

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา

Nursing Care for a Parturient with Premature Rupture of Membranes

Complicating Preterm Labor and Methamphetamine Abuse: A Case Study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พิมพ์ชนก บัวแก้ว¹

Pimchanok Buakaew¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยศึกษาในผู้คลอดสัญชาติไทย อายุ 28 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ โดยการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3 เคยคลอดบุตรมาแล้ว 2 ครั้ง ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร และบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ ปัจจุบัน 2 คน มาด้วยอาการสำคัญ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำคร่ำไหลทางช่องคลอด และเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงพามาโรงพยาบาล โดยผู้คลอดมีประวัติฝากครรภ์ช้ากว่ากำหนด มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ และใช้สารเสพติดยาไอซ์ ยาอีและยาบ้า ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยเสพยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ครั้งล่าสุด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญด้านผู้คลอด ได้แก่ มีภาวะโลหิตจาง มีภาวะขาดน้ำ มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตลอดจนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต หัวใจเต้นผิดจังหวะ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และเกิดกลุ่มอาการถอนยา ส่วนด้านทารก มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทั้งระหว่างอยู่ในครรภ์และแรกคลอด เสี่ยงต่อเกิดภาวะถอนยาแต่กำเนิด และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์, การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

Abstract

This case study aimed to investigate the nursing care for a parturient with premature rupture of membranes (PROM) complicating preterm labor and methamphetamine abuse. The subject was a 28-year-old Thai parturient at 36 weeks of gestation with an obstetric history of G₃P₂A₀L₂. She presented to the hospital with a chief complaint of amniotic fluid leakage for two days, followed by the onset of true labor pains 30 minutes prior to admission. The patient had a history of late prenatal care, prenatal anemia, and multi-substance abuse (ice, ecstasy, methamphetamine) throughout her pregnancy, with her last methamphetamine intake occurring one day before admission.

The results of this study showed that during the intrapartum period and the first two hours postpartum, the major maternal problems included anemia, dehydration, hypokalemia, and a urinary tract infection. Additionally, she was at high risk for chorioamnionitis, hypertensive crisis, cardiac arrhythmia, placental abruption, postpartum hemorrhage, and drug withdrawal syndrome. The newborn was at risk for fetal distress, birth asphyxia, neonatal abstinence syndrome (NAS), and complications related to prematurity.

Keywords: Premature Rupture of Membranes (PROM), Preterm Labor, Methamphetamine Abuse

บทนำ

ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm premature rupture of

membranes: PPRM) ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) นับเป็นปัญหา สุติกรรมที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ทั่วโลก¹ เมื่อภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีประวัติใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาจะยิ่งทวีคูณ เนื่องจากสารเสพติดจะส่งผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดและการแลกเปลี่ยนสารอาหารผ่านทางรก นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์² องค์การอนามัยโลก ระบุว่าทั่วโลกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงประมาณ 13.4 ล้านรายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10-11 ของการเกิดรอดทั้งหมด โดยมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์เป็นปัจจัยนำสำคัญถึงร้อยละ 30-40³ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภูมิภาคเอเชีย พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 9-12⁴ และมีความชุกของการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยร้อยละ 0.7-2.8⁵ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์นี้ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 30-60 หรือสูงกว่าคนทั่วไป 3 ถึง 5 เท่า² สำหรับข้อมูลในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 10-12 โดยพบหญิงตั้งครรภ์ใช้สารแอมเฟตามีนเฉลี่ยร้อยละ 1.4 - 2.8 หรือคิดเป็นประมาณ 14-28 รายต่อการคลอด 1,000 ราย⁶ และพบภาวะคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 59.7-79.2 ซึ่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม ผากครรภ์ไม่สม่ำเสมอหรือมาฝากครรภ์ช้า ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ในระยะแรก จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนเจ็บครรภ์ และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยไม่ได้รับการยับยั้งอย่างทันทั่วทั้ง⁷ สำหรับกลไกด้านพยาธิสรีรวิทยาของภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีสาเหตุมาจากการใช้แอมเฟตามีน เกิดจากสารเสพติดจะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาท catecholamines เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้

หลอดเลือดส่วนปลายและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงรกเกิดการหดเกร็งอย่างรุนแรง ทำให้เยื่อหุ้มทารกเกิดภาวะขาดเลือดและออกซิเจนจนมีการเสื่อมสภาพและฉีกขาดได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันสารสื่อประสาทจะเข้าไปจับกับตัวรับ บริเวณกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวถี่และรุนแรงก่อนกำหนด นอกจากนี้พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดมักเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการอักเสบในช่องคลอด ซึ่งกระบวนการอักเสบนี้จะไปกระตุ้นการหลั่งสาร prostaglandins ที่มีฤทธิ์ย่อยสลายคอลลาเจนในเยื่อหุ้มทารก ซึ่งปัจจัยร่วมทางพยาธิสภาพทั้งหมดนี้ จึงส่งผลต่อการนำไปสู่การเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่สุด⁸ และส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกที่มีความรุนแรงหลายประการ โดยด้านมารดาจะมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Chorioamnionitis) จากการที่ถุงน้ำคร่ำแตกเป็นเวลานาน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) จากความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ภาวะวิกฤตทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการตกเลือดหลังคลอดจากการติดเชื้อหรือมดลูกหดตัวไม่ดี^{9,10} ส่วนทารกในครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน จากการกดทับสายสะดือ เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (RDS) เนื่องจากปอดทารกยังพัฒนา ไม่สมบูรณ์ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Neonatal sepsis) ทารกเติบโตช้าในครรภ์และเกิดกลุ่มอาการถอนยาในทารกแรกเกิด (Neonatal Abstinence Syndrome: NAS) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและการพัฒนาการของทารกหลังคลอด^{11,12}

