



การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2

(เล่ม 1)

Midwifery and Maternal Newborn Nursing 2

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วรางคณา ชัชเวช

สุรีย์พร กฤษเจริญ

เบญญาภา ธิติมาพงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2562

คำนำ

ตำราการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ประกอบด้วย 2 เล่ม เล่ม 1 มีเนื้อหา 6 หน่วยคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลทารกที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะผิดปกติ 2) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ 3) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์ 4) การพยาบาลมารดาที่มีเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ 5) การพยาบาลมารดาที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์ และ 6) การพยาบาลมารดาที่มีโรคติดเชื้อร่วมกับการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยบทที่ 1-28

ตำราการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เล่ม 2 มีเนื้อหา 7 หน่วย คือ 7) การประเมินสภาวะทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง 8) การพยาบาลผู้คลอดที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับปัจจัยการคลอด 9) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด 10) การพยาบาลมารดาที่ได้รับสูติศาสตร์หัตถการ 11) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด 12) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และ 13) การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วยบทที่ 29-50

ตำราเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นตำราหลักในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ และใช้เป็นตำราอ่านประกอบเกี่ยวกับการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล และผู้สนใจที่เกี่ยวข้อง

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ และทีมอาจารย์ผู้เขียน

กรกฎาคม 2562

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	การประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด	1-7
บทที่ 2	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์	8-30
บทที่ 3	การพยาบาลสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์	31-41
บทที่ 4	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก	42-49
บทที่ 5	การพยาบาลสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	50-64
บทที่ 6	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติด	65-77
บทที่ 7	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรง	78-92
บทที่ 8	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกเสียชีวิตในครรภ์	93-102
บทที่ 9	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบ	103-120
บทที่ 10	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์แฝด	121-136
บทที่ 11	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	137-158
บทที่ 12	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำผิดปกติ	159-175
บทที่ 13	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่แท้งบุตร	176-189
บทที่ 14	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีรกลอกตัวก่อนกำหนด	190-204
บทที่ 15	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำ	205-222
บทที่ 16	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก	223-231
บทที่ 17	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์นอกมดลูก	232-242
บทที่ 18	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน	243-259
บทที่ 19	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ	260-270
บทที่ 20	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด	271-277
บทที่ 21	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง	278-284

สารบัญ

หน้า

บทที่ 22	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย	285-292
บทที่ 23	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน	293-299
บทที่ 24	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ	300-309
บทที่ 25	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี	310-316
บทที่ 26	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน	317-322
บทที่ 27	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	323-329
บทที่ 28	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	330-342

บทที่ 1

การประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดตามแบบแผนสุขภาพ

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษาสามารถ

1. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
2. ยกตัวอย่างคำถาม/ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดแต่ละแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามแบบแผนสุขภาพ
2. ตัวอย่างคำถาม/ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดแต่ละแบบแผนสุขภาพ

การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะเสี่ยงจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพใน ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดโดยใช้กรอบแนวคิดต่างๆในรายวิชานี้ใช้การประเมินตาม แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern) โดยมีแนวทางใน การประเมินสภาพและตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะ คลอดและหลังคลอดแต่ละแบบแผน ดังนี้

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ หลังคลอดตามแบบแผนสุขภาพ

การประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดตามแบบแผน สุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มีดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and health management pattern)

การประเมินการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะ คลอดและหลังคลอดมีแนวทางในการประเมินสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวโดยการประเมินการรับรู้ปัจจัย เสี่ยงในระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับอายุ เชื้อชาติ หมู่อเลือด ระดับการศึกษา การทำงานประกอบอาชีพ ประวัติ การฝากครรภ์ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การได้รับวัคซีน ประวัติการเจ็บป่วย และการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะโลหิตจาง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ การตรวจเต้านม การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เป็นต้น

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern)

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหารโดยมีความ ต้องการสารอาหารและพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารก ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงต่างๆต้องประเมินเกี่ยวกับน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกาย ชนิดและ ปริมาณของอาหารที่รับประทานแต่ละวัน ความต้องการพลังงานจากสารอาหาร ความรู้สึกอยาก รับประทานอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ต่อมไทรอยด์และไทรอยด์ ฮอร์โมน อาการบวมบริเวณแขน ขา ลำตัวและใบหน้าซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับอัลบูมินในเลือดและปริมาณน้ำ นอกเซลล์

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination pattern)

ในระยะตั้งครรภ์มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และขนาดของมดลูกที่โตขึ้นตามช่วงอายุครรภ์จะไปกดเบียดกระเพาะปัสสาวะและท่อไต อาจทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะเหลือค้าง อาจมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย จึงจำเป็นต้องประเมินเกี่ยวกับลักษณะและแบบแผนของการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ผลการตรวจเม็ดเลือดขาวและแบคทีเรียในปัสสาวะ อาการท้องอืด ท้องผูก การถ่ายอุจจาระเหลว ริดสีดวงทวาร

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)

สตรีตั้งครรภ์อาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลงเนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขนาดของมดลูกที่โตขึ้นอาจทำให้มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดหลัง ปวดเข่า และไม่มีความคล่องตัวในการออกกำลังกาย โดยเฉพาะสตรีที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจต้องประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน อาการและอาการแสดงของภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บหน้าอกเมื่อออกแรงทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ (Sleep-rest pattern)

ในระยะตั้งครรภ์อาจมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการพักผ่อน นอนหลับเนื่องจากขนาดของมดลูกที่โตขึ้นจะไปกดเบียดกับกระบังลมทำให้รู้สึกแน่นอึดอัดในท้อง ต้องนอนในท่าศีรษะสูง หรือนอนตะแคง และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆอาจมีการพักผ่อน นอนหลับได้น้อยลง จึงต้องประเมินเกี่ยวกับการพักผ่อน นอนหลับที่เพียงพอ สิ่งที่รบกวนการพักผ่อน นอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญาและการรับรู้ได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากมีระดับน้ำตาลและคีโตนในเลือดสูง มีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากมีอาการแสดงของโรคหอบหืดทำให้มีระดับความรู้สึกตัวลดลง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception and self-concept pattern)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ไทรอยด์ โรคหัวใจ เป็นต้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาที่มีผลกระทบต่อารรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ได้ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกต่อตนเอง ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะการแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการจัดการชีวิตประจำวัน

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relationship pattern)

ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงของบทบาทการเป็นมารดาซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวและชุมชน พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เช่น การทำงานประกอบอาชีพ แม่บ้าน การเลี้ยงดูบุตร ภาระความรับผิดชอบในครอบครัว สัมพันธภาพของสามี ภรรยา และบุคคลอื่นๆในครอบครัว ผู้ให้การช่วยเหลือดูแล เป็นต้น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexual and reproductive pattern)

ข้อมูลสำคัญที่ต้องประเมินในแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด (Gravid/para/FPAL) ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา เช่น การคลอดครบกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ประวัติครรภ์แฝด การตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ไปปลาอูก การคลอดทารกมีขนาดใหญ่ มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิดหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง การคลอดยาก การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด (Coping and stress tolerance pattern)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา การตรวจรักษาซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสิ่งเร้าความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ความสามารถในการเผชิญเหตุการณ์ การจัดการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือต่างๆในครอบครัวและชุมชน

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Values and believes)

การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเป็นประสบการณ์ชีวิตของสตรีซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง ครอบครัว และสังคม ข้อมูลสำคัญที่ต้องประเมินได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ ความต้องการมีบุตร การเว้นช่วงการมีบุตร ความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ การเลือกสถานที่/โรงพยาบาลที่ไปคลอด

ตัวอย่างคำถาม/ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์

ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่นำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว มีแนวคิดหลักการในการตั้งคำถามต่างๆ ตัวอย่างคำถาม/ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ ได้แก่

1. ปัจจุบันอายุ.....ปี
2. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย.....กก./ม.²
3. อุณหภูมิร่างกาย.....ลักษณะและอัตราการหายใจ.....ชีพจร.....ความดันโลหิต
4. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือเคยตั้งครรภ์มาแล้วกี่ครั้ง
5. ท่านเคยคลอดบุตรหรือไม่
6. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน
 - 6.1 ท่านมีการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่
 - 6.2 วันแรกของการมีเลือดประจำเดือนครั้งสุดท้ายหลังสุดก่อนตั้งครรภ์ (last menstrual period) เป็นวันที่เท่าไร
 - 6.3 ประวัติการฝากครรภ์/สถานที่ไปฝากครรภ์ เช่น โรงพยาบาลอะไร คลินิกแพทย์ที่ไหน
 - 6.4 อาการ/อาการแสดงต่างๆในระยะตั้งครรภ์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก อาการผิดปกติต่างๆ
7. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมามีปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้หรือไม่
 - 7.1 การแท้งบุตร () มี..... () ไม่มี
 - 7.2 การตั้งครรภ์แฝด () มี..... () ไม่มี
 - 7.3 การตั้งครรภ์นอกมดลูก () มี..... () ไม่มี
 - 7.4 การตั้งครรภ์ไขปลาคอก () มี..... () ไม่มี
 - 7.5 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ () มี..... () ไม่มี
 - 7.6 ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์ () มี..... () ไม่มี
 - 7.7 โรคของต่อมไทรอยด์ () มี..... () ไม่มี

- 7.8 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ () มี () ไม่มี
- 7.9 การคลอดก่อนกำหนด () มี..... () ไม่มี
- 7.10 การตกเลือดหลังคลอด/รกติด/รกค้าง () มี..... () ไม่มี
- 7.11 การติดเชื้อหลังคลอด () มี..... () ไม่มี
- 7.12 การคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม () มี..... () ไม่มี
- 7.13 การคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม () มี..... () ไม่มี
- 7.14 การคลอดทารกมีความพิการแต่กำเนิด () มี..... () ไม่มี
- 7.15 ประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด () มี..... () ไม่มี

8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น การตรวจเลือด ปัสสาวะ เสมหะ น้ำคร่ำ การตรวจ
 ภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ หรือเครื่องตรวจอิเล็กทรอนิกส์

สรุป

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด
 พยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินให้ครอบคลุมข้อมูลสำคัญและปัจจัยเสี่ยงต่างๆเพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริม
 สุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การวางแผนการดูแลในระยะคลอดและหลังคลอดเพื่อให้
 มารดาและทารกปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2560). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะตั้งครรภ์*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- Cunningham, F. M., Leveno, K. L., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Sheffield, J. S. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Gilbert, E. S., & Harmon, J. S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (3rd ed.). St. Louis: MO, Mosby.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

บทที่ 2

ภาวะมีบุตรยากและการให้คำปรึกษา

ผศ.ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

อาจารย์จันทร์ปภัสร เครือแก้ว

วัตถุประสงค์

1. อธิบายนิยามที่ศน์ภาวะมีบุตรยากได้
2. อธิบายสาเหตุของภาวะมีบุตรยากได้
3. อธิบายการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการเจริญพันธุ์ได้
4. บอกแนวทางการประเมินสภาพคู่สมรสผู้มีบุตรยากได้
5. บอกหลักการพยาบาลสำหรับคู่สมรสผู้มีบุตรยากได้

