

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และ
ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีขี้เทาปนน้ำคร่ำ: กรณีศึกษา

(Nursing care of pregnant women with Premature rupture of membranes
with fetal distress with thick meconium stained): Case study

สุกัญญา อนุอัน
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีขี้เทาปนน้ำคร่ำ เป็นปัญหาที่สำคัญของห้องคลอด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยนั้นเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีขี้เทาปนน้ำคร่ำ ให้ได้รับความปลอดภัยและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ ๔๐⁺ สัปดาห์ มาด้วยอาการมีน้ำเดิน ๓ ชั่วโมง และเจ็บครรภ์นานๆครั้ง ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ให้การรักษาโดยให้ยาเร่งคลอด ในระยะก่อนคลอดได้เฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเชื้อ ระหว่างให้ยาเร่งคลอดคลอดมีการป้องกันภาวะเสี่ยงจากการให้ยาเร่งคลอด โดยควบคุมปรับยาเร่งคลอดเพื่อให้มดลูกมีการหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ รวมทั้งบันทึกกราฟช่วยดูแลการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้พบว่ามียะเยที่ ๑ ของการคลอดเริ่มล่าช้า จึงค้นหาสาเหตุเพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาลและช่วยส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงได้มีการเฝ้าระวังภาวะเครียดของทารกในครรภ์ โดยการตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องตรวจไฟฟ้า เมื่อพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ ได้หยุดให้ยาเร่งคลอดและช่วยกั๊ซิททารกในครรภ์อย่างถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้งรายงานแพทย์ได้ทันเวลา แพทย์จึงพิจารณาช่วยคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระยะแรกคลอดพบว่ามียขี้เทาปนน้ำคร่ำ ได้มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์ในการกั๊ซิททารกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่หากเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดทำให้ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ด้านมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวอย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมระยะเวลาในการรักษาที่โรงพยาบาล ๔ วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

กรณีศึกษารายนี้ ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ที่ดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอดจะต้องมีความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารก รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยในการดูแลมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์/ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียด/ภาวะขี้เทาปนน้ำคร่ำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (premature rupture of membranes : PROM) เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย โดยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในกลุ่มที่อายุครรภ์ครบกำหนด (Term premature rupture of membranes : TPROM) พบประมาณร้อยละ ๑๐ ของการตั้งครรภ์^๑ มีหลายสาเหตุที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด เช่น การติดเชื้อในน้ำคร่ำ การติดเชื้อทางช่องคลอด ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด ภาวะเลือดออกจากช่องคลอด การเย็บปากมดลูก เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นต่อมารดา คือ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ การติดเชื้อในโพรงมดลูก และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นต่อทารก เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดครบกำหนด คือ การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารก โดยอัตราการติดเชื้อนี้จะเพิ่มขึ้น ๖ เท่าถ้าพบว่าการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ^๒ ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบคือ ภาวะแทรกซ้อนต่อสายสะดือ เช่น สายสะดือย้อย และสายสะดือถูกกดทับ ทำให้ผลการตรวจติดตามการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้ทารกตกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) และอาจส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth Asphyxia) ได้ ในขณะที่ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในกลุ่มอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด (Preterm premature rupture of membranes : PPRM) พบได้ประมาณร้อยละ ๓ ของการตั้งครรภ์ ซึ่งนับเป็น ๑ ใน ๓ ของการคลอดก่อนกำหนด และมีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ต่อมาสูง ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ไม่สูงแต่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ และการตายสูง นับเป็นร้อยละ ๒๐ ของการตายปริกำเนิด^๓ ซึ่งสัมพันธ์กับผลเสียต่างๆ เช่น ปัญหาจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะหายใจลำบากของทารกตั้งแต่กำเนิด (Respiratory Distress Syndrome: RDS), ภาวะลำไส้อักเสบเน่าตาย (Necrotizing Enterocolitis: NEC), ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage: IVH) หรือ โรคสมองพิการจากการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (periventricular leukomalacia) ซึ่งอาจรุนแรงกว่าการคลอดก่อนกำหนดทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะหายใจลำบากของทารกตั้งแต่กำเนิด (Respiratory Distress Syndrome: RDS) ในมารดาที่ติดเชื้อ การติดเชื้อปอดไม่พัฒนา (lung hypoplasia) ทุพพลภาพจากน้ำคร่ำน้อยอยู่เป็นเวลานานๆ

จากสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (ACOG) ระบุว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และคลอดก่อนครบกำหนดร้อยละ ๓^๓ สอดคล้องกับในประเทศไทย จากสถิติประจำปี ๒๕๖๑ ของอนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระบุว่าผู้คลอดมีภาวะ prolonged PROM จำนวน ๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๒^๔ และสถิติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ จังหวัดราชบุรี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์มากกว่า ๒๔ ชั่วโมง (prolonged PROM) ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๗, ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๗ และ ปี พ.ศ.๒๕๖๔ จำนวน ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๒ ตามลำดับ^๕ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หมายถึงภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดต้องเพิ่มมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้ในกรณีศึกษานี้ คือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีภาวะซีเทาปนน้ำคร่ำ อันเป็นสาเหตุที่อาจจะทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth Asphyxia) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงานห้องคลอด จากสถิติของภาวะการขาดออกซิเจนแรกเกิด (Birth Asphyxia) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี พ.ศ.๒๕๖๒ -

๒๕๖๔ พบว่าภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ ๑ นาทีต่อทารกแรกเกิดหนึ่งพันราย ปี พ.ศ.๒๕๖๒ จำนวน ๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๙ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒๗ และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๙ ตามลำดับ^๕ มีจำนวนน้อยกว่าเกณฑ์ (ตัวชี้วัดที่ ๒ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด < ๒๕:๑๐๐๐ ของทารกแรกเกิดมีชีพ) แต่นับว่ามีจำนวนมากขึ้น จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก ซึ่งต้องเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะรอคอยคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งทารกแรกคลอด โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ปราศจากเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจการหดตัวของมดลูก การเฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ การสังเกตลักษณะ สี จำนวนของน้ำคร่ำ ในด้านทารก เช่น การตรวจการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องตรวจไฟฟ้า (Electric fetal monitoring: EFM) การแปลผลอัตราการเต้นที่ผิดปกติของหัวใจทารกในครรภ์ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ เพื่อนำมาประเมินและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องแม่นยำ สามารถให้การพยาบาลได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจตามมาอันจะก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาและทารกได้ อีกทั้งเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด

วัตถุประสงค์การศึกษาระดับปริญญาโท

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีไข้เทาปนน้ำคร่ำ ให้ได้รับความปลอดภัยและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ขอบเขตของการศึกษาระดับปริญญาโท

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ ดังนี้

๑. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รับบริการ ๑ ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีไข้เทาปนน้ำคร่ำ ซึ่งมาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในช่วงวันที่ ๖ - ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๔
๒. ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ถึง ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางประกอบการวางแผนการพยาบาล และเอกสารเพิ่มพูนความรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในการปฏิบัติการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีไข้เทาปนน้ำคร่ำ
๒. เพื่อนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษาที่จากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล จำนวน ๑ ราย
๒. ยื่นเรื่องขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำกรณีศึกษา และขอยืมเวชระเบียน Electronic HosXP เอกสารเวชระเบียน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
๓. จัดทำโครงร่างวิจัย ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบแนะนำ
๔. ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๕. ศึกษาจากตำรา ปรัชญาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
๖. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ แผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
๗. วิเคราะห์ สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ รวบรวมจัดทำเป็นรายงาน

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทย อายุ ๓๒ ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ รับจ้าง
แหล่งที่มาของข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล ตัวผู้ป่วยเอง สิทธิการรักษา ประกันสังคม

วันที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษารักษา ๔ วัน

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม G๑ GA ๔๐⁺ wks. with Premature Rupture of Membranes

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย G๑ GA ๔๐⁺ wks. with Prolong Premature Rupture of Membranes
with Caesarean section

อาการสำคัญ มีน้ำเดิน ๓ ชั่วโมง เจ็บครรภ์ ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ ๔๐⁺ สัปดาห์ มาด้วยอาการมีน้ำใสๆ ไหลออกทางช่องคลอด ๓ ชั่วโมงและเจ็บครรภ์นานๆครั้ง ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ วันครบกำหนดคลอด (EDC) วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๒๕ สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ฝากครรภ์ ๖ ครั้ง ซึ่งฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ผลการตรวจเลือดปกติ การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อ HIV ผลปกติ และตรวจหากรุ๊ปเลือด (Blood group) ผลเป็น กรุ๊ปเอ อาร์เอชบวก (A Rh Positive) ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ครั้งที่ ๑ = ๓๕.๓ % ครั้งที่ ๒ = ๓๕ % ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ ประเมินปากมดลูกเปิดขยาย ๑ ปลายนิ้ว (Fingertip) ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี ทารกตื่นดี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการมาฝากครรภ์ ครรภ์แรก มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๒๕ สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ฝากครรภ์ ๖ ครั้ง ซึ่งฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ระหว่างตั้งครรภ์มีอาการผิดปกติ

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ ๑ (วันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔) การตรวจหากรุ๊ปเลือด (Blood group) ผลเป็น กรุ๊ปเอ อาร์เอชบวก (A Rh Positive) การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อ HIV ผลปกติ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) = ๓๕.๓ % และการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ผลปกติ

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ ๒ วันที่ (๑๗ กันยายน ๒๕๖๔) การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อ HIV ผลปกติ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) = ๓๕ %

- ไม่ได้คัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๒. ข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป สภาพผู้คลอดแรกรับมาด้วยรถเข็นนั่ง รูปร่างท้วม ผิวสองสี น้ำหนัก ๖๕.๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร สีหน้าวิตกกังวล

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๒ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๗/๘๒ มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายตามระบบ

- ศีรษะ ใบหน้าลำคอ: ศีรษะรูปทรงปกติผิวยาวสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสอง ลำคอไม่มีก้อนต่อมไทรอยด์โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- ตา: อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง

- หู: ลักษณะใบหูปกติการได้ยิน ชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไหลออกจากหู

- จมูก: ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

- ช่องปาก: ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ

- ปอด: ปกติไม่มีเสียง Creptitation

- หัวใจ: จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ๗๒ ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง Murmur

- เต้านม: เต้านมทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน ไม่มีหัวนมบวมหรือบอดไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีการอักเสบบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสอง

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก: ลักษณะปกติ ไม่มีแผล มีน้ำเดินลักษณะใสออกจากช่องคลอด

- กล้ามเนื้อและกระดูก: ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

อาการและอาการแสดง

วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔

เวลา ๐๓.๒๐ น. หญิงตั้งครรภ์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ มีน้ำเดิน ๓ ชั่วโมง และเจ็บครรภ์นานๆครั้ง ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แรกแรกที่ห้องคลอดประเมินระดับยอดมดลูก ๓/๔ เหนือระดับสะดือ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ทารกท่าขวา อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน คีเอนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ ๒,๘๐๐ กรัม ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ปากมดลูกเปิดขยาย ๑ ปลายนิ้ว (Fingertip) ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด ทดสอบน้ำเดินด้วย

Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive รายงานแพทย์มีแผนการรักษาให้ ตรวจหาเชื้อโรคโควิด - ๑๙ (Swab Covid-๑๙ และ RT-PCR) งดน้ำและอาหารทางปาก สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารก ให้สารน้ำ ๕%D/N/๒ ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ผสม Syntocinon ๑๐ ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (๖.๒๐ น.) และตรวจการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องตรวจไฟฟ้า (Electric fetal monitoring: EFM) เวลา ๐๓.๓๐ น. แปลผลว่า ผิดปกติ (Non-Reassuring) จึงจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย และตรวจซ้ำอีกครั้งในเวลา ๐๔.๒๐ น. แปลผลว่า ปกติ (Reactive) รายงานให้แพทย์รับทราบ

เวลา ๐๘.๒๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่าระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งของมดลูก (Interval) = ๓ นาที ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๐ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบาง ๗๐% ระดับส่วนน้ำ -๒ ถุงน้ำคร่ำรั่ว ปรับอัตราการให้สารน้ำเพิ่มเป็น ๔๕ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

เวลา ๑๐.๐๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่า ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งของมดลูก (Interval) = ๒ นาที ๓๐ วินาที ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบาง ๗๐% ระดับส่วนน้ำ -๒ ถุงน้ำคร่ำรั่ว น้ำคร่ำใส

