

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด
จากรกลอกตัวก่อนกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด: กรณีศึกษา
Nursing Care of Pregnant Women Experiencing Antepartum
Hemorrhage from Abruptio Placenta with Caesarean Section : Case study

เปรมฤทัย หล้าป้อง
ศุภณัฏฐ์ นามัยที่ ๕ ราชบุรี

บทคัดย่อ

รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ เนื่องจากเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การตกเลือดก่อนคลอด อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียเลือดมากจนเกิดภาวะช็อค เพิ่มอุบัติการณ์การให้เลือดและอัตราการตายของมารดา ส่วนทารกพบภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์และเสียชีวิตได้มากจากภาวะนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพยาธิสภาพของโรคและวิเคราะห์กระบวนการดูแลและให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากรกลอกตัวก่อนกำหนด เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้คลอดให้ได้รับความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ ๓๗⁺₄ สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์มีน้ำเดิน และมีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ๒ ผืน ๑ ชั่วโมงก่อนมา แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกลอกตัวก่อนกำหนดและได้รับการผ่าตัดคลอด ก่อนคลอดมีการเฝ้าระวังภาวะช็อคจากการเสียเลือดของมารดาและภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เมื่อพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ ให้การช่วยเหลือทารกในครรภ์เบื้องต้นอย่างเหมาะสม มีการเตรียมความพร้อมในการกู้ชีพมารดาและทารกแรกคลอด หลังผ่าตัดมารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างรวดเร็วจากกระบวนการรักษาและการดูแลดังกล่าว ด้านมารดาไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวม ๗ วัน ด้านทารกไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์และแรกเกิด แต่หลังจากนั้นเริ่มมีหายใจเร็ว ตรวจพบน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกมีภาวะดังกล่าว ทารกได้รับการรักษาและดูแลในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติของโรงพยาบาลรวม ๑๔ วัน

คำสำคัญ : รกลอกตัวก่อนกำหนด/ ตกเลือดก่อนคลอด/ การพยาบาล

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

รกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio Placenta or Placental Abruption) คือ ภาวะที่มีการลอกหรือแยกตัวจากผนังมดลูกของรกที่เกาะในตำแหน่งปกติก่อนที่จะทารกจะคลอด หลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์^(๑-๒) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การตกเลือดก่อนคลอด (Antepartum Hemorrhage) ในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์โดยคิดเป็นร้อยละ ๒๒ ของการตกเลือดก่อนคลอดทั้งหมด ถือเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางสูติศาสตร์เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์^(๓) การลอกตัวของรกทำให้เลือดออกแทรกระหว่างรกและผนังมดลูก ส่งผลต่อพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซและสารอาหารระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนและตายในครรภ์ที่พบได้บ่อย ส่วนภาวะแทรกซ้อนในมารดาพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด จนทำให้เกิดภาวะช็อค และมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เพิ่มอุบัติการณ์การให้เลือดและอาจรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ การวินิจฉัยรกลอกตัวก่อนกำหนด อาศัยอาการและการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก^(๒) โดยหญิงตั้งครรภ์มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์รุนแรง ร่วมกับตรวจพบภาวะมดลูกหดตัวแข็งเกร็งนานต่อเนื่องมากกว่า ๙๐ วินาที โดยไม่มีระยะพักหรือระยะพักสั้น (Tetanic Contraction) และมักตรวจพบความผิดปกติของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ส่วนภาวะเลือดออกทางช่องคลอดนั้นอาจพบได้ แต่ปริมาณเลือดที่ออกให้เห็นอาจไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะนี้ รกลอกตัวก่อนกำหนดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและความรุนแรง ไม่สามารถทำนายการเกิดได้ และยังไม่มีแนวทางป้องกัน^(๑-๒) จากการศึกษาพบว่าในรายที่มีรกลอกตัวก่อนกำหนดพบทารกตายในครรภ์สูงถึง ๑๐ เท่าเมื่อเทียบกับรายที่ไม่มีภาวะนี้ สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด และภาวะเครียดหรือภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์ (Fetal Distress) ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) อัตราการตายปริกำเนิดสูงขึ้น ส่วนทารกที่รอดชีวิตมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นด้วย^(๔) ซึ่งอัตราการตายของมารดาและอัตราการตายปริกำเนิดของทารกถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก^(๕) อุบัติการณ์การเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดพบแตกต่างกันในแต่ละสถาบันขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการวินิจฉัย โดยเฉลี่ยพบประมาณร้อยละ ๐.๕ - ๑ ของการคลอดทั้งหมด แต่หากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดรุนแรงจนทำให้ทารกเสียชีวิต พบประมาณร้อยละ ๐.๒๔^(๑-๒)

ในประเทศไทยไม่มีการรายงานสถิติการเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดที่แน่ชัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยในแต่ละโรงพยาบาลหรือแต่ละสถาบันมีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มักวินิจฉัยได้หลังคลอดไปแล้วจากการตรวจพบก้อนเลือดหลังรก และไม่ได้มีการลงบันทึกในเวชระเบียนหรือประวัติการคลอดสำหรับในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี จากรายงานการคลอดในปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดในแต่ละปีดังนี้ คือ ในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๕ , ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๑ และในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๓ ของการคลอดทั้งหมดในแต่ละปี ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๔ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดชนิดรุนแรงและทำให้ทารกเสียชีวิตแรกคลอด มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรงจนเกิดภาวะช็อคและได้รับเลือด จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๘ ของการเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดทั้งหมดของปี ๒๕๖๔^(๖) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดแม้จะพบได้น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนการคลอดทั้งหมด แต่มีความรุนแรงมาก เนื่องจากถ้าเกิดขึ้นแล้วมีผลทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตได้มาก รวมทั้งอาจทำให้มารดามีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดที่รุนแรงจนเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตได้ หรือหากรอดชีวิตก็อาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาได้ ทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น

ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และมีความเห็นว่าพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกให้ได้รับความปลอดภัยทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ ในการประเมินอาการของทั้งมารดา และทารกในครรภ์ที่รวดเร็วและแม่นยำ มีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม อย่างทัน่วงที จึงจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงดังกล่าวได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาทำเป็นคู่มือหรือแนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี เพื่อใช้ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือสงสัยรกลอกตัวก่อนกำหนดได้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและได้รับความปลอดภัย บรรลุเป้าหมาย ที่ว่า “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับนิสิต นักศึกษาหรือผู้ที่สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ ดังนี้

๑. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รับบริการ ๑ ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกลอกตัวก่อนกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในช่วง วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ ถึง ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔
๒. ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ถึง ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษา โดยพิจารณาจากโรคที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และอาจจะส่งผลกระทบต่อชีวิตผลการดำเนินงานของหน่วยงาน
๒. ยื่นเรื่องขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำกรณีศึกษาและขออีเมลเวชระเบียน Electronic HosXP เอกสารเวชระเบียน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
๓. จัดทำโครงร่างกรณีศึกษา โดยปรึกษาสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบแนะนำ
๔. ส่งโครงร่างกรณีศึกษาเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (รายงานการจัดทำกรณีศึกษาฉบับนี้ ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี เลขที่ ๗/๒๕๖๕ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕)
๕. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางการดูแลรักษาและการให้การพยาบาลที่ถูกต้องเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

๖. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๗. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิต สังคม และอารมณ์หรือจิตวิญญาณ

๘. สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะแล้วรวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารก ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือสงสัยรกลอกตัวก่อนกำหนดที่มาคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ได้รับการประเมินอาการและการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๒. เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางประกอบการวางแผนการพยาบาล และเป็นเอกสารเพิ่มพูนความรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

๓. เพื่อนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้รับบริการหญิงไทย อายุ ๓๐ ปี น้ำหนัก ๗๓.๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๓ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๗.๗๓ กิโลกรัมต่อตารางเมตร อายุครรภ์ ๓๗⁺๔ สัปดาห์ By LMP

การวินิจฉัยแรกรับ G_๑P_๐ GA ๓๗⁺๔ wks. with Antepartum Hemorrhage R/O Abruptio Placenta

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย G_๑P_๐ GA ๓๗⁺๔ wks. with Antepartum Hemorrhage with Partial Abruptio Placenta with Caesarean Section

วันที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษ ๗ วัน

อาการสำคัญ เจ็บครรภ์มีน้ำเดินและมีเลือดออกทางช่องคลอด ๑ ชั่วโมง ก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์ท้องแรก อายุครรภ์ ๓๗⁺๔ สัปดาห์ By LMP มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ๑ ชั่วโมงก่อนมา เจ็บครรภ์ทุก ๕ นาที มีน้ำเดิน และมีเลือดสีแดงสดไหลจากช่องคลอด ชุ่มผ้าอนามัยประมาณ ๒ ผืน วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๔ วันครบกำหนดคลอด วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ จากประวัติฝากครรภ์ไม่พบรกเกาะต่ำ ไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการถูกกระแทกบริเวณหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร และการใช้สารเสพติด ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

ประวัติการฝากครรภ์/การคลอด (ทางสูติ) ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ ฝากครรภ์ทั้งหมด ๙ ครั้ง ที่คลินิก ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ตลอดการตั้งครรภ์ไม่พบอาการผิดปกติ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ ๑ และ ๒ ปกติ

การตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป : หญิงตั้งครรภ์รูปร่างสูงสมส่วน ผสมสีด้ายาว ผิวขาวเหลือง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ มีสีหน้าวิตกกังวล แกรับหญิงตั้งครรภ์มาด้วยรถเข็นนั่ง

สัญญาณชีพแรกเริ่ม : อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๗/๘๓ มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๘ %

การตรวจร่างกายตามระบบ

- ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมหยาบสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ลำคอไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- ตา : อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง

- หู : ลักษณะใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากหู

- จมูก : ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

- ช่องปาก : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อบุช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ

- ปอด : ปกติ ไม่มีเสียง Crepitation

- หัวใจ : จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ๙๒ ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง Murmurs

- เต้านม : เต้านมและหัวนมขนาดปกติ เท่ากันทั้งสองข้าง

- หน้าท้อง : ระดับยอดมดลูก ๓/๔ > สะดือ คลำทารกได้ส่วนหน้าเป็นศีรษะ เข้าอุ้งเชิงกราน ฟังเสียงหัวใจทารกได้ทางหน้าท้องด้านล่างขวา ฟังชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ ๑๐๘ ครั้งต่อนาที มีท้องแข็งทุก ๒ นาที มีการดิ้นของทารกในครรภ์ ไม่มีท้องอืด คลำไม่พบก้อน

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก : ลักษณะปกติ ไม่มีแผล มีเลือดสีแดงสดไหลออกจากช่องคลอด

- กล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ : Hct = ๔๓ %, COVID - ๑๙ Rapid Test = Negative, RT- PCR : Not Detected