หัวข้อ

1. นิยามที่ศน์ภาวะมีบุตรยาก
2. สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก
3. การซักประวัติและตรวจร่างกายคู่สมรสผู้มีบุตรยาก
4. การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก
5. แนวทางการรักษาสาเหตุการมีบุตรยากที่สามารถรักษาได้
6. การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการเจริญพันธุ์
7. บทบาทของพยาบาลในการดูแลคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก
8. กฎหมายและจริยธรรมด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
9. ตัวอย่างสถานการณ์ภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยากเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน การสร้างสมาชิกใหม่ของครอบครัวเพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ ทำให้ครอบครัวมีความสมดุลในการรับบทบาทบิดา มารดาและบุตร ซึ่งนำไปสู่พัฒนาการความเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ ถ้าครอบครัวไม่มีบุตรหรือมีบุตรยากอาจส่งผลกระทบต่อบทบาทของสามีหรือภรรยาที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ครอบครัว และด้านจิตวิญญาณของคู่สมรส พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ ถึงสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลต่อคู่สมรสที่มีบุตรยากได้ถูกต้องและเหมาะสม

มโนทัศน์

ภาวะมีบุตรยาก (infertility) หมายถึง ภาวะที่มีการลดลงของความสามารถในการมีบุตร ซึ่งในทางปฏิบัติถือว่าคู่สมรสนั้นมีลูกยาก เมื่อทั้งคู่อยู่ร่วมกันและมีเพศสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลา 1 ปี หรือมากกว่าแต่ยังไม่สามารถมีบุตรได้ (Fritz & Speroff, 2011; จปรัฐ, 2551; เรื่องศิลป์, 2550) ดังนี้

ชนิดปฐมภูมิ (primary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยาก ในคู่สมรสที่ไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน

ชนิดทุติยภูมิ (secondary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยาก ที่ฝ่ายหญิงเคยมีการตั้งครรภ์มาก่อนแต่หลังจากนั้นไม่เคยตั้งครรภ์อีกเลยเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยไม่ได้คุมกำเนิด และมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอ

การเป็นหมัน (sterility) หมายถึง ภาวะที่ฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชายไม่สามารถมีบุตรได้ มักเกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น การไม่มีมดลูก หรือรังไข่ หรือฝ่ายชายไม่มีการสร้างอสุจิ

ความสามารถในการมีบุตรของคู่สมรสปกติ

การที่จะให้คำปรึกษาแก่คู่สมรส ที่มาพบแพทย์เรื่องภาวะมีบุตรยากได้ถูกต้องนั้น พยาบาลควรทราบเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่จำเป็นต่อการตั้งครรภ์ของคู่สมรสที่ปกติ (Chiamchanya, & Su-angkawatin, 2008; Fritz & Speroff, 2011; ธีระพร, 2546) ดังนี้

1. อายุของฝ่ายหญิง พบว่าครึ่งหนึ่งของหญิงที่มีอายุ 21-25 ปี จะใช้เวลาเพียง 6 เดือนในการตั้งครรภ์ เมื่อไม่มีการคุมกำเนิดใดๆและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ แต่หลังจากช่วงอายุ

- ดังกล่าว ความสามารถในการมีบุตรจะค่อยๆลดลง และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อฝ่ายหญิงมีอายุเกิน 30 ปี
2. อายุของฝ่ายชาย ความสามารถในการมีบุตรของฝ่ายชายจะสูงสุดเมื่ออายุ 24-25 ปี หลังจากนั้นความสามารถในการมีบุตรจะลดลง สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น
 3. ความถี่ห่างในการร่วมเพศ จำนวนครั้งของการร่วมเพศมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ โดยเฉลี่ยแล้วควรมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์จะทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ได้สูง แต่อย่างไรก็ตามการหลั่งน้ำอสุจิทุกวันอาจส่งผลให้ตัวอสุจิลดลง จึงควรแนะนำให้คู่สมรสมีเพศสัมพันธ์วันเว้นวันในช่วงที่มีไข่สุก

สาเหตุของการมีบุตรยาก

สาเหตุการมีบุตรยาก อาจเกิดจากความผิดปกติในฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิง หรือทั้งสองฝ่ายร่วมกัน (Fritz & Speroff, 2011; เจริญไชย, 2555) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

สาเหตุภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชาย

1. ปัจจัยทางด้านกายวิภาคศาสตร์ (Anatomical factors)
 - 1.1 อัณฑะไม่เคลื่อนลงมาในถุงอัณฑะ (cryptorchidism)
 - 1.2 มีภาวะหลอดเลือดขอดในถุงอัณฑะ (varicocele) เกิดการพองตัวของหลอดเลือดดำที่มาหล่อเลี้ยงบริเวณถุงอัณฑะ
 - 1.3 Hydrocele มี serous fluid ซังอยู่ระหว่าง 2 ชั้นของ tunica vaginalis
 - 1.4 ความพิการมาแต่กำเนิด เช่น hypospadias, epispadias, congenital testicular hypoplasia (เป็นภาวะที่ไม่มีท่อ นำอสุจิและ seminal vesicles) ท่อ นำอสุจิไม่มาเชื่อมต่อกับ epididymis และท่อ นำอสุจิฝ่อในบางตอน
 - 1.5 Spermatocele คือ มี intrascrotal cyst ซึ่งมีตัวอสุจิอยู่ภายใน เกิดจากการอุดตันของระบบท่อ (tubular system)
 - 1.6 เกิดการอุดตันของท่อ นำอสุจิภายหลังเกิดการอักเสบ
2. ปัจจัยทางด้านระบบฮอร์โมนต่อมไร้ท่อ (Endocrine factors)

2.1 ภาวะ hypogonadotropine เช่น gigantism, dwarfism, acromegaly, pituitary tumors, hypogonadotropine hypogonadism, isolated gonadotropin deficiency, Cushing's syndrome เป็นต้น

2.2 ภาวะ hypothyroidism และ hyperthyroidism

2.3 ภาวะ Testicular failure ได้แก่ ภาวะ hypergonadotropic ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือเป็นผลมาจากความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม หรือเกิดจากอวัยวะได้รับความชอกช้ำหรืออักเสบ

2.4 ความบกพร่องของระบบเอนไซม์ (enzymatic defects) นำไปสู่ความบกพร่องในการสังเคราะห์ฮอร์โมน testosterone

3. ปัจจัยทางด้านพันธุศาสตร์ (Genetics) เช่น โรค Klinefelter's syndrome เป็นภาวะที่เพศชายมีโครโมโซม x เกินมาอีกหนึ่งตัว ทำให้มีอวัยวะขนาดเล็กกว่าปกติและมีการเจริญพันธุ์บกพร่อง

4. ภาวะอักเสบ (inflammatory) การอักเสบของอวัยวะ (Orchitis) เกิดจากหลังการเป็นโรคคางทูม (mumps) หรือ การได้รับเชื้อวัณโรค ซิฟิลิส และตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) การมีภาวะ Epididymitis จากเชื้อหนองใน และเชื้ออื่นๆ ต่อมลูกหมากอักเสบ (prostatitis) จากเชื้อหลายชนิด ท่อปัสสาวะอักเสบ (Urethritis) จากเชื้อหนองใน, trichomonas vaginalis, T-mycoplasma และ Chlamydia trachomatis นอกจากนี้ การสัมผัสความร้อนมากเกินไป (hyperpyrexia) จะทำให้มีการระงับการสร้างอสุจิชั่วคราว (spermatogenesis)

5. ไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) เช่น Maturation arrest, การสร้างอสุจิน้อยกว่าปกติ (hypospermatogenesis) หรือ sertoli-cell only syndrome เป็นต้น

6. ปัจจัยจากภูมิคุ้มกัน (Immunological factors) คือเกิดมี sperm agglutinating และ sperm immobilizing antibodies อยู่ในเลือดและน้ำอสุจิ

7. ภาวะที่การทำหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ผิดปกติ แบ่งได้ดังต่อไปนี้

7.1 Retrograde ejaculation เป็นภาวะที่มีการหลั่งน้ำอสุจิถอยหลังกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะซึ่งมีสาเหตุมาจาก diabetic neuropathy หลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากและบริเวณคอของกระเพาะปัสสาวะ หรือ จากการได้รับยากลุ่ม ganglionic-blocking

7.2 Ejaculatory failure คือ ไม่มีการหลั่งน้ำอสุจิออกมาข้างนอกภายหลังหรือย้อนกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะภายหลังมีอาการทางเพศถึงจุดสูงสุด ภาวะนี้มีสาเหตุมาจาก การผ่าตัด sympathectomy หรือยาจำพวก ganglionic-blocking

7.3 Faulty coital technique เป็นความผิดปกติในกระบวนการร่วมเพศ เช่น มีการร่วมเพศไม่ตรงกับวันไข่ตก มีการร่วมเพศถี่ห่างเกินไป องคชาตไม่เข้าไปลึกในช่องคลอด ใช้ยาหล่อลื่นขณะร่วมเพศ รวมไปถึงการสวนล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศ (post-coital douching)

8. ปัญหาทางด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ การไม่มีอารมณ์ทางเพศ หรือ การหลังน้ำอสุจิเร็วเกินไป

9. ปัจจัยภายนอก (Exogenous factors) ซึ่งประกอบไปด้วยหลายปัจจัยได้ต่อไปนี้

9.1 การได้รับยาหรือฮอร์โมน ในปริมาณที่มากเกินไป หรือต้องได้รับเพื่อการรักษาโรคบางชนิด ได้แก่ ยา methotrexate, Cytoxan และ ฮอร์โมน testosterone, estrogens, progestin

9.2 การสัมผัสกับรังสี (Radiation) ได้แก่ X-rays, isotopes และ microwaves

9.3 การได้รับสารเคมี เช่น สารตะกั่วและสี

9.4 การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ซึ่งมีผลทำให้ spermatogenesis ลดลง

9.5 การได้รับความรุนแรงบริเวณอวัยวะ เช่น การได้รับการกระทบกระเทือน การถูกกระแทก torsion of testis และผลกระทบจากการผ่าตัดไส้เลื่อนและต่อมลูกหมาก

สาเหตุภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง

1. ปัญหาความผิดปกติจากปากช่องคลอดและช่องคลอด (Vulva and Vaginal factors) ได้แก่

1.1 เยื่อพรหมจารีไม่เปิด (imperforate hymen) ทำให้ไม่สามารถร่วมเพศได้ และเลือดประจำเดือนไม่ไหลออกมา จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดเยื่อพรหมจารี

1.2 เยื่อพรหมจารีรูปร่างผิดปกติ ประจำเดือนไหลออกมาได้ แต่ไม่สามารถร่วมเพศได้ รูปร่างที่ผิดปกตินั้นมีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น รูปร่างวงแหวน, เป็นผนังกัน หรือเป็นแบบตะแกรง ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาส่วนที่ผิดปกติออกไป

1.3 ไม่มีช่องคลอดมาแต่กำเนิด (Congenital absence of vaginal) สตรีในกลุ่มนี้จะไม่มีการมีประจำเดือนร่วมกับมดลูกไม่เจริญเติบโตทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ แต่สามารถผ่าตัดทำช่องคลอดเทียมเพื่อให้สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เหมือนสตรีที่มีช่องคลอดปกติ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสมรสและการมีเพศสัมพันธ์เหมือนคนปกติ

1.4 ช่องคลอดมีผนังกัน (Septate vaginal) หรือ มี 2 ช่องคลอด และจะทำให้มี 2 มดลูกในกรณีดังกล่าว แต่ละมดลูกจะมีท่อ นำไข่ท่อออกไปและมีรังไข่อยู่ 2 ข้าง ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากเนื่องจากอาจมีการร่วมเพศในช่องคลอดที่มีรังไข่ในข้างที่ไม่มีการตกไข่ได้ ฉะนั้นไข่กับอสุจิจึงไม่สามารถปฏิสนธิกันได้