เวลา ๑๔.๐๐ น. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิดเพิ่มเป็น ๓ เซนติเมตร ความบาง ๘๐% ระดับส่วนน้ำ -๒ ถุงน้ำคร่ำรั่ว น้ำคร่ำใส

เวลา ๑๗.๐๐ น. EFM แปลผลว่า มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างฉับพลันใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดน้อยกว่า ๓๐ วินาที โดยการลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ครั้งต่อนาที และคงอยู่นานมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ วินาที และไม่นานเกิน ๒ นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกน้อยกว่า ๕ ครั้งต่อนาที (Variable deceleration with minimal variability) รายงานแพทย์มีแผนการรักษาให้ หยุดให้สารน้ำที่ผสมกับ Syntocinon ไว้ก่อน ให้ออกซิเจน ๕ ลิตรต่อนาที ให้มารดานอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำ Acetar ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ Ampicillin ๒ กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากนั้นให้ ๑ กรัม ทุก ๔ ชั่วโมง

เวลา ๒๒.๐๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่า ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งของมดลูก (Interval) = ๓ นาที ๓๐ วินาที ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๕ คะแนน และ EFM แปลผลว่า มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างฉับพลันใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดน้อยกว่า ๓๐ วินาที โดยการลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ครั้งต่อนาทีและคงอยู่นานมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ วินาที และไม่นานเกิน ๒ นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในช่วง ๖ - ๒๕ ครั้งต่อนาที (Variable deceleration with moderate variability) รายงานแพทย์มีแผนการรักษาให้ Tramal ๕๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และสังเกตอาการต่อ หลังได้รับยาบรรเทาปวด ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๓ คะแนน ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งของมดลูก (Interval) = ๔ นาที ๓๐ วินาที ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๐ วินาที

วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เวลา ๐๐.๕๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่า ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งของมดลูก (Interval) = ๓ นาที ๓๐ วินาที ระยะเวลากการหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด พบว่าปากมดลูกเปิดเท่าเดิม อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐-๑๔๐ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ EFM แปลผลว่า มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างฉับพลัน ใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดน้อยกว่า ๓๐ วินาที โดยการลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ครั้งต่อนาทีและคงอยู่นานมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ วินาที และไม่นานเกิน ๒ นาที ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในช่วง ๖ - ๒๕ ครั้งต่อนาที (Variable deceleration with moderate variability) และมี Recurrent variable decelerations มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพยาบาลได้มีการช่วยกู้ชีพทารกในครรภ์ โดยให้ออกซิเจน ให้มารดานอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำ Acetar ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษาเดิม และรายงานแพทย์ทันที แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด่วน เนื่องจากทารกมีภาวะเครียดและมีน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง (Set Caesarean section due to Fetal distress with Prolong PROM stat) จอเลือด (G/M PRC) ๑ ยูนิต, บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก และใส่สายสวนปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

เวลา ๐๑.๑๕ น. หญิงตั้งครรภ์เข้าห้องผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องคลอด โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Post-operation Cesarean section (C/S) under GA) ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด ๔๐๐ มิลลิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด

เวลา ๐๑.๒๘ น. ทารกคลอด เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๗๓๐ กรัม APGAR's score นาทีที่ ๑ ได้ ๘ คะแนน นาทีที่ ๕ และ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ลักษณะน้ำคร่ำมีสีเทาปน (Thick meconium stained) ทารกแรกเกิดร้องคราง ปลายมือปลายเท้าเขียว ดูแลดูสดชื่นหลังในจมูกและปากเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ร้อง และให้ออกซิเจน ๑ นาที ต่อมาร้องเสียงดัง ตัวแดงดี แขนและขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรงดี อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๑๓๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอ ๕๒ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ทำความสะอาดห่อตัวให้ความอบอุ่นร่างกายทารกแรกเกิด ส่งทารกสังเกตอาการที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ เนื่องจากมีน้ำเดิน ๒๕ ชั่วโมงและมีสีเทาปนน้ำคร่ำ

เวลา ๐๒.๑๕ น. แรกรับทารกที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ทารกได้รับการดูแลดูสดชื่น หลังทางปากและจมูก ได้สีขาวขุ่นประมาณ ๓ มิลลิลิตร และสวนล้างท้องด้วยน้ำเกลือ (Lavage with NSS) น้ำใสดี แพทย์มีแผนการรักษาให้ วิตามินเค (Vitamin K) ๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ, วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ๐.๑ มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ และวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ๐.๕ มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ทารกรู้สึกตัวดี รับนมได้ดี สัญญาณชีพปกติ

เวลา ๐๓.๐๐ น. รับย้ายมารดาหลังผ่าตัดคลอด มาโดยรณอน แรกรับรู้รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๗๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท อ่อนเพลีย ระดับยดมดลูกอยู่ระดับสะดือ มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้หน้าปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้มไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน ตรวจหวันมด้านม พบว่า หวันมทั้งสองข้างปกติ มีน้ำนมเหลือง (Colostrum) ไหลซึมเล็กน้อย แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม งดน้ำและอาหารทางปาก ดูแลให้สารน้ำ ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรผสมกับ Syntocinon ๒๐ ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ๑๒๐

มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ๓ ขวด ปวดแผลผ่าตัดมาก ประเมินระดับความปวด (Pain score) ได้ ๕ คะแนน จึงได้รับ ยา pethidine ๗๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ หลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลงและนอนหลับได้

เวลา ๐๖.๐๐ น. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๗๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๑/๗๑ มิลลิเมตรปรอท มารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบนปวดแผลผ่าตัด ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๕ คะแนน จึงได้รับ pethidine ๗๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ หลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลงและพักผ่อนได้ ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๒ คะแนน

เวลา ๐๘.๐๐ น. แพทย์ให้จิบน้ำได้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีคลื่นไส้อาเจียนไม่มีอาการสำคัญ

เวลา ๑๐.๐๐ น. แพทย์มีแผนการรักษาให้น้ำทารกส่งมารดา และให้ดูนมแม่ทุก ๓ ชั่วโมง

เวลา ๑๒.๐๐ น. แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารเหลว มารดารับประทานอาหารได้ไม่มีท้องอืด เริ่ม ลูกนั่งได้บ้าง ยังปวดแผลผ่าตัดเวลาบ่งขยับตัว แผลผ่าตัดไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม

เวลา ๑๓.๕๐ น. มารดาบนปวดแผลเวลาขยับตัวมาก ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๕ คะแนน จึงได้รับยา Ketolac ๔๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาอาการปวด ทุเลาลงพักผ่อนได้

วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เวลา ๐๒.๐๐ น. มารดาบนปวดแผลเวลาพลิกตะแคงตัว นอนไม่หลับ ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๕ คะแนน จึงได้รับยา Ketolac ๔๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับ ยาอาการปวดทุเลาลงและหลับได้

เวลา ๐๓.๐๐ น. หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะ ได้ดี ไม่มีอาการแสบขัด

เวลา ๐๖.๐๐ น. มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย สีหน้าสดชื่น สัญญาณชีพปกติดี การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงและเดินข้างเตียงได้พอควร ระดับยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ ๒ นิ้ว มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม ปวดแผลผ่าตัดบ้าง ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ได้ ๓ คะแนน น้ำคาวปลาสีแดงเข้มไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน ดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ดี มีอาการท้องอืดเล็กน้อย

วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

เวลา ๐๘.๐๐ น. มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพปกติดี ท้องอืดเล็กน้อย มารดาหลังผ่าตัดคลอดเดินได้ดี แผลผ่าตัดคลอดไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม ปวดแผลผ่าตัดบ้างเวลาเดิน แต่ทนไหว น้ำคาวปลาสีแดงจางๆ ชุ่มผ้าอนามัย ๑/๓ ผืน ดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน อาการท้องอืดเล็กน้อย มีน้ำนมเหลือง (Colostrum) ไหลดีเมื่อทารกดูด

วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

เวลา ๐๘.๐๐ น. มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น และทารกแพทย์มีแผนการรักษา ให้เจาะตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) = ๕๕ % และตรวจระดับบิลิรูบินในเลือด (MB) = ๘.๘ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นัดดูแผล ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ และตรวจหลังคลอด ๒ เดือน

๓. การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อเนื่องจากการรั่วของถุงน้ำคร่ำ
ข้อมูลสนับสนุน S: หญิงตั้งครรภ์บอกว่ามีน้ำใสๆไหลออกจากช่องคลอดประมาณ ๓ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

O: ๑) ผ่าถุงเป๊ยกชุ่ม ๒) ตรวจภายในมีน้ำใสไหลออกจากช่องคลอด ๓) ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่นเหม็น ๔) ผลการตรวจ Nitrazine Paper Test = Positive

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมิน ๑) ไม่มีไข้ ๒) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37 ± 0.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๖ - ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ๓) น้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น ๔) อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

๑) ในระยะแรกรับป้องกันการติดเชื้อโดยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ เปลี่ยนเสื้อผ้าที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ โกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สะอาด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและใส่ผ้าอนามัยที่สะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สังเกต สีและกลิ่นน้ำคร่ำว่ามีการอักเสบติดเชื้อหรือไม่

๒) พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัย เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล

๓) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนบนเตียง พร้อมทั้งให้สังเกตลักษณะของน้ำคร่ำ โดยใส่ผ้าอนามัยสังเกต ปริมาณ สี กลิ่น และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก ๓ - ๔ ชม. หรือเมื่อชุ่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๔) ประเมินสภาพของทารกในครรภ์ ติดเครื่อง Electro fetal monitoring ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และให้สังเกตการดิ้นของทารก หากทารกดิ้นน้อยลงให้แจ้งพยาบาลทันที

๕) บันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชม. เพื่อประเมินการติดเชื้อ

๖) ดูแลให้ยา Ampicillin ๒ กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากนั้นให้ ๑ กรัม ทุก ๔ ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

๗) ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อก่อนและหลังการพยาบาลทุกครั้งเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ

๘) ประเมินความก้าวหน้าในการคลอดโดยการตรวจภายในตามความเหมาะสมและจำเป็น

๙) รายงานแพทย์เมื่อมีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ เป็นต้น

การประเมินผล มารดาได้รับฟัง นอนพักพักผ่อนบนเตียง เดินน้อยลงจะเดินเมื่อเข้าห้องน้ำ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต $126/82$ มิลลิเมตรปรอท มีน้ำเบื่อนผ้าอนามัย ๑ ผืน น้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ $136 - 152$ ครั้งต่อนาที ทารกดิ้นดี

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียด (Fetal distress)

ข้อมูลสนับสนุน O: ๑) EFM พบภาวะ Variable deceleration with moderate variability
๒) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ๘๐ - ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ

เป้าหมายการพยาบาล ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมิน ๑) อัตราการเต้นของหัวใจทารก อยู่ในช่วงปกติ ๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที

๒) EFM ไม่พบภาวะ Variable deceleration ๓) ค่าออกซิเจนอิ่มตัวของมารดาได้รับ ๙๕ - ๑๐๐%

กิจกรรมการพยาบาล

- ๑) จัดมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและให้นอนพักบนเตียง เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงที่มดลูกมากขึ้น
- ๒) กระตุ้นให้มารดาหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทารกในครรภ์ได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น
- ๓) ดูแลให้ออกซิเจน ๕ ลิตรต่อนาที แก่มารดาเพื่อให้ออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์
- ๔) ดูแลดื่มน้ำและอาหารทางปาก เปลี่ยนสารน้ำเป็น Acetar ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ทางหลอดเลือด

ดำ อัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

๕) ติดเครื่อง Electro fetal monitoring ให้แก่มารดาและประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยการบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารก และความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก ทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอด

๖) รายงานแพทย์ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ (อัตราการเต้นของหัวใจทารกมากกว่า ๑๖๐ ครั้งต่อนาที หรือ น้อยกว่า ๑๑๐ ครั้งต่อนาที) หรือการแปลผล EFM มีภาวะผิดปกติ

๗) ดูแลและสังเกตสัญญาณชีพ พร้อมอาการอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผลบางส่วน อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๘๐ - ๑๒๐ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ EFM พบภาวะ Variable deceleration with moderate variability ค่าออกซิเจนอิ่มตัวของมารดา ๙๖ - ๙๙ %

