air รายงานแพทย์เวรเวลา 13.00 น. แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 33⁺⁴ wk. with Preterm Premature rupture of membrane พิจารณาให้นอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ยายับยั้งการคลอดก่อนกำหนด อธิบายผลการตรวจและแผนการรักษาพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติทราบ แพทย์ให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Nifedipine (5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine (5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นสาร Surfactance ในปอดของทารก คือ Dexamethasone 6 mg im ทุก 12 ชั่วโมง X 4 dose และให้สารน้ำ RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. ให้ยา Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 01.00 น. มีการหดตัวของมดลูกมากขึ้นและมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น แพทย์เวรได้โทรศัพท์ประสานไปที่ห้องคลอด และ NICU โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อขอส่งตัวไปคลอด แต่โรงพยาบาลขอนแก่นไม่มีเตียงสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเตียงเต็ม จึง

ได้ติดต่อประสานขอส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างรอการตอบกลับจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หญิงคลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างรุนแรง ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร Effacement 100 % Station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดทางช่องคลอด เวลา 03.59 น.ทารกเพศชาย น้ำหนักคลอด 2,120

กรัม APGAR Score นาทีที่ 1= 9 นาทีที่ 5 =8 ทารกเริ่มมีอาการหายใจหอบลึกอกบวม อัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที Sat O₂ 85 %แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พร้อมมารดา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการหดตัวของมดลูก วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการแรกเริ่ม และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ชักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ 2. ชักประวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์และผล LAB ของ ANC 3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน 4. ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ 5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK 6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S 7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น 7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose 8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือ	ระยะก่อนคลอด 1.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการหดตัวของมดลูก วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการแรกเริ่ม และประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ชักประวัติทั่วไปและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล อาการเจ็บครรภ์และระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงห่างของการเจ็บและการคลายตัวของมดลูก การมีมูกเลือดหรือน้ำเดินออกทางช่องคลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ 2. ชักประวัติทางสูติกรรม ประเมินความถูกต้องของอายุครรภ์การฝากครรภ์ และผล LAB ของ ANC 3. ตรวจร่างกาย ตรวจหน้าท้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และการตรวจภายใน 4. ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง FHS, EFM เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ 5.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC UA UAM ATK Fern test 6.รายงานแพทย์เวร และเตรียม U/S 7.ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดหลักแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ของ MCHB จ.ขอนแก่น 7.1 Nifedipine(5) 2 tab oral ทุก 15 นาที x 4 dose then Nipedipine(5) 4 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง 7.2 Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr.x 4 dose 7.3 RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. 7.4 Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม.
ท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์ 10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที 11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O₂ ทุก 4 ชั่วโมง 11. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล ภายหลังจากการให้การพยาบาลและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการหดตัวของมดลูก ปากมดลูกไม่เปิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก	8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ร่วมกับ EFM ทุก 4 ถึง 8 ชั่วโมง 9.ดูแลให้ Absolute bed rest และให้นอนตะแคงซ้าย หรือท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบปลอดภัย ไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์ 10. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ ความดันโลหิตทุกครั้งก่อนให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก หาก BP < 90/60 mmHg งดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที 11. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ และ Sat O₂ ทุก 4 ชั่วโมง 11. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