- 1.5 การช่อนของช่องคลอด เกิดจาก cysto-rectocele มีการหย่อนบริเวณปากช่องคลอด ทำให้น้ำอสุจิไหลออกมาหลังร่วมเพศ
- 1.6 การอักเสบของปากช่องคลอดและช่องคลอด จากการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ การอักเสบจากเชื้อรา (candidiasis) การอักเสบจากเชื้อ Trichomonas, การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (bacterial vaginosis), การติดเชื้อหนองใน (Gonorrhea), การมีแผลริมอ่อน (chancroid), เริมที่อวัยวะเพศ (Genital herpes), การติดเชื้อซิฟิลิส , และหูดหงอนไก่ (Condylomata accuminata) เป็นต้น
2. ปัญหาความผิดปกติจากปากมดลูก (Cervical factor) จากสาเหตุดังต่อไปนี้
 - 2.1 ความผิดปกติของมูกปากมดลูกและ Post coital test จากระดับเอสโตรเจนลดลงทำให้อสุจิเคลื่อนผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกและท่อนำไข่ลำบาก
 - 2.2 การอักเสบของปากมดลูก (cervicitis) เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูก จาก Chlamydia trachomatis และเชื้อหนองใน ทำให้อสุจิไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้
 - 2.3 ความผิดปกติทางกายวิภาคศาสตร์ (Anatomical defects) จากปากมดลูกตีบ ปากมดลูกเปิดกว้างเกินไป และมีภาวะหลุดเลือดขอขอบริเวณปากมดลูก
3. ปัญหาความผิดปกติจากมดลูก (Uterine factor) สามารถแบ่งได้ 2 สาเหตุ คือ ความพิการแต่กำเนิด และ โรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้
 - 3.1 ความพิการของมดลูกแต่กำเนิด ได้แก่ มดลูกมีขนาดเล็ก, bicornuate uterus, septate uterus
 - 3.2 โรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ เนื้องอกมดลูก (uterine myoma) โพรงมดลูกตีบ (Asherman's syndrome) การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก (Endometritis)
4. ปัญหาความผิดปกติจากท่อนำไข่ (Tubal factor) เกิดจากการที่ท่อนำไข่มีการตีบตัน จากการอักเสบหรือมีแผลเป็นหรือมีพังพืด ซึ่งเกิดจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้
 - 4.1 การอักเสบของท่อนำไข่ จนทำให้ท่อนำไข่เสียหายที่ จากการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae เป็นต้น
 - 4.2 Endometriosis ภายในอุ้งเชิงกรานทำให้เกิดพังพืดจับบริเวณรอบนอกของท่อนำไข่ ทำให้อสุจิเคลื่อนผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกและท่อนำไข่ลำบาก

- 4.3 มีพังผืดบริเวณท่อนำไข่ จากการผ่าตัดของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานทำให้ท่อนำไข่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ
- 4.4 มีประวัติเคยได้รับการทำหมัน
- 4.5 เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อที่ห่อหุ้มบริเวณท่อนำไข่
- 4.6 เนื้องอกบริเวณท่อนำไข่
- 4.7 การตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน (ectopic pregnancy)
- 5. ปัญหาความผิดปกติจากการตกไข่ (Anovulation)
 - 5.1 ความบกพร่องของการทำงานของ Hypothalamus และ Pituitary gland ทำให้การหลั่งของ GnRH, gonadotropins, estrogen ลดลง เช่น เนื้องอกในสมอง น้ำหนักตัวหรือปริมาณไขมันที่ลดลง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบ metabolism ของฮอร์โมน การมีภาวะอดอาหาร ภาวะอ้วน เบาหวาน ภาวะรังไข่ การได้รับยาบางชนิด และความเครียดทางด้านจิตใจ (pseudocyesis)
 - 5.2 ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของรังไข่ เช่น ภาวะ Turner syndrome, Gonadal dysgenesis syndrome ทำให้ การหลั่งของ FSH และ LH ในกระแสเลือดสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้ไข่ไม่สมบูรณ์หรือมีลักษณะผิดปกติทำให้ไม่สามารถผสมกับอสุจิได้
 - 5.3 Loss of LH stimulation เนื่องจากมีปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนไม่เพียงพอที่จะไปกระตุ้น Pituitary gland เพื่อทำให้เกิด midcycle LH surge จึงทำให้ไม่มีการตกไข่เกิดขึ้น เกิดจากเป็น perimenarche และ perimenopause จากความบกพร่องใน follicle ที่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของ gonadotropins

การซักประวัติและตรวจร่างกายคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก

การซักประวัติคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยากมีความสำคัญในการวางแผนการมีบุตร ควรซักถามประวัติให้ละเอียดเพื่อ การตรวจค้นคว้าและให้คำปรึกษาในการมีบุตรต่อไป (Fritz & Speroff, 2011; จปรัฐ, 2551; เจริญไชย, 2555) ดังต่อไปนี้

ประวัติทางฝ่ายภรรยา

1. ประวัติปัจจุบัน (Present history) ได้แก่ การเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน
2. ประวัติทางสูติศาสตร์ (Obstetric and gynecological history) ได้แก่

- 2.1 ประวัติประจำเดือน (Menstrual history) ซึ่งได้แก่ การมีระดูครั้งแรก ระยะห่างระหว่างรอบระดู จำนวนวันที่มีระดู ความสม่ำเสมอของรอบระดู อาการปวดท้องน้อยขณะที่มีระดู หรืออาการผิดปกติระหว่างมีประจำเดือน
 - 2.2 อาการและลักษณะของตกขาว (Leukorrhea) และอาการที่อาจเกิดขึ้นด้วย
 - 2.3 ประวัติการตั้งครรภ์และวิธีการคลอด ภาวะหลังคลอดที่ผ่านมา รวมถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy)
 - 2.4 ประวัติการแท้ง การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (criminal abortion) ควรซักถามถึงวิธีการที่ทำแท้ง อาการแทรกซ้อนหลังแท้ง โดยเฉพาะการอักเสบในอุ้งเชิงกราน
 - 2.5 ประวัติโรคทางนรีเวชในอดีตและวิธีการรักษาที่ได้รับ เช่น การผ่าตัดทางนรีเวชและการขูดมดลูก ประวัติการรักษาภาวะมีบุตรยาก ประวัติความผิดปกติของการตรวจ Pap smear และการรักษา ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ภาวะมดลูกบวมน้ำ polycystic ovarian syndrome
 - 2.6 ประวัติการคุมกำเนิด ในสตรีบางรายอาจเกิดภาวะ oligo-ovulation หลังจากหยุดยาเม็ดคุมกำเนิด จึงทำให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ลดน้อยลงไป นอกจากนี้การคุมกำเนิดโดยห่วงอนามัยยังมีโอกาสเสี่ยงในการอักเสบของท่อหน้าไข่ เยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (endometritis) การอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease) มีผลทำให้เกิดพังผืดในอุ้งเชิงกราน
3. ประวัติการร่วมเพศ (Sexual history) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ความสม่ำเสมอ ประวัติการที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น การที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอด เป็นต้น การซักประวัติ ท่าทางในการร่วมเพศ (coital techniques) ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ ความผิดปกติทางเพศ (sexual dysfunction) ประวัติการมีน้ำอสุจิไหลย้อนออกจากช่องคลอดหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการสวนล้างช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ทำให้ตัวอสุจิถูกพัดพาออกไปหมด ประวัติการใช้สารหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ เพราะสารเคมีที่ช่วยในการหล่อลื่นอาจทำอันตรายต่อตัวอสุจิ
 4. ประวัติครอบครัว (family history) โรคทางพันธุกรรมอาจมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ เช่น ความผิดปกติของโรคทางระบบต่อมไร้ท่อและ metabolism โรคเบาหวาน

โรคต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ โรค sickle cell โรคหรืออาการดังกล่าวมีผลต่อการแห้ง
คลอตก่อนกำหนด และทารกตายคลอดเป็นต้น

5. ประวัติโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม (Medical and surgical history) ได้แก่ การมี
ประวัติผ่าตัดไส้ติ่งอาจมีผลกระทบต่อรังไข่และท่อนำไข่ด้านขวา โรค hypothyroidism
หรือ hyperthyroidism
6. ประวัติทางด้านจิตใจ (Psychiatric history) คู่สมรสบางรายอาจมีความเครียดทางด้าน
อารมณ์ (emotional stress) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของ hypothalamus pituitary axis
ทำให้มีความผิดปกติของประจำเดือน ทำให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังส่งผล
ทำให้ไม่มีอารมณ์ขณะร่วมเพศทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ
7. พฤติกรรมหรืออุปนิสัยในการดำเนินชีวิต การใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ เช่น ยาจำพวก
phenothiazine และ psychotropic อาจทำให้เกิดภาวะโพรแลคตินสูงในกระแสเลือดและ
ไม่มีการตกไข่ การสูบบุหรี่มีผลทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth
retardation) และมีโอกาสทำให้เกิดการแห้งเพิ่มขึ้น การดื่มสุราเป็นประจำอาจทำให้ไม่เกิด
ภาวะไม่มีไข่ตก และส่งผลต่อความพิการแต่กำเนิดของทารกแต่กำเนิด
8. อาชีพ (Occupation)สตรีที่ทำงานเกี่ยวกับสารกัมมันตรังสีมีความเสี่ยงต่อระบบสืบพันธุ์

ประวัติทางฝ่ายสามี

1. ประวัติปัจจุบัน (Present history) ได้แก่ อายุ โรคหรือภาวะความเจ็บป่วยในปัจจุบัน โรค
ประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรค multiple sclerosis
2. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น การเป็นโรคคางทูม เพราะมีผลทำให้มีการอักเสบของอวัยวะ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน โรคติดเชื้อทางระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ
เช่น ต่อมลูกหมากอักเสบ ประวัติการผ่าตัดไส้เลื่อน การได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง
ประวัติการทำหมันชาย และการผ่าตัดแก้หมัน ประวัติการแพ้ยา ประวัติการสมรส และการ
มีบุตรมาก่อน
3. ประวัติเกี่ยวกับการร่วมเพศและความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ ประวัติการคุมกำเนิด
ความพิการหรือผิดปกติของอวัยวะเพศ เช่น การมีอวัยวะข้างเดียว มีเส้นเลือดขอดบริเวณถุง
อวัยวะ ความผิดปกติของรูเปิดของท่อปัสสาวะ ได้แก่ hypospadias หรือ epispadias

นอกจากนี้ควรซักประวัติ เกี่ยวกับความถี่ของการร่วมเพศ ทำทางในการร่วมเพศ การหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไป (premature ejaculation) การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) การไม่มีอารมณ์ทางเพศ องคชาตไม่แข็งตัว ไม่สามารถหลั่งน้ำอสุจิได้

4. พฤติกรรมหรืออุปนิสัยในการดำเนินชีวิต การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา มีผลต่อกระบวนการสร้างตัวอสุจิ (spermatogenesis) และอาจทำให้เกิด oligoasthenospermia ในผู้ที่สูบกัญชา (marihuana) เป็นประจำมีผลทำให้ระดับ testosterone ในซีรัมลดลง ตัวอสุจิน้อยลง หรือบางครั้งส่งผลให้ระดับอารมณ์ทางเพศลดลง การอาบน้ำร้อนอยู่เสมอ ทำให้การสร้างอสุจิน้อยลง เพราะอุณหภูมิที่เหมาะสมในการสร้างอสุจิ คือ 35 องศาเซลเซียส
5. อาชีพ (Occupation) มีประวัติการทำงานหรือประกอบอาชีพในปัจจุบันเกี่ยวกับ สารเคมี โลหะหนัก สารรังสี เช่น ตะกั่ว ความร้อน สังกะสี ทองแดง เช่น ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการทาสี การพิมพ์ ท่อน้ำประปา คนขับรถที่ต้องสัมผัสสุดดมไอระเหยของน้ำมันเบนซินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ รวมทั้งการได้รับความร้อนจากเครื่องยนต์เป็นเวลานานทำให้ตัวอสุจิสร้างได้ลดลง