การตรวจพิเศษ :

Ultrasound พบ Partial Abruptio Placenta at Fundus, EFW ๒,๗๐๐ gm., Single Baby, Vertex Presentation

Electronic Fetal Monitoring (EFM) Category ๒ : FHR Base Line ๑๔๒ bpm with Variable Deceleration with Marked Variability with Prolong Deceleration และพบมี Tetanic Contraction สัมพันธ์กับภาวะสายสะดือถูกกดและ ภาวะเลือดไปเลี้ยงรกและมดลูกบกพร่องจากภาวะน้ำเดินและรกลอกตัวก่อนกำหนด

อาการและอาการแสดง แผนการรักษารายวัน

วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ แรกเริ่มที่ห้องคลอด วัดสัญญาณชีพปกติ ตรวจครรภ์ ยอดมดลูกระดับ ๓/๔ > สะดือ, มดลูกหดตัวทุก ๒ นาที, นาน ๒๕ - ๓๕ วินาที ความรุนแรง ๓+ Pain Score ๕ คะแนน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ๑๐๘ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้รับการตรวจภายใน แพทย์มีแผนการรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น Acetar ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ในอัตราไหล ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, งดน้ำงดอาหารทางปาก, จองเลือดชนิด Pack Red Cell ๒ ยูนิต, ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด แรกเริ่ม ๔๓ %, ติดเครื่อง EFM พบค่ากลางของอัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๒ ครั้งต่อนาที มีการลดลง

ของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างฉับพลัน ใช้เวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดต่ำสุดน้อยกว่า ๓๐ วินาที โดยการลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ครั้งต่อนาที และคงอยู่นานมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ วินาที แต่ไม่เกิน ๒ นาที (Variable Deceleration) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกมากกว่า ๒๕ ครั้งต่อนาที (Marked Variability) ในอัตรา ๑๐๐ - ๑๔๐ ครั้งต่อนาที พบมีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างน้อย ๑๕ ครั้งต่อนาทีจากอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย และคงอยู่นานมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ นาที แต่ไม่เกิน ๑๐ นาที (Prolonged Deceleration) ร่วมกับมีมดลูกหดตัวแข็งเกร็งนานต่อเนื่องมากกว่า ๙๐ วินาที ระยะพักสั้น การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์จัดอยู่ในกลุ่มก้ำกึ่ง (Category ๒) แปลผล สัมพันธ์กับภาวะสายสะดือถูกกด และภาวะการไหลเวียนเลือดในมดลูกและรกบกพร่อง ดูแลช่วยเหลือทารกในครรภ์ โดยจัดทำหญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายศีรษะสูง ๓๐ องศา เพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จากเดิมเป็น ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ออกซิเจนชนิด Mask With Bag ๑๐ ลิตรต่อนาที รายงานแพทย์รับทราบ สงสัยภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด แพทย์ให้สังเกตอาการและติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยติดเครื่องตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่อ หลังดูแลช่วยเหลือหรือกู้ชีพทารกในครรภ์ ประเมินอาการทารกซ้ำจากการตรวจด้วยเครื่อง EFM พบว่าอยู่ในกลุ่มปกติ (Category ๑) แพทย์ทำการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบมีรกลอกตัวบางส่วนที่บริเวณยอดมดลูก ไม่พบรกเกาะต่ำ ตรวจภายในพบ ปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ๒๕ %, ระดับของส่วนน้ำ-๒, มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ พบมีก้อนเลือดที่ปากมดลูก แพทย์มีคำสั่งการรักษา ให้เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้า-ท้อง หลังได้ผล RT-PCR COVID-๑๙ โดยให้เฝ้าสังเกตอาการต่ออย่างใกล้ชิด ติดเครื่อง EFM ตลอดเวลาเพื่อเฝ้าระวัง Fetal Distress วางแผนผ่าตัดคลอดทันที ถ้ามีภาวะ Fetal Distress หรือมารดามีเลือดออกมากขึ้น เวลา ๑๔.๔๐ น. ผล RT-PCR COVID-๑๙ ไม่พบการติดเชื้อโควิด-๑๙ รายงานแพทย์รับทราบ และเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับผ่าตัดคลอด เวลา ๑๕.๒๐ น. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัด Low Transverse Cesarean Section With Appendectomy Under GA Via ETT ระหว่างผ่าตัดคลอดได้รับยา Methergin ๐.๒ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ, ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด ๕%D/N/๒ ๑๐๐๐ มิลลิลิตร ผสมยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin ๒๐ ยูนิต หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, Duratocin ๑๐๐ ไมโครกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ, Cytotec ๕ เม็ด เหน็บทางทวารหนัก ตลอดการผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๑๐/๖๐ - ๑๓๐/๘๕ มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ - ๑๑๐ ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ ๒๐ - ๒๒ ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % หลังผ่าตัดคลอดสามารถถอดท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจได้ มดลูกหดตัวดี ปริมาณเลือดที่สูญเสียไปตลอดการผ่าตัด ๔๐๐ มิลลิลิตร หลังเข้าห้องพักฟื้นในห้องผ่าตัด เพื่อสังเกตอาการต่ออีก ๒ ชั่วโมง มีปวดแผลผ่าตัด Pain Score ๕ - ๘ คะแนน ได้รับยา Pethidine ๓๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ๑ ครั้ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดไหลอย่างรวดเร็วยังช่องคลอด สามารถย้ายเข้าหอผู้ป่วยหลังคลอด ๔ ได้ตามเวลา

