



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๗๐๓๖

วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสหักหัว้งเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิทยาสันตคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสาร
ประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการ จำนวน ๓ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี
อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่
๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมิน
บุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่
คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักหัว้งให้หักหัว้งได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายกฤษณ์ สกลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวจุฑามาศ เสือแป้น	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒	นางจิราภา บวรพัชรศิริกุล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๓	นางสาวรุ่งอรุณ เนตรทิพย์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายพงศธรสิทธิ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวจุฑามาศ เสือแป้น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด		
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๐๗๗๖๖	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๗๖๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกเกิดในห้องผ่าตัด				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 18 สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องคลอด 3 วัน 3 ชั่วโมง 56 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด (นรินันท์ จันศรีนิยม และคณะ, 2566)

การคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ การแบ่งประเภทของการคลอดก่อนกำหนด (classifications of preterm birth) โดยแบ่งตามช่วงอายุครรภ์

1. Extreme preterm birth อายุครรภ์ที่คลอดน้อยกว่า 28 สัปดาห์
2. Early preterm birth อายุครรภ์ที่คลอด 28-33 สัปดาห์
3. Late preterm birth อายุครรภ์ที่คลอด 34- 36 สัปดาห์จุดประสงค์ของแบ่งตามช่วงอายุครรภ์

ดังกล่าว เนื่องจากความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตและภาวะ ทูพพลภาพของทารกแรกเกิดนั้น สัมพันธ์แบบแปรผกผันกับอายุครรภ์ ณ วันที่คลอด และการแบ่งนี้ยังมีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาทารกหลังคลอดอีกด้วย

พยาธิสภาพ (นรินันท์ จันศรีนิยม และคณะ, 2566)

การเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดเกิดจากกระบวนการการกระตุ้นระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis ของทั้งมารดาและทารก การติดเชื้อภาวะเลือดออกบริเวณเยื่อโพรงมดลูก และการยืดขยายตัวของมดลูกที่ผิดปกติ การคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm) พบได้ถึงร้อยละ 40-50 ส่วนสาเหตุที่มาจากถุงน้ำคร่ำแตกพบได้ร้อยละ 30-40 ที่เหลือร้อยละ 20 มีสาเหตุมาจากปัญหาของมารดาและทารกซึ่งทำให้มีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่จะครบกำหนด

สาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (pathways Leading to spontaneous preterm labor) (นรินันท์ จันศรีนิยม และคณะ, 2566)

1. ติดเชื้อและการอักเสบของถุงการตั้งครรภ์ (intraamniotic infection and inflammation)

จากการเก็บข้อมูลพบว่า ร้อยละ 25 ของการติดเชื้อในคางน้ำคร่ำ (Intamiliocinfeto) เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า เชื้อที่พบส่วนใหญ่ขึ้นมาจากช่องทางคลอดและเข้าสู่ช่องว่างระหว่างรกและเยื่อโพรงมดลูกของมารดา นำไปสู่การติดเชื้อแทรกซึมเข้าสู่กล้ามเนื้อมดลูกและถุงน้ำคร่ำในที่สุดโดยเชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อยและสามารถแยกเชื้อได้จากการตรวจที่จำเพาะจากตัวอย่างน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้แก่ *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, *Fusobacterium species* and *Gardnerella Vaginalis* ซึ่งเชื้อเหล่านี้สร้างสารพิษที่ประกอบด้วย lipopolysaccharide (LPS) และสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบต่าง ๆ เช่น proinflammatory cytokines/chemokines ซึ่งนำไปสู่การกระตุ้นการเจ็บครรภ์ที่ทำให้คลอดก่อนกำหนดได้

2. การลดลงของระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (decrease in progesterone levels or effect) โปรเจสเตอโรนเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยตลอดอย่างต่อเนื่อง หากมีการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของตัวรับสัญญาณฮอร์โมนและอนุพันธ์ของตัวรับสัญญาณ ซึ่งตัวรับสัญญาณและอนุพันธ์ของตัวรับสัญญาณนี้เป็นจุดตั้งต้นในกลไกการเกิดการเริ่มเจ็บครรภ์คลอดช่วงการตั้งครรภ์ กล้ามเนื้อมดลูกจะอยู่ในระยะพักตัว (myometrial quiescence) ซึ่งเป็นอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในการลดการทำงานของโปรตีนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและยังลดการหลั่งสารชีวเคมีที่กระตุ้นกลไกการอักเสบ ดังนั้นจากกลไกดังกล่าวข้างต้น หากกลไกการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ลดลง จะส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. ความผิดปกติของหลอดเลือด (vascular disorder) ภาวะเลือดออกระหว่างเยื่อถุงน้ำคร่ำและเยื่อปวงมดลูก ส่งผลให้เกิดการแยกตัวของรกออกจากตำแหน่งฝังตัว โดยกลไกนี้ทำให้เกิดโรคในทางคลินิกที่เรียกว่า ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสารต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น thrombin ที่หลั่งออกมาจากพลาสมาในสรีรวิทยา เป็นสารที่กระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกซึ่งโดยมากพลาสมาในสรีรวิทยาจะพบมากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ และทารกโตช้าในครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามสามารถพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

4. ความไม่คงทนของปากมดลูกหรือภาวะปากมดลูกหลวม (cervical insufficiency) ปากมดลูกเป็นส่วนประกอบหนึ่งที่สำคัญของกระบวนการคลอด ซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลายชนิดภาวะปากมดลูกหลวม คือ การที่ปากมดลูกไม่สามารถพยุงการตั้งครรภ์ได้ตลอดการตั้งครรภ์ และ มีการเปิดของปากมดลูกก่อนกำหนดโดยปราศจากการหดตัวของมดลูก

5. การเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อ decidua (decidual senescence) การเสื่อมสภาพเกิดขึ้นจากกระบวนการหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และไม่สามารถพัฒนาการต่อได้อีกทั้งยังไม่สามารถทำลายตัวเองได้อีกด้วย 30 เซลล์ที่สำคัญอีกชนิดในช่วงการฝังตัวของตัวอ่อนในการตั้งครรภ์ระยะแรก คือ decidual cell ซึ่งการเสื่อมสภาพของเซลล์ในช่วงนี้ทำให้เกิดความล้มเหลวของการฝังตัวของตัวอ่อนการเสียชีวิตในครรภ์ของตัวอ่อน ตลอดจนการคลอดก่อนกำหนดอีกด้วย ทั้งนี้สาเหตุของการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อยังไม่ทราบชัดเจน

6. การขยายตัวของขนาดมดลูกที่มากเกินไป (Uterine overdistension) การขยายขนาดของมดลูกที่มากเกินไป พบได้บ่อยในภาวะการตั้งครรภ์แฝดและภาวะน้ำคร่ำมากผิดปกติ (polyhydramnios) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดการคลอดก่อนกำหนด

อาการและอาการแสดง (นรินทร์ จันศรีนิยม และคณะ, 2566)

1. มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก หรือ
2. มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 2 เซนติเมตร ในการตรวจภายใน

การวินิจฉัยโรค (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2567)

การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาศัยลักษณะทางคลินิกดังนี้ คือ มีมดลูกหด รัดตัวอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกที่บางลงและ/หรือการเปิดขยายออกของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น หรือ มาด้วยอาการแสดงเริ่มแรกของการหดตัวสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเปิดขยายอย่างน้อย 2 เซนติเมตร โดยอาจร่วมกับมีมูกเลือดหรือถุงน้ำคร่ำรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20^{0/7} สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัม ขึ้นไป) ถึงอายุครรภ์ 36^{6/7} สัปดาห์

การรักษา

1. Progesterone supplementation ฮอโมนโปรเจสเตอโรนมีหน้าที่ในการป้องกันปากมดลูกอ่อนตัว (ripen cervix) และลดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ตลอดจนการกดการสังเคราะห์ตัวรับฮอโมนออกซิโตซิน และควบคุมการหลั่งสารชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบต่าง ๆ ให้ยาเหน็บโปรเจสเตอโรน วันละครั้งโดยเริ่มที่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนหรือมีปากมดลูกสั้นในครรภ์นี้ สามารถช่วยลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดได้

2. การเย็บผูกปากมดลูก (cervical cerclage) จากการรวบรวมข้อมูลเชิงสถิติพบว่าร้อยละ 0.5-1 ของสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป พบมีภาวะปากมดลูกไม่คงทน (incompetent cervix) โดยการเย็บผูกปากมดลูกรอบวงเพื่อเสริมสร้างความคงทนของปากมดลูกหวังผลให้ลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด โดยการเย็บนี้สามารถทำได้ทั้งเย็บทางช่องคลอดและเย็บทางการเปิดหน้าท้อง

3. Cervical pessary Arabin pessary เป็นอุปกรณ์สวมรัดปากมดลูกรูปร่างเป็นวงแหวนทำจากซิลิโคน โดย pessary ถูกออกแบบมาเพื่อให้ปรับมุมของแรงกระทำต่อปากมดลูก ให้เปลี่ยนไปทางด้านหลังของผนังช่องคลอด โดยการใส่ pessary เป็นหัตถการที่ไม่รุกรานหรือก่อให้เกิดความเจ็บปวด สามารถใส่และถอดได้ง่ายโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลหรือใช้การระงับความรู้สึกในการใส่อุปกรณ์

4. ยาปฏิชีวนะและการรักษาการติดเชื้อ (antibiotics and infection treatment) การติดเชื้อแทรกซ้อนจากความไม่สมดุลของสภาวะแวดล้อมในช่องคลอดของเชื้อประจำถิ่น ที่เรียกว่า Bacterial vaginosis เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า Gardnerella vaginalis และ Mycoplasma hominis ซึ่งการเพิ่มขึ้นของปริมาณเชื้อนี้ที่ผิดปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดถึง 1.5 เท่า

การพยาบาล (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2567)

1. สอดถามประวัติและประเมินภาวะจิต อารมณ์ สังคม
2. ทบทวนประวัติฝากครรภ์และตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อ
 - 2.1 ประเมินอายุครรภ์ น้ำหนักทารกในครรภ์ ตลอดจนท่าและส่วนนำของทารกในครรภ์
 - 2.2 ประเมินสุขภาพมารดา ได้แก่ ความดันโลหิต อุณหภูมิกาย อัตราการหายใจ และตรวจร่างกายทั่วไปเบื้องต้น
3. ประเมินและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกและประเมินความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกโดยอาจใช้เครื่อง cardiotocography
4. ตรวจภายในดูความก้าวหน้าโดยดูตามสภาพของผู้คลอด
 - 4.1 ตรวจโดยใช้ speculum ประเมินการรั่วของถุงน้ำคร่ำ การเปิดของปากมดลูก (กรณีที่ถูกคลอดให้ประวัติว่ามีน้ำเดิน)
 - 4.2 ตรวจภายในดูการเปิดของปากมดลูก ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ / ส่วนนำ/สภาพของถุงน้ำคร่ำ
5. รายงานแพทย์ตามแนวทางการรายงานแพทย์จากข้อมูลທີ່ประเมินได้กรณี
 - 5.1 อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ ประเมินน้ำหนัก < 2000 กรัม ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ถ้าไม่มีข้อห้ามพิจารณา Inhibit โดยให้ยาตามแผนทางการรักษาของแพทย์ ตาม CPG การดูแลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 5.2 อายุครรภ์ ≥ 34 สัปดาห์ เจ็บครรภ์ถี่ Interval สม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที ปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร พิจารณาให้คลอด และให้ ampicillin 2 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง จนคลอด และรายงานกุมารแพทย์เพื่อให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
 - 5.3 อายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ เจ็บครรภ์สม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที ประเมินน้ำหนัก < 2000 กรัม ปากมดลูกเปิด > 4 cms ให้รายงานกุมารแพทย์พิจารณาว่าคลอด / ส่ง ต่อโรงพยาบาลชลบุรีและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
6. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติทราบถึงผลการตรวจ การปฏิบัติตนขณะรอคลอด อาการที่เป็นอยู่แผนการรักษาของแพทย์ การดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
7. รายงานกุมารแพทย์/เจ้าหน้าที่ ward เด็กเพื่อวางแผนการรักษาและเตรียมพร้อมการดูแลทารก
8. ประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะโดยสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุกครั้ง-1 ชั่วโมงตรวจภายในทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์
9. บันทึกข้อมูลທີ່ประเมินได้และข้อมูลการรายงานแพทย์ รวมถึงเขียนบันทึกวางแผนการดูแลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างครอบคลุม

การพยาบาลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกรณียับยั้งการคลอด (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2567)

1. ดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงรอคลอดโดยนอนตะแคงซ้าย
2. ดูแลให้ลงนามยินยอมได้รับการรักษาโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็นการดำเนินโรคภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ แผนการรักษากรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้รวมถึงทีมกุมารแพทย์ที่ร่วมให้การดูแล
3. อธิบายให้ทราบข้อจำกัดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกรณีที่ต้องนอนสังเกตอาการที่ห้องคลอดถ้าพบว่า ภาวะวิกฤติที่ต้องเฝ้าระวังจะเปิดโอกาสให้พบญาติได้ตามความเหมาะสม
4. ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์
5. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติทราบแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและอาการข้างเคียงของการได้รับยายับยั้งการคลอด
6. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติทราบถึงเหตุผลการจำกัดกิจกรรมและการดูแลทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ใน 24 ชั่วโมง แรก
7. ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้มดลูกคลายตัวโดยให้
8. ดูแลให้ยากระตุ้นการทำงานของปอดโดยให้ Dexamethazone 6 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง 4 dose
9. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะแทรกซ้อนอาการใจสั่น โดยประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ถ้ามากกว่า 120 ครั้งต่อนาที รายงานสูติแพทย์เพื่อประเมินลด/เพิ่ม ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
10. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้คลอดได้พักผ่อน
11. เปิดโอกาสมารดาได้ระบายความรู้สึกและซักถามสิ่งที่เป็นกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่
12. แนะนำให้ญาตินำหนังสือที่ขอมาให้ผู้คลอดเพื่อลดความวิตกกังวล
13. แนะนำการฝึกลมหายใจ การสูดท้อง การเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อผ่อนคลายเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์
14. ดูแลให้ได้รับอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
15. อธิบายให้ทราบข้อจำกัดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกรณีที่ต้องนอนสังเกตอาการที่ห้องคลอดถ้าพบว่า ภาวะวิกฤติที่ต้องเฝ้าระวังจะเปิดโอกาสให้พบญาติได้ตามความเหมาะสม
16. ดูแลติดเครื่องNST/EFMประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยแจ้งให้ทราบถึงวิธีการระยะเวลาและการประเมินผลและแจ้งให้ทราบผลการตรวจ
17. บันทึกข้อมูลการดูแลและส่งต่อทีมสหวิชาชีพ