ตารางที่ 1 การตรวจร่างกายในคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก

ฝ่ายชาย	ฝ่ายหญิง
<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น ความสูง น้ำหนักตัว ลักษณะการกระจายของขนตามร่างกาย - การตรวจสัดส่วนความยาวของแขนและขาที่อาจนำไปสู่ลักษณะความผิดปกติทางพันธุกรรม - การตรวจเพื่อดูภาวะ gynecomastia - การตรวจลักษณะของอวัยวะเพศ ที่อาจมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ท่อปัสสาวะมาเปิดที่โคนขององคชาตด้านล่าง (hypospadias) การตรวจถุงอัณฑะ การวัดขนาดของอัณฑะโดยใช้ orchidometer (ค่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 12 มิลลิเมตร) การตรวจหลอดเลือดดำขอดในถุงอัณฑะ และการตรวจต่อมลูกหมากโดยตรวจทางทวารหนัก 	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจร่างกาย โดยดูลักษณะรูปร่างทั่วไป ความสูง น้ำหนัก (BMI ปกติต้องอยู่ระหว่าง 18.5-25 กิโลเมตรต่อตารางเมตร) - การตรวจลักษณะการกระจายของขนตามร่างกาย ตรวจลักษณะทางเพศชาย เช่น ศีรษะล้าน สิว การตรวจดูเต้านมเพื่อดูการเจริญเติบโต อาการน้ำนมไหลเพราะอาจมีภาวะโพรแลคตินสูงในกระแสเลือด - การตรวจสัดส่วนของร่างกายในกรณีที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางพันธุกรรม - การตรวจต่อมไทรอยด์เพื่อดูอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะ hyperthyroidism และ hypothyroidism - การตรวจภายใน

การตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก

การตรวจคัดกรองเบื้องต้นในคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก การตรวจคัดกรองโรคหรือภาวะที่อาจมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ โดยการตรวจคัดกรองที่ทั้ง 2 ฝ่ายต้องได้รับการตรวจก่อนเริ่มการดูแลสุขภาพจะมีบุตรยาก ได้แก่ การเจาะเลือดตรวจ CBC, Hb typing, blood group การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น VDRL, HbsAg และ AntiHIV สำหรับฝ่ายหญิงจะได้รับการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ ภาวะเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดการไม่เข้ากันของหมู่เลือด การตรวจหา Rh antibody ในกรณีที่ Rh-negative แต่ฝ่ายชายเป็น Rh-positive การตรวจการได้รับเชื้อหัดเยอรมัน rubella IgG titer และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (pap smear) (Chiamchanya & Su-angkawatin, 2008; Fritz & Speroff, 2011; เจริญไชย, 2555) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การตรวจวินิจฉัยในฝ่ายหญิง

1. การตรวจการทำงานของรังไข่ และ ovarian reserve เป็นการตรวจหาระดับฮอร์โมนในกระแสเลือด ในวันที่ 2 หรือ 3 ของระดู โดยประกอบไปด้วย $FSH \leq 10$ มิลลิวินิตต่อมิลลิลิตร $LH \leq 10$ มิลลิวินิตต่อมิลลิลิตร , estradiol (E2) เท่ากับ 20-60 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร, $PRL \leq 20$ นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ค่า FSH และ E2 ใช้ประเมิน ovarian reserve ส่วน LH และ PRL ใช้ประเมินสาเหตุของการตกไข่ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดจะดูจำนวน antral follicle การตรวจประเมินระดับ antimullerian hormone (AMH) ในเลือด จะประเมิน ovarian reserve ในกรณีฝ่ายหญิงมีอายุมาก
2. การตรวจประเมินมดลูกและหลอดมดลูก ได้แก่ การฉีดสีเอ็กซเรย์โพรงมดลูกและหลอดมดลูก (hysterosalpingography, HSG) ตรวจหลังจากวันมดระดู 2-5 วัน การส่องกล้องทางหน้าท้องตรวจหลอดมดลูก (laparoscopic chromotubation) เป็นวิธีการตรวจมาตรฐาน จะได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อพบว่าฝ่ายหญิงมีประวัติ การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การตรวจโดยวิธี sonohysterosalpingography การตรวจคัดกรองเพื่อดูว่าฝ่ายหญิงเคยมีการอักเสบติดเชื้อ chlamydia trachomatis ในอุ้งเชิงกรานหรือไม่ (DNA/RNA PCR based test for chlamydia) และ การตรวจประเมินในอุ้งเชิงกราน (laparoscopy) กรณีที่สงสัยว่ามีภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ หรือการมีพังพืดในอุ้งเชิงกราน

3. การตรวจประเมินภายในอุ้งเชิงกราน ประกอบด้วย การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด การฉีดสีเอ็กซเรย์โพรงมดลูกและหลอดมดลูก การตรวจ sonohysterosalpingography และ การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (hysteroscopy) การตรวจดังกล่าวจะทำภายหลังการตรวจร่างกาย หรือสงสัยว่ามีพยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกราน แลพยาธิสภาพเยื่อโพรงมดลูก หรือรังไข่
4. การตรวจประเมินทางภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การตรวจ antisperm antibody หรือ lupus anticoagulant หรือ anticardiolipin antibodies
5. การตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรม จะทำการตรวจ chromosome study ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ของ recurrent pregnancy loss ได้แก่ การตรวจ karyo type การตรวจ factor V leiden, protein C และ protein S เพื่อ ตรวจหา balanced chromosomal traslocation
6. การวัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นการวัดอุณหภูมิร่างกายขณะตื่นนอนเพื่อคาดคะเนวันตกไข่ โดยวัดอุณหภูมิทางปาก ร่วมกับการประเมินมูกบริเวณปากมดลูก การวัดอุณหภูมิด้วยปรอทนี้ควรวัดติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ก่อนวันที่มีไข่ตกอุณหภูมิร่างกายจะลดลงจากเดิม และจะสูงขึ้นภายใน 12 ชั่วโมงประมาณ 0.2-0.5 องศาเซลเซียส แต่อย่างไรก็ตามอุณหภูมิกายจะคงที่ภายหลังไข่ตกประมาณ 2-3 วัน
7. การประเมินมูกบริเวณปากมดลูก เพื่อนำมาคาดคะเนวันตกไข่ ก่อนจะมีการตกไข่ในช่วงเวลา 36-48 ชั่วโมง มูกบริเวณปากมดลูกจะมีลักษณะขาวใสคล้ายไข่ขาวดิบ มีปริมาณมาก ยืดตัวได้มาก มีความเหนียวน้อยเนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวจะมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงสุด ช่วงเวลาที่อสุจิจะเคลื่อนไหวได้ดีเพื่อผสมกับไข่คือช่วง 1-2 วันก่อนไข่ตก หลังจากนั้นตัวอสุจิจะเคลื่อนไหวได้ไม่ค่อยดี

การตรวจวินิจฉัยในฝ่ายชาย

1. การตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้ออสุจิ เป็นการตรวจที่ต้องทำในฝ่ายชายทุกรายเมื่อเข้ามารักษาภาวะมีบุตรยาก ก่อนการตรวจให้งดการร่วมเพศหรือการหลั่งน้ำเชื้ออสุจิ 2-3 วันก่อนตรวจ การเก็บน้ำอสุจิส่งตรวจต้องทำการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ค่าปกติของน้ำเชื้ออสุจิตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO,2010) ดังตารางที่ 2

ค่าที่ทำการตรวจวัด	ค่าอ้างอิง
ปริมาตร	1.5 (1.4-1.7) มิลลิลิตร
pH	≥ 7.2
ความเข้มข้นของจำนวนอสุจิ	≥ 15 (12-16)×10 ⁶ ต่อมิลลิลิตร
การเคลื่อนไหวของอสุจิ	≥ ร้อยละ 40
การเคลื่อนที่อย่างรวดเร็วของอสุจิ	≥ ร้อยละ 32
รูปร่างของอสุจิปกติ	≥ ร้อยละ 4
การมีชีวิต	≥ ร้อยละ 58
จำนวนเม็ดเลือดขาว	< 1.0 × 10 ⁶ ต่อมิลลิลิตร

หากพบว่าน้ำเชื้ออสุจิมีความผิดปกติควรตรวจวิเคราะห์ทาง endocrine เพื่อหาระดับ FSH (follicular stimulating hormone) ค่าปกติ 5-20 (mIU/ml), LH (luteinizing hormone) ค่าปกติ 5-20 (mIU/ml), และ T (testosterone) ตามลำดับ นอกจากนี้หากอสุจิมียุติมีปริมาณน้อยมาก (severe oligozoospermia) คือ น้อยกว่า 5 ล้านตัวต่อมิลลิลิตร จำเป็นต้องมีการตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรมต่อไป

2. การตรวจสอบลักษณะโครงสร้างภายในของระบบสืบพันธุ์ โดยการ x-ray หรือ ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อดูลักษณะหลอดเลือดบริเวณลูกอัณฑะ

3. การตรวจอสุจิโดยวิธีทางศัลยกรรม วิธีนี้การตรวจนี้ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะหรือสูติแพทย์เป็นผู้ตรวจ แต่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อให้คำแนะนำก่อนและหลังการทำ เนื่องจากเป็นการตัดชิ้นเนื้อจากอัณฑะ ซึ่งอาจส่งผลต่อความปวด หรือการถ่ายปัสสาวะภายหลังทำได้

4. การตรวจสอบการเคลื่อนไหวของอสุจิหลังมีเพศสัมพันธ์ เก็บจากมูกบริเวณปากมดลูกหลังมีเพศสัมพันธ์ 12 ชั่วโมง โดยไม่ต้องสวนล้างช่องคลอด เพื่อนำมาตรวจดูลักษณะ และการเคลื่อนไหวของอสุจิด้วยกล้องจุลทรรศน์

แนวทางการรักษาสาเหตุการมีบุตรยากที่สามารถรักษาได้

เมื่อตรวจวินิจฉัยคัดกรอง และพบสาเหตุของการมีบุตรยากในคู่สมรส ส่วนหนึ่งสามารถรักษาเมื่อได้รับความรู้ และคำปรึกษา เพื่อให้ตั้งครรรภ์และมีบุตรได้เอง การรักษาที่สาเหตุสามารถแบ่งได้ 2 ฝ่าย (Chiamchanya & Su-angkawatin, 2008; Fritz & Speroff, 2011; เจริญไชย, 2555) ดังนี้