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ ไม่สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด เนื่องจากทารกมีภาวะเครียดและการเปิดขยายของปากมดลูกหยุดชะงักร่วมกับระยะที่ ๑ ของการคลอดยาวนานต้องได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน O: ๑) ระยะที่ ๑ ของการคลอดยาวนาน และไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ภายหลังจากการเร่งคลอด ดังแสดงในกราฟช่วยดูแลการเจ็บครรภ์คลอด (Partograph) คือ เส้นกราฟการคลอดเลยเส้นต้นตัวต้องรายงานแพทย์ (alert line) ไปทางด้านขวา จนกราฟการคลอดชนเส้นปฏิบัติแพทย์ต้องดูแล (Action line) ๒) EFM พบภาวะ Variable deceleration with moderate variability และมีน้ำเดิน ๒๕ ชั่วโมง แพทย์มีแผนการรักษาให้เตรียมผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากทารกมีภาวะเครียดและมีน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อเตรียมพร้อมหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมิน ๑) หญิงตั้งครรภ์รับฟังคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำให้มีส่วนร่วมในการรักษา ๒) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนไปผ่าตัดครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑) อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงเหตุผลของการที่ต้องผ่าตัดคลอดเพราะให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำแล้วแต่ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น ในขณะที่มดลูกหดตัวหัวใจทารกเต้นช้าลง

และมีน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง แพทย์มีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

๒) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ได้แก่ มารดาต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายโดยการทำความสะอาดผิวหนังหน้าท้อง การใส่สายสวนปัสสาวะ การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนไปห้องผ่าตัด ก่อนการผ่าตัดคลอดจะต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

๓) ให้มารดาอ่านและเซ็นยินยอมทำการผ่าตัดคลอดและแจ้งให้ญาติรับทราบ

๔) ดูแลให้สารน้ำ Acetar ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ อัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์

๕) ให้ Ampicillin ๑ กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์

๖) ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะให้กับหญิงตั้งครรภ์

๗) ดูแลความสะอาดร่างกาย ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปาก ตรวจสอบฟันปลอม

๘) ตรวจสอบสัญญาณชีพและประเมินการหดตัวของมดลูกก่อนไปผ่าตัดคลอด

๙) ประเมินสภาพทารกโดยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ก่อนไปผ่าตัดคลอด

๑๐) ดูแลให้ออกซิเจน ๕ ลิตรต่อนาที ขณะเคลื่อนย้ายหญิงตั้งครรภ์ไปห้องผ่าตัด

การประเมินผล บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผลมารดาพึงคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับการเตรียมความพร้อมสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะก่อนไปผ่าตัด ก่อนผ่าตัดตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๕/๘๘ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๒๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดเนื่องจากมีภาวะเครียดและมีขี้เทาปนน้ำคร่ำ

ข้อมูลสนับสนุน O: ๑) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ๘๐ - ๑๔๐ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ ๒) EFM วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๗.๐๐ น. อ่าน Variable deceleration with minimal และ เวลา ๒๒.๐๐ น. อ่านผล variability Variable deceleration with moderate variability ๓) แรกคลอดมีขี้เทาปนน้ำคร่ำ (Thick meconium stained)

เป้าหมายการพยาบาล ทารกแรกเกิดไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน ๑) APGAR's score นาทีที่ ๑ มากกว่า ๗ คะแนน ๒) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติปกติ อุณหภูมิกาย ๓๗ ± ๐.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๒๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๔๐ - ๖๐ ครั้งต่อนาที ๓) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ๙๕ - ๑๐๐%

กิจกรรมการพยาบาล

๑) เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารก เพื่อให้พร้อมต่อการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) ประเมินสภาพทารกแรกเกิดและให้การช่วยเหลือตามขั้นตอน ได้แก่ ประเมิน APGAR's score ทารกแรกเกิด ดูแลดูแลเหมาะสมให้ระบบทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและการสูดสำลักน้ำคร่ำ ดูแลให้ออกซิเจนถ้าทารกมีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน

๓) เช็ดตัวให้แห้งภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี (Radiant Warmer) เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนและทารกได้รับความอบอุ่น

๔) จัดท่านอนทารกให้ทางเดินหายใจโล่ง เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

๕) วัดติดตามค่าความอึดตัวของออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของร่างกาย

การประเมินผล ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ประเมิน APGAR's score นาทีที่ ๑ ได้ ๘ คะแนน นาทีที่ ๕ และ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ลักษณะน้ำคร่ำมีสีเขียวปน (Thick meconium stained) อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอที่ ๑๓๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสม่ำเสมอที่ ๕๒ ครั้งต่อนาที ค่าความอึดตัวของออกซิเจน ๙๗ - ๙๙ % อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ มีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน ๒ ชั่วโมง ภายหลังมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ย้ายไปพักรักษาตัว ณ ตึกหลังคลอด ปริมาณการเสียเลือด ในระหว่างการผ่าตัด ๔๐๐ มิลลิลิตร ระดับยดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ ๒ นิ้ว มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะไหลดีสีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม ไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน

เป้าหมายการพยาบาล มารดาไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน ๑) มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง ระดับมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ ๒) ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด ๓) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37 ± 0.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐ - ๒๔ ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ๔) แผลหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่งซึม ไม่บวมแดง ๕) น้ำคาวปลาสีจางลง ปริมาณลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑) ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง, ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

๒) ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและแผลผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อคาดคะเนการสูญเสียเลือดเพิ่มเติมหลังผ่าตัดคลอด

๓) ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

๔) ดูแลให้มารดาได้รับ ๕% D/N/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ผสม Syntocinon ๒๐ ยูนิต ให้ทางหลอดเลือดดำ อัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้มดลูกหดตัวดี

๕) ดูแลการทำงานของสายสวนปัสสาวะให้ทำงานได้ปกติไม่อุดตันเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็มขัดขวางการหดตัวของมดลูก

๖) แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลหน้าท้องมีเลือดซึมมากหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น หน้ามืด ใจสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาล

๗) ติดตามอาการผิดปกติของมารดา เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง หน้ามืด ใจสั่น และรายงานให้แพทย์ทราบ

การประเมินผล บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มดลูกหดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน ไม่มีเลือดซึมแผลผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน O: มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Post - operation Cesarean section under GA) มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด ๔๐๐ มิลลิลิตร

เป้าหมายการพยาบาล มารดาไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เกณฑ์การประเมิน ๑) สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๑๖ - ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ๒) แผลผ่าตัดไม่สาคัดหลังไหลซึม ๓) บริเวณรอบแผลผ่าตัดคลอดไม่มีการอักเสบบวมแดง ๔) น้ำคาวปลาสีจางลงไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

๑) ประเมินสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอด หากมีการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอดอุณหภูมิจะสูงขึ้น

๒) ประเมินแผลผ่าตัดเพื่อดูว่ามีสาคัดหลังไหลซึม หรือบริเวณรอบๆ แผลมีการอักเสบ การบวมแดง เพื่อประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอด

๓) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Cefazolin ๑ กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๖ ชั่วโมง ๔ ครั้ง

๔) รายงานแพทย์ถ้ามีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่น แผลผ่าตัดมีสาคัดหลังซึม มีการอักเสบบวมแดง น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

๕) กระตุ้นให้มารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก ๓ - ๔ ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่มผ้าอนามัยเพื่อไม่ให้เกิดการสะสมเชื้อโรค

๖) แนะนำมารดาทำความสะอาดร่างกาย ไม่ให้แผลเปียกน้ำเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ

๗) แนะนำมารดาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยใช้สบู่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด โดยล้างจากด้านช่องคลอดไปทางทวารหนักไม่ย้อนไปมาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากทวารหนักมายังทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

การประเมินผล บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่มีสาคัดหลังไหลซึม บริเวณรอบแผลไม่มีการอักเสบ บวมแดง น้ำคาวปลาไม่มีสีฟางขาวเต็มแผ่นผ้าอนามัยไม่มีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๗๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๒/๖๙ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยที่ ๗ ปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและปวดมดลูกเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน O: มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องภายหลัง ๒ ชั่วโมง ประเมินระดับความปวด (Pain score) ได้ ๕ คะแนน ไม่ยอมขยับร่างกาย บ่นปวดตลอดเวลา หน้ามืดตัวเขียว

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมิน ๑) มารดาบอกปวดผ่าตัดลดลง ประเมินระดับความปวด (Pain score) น้อยกว่า ๓ คะแนน สีหน้าสดชื่นมากขึ้น ๒) บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีสาคัดหลังไหลซึม ๓) มารดาเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑) ประเมินสภาพทั่วไปและสอบถามอาการของมารดาว่ามีอาการปวดอย่างไร ระดับใด เพื่อวางแผนในการพยาบาลได้เหมาะสม

๒) อธิบายกลไกการปวดแผลหลังทำการผ่าตัด เพื่อให้มารดาเข้าใจและลดความวิตกกังวล

๓) สอนเทคนิคการหายใจ เป็นจังหวะเข้า - ออก ช้า ๆ ลึก ๆ เพื่อให้มารดาผ่อนคลายและบรรเทาปวด

๔) จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ผนังหน้าท้องหย่อนบรรเทาอาการเจ็บปวด

๕) ดูแลให้ยา Ketalac ๔๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก ๑๒ ชั่วโมง และ Pethidine ๗๕ มิลลิกรัมฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อทุก ๔ ชั่วโมง เมื่อมารดามีอาการปวดแผลและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา

การประเมินผล บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มารดาฟังคำแนะนำ เข้าใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ สีหน้าสดชื่นมากขึ้น หลังให้ยาบรรเทาปวด นอนพักได้ ตื่นมาหน้าตาสดชื่น บอกปวดลดลง ประเมินระดับความปวด (Pain score) ได้ ๓ คะแนน แผลไม่มีสารคัดหลั่งซึม สามารถลุกนั่งช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยที่ ๘ พร่องความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาหลังคลอดชักถาม เจ้าหน้าที่ ถึงวิธีการปฏิบัติตนหลังคลอด

O: ๑) ชักถามผู้คลอดถึงวิธีปฏิบัติตนหลังคลอดยังตอบได้ไม่ครบถ้วน

๒) ครรภ์แรก

เป้าหมายการพยาบาล มีความรู้ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน ๑) บอกถึงอาหารที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังคลอดบุตรได้อย่างถูกต้อง ๒) มีท่าที่เข้าใจคำแนะนำและทบทวนคำแนะนำได้ถูกต้อง ๓) สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ถูกต้อง ๔) เข้าใจวิธีการคุมกำเนิด และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม ๕) อธิบายความสำคัญของการมาตรวจหลังคลอดได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑) ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน การนอนพักผ่อน ควรนอนตอนกลางวัน ประมาณ ๑ - ๒ ครั้ง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาบุตรหลับ ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆ ทำงานบ้านเบาๆได้ ไม่ควรยกของหนัก หลังจาก ๖ สัปดาห์จึงทำงานได้ตามปกติ และรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกาย

๒) การทำความสะอาดของร่างกาย การรักษาความสะอาดของร่างกายเสมอ อาบน้ำวันละ ๒ ครั้ง บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาด และล้างทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะเช็ดให้แห้ง ถ้ายังมีน้ำคาวปลาอยู่ หมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ในช่วง ๒๔ ชั่วโมงแรก ให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก ๔ ชั่วโมง หรือเปลี่ยนก่อนเมื่อเปียกชุ่ม ระมัดระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ กรณีแผลเปียกน้ำควรเปิดทำแผลทันทีที่สถานพยาบาลใกล้บ้านด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

๓) การบริหารร่างกายควรบริหารร่างกายเช่น กระดกปลายเท้า เกร็งหน้าท้องเบาๆ ยืดขาตรงยกปลายเท้าเหนือพื้นประมาณ ๑ คืบ นาน ๑ - ๒ นาที ท่าที่จะทำไหว ไม่หักโหม

๔) การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอด โดยปรึกษาสามีเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ การคุมกำเนิดมีหลายวิธีให้เลือก เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย ตามความเหมาะสม ของคู่สามีภรรยา ควรเว้นระยะการมีบุตร ๑ - ๒ ปี

๕) การตรวจหลังคลอดที่สถานบริการใกล้บ้าน เมื่อครบ ๖ สัปดาห์ หลังคลอด

๖) การมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีได้หลัง ๖ สัปดาห์หลังคลอดขึ้นไป เพื่อรอให้แผลที่เกิดจากการคลอดหายดี

การประเมินผล ผู้คลอดบอกถึงอาหารของมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง สามารถบริหารร่างกายของมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง ทำที่เข้าใจคำแนะนำ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีได้ถูกต้อง เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด อธิบายถึงความสำคัญถึงการตรวจหลังคลอดได้