ถุงน้ำคร่ำรั่ว (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2567)

ถุงน้ำคร่ำแตกหรือน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอด Premature Rupture of Membranc (PROM) หมายถึง ภาวะที่มีถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนที่จะเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาระหว่างการเกิดถุงน้ำคร่ำแตกและการเริ่มเจ็บครรภ์ เมื่อถุงน้ำคร่ำแตกก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์เรียกว่าน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดในครรภ์ก่อนกำหนด (preterm premature rupture of membranes) หากเกิดขึ้นอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ทั้งอันตรายต่อมารดา เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการแตกของถุงน้ำคร่ำ หรืออันตรายต่อทารก เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อ การที่สายสะดือถูกกดทับจากการที่น้ำคร่ำลดน้อยลง ส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบสาเหตุของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ แต่มักมีภาวะที่พบร่วมหรืออาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ เช่น เมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดถุงน้ำคร่ำจะมีการฉีกขาดได้ง่ายซึ่งการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติร่วมกับแรงหดตัวของมดลูก การติดเชื้อในโพรงมดลูก มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนหรือน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอดในครรภ์ก่อน

กำหนด มดลูกมีความตึงตัวมากผิดปกติครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ ภาวะติดเชื้อทางโรคของช่องคลอด สตรีที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

พยาธิสภาพ

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของถุงน้ำคร่ำ (Amniotic Sac) คือเป็นเยื่อบางๆ ใสๆ พองกลมคล้ายลูกโป่งผนังของถุงด้านนอกแนบติดกับผนังมดลูก น้ำคร่ำเป็นเครื่องป้องกันการกระทบกระเทือนจากภายนอกได้เป็นอย่างดี น้ำคร่ำสร้างขึ้นมาและเพิ่มปริมาณมากขึ้นตามการเจริญเติบโตของตัวเด็ก เมื่อเยื่อถุงน้ำคร่ำฉีกขาดออกจึงมีอาการที่เรียกว่า ถุงน้ำคร่ำแตกหรือน้ำเดิน

อาการและอาการแสดง

มีน้ำใสๆไหลออกจากช่องคลอด

การวินิจฉัย (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2567)

1. จากการซักประวัติ หญิงตั้งครรภ์ให้ประวัติว่ามีน้ำใสๆ ไหลออกจากช่องคลอดแต่อาจมีสาเหตุอื่นๆที่พบได้ เช่น ตกขาวมีปริมาณมากผิดปกติ ปากมดลูกอักเสบ หรือปัสสาวะไหล เป็นต้น

2. ตรวจร่างกาย ตรวจโดยใช้ speculum ใส่เข้าไปในช่องคลอดจะพบว่ามือน้ำคร่ำซึ่งอยู่ที่ posterior fornix หรืออาจจะมีน้ำคร่ำไหลออกจากคอมดลูก หากเห็นไม่ชัดเจนลองให้ผู้ป่วยไอหรือเบ่งพร้อมกับให้ผู้ช่วยใช้มือกดบริเวณคอมดลูก การตรวจพบน้ำไหลออกจากคอมดลูกเป็นการวินิจฉัยที่แน่นอนที่สุด ในกรณีที่ตรวจไม่พบน้ำคร่ำในช่องคลอดหรือน้ำคร่ำไหลจากคอมดลูกก็จำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Nitazine paper test โดยอาศัยคุณสมบัติที่น้ำคร่ำมี pH ระหว่าง 7.0-7.5 ซึ่งแตกต่างจากน้ำคัตหลังของช่องคลอด ซึ่งมี ระหว่าง 4.5-5.5 กระดาษ nitazine จะกลายเป็นสีน้ำเงินแต่อาจได้ผลบวกลวงถ้ามีเลือดเจือปน น้ำอสุจิเจือปนหรือสารละลายฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์เป็นด่าง ในทางตรงกันข้ามผลลบอาจเกิดขึ้นจากที่ถุงน้ำคร่ำแตกยาวนานจนน้ำคร่ำเหลือในโพรงมดลูกปริมาณน้อย

3.2 Fern test

3.3 Nile blue test

3.4 Ultrasound

การรักษา (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2567)

PROM ต่ำกว่า 24 สัปดาห์พิจารณาเป็นราย ๆ ไป อาจเลือกยุติการตั้งครรภ์

PROM 24-33 สัปดาห์

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ รับไว้ในโรงพยาบาล ฝ้าสังเกตอาการ
2. ประเมินน้ำคร่ำ ประเมินสุขภาพทารก
3. คอรัติโคสเตียรอยด์ 1 คอร์ส
4. ยาปฏิชีวนะ ampicillin ทางหลอดเลือดดำใน 48 ชั่วโมงแรก และตามด้วย การรับประทาน amoxicillin และ erythromycin อีกเป็นเวลา 5 วัน
5. ระวังการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด (Fetal tachycardia มีไข้ น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น)
6. หลีกเลี่ยงการตรวจภายใน
7. ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดอาจพิจารณาเฉพาะในกรณีมีการเจ็บครรภ์คลอด
8. พิจารณาให้คลอดทันทีหากตรวจพบว่าการติดเชื้อในโพรงมดลูก หรือมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือ fetal distress

PROM 34-36 สัปดาห์

1. ทางเลือกหลัก : เหมือนอายุครรภ์ 24-33 สัปดาห์ แต่ไม่ให้คอร์ติโคสเตียรอยด์

2. ทางเลือกรอง : อายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ บางรายอาจพิจารณาส่งเสริมให้ยุติการตั้งครรภ์โดยเฉพาะกรณีที่
ไม่แน่ใจการติดเชื้อ

การพยาบาล

1. การซักประวัติ ประวัติการฝากครรภ์ อาการและอาการแสดง
2. ดูแลให้นอนพักบนเตียง
3. อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงสถานะของโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเข้าโพรงมดลูก
4. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะชีพจรและอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง
5. ฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ ทุก 1-2 ชั่วโมง ควรจะอยู่ในช่วง 120-160 ครั้งต่อนาที
6. ดูแลความสะอาดทั่วไปและอวัยวะสืบพันธุ์และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่เปียกชุ่ม
7. แนะนำให้ใส่ผ้าอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภายนอก ประเมินลักษณะ ปริมาณ สี กลิ่นของน้ำคร่ำ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ที่ 5 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 5 วัน ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลแหลมบัว 8 ครั้งไม่ครบตามเกณฑ์ มารับการรักษาเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2567 เวลา 21.30 นาฬิกา ด้วยอาการ เจ็บครรภ์มีน้ำออกช่องคลอด 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แรกครรภ์ที่ห้องคลอด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/70 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์ระดับยอดมดลูก 31 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารก 143 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับต่ำกว่า Ischial spin (-2) ผนังน้ำคร่ำรั่ว ใส่ Speculum พบมีน้ำเดินตรวจค่ากรด-ด่าง pH 8 ความถี่ของการหดตัวของมดลูก ทุก 3 นาที ระยะของการหดตัวนาน 30 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก 2+ รายงานสูติแพทย์พิจารณาเข้ารับรักษาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Premature Rupture of Membranes ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ Nonstress test 20 นาที ผล Reactive ให้สารละลาย Acetate Ringer solution 1000 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการผล WBC $14.78 \times 10^3/\mu\text{l}$ ให้ยา Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง ให้ยา Ampicillin 2 กรัม ผสมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 100 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที

วันที่ 14 สิงหาคม 2567 มารดาไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ลูกดันดี มีน้ำสีขาวใสออกติดแพมเพิร์ส ไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/63 มิลลิเมตรปรอท เสียงหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที เวลา 10.00 น. สูติแพทย์ทำอัลตราซาวด์ EBW 2,158 กรัม อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน แพทย์พิจารณาให้คลอดปกติทางช่องคลอดได้

วันที่ 15 สิงหาคม 2567 เวลา 02.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 97/61 มิลลิเมตรปรอท เสียงหัวใจทารก 136 ครั้งต่อนาทีความถี่ของการหดตัวของมดลูก ทุก 10 นาที ระยะของการหดตัวนาน 20 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก 1+ เวลา 06.00 น. ติด NST Reactive ไม่มีการหดตัวของมดลูก เสียงหัวใจทารก 142 ครั้งต่อนาที เวลา 10.00 น. แพทย์มาเยี่ยม ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับ -2 ผนังน้ำคร่ำรั่ว แพทย์ให้ Augmentation ด้วย Dinoprostone 3 มิลลิกรัม เน้นทางช่องคลอด เวลา 12.00 น. monitor NST หลังเหน็บยา 2 ชั่วโมง ผล Reactive เสียงหัวใจทารก 137 ครั้งต่อนาที เวลา 20.00 น. สูติแพทย์ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 80 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับ -1 ผนังน้ำคร่ำแตก ความถี่ของการหดตัวของมดลูก ทุก 3 นาที ระยะของการหดตัวนาน 30 วินาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก 2+ มีแผนการรักษาให้ Oxytocin 10 ยูนิตร ผสมสารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 20 มิลลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมการไหลโดย Infusion pump Monitor NST ผล Reactive ฝ้าสังเกตอาการและประเมินความก้าวหน้าของการคลอด เวลา 22.15 น. ปรับอัตราการไหล Oxytocin 10 ยูนิตร ผสมสารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 30 มิลลิตรต่อชั่วโมง ควบคุมการไหลโดย Infusion pump เสียงหัวใจทารก 142 ครั้งต่อนาที เวลา 23.00 น. ประเมินความก้าวหน้าในการคลอดตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 80 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับ -1 ผนังน้ำคร่ำแตก ความถี่ของการหดตัวของมดลูก ทุก 3 นาที ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก 2+

วันที่ 16 สิงหาคม 2567 เวลา 00.30 น. มารดามีลมเบ่งประเมินตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารก 132 ครั้งต่อนาที ย้ายมาดาเข้าห้องคลอด monitor สัญญาณชีพ และ NST เสียงหัวใจทารก 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มอัตราการไหล Oxytocin 10 ยูนิตร ผสมสารละลาย

0.9% NSS 1000 มิลลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำเป็น 40 มิลลิตรต่อชั่วโมง เวลา 00.37 น. ทารกคลอดปกติเพศหญิง น้ำหนัก 2,018 กรัมคะแนนแอปการ์ (Appgar) นาทีที่ 1 เท่ากับ 7 นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 นาทีที่ 10 เท่ากับ 10 ให้ oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อหลังทารกคลอด 1 นาที ขณะเย็บแผล มีเลือดออกจากช่องคลอด 50 มิลลิตร ให้ oxytocin 20 ยูนิต ผสมในสารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง ประเมินมารดาหลังคลอด 1 ชั่วโมง เวลา 01.37 น. ไม่มีเลือดออกเพิ่ม แผลฝีเย็บบวมกดนิ้มไม่มี Hematoma วัดความดันโลหิต 118/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที ประเมินอาการมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง เวลา 02.37 น. มดลูกหดรัดตัวดีแผลฝีเย็บไม่มีภาวะเลือดคั่ง (Hematoma) น้ำนมยังไม่ไหลวัดความดันโลหิต 121/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง คือ 1) ไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกมีการหดรัดตัว 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำแตก/รั่ว 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก 4) วิถีกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด เวลา 02.36 น. ย้ายมารดาไปหอมารดาหลังคลอด เวลา 06.00 น. ติดตามอาการมารดาหลังคลอด มารดาพักผ่อนได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/68 มิลลิเมตรปรอท มารดาปวดแผลฝีเย็บพอทนได้ ผลฝีเย็บไม่มีเลือดคั่งมีเลือดจากช่องคลอดปกติ น้ำนมเริ่มไหล รับประทานอาหารได้ ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด

วันที่ 18 สิงหาคม 2567 เวลา 12.30 น. ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด มารดาดูแลตนเองและบุตรได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/68 มิลลิเมตรปรอท มารดาปวดแผลฝีเย็บพอทนได้ แผลฝีเย็บไม่มีเลือดคั่งมีเลือดจากช่องคลอดปกติ น้ำนมเริ่มไหล รับประทานอาหารได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องคลอด 3 วัน 3 ชั่วโมง 56 นาที และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดมารดาที่คลอดก่อนกำหนด

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดจำนวน 1 ราย ระยะเวลา ตั้งแต่ วันที่ 13 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 18 สิงหาคม 2567 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องคลอด 3 วัน 3 ชั่วโมง 56 นาที

เชิงคุณภาพ

มารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ไม่ติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำแตก/รั่ว ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดแผลฝีเย็บและมดลูกได้ ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายมารดาและบุตร กลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย มารดาได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองและบุตรหลังคลอด จากแพทย์และพยาบาล มีความพร้อมในการดูแลตนเองและบุตร มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ในงานการพยาบาลผู้คลอด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมายและรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ด้วยภาวะสุขภาพในระยะแรกเกิดทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อยการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดสารแรงตึงผิวในปอด ต้องช่วยหายใจด้วยเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราไหลสูง มารดาจึงมีความวิตกกังวลกลัวลูกเสียชีวิตจึงต้องให้ข้อมูลและให้กำลังใจเพื่อให้มารดารู้สึกคลายกังวล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มารดามีภาวะเจ็บครรภ์และถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนดต้องได้รับยา Dexamethazone 6 มิลลิกรัมเข้าทางกล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง 4 ครั้ง ป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก ต้องได้รับยา Ampicillin 2 กรัมทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเมื่อให้ยาครบตามการรักษาของแพทย์ มารดาได้รับยาเพื่อกระตุ้นคลอด Postin E2 เน้นทางช่องคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูกเฝ้าระวังการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ให้กำลังใจและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนขณะเจ็บครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด
2. ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล ทบทวนกระบวนการดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวรุ่งอรุณ เนตรทิพย์ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)รุ่งอรุณ เนตรทิพย์.....ผู้ขอประเมิน
(นางสาวรุ่งอรุณ เนตรทิพย์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... วิไลพร ช้างสี

(นางสาววิไลพร ช้างสี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... ทพม.พร แสงประสิทธิ์

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... สพ.สุพจน์ พวงลำไย

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... นายฤกษ์ สกลแพทย์

(นายฤกษ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) แพทย์สุวรรณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ 6 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2568