ฝ่ายหญิง

1. มีการตกไข่ผิดปกติ จะมีแนวทางการรักษาตามสาเหตุ ได้แก่ ภาวะ Polycystic ovarian syndrome (PCOS) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การตกไข่ผิดปกติ รักษาด้วยยาในการชักนำให้ไข่ตก หรือการลดน้ำหนัก เนื่องจากสตรีที่มีภาวะ PCOS จะมีรูปร่างอ้วน สำหรับยาที่ใช้ เช่น clomiphene หรือ metformin อาการ hyperprolactinemia ที่ส่งผลให้มีการตกไข่ผิดปกติ จะได้รับการรักษาด้วยยา dopamine agonist สามารถช่วยทำให้ไข่ตกได้ในเวลาต่อมา นอกจากนี้โรคของต่อม thyroid ยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่เกิดการตกไข่
2. หลอดมดลูกอุดตันจากการทำหมันหญิง รักษาโดยการผ่าตัดแก้หมันก่อนที่จะใช้เทคโนโลยีเจริญพันธุ์ในการรักษาหาก ภายหลังผ่าตัดแก้หมันยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติ
3. หลอดมดลูกบวมน้ำ เมื่อตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าหลอดมดลูกมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด salpingectomy
4. เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในอุ้งเชิงกราน รักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง อัตราการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น (Jacobson, Barlow, Kononckx, Olive, & Farquhar, 2002)
5. เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก เป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกมีรูปร่างผิดปกติ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อให้มีโอกาสที่สามารถตั้งครรภ์ได้
6. มีความผิดปกติของมดลูกที่เป็นมาแต่กำเนิด ส่วนใหญ่ที่พบเป็นชนิดที่มีมดลูกมีขนาด 2 อัน (septate uterus) การได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจึงมีโอกาสให้เกิดการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น (Horner, Li, & Cooke, 2000)
7. มีพังพืดในโพรงมดลูก หากมีความรุนแรงน้อย การรักษาโดยการผ่าตัดทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ (Al-Inany, 2001)
8. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงหรืองดการรับประทานของหวาน ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกายที่หักโหมจนเกินไป จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น มีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่คาดว่าจะมีไข่ตก

ฝ่ายชาย

1. การแก้หมั้นชาย การผ่าตัดแก้หมั้นจะให้ผลดีหากการทำหมั้นนั้นยังทำมาไม่นาน เพราะโอกาสที่จะเกิด antisperm antibody มีโอกาสเกิดน้อย แต่โอกาสที่มีการอุดตันของท่ออสุจิยังเกิดขึ้นได้ (Goldstein, Li, & Matthews, 1998)
2. ภาวะเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ สามารถตรวจพบได้เมื่อมีการตรวจร่างกายภายนอกโดยการคลำแล้วพบเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะร่วมกับการตรวจน้ำเชื้ออสุจิพบความผิดปกติ จะทำการรักษาโดยการผ่าตัดรักษาเส้นเลือดขอดในถุงอัณฑะ
3. ภาวะ hypogonadotropic hypogonadism รักษาโดยการให้ยาฮอร์โมน exogenous gonadotropins
4. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ หากไม่สามารถงดให้ควรสูบบุหรี่ปริมาณลดลง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นหรือร้อนจัด ใส่กางเกงที่ไม่คับหรือรัดแน่นจนเกินไป ออกกำลังกายสม่ำเสมอแต่ไม่หักโหมรับประทานผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงหรือธาตุสังกะสี เป็นต้น

การใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยในการเจริญพันธุ์

ภายหลังการรักษาภาวะมีบุตรยากจากสาเหตุดังกล่าวในช่วงต้นไม่ประสบความสำเร็จ การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ (assisted reproductive techniques: ART) ในการช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์ เพื่อแก้ปัญหาคู่สมรสที่มีบุตรยากได้ ซึ่งมีหลายวิธี (Chiamchanya, Tor-Udom, & Gamnaria, 2008; Chiamchanya, C., & Su-angkawatin, 2008; Fritz & Speroff, 2011; Pittrof, Shaker, Dean, Bekir, Campbell, & Tan, 1996; Remohi, J, et al, 1989) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การผสมเทียม (artificial insemination:AI) ทำโดยการฉีดเชื้ออสุจิเข้าไปในช่องคลอด (vagina) ของฝ่ายหญิง ไม่ว่าจะบริเวณปากมดลูก โพรงมดลูก ท่อนำไข่ หรือที่มดลูก ในช่วงที่มีการตกไข่ เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิระหว่างตัวอสุจิกับไข่ในร่างกายฝ่าย โดยไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ทางธรรมชาติ การฉีดเชื้อจะถูกนำมาใช้เป็นวิธีแรกในการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ ฝ่ายชาย มีผลการตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้ออสุจิผิดปกติเล็กน้อย ภาวะ hypospadias, epispadia, retrograde ejaculation, neurologic impotence และ sexual dysfunction สำหรับฝ่ายหญิงต้องมีหลอดมดลูกปกติอย่างน้อย 1 ข้าง กรณีฝ่าย

หญิงมี Rh-negative ที่มี Rh antibody ส่วนฝ่ายชาย มี Rh-positive จำเป็นต้องได้รับบอสุจิ
บริจาคเพื่อฉีดเข้าไปในโพรงมดลูก

2. การใส่ไข่และอสุจิเข้าในหลอดมดลูก (gamete intrafallopian tubal transfer: GIFT) การ
รักษาภาวะมีบุตรยากโดยวิธีนี้ฝ่ายหญิงต้องมีท่อ นำไข่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง และฝ่ายชาย
ต้องมีผลวิเคราะห์น้ำเชื้ออสุจิปกติหรือผิดปกติไม่รุนแรง
3. การปฏิสนธินอกร่างกาย (In Vitro fertilization: IVF) การรักษาภาวะมีบุตรยากในกรณีนี้
เกิดจากฝ่ายหญิงมีท่อ นำไข่อุดตันทั้ง 2 ข้างที่ไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ ภาวะ
endometriosis หรือฝ่ายชายมีตัวอสุจิน้อย ฝ่ายหญิงจะได้รับยากระตุ้นไข่ และยากระตุ้น
การตกไข่เมื่อไข่สุก หลังจากนั้นสูติแพทย์จะทำการเก็บไข่โดยใช้laparoscopy และ
vaginal ultrasound เพื่อนำไข่มาผสมกับอสุจิกายนอกร่างกาย หลังจากนั้นนำไข่ที่ได้รับ
การผสมภายนอกแล้วไปเลี้ยงในตูบ 3-5 วัน จนเกิดการแบ่งตัวของตัวอ่อน แล้วจึงย้ายตัว
อ่อนนั้นไปฝังในโพรงมดลูก ภายหลังจากใส่ตัวอ่อนแล้วควรนอนพัก 30 นาที หลังจากนั้นจึง
กลับบ้านและทำงานได้ตามปกติยกเว้นยกของหนัก
4. การฉีดเชื้ออสุจิเข้าในเซลล์ไข่ (intracytoplasmic sperm injection: ICSI) วิธีนี้ถูก
พัฒนาการมาจาก IVF แต่จะใช้รักษาในกรณีที่มีบุตรยากจากความผิดปกติของน้ำเชื้ออสุจิ
รุนแรงมาก หรือตรวจไม่พบอสุจิ สูติแพทย์จะทำการดูดเอาอสุจิมาเพียง 1 ตัว แล้วฉีดเข้าไป
ในไข่โดยตรงภายนอก ร่างกาย จากนั้นเอาไปเลี้ยงในตูบเพื่อให้เกิดการปฏิสนธิและแบ่ง
เซลล์ ขั้นตอนหลังจากนี้จะปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำ IVF แต่วิธีนี้ใช้ในกรณีที่เคยทำ IVF-ET
แล้วไม่ได้ผลหรืออสุจิมีความผิดปกติ วิธีการสกัดตัวอสุจิออกมาจากอณฑะ เรียกว่า MESA
(Microscopic Epididymal Sperm Aspiration) คือการสกัดตัวอสุจิโดยการเจาะและดูด
จากท่อ นำน้ำเชื้อส่วน epididymis หรือทำวิธี TESE (Testicular Sperm Extraction) คือ
การสกัดตัวอสุจิโดยการตัดชิ้นเนื้ออณฑะโดยตรง
5. การใส่ตัวอ่อนเข้าในหลอดมดลูก (zygote intrafallopian tubal transfer: ZIFT) การ
รักษาด้วยวิธีการมีบุตรยากวิธีนี้ฝ่ายหญิงต้องมีท่อ นำไข่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง แต่หลังจาก
ปฏิสนธิภายนอกแล้วไม่สามารถย้ายตัวอ่อนผ่านทางปากมดลูกได้
6. การอุ้มบุญ (surrogacy) เกิดจากการฝ่ายหญิงไม่สามารถตั้งครรภ์ด้วยตนเอง เนื่องจากมี
ปัจจัยที่ทำให้ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ เช่น ไม่มีมดลูก เนื้องอกมดลูก ประวัติแท้งหลาย

ครั้ง หรือโรคประจำตัวทางกายที่ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ แต่ยังสามารถใช้ออสูจิของสามีได้ หรือในบางรายที่ฝ่ายชายมีความผิดปกติของน้ำเชื้อออสูจิ หรือความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์อาจจำเป็นต้องใช้น้ำออสูจิบริจาคมาผสมกับไข่ภายนอก แล้วนำตัวอ่อนไปฝากเลี้ยงกับสตรีอื่นที่เต็มใจที่จะอุ้มบุญแทน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤติทางจิตใจในชีวิตของคู่สมรส ที่ไม่สามารถบรรลุบทบาทของครอบครัวที่จะรับบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ตามความต้องการของคู่สมรส และความคาดหวังของสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต การให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะมีบุตรยาก การตัดสินใจเพื่อรักษาภาวะมีบุตรยาก ระยะได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก และหลังการรักษา (Chow, Cheung, Mei-Chun, & KM-Cheung, 2016; Romeiro, Caldeira, Brady, Hall, & Timmins, 2017; จารุวรรณ, 2555) โดยมีรายละเอียดการพยาบาล ดังนี้

1. ระยะการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะมีบุตรยาก การให้ความรู้และการแนะนำก่อนและหลังการตรวจคัดกรอง การปฏิบัติตัวของคู่สมรสในช่วงที่ต้องได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การมีคู่มือ เอกสาร หรือสื่อที่ให้ความรู้แก่คู่สมรส ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้ รวมทั้งการจัดการกับความเครียดโดยใช้ศาสตร์ทางเลือก เช่น การทำสมาธิ การใช้ดนตรีบรรเลง การนวดเพื่อการผ่อนคลาย หรือการใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัดในกลุ่มคู่สมรสผู้มีบุตรยากที่คอยช่วยเหลือ
2. ระยะได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ภายหลังคู่สมรสได้ตัดสินใจเพื่อใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ พยาบาลควรสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่นในการเปิดโอกาสให้คู่สมรสได้ซักถามข้อสงสัย และมีช่องทางให้คู่สมรสได้มีการสื่อสารเพื่อขอคำปรึกษาและแนะนำได้ตลอดเวลา นอกจากนี้การพาไปเยี่ยมชมสถานที่ๆต้องใช้ในการรักษา เช่น ห้องเก็บไข่ ห้องย้ายตัวอ่อน ห้องเก็บน้ำเชื้อ เป็นต้น
3. ระยะหลังการรักษา การรักษาด้วยเทคโนโลยีเจริญพันธุ์มีโอกาสประสบความสำเร็จ และล้มเหลวพยาบาลควรมีแนวทางในการช่วยเหลือคู่สมรสดังนี้
 - 3.1 ประสบผลสำเร็จจากการรักษา ควรให้คำแนะนำในการฝากครรภ์ เมื่อมีการตั้งครรภ์ การดูแลและการปฏิบัติตัวเพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์แฝดที่มี