ด้านทารก คลอด เวลา ๑๕.๔๒ น. เพศชาย น้ำหนัก ๒,๘๖๐ กรัม APGAR Score ๙, ๑๐, ๑๐ คะแนน ที่นาที่ ๑, ๕ และ ๑๐ ตามลำดับ ให้การดูแลทารกตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดทั่วไป เวลา ๑๖.๐๐ น. ทารกเริ่มมีหายใจเร็ว ออกบูมและใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ ๑๐๐ ครั้งต่อนาที, อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๗๐ ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ๘๘ %, อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๓ องศาเซลเซียส ช่วยเหลือทารกโดยการดูดเสมหะ ได้น้ำใสๆ เหนียวปริมาณพอควร ให้ Oxygen Box ๑๐ ลิตรต่อนาที, ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดซ้ำเท่ากับ ๙๗ % ส่งทารกสังเกตอาการที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

จากการติดตามเยี่ยมอาการ

วันที่ ๗ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ มารดาหลังผ่าตัดคลอดวันที่ ๑ ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain Score ๒ คะแนน มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงจางลง ออกปกติ น้ำนมเริ่มซึม รับประทานอาหารได้ดีไม่มีอาการท้องอืด เคลื่อนไหวร่างกายและช่วยเหลือตัวเองได้ดี หลังถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง เปลี่ยนยาฉีดเป็นแบบรับประทานและหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔ มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ ๓ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain Score ๒ คะแนน แผลผ่าตัดไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึม สามารถเดินไปให้นมบุตรที่แผนกทารกวิกฤติได้ แพทย์มีคำสั่งให้กลับบ้านได้เมื่อพร้อม มารดากลับบ้านวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ (ส่วนบุตรยังต้องรักษาตัวต่อ) รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด ๗ วัน

ด้านทารก

หลังส่งทารกสังเกตอาการที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ได้รับการรักษาโดยการให้ Oxygen Box ๑๐ ลิตรต่อนาที, ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ ๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ความเข้มข้นของเลือด ๕๕ %, ถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ทรวงอก พบมีน้ำบริเวณเยื่อหุ้มปอด กุมารแพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดร่วมกับมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้รับการรักษาตัวในแผนกทารกวิกฤติ จนอาการดีขึ้นเป็นปกติและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด ๑๔ วัน

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑ : มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดมาก เนื่องจากมีเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน : S : “มีเลือดสีแดงสดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ๒ ผืน ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล”

O : ๑) หญิงตั้งครรภ์ G_๑P_๐ อายุครรภ์ ๓๗^๕ สัปดาห์ By LMP แรกได้รับเจ็บครรภ์ถี่ ทุก ๒ นาที และมีเลือดสีแดงสดไหลออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ ภายใน ๑ ชั่วโมง มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย อีก ๑ ผืน

๒) แพทย์ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบรกลอกตัวบางส่วนบริเวณยอดมดลูก

เป้าหมายการพยาบาล : ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดมาก

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะช็อค เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย เป็นต้น
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท, Pulse Pressure : อยู่ในช่วง ๓๐ - ๔๐ มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ ๑๖ - ๒๐ ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ - ๑๐๐ %
- ปริมาณปัสสาวะออกอย่างน้อย ๓๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
- ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ที่เกิดจากการสูญเสียเลือดในปริมาณมาก

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น มีเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น

๒. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ถ้าพบความผิดปกติของสัญญาณชีพ คือ ความดันโลหิต < ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ > ๑๐๐ ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ > ๒๔ ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด < ๙๕ % รีบรายงานแพทย์ทันที

๓. ให้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและคอยประเมินเลือดที่ออกทุก ๑๕ นาที จนกระทั่งพบว่าปริมาณเลือดออกลดลง ไม่มีการไหลอย่างรวดเร็วจน

๔. ให้การพยาบาลเบื้องต้นเมื่อพบภาวะช็อค เช่น จัดท่านอนราบศีรษะต่ำไม่หนุนหมอน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็วและให้ออกซิเจน

๕. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด ค่าการแข็งตัวของเลือด และจ้องเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

๖. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

๗. ประเมินปริมาณปัสสาวะ หากออกน้อยกว่า ๓๐ มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์

๘. งดตรวจภายในทางช่องคลอดและทางทวารหนัก ถ้ายังไม่สามารถระบุได้ว่ามีภาวะรกเกาะต่ำหรือไม่

๙. งดอาหาร น้ำ และยาทางปากทุกชนิดเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

๑๐. เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรในการกู้ชีพทั้งมารดาและทารกให้พร้อมเพื่อให้สามารถช่วยชีวิตมารดาและทารกได้ทันทีหากเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินขึ้น

การประเมินผล : หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค เลือดออกทางช่องคลอดลดลง ไม่มีเลือดออกที่ไหลอย่างรวดเร็วจน ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒ เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวถี่

ข้อมูลสนับสนุน S : “เจ็บครรภ์มาก ต้องทำยังไงคะ”

O : ๑) หญิงตั้งครรภ์หน้านี้รู้สึกปวด บิดตัวไปมาเวลามดลูกหดตัว Pain Score ๕ คะแนน

๒) มดลูกหดตัวถี่ทุก ๒ นาที นาน ๒๕ - ๓๕ วินาที ความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก ๒+ - ๓+ คลายตัวไม่สุด ระยะพักสั้น

