

การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา

Nursing care for HIV-infected pregnant women with postpartum hemorrhage: a case study.

(Received: September 16,2025 ; Revised: September 24,2025 ; Accepted: September 25,2025)

กฤษณัฐฐา อัครวิสิทธิ์¹Kunnattha Akravi¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 เมษายน 2568 โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า มารดาเสียเลือดจากการคลอด 500 ซีซี Hct stat 28% มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำการเย็บซ่อมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว คลึงมดลูกทุก 15-30 นาทีใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 200 ml On 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv loading, Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาทีมดลูกหดตัวดี ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 15 นาที แพทย์ตรวจการฉีกขาดของแผลในโพรงมดลูก และช่องคลอดไม่มีเลือดซึมผิดปกติ เลือดไหลทางช่องคลอดปกติให้ PRC 1 ยูนิต สังเกตอาการต้องจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาทีหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท

คำสำคัญ การพยาบาลผู้คลอด ติดเชื้อเอชไอวี ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This case study aimed to examine nursing care for a pregnant woman with HIV infection and postpartum hemorrhage. A 26-year-old pregnant woman, married to a Thai national, Buddhist, and with a sixth-grade education, worked as a general laborer. She was admitted to the hospital on April 18, 2025. Data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the mother lost 500 cc of blood during labor, had a Hct stat of 28%, and had postpartum hemorrhage. She underwent rapid perineal repair, uterine massage every 15-30 minutes, and a urinary catheter was inserted. She urinated 200 ml with 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 units IV loading, and Methergin 1 ampoules IV every 15 minutes twice. Her blood pressure was 100/70 mmHg, her pulse was 100 beats/minute, and her uterine contractions were stable. Blood pressure and pulse were measured every 15 minutes. The physician checked for uterine ruptures and found no abnormal bleeding from the vagina. Normal vaginal bleeding, give 1 unit of PRC, continue to observe symptoms until 2 hours after delivery. She is conscious, breathing regularly, uterine contractions are good, vital signs: body temperature 37 degrees Celsius, pulse 104 beats/minute, breathing 20 times/minute, blood pressure 112/72 mmHg.

Keyword Birth nursing Infected with HIV Postpartum hemorrhage

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immuno deficiency virus: HIV) เป็นไวรัสชนิดหนึ่ง ที่อยู่ในกลุ่มรีโทรไวรัส (Retrovirus) ทำให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอ็ดส์ (Acquired immunodeficiency syndrome : AIDS) กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงจึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งแบ่งเป็นสองสายพันธุ์ได้แก่ HIV-1 ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ทั่วโลกและ HIV-2 มักพบในประเทศแถบแอฟริกา สามารถติดต่อได้ทางเลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี จากการฉีดยาเสพติด และการได้รับเลือดจากธนาคารเลือด การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดหรือทางน้ำนม การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายมิติ¹

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกจำนวน 1.5 ล้านราย ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการติดเชื้อจำนวน 1.0 แสนรายและมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวี จำนวน 82,000 ราย ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีรายงานการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 6,600 ราย ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 5.0 แสนราย กำลังรับยาต้านไวรัส จำนวน 3.9 แสนรายและมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 12,000 ราย จากข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จาก 28 ประเทศทั่วโลกในช่วงปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากภาวะ

ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้แผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บหายช้าและติดเชื้อได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกตายคลอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคฉวยโอกาส มะเร็ง เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถลดความเสี่ยงได้หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรรภ์ ระหว่างตั้งครรรภ์ และหลังคลอด สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 4,000 ราย โดยพบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในอัตราร้อยละ 10 ของจำนวนมารดาหลังคลอดทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดบวม เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย เจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และผลต่อทารกหลังคลอดได้ เช่น ทารกอาจติดเชื้อเอชไอวี จากการสัมผัสน้ำนมแม่ ทารกอาจเติบโตช้า พัฒนาการล่าช้า เป็นต้น³ การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอ็ดส์ ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทางเลือด อสุจิ สารคัดหลั่งในช่องคลอดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การรับเลือดที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดหรือทางน้ำนม¹ ผลของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีของมารดาสามารถเพิ่มอัตราการแท้งบุตร ทารกโตช้า ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการตายของทารก การดูแลมารดาที่มาคลอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ

ในเครือข่ายและมีความเชื่อมโยงกันให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดก็จะส่งผลให้มารดามีสุขภาพที่ดี

จากสถิติผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลพัฒนานิคม² เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 2565 – 2567 จำนวน 5, 6, 7 ราย ตามลำดับ และมีภาวะตกเลือด ในปี 2565 – 2567 จำนวน 2, 1, 3 ราย ตามลำดับ พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถ มีทักษะเฉพาะในการดูแล การให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ประเมินปัญหา วินิจฉัย วางแผน ให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างถูกต้อง ตามมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มารดาและทารกสามารถมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

ศึกษาในหญิงไทย อายุ 26 ปี เข้ารับการรักษาเพื่อมาคลอด วันที่ 18 เมษายน 2568

อาการและอาการแสดง

มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค แต่เชื้อเอชไอวีทำให้อมิคุ้มกันของมารดาลดลงจนเกิดอาการ เช่น ท้องเสีย อ่อนเพลีย มีผื่นขึ้นตามผิวหนังและน้ำหนักรลดหรืออาจเกิดเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วย โรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคปอดหรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนัง โรคมะเร็ง เป็นต้น⁴

สาเหตุการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

ทารก

มารดาสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ทางเลือด อสุจิจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสเอชไอวี และรวมทั้งการได้รับเลือดจากธนาคารเลือด ซึ่งภายในของเหลว ที่ร่างกายสร้างขึ้นเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ได้ทั้งในสภาพอิสระในตัวและอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ติดเชื้อ การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกสามารถได้รับเชื้อจากมารดาได้ 3 ทาง ดังนี้ ทางรก (Transplacental Transmission) เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ ขณะคลอด (Intrapartum) จากการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งระหว่างการคลอดซึ่งพบร้อยละ 50 – 60 ทางน้ำนม (Breast feeding) พบทารกที่ให้นมมารดามีการติดเชื้อร้อยละ 10 – 20⁴

การรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์มี 2 ลักษณะคือ 1. ยาด้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันมี 3 ประเภท คือ 1.1 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ได้แก่ AZT ddI ddC d4T 3TC AB 1.2 Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ NV EFV 1.3 Protease Inhibitors (PIs) ได้แก่ IDV RTV Q4V NFV ยาด้านไวรัส ล่าสุด ที่ใช้คือ ยา TLD เป็นยารวมเม็ด ประกอบไปด้วยยา 3TC 300 mg TDF 300 mg DTG 50 mg ซึ่งในส่วนผสมยานี้ มีตัวยา TDF (Tenofovir disoproxil fumarate) มีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งแบบทั่วไปและแบบที่รุนแรงกว่าผลข้างเคียงทั่วไปที่พบบ่อย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย, คลื่นไส้, อาเจียน และปวดท้อง นอกจากนี้ ยังอาจพบอาการวิงเวียนศีรษะ, อ่อนเพลีย, ปวดศีรษะ และผื่นคันได้. ในส่วนของผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่า อาจพบภาวะกรดแลคติกในเลือดสูง, ปัญหาเกี่ยวกับไต, และภาวะกระดูกบาง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย: ระบบทางเดินอาหาร: ท้องเสีย,

ในระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกพบร้อยละ 50 – 60 นอกจากนี้พบว่าการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนการคลอดเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงและการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดยังเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารก แนวทางในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างคลอด การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีให้ใช้สูตรเดิมเพิ่ม AZT (300 mg) ทุก 3 ชั่วโมง หรือ AZT (600 mg) ครั้งเดียวก่อนคลอด ตรวจปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ไม่แนะนำให้เจาะถุงน้ำคร่ำในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอด ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด ในกรณีปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) น้อยกว่า 1,000 copies/ml ให้พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด และผ่าตัดคลอดได้ กรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ แยกห้องคลอดเพียงคลอด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด น้ำคร่ำ สารน้ำต่าง ๆ จากช่องคลอด การตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก ควรใช้ถุงมือที่ใช้ครั้งเดียว หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดในการช่วยคลอดจะทำให้เกิดบาดแผลต่อทารก เช่น การช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ ไม่ควรตัดฝีเย็บเพื่อลดปริมาณเลือดมารดาสัมผัสทารกถ้ามีการตัดฝีเย็บวิธีการเย็บฝีเย็บใช้ปากคีบจับเนื้อเยื่อบริเวณที่จะเย็บเพื่อป้องกันเข็มตำมือ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี กรณีผู้ป่วยได้รับยา Efavirenz หรือยาในกลุ่ม PI ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergot เช่น Methergine ให้ใช้ Oxytocin แทน เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก เนื่องจากอาจเกิดการหดตัวของหลอดเลือดอย่างรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อมารดาได้ ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การ