สรุปผลการศึกษา

หญิงไทย อายุ ๓๒ ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ ๔๐^{+๓} สัปดาห์ มาด้วยอาการมีน้ำเดิน ๓ ชั่วโมง และเจ็บครรภ์นานๆครั้ง ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ให้การรักษาโดยให้ยาเร่งคลอดและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ มีระยะที่ ๑ ของการคลอดยาวนาน ซึ่งใช้เวลานาน ๒๕ ชั่วโมง ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ในระหว่างให้ยาเร่งคลอดได้มีการติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ พบว่ามีรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในกลุ่มก้ำกึ่ง (Category II) ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียด ร่วมกับมีภาวะน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง แพทย์จึงพิจารณาช่วยคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แรกคลอดพบว่ามดลูกมีซีเทอปนน้ำคร่ำ จึงได้ส่งทารกไปหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ได้รับการรักษาโดยวิธีสวนล้างท้องด้วยน้ำเกลือและสังเกตอาการ ซึ่งทารกมีอาการปกติ สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงให้ส่งคืนมารดา ด้านมารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลรวม ๔ วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

จากการศึกษา พบภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด คือ มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และมีน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง ในระยะรอคลอด พบว่าระยะที่ ๑ ของการคลอดยาวนานและไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียด แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และในระยะคลอด พบทารกมีซีเทอปนน้ำคร่ำ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบในกรณีศึกษารายนี้ ได้รับการแก้ไขและรักษาจนทำให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

วิจารณ์การศึกษา

จากการศึกษา พบว่า สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่แรกเริ่ม คือ มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ แพทย์มีการรักษาโดยให้ยาเร่งคลอด ระยะก่อนคลอดได้เฝ้าระวังและป้องกันภาวะติดเชื้อ เมื่อน้ำเดินถึง ๑๘ ชั่วโมง ได้ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์^๒ ในระหว่างให้ยาเร่งคลอดมีการป้องกันภาวะเสี่ยงจากการได้รับยาเร่งคลอด โดยควบคุมปริมาณยาเร่งคลอดเพื่อห้มดลูกมีการหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะรวมทั้งบันทึกกราฟช่วยดูแลการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้พบว่า มีระยะที่ ๑ ของการคลอดเริ่มล่าช้า กล่าวคือ การเปิดขยายของปากมดลูกในระยะเฉื่อย (Latent phase) ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด ๑ - ๓ เซนติเมตร ใช้เวลานาน ๘ ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่ปกติจะใช้เวลาประมาณ ๘ ชั่วโมง ในผู้คลอดครรภ์แรก^{๖-๗} แต่หลังจากนั้นพบว่าไม่มีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่ม พบเส้นกราฟเลยเส้นต้นตัว (Alert line) ไปทางขวา ทำให้สามารถประเมินได้ว่ามีระยะปากมดลูกเปิดเรื้อราล่าช้า (Protracted active-phase dilatation)^๗ จึงได้รายงานให้แพทย์ทราบและค้นหาสาเหตุเพื่อนำมาปรับแผนการพยาบาล ไม่ให้เกิดการคลอดที่ยาวนาน^๘ ซึ่งสาเหตุอาจมาจากปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการเร่งคลอด ประเมินได้จากคะแนน Bishop score ได้ ๔ คะแนน ทำให้โอกาสชักนำการคลอดไม่ประสบผลสำเร็จสูงถึงร้อยละ ๒๐

มักเจ็บครรภ์เนิ่นนานและมีโอกาสผ่าตัดคลอดสูง^๙ ในการจัดทำเพื่อส่งเสริมการคลอดมีการถูกจำกัดเนื่องจากมีน้ำเดินจึงต้องนอนพักบนเตียง ส่วนด้านจิตใจหญิงตั้งครรภ์มีความเครียดและวิตกกังวล เกี่ยวกับการคลอด ซึ่งความเครียดมีผลกระทบทำให้มีการหลังคลอดที่โคลามีนและคอร์ติซอล ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานลดลงเกิดความล่าช้าในการคลอด^๗ จึงได้ส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด^{๑๐} แต่หลังจากนั้นปากมดลูกก็ยังไม่มีการเปิดขยายเพิ่ม และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียด ประเมินได้จากเครื่องตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ พบว่ารูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในกลุ่มก้ำกึ่ง (Category II) จึงได้กู้ชีพทารกในครรภ์อย่างรวดเร็ว หยุดให้ยาเร่งคลอดและรายงานแพทย์ทันที^{๑๑-๑๒} ทำให้รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกเป็นปกติ ซึ่งการพบทารกในครรภ์มีภาวะเครียดนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างให้ยาเร่งคลอด เกิดจากภาวะที่สายสะดือถูกกดเนื่องจากมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอด^{๑๓} จากการหยุดให้ยาเร่งคลอดอาจทำให้การหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์มีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและอ่อนล้าจากการเจ็บครรภ์ที่ยาวนาน อาจมีผลทำให้การบันทึกกราฟการคลอดเลยเส้นเส้นเตือนตัว (Alert line) ไปจนถึงเส้นปฏิบัติการ (Action line) ได้ ระยะนี้จึงไม่เป็นไปตามทฤษฎี ซึ่งตามทฤษฎีแล้วต้องมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ถึงจะทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายไม่น้อยกว่า ๑ เซนติเมตรต่อชั่วโมง^๗ ต่อมาจึงพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติซ้ำอีก ได้ให้การช่วยกู้ชีพทารกในครรภ์และรายงานแพทย์ทันที หลังให้การช่วยเหลืออัตราการเต้นของหัวใจของทารกปกติ แพทย์จึงให้สังเกตอาการต่ออย่างใกล้ชิดและให้ยาบรรเทาปวด ถ้าเทียบแผนการรักษากับงานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ศึกษามาแล้วนั้น กรณีศึกษานี้ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยการผ่าตัดคลอดเมื่อพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติซ้ำครั้งที่ ๒ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งมารดาและทารก^{๑๔} แต่ด้วยมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดที่ยังไม่สมบูรณ์ กล่าวคือ หลังให้การกู้ชีพทารกในครรภ์แล้วอัตราการเต้นของหัวใจทารกกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งตามทฤษฎีก็ยังไม่ให้ผ่าตัดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องได้^{๑๕} หลังจากการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ยังพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกที่ผิดปกติซ้ำและมี Recurrent variable decelerations มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของการหดตัวของมดลูก หลังให้การช่วยกู้ชีพทารกในครรภ์แล้วอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง ๘๐ - ๑๔๐ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ ปากมดลูกไม่เปิดขยายเพิ่ม ร่วมกับมีภาวะน้ำเดินมากกว่า ๒๔ ชั่วโมง แพทย์จึงพิจารณาให้ช่วยคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แรกคลอดพบซีเทาปนน้ำคร่ำ อาจเกิดได้จากทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ทำให้เกิดการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสตามปกติที่เกิดจากการหยุดชะงักของการไหลเวียนเลือดในสายสะดือหรือสายสะดือถูกกดชั่วคราว ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้นจนเกิดการขับถ่าย ทำให้มีซีเทาปนออกมาในน้ำคร่ำได้^{๑๖} ซึ่งได้เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการกู้ชีพทารกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที หากเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ถ้าเทียบกับทฤษฎีแล้วกระบวนการการดูแลรักษาของกรณีศึกษารายนี้ถือว่าได้รับการดูแลที่เหมาะสม พยาบาลเฝ้าคลอดสามารถประเมินภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนได้รวดเร็ว รวมถึงให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที ทำให้มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ดังนั้น พยาบาลเฝ้าคลอดจึงมีบทบาทสำคัญมากในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการคลอด ต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญอย่างมากในการดูแล และต้องมีการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ มาเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และสังคม อีกทั้งต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย อันเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารกในครรภ์