โอกาสเกิดได้สูงมากจากการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ซึ่งจะมีโอกาสเกิดการแท้งหรือ การคลอดก่อนกำหนดได้หากสตรีตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว หรือโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ และการเตรียมความรู้ของคู่สมรสใน การรับบทบาทการเป็นบิดามารดา

3.2 ไม่ประสบความสำเร็จจากการรักษา การให้คำปรึกษาแนะนำด้านจิตวิทยา เพื่อให้ สามารถเผชิญกับความล้มเหลวจากการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการเจริญ พันธุ์ โดยการให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเพื่อใช้ศาสตร์ทางเลือก หรือทางเลือกอื่นของกา รักษาด้วยเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์หรือยุติการรักษา และให้คำแนะนำปรึกษา การดูแล ช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยดีโดยไม่มีบุตร

กฎหมายและจริยธรรมด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

บุคลากรที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะมีบุตรยากควรมีความรู้หรือหลักเกณฑ์รวมถึง จริยธรรมในเวชปฏิบัติ (ethical practice) เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ภายใต้หลักการ “การ เคารพความเป็นตัวตนเชิงบุคคล” (personal autonomy) โดยหมายถึง การได้รับความยินยอม (consent) จากผู้มีส่วนร่วม (participant) และหลีกเลี่ยงการอ้างอิงความเชื่อทางศาสนา (religious belief) อันเกี่ยวข้องกับ “ธรรมชาติ” และ “สถานะ” ของเซลล์ตัวอ่อน (zygote) ตัวอ่อน (embryo) และระยะก่อนฝังตัว (pre-implantation stage) สิ่งสำคัญ คือการเคารพการตัดสินใจของผู้มีส่วนร่วม ผู้ ต้องการเป็นพ่อและแม่ ผู้เกี่ยวข้องกับการบริจาคเซลล์สืบพันธุ์ และผู้ให้การรักษา (วีระพลและสุภักดิ์, 2555)

นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์เมือง Birmingham รัฐ Alabama ประเทศสหรัฐอเมริกา (Ethics committee of the American Society for Reproductive Medicine Birmingham, 2009) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลประโยชน์ พันธะหน้าที่ และ สิทธิของผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์ ดังนี้

1. เคารพสิทธิของผู้รับบริจาค ด้วยการให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย ประเด็นอารมณ์ เกี่ยวข้องกับการบริจาค
2. ผู้บริจาคต้องได้รับการเตือน ที่สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาทางกฎหมายได้อย่างอิสระ ทุก ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริจาค

3. กระตุ้นผู้รับบริจาคให้ได้รับทราบข้อมูลทางการแพทย์ที่ทันสมัย ในกรณีที่ผู้บริจาครู้ว่าตัวเองเป็นโรคทางพันธุกรรมที่รุนแรง เพราะเด็กที่เกิดมาจะเป็นผู้สืบทอดเชื้อสายจากเซลล์สืบพันธุ์ที่ได้รับการบริจาค และต้องให้ข้อมูลผู้บริจาคเกี่ยวกับนโยบาย แผนงานและบริหารจัดการกับประเด็นนี้อย่างไร
4. ให้ข้อมูลที่เป็นจริงว่าผู้บริจาคอาจต้องการรู้ผลการติดตามการบริจาคเซลล์สืบพันธุ์ ระหว่างผู้รับบริจาคและผู้สืบทอดเชื้อสายในอนาคต ผู้รับบริจาคควรได้รับการบอกกล่าวอย่างชัดเจนว่า ถ้ามีข้อมูลใดอันอาจมีประโยชน์เกี่ยวกับผลที่ได้รับ ผู้รับบริจาคควรยินยอมให้มีการแบ่งปันบอกกล่าว

ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่พยาบาลควรมีความรู้ในการให้การดูแลคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก (ไพโรจน์, 2550) ดังนี้

1. การบริจาคเซลล์สืบพันธุ์จากหญิงหรือชาย หรือตัวอ่อน ตามบัญญัติข้อบังคับกฎหมายและการประกาศแพทยสภาห้ามมีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้นให้แก่ผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์หรือตัวอ่อน
2. การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมของตัวอ่อน ตามประกาศแพทยสภาที่ 21/2545 เรื่องมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ฉบับที่ 2) ข้อ 4/2 (3) (ง) ระบุไว้ว่า การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมของตัวอ่อนก่อนย้ายเข้าสู่โพรงมดลูก ให้กระทำได้เฉพาะการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคตามความจำเป็นและสมควรทั้งนี้จะต้องไม่เป็นการกระทำในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการเลือกเพศ โดยจะต้องมีหนังสือแสดงความยินยอม
3. การทำสำเนาชีวิต (human cloning) ตามข้อบัญญัติกฎหมายระบุไว้ห้ามทำการโคลนนิ่งเพื่อการสืบพันธุ์ยกเว้น การโคลนนิ่งนั้นๆเพื่อการบำบัดทางการแพทย์
4. การตั้งครรภ์แทนหรืออุมบุญ (maternal surrogacy) เป็นการนำตัวอ่อนไปฝากให้หญิงคนนั้นอุมท้องแทน เมื่อคลอดแล้วจะถือว่าเป็นบุตรของคู่สมรส ที่ต้องการมีบุตรยอมเป็นไปไม่ได้ ภายใต้กฎหมายเดิม ปัจจุบันจึงมีการบัญญัติกฎหมายให้เป็นบุตรของคู่สมรสที่ต้องการมีบุตร แต่อาจไม่สามารถมีบุตรได้เองตามธรรมชาติหรือโดยวิธีเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์อื่นๆ จึงต้องให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน
5. ห้ามเป็นการค้า กฎหมายห้ามไม่ให้บุพการีเป็นผู้ตั้งครรภ์ เช่น คุณแม่หรือคุณยายอาจจะมีปัญหาการนับญาติซึ่งจะมีผลกระทบต่อตัวเด็กเอง รวมทั้งกฎหมายที่ต้องให้มีการป้องกัน

ไม่ให้เป็นการรับจ้างอุ้มบุญหรือทำการค้าเพราะขัดต่อศีลธรรมอันดีงามของประชาชน ห้ามซื้อ ขาย เสนอซื้อขาย นำเข้า หรือส่งออก

6. ความเป็นบิดามารดาของเด็ก ตามมาตรา 27 เด็กที่เกิดจากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้บริจาคแล้วแต่กรณีโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัตินี้ไม่ว่าจะทำการโดยให้ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ของสามีซึ่งประสงค์จะมีบุตรเป็นผู้ตั้งครรภ์ หรือให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทนให้เด็กนั้นเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตรแม้ว่าสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตรถึงแก่ความตายก่อนเด็กเกิด

สรุป

ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่เป็นผลจากความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ ความไม่สมดุลของการดำเนินชีวิตของฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณอย่างเป็นพลวัตร บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการ ให้ความรู้ คำแนะนำ ที่ปรึกษา และกำลังใจในคู่สมรสผู้มีบุตรยากเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

ตัวอย่างสถานการณ์ภาวะมีบุตรยาก

ที่รัฐแคลิฟลอเนียร์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา คู่สมรสคู่หนึ่งมีชื่อว่า จอห์น และ ลูแอน บัซแซนคา ได้ตกลงว่าจ้างหญิงคนหนึ่งให้ตั้งครรภ์แทน โดยการนำไข่และเชื้ออสุจิที่ได้รับบริจาคจากบุคคลภายนอกมาผสมเทียม แล้วนำตัวอ่อนนั้นเข้าไปฝังในมดลูกของหญิงที่ได้รับการตั้งครรภ์แทน แต่ต่อมาปรากฏว่า ก่อนที่ทารกจะกำเนิด 1 เดือน ฝ่ายชายได้ฟ้องหย่าฝ่ายหญิง โดยอ้างว่าทั้งสองไม่มีบุตรในปกครอง แต่ฝ่ายหญิงให้การต่อสู้ว่าเธอกับสามีกำลังมีบุตรตามกฎหมายที่เกิดจากการว่าจ้างให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน

จากกรณีศึกษาจงวิเคราะห์ประเด็นดังต่อไปนี้

1. สาเหตุใดบ้างที่ทำให้คู่สมรสรายนี้ไม่สามารถมีบุตรได้ด้วยวิธีตามธรรมชาติ
2. การใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ใดบ้างที่สามารถนำมาใช้ในการตั้งครรภ์ของคู่สมรสรายนี้
3. สถานการณ์ดังกล่าวมีผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดกี่คน
4. ในฐานะที่นักศึกษาเป็นพยาบาล นักศึกษาเห็นด้วยหรือไม่ในการอุ้มบุญ เพราะเหตุใด

5. หากนักศึกษาเป็นพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ควรให้คำแนะนำใดบ้างกับคู่สมรสรายนี้ และสตรีที่รับอุ้มบุญในปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะเหตุใด
6. หากนักศึกษาเป็นพยาบาลที่ห้องคลอดควรให้คำแนะนำใดบ้างกับคู่สมรสรายนี้ และสตรีที่รับอุ้มบุญในปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะเหตุใด
7. หากนักศึกษาเป็นพยาบาลที่หน่วยหลังคลอดควรให้คำแนะนำใดบ้างกับคู่สมรสรายนี้ และสตรีที่รับอุ้มบุญในปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะเหตุใด

เอกสารอ้างอิง

- จปรัฐ ปรีชาพานิช. (2551). สาเหตุภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง. ใน มงคล เบญจาทิบาลและคณะ. (บรรณาธิการ). *สูตินรีเวชทันยุค*. (หน้า 221-234). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตร
ยาก. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30, 6-15.
- เจริญไชย เจริญจรยา. (2555). การตรวจประเมินและหลักการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก. ใน สุภักดี จุลวิจิตร
วิจิตร
พงษ์ (บรรณาธิการ), *ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์*. (หน้า 1-24). กรุงเทพมหานคร:
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ธีระพร วุฒยวนิช. (2546). *เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย. (2555). กฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ใน สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์ (บรรณาธิการ),
ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์. (หน้า 411-432). กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูติ
นรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เรืองศิลป์ เขาวรัตน์. (2550). ภาวะมีบุตรยากฝ่ายชาย. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ และ ดวงสิทธิ์ วัฒมนารา
(บรรณาธิการ). *สูตินรีเวชทันยุค* (หน้า 263-270). กรุงเทพมหานคร. พีเอเลิฟวิ่ง
- วีระพล จันท์ศิยัง และสุภักดี จุลวิจิตรพงษ์. (2555). ชีวจริยศาสตร์ด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
ใน สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์ (บรรณาธิการ), *ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์*. (หน้า 397-
410). กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- Ethnics Committee of the American Society for Reproductive Medicine Birmingham.
(2009).
Alabama Interests obligation and rights of the donor in gamete donation. *Fertility
and Sterility*, 91, 22-27.
- Fritz, MA. & Speroff, L. (2011). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility 8th ed*
(page.1419). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkons.
- Chiamchanya, C., & Su-angkawatin, W. (2008). Study of the cause and the results of
treatment in infertile couples at thammawat hospital between 1999-2004. *J Med
Assoc Thai*, 91, 805-812.
- Chiamchanya, C., Tor-Udom, P., & Gamnaria, N. (2008). Comparative study of

- intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization with high insemination concentration in sibling oocytes in the treatment of unexplained infertility. *J Med Assoc Thai*, 91, 1155-1160.
- Chow, Ka-Ming., Cheung, Mei-Chun., & KM-Cheung, I. (2016). Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2101-2113
- Pittrof, RU., Shaker, A., Dean, N., Bekir, JS., Campbell, S., & Tan, SL. (1996). Success of intrauterine insemination using cryopreserved donor sperm is related to the age of the woman and the number of preovulatory follicles. *Journal of Assist Report Genet*, 13, 310-314.
- Remohi, J, et al. (1989). Intrauterine insemination and controlled ovarian hyperstimulation in cycles before GIFT. *Journal of Humanities and Reproductive*, 4, 918-920.
- Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Hall, J., & Timmins, F. (2017). The spiritual Journey of Infertile Couples: Discussing the Opportunity for Spiritual Care. *Religions*, 8, 1-14
- World Health Organization. (2010) . Laboratory manual for the examination and processing of human semen 5th ed (page. 224). Switzerland.