เป้าหมายการพยาบาล : หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวเผชิญกับความเจ็บปวดขณะมดลูกมีการหดตัวได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมิน : หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถพักผ่อนได้มากขึ้น กระสับกระส่ายลดลง ไม่ร้องเอะอะโวยวายขณะที่มดลูกหดตัว และสามารถใช้เทคนิคในการผ่อนคลายความเจ็บปวดด้วยวิธีต่างๆ ได้ถูกวิธี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการเจ็บครรภ์ของมารดาโดยใช้ Pain Score เพื่อเลือกใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

๒. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๑๕ - ๓๐ นาที

๓. ติดเครื่อง EFM ให้หญิงตั้งครรภ์ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยการบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกและความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก

๔. ประเมินความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ

๕. แนะนำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ

๖. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเจ็บครรภ์และแผนการรักษา ปลอบโยน ให้กำลังใจชื่นชมเมื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถใช้เทคนิคในการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ถูกต้อง

๗. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น

๘. ให้อาบบรรเทาปวดตามแผนการรักษาหากมีอาการปวดมากขึ้นหรือไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้

การประเมินผล : หญิงตั้งครรภ์ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สุขสบายขึ้น สามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด ขณะมดลูกมีการหดตัวได้ถูกวิธี ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี Pain Score ๓ คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและสุขภาพของทารกในครรภ์ เนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S : “เลือดออกเยาะแบบนี้จะเป็นอะไรหรือเปล่าคะ”

O : หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามถึงอาการของตนเองและทารกในครรภ์บ่อยครั้ง

เป้าหมายการพยาบาล : หญิงตั้งครรภ์ คลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมิน : หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าท่าทาง แจ่มใสมากขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการแสดงและแผนการรักษามากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์โดยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด อาการและอาการแสดง อธิบายการตรวจพิเศษต่างๆ แผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งบอกเหตุผลก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง และพูดคุยให้กำลังใจในการรับการรักษา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจว่าอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์และพยาบาลที่มีมาตรฐาน ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง

๓. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าทารกในครรภ์จะได้รับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตลอดเวลา โดยการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และตรวจด้วยเครื่อง EFM

๔. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยคำพูดที่เป็นกันเองและเข้าใจง่าย

การประเมินผล : หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการที่เป็น ตลอดจนแผนการรักษามากขึ้น สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ สีหน้าแจ่มใสมากขึ้น คลายความวิตกกังวลลง และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์ (Fetal Distress) เนื่องจากมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน S : “เจ็บครรภ์มีน้ำเดินและมีเลือดสีแดงสดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ๒ ผืน ๑ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล”

O : ๑) หญิงตั้งครรภ์ G_๑P_๐ อายุครรภ์ ๓๗^๓ สัปดาห์ By LMP แรกรับมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ ทุก ๒ นาที และมีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นลักษณะสีแดงสดไหลออกมาเรื่อยๆ ภายใน ๑ ชั่วโมง หลังรับใหม่มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย ๑ ผืน

๒) แรกรับ เวลา ๐๕.๔๐ น. วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ๑๐๘ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ และผลการตรวจด้วยเครื่อง EFM พบมี Variable Deceleration with Marked Variability และมี Prolonged Deceleration และมี Tetanic Contraction, EFM Category ๒

๓) แพทย์ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบรกลอกตัวบางส่วนบริเวณยอดมดลูก

เป้าหมายการพยาบาล : เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมิน :

- อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที) สม่ำเสมอ
- ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด, APGAR Score นาทีที่ ๑ และ ๕ มากกว่า ๗ คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ทำการกู้ชีพหรือช่วยเหลือทารกในครรภ์ (Intrauterine Resuscitation : IUR) ดังนี้^(๑๗-๑๘)

๑.๑ จัดท่าให้มารดานอนตะแคงซ้าย ศีรษะสูงเล็กน้อย อย่างน้อย ๑๕ องศา เพื่อช่วยลดการกดของมดลูกต่อเส้นเลือดดำใหญ่ที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูก รกและทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น

๑.๒ ดูแลให้ออกซิเจนชนิด Mask With Bag ๑๐ ลิตรต่อนาที แก่มารดาเพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนมากขึ้น

๑.๓ ดูแลให้ Acetar ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา ๑๒๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูกและรกได้ดีขึ้น

๒. ติดเครื่อง EFM ตลอดเวลา เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ซ้ำหลังทำการกู้ชีพหรือช่วยเหลือทารกในครรภ์ ถ้าไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดคลอด

๓. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอด มดลูกหดรัดตัว แข็ง ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง และทารกดิ้นน้อยลง มีอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์น้อยกว่า ๑๑๐ ครั้งต่อนาที

๔. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ทำจิตใจให้สบาย เพื่อลดความตึงเครียด

๕. เตรียมอุปกรณ์และทีมในการกู้ชีพทารกให้พร้อม แจ้งกุมารแพทย์รับทราบ หากมีการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถทำการช่วยเหลือทารกแรกเกิดได้ทันเวลาที่

การประเมินผล : หลังทำการช่วยเหลือทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๔๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที ผลตรวจด้วยเครื่อง EFM อยู่ในกลุ่มปกติ ไม่พบการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกที่ผิดปกติ แรกเกิดทารก Active ดี APGAR Score ๙, ๑๐, ๑๐ ที่นาทีที่ ๑, นาทีที่ ๕ และนาทีที่ ๑๐ ตามลำดับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๕ หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และความพร้อมในการผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : “รู้สึกกลัวการผ่าตัดคลอด เนื่องจากไม่เคยผ่าตัดอะไรมาก่อนและยังไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจในการผ่าตัด”