การให้ยา FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive รับประทานอาหารและนอนพักได้	ภายหลังจากการการพยาบาลและยาตามแผนการรักษาหญิงตั้งครรภ์มีอาการมดลูกมีการรัดตัวถี่มากขึ้น มีการเปิดขยายของปากมดลูก ผลการตรวจ Fern test = positive FHS อยู่ในช่วงปกติ EFM =reactive
7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม นอนพักได้	7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
ระยะก่อนคลอด 3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโยนโดยแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ 5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สิ้นหน้ผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ	ระยะก่อนคลอด 3.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลายความกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำตนเองและทีมเพื่อ สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ แสดงท่าทางที่เป็นมิตรใส่ใจผ่อนคลายบรรยากาศเป็นกันเอง แสดงไมตรีจิตและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุยซักถามรับฟังอย่างเข้าใจ 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง 3. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ และญาติ ทราบอาการของทารกในครรภ์เป็นระยะๆ 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยการพูดปลอบโยนโดยแสดงความเห็นใจในความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ 5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สิ้นหน้ผ่อนคลายและสดชื่น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ
ระยะก่อนคลอด 4. ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักรู้และปฏิบัติตัวได้เหมาะสมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	ระยะก่อนคลอด 4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด 2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. 3. หลีกเลี่ยงการตรวจช่องคลอดโดยไม่จำเป็น 4. ดูแลความสะอาด Hygiene care 5.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา คือ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
2. สอนวิธีการประเมินอาการและการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้นอนตะแคงซ้ายหมอนรองบริเวณหลัง วางนิ้วนยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ ตรวจสอบการแข็งตัวของมดลูกใน 1 ชั่วโมงว่าเกิดทุก 10 นาทีหรือไม่ 3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ปวดท้อง หรือมีอาการปวดหลังร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าพบว่ามียาให้นอนพักอย่างน้อย 30 นาที โดยให้นอนตะแคงซ้ายหากมีอาการเจ็บครรภ์ และสังเกตว่ามีสิ่งขับหลั่งออกจากช่องคลอดด้วยหรือไม่ เช่น มูก มูกปนเลือด น้ำใสๆ ถ้ามีให้รีบมาพบแพทย์ทันที	Ampicillin 2 gm IV stat then 1 gm IV ทุก 4 ชม. 6. สังเกตและบันทึกลักษณะคร่ำ ถ้ามีผิดปกติรายงานแพทย์ ประเมินการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่มีไข้ น้ำคร่ำสีปกติ สัญญาณชีพปกติ
4. ให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวันโดยนับจำนวนครั้งที่เด็กดิ้นภายหลังรับประทานอาหารว่าดิ้นน้อยลงหรือไม่ (ปกติดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้งภายหลังการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ) 5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย 5.1 นอนพักผ่อนเพียงพอให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้นอนตะแคงซ้าย 5.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณที่เพียงพอ น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณ ½ กก./สัปดาห์ 5.3 ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่ควรดื่มชา หรือกาแฟ และงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ งดเสพยาเสพติดทุกชนิด และห้ามซื้อยารับประทานเอง 5.4 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การขับขีรถจักรยานยนต์หรือนั่งรถเดินทางเป็นระยะเวลาดูติดกันนานๆ การยกของหนัก การนั่งยองๆ หรือการเปลี่ยนจากท่ายืนเป็นท่านั่งบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่กระตือรือร้น หลีกเลี่ยงการกระตุ้นเต้านมขณะมีเพศสัมพันธ์ และงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการหดตัวของมดลูก 5.5 ใ้บุคคลในครอบครัวช่วยทำหน้าที่แทน เช่น การทำงานบ้าน การยกของหนัก หรือการดูแลบุตร	ระยะก่อนคลอด 5. ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย 2. ให้ O2 mask c bag 10 L/m 3. On EFM continuous เพื่อประเมิน ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา RLS 1000 ml IV 100 ml/hr. 5. เตรียมความพร้อมในห้องคลอดเพื่อเตรียมการช่วยเหลือ ประเมินการพยาบาล FHS อยู่ในช่วง 140 ถึง 160 ครั้ง/นาที EFM reactive
ประเมินผลการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ และได้รับยาช่วยการคลอดจนครบตามแผนการรักษา และสามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาฝากครรภ์ต่อที่ โรงพยาบาลช้างสูง หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัว เรื่องการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ได้ถูกต้องและตั้งครรภ์ต่อจนอายุครรภ์ถึง 39 สัปดาห์	ระยะคลอด 1. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวแรงขึ้น วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด 2. ตรวจสอบบันทึกความถี่ ความแรงและระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที On EFM Monitor ไว้ 3. บันทึกความก้าวหน้าใน WHO partograph 4. ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดหากพบภาวะ Tetanic contraction รายงานแพทย์ทันที 5. เตรียมความพร้อมของผู้คลอดสอนวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง 6. ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดอย่างนุ่มนวลโดยนึ่งรถเข็นนั่งเพื่อทำคลอด 7. เชียร์เบ่งคลอดให้กำลังใจผู้คลอดขณะเบ่ง 8. ทำคลอดอย่างนุ่มนวล ประเมินผลการพยาบาล ก่อนคลอด FHS 130-140 ครั้ง/นาที สม่าเสมอดี ผล EFM reactive ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการเบ่งคลอดถูกวิธี ทารกคลอดปกติ วันที่ 19 เมษายน 2567 เวลา 03.59 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,120 กรัม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	APGAR Score 9-8-8 หลังคลอดนาที่ที่ 5 ทารกมีภาวะหายใจหอบลึก แพทย์จึงได้ส่งต่อทารกไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์
	ระยะหลังคลอด 1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฉีกขาด ระดับ 2 และการหดตัวของมดลูกไม่ดี กิจกรรมการพยาบาล 1. คลึงมดลูกหลังจากการทำคลอดรกเพื่อให้มดลูกแข็งตัว ป้องกันการตกเลือด 2. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอดและช่องแคมแผลฝีเย็บให้ถูกต้องและเทคนิคปราศจากเชื้อ 3. สอนมารดาให้คลำและคลึงมดลูกด้วยตนเองบ่อยๆ 4. ดูแลให้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด 5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าคงที่แล้ววัด ทุก 4 ชั่วโมง 6. ตรวจประเมินการหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บ และกระปัสสาวะให้ว่างใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 7. แนะนำมารดาเรื่องการให้นมบุตรและกระตุ้นให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง 8. แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บโดยการล้างด้วยสบู่และล้างด้วยน้ำสะอาดซับให้แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่ม สังเกตความผิดปกติของแผลฝีเย็บเพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น 9. แนะนำให้มารดาขมิบช่องคลอดขมิบช่องคลอดบ่อยๆวันละ 30 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนที่ดี 10. ประเมิน Pain score เมื่อมีอาการปวดและให้ยาลดปวด 11. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมดลูกหดตัวดี EBL 150 ml แผลฝีเย็บฝีเย็บไม่พบก้อนเลือด hematoma ปวดแผลฝีเย็บ Pain score 3 คะแนน เตรียมส่งต่อไปพร้อมบุตรที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์
	การพยาบาลทารกแรกเกิด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนไม่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ กิจกรรม 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยทารกได้รับการท่อกับหายใจ ET no.3 2. ดูแลตำแหน่งของท่อกับหายใจไม่เลื่อนหลุด
	3. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ หายใจออกบูมเขียว หรือท้องอืดหรือไม่ 4. เฝ้าระวังและบันทึก V/S การหายใจ Sat O₂ 5. ควบคุมอุณหภูมิภายในตัวให้อยู่ในช่วง 36.8 ถึง 37.2 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	6. ดูแล On 10 % Dw 500 ml iv 5.7 ml/hr 7. ส่งตรวจ Hct DTX 8. ส่งตรวจ และติดตามผล CXR 9. เตรียมความพร้อมในการส่งต่อไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประเมินผลการพยาบาล หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ ทารกหายใจไม่หอบเหนื่อย RR 50-60 ครั้ง ต่อนาที Sat O2 98 % DTX 89 % Hct 44 % ผล CXR ET tube อยู่ ในตำแหน่งปกติ เตรียมส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ แพทย์รักษาตัวเป็นเวลา 23 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชนิด Early preterm labor คือ เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 -33⁺⁶ สัปดาห์