บทที่ 3

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

(Nursing care for teenage pregnancy/ adolescent pregnancy)

ผศ.ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์การตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถูกต้อง

หัวเรื่อง 1. มโนทัศน์การตั้งครรภ์วัยรุ่น

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุ/ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่น
- 1.3 ผลกระทบการตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 2.1 การประเมินสภาพทั่วไป
 - 2.2 การเก็บข้อมูลตามกรอบแนวคิดสุขภาพ
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 3.1 การป้องกัน
 - 3.2 ระยะตั้งครรภ์
 - 3.3 ระยะคลอด
 - 3.4 ระยะหลังคลอด
4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

มโนทัศน์การตั้งครรภ์วัยรุ่น

ความหมาย

การตั้งครรภ์วัยรุ่น (teenage pregnancy/ adolescent pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี หรือน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์เมื่อนับถึงวันกำหนดคลอด (WHO, 2010)

สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นนับเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งเกิดขึ้นกับหลายๆประเทศทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มที่ลดลง สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการตั้งครรภ์วัยรุ่นกลับมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (UNFPA Thailand, 2556) การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (unwanted pregnancy, unintended pregnancy) เพราะร่างกายและจิตใจยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ยังไม่มีงานทำ เป็นหลักแหล่งขาดความพร้อมในการดูแลบุตร ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา

สาเหตุ/ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่น

1. ระดับการศึกษา (level of education) สตรีวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์เร็ว ซึ่งกลุ่มเหล่านี้พบว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและขาดการคุมกำเนิด
2. การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา/การคุมกำเนิด (lack of knowledge/contraception) การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดหรือเกิดการเข้าใจที่ผิด ไม่รู้ว่าจะป้องกันการตั้งครรภ์อย่างไร และผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร
3. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (neglect or poor family relationship) เช่น ครอบครัวที่มีปัญหาและถูกทอดทิ้ง การขาดความอบอุ่น/ความเข้าอกเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นต้น สตรีวัยรุ่นเหล่านี้มีโอกาที่จะตั้งครรภ์ได้มากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น
4. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็ว (social change) ทำให้ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรของวัยรุ่นมองเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ การรณรงค์สงวนตัวถือเป็นเรื่องล้าสมัย บางรายไม่ต้องรู้จักกันลึกซึ้ง เพียงแค่มีความพอใจก็สามารถมีเพศสัมพันธ์กันได้โดยไม่ต้องพูดถึงการแต่งงานหรือมีครอบครัว
5. สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic status) การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นมีโอกาเกิดในกลุ่มคนที่มีฐานะยากจนมากกว่า
6. ปัญหาการใช้สารเสพติด (substance abuse) เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นกระทำความผิด ขาดสติ ทำอะไรโดยไม่รู้ตัว ขาดความยับยั้งชั่งใจ
7. ปัญหาจากสถานบริการสาธารณสุข อาทิ การจัดบริการที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรสำหรับสตรีวัยรุ่น การจัดบริการที่ไม่ครบวงจรสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องและ

การส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทศนคติของผู้ให้บริการยังมองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเชิงลบ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ไว้วางใจ (กิตติพงษ์ บัญญัติ เอกชัย ปรภายดาว และจันทกานต์, 2558)

ผลกระทบการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผลกระทบด้านสตรีตั้งครรภ์

ผลกระทบทางด้านสุขภาพ พบว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีการวางแผนมาก่อน นำไปสู่การพยายามยุติการตั้งครรภ์ (กิตติพงษ์ และคณะ, 2558) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ส่วนในกลุ่มที่เลือกตั้งครรภ์ต่อไป อาจเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในช่วงตั้งครรภ์ ไม่ได้ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก ๆ เป็นเหตุให้ไม่ได้รับการดูแลที่ีระหว่างการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เกิดการคลอดยาก/ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เพิ่มความเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะขาดแคลเซียม โพรตีน ทำให้พบภาวะโลหิตจาง รวมถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของทารกแรกเกิด (บันฑูร, 2555) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ยังขัดขวางพัฒนาการเจริญเติบโตทางกายภาพของสตรีวัยรุ่นให้หยุดชะงักได้ (Usta, Zoorob, Abu-Musa, Naassan & Nassar, 2008) พบว่าโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่

ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าวัยรุ่นอาจเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด ไม่มีค่า (ศรุตยา, ภัทรวัลย์, และสมประสงค์, 2555) ภาวะอารมณ์ไม่มั่นคง ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากความ เครียด ความวิตกกังวลจากการตั้งครรภ์ การถูกกระทำรุนแรงจากสามีและครอบครัวเดิม และอาจเกิดจากพื้นฐานความเปราะบางในบุคลิกภาพของบุคคล (เนตรชนก, 2555) การเปลี่ยนบทบาทจากเด็กหญิงมาเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบต่อการดูแลบุตรในทันที ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับการเป็นแม่และใช้ชีวิตครอบครัวมาก่อน ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะในการเป็นพ่อแม่

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าการเป็นมารดาของวัยรุ่นที่ขาดความพร้อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัววัยรุ่น คือ ยังไม่สามารถพึ่งตนเอง การเรียนหยุดชะงักทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา และเสียโอกาสในการได้ทำงานที่ดีหรือแม้กระทั่งตกงาน เหล่านี้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว สังคม ตลอดจนประเทศชาติต่อไปครอบครัวผิดหวัง/อับอาย อีกทั้งยังเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตัววัยรุ่นเองคือ มีความเครียด ความกังวล บางรายหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย การทอดทิ้งบุตร นอกจากนี้เด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นยังมีความเสี่ยงที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมกับการเสพยาเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ กลายเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจ เป็นภาระและปัญหาสังคมตามมา ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกที่คลอดออกมาและมีปัญหาสุขภาพ (กิตติพงษ์ และคณะ, 2558)

ผลกระทบด้านทารก

แม่วัยรุ่นที่มีภาวะขาดสารอาหารและพฤติกรรมการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และใช้ยาบางอย่างที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะได้ทารกที่ตัวเล็ก น้ำหนักน้อย อัตราตายของทารกที่คลอดสูง มีความผิดปกติแต่กำเนิด ภายหลังคลอดมีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหาทารกต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นมักมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างน้อย ทำให้ทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยอาหารเสริม ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะทุพโภชนาการ อันจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในช่วงขวบปีแรกได้ การวิจัยเกี่ยวกับอายุมารดาและผลการคลอดพบว่า มารดาวัยรุ่นมักคลอดทารกก่อนกำหนด และภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม (บัณฑูร, 2555)

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประกอบไปด้วยการประเมินสภาพทั่วไป และการประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ดังนี้

การประเมินสภาพทั่วไป

1. การซักประวัติ อายุ การมีประจำเดือน การขาดประจำเดือน การวางแผน/ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ความต้องการบุตร
2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายทั่วไป การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจเยื่อบุตาดูภาวะซีด กรณีมาฝากครรภ์ครั้งหลังประเมินการเพิ่มของน้ำหนักในช่วงตั้งครรภ์
3. การตรวจครรภ์ ตรวจครรภ์ตามท่ามาตรฐาน
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจการตั้งครรภ์ การประเมินอายุครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะซีด

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1: การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ ทางเลือกในการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ การรับวัคซีนการแสดงออกสีหน้า ท่าทางเมื่อพูดคุยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การแต่งกายขณะเข้ารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์

แบบแผนที่ 2: อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

สอบถามชนิดและปริมาณสารอาหารที่รับประทานก่อนและขณะตั้งครรภ์ การเพิ่มอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานธาตุเหล็กตามแผนการรักษา ชั่งน้ำหนัก ตรวจความเข้มข้นของเลือด

แบบแผนที่ 3: การขับถ่าย

ประเมินและสังเกตลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4: กิจกรรมและการออกกำลังกาย

สอบถามกิจกรรม กิจกรรมประจำวันเมื่อมีการตั้งครุฑกิจกรรมที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครุฑสังเกตการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรม ตรวจวัดสัญญาณชีพ และฟังเสียงปอด

แบบแผนที่ 5: การนอนหลับ พักผ่อน

ประเมินการนอนหลับ พักผ่อน วิธีการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ สังเกตสีหน้า สดชื่น/อ่อนเพลีย พฤติกรรม การผ่อนคลาย และระยะเวลาในการนอนหลับ

แบบแผนที่ 6: สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินการรับรู้ประสาทสัมผัส อาการปวด การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตรวจร่างกายทางระบบประสาท สังเกตระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้สิ่งแวดล้อม

แบบแผนที่ 7: การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง ความวิตกกังวล หมดหวัง เมื่อมีการตั้งครุฑ สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียงและปฏิกิริยาในการโต้ตอบคำพูดกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ สังเกตปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มาเยี่ยม

แบบแผนที่ 8: บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เมื่อตั้งครุฑ สังเกตลักษณะท่าทีและน้ำเสียงเมื่อพูดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 9: เพศและการเจริญพันธุ์

สอบถามประวัติการมีประจำเดือน ความถี่ การขาดประจำเดือนประวัติตั้งครุฑ คลอด แท้ง และวิธีการคุมกำเนิด ประเมินระดับยอดมดลูก ตรวจ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจเต้านม การหดรัดตัวของมดลูก ร่องรอยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10: การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

สอบถามความเครียดเมื่อตั้งครุฑโดยไม่ตั้งใจ ความวิตกกังวล ความกลัว การจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้นสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมเมื่อพูดถึงการตั้งครุฑ วิธีการเผชิญและการปรับตัวต่อความเครียดและแหล่งสนับสนุน

แบบแผนที่ 11: คุณค่าและความเชื่อ

สอบถามความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยว สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะต้องมีกระบวนการให้บริการดูแลเฉพาะแบบองค์รวม เชื่อมโยงครบวงจรทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทั้งตัววัยรุ่น ครอบครัว สถานศึกษา บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนต่าง ๆ

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีสิ่งที่ต้องเอาใจใส่พิเศษคือการสื่อสารที่ดีและมีการวางแผนดูแลอย่างต่อเนื่อง หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย การป้องกัน การดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังรายละเอียด

การป้องกัน

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ครั้งแรก โดยการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา (รวมทั้งในคลินิกและชุมชน) การจัดให้มีคลินิกวัยรุ่น ที่มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services [YFHS]) เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดฟรีหรือราคาถูก ให้การปรึกษาที่มีความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้รับบริการ ให้คำปรึกษา แนะนำการรักษาโรคหรือภาวะอาการต่าง ๆ และกลุ่มสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการปกปิด มีการบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียวโดยทีมสหวิชาชีพ วัยรุ่นทุกกลุ่มควรได้รับบริการที่เป็นมิตร สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ และลดขั้นตอนเพื่อตอบสนองความต้องการ (กิตติพงศ์ และคณะ, 2558)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว การศึกษาต่อ และการทำงาน