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตซึ่งยังเป็นปัญหาใหญ่ทั้งในห้องคลอด/ห้องผ่าตัด และหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนั้นการควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกให้คงที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ทารกอยู่รอด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ที่ความสามารถตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เย็น ซึ่งเป็นภัยคุกคามที่สำคัญสำหรับทารก ทารกที่เสี่ยงต่อการที่อุณหภูมิร่างกายไม่คงที่ เนื่องจากทารกมีพื้นที่ผิวมากกว่า การสะสมไขมันสีน้ำตาลจำกัด มีชั้นไขมันใต้ผิวหนังและไกลโคเจนสะสมน้อย มีการสูญเสียน้ำทางผิวหนังสูง การเคลื่อนไหวของแขนขาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย ทารกจึงเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้นิยามว่าอุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ระหว่าง 36.5 องศาเซลเซียสถึง 37.5 องศาเซลเซียสและได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดังนี้

- Mild hypothermia (cold stress) อุณหภูมิร่างกาย 36-36.5° เซลเซียส
- Moderate hypothermia อุณหภูมิร่างกาย 32 - 36° เซลเซียส
- Severe hypothermia อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 32° เซลเซียส (พิบูล ชำศรีบุศ, 2564)

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง(Cesarean section) เป็นการผ่าตัดเพื่อคลอดทารกผ่านรอย ที่ผ่าทางหน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก ในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถคลอดได้ ซึ่งการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งมารดาและทารก โดยเฉพาะปัญหา อุณหภูมิร่างกายต่ำจากการสูญเสียความร้อนอย่างรวดเร็วในสิ่งแวดล้อมที่เย็น ซึ่งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดถือเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งที่จะต้องตระหนักและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้ทารกมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาต่างๆ ตามมาซึ่งมีผลกระทบต่อการปรับตัวของทารกและสุขภาพของทารก หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมจะทำให้เกิด อันตรายต่อชีวิตได้

จากสถิติการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด ปี 2565,2566, 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.4, 3.8, 4.4 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลแหลมฉบัง) หน่วยงานการพยาบาลผู้คลอดจึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะHypothermia โดยมีการทบทวนกระบวนการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่ งานห้องผ่าตัดจนถึงงาน ห้องคลอด พบว่ามีหลายจุดที่ต้องปรับปรุงกระบวนการทำงาน ได้แก่ การปิดเครื่องปรับอากาศ ก่อนทารกคลอด การเตรียมผ้าอุ่นสำหรับทารก การอุ้มทารกให้มารดาดู การเคลื่อนย้ายทารกจากห้องผ่าตัดมาที่ห้องคลอด และการดูแลทารกแรกรับที่ห้องคลอด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลผู้คลอดจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันทารกแรกเกิด อุณหภูมิร่างกายต่ำ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิดสำหรับป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของทารกแรกเกิด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นปัญหาใหญ่ทั้งในห้องคลอด/ห้องผ่าตัด และหออภิบาลทารกแรกเกิด ทารกมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาต่างๆตามมา ซึ่งมีผลกระทบต่อการปรับตัวของทารก และสุขภาพของทารก หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมจะทำให้เกิด อันตรายต่อชีวิตได้จากสถิติการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด ปี 2565 2566 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.4, 3.8, 4.4 ตามลำดับ จาก การทบทวนพบว่า ทีมการพยาบาลยังขาดการ เฝ้าระวังในการประเมินและการดูแลทารกแรกเกิด ส่งผลให้

ทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จากแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและครอบคลุม จะทำให้สามารถดูแลทารกแรกเกิดได้ทันทั่วทั้งที่ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ พยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลตามแนวทางการพยาบาลที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสามารถดูแลทารกในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ด้วยเหตุผลดังกล่าว การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด ช่วยให้พยาบาลมีเครื่องมือในการประเมินทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัดและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุมเพื่อลดความเสี่ยงและความผิดพลาด และเพิ่มความปลอดภัยต่อทารกแรกเกิดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด
2. เพื่อให้ทารกแรกเกิด ปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม 2568 – ธันวาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

ทารกแรกเกิดที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในห้องผ่าตัด
4. จัดทำแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด และพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด
9. นำแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัดที่จัดทำขึ้นมาใช้ในการพยาบาลผู้คลอดและประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด นำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัดไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลนำแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัดไปใช้กับทารกที่เข้ารับการรักษาก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ
 อุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัดร้อยละ 100

5.2 อัตราการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัดเท่ากับ 0

(ลงชื่อ) รุ่งอรุณ เนตรทิพย์ ผู้ขอประเมิน
 (นางสาวรุ่งอรุณ เนตรทิพย์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. (2567). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. *แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, น.1-19).
- จตุพร แจ่มจันทร์. (2566). การพยาบาลผู้คลอดที่มีการคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(4), 172-181.
- ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพ็ญบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. (2562) การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารพยาบาล งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*, 25(3), 243-251.
- นรินันท์ จันศรีนิยม, ปิยา แซ่มสายทอง, พันธบัตร วรินทักษะ. (2566). การคลอดก่อนกำหนด: การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช, วิมลวัลย์ วโรฬาร, นพดล ไชยสิทธิ์ และยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (บ.ก.), *พัฒนาทักษะเดิมเพิ่มเติมทักษะใหม่เพื่ออนาคตการดูแลปริกำเนิด* (น. 287-295). สำนักพิมพ์ธนาเพรส.
- พิกุล ขำศรีบุศ. (2564) การพยาบาลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด. ใน เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี, โสภภาพรณ เงินน้ำ, อรพินธ์ เจริญผล (บ.ก), *เสริมพลังการดูแลปริกำเนิดในยุคใหม่* (น.225-231). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางจิราภา บวรพัชรศิริกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด		
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๐๔๔๓๑	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๔๔๓๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะโลหิตจางและตกเลือดหลังคลอด				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”			สุน		

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะโลหิตจางและตกเลือดหลังคลอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2566 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องคลอด 11 ชั่วโมง 25 นาที รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 3 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ (วรรณพร คำพาลา, 2565)

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีฮีโมโกลบิน (Hb) ต่ำกว่า 11 g/dl หรือฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่า 33 vol% หรือมี Hb หรือ Hct ต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ คือ ในไตรมาสที่หนึ่งและสาม Hb ต่ำกว่า 11 g/dl Hct ต่ำกว่า 33 vol% และ Hb ต่ำกว่า 10.5 g/dl Hct ต่ำกว่า 32 vol% ในไตรมาสที่สองสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) สาเหตุจากการสร้างไม่พอ ได้แก่ การขาดสารอาหาร ที่สำคัญ คือ ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 ความผิดปกติของไขกระดูก (Aplastic anemia) กัดการทำงานของไขกระดูก ระดับ erythropoietin ต่ำ ภาวะพร่องไทรอยด์ (Hypothyroidism) 2) สาเหตุจากการทำลายเม็ดเลือดมากเกินไป ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม: ธาลัสซีเมีย sickle cell anemia autoimmune hemolytic anemia, SLE, thrombocytopenic purpura, hemolytic uremic syndrome การติดเชื้อ การตกเลือดก่อนคลอด รวมถึงการเสียเลือดเรื้อรัง

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์รวมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายขาดธาตุเหล็กในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางก็จะเป็นมากขึ้น ดังนั้นพยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก ร่วมกับการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยาและการรับประทานวิตามินรวมและแร่ธาตุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

พยาธิสภาพ (วรรณพร คำพาลา, 2565)

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต กล่าวคือ จะมีการสร้างปริมาณของ น้ำเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการขนส่งอาหารไปเลี้ยงทารกและรก แต่ปริมาณของเม็ดเลือดแดงจะมีการเพิ่มปริมาณไม่มากเท่ากับปริมาณของน้ำเลือด จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจางได้ ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบหนึ่งของเม็ดเลือดแดง โดยปกติธาตุเหล็กอยู่ในร่างกายได้ 3 รูปแบบ คือ จับกับ Transferrin (Transport form), Ferritin (Storage form) และฮีม (Heme) เหล็กที่จะนำไปสร้างฮีโมโกลบินจะรวมอยู่กับ Transferrin ถ้าจำนวนโมเลกุลของ Transferrin มีปริมาณต่ำกว่าร้อยละ 15 การสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกจะลดลง เม็ดเลือดแดงที่ถูกสร้างขึ้นมาจะมีขนาดเล็ก และมีสีจางลง จึงทำให้เกิดโรคโลหิตจาง

สาเหตุ (วรรณพร คำพาลา, 2565)

การขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์สามารถแบ่งได้ 3 สาเหตุ ดังนี้

1. ความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น ในสตรีตั้งครรภ์พบว่าต้องการธาตุเหล็ก 1,200 มิลลิกรัม ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และการสร้างเนื้อเยื่อของรกมีความต้องการธาตุเหล็ก 300 - 350 มิลลิกรัม เพื่อใช้ในการเจริญเติบโต
2. การสูญเสียเลือดเป็นระยะเวลานาน เช่น มีพยาธิปากขอในลำไส้ โรคกระเพาะอาหาร และริดสีดวงทวารและการมีประจำเดือน
3. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อยและการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อย

อาการและอาการแสดง

1. อ่อนเพลีย
2. หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
3. เหนื่อยง่าย อ่อนแรง
4. เปลือกตาซีด ลิ้นลิ้น ลิ้นซีด เล็บซีด แผลมุมปาก

ผลกระทบของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ดังนี้

1. ผลกระทบของมารดา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 3.46 เท่า และเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้มากกว่า 1.99 เท่า ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ไหลเวียนในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีปริมาณน้อย ส่งผลให้หลอดเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้รกเสื่อม มารดาจึงเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะแท้ง และเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง ตกลูกหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด และการติดเชื้ออีกด้วย

2. ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ โดยเกิดจากการขาดธาตุเหล็กบนเม็ดเลือดแดงทำให้เม็ดเลือดแดงมีจำนวนน้อย ส่งผลต่อการจับและลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ในปริมาณน้อย มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัย

1. การตรวจร่างกาย พบอาการและอาการแสดง ได้แก่ อ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยง่าย อ่อนแรง เปลือกตาซีด ริมฝีปากซีด ลิ้นลิ้น ลิ้นซีด เล็บซีด แผลมุมปาก และบางรายพบกลิ่นลำบาก

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตรวจความเข้มข้นของเลือดครั้งพบการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง ดังนี้

2.1 ฮีโมโกลบิน (Hb) หรือ ฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ หรือ Hb ต่ำกว่า 11g/dL Hct ต่ำกว่า 33%

2.2 ค่า MCV (Mean corpuscular volume) ต่ำกว่า 80 fL

การรักษา

1. ให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน วันละ 200 mg โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้งรับประทานทุก
2. ติดตามค่า Hb หลังการรักษา 4 สัปดาห์ หากการรักษาได้ผล Hb ควรสูงขึ้นเกิน 1 g/dL และให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่ออีก 60 วัน แล้วจึงลดขนาดการให้เป็น 60 mg เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กซ้ำ

3. หากรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กแล้วไม่ได้ผล แสดงว่าอาจจะเป็นภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นให้ดยาเสริมธาตุเหล็ก และค้นหาสาเหตุอื่น เช่น ความถูกต้องของรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และภาวะการเสียเลือดเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น

4. การให้เลือด (Blood transfusion)

4.1 ในช่วงตั้งครรภ์ ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้เลือด ยกเว้นมีภาวะซีดรุนแรง Hb < 6 g/dL ซึ่งพบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารก ทำให้รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกไม่พบการเปลี่ยนแปลง (Non reassuring fetal heart rate patterns) น้ำคั่งในช่องท้อง fetal cerebral vasodilatation และเกิดเสียชีวิตในครรภ์ได้ จึงอาจเป็น ข้อบ่งชี้ในการให้เลือด

4.2 ในช่วงคลอดหรือหลังคลอดมีการเสียเลือดมาก เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว

5. การให้เหล็กทางเส้นเลือด ให้ในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทางปากได้ (Tolerate oral iron) หรือรับประทานอาหารได้น้อย มีปัญหาการดูดซึม หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคไตต้องรักษาด้วยการฟอกไต (Dialysis) เป็นต้น ซึ่งมีความปลอดภัยและจะเพิ่มระดับ Hb ได้เร็วกว่ารูปแบบรับประทานในช่วงสัปดาห์แรก แต่หลัง 40 วันพบว่าผลไม่แตกต่างกัน ในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ Ferrous sucrose และ iron dextran (ร้อยละ 1 เกิดอาการแพ้หลังได้ Iron dextran)

การพยาบาล (วรรณพร คำพาลา, 2565)

1. คัดกรองความเสี่ยง จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์

2. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่

2.1 รับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานหลังอาหาร 30 นาที หรือ รับประทานพร้อมอาหาร ถ้าหายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เป็นผลข้างเคียงของการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ให้ปรับเวลาเป็นก่อนอาหารหรือก่อนนอน

2.2 ไม่ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับแคลเซียมคาร์บอเนต เนื่องจากมีความเป็นกรดลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก (แยกเข้า-เย็น-ก่อนนอน) ถ้ารับประทาน Ferrous 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหารจำนวน 1 เม็ดและควรกินแคลเซียมคาร์บอเนตก่อนนอน

2.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานพร้อมอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นม ผลิตภัณฑ์ของนม น้ำชา กาแฟ ไข่แดง เส้นใยมาก ข้าวโพด ลูกเดือย เม็ดแมงลัก เป็นต้น

2.4 รับประทานยาบำรุงเลือด (Ferrous) ทุกวัน จนกระทั่งคลอดและกินต่อหลังคลอดอีก 6 เดือน

3. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ เลือด ตับ ปลา กุ้ง หอย ไข่แดง ผักที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว มะเขือพวง ผลไม้ที่มีวิตามินซี เป็นต้น ผลไม้ที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ฝรั่ง และส้ม เป็นต้น รับประทานผัก ผลไม้สด โดยเฉพาะที่มีวิตามินซี และएसสูง และการดื่มน้ำชา กาแฟ นมวัว หรือนมถั่วเหลืองไม่ควรดื่มพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที ควรดื่มหลังกินยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

ตกเลือดหลังคลอด (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2562)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage [PPH]) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกของการตายของมารดาหลังคลอดทั่วโลก (World Health Organization, 2009) โดยทั่วไปเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การที่มารดาหลังคลอดมีเลือดออกหลังคลอดบุตรทางช่องคลอดแล้วในปริมาณที่มากกว่า 500 มิลลิลิตรหรือร้อยละ 1 ของน้ำหนัkmารดาหลังคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรในรายที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (early or immediate or primary postpartum hemorrhage) เกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยรวมระยะที่สามของการคลอดด้วย ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่สำคัญ ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี หนทางคลอดฉีกขาด รกค้างและความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งอาจย่อเพื่อให้จำได้ง่ายด้วยตัวย่อ 4T คือ Tone, Trauma, Tissue, และ Thrombin

2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (late or secondary postpartum hemorrhage) เกิดหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลังที่สำคัญ ได้แก่