บทบาทพยาบาลห้องคลอดในการดูแล ผู้คลอดที่มีภาวะ PPRM และ Preterm labor ร่วมกับการใช้สารแอมเฟตามีน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลเชิงรุก โดยเริ่มต้นตั้งแต่การประเมินแรกรับและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ลักษณะน้ำคร่ำ ชักประวัติการใช้สาร

เสพติดด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและไม่ตัดสิน เพื่อสร้างความไว้วางใจและได้ข้อมูลที่ต้องการ ควบคู่กับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะ ยากลุ่มยับยั้งการหดตัวของมดลูก และยากลุ่มสเตียรอยด์ พร้อมเฝ้าระวังปฏิกิริยาร่วมระหว่างยากับแอมเฟตามีนที่อาจยังคงเหลืออยู่ในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต หัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการนอนยา สำหรับการดูแลทารกในครรภ์ ต้องติดตามกราฟ EFM ต่อเนื่อง เพื่อตรวจจับภาวะขาดออกซิเจนและการถูกกดทับของสายสะดือ หากพบสัญญาณวิกฤตต้องดำเนินการช่วยเหลือทันที โดยจัดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน เพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเตรียมการคลอดฉุกเฉิน สำหรับระยะหลังคลอด ต้องประสานงานกับกุมารแพทย์และพยาบาล NICU เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพและประเมินทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะติดเชื้อและกลุ่มอาการนอนยา ก่อนดำเนินการระบุตัวตน ส่งมอบทารกอย่างปลอดภัยและประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม¹³

จากการทบทวนสถิติการให้บริการของ ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในระหว่างปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่ามี หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการคลอดเฉลี่ยปีละ 1,010 ราย โดยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 8.78 (265 ราย) ของการคลอดทั้งหมด และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดร้อยละ 41.13 (109 ราย) ของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกพบว่า ผู้คลอดก่อนกำหนดและมีประวัติใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคิดเป็นร้อยละ 1.04 (1 ราย), 4.58 (5 ราย) และ 23.33 (14 ราย) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์และเข้ารับการรักษาระยะ

ฉุกเฉินด้วยภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด¹⁴ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หรือมารดาหลังคลอดและทารก แรกเกิด จำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้จัดทำในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงจัดทำกรณีศึกษานี้ขึ้น เพื่อถอดบทเรียน นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวทางการพยาบาลจากสถานการณ์จริงในบริบทของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤตทางสูติกรรมร่วมกับการใช้สารเสพติด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้คลอดทารกในครรภ์ มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติการคลอดก่อนกำหนด ผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และคลอด ก่อนกำหนดที่มีประวัติการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มแอมเฟตามีน ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้คลอดที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอดกรณีศึกษา โดยการสอบถามผู้คลอดและญาติประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้สารเสพติด การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ การตรวจครรภ์ การประเมินความก้าวหน้าการคลอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้คลอด ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมของ Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอดสัญชาติไทย อายุ 28 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้าง รับเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2569 การวินิจฉัยครั้งแรก Labor pain การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm labor with PROM จำหน่ายวันที่ 16 พฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 5 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บครรภ์ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอด (น้ำเดิน) ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ จึงไม่ได้มารับการตรวจรักษา ต่อมา 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด นอนพักแล้วอาการไม่ทุเลา ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 3 (G3P2A0L2) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 26⁺² สัปดาห์ ตลอดการตั้งครรภ์มารับการตรวจตามนัดรวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง กำหนดวันคาดคะเนคลอด (EDC) จากการตรวจ Ultrasound คือ วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2569 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อฝากครรภ์ ครั้งแรก พบหมู่เลือด B, Rh positive ผลคัดกรอง ธารัสซีเมียปกติ (MCV 80 fL, DCIP negative), VDRL Non-reactive, HBsAg negative, anti-HIV negative ระหว่างการตั้งครรภ์พบภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะโลหิตจาง ได้รับยาบำรุงเลือด Triferdine และ Ferrous sulfate โดยในช่วงแรกรับประทาน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร ต่อมาได้ปรับเป็นวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร ซึ่งผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) ล่าสุด เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2569 เท่ากับ 30.6%

ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด

ผู้คลอดมีประวัติเริ่มใช้สารเสพติดคือ ยาไอซ์ ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี และได้หยุดเสพไปชั่วคราวในช่วงอายุ 21 ปี เนื่องจากถูกจำคุก ต่อมาเมื่ออายุ 25 ปี ได้กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ โดยมีการใช้ร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้า จำนวน 1 เม็ด เมื่อ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล สัญญาณชีพแรกรับ BT 37.7°C, PR 94 beats/min, RR 20 breaths/min, BP 134/91

mmHg และ SpO₂ 98% (Room air) มีอาการเจ็บ
ครรภ์ Pain score 8/10 คะแนน

ศีรษะและใบหน้า: รูปร่างสมมาตร ไม่พบ
อาการบวมบริเวณใบหน้าหรือเปลือกตา ผมนและ
หนังศีรษะปกติ ไม่มีบาดแผล

ตา หู คอ จมูก: เยื่อบุตาซีด ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง
ผิดปกติ เยื่อบุจมูกและช่องปากปกติ ไม่มีสิ่งคัด
หลั่งผิดปกติ คอไม่มีหลอดเลือดดำโป่งตึง ต่อม
ไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ทรวงอกและปอด: ทรวงอกสมมาตร หายใจ
สม่ำเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจและหลอดเลือด: จังหวะการเต้นของ
หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ การไหลเวียน
เลือดส่วนปลายปกติ