กรณีศึกษาราย ที่ 1 เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ G2P1Ab0L1 อายุครรภ์ 33⁺³ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 5 นาที Duration 40 วินาทีตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด สาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือหญิงตั้งครรภ์มีอาชีพ ค้าขายอาหารตามตลาดนัดทำให้ต้องเดินทางไปกลับเป็นระยะทางไกลทุกวัน และ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ทะเลาะกับสามี ได้เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ไปพักที่บ้านเพื่อน และมีประวัติครรภ์ที่ 1 คลอดก่อนกำหนดเมื่อ 2 ปีก่อน แนวทางการดูแลรักษาคือให้นอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยายับยั้งการคลอดจนกว่าจะไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการสำคัญที่ต้องรับมาโรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 28 ปี G1P0 อายุครรภ์ 33⁺⁴ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มดลูกหดรัดตัว Interval 7 นาที Duration 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร Effacement 25 % Station - 2 ตรวจ

Fern test ผล positive สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มีอาชีพเป็นพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขึ้นปฏิบัติงาน เวร เข้าป่วย ดึก และมีเจ็บครรภ์มดลูกหดรัดตัววันละ 5-6 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน แต่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล มารับการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับ มีน้ำเดิน 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายไม่สามารถให้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกได้ มีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ยิ่งยั้งการคลอดไม่สำเร็จ คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 2,120 กรัม

APGAR Score นาทีที่ 1 = 9 นาทีที่ 5 = 8 ทารกหายใจ หอบเล็กน้อย แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และได้ส่งต่อทารก ไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัด เนื่องจากศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลต่ำสูง ยังมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อขอคำแนะนำและประสานความพร้อมก่อนทำการส่งต่อ ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องใช้เวลานาน พยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องมีสมรรถนะและศักยภาพในการดูแลมารดา ทารกในระหว่างที่รอส่งต่อ และขณะนำส่งต่อ^{3,8}

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณี มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแม้ว่าจะมาฝากครรภ์ตามนัด และมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่นมีอาการเจ็บครรภ์คลอด แต่มารับการรักษาล่าช้า รอจนมีการเจ็บครรภ์จริง มีน้ำเดิน หรือปากมดลูกเปิดแล้ว จึงมาโรงพยาบาล ทำให้การยับยั้งคลอดไม่สำเร็จ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นการกำหนดแนวทางและการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละบุคคล แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้และคำแนะนำต่างๆไปใช้ดูแลตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจใน

ระหว่างที่ตั้งครรภ์ ร่วมกับสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการตัดสินใจมาโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ทันที่ ในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด และนอกจากนี้ศักยภาพและความสามารถของห้องคลอดโรงพยาบาลข้าสูงมีขีดจำกัดในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ต้องมีการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพสูงกว่า และในการส่งต่อต้องได้รับแนะนำการดูแล รักษา หัตถการต่างๆให้พร้อมก่อนนำส่งทั้งมารดาและทารก ซึ่งการประสานงานส่งต่อต้องใช้เวลาในการรอนำส่ง ขณะส่งต่อ ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดควรมีการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- 1.ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2566).การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและถุงน้ำแตกก่อนกำหนด:แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2565-2567.
- 2.ชนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง.(2564).ในธีระ ทองสง(บ.ก.).สูตศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 6 (น.247-256).กรุงเทพฯ:ลักขมีรุ่ง จำกัด
- 3.สายฝน ขวาลไพบูลย์,และ สุจินต์ กนกพงษ์ศักดิ์.(2544).ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด.เวชบัณฑิตศิริราช,4(2),พฤษภาคม-สิงหาคม 2544.
- 4.HDC กระทรวงสาธารณสุข. (2564-2566).(2564-2566).สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2567
- 5.HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.Z2564-2566) สืบค้นจาก <https://KKN.HDC.go.th/hdc/main/index.php>.สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2567
- 6.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลข้าสูง(2567).สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลข้าสูง ประจำปี 2565-2567โรงพยาบาลข้าสูง
- 7.นงเยาว์ เอื้อตรงจิตต์. ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่ได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2562; 10 (1) 1-10.
- 8.ประไพรัตน์ แก้วศิริ,ศิริภรณ์ เหมะธูลิน,พิมลพรรณ อันสุข และพรรณยุพา เนาว์ศรีสอน.(2563).การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:บทบาทพยาบาล.ศรีนครินทร์เวชสาร2563;35(2)หน้า 238-245
- 9.Gordon, M.(1994).Nursing diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill.
- 10.Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed.Saint Louis: Mosby;2001