2.1 เศษรกหรือเยื่อหุ้มเด็กค้าง ซึ่งอาจเป็นชิ้นส่วนของเศษเนื้อรก หรือรกน้อย หรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูก พบได้บ่อยมาก ส่วนใหญ่แล้วจะมีการเลือดออกภายหลังคลอดประมาณ 1 สัปดาห์

2.2 มดลูกเข้าอู่ช้า (subinvolution) ซึ่งอาจมีอาการอักเสบของเยื่อบุภายในโพรงมดลูกร่วมด้วย อาการส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลังคลอดเลย 5 สัปดาห์ไปแล้ว

2.3 ภาวะติดเชื้ในโพรงมดลูก

2.4 เลือดออกจากแผลในทางคลอด เกิดขึ้นได้จากการอักเสบติดเชื้อทำให้ลูกลามออกไปจนหลุด เลือดบริเวณดังกล่าวเปิดออก ส่วนมากเกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด

2.5 สาเหตุอื่น ๆ เช่น ครรภ์ไข่ปลาอุก เนื้องอกของตัวมดลูก เป็นต้น

อาการและอาการแสดง (สุสันหา ยัมแย้ม, 2562)

อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับสาเหตุ ปริมาณ และระยะเวลาในการเสียเลือดสุขภาพของมารดา หลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งมีการและอาการแสดงดังนี้

1. มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งลักษณะอาจแตกต่างกันตามสาเหตุ

1.1 การมดลูกหดตัวไม่ดี เลือดที่ออกจะเป็นสีคล้ำและมีลิ่มเลือดปน

1.2 การมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด เลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสด และหากมีการฉีกขาดของ หลอดเลือดฝอย เลือดจะไหลซึมออกมาเรื่อยๆ และถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงเลือดฝอย เลือด จะพุ่งแรงตามจังหวะของชีพจร และไหลไม่หยุดแม้ว่ามดลูกจะหดตัวแข็ง

1.3 การมีเศษรกค้าง ถ้าเศษรกขนาดใหญ่จะเกิดการตกเลือดทันทีจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ถ้า เศษรกขนาดเล็กจะเกิดการตกเลือดในช่วง 6-10 วันหลังคลอด ซึ่งเลือดเป็นสีแดงคล้ำ

1.4 การเปลี่ยนของมดลูก จะพบว่ามดลูกมีเลือดไหลพุ่งออกมาให้เห็นเป็นจำนวนมาก และอาจมีลิ่ม เลือดสีแดงคล้ำปนออกมาด้วย

1.5 การมีเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (hematoma) และมีแรงกดอย่างรุนแรงใน 12 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด ถ้ามีอาการบวมเลือด ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแตกและเลือดเข้าไปขังอยู่ข้างใต้ผิวหนังของเยื่อ บุช่องคลอดหรืออวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะพบว่า ผิวหนังมีอาการบวมแดงออกสีม่วงคล้ำหรือสีดำคล้ำ เจ็บปวด อย่างรุนแรงโดยไม่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บการคลอด

2. มดลูกหดตัวไม่ดี โดยจะคลำพบระดับมดลูกอยู่สูงและขนาดโตขึ้น อาจสูงถึงระดับสะดือหรือ เหนือสะดือได้ เมื่อคลำมดลูกจะมีก้อนเลือดและเลือดสดจำนวนมากออกจากช่องคลอด

3. ลักษณะน้ำคาวปลา การที่มีการติดเชื้ในโพรงมดลูก น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น มีสีแดงคล้ำหรือสี น้ำตาลเป็นเวลานาน และมีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น

4. อาการปวดท้องน้อย กรณีมดลูกปลิ้นจะมีอาการปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง รู้สึกอึดอัดในอุ้งเชิง กราน หรือมีก้อนจุกอยู่ที่ช่องคลอด ถ้าไหลออกมาภายนอกช่องคลอดจะสังเกตได้

พยาธิสรีรภาพ (สุสันหา ยัมแย้ม, 2562)

การตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง จะทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เกิดภาวะ hypovolemia จะมีผลกระทบต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้การขับปัสสาวะลดลง หากขาดเลือดไปเลี้ยงไตเป็น เวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะไตล้มเหลวได้ (renal shutdown) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดหรือ สารน้ำ เช่น blood group incompatibility ปอดบวมน้ำ เป็นต้น ถ้าช็อกนาน ๆ จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของ ร่างกายขาดออกซิเจน โดยเฉพาะที่สมอง ทำให้ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะเหล่านั้นเสียไป หรือทำงานน้อยลง ฮอร์โมนต่าง ๆ ก็จะลดน้อยลงจะมีอาการของการทำงานของต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์และ การทำงานของต่อมเพศต่ำลง ทำให้เกิดกลุ่มอาการนี้เรียกว่า Sheehan's syndrome ซึ่งมีลักษณะคือ น้ำนมไม่ ไหล เต้านมมีขนาดเล็กลงไม่มีขนบริเวณอวัยวะเพศและรักแร้ อวัยวะสืบพันธุ์ฝ่อ อาจไม่มีประจำเดือนเลย ดังนั้น มารดาหลังคลอดที่เสียเลือดเป็นจำนวนมากแล้วมีผลกระทบต่อการสร้างน้ำนมลดน้อยลง ทำให้ล้มเหลวในการ เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหลังคลอด

กรณีที่มีการตกเลือดจากการฉีกขาดของหนทางคลอดและการฉีกขาดใกล้บริเวณบริเวณท่อน ปัสสาวะ ทำให้ท่อนปัสสาวะบวม มารดาหลังคลอดอาจถ่ายปัสสาวะลำบากหรือถ่ายปัสสาวะไม่ได้และเมื่อกระเพาะปัสสาวะ

เต็มอาจขัดขวางการหดตัวของมดลูกทำให้เสี่ยงต่อการตกเลือดซ้ำได้ การเสียเลือดจำนวนมากและเป็นระยะยาวนาน เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ส่งผลกระทบ ต่อกลไกการต่อต้านเชื้อโรค ทำให้มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย การที่มารดาหลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนอาจต้องใช้เวลาในการพักฟื้นนานกว่าปกติ ย่อมมีผลให้ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาหรือสร้างความผูกพันกับบุตรได้ทันทีหลังคลอด ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุตรในระยะหลังคลอด ล่าช้ากว่าสตรีที่มีการคลอดปกติ กรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการตกเลือดได้ ต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกทำให้มีการสูญเสียอวัยวะสำคัญของความเป็นหญิง เกิดความรู้สึกต่อภาพลักษณ์และคุณค่าของตนเองไปในทางลบ

การประเมินและวินิจฉัย (สุสันหา ยัมแย้ม, 2562)

การประเมินและการวินิจฉัยหาสาเหตุของการตกเลือดเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทัน่วงที่เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจาก

1. การซักประวัติ เพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการซักประวัติ การมีเลือดออกผิดปกติ มีภาวะโลหิตจาง ประวัติโรคเลือด ครรภ์แฝด แผลน้ำ ทารกตัวโต การคลอดยากการแท้ง การขูดมดลูก การผ่าตัดมดลูก การตกเลือดในครรภ์ก่อน

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

2.1 คาดคะเนปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดภายหลังทารกคลอด

2.2 สังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น รู้สึกกระหายน้ำ และมีอาการหนาวเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้ามีอาการ รุนแรงอาจช็อก ไม่รู้สึกตัว

2.3 ตรวจการหดตัวของมดลูกโดยมือคลำทางหน้าท้อง การนิยัตของช่องคลอด และตรวจดูรกที่คลอดหรือใช้มือตรวจในโพรงมดลูกเพื่อตรวจหาบางส่วนของรกที่อาจค้างอยู่

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติในการแข็งตัวเป็นลิ่มของเลือด และตรวจหาภาวะโลหิตจาง เช่น CBC, platelets count, thrombin time, prothrombin time, partial thromboplastin time, fibrinogen concentration เป็นต้น

แนวทางการรักษา

ขั้นตอนที่ 1: การประเมินและรักษาขั้นต้น

1. การกู้ชีพเบื้องต้น

1.1 เปิดหลอดเลือดด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ อย่างน้อยเบอร์ 18 และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.2 ให้ออกซิเจน

1.3 ตรวจสอบและติดตามสัญญาณชีพ

1.4 ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจสอบและติดตามปริมาณปัสสาวะ

2. การประเมินสาเหตุ (4TS) ที่อาจทำให้เกิดการตกเลือด ได้แก่ ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก (tone) รก (tissue) การบาดเจ็บของช่องทางคลอดและเยื่อหุ้มมดลูกแตก (trauma) และการแข็งตัวของเลือด (thrombin)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC การแข็งตัวของเลือด และหมู่เลือด/จองเลือด

ขั้นตอนที่ 2: การดูแลรักษาตามสาเหตุหลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือการดูแลตามสาเหตุของการตกเลือด ดังนี้

1. รกไม่คลอด/คลอดไม่หมด (Tissue)

1.1 ล้างรก

1.2 ขูดมดลูก กรณีรกคลอดยังไม่ครบ ทำด้วยความระมัดระวัง แนะนำให้ใช้เครื่องมือขูดมดลูกตัวใหญ่ (หรืออาจใช้ด้วยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่ามียันเนื้อค้าง)

2. การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone)

2.1 นวดคลึงมดลูก

2.2 ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก โดยแนะนำ oxytocin เป็นลำดับแรก และ/หรือ methylergonovine ภายหลังจากได้รับยาควรประเมินการตอบสนองโดยเร็ว ถ้าไม่ได้ผลอาจให้ยากลุ่ม prostaglandin

2.3 Bimanual compression ซึ่งเป็นการใช้มือกดที่มดลูก ทำโดยกำมือข้างหนึ่งกดคลึงมดลูกทางหน้าท้อง ให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง อาจจะต้องทำเป็นเวลานาน จนกว่ามดลูกจะแข็งตัว วิธีนี้บริเวณที่รกเกาะจะถูกกดอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง และกดลงบนรูเปิดหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลน้อยลง

3. บาดเจ็บช่องท้องคลอด/มดลูกปลิ้น (Trauma)

3.1 เย็บซ่อมตำแหน่งฉีกขาด อาจต้องดมยาสลบและเย็บทางช่องคลอด แต่กรณีฉีกขาดสูงถึง broad ligament จะต้องเปิดเย็บทางหน้าท้อง หลังการเย็บซ่อมแซม อาจใช้ผ้าก๊อชกดอัดบริเวณรอยเย็บให้แน่น และควรเอาออกเมื่อครบ 24-48 ชั่วโมง เพราะปล่อยทิ้งไว้นาน อาจเกิดการติดเชื้อได้ และควรใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

3.2 มดลูกแตก มักจะต้องตัดมดลูก แต่อาจพิจารณาเย็บซ่อมในแต่ละราย

3.3 ใส่มดลูกกลับคืน กรณีมดลูกปลิ้น

3.4 กรณีที่มีการบวมเลือด (hematoma) ขนาดใหญ่ ต้องผ่าซูดเพื่อเอาก้อนเลือดออกหาตำแหน่งของหลอดเลือดที่ฉีกขาด และเย็บซ่อมแซมใหม่ รวมทั้งอาจให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยาปฏิชีวนะ

4. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin)

4.1 แก๊ซ/ให้ออกซิเจนประกอบเลือดทดแทน

4.2 ปรีกษาอายุรแพทย์

ขั้นตอนที่ 3: กรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น

1. ขอความช่วยเหลือ

1.1 แพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์/วิสัญญีแพทย์

1.2 ส่งตัวมารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ (มีการประสานงานกับฝ่ายรับ) แพทย์ควรไปพร้อมมารดาหลังคลอดและปฏิบัติการกู้ชีพ

2. ใช้มาตรการลดการมีเลือดออกระหว่างการส่งตัว

2.1 ดูแลแบบผู้ป่วยหนัก

2.2 ควบคุมความดันโลหิตและการแข็งตัวของเลือด

2.3 ให้เลือด/น้ำเกลือ/องค์ประกอบเลือด

3. วิธีการหยุดเลือด

3.1 ควบคุมเลือดออกเฉพาะที่ (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

3.1.1 เย็บผูกหลอดเลือดมดลูก / อาจร่วมกับเย็บผูกเส้นเลือดรังไข่ (แนะนำ)

3.1.2 B-Lynch sutures (ทางเลือก)

3.1.3 Uterine tamponade / embolization (ทางเลือก)

3.1.4 เย็บผูกเส้นเลือดแดง internal iliac arteries (เฉพาะผู้มีประสบการณ์สูง)

3.1.5 Recombinant Factor VIIIa (ทางเลือก: ข้อมูลยังมีน้อย และราคาแพงมาก)

3.2 ตัดมดลูก (total/subtotal) กรณีมีบุตรพอแล้ว หรือข้อ 3.1 ไม่ได้ผล หรือรกรกติด

ขั้นตอนที่ 4: เลือดไม่หยุดหลังตัดมดลูก

แนะนำ abdominal packing เป็นการอัดผ้าก๊อชแน่นในช่องท้องเพื่อห้ามเลือดแล้วเอาออกภายหลัง (เอาออกภายใน 24 ชั่วโมงหลังแก้ไขการแข็งตัวของเลือดดีขึ้นแล้ว) ซึ่งมีหลายเทคนิค เช่น umbrella packing โดยใช้ผ้าก๊อชผูกกันยาวพับเป็นระเบียบในถุงพลาสติกปลอดเชื้อ อัดแน่นในอุ้งเชิงกรานโดยให้ปลายถุงพลาสติกยื่นเป็นด้ามรุ่มผ่านออกทางช่องคลอดและถ่วงน้ำหนักที่ปลายถุงพลาสติกด้วยถุงน้ำเกลือ 1 ลิตร ดึงด้าน pelvic floor เมื่อเลือดหยุดแล้วค่อยเปิดถุงดึงผ้า ก๊อชออกจากถุงผ่านทางช่องคลอด โดยไม่ต้องผ่าหน้าท้อง

การพยาบาล

การพยาบาลสตรีที่ภาวะตกเลือดหลังคลอดควรครอบคลุมเกี่ยวกับการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ขณะที่มีการตกเลือดหลังคลอด และการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เพราะสาเหตุส่วนใหญ่ป้องกันได้

1.1 ระยะตั้งครรภ์

1.1.1 ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และให้ความระวังหรือตระหนัก เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวโตมาก เคยผ่าตัดคลอด

1.1.2 แก้ไขปัญหาความเข้มข้นของเลือด เช่น เม็ดเลือดต่ำ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงยิ่งขึ้นเมื่อมีการเสียเลือด ควรแก้ปัญหาภาวะซีดจากสาเหตุต่าง ๆ หรือ แก้ปัญหาเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น หากพบว่ามีการะคายหรือขาดสารอาหาร ต้องหาสาเหตุและให้การดูแลรักษาก่อนคลอด แนะนำให้รับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนรักษา

1.2 ระยะคลอด

1.2.1 หลีกเลี่ยงหรือช่วยปรับลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยง เช่น การคลอดยาวนาน การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกนาน ๆ เป็นต้น ดังนั้นควรระมัดระวังไม่ให้ระยะเจ็บครรภ์และคลอดนานเกิน 24 ชั่วโมงและระมัดระวังการได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดมากเกินไป เพราะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี

1.2.2 เตรียมพร้อมเป็นพิเศษในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง (มีบุคลิกภาพสุขภาพ ฐานะการเงิน)

1.2.3 ในมารดาที่มีความเสี่ยงสูง ควรตรวจอาหารและน้ำทางปาก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือดตรวจหาความเข้มข้นของเลือดหรือปริมาณเลือดของผู้คลอด

1.2.4 ทำคลอดในระยะที่สองและสามของการคลอดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่บีบเคลื่อนหรือคลึงมดลูกก่อนรกลอกตัว เพราะอาจทำให้รกลอกตัวผิดปกติและรค่างได้ และเมื่อตรวจพบว่ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้วควรทำคลอดรกทันทีโดยเร็ว

1.2.5 ดูแลแบบ Active Management of Third Stage of Labor (AMTSL) โดย

1) ดูแลให้ได้รับให้ oxytocin หลังคลอดไหล่หน้า (หรือหลังคลอดเด็ก) ทางหลอดเลือดดำ 100-150 มล./ชม. ในน้ำเกลือ 10-20 ยูนิท/ลิตร หรือ ให้ ergometrine/methylexergometrine 0.2 mg. ฉีดให้ทางหลอดเลือดดำหรือทางกล้ามเนื้อ และให้ oxytocin ต่อในช่วงหลังคลอดอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง

2) Controlled cord traction โดย clamp สายสะดือใกล้ฝีเย็บโดยใช้ sponge forceps วางมืออีกข้างเหนือกระดูกหัวหน้า และ stabilize มดลูกโดยดันมดลูกไม่ให้เคลื่อนลงมากองสายสะดือให้ตึงเล็กน้อย รอนมดลูกหดตัวดีแล้วดึงสายสะดือลงอย่างนุ่มนวล แบบ counter-action (เช่น Brant- Andrews maneuver) เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น พยายามให้มารดาหลังคลอดเบ่งขณะ ดึงด้วย ถ้ารกไม่เคลื่อนตามขณะดึง 30-40 วินาที ให้หยุดไว้ก่อน รอทำใหม่ในการหดตัวครั้งต่อไป

3) หลังรกลคลอด ควรตรวจรกให้สมบูรณ์

4) หลังคลอดรก คลึงมดลูกและประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก และนวดซ้ำตามความจำเป็น

5) ตรวจสอบช่องทางคลอด (โดยเฉพาะในรายใช้หัตถการช่วยคลอด)

1.3 ระยะหลังคลอด

1.3.1 ในรายที่ให้ oxytocin เมื่อทารกคลอดแล้วควรให้ต่อไปอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

1.3.2 ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ควรดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะเป็นระยะที่เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มากที่สุด โดยสังเกตการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด และวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที

1.3.3 ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะระวังไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม ซึ่งจะขัดขวางการหดตัวของมดลูกและทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้

1.3.4 แนะนำมารดาหลังคลอดหลังคลอดให้ตรวจดูการหดตัวของมดลูกหากมดลูกนุ่มต้องสอนวิธีคลึงมดลูก จนกระทั่งมดลูกหดตัวแข็งจึงหยุดคลึง แต่ต้องระวังไม่ต้องคลึงตลอดเวลา

1.3.5 ตรวจการบวมเลือดของอวัยวะสืบพันธุ์หลังคลอด ปกติบริเวณบวมเลือดจะแข็ง เวลาสัมผัสจะรู้สึกเจ็บปวดมาก การป้องกันการบวมเลือดโดยวางกระเป๋าน้ำแข็งที่ฝึ่เย็บในชั่วโมงแรกหลังคลอด

2. การพยาบาลขณะที่มีการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก ดังนี้

2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว

2.2 บันทึกชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาทีจนกว่าจะอยู่ในระดับปกติ

2.3 งดน้ำและอาหารทางปาก

2.4 จัดให้อนหงายราบ ไม่หนุนหมอน อาจให้อนตะแคงเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

2.5 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทาง nasal cannula 4-5 ลิตร/นาที

2.6 ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

2.7 บันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด การขับถ่ายปัสสาวะ และปริมาณน้ำเข้าและขับออกเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อกและภาวะขาดน้ำ ตลอดจนการทำหน้าที่ของไต ในกรณีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดอย่างรุนแรงและเกิดภาวะช็อก ควรบันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง จนถ่ายปัสสาวะปกติ ซึ่งไม่ควรน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

2.8 ให้สารน้ำหรือให้เลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและควรสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากให้เลือด เช่น มีอาการแพ้ หนาวสั่น เป็นต้น

2.9 ช่วยแก้ไขและให้การดูแลตามสาเหตุ ดังนี้

2.9.1 กรณีมดลูกหดตัวไม่ดีและรียังไม่คลอด

1) สวนปัสสาวะออกให้หมด

2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา

3) เจาะเลือดและเตรียมเลือดไว้ตามแผนการรักษา

4) เมื่อรกลอกตัวสมบูรณ์แล้ว ทำคลอดรกอย่างถูกวิธี และตรวจรกเพื่อประเมินเศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูก ถ้ารกไม่คลอดภายใน 30 นาที รายงานแพทย์และ ช่วยแพทย์ทำคลอดรกหรือล้วงรกถ้าเลือดไหลไม่หยุดและล้วงรกไม่ออก อาจเนื่องจากรกฝังตัวลึก ผิดปกติ ต้องเตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อทำการผ่าตัดมดลูกตามแผนการรักษาโดยด่วน

2.9.2 กรณีมดลูกหดตัวไม่ดีและรียังคลอดแล้วค้างอยู่ในมดลูกออกให้หมด

1) คลึงมดลูกเบาๆ เมื่อมดลูกแข็งตัวดีให้กดยอดมดลูกเพื่อไล่ก้อนเลือด

2) สวนปัสสาวะออกให้หมด ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา รวมทั้งเจาะเลือดและจ้องเลือดเตรียมไว้ตามแผนการรักษา

3) ถ้าเลือดไหลไม่หยุดทำ bimanual uterine compression โดยจัดให้มารดาหลังคลอดนอนหงายชันเข้าหรือพาดเท้าบนขาหยั่ง (lithotomy) กำมือข้างหนึ่งสอดเข้าไปในช่องคลอดบริเวณ anterior fornix กดที่ผนังด้านหน้าของมดลูก และมืออีกข้างหนึ่งกดคลึงมดลูกทางหน้าท้องให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง อาจจะต้องทำเป็นเวลานานจนกว่ามดลูกจะแข็งตัว

4) หากมดลูกไม่หดตัวหรือไม่สามารถยับยั้งภาวะตกเลือดได้ ต้องเตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อทำการผ่าตัดมดลูกตามแผนการรักษาโดยด่วน

2.9.3 กรณีตกเลือดจากการฉีกขาดของหนทางคลอดและมดลูก

1) เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้เพื่อตรวจสอบสภาพของช่องทางคลอดและปากมดลูก

2) ตรวจหารอยฉีกขาดและเย็บรอยฉีกขาดเหล่านั้นจนเลือดหยุด หลังเย็บเสร็จต้องตรวจสอบการมีเลือดคั่งในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง หากพบต้องทำการเย็บใหม่

3) กรณีการบวมเลือดมีขนาดเล็กควรรักษาความสะอาด ประคบด้วยความเย็นเพื่อลดอาการบวมและช่วยให้รู้สึกสบายขึ้น ส่วนการบวมเลือดที่มีขนาดใหญ่จำเป็นต้องผ่าตัด ต้องเตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อการผ่าตัด โดยแพทย์จะดมยาและผ่าบริเวณที่มีการคั่งของเลือดเพื่อระบายเลือดออกแล้วผูกหลอดเลือดเย็บปิดหรือบางรายอาจใส่ท่อระบายไว้ ส่วนรายที่มีการคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกรานจำนวนมาก อาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดทางหน้าท้อง

4) กรณีที่มีการฉีกขาดของมดลูกต้องเตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อทำการผ่าตัดทางหน้าท้องเย็บมดลูกที่ฉีกขาดหากฉีกขาดมากไม่สามารถยับยั้งภาวะตกเลือดได้ต้องผ่าตัดมดลูกเตรียมมารดาหลังคลอดให้พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัด

2.9.4 กรณีที่มีเศษรกค้างหรือเยื่อหุ้มเด็กค้างในโพรงมดลูก

1) เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้เพื่อขูดมดลูก

2) ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามการรักษา

2.9.5 กรณีตกเลือดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

1) เตรียมยาและเลือดให้พร้อมที่จะใช้ได้ เช่น heparin, antifibrinolytic agent, fibrinogen, fresh whole blood เป็นต้น

2) ดูแลให้ได้รับเลือดและยาตามแผนการรักษา

3) เตรียมมารดาหลังคลอดสำหรับการตรวจ เช่น เจาะเลือด พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 31 ปี มารดา ครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 4 วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง 2 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ผลเลือดมีภาวะซีด ความเข้มข้นเลือด 28 เปอร์เซนต์ ไม่พบการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการคลอด ครรภ์แรกคลอดปกติ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เลือด ครรภ์ที่สองคลอดปกติมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รับเลือด ทารกเป็น Dow's syndrome เสียชีวิตตอนอายุ 6 เดือน มารับการรักษาเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 เวลา 10.20 น. ด้วยอาการ ไม่เจ็บครรภ์แพทย์นัดมาเพื่อ Induction ด้วยยา Misoprostol 200 mcg. 1/8 tab vaginal suppo แรกวันที่ห้องคลอดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/59 มิลลิเมตรปรอท ตรวจระดับยดมดลูก 33 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารก 132 ครั้งต่อนาที ตรวจปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 50 เปอร์เซนต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับต่ำกว่า Ischial Spin (-2) ยังคงมีถุงน้ำคร่ำ No uterine contraction ใน 10 นาที ตรวจคัดกรองโควิดผลปกติ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetate Ringer solution 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจ CBC GM จอ LPRC 1 ยูนิต ติดเครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ผลความเข้มข้นเลือดได้ 29 เปอร์เซนต์ เวลา 11.30 น. ให้น้ำยา Misoprostol 200 mcg. 1/8 tab vaginal suppo เวลา 13.30 น. ติดเครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ 2 ชั่วโมงหลังให้น้ำยา ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เวลา 17.00 น. มารดาเริ่มเจ็บครรภ์ uterine contraction 3 ครั้ง ใน 10 นาที Duration 35 วินาที severity 2+ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 50 เปอร์เซนต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับต่ำกว่า Ischial Spin (-2) ยังคงมีถุงน้ำคร่ำ มี Bloody show เสียงหัวใจทารก 150 ครั้งต่อนาที เวลา 18.00 น. มารดาเจ็บถี่ขึ้น uterine contraction 3 ครั้ง /10 นาที Duration 35 วินาที severity 2+ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 80 เปอร์เซนต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับต่ำกว่า Ischial Spin (-1) ถุงน้ำคร่ำแตก เสียงหัวใจทารก 136 ครั้งต่อนาที เวลา 19.20 น. มารดามีลมเบ่งตรวจภายในปากมดลูกเปิดหมด ความบางของมดลูก 100 เปอร์เซนต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับต่ำกว่า Ischial Spin (0) น้ำคร่ำแตก เสียงหัวใจทารก 132 ครั้งต่อนาที ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด มารดาคลอดเวลา 19.24 น. ตัดสายสะดือเวลา 19.25 น. ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด 3,456 กรัม APGAR Score 1 นาที 9 คะแนน (หักสีผิว) 5 นาที 10 คะแนน 10 นาที 10 คะแนน เวลา 19.50 น. ผสมยา Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน สารละลาย Acetate Ringer solution 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รกคลอดเวลา 19.56 น. คลอดรกโดยวิธี Control Cord traction น้ำหนักรก 700 กรัม สายสะดือยาว 60 เซนติเมตรมีแผล second tear suture continious หลังรกคลอดตรวจ Blood loss ได้ 1,000 มิลลิลิตร วัดความดันโลหิต 120/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที Monitor สัญญาณชีพทุก 15 นาที เจาะเลือด CBC PT PTT INR BUN Cr จอเลือดเพิ่มอีก 1 ยูนิต รายงานสูติแพทย์ มีคำสั่งให้ load Acetate Ringer solution 500 มิลลิลิตร หลังจากนั้นให้อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 20.02 น. สูติแพทย์มาเย็บแผลฝีเย็บให้คลอดไม่พบเศษรกค้าง ให้ยา Methergine 1 amp เข้าทางหลอดเลือดดำ Retain Foley's catheter ให้น้ำยา Misoprostol 200 mcg. 4 tab ทางทวารหนักวัดความดันโลหิต 125/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที เตรียมใส่ Double condomballoon เวลา 20.15 น. สูติแพทย์ใส่ Double condomballoon Monitor สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 121/72 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที เจาะ DTX ได้ 128 mg% เวลา 21.10 น. ผล HCT ได้ 27 % มีเลือดออกเพิ่มอีก 300 มิลลิลิตร รายงานสูติแพทย์ ให้ LPRC 1 ยูนิต มดลูกแข็งตัวดี มารดามีอาการเวียนศีรษะหน้ามืดเล็กน้อย เวลา 21.30 น. ให้ LPRC ยูนิตที่ 1 ความดันโลหิต 124/78 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที เวลา 21.45 น. ประเมินอาการหลังคลอด 2 ชั่วโมง น้ำนม