O : หญิงตั้งครรภ์ G๑P๐ อายุครรภ์ ๓๗⁺๔ สัปดาห์ มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกลอกตัวก่อนกำหนดบางส่วน แพทย์ประเมินปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการคลอดและยังมีเลือดออกทางช่องคลอดอยู่ แพทย์จึงพิจารณาให้คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด

เป้าหมายการพยาบาล : เพื่อเตรียมพร้อมหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมินผล : หญิงตั้งครรภ์เข้าใจเหตุผลในการผ่าตัดคลอด คลายความกลัวและความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือในการรักษา และได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนไปผ่าตัดครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทราบและเข้าใจถึงเหตุผลของการที่ต้องผ่าตัดคลอด

๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดคลอด

๓. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติอ่านและลงนามในเอกสารยินยอมทำการผ่าตัดคลอด

๔. ให้สารน้ำเป็น Acetar ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา ๑๐๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา

๕. ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Cefazolin ๑ กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา

๖. ดูแลकाสายสวนปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

๗. ตรวจสอบฟันปลอม ของมีค่าฝากไว้กับญาติและให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากก่อนไปห้องผ่าตัด

๘. ตรวจสัญญาณชีพ และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ก่อนไปห้องผ่าตัด

การประเมินผล : มารดาฟังคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาก่อนผ่าตัดเป็นอย่างดี ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ครบถ้วนบรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๖ ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด

ข้อมูลสนับสนุน O : ๑) มารดามีเลือดออกก่อนคลอดจากมดลูกก่อนกำหนด

๒) ผลการตรวจด้วยเครื่อง EFM แรกัรับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์จัดอยู่ในกลุ่มก้ำกึ่ง แผลผล สัมพันธ์กับภาวะสายสะดือถูกกด และการไหลเวียนเลือดในมดลูกและรกบกพร่อง

๓) มารดา G_๑P_๐ อายุครรภ์ ๓๗^๔ สัปดาห์ มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกลอกตัว ก่อนกำหนดบางส่วน ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยใช้การระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบ

เป้าหมายการพยาบาล : ทารกไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล : - APGAR Score นาที่ที่ ๑ และ ๕ มากกว่า ๗ คะแนน

- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิกาย ๓๗ ± ๐.๕ องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๑๐ – ๑๖๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๔๐ - ๖๐ ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๙๕ – ๑๐๐ %

กิจกรรมการพยาบาล

๑. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารก เพื่อให้พร้อมต่อการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ประเมินสภาพทารกแรกเกิดและให้การช่วยเหลือตามขั้นตอน ได้แก่ ประเมิน APGAR Score ทารกแรกเกิด ดูแลดูแลสะดือเพื่อให้ระบบทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและการสูดสำลักน้ำคร่ำ ดูแลให้ออกซิเจนถ้าทารกมีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน

๓. เช็ดตัวให้แห้งภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนและทารกได้รับความอบอุ่น

๔. จัดท่านอนทารกให้ทางเดินหายใจโล่ง เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

๕. วัดติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของร่างกาย

การประเมินผล : ทารกแรกเกิด APGAR Score นาที่ที่ ๑, ๕ และ ๑๐ ได้ ๙, ๑๐ และ ๑๐ คะแนนตามลำดับ ๑๘ นาที่หลังคลอด ทารกมีหายใจเร็ว หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๗๐ ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะหายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจน ๘๘ % อุณหภูมิกาย ๓๗.๓ องศาเซลเซียส หายใจมีอึกขุ่นและใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยในการหายใจ ให้ Oxygen Box ๑๐ ลิตรต่อนาที รายงานกุมารแพทย์และส่งส่งเอกซเรย์ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๗ มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S : “มีเลือดสีแดงสดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ๒ ผืน ๑ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล”

O : ๑) มารดา G_๑P_๐ อายุครรภ์ ๓๗⁺_๔ สัปดาห์ มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากมีรก-ลอกตัว ก่อนกำหนดบางส่วน ภายใน ๑ ชั่วโมงหลังรับใหม่ มีเลือดออกชุ่มผ้าอนามัย ๑ ผืน และเสียเลือดจากการ ผ่าตัดคลอดทั้งหมด ๔๐๐ มิลลิลิตร

เป้าหมายการพยาบาล : มารดาไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน :

- มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็ง ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ชีพจร เบาเร็ว

- สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อัตราการเต้นของหัวใจ ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท, อัตราการหายใจ ๑๖ - ๒๐ ครั้งต่อนาที

- แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือด หรือสารคัดหลังซึม น้ำคาวปลาสีปกติ

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง, ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๑ ชั่วโมง จนกว่า อาการจะคงที่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

๒. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

๓. ให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้มดลูกหดรัดตัวได้ดี ป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด

๔. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้องและให้ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตปริมาณเลือด และลักษณะน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด เพื่อคาดคะเนการสูญเสียเลือดเพิ่มเติมหลังผ่าตัดคลอด

๕. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกและบันทึก ปริมาณปัสสาวะทุก ๔ ชั่วโมง