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี
pupil 2-3 mm RTL BE แขนขาทั้ง 2 ข้าง
เคลื่อนไหวปกติ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 DTR
(Knee jerk) 2⁺ ปกติ

การตรวจทางสูติศาสตร์
แผนการพยาบาล

- ตรวจหน้าท้อง: ยอดมดลูก 3/4 เหนือ
ระดับสะดือ ทารกอยู่ในแนวตั้ง ท่า LOA, FHS
138-142 beats/min จังหวะสม่ำเสมอ, Interval
4 นาที, Duration 40 วินาที, Severity 1⁺ มดลูก
หดตัวเป็นระยะ ๆ สม่ำเสมอ

- การตรวจภายใน: Cervical dilation 5
cm, Effacement 90 %, Membrane rupture
ลักษณะน้ำคร่ำใส, Station -1

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: WBC 10.59x10⁹/L, Hb 9.5 g/dL, Hct
29.5%, Lymphocyte 28.4%, Neutrophil 78.8%

Electrolyte: Potassium (K) 3.3 mmol/L

Urine exam: Albumin 4+, Urobilinogen
1+, Ketone 3+, Blood 1+, Leukocyte 1+, RBC
1-2, WBC 10-20 /HPF, Mucous trace, Bacteria
moderate

Urine drug screen: Methamphetamine
positive

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดเสี่ยงต่อ การเกิด ภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงรกตกตัวก่อน กำหนด เนื่องจากเสพยาเสพติด เมทแอมเฟตามีน	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและภาวะความ ดันโลหิตสูงวิกฤต หากพบว่า Systolic BP $\geq$ 160 mmHg หรือ Diastolic BP $\geq$ 110 mmHg รีบรายงานแพทย์ทันที 2. สังเกตและประเมินอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง บริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือเห็นแสงวูบ วาบ จุกแน่นลิ้นปี่หรือปวดบริเวณชายโครงขวา DTR ไวผิดปกติ $\geq$ 3 ⁺ กล้ามเนื้อกระตุก ชัก
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดมีพฤติกรรมใช้ร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติด ล่าสุดคือ เสพยาบ้า จำนวน 1 เม็ด เมื่อ 1 วันก่อนมา โรงพยาบาล 2. ผล Urine drug screen แรกรับพบ Methamphetamine positive 3. สัญญาณชีพแรกรับ BP 134/91mmHg ต่อมา สูงขึ้นเป็น 140/93 mmHg วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงและรกตก ตัวก่อนกำหนด	3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะรกตกตัวก่อนกำหนด ได้แก่มี เลือดสดหรือเลือดเก่าสีเข้มออกจากช่องคลอดมดลูกที่หดรัดตัวแข็งแรง ตลอดเวลาและไม่คลายตัวปวดท้องรุนแรงอย่างเฉียบพลันและตลอดเวลา กด เจ็บที่หน้าท้อง 4. สังเกตลักษณะการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินว่ามดลูกมี การคลายตัวสลับกับการหดรัดตัวตามปกติหรือไม่ 5. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจทารกเต้นผิดปกติ และสัญญาณเตือนของภาวะรกตกตัวก่อนกำหนดที่ทำให้ทารกขาด ออกซิเจนเฉียบพลัน 6. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เช่น หน้าซีด ตัวเย็น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดภายใน มดลูกปริมาณมาก โดยที่ไม่มีเลือดไหลออกมาภายนอกช่องคลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ทดสอบ DTR (Knee jerk) ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและสัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการชักจากความดันโลหิตสูง 8. สังเกตสิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอด เพื่อตรวจดูว่ามีเลือดสดไหลออกจากช่องคลอดหรือไม่ 9. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสงและเสียง เพื่อป้องกันและลดความเครียดของผู้คลอด ซึ่งจะช่วยควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว และไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ สัญญาณชีพ BP = 134/91-140/93 mmHg, PR = 94 beats/min อาการเจ็บครรภ์สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก มีการหดและคลายตัวตามจังหวะปกติ ไม่เกร็งแข็งตลอดเวลา ไม่มีอาการปวดท้องรุนแรง ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด FHR 138-142 beats/min หลังการหดตัวของมดลูก จังหวะสม่ำเสมอ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดมีภาวะ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากการดื่มน้ำและอาหาร ร่วมกับการสูญเสียเกลือแร่จากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และผลกระทบจากการเสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดอยู่ในช่วงดื่มน้ำและอาหารทางปาก เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด 2. ผล Urine exam พบ Ketone 3+, Bacteria moderate 3. มีไข้ต่ำ ๆ BT 37.7°C 4. ผู้คลอดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 5. ผลตรวจ Electrolyte พบ Potassium (K) ต่ำ 3.3 mmol/L วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อรักษาสมดุลของระดับโปแตสเซียมในเลือด 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินความสม่ำเสมอและจังหวะการเต้นของหัวใจ ลักษณะการหายใจลำบาก 2. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG) เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างต่อเนื่อง 3. ตรวจประเมินอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงของแขน ขา เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และหมั่นสอบถามผู้คลอดและสังเกตว่ามีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก หรือเป็นตะคริวหรือไม่ โดยเฉพาะบริเวณน่องและต้นขา เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 4. สังเกตอาการท้องอืด ฟังเสียงการเคลื่อนตัวของลำไส้ (Bowel sound) เพื่อเฝ้าระวังภาวะลำไส้เคลื่อนตัวช้า (Paralytic ileus) 5. ดูแลให้ KCl elixir 30 mL PO (Doseแรก จากจำนวน 3 dose) ตามแผนการรักษา โดยผสมน้ำสะอาดหรือน้ำผลไม้ 90 mL เมื่อผู้คลอดพ้นระยะคลอดและสามารถเริ่มจิบน้ำหรือรับประทานอาหารอ่อนได้ พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ใจสั่น หรือมีอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง 6. ให้คำแนะนำรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่โปแตสเซียมสูง เช่นกล้วย ส้ม น้ำส้ม ผลไม้แห้ง และผักใบเขียว 7. ติดตามผลตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินค่า Potassium และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการชาหรือเป็นตะคริว Bowel sound ปกติ 6-10 