ยังไม่ไหล แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma มี Blood loss เพิ่ม 50 มิลลิลิตร total blood loss 1,350 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 300 มิลลิลิตร สีเหลืองใสวัดความดันโลหิต 110/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อน ขณะ และหลังการทำหัตถการ คือ 1) มีภาวะช็อค 2) ไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว 3) ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกมีการหดตัวแรงมากขึ้น 4) เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 5) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก ย้ายมารดาหลังคลอด ดูแลให้มารดาอนอนพัก วันที่ 27 ธันวาคม 2566 เวลา 06.00 น. ติดตามอาการมารดาหลังคลอด มารดาอ่อนเพลีย ไม่มีอาการเวียนศีรษะ นานมออกซิมๆ แผลฝีเย็บไม่บวมปวดแผลพอทนได้ มดลูกหดตัวดี ใส่ Double condballoon Retain Foley's catheter ไว้เจาะ HCT ได้ 26.8 % Blood loss ออกเพิ่ม 90 มิลลิลิตร เวลา 09.15 น. สูติแพทย์มาเยี่ยมมีคำสั่งให้ LPRC อีก 1 ยูนิต วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 103/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เวลา 18.00 น. แพทย์มีคำสั่ง off Double condballoon และ Foley's catheter เจาะ HCT หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมงได้ 30 % มารดาแจ้งต้องการทำหมันหลังคลอดเตรียมส่งมารดาทำหมัน แนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด วัดอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 122/77 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วันที่ 28 ธันวาคม 2566 ส่งมารดาไปทำหมันเวลา 10.30 น. ส่งมารดาห้องผ่าตัดเพื่อทำหมันหลังคลอด เวลา 11.30 น. หลังผ่าตัดทำหมันมารดาปวดแผลให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด นานมไหลเริ่มไหลมากขึ้นให้นมบุตรได้ วันที่ 29 ธันวาคม 2566 แพทย์จำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ให้ยากลับบ้านดังนี้

1. Paracetamol (500 mg) รับประทาน 1 เม็ด เวลาเมื่อใช้หรือปวดแผล
2. Ferrous Fumarate 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าและเย็น

รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในห้องคลอด 11 ชั่วโมง 25 นาที และนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะโลหิตจางและตกเลือดหลังคลอด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะโลหิตจางและตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2567 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องคลอด 11 ชั่วโมง 25 นาที

เชิงคุณภาพ

มารดามีภาวะโลหิตจางและตกเลือดหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อค แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma ปวดแผลพอนได้ ไม่มีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ น้ำนมมารดาเริ่มไหลสามารถเลี้ยงบุตรได้ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ในงานการพยาบาลผู้คลอด

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่ามารดามีประวัติการตกเลือดมาก่อน เคยให้เลือดทำให้มารดามีความกังวลกลัวตกเลือดซ้ำและมารดาฝากครรภ์ช้าการได้รับยาและการได้รับคำแนะนำน้อย เมื่อถึงเวลาคลอดมารดาได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ขณะคลอดมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด เสียเลือด 1,350 มิลลิลิตร มีภาวะโลหิตจางและเสียเลือดต้องได้รับเลือด อาจทำให้เกิดภาวะช็อคได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด เสียเลือด 1,350 มิลลิลิตร จากมดลูกหดตัวไม่ดีต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างรีบด่วน โดยได้รับยา Methergine 1 amp เข้าทางหลอดเลือดดำ และเหน็บยา Misoprostol 200 mcg. 4 tab ทางทวารหนัก ใส่ Double condballoon ต้องประเมินเลือดจากช่องคลอด การหดตัวของมดลูก และเฝ้าระวังภาวะช็อค ทำให้มารดารู้สึกกังวล

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะโลหิตจางและตกเลือดหลังคลอด
2. พยาบาลต้องมีความรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวทางในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมทันทั้งที่และมีคุณภาพ
3. ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล ทบทวนกระบวนการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
4. ควรมีการฝึกทักษะการช่วยแพทย์ใส่ Double condballoon

10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางจิราภา บวรพัชรศิริกุล สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จิราภา บวรพัชรศิริกุล ผู้ขอประเมิน

(นางจิราภา บวรพัชรศิริกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... วิไลพร ช้างสี

(นางสาววิไลพร ช้างสี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... ทพม.ดร. ประสิทธิ์

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... สุพจน์

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... กฤษณ์

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ - เดือน ก.ย. ๒๕๖๘ พ.ศ.

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

2. หลักการและเหตุผล

การเจ็บครรภ์คลอดและผลกระทบต่อการคลอดการเจ็บครรภ์เป็นอาการที่บ่งชี้ว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ในระยะนี้ผู้คลอดมีการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายโดยเริ่มจากการหดตัวของมดลูกของกล้ามเนื้อมดลูกเพื่อทำให้เกิดการเปิดขยายของปากมดลูกตามมาการหดตัวของมดลูกเป็นการเพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูกเพื่อ ผลักดันให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำเข้าสู่ช่องเชิงกราน การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแต่ละครั้งจะทำให้ ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปที่มดลูกลดลง จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนชั่วคราว และเกิดอาการ เจ็บครรภ์ตามมา นอกจากนั้นการยืดขยายของปากมดลูกและการหดตัวของมดลูกบริเวณส่วนล่าง (Lower uterine segment) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวดนอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งยังเกิดจากแรงดัน รังต่ออวัยวะภายในช่องเชิงกรานได้แก่ เอ็น รังไข่ ท่อนำไข่กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะเพศ ซึ่งความปวดที่เกิด จากแรงดันนี้สามารถส่งผ่านความปวดไปยังบริเวณหลังและหน้าขาของผู้คลอดได้ (วิลาวลัย ไทรโรจน์รุ่ง, 2550)

ผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดการเจ็บครรภ์คลอดและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตอบสนอง ทางสรีรวิทยาในระยะคลอดร่วมกับความปวด ส่งผลต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ (วิลาวลัย ไทรโรจน์รุ่ง, 2550)

1. ผลต่อผู้คลอด

1.1 การคลอดล่าช้า เมื่อเกิดความปวดที่รุนแรง จะเกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่ง แคททีโคลามีน คอร์ติโคสเตอรอยด์ และอะซิติลโคลีนไทรอยด์ฮอร์โมน (Acetylcholine thyroid hormone) มีผลทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า และส่งผลให้ระยะที่ 1 ของ การคลอดล่าช้า

1.2 ภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์ คลอดจะมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นเนื่องจากมดลูก มีการหดตัว และขณะเดียวกันความวิตกกังวลและ ความปวดจากการที่มดลูกหดตัวถี่ขึ้นจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ของระบบการหายใจในการตอบสนองต่อ การใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้การหายใจเร็วขึ้นส่งผลให้ผู้คลอดเกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ร่วมกับภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ

1.3 ระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิด free fatty acid และ lactate ใน เลือดสูงขึ้น มีผลให้ร่างกายเกิดการเสียสมดุลของกรด ต่าง

1.4 ความปวดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความ ตึงเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ ความปวดในการคลอดเพิ่มขึ้น โดยที่ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคททีโคลา มีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดตัว ของมดลูกลดลง เป็นผลให้เกิดความก้าวหน้าในการ คลอดล่าช้า และเมื่อเกิดความปวดเพิ่มขึ้น ความกลัว ความวิตกกังวลและความตึงเครียดก็จะตามมา กลายเป็น วงจรความกลัว ความเครียด ความปวด (Fear-tension-pain syndrome) ซึ่งวงจรนี้รบกวนการทำงานของ กล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ปากมดลูกเปิดช้า การเจ็บครรภ์คลอดจึงยาวนาน

2. ผลต่อทารกในครรภ์ ความปวดที่รุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด ส่งผลโดยตรงต่อทารกในครรภ์ เมื่อ มดลูกหดตัว แต่ครั้งผู้คลอดเกิดความปวด ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยง มดลูกหดตัว ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอ จึง ส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ภาวะเลือดของทารกเป็นกรด (Fetal metabolic

acidosis) และทำให้เกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (Fetal distress) ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายตามมาจะเห็นได้ว่าความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดนั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์การที่ผู้คลอดมีความปวดมากและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลายาวนาน ทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (Fetal distress) ทำให้ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้ามาเพื่อช่วยคลอด หรือต้องใช้ยาระงับความรู้สึกปวด ซึ่งส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาบรรเทาความปวดไปด้วย และตัวผู้คลอดเองอาจเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี กลัวการคลอดในครั้งต่อไปอาจทำให้ผู้คลอดไม่ต้องการที่จะคลอดเองตามธรรมชาติ เลือกรักษาการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ความเจ็บปวดเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก จนไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดที่แน่นอนได้ทฤษฎีความเจ็บปวดที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) กล่าวถึง ปฏิกิริยาการรับรู้ของความเจ็บปวดไว้ว่า พลังประสาทความเจ็บปวดที่มาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณที่ไขสันหลัง ก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมองโดยที่ระดับไขสันหลังมี Gelatinosa เป็นเสมือนลิ้น หรือประตูคอยเพิ่ม หรือลดพลังประสาทที่ส่งเข้ามา ซึ่งมี 2 กลุ่ม คือ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก และพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะไปเปิดประตู ส่วนพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่จะไปปิดประตู เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นจะเกิดพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้เข้าสู่ระบบควบคุมประตู ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังจะถูกปิดสัญญาณที่ส่งต่อไปยังสมองจะลดลงหรือไม่มี การรับความเจ็บปวด จะน้อยลงหรือไม่มี นอกจากทฤษฎีควบคุมประตูแล้ว ยังยอมรับว่าในร่างกายมนุษย์โดยธรรมชาติจะมีสารคล้ายฝิ่นชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Endorphin ทำหน้าที่คอยช่วยยับยั้งการส่งผ่านของพลังประสาทความเจ็บปวด ผู้ที่มี Endorphin ที่รอยประสาทของเซลล์ประสาทมาก จะมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ที่มี Endorphin น้อยที่รอยประสาทของเซลล์ประสาท (สุภาพรพรณ ทิพย์สัจจะธรรม, 2560)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอด
2. เพื่อให้ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดไปได้อย่างปลอดภัย
3. เพื่อให้ผู้คลอดที่มารับบริการด้านการคลอดที่ห้องคลอดได้รับความพึงพอใจสูงสุด

ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม 2568 – ธันวาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้คลอดที่มารับบริการด้านการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
4. จัดทำแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
5. นำเสนอแนวคิดแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด และพยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอด

6. เสนอแนวทางแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดพยาบาลเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
9. นำแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่จัดทำขึ้นมาใช้ในการพยาบาลผู้คลอดและประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดนำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลนำแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดไปใช้กับมารดาที่เข้ารับการคลอดเพื่อให้ผ่านพ้นความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างปลอดภัย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด ปฏิบัติตามแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดร้อยละ 100

(ลงชื่อ) จิราภา บวรพัชรศิริกุล ผู้ขอประเมิน
 (นางจิราภา บวรพัชรศิริกุล)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

- วรรณพร คำพิลา เบญจพร รัฐิญาณวิโรจน์และคณะ. (2565). การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 136 -141.
- วิลาวัลย์ โทโรจน์รุ่ง กัลยา วิริยะและคณะ. (2550). ผลของการประคบร้อนและเย็นต่อการลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- สุภาพรรณ ทิพย์สัจจะธรรม, ไกรสร อัมมวรรณ. (2560). ผลของโปรแกรมนวดบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเจ็บปวดในการเจ็บครรภ์คลอด ที่โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- สกิทา ม่วงไหมทอง. (2566). การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในปัจจุบัน. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช, วิมลวัลย์ วโรพาร, นพดล ไชยสิทธิ์, และยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (บ.ก.), *พัฒนาทักษะเดิมเพิ่มเติมทักษะใหม่เพื่ออนาคตการดูแลปริกำเนิด* (น. 33-43). สำนักพิมพ์ธนาเพรส.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน* (น. 447-456). สำนักพิมพ์สมาร์ทโคตติ้งแอนด์เซอร์วิส.
- อุมาสวรรค์ ชูหา, กชพร ทิพย์มาตร เครือหยก และคณะ. (2560). การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 "การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน". *มูลเหตุผลของการใช้ความเย็นต่อความปวด ระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็วของมารดาครรภ์แรก*. (หน้า 1034-1041).

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวรุ่งอรุณ เนตรทิพย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด	๒๓๕๑๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด	๒๓๕๑๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	ชุด Kit ช่วยชีวิตทารก 				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 14 มิถุนายน 2567 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องคลอด 13 ชั่วโมง 35 นาที รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 4 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertensive disorders of pregnancy) โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะครรภ์เป็นพิษซ้อนทับกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง โดยทั่วโลกมีอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก ในประเทศพัฒนาแล้วพบสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงร้อยละ 16 นอกจากการเสียชีวิต ยังพบสตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย เป็นต้น และมีหลักฐานชัดเจนว่า ผลกระทบในระยะยาวของภาวะครรภ์เป็นพิษต่อสตรี คือ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในภายหลังและเป็นสาเหตุให้ทารกเกิดการบาดเจ็บ และเสียชีวิตปริกำเนิด

นิยามศัพท์ (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension) หมายถึงภาวะความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุจากการตั้งครรภ์ พบในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ อาจพบร่วมกับการมีโปรตีนในปัสสาวะ และ/หรือมีอาการบวม โดยรวมแล้วหมายถึงภาวะ gestational hypertension, preeclampsia และ eclampsia

ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) หมายถึง กลุ่มอาการ (syndrome) ของความดันโลหิตสูง ที่พบครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างน้อย 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และภาวะความดันโลหิตสูงคงอยู่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งแต่เดิมมักใช้เป็นเกณฑ์ขึ้นต่ำในการวินิจฉัยโรค

พยาธิสภาพของโรค (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

ภาวะครรภ์เป็นพิษก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะในทุกระบบของมารดาและทารกในครรภ์ดังนี้

1. Renal system จากการที่ปริมาณการไหลเวียนที่ไหลลดลงประกอบกับการทำลายของชั้นเยื่อหลอดเลือดในไต เกิด glomerular capillary endotheliosis ทำให้ glomerular infiltration rate ลดลงส่งผลให้ปริมาณปัสสาวะลดลง (oliguria) และระดับ serum uric acid และ Creatinine เพิ่มขึ้นเกิดการซึมผ่านของโปรตีนalbumin และ globulin ออกทางปัสสาวะ เซลล์ร่างกายที่เสียโปรตีนจะมีความดันภายในเซลล์ (oncotic pressure) ลดลง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อ interstia space และเกิดอาการบวมน้ำของอวัยวะต่าง ๆ

2. Cardiopulmonary system ในภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงจะมี plasma albumin ลดลงเนื่องจากเกิด proteinuria และการรั่วของ capillaries นี้ทำให้ colloid osmotic pressure ลดลง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำท่วมปอด และสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตจะรั่วออกไปคั่งตามเนื้อเยื่อ ต่างๆ (generalized edema) ส่งผลให้ intravascular volume ลดลง เลือดมีความหนืดมากขึ้น (hemoconcentration) มีค่า hematocrit สูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษที่มีการเสียเลือดจะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้เร็ว และการได้รับสารน้ำปริมาณมากอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดได้ง่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการทำงานของหัวใจล้มเหลว (cardiac decompensation) ได้