ล้างมือ การใส่เครื่องป้องกันต่างๆ เช่น ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก ผ้ากันเปื้อนพลาสติก รองเท้ายางชนิดหุ้มเท้าให้มิดชิด ขณะตรวจช่องคลอดหรือท่าคลอดและเย็บฝีเย็บควรระวังน้ำคร่ำและของเหลวจากช่องคลอด เช่นเดียวกับเลือด รับผิดชอบต่อเสมหะจากปากและจมูกทันทีที่ศีรษะคลอด ด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันการทารกกลืนเลือดและสารคัดหลั่งและติดตามอย่างสม่ำเสมอ ผูกตัดสายสะดือทันทีที่ทารกคลอดเพื่อป้องกันการถ่ายเทเลือดจากมารดาสู่ทารก การตรวจควรทำในห้องคลอด และใช้วิธีทำลายที่ดีที่สุด เช่น การแช่น้ำยาทำลายเชื้อหรือเผา ให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวทางการวางแผนมีบุตรสำหรับครอบครัวเอชไอวี เช่น ทำหมัน การฝังยาคุมกำเนิดและฉีดยาคุมกำเนิด เป็นต้น¹

การดูแลทารกในห้องคลอด

1. ใส่ถุงมือทุกครั้งเมื่อจับตัวทารกที่ปนเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่ง
2. ตัดสายสะดือด้วยความระมัดระวังไม่ให้เลือดกระเด็น
3. เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดเพื่อล้างสิ่งปนเปื้อนออกไปก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอดและก่อนฉีดยา แต่ควรทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากทารกอาจเกิดภาวะ hypothermia ได้
4. หลีกเลี่ยงการใส่สายยางสวนกระเพาะอาหารทารก โดยไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผล
5. งดการให้นมมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทารกหรือห้ามให้นมมารดาสลับนมผสม
6. เริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารก คือ AZT syr 0.4 mg/kg เริ่มภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดดีที่สุด ถ้าคลอดจากมารดาที่มีความเสี่ยงสูง ทารกควรได้รับยา 3 ตัว สามารถให้ vitamin K วัคซีนป้องกันวัณโรค และวัคซีน ไวรัสตับอักเสบบีได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ³

การพยากรณ์โรค

โดยปกติแล้วมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติหากมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องการรับประทานยาสม่ำเสมอ รวมถึงการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คู่ของตนด้วยเช่นกัน ดังนั้นการพยากรณ์โรคนั้นจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรคและภาวะโรคติดเชื้อฉวยโอกาส³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 เมษายน 2568

อาการสำคัญ

เจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

G₂P₁Ab₀L1 Last 2 ปี ผ่าครรภ์ที่ โรงพยาบาลพัฒนานิคม อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ by u/s ได้รับ Tetanus toxoid วัคซีน 1 เข็ม ผลเลือด VDRL= Non-reactive, HBsAg= Negative, HIV= Positive, Hct 35 %

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

G₂P₁Ab₀L1 Last 2 ปี GA 38 สัปดาห์ by u/s มีโรคประจำตัว ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี 2565 รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นครรภ์ที่ 2 ไปฝากครรภ์ครั้งแรก ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคมตอน GA 16 wks. LMP 7 กรกฎาคม 2565 EDC 3 พฤษภาคม 2566 ผ่าครรภ์จำนวน 4 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักกระตุ้น 1 เข็ม ประวัติการคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่ได้ป้องกันไม่ใส่ถุงยางอนามัย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ.2565 ที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม ผล CD4 1275 cell/cu.mm On Teevir 1 เม็ด เวลา 20.00 น.ไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์ให้รับประทานยาเดิม ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติดไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

พ่อแม่ น้องสาว ไม่มีโรคประจำตัว สามีนคนแรก ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากชอบเที่ยวกลางคืน มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย

การประเมินสภาพร่างกาย^{5,6}

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท
- ศีรษะ: รูปร่างปกติไม่มีก้อนนูนผิดปกติ ไม่มีบาดแผลหรือผื่น
- ใบหน้า: สมมาตรรูปร่างปกติไม่บวม
- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีดไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ
- คอและไหล: ไม่มี neck vein engorgement ต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- กระจกและข้อ: กระจกไม่ผิดปกติเคลื่อนไหวได้ปกติ ขาสองข้างบวมกดบวมเล็กน้อย