time/min, PR = 94-98 beats/min จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ EKG monitor แสดง sinus rhythm ไม่พบคลื่นผิดปกติ ในระยะพักฟื้นหลังคลอด แพทย์ให้ส่งตรวจ Electrolyte ซ้ำ พบค่า Potassium ปกติ 4.2 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับพฤติกรรมกรดูละสุขอนามัยส่วนบุคคล ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดให้ประวัติว่ามีน้ำเดิน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล แต่ไม่ได้มารับการตรวจรักษา	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของการติดเชื้อ 2. ดูแลให้ Cefixime (100 mg) 2 caps PO pc (Dose แรก จากจำนวน 5 วัน) ตามแผนการรักษา เมื่อผู้คลอดพ้นระยะคลอดและสามารถเริ่มจิบน้ำหรือรับประทานอาหารอ่อนได้ เพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่เป็นสาเหตุของ UTI พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ปฏิกริยาการแพ้ยารุนแรง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้คลอดมีประวัติการใช้สารเสพติดเสี่ยงต่อการขาดการดูแลสุขอนามัยที่เหมาะสม 3. ผลการตรวจ Urine analysis แรกพบ WBC 10–20 cells/HPF, RBC 1–2 cells/HPF, Leukocyte 1+, Blood 1+, Mucous trace, Bacteria moderate 4. มีไข้แรกพบ BT = 37.7°C 5. แพทย์วินิจฉัยเป็น UTI วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อกำจัดและควบคุมเชื้อที่เป็นสาเหตุ ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่รกและทารก 3. เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3. เช็ดตัวลดไข้เมื่อผู้คลอดมีไข้ BT $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ เพื่อช่วยระบายความร้อน และลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายมารดาและทารกในครรภ์ 4. แนะนำและช่วยเหลือผู้คลอดในการทำทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Perineal care) อย่างถูกวิธี โดยให้เช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังเสมอหลังขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียจากทวารหนักเข้าสู่ท่อปัสสาวะและช่องคลอด 5. ดูแลให้ผู้คลอดใส่ผ้าอนามัยหรือแผ่นรองซับที่สะอาด หมั่นเปลี่ยนบ่อย ๆ ทุก 2–4 ชั่วโมง หรือเมื่อเปียกชุ่ม เพื่อลดความอับชื้นและการสะสมของเชื้อโรค 6. แนะนำให้ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หรือหลังการขับถ่าย 7. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดเมื่อต้องทำหัตถการ เช่น การตรวจภายใน เพื่อลดการนำเชื้อภายนอกเข้าสู่ภายในโพรงมดลูกและทางเดินปัสสาวะ 8. ตรวจสอบปัสสาวะของผู้คลอดทุกครั้งที่ขับถ่าย สังเกตว่ามีลักษณะขุ่น มีตะกอน มีมูก หรือมีสีแดงปนเลือด (Hematuria) รวมทั้งกลิ่นปัสสาวะเหม็นฉุนรุนแรงผิดปกติหรือไม่ 9. สังเกตสีและกลิ่นของน้ำคร่ำที่ไหลออกมา ประเมินอาการปวดเกร็งหน้าท้องที่ผิดปกติ หรือกดเจ็บที่มดลูกเจ็บ เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Chorioamnionitis) 10. สังเกตอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดบั้นเอวหรือปวดหลัง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะกรวยไตอักเสบ 11. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ (EFM) เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของ FHR อย่างต่อเนื่อง หากทารกมี FHR > 160 beats/min อาจเป็นสัญญาณเตือนระยะแรกของการติดเชื้อในครรภ์ 12. ติดตามผลตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา และความรุนแรงของการติดเชื้อ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีไข้ BT 36.5°C ปัสสาวะได้เองสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีพบอาการกดเจ็บบริเวณมดลูก ปวดบั้นเอวหรือปวดหลังหรือหนาวสั่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดมีภาวะขาดน้ำ เนื่องจากการดื่มน้ำและอาหารทางปากในระยะเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับการสูญเสียน้ำจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น จากผลของเมทแอมเฟตามีน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดอยู่ในช่วงดื่มน้ำและอาหารทางปาก เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด 2. ผล Urine exam พบ Ketone 3+, Bacteria moderate 3. มีไข้ต่ำ ๆ BT 37.7°C 4. ผู้คลอดมีพฤติกรรมกรดน้ำและอาหารร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล	1. เปิดเส้นทางหลอดเลือดดำและดูแลให้สารน้ำ Acetate Ringer's Injection (ARI) 1,000 mL IV rate 120 mL/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไปจากการดื่มน้ำและอาหาร การเผาผลาญที่สูงขึ้นจากฤทธิ์ของสารเมทแอมเฟตามีนและการติดเชื้อ 2. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกในร่างกายทุก 1–2 ชั่วโมง รวมถึงสังเกตสีและลักษณะของปัสสาวะ เพื่อประเมินความเพียงพอและความสมดุลของ สารน้ำในร่างกาย 3. สังเกตอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ตาโป้ ผิวหนังแห้งหรือปัสสาวะออกน้อยและสีเข้ม 4. ติดตามผล Urine exam ซ้ำ โดยเฉพาะค่า Urine Sp.gr., Ketone เพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำรุนแรงขึ้น 5. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ในระยะคลอด โดยเฉพาะ BT และ PR เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. ผล Urine drug screen แกร็บพบ Methamphetamine positive วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดน้ำในระยะคลอด	ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีไข้ BT 36.5°C, PR 94–98 beats/min, RR 20 breaths/min BP 134/91–140/93 mmHg เยื่อบุตา และช่องปากชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนังดี ปัสสาวะเอง 1 ครั้ง ออกประมาณ 300 mL สีเหลืองใส ไม่ได้สังเกต Urine exam ข้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้คลอดและทารก ในครรภ์เสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการขนส่งออกซิเจนลดลงจากภาวะโลหิตจาง ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจร่างกายแกร็บพบ เยื่อบุตาซีด 2. ผล CBC แกร็บพบ Hb 9.5 g/dL, Hct 29.5% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้คลอดและทารกในครรภ์ 2. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้คลอดในการเผชิญกับการสูญเสียเลือดในระยะคลอด 3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางเช่น ผู้คลอดมีภาวะเนื้อเยื่อสมองและร่างกายพร่องออกซิเจน ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนในครรภ์	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะโลหิตจางและภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว 2. หมั่นสอบถามอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือใจสั่น เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่แสดงว่าปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองและกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 3. แนะนำให้ผู้คลอดปรับเปลี่ยนท่าทางอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic hypotension) 4. จัดให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยลดการกดทับของมดลูกต่อเส้นเลือด Inferior vena cava ทำให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงรก 5. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ (EFM) เพื่อเฝ้าระวัง FHR และตรวจจับสัญญาณเตือนระยะแรกของทารกพร่องออกซิเจน (Fetal distress) 6. ตรวจสอบผล Group เลือด (ABO & Rh typing) และจองเลือด (Cross-matching) ให้พร้อมใช้ทันที หากแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้เตรียมเลือด หรือในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินตกเลือดในระยะคลอด 7. ดูแลให้สารน้ำ Acetate Ringer's Injection (ARI) 1,000 mL IV rate 120 mL/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อคงปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนให้เพียงพอ และเพิ่มประสิทธิภาพในการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือ ใจสั่น สัญญาณชีพ BT 36.5°C, PR 94–98 beats/min, RR 20 breaths/min, BP 134/91–140/93 mmHg ทารกในครรภ์ FHR 138–142 beats/min หลังการหดตัวของมดลูก จังหวะสม่ำเสมอดีผลการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFM อยู่ใน Category I ในระยะพักฟื้นหลังคลอด แพทย์ให้ส่งตรวจ CBC ข้ำ พบค่า Hct เพิ่มขึ้นเป็น 30.7%
ระยะคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้คลอดเสี่ยงต่อ ฝีเย็บและช่องทางคลอดฉีกขาดรุนแรงเนื่องจากมีภาวะคลอดเร็ว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาทีประมาณ 2.15 น. แกร็บที่ห้องคลอด เวลา 03.00 น. ปากมดลูกเปิด 5 cm เวลา 03.45 น. ปากมดลูกเปิดหมด 10 cm, Station 1+ ทารกคลอดเวลา 03.54 น. รวมเวลาดังแต่เจ็บครรภ์ ถึงทารกคลอดเพียง 1 ชั่วโมง 40 นาที 2. ผู้คลอดเคยเย็บซ่อมแซมฝีเย็บจากการคลอดครั้งก่อน เนื้อเยื่อบริเวณนี้มีลักษณะเป็นพังผืด ทำให้ความยืดหยุ่นลดลง วัตถุประสงค์การพยาบาล	1. จัดทำให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่า (Lithotomy) เพื่อให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและควบคุมการคลอดของศีรษะทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. อธิบายให้ผู้คลอดหยุดเบ่ง เมื่อหัวทารกเริ่มโผล่พ้นช่องคลอด (Crowning) โดยให้เปลี่ยนเป็นการอ้าปากหายใจเข้า-ออกยาว ๆ หลีกเลียงการออกแรงเบ่งแบบยาว ๆ แต่ให้เบ่งสั้น ๆ เพื่อชะลอความเร็วของศีรษะทารกไม่ให้คลอดออกมาเร็วเกินไป 3. ในระยะที่ศีรษะทารกกำลังคลอด ใช้ฝ่ามือกดประคองบริเวณฝีเย็บ เน้นบริเวณแนวพังผืดเก่า เพื่อกระจายแรงดันและลดแรงตึงผิว ไม่ให้เนื้อเยื่อแผลเก่าแยกออกจากกัน พร้อมกับใช้อีกมือหนึ่งช่วยควบคุมการเบ่งของศีรษะทารก เพื่อให้ศีรษะทารกผ่านช่องคลอดออกมาอย่างช้า ๆ 4. ประเมินว่าฝีเย็บตึงมากหรือไม่ ถ้าตึงมากพิจารณาตัดฝีเย็บ (Episiotomy) โดยหลีกเลี่ยงแนวแผลเดิมหรือเลือกตัดในมุมแนวเฉียง (Mediolateral) เพื่อควบคุมทิศทางของแผล ไม่ให้ฉีกขาดลามลึกเข้าไปถึงหูรูดทวารหนักตามแนวพังผืดเก่า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บและช่องทางคลอดรุนแรง	5. หลังรกลคลอดเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบแผลช่องคลอดฝีเย็บอย่างละเอียดว่ามี การฉีกขาดหรือไม่ หรือฉีกลึกลงไปชั้นกล้ามเนื้อเดิมหรือไม่ รวมถึงการฉีก ขาดของปากมดลูก ช่องคลอด หากมีการฉีกขาด รายงานแพทย์ เพื่อเย็บ ซ่อมแซมทันที เพื่อให้เนื้อเยื่อกลับมาสมานกัน ได้ดี และลดโอกาสการเกิด พังผืด ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดไม่เกิดการฉีกขาดซ้ำของแผลช่องคลอดฝีเย็บ เกา และไม่มียอดฉีกขาดใหม่เกิดขึ้นบริเวณฝีเย็บ ไม่มีแผลฉีกขาดบริเวณปาก มดลูก ช่องทางคลอด สามารถขับช่องคลอดและควบคุมการบีบรัดตัว และ คลายของหูดทวารหนักได้ปกติ
ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มารดาหลังคลอดเสี่ยง ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูก ล้าจากการหดตัวอย่างรวดเร็วและรุนแรงในระยะ คลอด ร่วมกับมีภาวะโลหิตจางและผลกระทบจากการ เสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน ข้อมูลสนับสนุน 1. ในระยะก่อนคลอดผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ระดับ รุนแรง Pain scale 10/10 คะแนน มดลูกหดตัวถี่ และรุนแรง Severity 3⁺ 2. ผู้คลอดมีพฤติกรรมใช้สารเสพติดร่วมกันหลาย ชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้ สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อน มาโรงพยาบาล 3. ผล CBC แรกรับพบ Hb 9.5 g/dl, Hct 29.5% ต่ำ กว่าเกณฑ์ปกติ 4. ผล Urine drug screen แรกรับพบ Methamphetamine positive 5. มารดาสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดทารกและ คลอดรก 100 mL วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการมารดาหลัง คลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินค่า MAP ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ CRT ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน เลือด ตรวจวัดและประเมินค่า SpO₂ เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาด ออกซิเจน 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อ ออก ตัวเย็น ค่า SpO₂ < 95% ปัสสาวะ < 0.5 mL/kg/hr, CRT > 2 วินาที 3. นวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงมดลูก ด้วยตนเอง 4. กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการ หดตัวของมดลูก 5. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 -30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะมดลูก ไม่หดตัว 6. ฉีด Syntocinon 10 unit IM ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูก หดตัว 7. หลังรกลคลอดฉีด Methergine 0.2 mg IV ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นให้ กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวและป้องกันการตกเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ มีเสียงหึ่งในหู (Tinnitus) เจ็บ หน้าอก หายใจเร็วขึ้น 8. ดูแลให้ ARI 800 mL+Syntocinon 20 unit IV rate 120 mL/hr ตามแผนการ รักษา เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกภายหลังการคลอด เฝ้าระวัง ผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การหดเกร็งของมดลูกรุนแรง ชัก อาการ ภาวะน้ำเกิน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ไอ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู นอน ราบไม่ได้ บวมบริเวณหน้าตาและเท้า 9. สังเกตและบันทึกปริมาณ ลักษณะ และสีของน้ำคาวปลาทุก 15 นาทีในช่วง 1 ชั่วโมง แรก และทุก 30 นาที ในช่วงที่สองหลังคลอด เพื่อประเมินการเกิดภาวะตก เลือดหลังคลอดเฉียบพลัน หากพบเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืน ใน 15 นาที รายงานแพทย์ทันที 10. ติดตามผล Hct ถ้าต่ำกว่า 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์ เพื่อ พิจารณาให้การรักษา ประเมินผลการพยาบาล มดลูกหดตัวดี กลมแข็งอยู่ระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดง (Rubra) ปริมาณปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 138/86 mmHg, PR 62 beats/min, RR 20 breaths/min ผล Hct 30.7%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อ ภาวะถอนยา เนื่องจากระดับยาในกระแสเลือดลดลง จากการหยุดเสพเกินระยะเวลา ออกฤทธิ์ของยา ข้อมูลสนับสนุน	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วง 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ในช่วงที่สองหลังคลอด เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะชีพจร เต้นเร็วผิดปกติจากการหยุดใช้สารเสพติด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มารดาหลังคลอดมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เฮโรอีนจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 2. ผล Urine drug screen แกร็บ พบ Methamphetamine positive 3. ระยะอนิการเกิดอาการถอนยาเฉียบพลันของ เมทแอมเฟตามีน จะอยู่ในช่วงวันที่ 2-7 หลังหยุดใช้ ยา วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังมารดาหลังคลอดเกิดอาการถอนยาเมทแอมเฟตามีน	2. สังเกตอาการถอนยาเฉียบพลัน เช่น กระสับกระส่าย สั่น มือสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด วิตกกังวลรุนแรง หรือมีอาการหวาดระแวง หูแว่ว ซึมเศร้า เฉียบพลัน ทำร้ายตัวเอง 3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นแสง สี เสียง เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาท 4. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำดื่มให้เพียงพอ เนื่องจากมารดาหลังคลอดจะมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นในช่วงถอนยา 5. ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนผ้าอ้อมบ่อย จัดท่าทางให้นอนสบาย เพื่อส่งเสริมความสบายและการพักผ่อน 6. เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความวิตกกังวลและให้กำลังใจ เพื่อให้มารดาเกิดความไว้วางใจและลดความเครียด ประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดอ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ BP 138/86 mmHg, PR 62 beats/min, RR 20 breaths/min นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประสาทหลอนหรือทำร้ายตัวเอง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและการบาดเจ็บจากการคลอด เนื่องจากภาวะคลอดเร็ว ร่วมกับคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดามีภาวะคลอดเร็ว รวมเวลาดังตั้ง เจ็บครรภ์จนคลอด 1 ชั่วโมง 40 นาที 2. ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ คานการณน้ำหนักตัวน้อยประมาณ 2,000 กรัม วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอด และรักษาอุณหภูมิร่างกายของทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) และเตรียมอุปกรณ์ ดูดเสมหะและออกซิเจนให้พร้อมใช้งานทันที 2. ขณะทำการคลอดระวังไม่ให้ศีรษะและตัวทารกคลอดออกมาเร็วเกินไป เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงความดันในสมองทารกอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ 3. ระวังระวังการจับดึงไหล่ทารกที่แรงเกินไป เพื่อป้องกันเส้นประสาทแขนบาดเจ็บ (Brachial plexus injury) 4. ใช้ผ้าสะอาดแห้งประคองรับตัวทารกอย่างมั่นคง ป้องกันทารกพลัดตก กระแทกกับพื้นเตียงคลอด 5. หลังคลอดเช็ดตัวทารกให้แห้งด้วยผ้าอุ่น เปลี่ยนผ้าผืนใหม่ ย้ายทารกไปอยู่ใต้ Radiant warmer ทันที เพื่อลดการสูญเสียความร้อนของร่างกาย หลีกเลี่ยงการวางทารกบนพื้นผิวที่เย็นหรือเปิดพัดลม/แอร์เป่าตรงตัวทารก 6. ดูดเมือกและน้ำคร่ำออกจากปากและจมูกละเอียด นุ่มนวล ประเมินการหายใจ จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าห่มหนาประมาณ 1-2 เซนติเมตร เพื่อให้ทางเดินหายใจตรง และช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น 7. ประเมินคะแนน Apgar score ในนาทีที่ 1 และ 5 บันทึกสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ และวัดอุณหภูมิร่างกายทางทวารหนักหลังคลอด 8. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิด โดยการคลำกระดูกไหปลาร้า ดูการขยับของแขนทั้งสองข้าง และสำรวจผิวหนังทั่วร่างกายอย่างละเอียด เพื่อค้นหาการบาดเจ็บจากการคลอดเร็ว ประเมินผลการพยาบาล ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,330 กรัม คะแนน Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 ทารกไม่ร้องกวน หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอกบวม ปีกจมูกไม่บาน RR 48 breaths/min, HR 142 beats/min BT 36.8°C, SpO₂ 95-97% ไม่พบรอยเขียวช้ำหรือการบาดเจ็บจากการคลอด ย้ายทารกไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวช

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะถอนยาแต่กำเนิด เนื่องจากได้รับ สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ผ่านทางรกจากมารดาในระยะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดาหลังคลอดมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 2. ผล Urine drug screen แรกรับ พบ Methamphetamine positive วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของภาวะถอนยาแต่กำเนิด 2. เพื่อให้ตรวจพบภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น	1. ประเมินและบันทึกความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการถอนยาแต่กำเนิด (Neonatal Abstinence Syndrome: NAS) โดยใช้แบบประเมิน Modified Finnegan Score รายงานกุมารแพทย์ทันที หากผลคะแนน Finnegan Score มีค่าตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปติดต่อกัน 2 ครั้ง หรือ สูงกว่า 12 คะแนน ในการประเมินครั้งเดียว รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 2. ตรวจวัดและติดตามสัญญาณชีพทุก 30 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หรือภาวะไข้ 3. สังเกตและประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะถอนยา ได้แก่ ร้องเสียงแหลมสูง สะดุ้งผวา ตื่นง่าย ชักเกร็ง หาวบ่อย มีไข้ หายใจเร็ว > 60 breaths/min หายใจปึกฉกุกบานหรือหน้าอกบวม ท้องอืด แหวะนมหรืออาเจียน ถ่ายอุจจาระบ่อยหรือถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4. จัดทารกให้อยู่ในห้องที่เงียบสงบ หรือไฟให้มืดสลัว รวบรวมการทำกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ทำในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการรบกวนทารกเพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาท 5. ห่อตัวทารกให้แน่นพอดี เพื่อลดปฏิกิริยาสะดุ้งผวา 6. จัดการให้นมแม่ เนื่องจากสารเมทแอมเฟตามีนสามารถขับออกทางน้ำนม และส่งผลกระทบต่อทารกได้ 7. จัดเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้งาน เพื่อช่วยเหลือกรณีทารกเกิดอาการชักเกร็ง หรือภาวะหยุดหายใจ ประเมินผลการพยาบาล ก่อนย้ายทารกแรกเกิดไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยกุมารเวช Modified Finnegan Score น้อยกว่า 5 คะแนน ไม่มีไข้ BT 36.8°C, HR 140-150 beats/min, RR 50 breaths/min, SpO₂ 95 - 97% ไม่มีอาการภาวะถอนยา