3. Hematologic and coagulation system เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำเฉียบพลัน และมีปัจจัยการแข็งตัวของเลือดชนิดอื่น ๆ ลดลงด้วย โดยอาจเกิดจากกลไกทางระบบภูมิคุ้มกัน หรือเกล็ดเลือดไปจับตัวเกาะกลุ่ม

กันตามเยื่อหลอดเลือดที่ถูกทำลาย นอกจากนี้พยาธิสภาพในหลอดเลือดอาจทำให้เกิด intravascular hemolysis คือ มีการแตกและการทำลายเม็ดเลือดแดงเนื่องจากเม็ดเลือดแดงเคลื่อนผ่านหลอดเลือดที่มีการหดเกร็งและมีขนาดเล็กลง ซึ่งนำไปสู่ภาวะ hemoglobinemia และ hyperbilirubinemia

4. Hepatic system การเกิด generalized vasoconstriction ทำให้เกิด hepatic ischemia และส่งผลให้ ระดับเอนไซม์ aspartate aminotransferase (AST) หรือ serum glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT) และ alanine aminotransferase (ALT) หรือ serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT) สูงขึ้น ในบางรายอาจมีภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (disseminated intravascular coagulopathy: DIC) ร่วมด้วย บางรายพบ periportal hemorrhagic necrosis หรือ subcapsular hepatic necrosis หรือ hematoma ดังนั้นบางรายจึงมีอาการปวดใต้ชายโครงขวา หรือจุกแน่น ใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน มี blood glucose ลดลง ในรายรุนแรงอาจพบมีตับแตก (hepatic rupture) ได้

5. Neurological system จากการที่เยื่อหลอดเลือดถูกทำลาย อาจทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดฝอย มีเลือดออกในสมองเป็นจุดเลือดเล็ก ๆ หรือเป็นก้อนใหญ่ (petechial hemorrhage) และผลจากหลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm) ทำให้เกิด cortical brain spasm และเกิด cerebral ischemia ส่งผลให้ มีสมองบวม (Cerebral edema) อาจพบอาการปวดศีรษะ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง มี hyperreflexia หรือมีอาการชักเกร็ง-ชักกระตุก (seizure) นอกจากนี้อาจเกิด vasogenic edema และ coma ได้ ซึ่งต้องแยกจาก intracranial hemorrhage

6. Visual system จากการหดตัวของหลอดเลือดที่จอตา (retinal arteriolar vasospasm) ทำให้เกิด retinal edema เกิดอาการตาพร่ามัว (blurred vision) การมองเห็นผิดปกติ และอาจทำให้เกิดการหลุดของจอตา (retinal detachment) ในบางรายที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนท้าย occipital lobe อาจทำให้เกิดอาการตาบอด (cortical blindness) ได้

7. Placenta and uterus จากการหดตัวของหลอดเลือด spiral arteriole ใน decidua ร่วมกับมี acute atherosclerosis ทำให้หลอดเลือดตีบตันปริมาณเลือดที่ไหลผ่านระหว่างรกและมดลูก (uteroplacental perfusion) ลดลง รวมทั้งมีการแตกทำลายของเม็ดเลือดและการจับตัวของเกล็ดเลือดทำให้เกิดการตายของเนื้อรกและผนังมดลูก การทำหน้าที่ของรกเสื่อมลง เกิดภาวะ uteroplacental insufficiency มีผลให้เกิดภาวะทารกโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction: FGA) ในกรณีที่ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจะชักนำไปเกิด fetal acidosis, mental retardation หรือ fetal death ได้ในบางรายอาจเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเนื่องจาก placental ischemia และ infarction

สาเหตุของโรค (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

ปัจจุบันสาเหตุที่แท้จริงของภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบแน่ชัด สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ มีดังนี้

1. สตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน (nulliparity)
2. ประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7 เท่า
3. ผ่านการคลอดบุตรคนก่อนมานานอย่างน้อย 10 ปี มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น
4. สตรีอายุมากตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งสตรีที่ไม่เคยผ่านการคลอด และเคยผ่านการคลอดมาแล้ว
5. ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 kg/m² ขึ้นไป หรืออ้วน (Obesity)
6. การตั้งครรภ์แฝด (multiple pregnancy) ครรภ์แฝดสาม เสี่ยงมากกว่าครรภ์แฝดสอง
7. ประวัติพันธุกรรมครรภ์เป็นพิษในครอบครัวโดยเฉพาะมารดา พี่สาว น้องสาว เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น

8. ประวัติมีความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thrombophilia) และโรคภูมิคุ้มกันตนเอง เช่น systemic lupus erythematosus (SLE), antiphospholipid antibody syndrome (APS) เป็นต้น

9. ความผิดปกติทางสูติกรรม เช่น กลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่หลายใบ (polycystic ovarian syndrome [PCOS]) การทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization) ภาวะที่รกทำงานมากกว่าปกติ (hyperplacental) จากการเพิ่มมวลของรก หรือ รกใหญ่กว่าปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำทารกบวม น้ำ การตั้งครภ์ไขปลาอุก Rh incompatibility เป็นต้น

10. ภาวะโภชนาการบกพร่อง เช่น ขาดวิตามินซี วิตามินอี ขาดแคลเซียม เป็นต้น

อาการและอาการแสดง (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

กลุ่มอาการสำคัญ (classic symptoms) ของภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีลักษณะรุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะส่วนหน้า (frontal headache) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance) และปวดใต้ชายโครงขวาหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ (epigastric pain) ซึ่งลักษณะความรุนแรง สามารถพิจารณาจากอาการ อาการแสดง หรือการตรวจพบทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป

อาการแสดง

1. Systolic BP $\geq$ 160 mmHg หรือ Diastolic BP $\geq$ 110 mmHg
2. น้ำท่วมปอด
3. Eclampsia คือ มีอาการชักแบบชักทั้งตัว (generalized tonic chronic seizure)
4. เลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage)
5. ตาบอดจากพยาธิสภาพของครรภ์เป็นพิษในสมอง

อาการ

1. อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะอย่างรุนแรง สายตาพร่ามัว มีจุดบอดในลานสายตา (scotomata) ชีมลง หรือ หมดสติ
2. อาการปวดใต้ชายโครงขวาหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เนื่องจากการยืดขยายหรือการแตกของเยื่อหุ้มตับ

ภาวะ Eclampsia

ภาวะครรภ์เป็นพิษระยะชักหมายถึง ภาวะชักแบบ generalized convulsions หรือ grand mal seizures ที่มีลักษณะเกร็งชักกระตุกที่เกิดขึ้นใน preeclampsia หรือ gestational hypertension ลักษณะของการชัก (eclamptic seizures) มีระยะต่างๆ ดังนี้

1. ระยะก่อนชัก (premonitory stage) อาจมีอาการหรืออาการแสดงบอกล่วงหน้า (aura) เช่น กระสับกระส่าย ตามองนิ่งอยู่กับที่ ศีรษะหมุนไปด้านหนึ่งจนถึง และรู้ม่านตาขยาย
2. ระยะเริ่มแรกของอาการชัก (Stage of invasion) มีอาการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและมุมปากกระตุก ริมฝีปากเบี้ยว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2-3 วินาที
3. ระยะชักเกร็ง (stage of contraction หรือ tonic stage) มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อทั่วร่างกายลำตัวเหยียด ศีรษะหงายไปด้านหลัง มือกำแน่น แขนงอ ขาบิดเข้าด้านใน และตาลง ถ้ากล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจหดตัวมาก อาจมีการหยุดหายใจ หน้าเขียว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 15-20 วินาที
4. ระยะชักกระตุก (stage of convulsion หรือ clonic stage) จะมีการกระตุกของกล้ามเนื้อ ทั่วร่างกายอย่างแรง มีการกระตุกของขากรรไกร อาจกัดลิ้นบาดเจ็บ มีน้ำลายฟูมปาก ใบหน้าบวม สีม่วง ตาแฉกเลือดหนังตาจะปิดและเปิดสลับกันอย่างรวดเร็ว อาจสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การที่ร่างกายเกร็งกระตุกอย่างแรงอาจทำให้เกิดแรงติดตัว จึงอาจตกเตียงหรือกระแทกถูกของแข็ง เกิดกระดูกหักได้ การเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อจะค่อย ๆ เบาลงจนหายไป ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที

5. ระยะหมดสติ (coma หรือ unconscious) เกิดภายหลังการชักกระตุก นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในสภาพหมดแรง อาจมีอาการหยุดหายใจเป็นบางครั้ง ทำให้ carbon dioxide คั่ง เกิดภาวะ respiratory acidosis ร่างกายมีการปรับโดยการหายใจเร็ว (hyperventilation) จากการคั่งของ lactic acid อาจมีอาการเขียว (cyanosis) เนื่องจากขาดออกซิเจน อาจมีอาการหมดสติ ทำระยะนี้ใช้เวลา ต่างกันไปในแต่ละราย หากไม่ได้รับการรักษามีกาการชักซ้ำได้อีกในเวลาที่สูงขึ้น

การวินิจฉัยโรค (ยี่งขวัญ อยู่รัตน์, 2564)

Preeclampsia ต้องมีเกณฑ์ครบทุกข้อดังต่อไปนี้

1. สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน
2. ตรวจพบว่ามีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดซ้ำ 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท สามารถวัดซ้ำเพื่อยืนยันการวินิจฉัยได้ภายในเวลา 1 นาที ไม่จำเป็นต้องรอถึง 4 ชั่วโมง)
3. มีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 0.3 กรัมต่อวัน หรือ urine protein ต่อ creatinine ratio (UPCI) มากกว่า 0.3 หรือใช้ค่าของ urine dipstick มากกว่า 1+ ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจเพื่อวัดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะได้
4. ในกรณีที่ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ของภาวะ preeclampsia with severe features โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ สามารถ วินิจฉัยภาวะ preeclampsia ได้เช่นกัน

การประเมินความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ ในกรณีที่วินิจฉัยภาวะ preeclampsia ควรมีการประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี severe features หรือไม่ซึ่งอาการดังกล่าว ได้แก่

1. ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท เมื่อวัดซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (เว้นแต่เริ่มมีอาการความดันโลหิตก่อนหน้าแล้ว)
2. เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 / ลูกบาศก์มิลลิเมตร
3. การทำงานของตับผิดปกติ เช่น ปวดบริเวณใต้ชายโครงด้านขวาหรือจุดแน่นลิ้นปี่อย่างรุนแรง หรือผลเลือดพบ serum transaminase สูงตั้งแต่สองเท่าของค่าปกติ
4. การทำงานของไตผิดปกติ เช่น serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีค่าสูงขึ้นตั้งแต่ 2 เท่าขึ้นไปของค่าปกติโดยไม่มีโรคไตมาก่อน
5. มีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
6. มีอาการทางสมองหรือทางสายตา หรือมีอาการตามัว เห็นแสงวูบวาบ เป็นต้น

หากพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นภาวะ preeclampsia with severe features เรียกว่าครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง HELLP syndrome

ในกรณีที่มีความผิดปกติหลายประการร่วมกัน โดยเฉพาะมีเกล็ดเลือดต่ำ ร่วมกับการแตกของเม็ดเลือดแดงและการทำงานของตับผิดปกติ จะเรียกรวมว่าเป็นกลุ่มอาการ Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome หรือ HELLP syndrome ซึ่งจัดเป็นกลุ่มภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีความรุนแรงเช่นกันและควรให้การรักษาย่างเร่งด่วน เนื่องจากโรคนี้อาจมีแนวโน้มแย่ลงได้ในเวลาอันสั้น โดยภาวะที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องมี new-onset proteinuria หรือ severe features ก็ได้

เกณฑ์การวินิจฉัย โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก (Eclampsia)

วินิจฉัยเมื่อมีอาการชักเกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น preeclampsia โดยไม่มีสาเหตุอื่น เช่น ภาวะ cerebral embolism โรคลมชัก (epilepsy) เดิมของผู้ป่วยหรือ electrolyte imbalance เป็นต้น

การรักษา

ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ preeclampsia with severe features สามารถให้การรักษแบบประคับประคอง โดยติดตามสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งหลักการสำคัญ คือการค้นหาความรุนแรงจากอาการ severe features ของสตรีตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพการเจริญเติบโตได้ตามสมควรของทารกในครรภ์เป็นสำคัญ โดยควรมีการวัดความดันโลหิตทุกวัน ตรวจเลือดและปัสสาวะสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง และติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยวิธี non stress test (NST) สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ตามสมควร และถ้าอาการโดยรวมคงที่พิจารณาชักนำให้คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด 37 สัปดาห์ แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะ eclampsia หรือ preeclampsia with severe features ควรให้การรักษาทันที โดยเฉพาะการยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่าอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ซึ่งหลักการรักษาสองภาวะนี้มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. การดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment) โดยเฉพาะกรณี eclampsia ที่สตรีตั้งครรภ์กำลังมีอาการชัก โดยดูแลเรื่องการหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก ด้วยการให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย และพยายามเคลียร์สสารคัดหลั่งที่อยู่ในปาก ซึ่งวิธีการอาจใช้ oral airway ใส่ปากสตรีตั้งครรภ์ หรือใช้ไม้กดลิ้นป้องกันไม่ให้สตรี

2. Stabilization ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) จนครบ 24 ชั่วโมงให้ยาหลังคลอด เพื่อป้องกันการชักระหว่างและหลังการคลอด

3. ให้ยาลดความดันโลหิตในรายที่มีความดันโลหิต diastolic ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

4. กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และมี preterm labour พิจารณาให้ corticosteroids

5. จะยุติการตั้งครรภ์หลังจากการได้รับ MgSO₄ 4- 6 ชั่วโมง ในราย severe preeclampsia หรือ ภายหลังการควบคุมการชัก 1-2 ชั่วโมง ในราย eclampsia หากประเมินภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ไม่คงที่พิจารณาให้คลอดทันที โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ และการเลือกวิธีการคลอด ให้พิจารณาตามอายุครรภ์ ท่าของทารกสภาวะของปากมดลูก สภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

การพยาบาล (นงลักษณ์ เฉลิมสุข, 2562)

1. ประเมินสภาพทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะบวมตามร่างกาย โดยเฉพาะแขนขา การหายใจที่เหนื่อย โดยใช้การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. วัดความดันโลหิต ถ้าพบค่าความดันโลหิต systolic เท่ากับหรือมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าความดันโลหิต diastolic เท่ากับหรือมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ให้นอนพัก 10-15 นาที และวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้ง ควรวัดในท่านั่ง โดยใช้ cuff ที่มีขนาดเหมาะสม โดยมีความยาว 1.5 เท่า ของเส้นรอบวงแขนหรือกว้างอย่างน้อยร้อยละ 80 ของแขน แนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทที่ใช้มือบีบจะมีความแม่นยำมากกว่า ถ้าพบค่าความดันโลหิตยังคงสูงให้รีบรายงานแพทย์