๖. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

การประเมินผล : มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูก หดรัดตัวดี แผลผ่าตัดที่หน้าท้องปิดก๊อชไว้ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลังซึมจากแผล น้ำคาวปลาสีปกติ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยอายุ ๓๐ ปี G_๑P_๐ อายุครรภ์ ๓๗⁺_๔ สัปดาห์ By LMP มา โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์มีน้ำเดินและมีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ๒ ผืน ๑ ชั่วโมงก่อนมา การวินิจฉัยแรกรับ G_๑P_๐ GA ๓๗⁺_๔wks with Antepartum Hemorrhage R/O Abruptio Placenta การ วินิจฉัยครั้งสุดท้าย G_๑P_๐ GA ๓๗⁺_๔wks with Antepartum Hemorrhage With Partial Abruptio Placenta With Caesarean Section รับไว้ในความดูแลวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๔ วันที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา ๗ วัน

จากการศึกษากรณีตัวอย่างสามารถสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดในระยะคลอด ดังนี้คือ

๑) เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อค โดย

ระยะก่อนคลอด บันทึกสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที สังเกตอาการเพื่อประเมินภาวะตกเลือดและภาวะช็อค สังเกตและบันทึกลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด งดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิด โดยให้

สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram) ประสานงานกับธนาคารเลือดเพื่อเตรียมความพร้อมใช้เลือดในกรณีฉุกเฉิน บันทึกปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับ และปริมาณปัสสาวะที่ออกไม่ควรน้อยกว่า ๓๐ มิลลิตรต่อชั่วโมง

ระยะคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๑๕ นาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และสังเกตความผิดปกติของกระบวนการคลอด เตรียมผู้คลอดเพื่อทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีผู้คลอดเข้าสู่ภาวะวิกฤติหรือทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างรวดเร็วตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะหลังคลอดทันทีจนถึง ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก และระดับยดมดลูกทุก ๑๕ นาที พร้อมทั้งสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อประเมินภาวะตกเลือด คาสายสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ป้องกันปัจจัยขัดขวางการหดตัวของมดลูก ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ ๑๖ - ๑๘ หากมีเลือดออกมากและเตรียมช่วยกู้ชีพมารดากรณีฉุกเฉิน

๒) เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน

ระยะก่อนคลอด ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๑๕ - ๓๐ นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ส่งเสริมให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นโดยจัดให้นอนตะแคงซ้าย ติดตามผลการตรวจด้วยเครื่อง EFM และให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

ระยะคลอด ติดเครื่อง EFM ตลอดเวลา และบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๕ นาที เตรียมความพร้อมของทีมและเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

ระยะหลังคลอด กรณีทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนหรือมีภาวะค้ำขัง รายงานกุมารแพทย์และเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด หลังจากนั้นเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดต่อ เนื่องจากภาวะ Fetal Distress หรือภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์และการงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานานของมารดา ก่อนคลอด อาจส่งผลให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ โดยประเมินจากอาการแสดงของทารกแรกเกิด และติดเครื่องประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทารกตลอดเวลา เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและติดตามอาการได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งหากมีภาวะดังกล่าวทารกมักจะแสดงอาการ เช่น หายใจเร็ว หอบเหนื่อย เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น และประสานงานกับหออภิบาลทารกวิกฤติเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดต่อไป

๓) เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด

สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง แผนการรักษา เหตุผลในการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดทราบข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งปลอบโยนและให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สำหรับแผนการรักษาและการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดรายนี้ถือว่าสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ทำการศึกษาบางส่วน กล่าวคือ ในระยะก่อนคลอดหญิงตั้งครรภ์จัดอยู่ในกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูง จึงต้องมีการงดน้ำงดอาหารทางปาก เพื่อเตรียมความพร้อมหากจำเป็นต้องมีการ