- ทรวงอกและปอด: รูปทรงปกติหายใจ
สม่ำเสมอ O2 Saturation 100%

- หัวใจ: เต็มสม่ำเสมอ ไม่มีmurmur อัตราการ
เต้น 80 ครั้ง/นาที

- ท้อง: ยอดมดลูก $\frac{3}{4}$ > สะดือ ท้องแข็งเป็น
พังกๆ 12-3" D 45-50"

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี ม่าน
ตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร

- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด 4 cm.
Effacement 75 % Station 0 MI

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจ พิเศษ

1. Complete Blood Count ผล : White
blood count 18,050 cell/mm³, Neutrophil
72.3%, Lymphocyte 12.1%, Monocyte 4%,
Eosinophil 0%, Basophil 0.2%, Hematocrit 34%,
Platelet count 156,000 cell/mm³

2. Urine Analysis ผล : Ketone negative,
RBC negative, Protein trace, Glucose negative

3. NST-Reactive

สรุปอาการ

ระยะก่อนคลอด: วันที่ 18 เมษายน 2568 เวลา
11.00 น. รู้สึกตัวดีมีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีมูกเลือด
มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 2
ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมिर่างกาย
36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท
ตรวจภายใน พบปากมดลูกเปิด 4 cm. Effacement
75 % Station 0 MI 12-3 นาที D 45-50 วินาที
ขนาดหน้าท้อง $\frac{3}{4}$ >ระดับสะดือ ทารกท่า LOA อัตรา
การเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที EFW 3,000
กรัม รายงานแพทย์ แพทย์เริ่มให้ยาเริ่มให้ยา AZT
(100mg) 3 tabs ทุก 3 ชั่วโมง เวลา 16.00 น. ถูก

น้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ ปากมดลูกเปิด 9 cm.
Effacement 80 % Station 0 MR clear ทารกท่า
LOA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 ครั้ง/นาที 12
นาที D 50 วินาที ย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 16.30น.
ปากมดลูกเปิดหมด 10 cm. Effacement 100 %
Station 0 MR clear ทารกท่า LOA อัตราการเต้น
ของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที 12 นาที D 50 วินาที
ดูแลย้ายเข้าห้องคลอด กระตุ้นให้ผู้คลอดแบ่งตาม
จังหวะการหดตัวของมดลูก ให้กำลังใจขณะมดลูก
คลายตัว

ระยะคลอด: เวลา 16.35 น. ดูแลตัดฝีเย็บ Rt
episiotomy ช่วยเชียร์ขณะ คลอดไหล่และลำตัว ทารก
คลอดเวลา 16.40 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,200 กรัม
ความยาว 51 เซนติเมตร Apgar Score ที่ 1 นาที, 5
นาที, 10 นาที = 10, 10, 10 ตรวจร่างกาย ปกติ ให้ Vit
K 1 mg im เวลา 17.00 น. รกคลอดครบปกติ โดยวิธี
Modified Crede maneuver TBL ประมาณ 500 ซีซี