3. ประเมินอาการ impending eclampsia โดยสังเกตอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการปวดศีรษะตามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แน่นหน้าอก

4. ประเมิน deep tendon reflex

5. ตรวจครรภ์ โดยดูระดับยอดมดลูกลักษณะของ contraction ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

6. ตรวจภายในรายที่ไม่มีข้อห้าม

7. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย external fetal monitor

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 17 ปี มารดา ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 41 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง 9 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ผลเลือดปกติ มารับการรักษาวันที่ 12 มิถุนายน 2567 เวลา 00.45 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์ 4 ชั่วโมง 45 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีมูกเลือดออกและน้ำเดินออกทางช่องคลอด แรกที่ห้องคลอด สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 183/115 มิลลิเมตรปรอท ตูเลให้นอนพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 151/108 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตรวจครรภ์ระดับยอดมดลูก 34 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารก 138 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ในระดับต่ำกว่า Ischial Spin (-2) ยังคงมีถุงน้ำคร่ำ uterine contraction 3 ครั้งใน 10 นาที Duration 30 วินาที Severity 2+ บวมกดบ่ม 1+ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ UPCR 9.68 Urine Protein 4+ ติดเครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (Nonstress Test) อย่างต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe features รับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลที่ห้องคลอด ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้ยา 50% MgSO₄ จำนวน 4 กรัมผสมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO₄ จำนวน 20 กรัมผสมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ยาลดความดัน Nifedipine จำนวน 20 กรัมผสมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที โดยควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ติดตาม MgSO₄ level ทุก 4 ชั่วโมง ไม่พบอาการข้างเคียงจากการได้รับยา MgSO₄ แพทย์ให้สารละลาย RLS จำนวน 1000 มิลลิลิตร ผสม oxytocin 10 ยูนิต อัตราการไหล 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อเร่งคลอด ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที อุณหภูมิกาย 36 - 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 84-92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 151/98 - 151/98 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ตาพร่ามัว แพทย์เพิ่ม Nifedipine จำนวน 20 กรัมผสมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 4 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาลมารดาเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น contraction 4 ครั้ง/10 นาที Duration 35 วินาที Severity 2+ FHS 138 ครั้งต่อนาที ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีโอกาสเกิดภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง ติดตามผล Mg level ได้ 2.94 mg/dl FHS 148 ครั้งต่อนาที ตวงปัสสาวะ 940 มิลลิลิตร รายงานสูติแพทย์ มีคำสั่งให้เพิ่ม 50% MgSO₄ จำนวน 20 กรัมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 75 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Nifedipine จำนวน 20 กรัมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 100 มิลลิลิตร อัตราการไหล 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วันที่ 12 มิถุนายน เวลา 09.45 น. มารดาเจ็บครรภ์มากขึ้น เจาะ Mg level ได้ 7.97 mg/dl FHS 138 ครั้งต่อนาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/87 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ลด 50% MgSO₄ จำนวน 20 กรัมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด (cervix dilate) 3 เซนติเมตร Effacement 80 เปอร์เซ็นต์ station -2 membrane intact เวลา 12.10 น. ตรวจภายในปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม แพทย์ส่งผู้คลอดผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจากภาวะปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม (Cesarean section due to cervix non progress) มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด เตรียมร่างกายและจิตใจผู้คลอดก่อนเข้าห้องผ่าตัด ส่งมารดาเข้าห้องผ่าตัด เวลา 13.30 น. ทารกคลอดเวลา 14.20 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,548 กรัม APGAR score 1 นาที 9 คะแนน (หักสีผิว) 5 นาที 10 คะแนน 10 นาที 10 คะแนน รกครบน้ำหนัก 800 กรัม เสียเลือดทั้งหมด 800 มิลลิลิตร มารดาย้ายดูแลต่อที่หอมารดาหลังคลอด

เวลา 16.41 น. เยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 153/87 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึมปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด 8 คะแนน แพทย์ให้ยา Tramadol 50 มิลลิกรัม ผสมในสารละลาย 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้ 50%MgSO₄ จำนวน 20 กรัมในสารละลาย 0.9% NSS จำนวน 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง

วันที่ 13 มิถุนายน 2567 มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี ปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด 5 คะแนน สัญญาณชีพปกติ แพทย์หยุดให้ยา 50%MgSO₄ ถอดสายสวนปัสสาวะ มารดาดูแลบุตรได้เอง

4 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล มารดาหลังผ่าตัดคลอด ดูแลตนเองและบุตรได้ สัญญาณชีพปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาดูแลแผลผ่าตัดคลอดบุตร 7 วันหลังผ่าตัด (19 มิถุนายน 2567) และนัดมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ (24 กรกฎาคม 2567) รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องคลอด 13 ชั่วโมง 35 นาที และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบังจำนวน 1 รายโดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลแหลมฉบังใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 1 ราย ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2567 ระยะเวลาที่ดูแลในห้องคลอด 13 ชั่วโมง 35 นาที ระยะเวลาที่ดูแล 4 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไม่เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัดคลอดบุตรและหลังการผ่าตัดคลอดบุตร บุตรมีความปลอดภัย แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ มีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกการประเมินและการรักษาได้เร็วช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกได้ การให้ยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันภาวะชักซึ่งจัดยานี้ไว้ในกลุ่มยา High Alert Drugs ที่ต้องเฝ้าระวังตลอดเวลาโดยการเฝ้าระวังอาการ วัตถุประสงค์ของซีพทุก 15 นาที สังเกตอาการทางระบบประสาท ติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ ($MgSO_4$ toxicity) ได้แก่ ชี้อาการง่วงซึมเหงื่อออก ความดันลดลง DTR ลดลง การหายใจช้า (อัตราหายใจไม่ต่ำกว่า 14 ครั้งต่อนาที) ประเมิน Deep tendon reflex (DTR) จึงต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อความปลอดภัยของมารดา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มารดาไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะฝากครรภ์ และยังเป็นมารดาวัย Teenage การรับรู้และการปฏิบัติตนไม่ดี ต้องให้คำแนะนำอย่างบ่อยๆ มีความวิตกกังวลสูง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการพยาบาล

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการให้พยาบาลการพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสมทันทีและมีคุณภาพ
3. ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล ทบทวนกระบวนการดูแลมารดาที่การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวจุฑามาศ เสือแป้น สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จุฑามาศ เสือแป้น ผู้ขอประเมิน
(นางสาวจุฑามาศ เสือแป้น)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... วิไลพร ช่างสี

(นางสาววิไลพร ช่างสี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... จันทนพร แสงประสิทธิ์

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ)..... ส.น

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

(ลงชื่อ).....

(นายกฤษณ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ - ๑ ก.ย. ๒๕๖๘ พ.ศ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง ชุด Kit ช่วยชีวิตทารก

2. หลักการและเหตุผล

หน่วยงานห้องคลอดเป็นหน่วยงานที่ให้บริการพยาบาลด้านสูติกรรมแก่มารดาและทารกให้การพยาบาลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอดปกติ และช่วยเหลือแพทย์ในการทำคลอดรายผิดปกติ รวมถึงให้การพยาบาลทารกแรกเกิดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ที่อาจจะเกิดภาวะวิกฤติซึ่งต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างทันท่วงทีจากสถิติการเกิดภาวะ Birth asphyxia ของโรงพยาบาลแหลมฉบังทั้งในห้องคลอด/ห้องฉุกเฉิน 3 ปีย้อนหลังพบว่าโดยส่วนใหญ่จะพบเหตุการณ์นี้ในเวรนอกเวลาราชการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดจึงต้อง มีความรู้ มีทักษะในการช่วยชีวิตทารกอย่างมีประสิทธิภาพ และต้องมีความสามารถในการจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อ ช่วยชีวิตซึ่งมีจำนวนหลายชิ้นได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งนอกเวลาราชการจำนวนผู้ปฏิบัติงานมีเพียงพยาบาล 2 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน หากเกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทารกจะมีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานข้างเคียง คือ หน่วยงานหลังคลอด ซึ่งเจ้าหน้าที่เหล่านี้มิได้ปฏิบัติงานประจำในหน่วยงานห้องคลอดทำให้ไม่ทราบตำแหน่งที่เก็บของอุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำหัตถการต่างๆ และรูปแบบเดิมของการจัดอุปกรณ์ในรถ Emergency ไม่สะดวกหยิบใช้ จึงอาจจะเป็นเหตุให้การช่วยชีวิตไม่ทันเวลาและขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือชีวิตล่าช้าหรือเตรียมอุปกรณ์ได้ไม่ครบถ้วน หน่วยงานห้องคลอดเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบรถ Emergency cart และได้จัดทำชุด Kit อุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกขึ้น ประกอบด้วย ชุดอุปกรณ์การใส่สายสวนทางสะดือ (Umbilical vein catheter) ชุดอุปกรณ์การให้สารน้ำ (IV fluid) ชุดอุปกรณ์การใส่สายยางทางปาก (Orogastric tube) เพื่อเอื้อต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์ในการช่วยเหลือนชีวิตให้สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้รวดเร็ว และครบถ้วน สามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตทารกได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพทันพ่วงพื้ในภาวะวิกฤติ และช่วยลดภาระงานของพยาบาลในการตรวจเช็คอุปกรณ์ช่วยเหลือชีวิตในรถ Emergency cart ให้มีความพร้อมใช้อยู่

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

สถานการณ์ปัจจุบันสถานการณ์ปัจจุบันตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่าอัตราการตายทารกแรกเกิดปีพ.ศ. 2564 เท่ากับ 3.50 ต่อพันการเกิดมีชีพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยที่สาเหตุการตายอันดับ 1 ทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 25 อันดับ 2 birth asphyxia ร้อยละ 24 อันดับ 3 Congenital heart disease ร้อยละ 14 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขในประเทศไทยโดยในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการตั้งเป้าหมายให้อัตราตายทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพและภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดของทารกแรกเกิด (perinatal asphyxia) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดอันดับที่ 2 รองจากการเกิดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดของทารกแรกเกิด(perinatal asphyxia) เป็นสภาวะที่พบได้เมื่อเกิดความเสียหายที่กระบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในเลือดส่งผลให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) และภาวะการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia) นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกายของผู้ป่วยทั้งยังส่งผลให้อวัยวะขาดออกซิเจนไปเลี้ยงจึงทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตายของเซลล์ในระบบประสาทและ

ความพิการของสมองจากการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกตาม The International Classification of Disease 10 (ICD10) ใช้คะแนนแอฟการ์ (APGAR score) ที่เวลา 1 นาทีหลังเกิดหากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 จะถือว่ามีความผิดปกติของทารกแรกเกิดซึ่งจัดแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดออกเป็น 2 ระดับโดยคะแนน 0-3 จะถือว่ามีความผิดปกติของทารกแรกเกิดรุนแรงมาก ส่วนคะแนน APGAR 4-7 (Pitsawong and Panichkul WHO (2010) ถือว่ารุนแรงปานกลางหรือเล็กน้อย (ละออ บารมี, 2563) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์นั้นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ หญิงตั้งครรภ์ มักจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุการตายและการ ทุพพลภาพของทารกแรกเกิด

อัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate) ภาพรวมของประเทศ ปี 2563 2564 มีจำนวน 6,997 6.693 คนต่อเด็กเกิดมีชีวิต 449,220 406.345 คน คิดเป็นร้อยละ 1.56 1.65 สำหรับ เขตสุขภาพที่ 6 พบจำนวน 897 882 คน ต่อการเกิดเด็กมีชีวิต 54,771 49.285 คนคิดเป็นร้อยละ 1.64 1.79 อัตราการตาย 1.64 1.79 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563 2564)

อัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate) โรงพยาบาลแหลมฉบัง ปี 2567 มีจำนวน 17 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,075 คนคิดเป็นร้อยละ 15.81 ต่อพันการเกิดมีชีวิต (สถิติโรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2567)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความมั่นใจ มีความสะดวกในการปฏิบัติและส่งผลให้สามารถเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตได้อย่างครบถ้วน รวดเร็ว ทำให้ช่วยเหลือทารกในภาวะวิกฤติได้รวดเร็ว
2. เพื่อลดภาระงานของพยาบาลในการตรวจเช็คอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตทารกในรถ Emergency cart ให้มีความสะดวกและรวดเร็ว
3. อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตในรถ Emergency cart มีความพร้อมใช้

ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม 2568 – ธันวาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลและเจ้าหน้าที่งานพยาบาลผู้คลอด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลทารกในภาวะวิกฤติในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำราและเอกสารข้อมูลการประดิษฐ์นวัตกรรม
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลทารกในภาวะวิกฤติ
4. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาพยาบาลดูแลทารกในภาวะวิกฤติอธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้ นวัตกรรมและจัดทำนวัตกรรมชุด KIT เตรียมให้พร้อมใช้ในรถ Emergency และ Emergency Box (สำหรับ นำไปรับเด็กทารกที่มารดาผ่าคลอดที่ห้องผ่าตัด)
5. นำมาทดลองใช้งานพร้อมทั้งแจกแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากร
6. นำข้อมูลและปัญหาที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข
7. ประเมินผลและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 บุคลากรที่ใช้ชุด Kit ช่วยชีวิตทารกมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อนวัตกรรมในระดับมากที่สุด
- 4.2 เจ้าหน้าที่สามารถเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกได้อย่างรวดเร็ว ครบถ้วน สามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตทารกได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 บุคลากรที่ใช้ชุด Kit ช่วยชีวิตทารกมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อนวัตกรรมในภาพรวมร้อยละ 90

(ลงชื่อ) จุฑามาศ เสือแป้น ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจุฑามาศ เสือแป้น)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เอกสารอ้างอิง

- นงลักษณ์ เณิมสุข,และณวี เบาบาง. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ม ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน* (น. 73-97). สำนักพิมพ์สมาร์ทโคตติ้งแอนด์เซอร์วิส.
- พินัย หลักคำ. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดใน โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอกเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 162-172.
- ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์. (2566). ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช, วิมลวัลย์ วโรฬาร, นพดล ไชยสิทธิ์ และยิ่งขวัญ อยู่รัตน์ (บ.ก.), *พัฒนาทักษะเดิมเพิ่มเติมทักษะใหม่เพื่ออนาคตการดูแลปริกำเนิด* (น. 23-31). สำนักพิมพ์ธนาเพรส.
- ล่อ บารมี. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดห้อง คลอด โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและ เทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 2(17), 149-159.
- อร่าม ลีมตระกูล. (2550). ปัจจัยสาเหตุและแนวทางในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 2(17), 303-310.