ผ่าตัดฉกฉุน มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีการจ้องเลือดเพื่อมีการใช้เลือดฉกฉุน และระหว่างรอคลอด มีการเฝ้าระวังภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์ โดยการติดเครื่องEFM ตลอดเวลา และเมื่อพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ มีการช่วยเหลือทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการเฝ้าระวังภาวะช็อคจากการเสียเลือดมากของมารดาอย่างใกล้ชิด มีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อแยกภาวะรกเกาะต่ำก่อนที่จะมีการตรวจประเมินปากมดลูก^(๑-๒,๗-๙) ด้านช่องทางการคลอดหลังการตรวจภายใน เมื่อประเมินโดยใช้ Bishop Score พบว่าปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการคลอดทางช่องคลอด แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดคลอด^(๑๐) และหลังคลอดมีการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แต่ในการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจจะยังไม่ครบถ้วน คือ ในรายที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือส่งสักรลอกตัวก่อนกำหนด ควรมีการส่งตรวจ CBC , ตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram) เพิ่มเติม เนื่องจากในภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดมักพบการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ ทั้งนี้เพื่อช่วยในการพยากรณ์ความรุนแรงของการลอกตัวของรก และป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากที่อาจจะเกิดขึ้นได้^(๑-๒) อย่างไรก็ตามจากแผนการรักษาและกระบวนการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกกรณีศึกษารายนี้ ด้านมารดาไม่พบภาวะช็อคจากการเสียเลือดมากก่อนคลอด และไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ด้านทารกในระยะก่อนคลอดและระยะคลอด ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่วนระยะหลังคลอดใน ๑๘ นาที พบทารกมีภาวะทารกหายใจเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำโดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้ ๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งจากการศึกษาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดนั้น พบว่ามีหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มารดาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอในระยะตั้งครรภ์ ทารกมีภาวะติดเชื้อมาก ทารกน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม หรือน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด เป็นต้น^(๑๑) ในทารกายนี้น้ำตาลไม่ได้มีการตรวจคัดกรองเบาหวานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และในระยะก่อนคลอดมารดาต้องงดน้ำงดอาหารเป็นเวลา ๑๗ ชั่วโมง ๒๐ นาที โดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ไม่มีส่วนประกอบของน้ำตาล จากการศึกษาของไพรินท์ สุคนธ์ตระกูล^(๑๒) เรื่องความก้าวหน้าการคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ พบว่าในระยะรอคลอดที่มดลูกมีการหดตัวถี่ ตามปกติหญิงตั้งครรภ์ต้องใช้พลังงานประมาณ ๗๐๐ - ๑,๑๐๐ กิโลแคลอรีต่อชั่วโมง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาได้รับพลังงานไม่เพียงพอจนอาจส่งผลต่อทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ จากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์มีเลือดก่อนคลอดกรณีที่เลือดออกไม่มากและจะต้องสังเกตอาการต่อเป็นเวลานาน ควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น ๕% Dextrose In Lactate Ringer Solution^(๑) ทั้งนี้เพื่อให้มารดาได้รับพลังงานทดแทนในระหว่างที่ต้องงดน้ำงดอาหาร จากแผนการรักษาและการให้การพยาบาลตั้งแต่รับไว้ในความดูแลจนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่วนทารกหลังได้รับการรักษามีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องอยู่ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เพื่อที่จะสามารถรายงานอาการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญในการซักประวัติ การประเมินอาการและอาการแสดง การประเมินปริมาณเลือดที่ออก การประเมินภาวะมดลูกหดเกร็งมากผิดปกติในมารดา และการอ่านและแปลผลรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์จากเครื่อง EFM เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ได้อย่างถูกต้อง และให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Fetal Distress ก่อนคลอด รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการกู้ชีพทั้งมารดาและทารกในกรณีเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ทำให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพผ่านการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย ตามเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรจัดให้มีการอบรม หรือส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้คลอดทุกระดับ ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะและเพิ่มพูนความรู้เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเลือดก่อนคลอด การอ่านและแปลผลรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์จากกราฟที่แสดงบนเครื่อง EFM เพื่อประเมินภาวะเครียดหรือภาวะคับขันของทารกในครรภ์ ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เพื่อให้การวินิจฉัยและให้การรักษายาบาลผู้คลอดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๒.๑ ควรมีการซ้อมแผนสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด การกู้ชีพมารดาและทารก ในหน่วยงานห้องคลอดหรือโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ และเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้เกิดความชำนาญ และเกิดความมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หากเกิดภาวะฉุกเฉิน

๒.๒ ควรจัดทำแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง EFM เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง และติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดให้เกิดความถูกต้องแม่นยำ และให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที

๓. ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือสงสัยรกลอกตัวก่อนกำหนด เปรียบเทียบ ข้อดี ข้อเสีย ของการดูแลรักษาแต่ละแบบ เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดแนวทางการดูแลที่มีมาตรฐาน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

๑. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การตกเลือดก่อนคลอด. ใน: อีระ ทองสง. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๖. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา; ๒๕๖๔. น. ๒๗๑-๗๖.
๒. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey M, editor. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022. p. 749-55.
๓. จาริศรี กุลศิริปัญญา. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดออกก่อนคลอด. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพลส; ๒๕๖๓. น. ๑๔-๘.
๔. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม ๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑๖. นนทบุรี: โครงการ สวัสดิการวิชาการ, สถาบันพระบรมราชชนก; ๒๕๖๒. น. ๒๙๕-๓๑๐.
๕. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดา[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; ๒๕๖๔. [ปรับปรุงเมื่อ มิ.ย. ๒๕๖๕; เข้าถึงเมื่อ ๑๐ ก.ค. ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก: http://dashboard.anamai.moph.go.th/kpitemplate/template_dashboard_mmr/index?year=๒๐๒๑
๖. ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี, ฝ่ายการพยาบาล, งานห้องคลอด. สถิติงานห้องคลอด. ราชบุรี: โรงพยาบาล; ๒๕๖๒-๒๕๖๔.

๗. กติกา นวพันธ์. การประเมินสุขภาพทารกในระหว่างคลอด (Intrapartum fetal monitoring). ใน: ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา; ๒๕๖๐. น. ๓๐๘-๙.
๘. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. Obstetric Gynecol. 2009; 114(1):192-202.
๙. รัชชชนกข์ บุญเปี่ยม. รกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta) [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ๒๕๖๒. [เข้าถึงเมื่อ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก: <https://w๑.med.cmu.ac.th > obgyn > writer>
๑๐. เจษฎา ใจพรหม, ชีระ ทองสง. Induction labor: การชักนำการคลอด [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ๒๕๕๗. [เข้าถึงเมื่อ ๖ มิ.ย. ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก: <https://w๑.med.cmu.ac.th/obgyn /lecturesttopics/topic>
๑๑. ทิตยา แสงสว่าง, ฐาปนา รุ่งนิรันดร์วัฒน์, ฉันท์สุดา พงศ์พันธุ์ผู้ภักดี, ช่อแก้ว คงการคำ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. ๒๕๖๑;35(3):4. [เข้าถึงเมื่อ ๖ ส. ค. ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก: <https://he๐๒-tci-thaijo.org/pdf>
๑๒. ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล. ความก้าวหน้าการคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. วารสารพยาบาลทหารบก. มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงพยาบาลรามารามิบัติ, คณะแพทยศาสตร์. ส.ค. ๒๕๕๙;๑๗(๒):๔. [เข้าถึงเมื่อ ๖ ส. ค.๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก: <https://he๐๑-tci-thaijo.org/pdf>