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดรายนี้มีประวัติการเสพยาบ้า (Methamphetamine) ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน โดยฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทกลุ่ม Catecholamines เช่น Norepinephrine, Dopamine เข้าสู่กระแสเลือดในปริมาณ ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวรุนแรงจนเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งการหดตัวของมดลูกในสภาวะที่น้ำคร่ำน้อย ยิ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ปากมดลูกเปิดขยายอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ระยะเวลาของการดำเนินเข้าสู่กระบวนการคลอดสั้นลงและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วผิดปกติ¹⁵ นอกจากนี้ การที่ผู้คลอด มีน้ำเดินนานถึง 2 วัน ส่งผลให้เยื่อหุ้มทารก ซึ่งทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันตามธรรมชาติเกิดการฉีกขาด ทำให้เป็นช่องทางเชื่อมต่อระหว่างสิ่งแวดล้อม

ภายนอกและภายในมดลูก แบคทีเรียประจำถิ่นบริเวณรอบ ๆ เช่น จากทวารหนักและช่องคลอด จึงสามารถแพร่กระจายย้อนกลับขึ้นไปด้านบน จนนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการลุกลามของเชื้อโรคเข้าสู่ภายในโพรงมดลูก จนก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Chorioamnionitis) ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์¹⁶ ยิ่งไปกว่านั้น ฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน ยังทำให้ผู้คลอดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในระยะคลอด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือหัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อีกทั้งทารกในครรภ์ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Fetal distress)¹⁵ นอกจากนี้ ผลกระทบของสารแอมเฟตามีน ยังส่งผลต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด โดยมารดาจะมีความเสี่ยง

ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง เนื่องจาก สารแอมเฟตามีนที่ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวอย่างรุนแรงในระยะแรก เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะเกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Rebound effect) ส่งผลให้มดลูกเกิดภาวะเฉื่อยชาและหดตัวไม่ดี (Uterine atony) อีกทั้งมารดา ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนยาแอมเฟตามีน (Amphetamine withdrawal syndrome) ในส่วนของทารกแรกเกิด ในระหว่างอยู่ในครรภ์ จะได้รับสารแอมเฟตามีนผ่านทางรก เมื่อคลอดออกมาและสายสะดือถูกตัด ร่างกายของทารกจะเผชิญกับการขาดสารแอมเฟตามีนอย่างกะทันหัน ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการถอนยาในทารกแรกเกิด (Neonatal abstinence syndrome: NAS) ภายใน 24–48 ชั่วโมงหลังคลอดได้¹⁷ จากพยาธิสภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทีมการพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ จึงได้ให้การเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ สัญญาณเตือนล่วงหน้า และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด
2. พัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและสูตินรีเวช พยาบาลกุมารเวชกรรม พยาบาลเฉพาะทาง จิตเวชและ สารเสพติด พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เพื่อสร้างระบบการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องในมารดาและทารกแรกเกิด ในการป้องกันมารดาหลังคลอดกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ การประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแลทารกแรกเกิดหลังกลับไปบ้านอย่างปลอดภัย
3. ใช้เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง ในการฝึกทักษะการ คิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิกและการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความซับซ้อน สำหรับนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลสาขาสูตินรีเวชกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y.(2022). Williams obstetrics (26th ed.). New York: McGraw-Hill Education; 2022.
2. Wright, T. E., Terplan, M., Ondersma, S. J., Boyce, C., Yonkers, K., Chang, G., & Creanga, A. A.(2015). (The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015; 215(5): 539–547.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG].(2020). Prelabor rupture of membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. Obstetrics & Gynecology. 2020; 135(3): e80–e97.
4. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., Landoulsi, S., Jampathong, N., Zhang, J., & Gülmezoglu, A. M.(2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014 for determining trends in worldwide preterm birth: A systematic review and modelling analysis. The Lancet Global Health. 2019; 7(1): e37–e46.
5. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC].(2023). World drug report 2023. Vienna: United Nations Publication; 2023.
6. วิรัตน์ ต้นติประภาส, นางลักษณ์ สุวรรณพินิจ, และ กิตติศักดิ์ พูลสวัสดิ์.(2563). ผลลัพธ์ทางสูติกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารการพยาบาลและการสุขภาพ. 2563; 14(2): 45–58.
7. ศศิธร สุวรรณ, ปิยะนันท์ ลิ้มปิสุข, และ วรณภา ศรีธน.(2564). ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน. วารสารสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564; 29(3): 112–122.

8. นันทพร แสนศิริพันธ์, และ ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์.(2020). การพยาบาลสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020.
9. ทิพย์วัลย์ รัตนวิจิตร, พิชราภรณ์ อุ่นใจ, และ ศิริเพ็ญ ประทุม.(2569). ผลกระทบของการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด. วารสารสาธารณสุขพยาบาล. 2569; 8(2): 45-56.
10. นิตยา ผ่องดำ.(2566). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566; 8(3): 112-125.
11. พจนาพรรณ อาสนวิจิตร.(2566). ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิด.[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2569] เข้าถึงจาก:
https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230717133205_976338236.pdf
12. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2560). ผลกระทบของการเสพสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2569] เข้าถึงจาก:
<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=796>
13. กานต์ทอง ศิริวัฒน์.(2564). สารที่ก่อให้เกิดความผิดปกติและเกิดพิษแก่ทารกในครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2569] เข้าถึงจาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/38182/>
14. ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ทะเบียนการให้บริการผู้คลอด ปี พ.ศ. 2566, 2567, 2568.
สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2569. [เอกสารอัดสำเนา].
15. ชนิกา บุญยพงศ์, และ อังคณา ประสพสุข.(2566). ผลกระทบของการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566; 6(2): 45-58.
16. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาการ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2566). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.
17. พิมพ์ ศรีสุภาพ.(2566). ผลกระทบต่อทารกจากมารดาเสพยาบ้า. ศิริราชเวชสาร. 2566; 55(8): 482-488.