ข้อเสนอแนะ

๑. การนำคู่มือ การตรวจและแปลผลอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องตรวจไฟฟ้า (Electric fetal monitoring: EFM) ที่ได้จัดทำขึ้นไปใช้นั้น ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงาน เจ้าหน้าที่พยาบาล สถานที่ และอุปกรณ์เสมอ และควรมีการจัดอบรมโดยสุติแพทย์ในการให้ความรู้เรื่องการใช้และการอ่านผลเครื่องตรวจอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกโดยใช้เครื่องตรวจไฟฟ้า (EFM) ประจำปี โดยจัดอบรมปีละ ๒ ครั้ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดเกิดความเชี่ยวชาญและอ่านผลได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

๒. การสื่อสารข้อมูล การส่งต่ออาการและการประสานงานที่ดีในระหว่างหน่วยงานจะทำให้สามารถช่วยเหลือมารดาและทารกได้ทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดตามมาได้ และสามารถวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย สุขภาพแข็งแรง

๓. การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) พยาบาลต้องจัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตทารกในระยะวิกฤตให้พร้อมต่อการใช้งานอยู่เสมอ และต้องมีความรู้ มีทักษะในการดูแลทารก รวมถึงการประเมินและให้ความช่วยเหลือต่อเนื่องจนทารกสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตได้และปลอดภัย

๔. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของมารดาและทารกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลต้องมีบทบาทในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการดูแลมารดาและทารกเมื่อกลับบ้าน ควรมีการเตรียมมารดาตั้งแต่เริ่มแรกและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลมารดาและทารก พร้อมทั้งมีการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจหลังจากที่ได้รับคำแนะนำ เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างถูกต้อง

๕. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์และทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดร่วมกับมีไข้ทารกน้ำคร่ำ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในพยาบาลให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งควรมีการเผยแพร่องค์ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ให้แก่หน่วยงานอื่นและผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

๑. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, อีระ ทองสง. ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์. ใน: อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: ลักขมิรุ้งการพิมพ์; ๒๕๖๔. หน้า ๒๖๒-๒๗.
๒. วรพงศ์ ภูพงค์. ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด. ใน: เอื้อน ต้นนิรันดร์, วรพงศ์ ภูพงค์, เอกชัย โคววิสารัช, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; ๒๕๕๖. หน้า ๓๘-๕๒.
๓. Kuba K. Prelabor Rupture of Membranes. J Practice Bulletins-Obstetrics ๒๐๑๘;๓๑:๑-๔.

๔. ปิยะนุช ชูโต. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด. ใน: บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, บรรณาธิการ. สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๖๒. หน้า ๒๙๑-๓๔๕.
๕. ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี. ฝ่ายการพยาบาล. งานห้องคลอด. สถิติงานห้องคลอด ปี ๒๕๖๔ ราชบุรี: โรงพยาบาล; ๒๕๖๔.
๖. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การคลอดปกติทางช่องคลอด [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๖๓ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก: <https://w๑.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/normal-labor/>
๗. ปฐมพร เดียวทิพย์สุคนธ์. การพยาบาลในระยะที่หนึ่งของการคลอด. ใน: มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม ๒. พิมพ์ครั้งที่ ๑๕. นนทบุรี: ธนาเพลส; ๒๕๖๒. หน้า ๑๙-๗๔.
๘. สินีนาฏ หงส์ระนัย. หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลในระยะที่หนึ่งของการคลอด. ใน: สินีนาฏ หงส์ระนัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลในระยะคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; ๒๕๕๖. หน้า ๑๑๑-๒๔.
๙. สายพิณ พงษ์ธา. การชักนำการคลอด. ใน: ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: ลักษมีรุ่งการพิมพ์; ๒๕๖๔. หน้า ๖๓๐-๔๐.
๑๐. สินีนาฏ หงส์ระนัย. การพยาบาลในระยะที่หนึ่งของการคลอด. ใน: สินีนาฏ หงส์ระนัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลในระยะคลอด: หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; ๒๕๕๖. หน้า ๕๕-๑๑๐.
๑๑. ภูติศ เจต๊ะวรรณ, วีรวิทย์ ปิยะมงคล. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์. ใน: ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: ลักษมีรุ่งการพิมพ์; ๒๕๖๔. หน้า ๗๖๒-๘๐.
๑๒. นลัท สมภักดี, กุศล รัศมีเจริญ. การเต้นที่ผิดปกติของหัวใจทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอด. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, กนกวรรณ วัฒนนิรันตร์, บรรณาธิการ. ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง; ๒๕๖๒. หน้า ๑๓๑-๔๐.
๑๓. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์. ใน: ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม ๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑๖. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; ๒๕๖๒. หน้า ๓๑๑-๒๒.
๑๔. วราภรณ์ พันธศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ ๑ ของการคลอดแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ๒๕๖๔; ๔:๑-๑๒.
๑๕. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. ความผิดปกติของรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33346/>
๑๖. ขวัญภรณ์ วัฒนวิไล. ภาวะซีเทาบนน้ำคร่ำ. ใน: ขวัญภรณ์ วัฒนวิไล, บรรณาธิการ. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๕๘. หน้า ๙๔-๙๖.