ระยะหลังคลอด: มารดาเสียเลือดจากการ
คลอด 500 ซีซี Hct stat 28% มีภาวะตกเลือดหลัง
คลอด ทำการเย็บซ่อมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว คลึงมดลูกทุก
15-30 นาทีใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 200 ml
On 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv
loading, Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้ง
ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100
ครั้ง/นาทีมดลูกหดตัวดี ตรวจวัดความดันโลหิตชีพ
จรทุก 15 นาที แพทย์ตรวจการฉีกขาดของแผลไนโตรง
มดลูก และช่องทางคลอดไม่มีเลือดซึมผิดปกติ เลือด
ไหลทางช่องคลอดปกติให้ PRC 1 ยูนิต สังเกตอาการ
ต่อจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รู้สึกตัวดี หายใจ
สม่ำเสมอ มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ
ร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที
หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72
มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล
ปัญหาที่ 1 มารดาไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด	<p>การพยาบาล ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง จัดทำนอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ ดูแลเกี่ยวกับความสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบอุณหภูมิพอเหมาะ และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี แนะนำการลดความเจ็บครรภ์คลอดโดยการกำหนดสติ (Mindfulness) โดยให้หายใจเข้าและออกลึกๆ 3-5 ครั้ง รับรู้ความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างที่ซัดที่สุดแล้วหายใจต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณกลางกระดูกสันหลัง ต้นขา และหน้าท้อง ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดของผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด</p> <p>การประเมินผล ขณะมดลูกหดตัวสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม ไม่ร้องและดิ้นไปมา สามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p>
ปัญหาที่ 2 มารดาวิตกกังวล เกี่ยวกับการคลอด	<p>การพยาบาล สังเกตจากสีหน้าแวตาเรียบเฉย ถามคำถาม และจากการซักถาม ผู้คลอดกังวลว่าจะคลอดเร็วไปมีผลต่อลูกน้อย พยาบาลอธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการคลอด อธิบายแผนการรักษา การตรวจความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจ อยู่ดูแลใกล้ชิด ด้วยความเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย การประเมินผล ผู้คลอดมีความรู้ เข้าใจกระบวนการคลอด ปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการคลอด สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส</p>
ปัญหาที่ 3 ทารกเสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress	<p>การพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการ ทำ Non Stress Test แรกรับ และฟัง Fetal heart sound ทุก 5-15 นาที ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้าย สอนการหายใจอย่างถูกวิธี เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด โดยการตรวจภายใน จับ Contraction ทุกครั้ง-1 ชั่วโมง เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการทำคลอดและ Resuscitateให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยเหลือทารกอย่างทันที</p> <p>การประเมินผล ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะ Fetal distress ทำ NST ผล Reactive FHS 140-150 ครั้งต่อนาที</p>
ปัญหาที่ 4 ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา	<p>การพยาบาล แนะนำการงดนมแม่ให้กินนมผสมแทน ห้ามเคี้ยวอาหาร ป้อนให้ลูกกิน แนะนำการรับประทานยาต้านของบุตร ตามแผนการรักษา อย่างต่อเนื่อง ตรงเวลา</p> <p>การประเมินผล มารดาตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุตร ได้ถูกต้อง</p>
ปัญหาที่ 5 มารดาหลังคลอด เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ^๑	<p>การพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ หลังจากนั้น วัดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินลักษณะแผลฝีเย็บ ปริมาณน้ำคาวปลาที่ออก ประเมินสภาพการหดตัวของมดลูก สอนและสาธิต การคลึงมดลูกด้วยตนเอง ทุก 5 นาที ดูแลให้ สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv 80 ml/hr ตามแผนการรักษา ดูแลให้มารดานอนพักในท่าที่สุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นสัดส่วน ประเมินอาการอย่างใกล้ชิด</p> <p>การประเมินผล มารดารู้สึกตัวดี นอนพักได้ ไม่พบอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นซีด มดลูกหดตัวดี อยู่เหนือระดับสะดือ เจาะ Hct 28 % ปัสสาวะได้เอง อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท</p>
ปัญหาที่ 6 มารดาหลังคลอด วิตกกังวลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	<p>การพยาบาล อธิบายให้มารดาหลังคลอด และญาติเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ข้อดี ข้อเสียแนะนำวิธีคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ปลอบโยนให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกต่าง ๆ สนใจต่อสาเหตุของความวิตกกังวล อธิบายให้ทราบถึงผลเสียของความวิตกกังวล และแนะนำวิธีผ่อนคลายด้านจิตใจ เพื่อคลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถาม และระบายความรู้สึกต่าง ๆ รับผิดชอบด้วยความสนใจและตั้งใจอธิบายหรือตอบคำถามด้วยความนุ่มนวล</p>

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีหน้ามืดวิงเวียน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายนี้เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ ควรตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง รับประทานยาต้านเอชไอวีของบุตรที่ต่อเนื่อง มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ผ่ากครรภ์ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อสามีและบุตรมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลมารดาและบุตรหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง^{7,8}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ได้รับความดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด
2. มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้สูง ผู้ให้การพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาแก่ผู้คลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคโดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคฉวยโอกาส

เอกสารอ้างอิง

1. ไกลรุ่ง สุทธารักษ์.(2562).อุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยเอช ไอ วีที่ใช่ยา Tenofovir โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร; 2562; 28(1): 29-40.
2. เวชสถิติ โรงพยาบาลพัฒนานิคม; 2567.
3. แอนนา บุญอิม. การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน; 9(5): 344-52.
4. รัศมี สุวัฒน์สังข์.(2566). การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; 2566; 31(3): 415-26.
5. พรศิริ พันธสี.(2563). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 23). พิมพ์อักษร; 2563.
6. ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์, พรพรรณ ภูสำหัต, สมสุข ภาณุรัตน์, สุขฤดี อัครฤกษ์การสกุล, พิชรี กระจ่างโพธิ์, และวิถิ อุดระธรรม.(2563). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล: การตรวจร่างกาย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิมพ์ตีการพิมพ์; 2563.
7. รัชชก คชไกร และเวหา เกษมสุข.(2559). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
8. สุทธารัตน์ ชูรส.(2562). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11; 2562; 33(1): 181-92.