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันปัญหาแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้ง

ระยะตั้งครรภ์

1. ส่งเสริมการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เน้นการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเริ่มฝากครรภ์ช้าหรือไม่เข้ารับการฝากครรภ์เนื่องจากหลายสาเหตุคือ ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ ไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของเลือดออกในช่วงแรกของการตั้งครรภ์กับประจำเดือนปกติได้ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ขาดความรู้เกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องตรวจสุขภาพในระยะตั้งครรภ์เพราะคิดว่าสุขภาพยังแข็งแรงดี ระยะเวลารอตรวจ ขาดความเป็นส่วนตัว และทัศนคติด้านลบของเจ้าหน้าที่ อีกส่วนหนึ่งปฏิเสธว่าตนเองตั้งครรภ์ และพยายามปกปิดการตั้งครรภ์จากคู่รัก หรือพ่อแม่ นอกจากนี้วัยรุ่นอาจลังเลที่จะฝากครรภ์เนื่องจากภาวะจิตใจที่ยังสับสนไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ รู้สึกผิด และ

ซีมีเคร้า ปฏิเสธว่าตนเองตั้งครรรค์ เกิดภาวะชะงักในการดำเนินการ การปรับระบบบริการให้เหมาะสมเพื่อเอื้ออำนวยให้แม่วัยรุ่นมารับบริการความจำเป็น

2. ให้การดูแลในช่วงตั้งครรรค์และการให้สุขศึกษาที่เข้าใจพัฒนาการปกติของแม่วัยรุ่นในแต่ละช่วงคือ

2.1 วัยรุ่นตอนต้น มีธรรมชาติของการพึ่งพาสูง ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง ต้องการความช่วยเหลือเพื่อตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ ในช่วงนี้พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมุ่งประเมินสภาพและดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมสตรีตั้งครรรค์วัยรุ่น ที่อาจกระทบต่อสุขภาพ การสอนสุขศึกษาที่เรียบง่าย ใช้สื่อแนะนำเสนอที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม

2.2 วัยรุ่นตอนกลาง ช่วงนี้วัยรุ่นจะเริ่มการพัฒนาแนวคิดเชิงนามธรรม สามารถเข้าใจคำอธิบายเชิงเหตุและผลที่เชื่อมโยงกัน พยาบาลผดุงครรภ์ควรสอน สุขศึกษาที่เน้นกระตุ้นให้สตรีตั้งครรรค์วัยรุ่นมีโอกาสถามสิ่งที่สนใจ และข้อสงสัยต่างๆ

2.3 วัยรุ่นตอนปลาย ช่วงอายุนี้วัยรุ่นมักเข้าใจนามธรรม มีศักยภาพในการทำนายแนวโน้มผลลัพธ์ในอนาคตที่เกิดจากการกระทำในปัจจุบัน สตรีตั้งครรรค์วัยรุ่นกลุ่มนี้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้ดี

3. กระตุ้นให้สตรีตั้งครรรค์วัยรุ่นสำรวจทางเลือกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีที่ตั้งครรรค์ การดูแลควรได้รับคำแนะนำถึงทางเลือกทั้งโอกาสในการทำแท้งและการตั้งครรรค์ต่อ

4. ประเมินและการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย การฝากครรรค์ตั้งแต่ไตรมาสแรก หรือช่วงต้นของไตรมาสที่สองมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดอายุครรรค์ที่ถูกต้อง ค้นหาและรักษาโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรรค์ ภาวะโลหิตจาง มาลาเรีย การคลอดก่อนกำหนด ความรุนแรงในคู่สมรสช่วงตั้งครรรค์ การใช้สารเสพติด ตลอดจนวางแผนการคลอดที่ปลอดภัยตามปัจจัยเสี่ยงที่พบในแต่ละคน

5. ประเมินและแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการ ได้แก่ การซึบประวัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเพียงพอ การประเมินการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตามเกณฑ์ ดัชนีมวลกาย รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะซีดและขาดสารอาหารที่จำเป็นอื่น เช่น แคลเซียม เน้นย้ำสตรีตั้งครรรค์วัยรุ่นรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และเน้นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

6. การให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคคือ การเกิดภาวะครรรค์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ควรเน้นย้ำสตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่นในการดูแลสุขภาพ ปรับพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (พรธณี, กาญจนา, อัจฉรา, และสุรพันธ์, 2554)

7. การให้สุขศึกษาที่จำเป็น โปรแกรมการเตรียมคลอด เช่น การส่งเสริมพัฒนาการทารก ความไม่สุขสบายและการแก้ไข การเดินทางที่ปลอดภัย และการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

8. การประเมินปัจจัยและการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่สามารถนำมาใช้ในช่วงตั้งครรภ์ หากพบว่ามีความเสี่ยงจึงควรมีการดูแลอย่างครอบคลุมและเพื่อป้องกัน ได้แก่ ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า-3 (ปลาทะเล ปลา น้ำจืด พืชตระกูลถั่ว และพืชทอง) กระตุ้นการออกกำลังกายเช่น การเดินเล่นตอนเช้าการส่งเสริมการทำกิจกรรมหรือเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การฝึกสมาธิ การร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุน และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ (เนตรชนก, 2555)

9. ส่งเสริมให้พ่อแม่ของสตรีตั้งครรภ์ คู่รัก ได้เข้ามาร่วมรับรู้เรื่องราวเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ สร้างกำลังใจ รวมถึงเตรียมตัวในการสนับสนุนระยะคลอด การเลี้ยงดูบุตรในอนาคต

ระยะคลอด

ความต้องการด้านร่างกายในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าสู่ระยะคลอดมีความคล้ายคลึงกับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป อย่างไรก็ตามเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ควรเน้นการดูแลเพื่อประเมินความก้าวหน้าการคลอดเป็นพิเศษ เพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีปัญหาเกี่ยวกับขนาดศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของมารดา อาจทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ นอกจากนี้ในระยะคลอดพยาบาลผดุงครรภ์ต้องเพิ่มการสนับสนุนด้านจิตใจ เพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการคลอดมากกว่าสตรีทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มที่มาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอด และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคู่รัก รายที่มีคู่รักหรือ สามีมาดูแลถ้าหากขาดการเตรียมตัวของผู้สนับสนุน อาจไม่สามารถเผชิญภาวะความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างเต็มที่

ระยะหลังคลอด

1. ระยะหลังคลอดเป็นเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งในมารดาทั่วไปและมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การดูแลมารดาหลังคลอดวัยรุ่นในด้านร่างกายไม่แตกต่างจากมารดาทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากช่วงวัยรุ่นร่างกายมีการทำงานที่ดี การหายของแผลฝีเย็บ และแผลจากการคลอดในมารดาวัยรุ่นจะหายเร็วกว่ามารดาทั่วไป

2. การดูแลด้านจิตอาารมณ์พบว่ามีความสำคัญต่อมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพราะมารดาวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เพิ่มขึ้นมากมาย การตั้งครร์อาจเป็นความขัดแย้งภายในครอบครัวเดิมที่ยังไม่สิ้นสุด วัยรุ่นต้องคำนึงถึงการเลี้ยงดูบุตร ค่าใช้จ่าย การกลับไปศึกษาต่อ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึง

ประเด็นเหล่านี้เพื่อสามารถให้การปรึกษาด้านการปรับตัวทางด้านจิตอารมณ์ของมารดาวัยรุ่นได้อย่างครอบคลุม

3. การวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด เป็นสิ่งที่ต้องเน้นย้ำก่อนจำหน่าย ต้องส่งเสริมการหาความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ วัยรุ่นควรตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความเสี่ยงการตั้งครรภ์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

4. พยาบาลผดุงครรภ์ต้องนัดวางแผนการเยี่ยมบ้านภายหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อให้คำแนะนำการเลี้ยงดูบุตร การให้นมแม่ ติดตามพัฒนาการ โภชนาการ วัคซีนของเด็ก การให้การปรึกษาเรื่องวางแผนครอบครัว การศึกษาต่อ การงาน และอื่นๆ ซึ่งแผนงานนี้มีผลดีต่อเด็กและมารดาวัยรุ่น การติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และนำผลการติดตามมาปรับปรุงและจัดการดูแลต่อไป

5. การช่วยเหลือพิเศษเฉพาะในมารดาที่มีปัญหา เช่น ด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราวภายหลังคลอด การดูแลบุตรโดยเฉพาะการตั้งครรภ์จากการละเมิดทางเพศ หรือวัยรุ่นที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคมจิตใจ การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการอุปถัมภ์บุตร และการรับเป็นบุตรบุญธรรมกรณีไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบบ่อย คือมีภาวะซีดในช่วงตั้งครรภ์เนื่องจากบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีภาวะซีดในช่วงตั้งครรภ์เนื่องจากบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน: สตรีวัยรุ่น อายุ 13 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด Hb 8.4 % Hct 30 mg% บอกว่าไม่ชอบรับประทานอาหารเพราะกลัวอ้วน

วัตถุประสงค์การพยาบาล: มีระดับความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยความรู้สึกของสตรีวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้
2. ให้ข้อมูลผลกระทบของภาวะซีดต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และผลกระทบต่อบุตรในครรภ์
3. อธิบายการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ต่างจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ความต้องการสารอาหารของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้น
4. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมสารอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารโปรตีน อาหารทะเล ปลาตัวเล็ก ผักใบเขียว และอาหารที่ลดการดูดซึมธาตุเหล็ก ได้แก่ ตั้มนมพร้อมอาหารเสริม และเน้นย้ำอาหารที่มีวิตามินซีช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น

5. ทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน โดยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และกระตุ้นการเสริมแรงจากกลุ่ม
 6. เน้นย้ำให้ญาติ สามี หรือบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์มีความใกล้ชิดมาช่วยเหลือสนับสนุน
 7. กระตุ้นให้ทบทวนความรู้และแนวทางการปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรม ชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ดี
เพิ่มเติมความรู้ส่วนที่ขาดไป
- เกณฑ์การประเมิน: ผลการตรวจเพื่อติดตามระดับความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุป

การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผลของการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดผลกระทบที่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ควรป้องกันโดยการให้ความรู้เพศศึกษารอบด้าน การรณรงค์การสวมถุงยางอนามัยและเน้นย้ำป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ปัญหาที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์คือ ภาวะซีด การไม่ได้สัดส่วนของส่วนนำทารกกับอุ้งเชิงกราน การคลอดก่อนกำหนด ส่วนในระยะคลอด อาจมีปัญหาคลอดยาก การให้สูดศึกษาที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของสตรีวัยรุ่นและทารกในระยะคลอดได้

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โควาวิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, และจันทกานต์, กาญจนเวทวงศ์. (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอม.
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 83-90.
- บัณฑิตูร ลวรัตน์กร. (2555). อายุมารดากับผลการคลอดของมารดาที่มาโรงพยาบาลที่มาจากคลอด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 11(1), 1-9.
- พรรณณี พิณदानนท์, กาญจนา คาคี, อัจฉรา วัธโรภาส, และสุรพันธ์ แสงสว่าง. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่*. สืบค้น 29 เมษายน 2557 จาก http://kcenter.anamai.moph.go.th/down.php?info_id=795&download_file=doc/078298b04f765dcc3d0b4c2ec15d6a32.docx
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 5(1), 14-28
- UNFPA Thailand. (2556). *แม่วัยใส: ความท้าทายในการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: บริษัทแอดวานส์ปรีนติ้งจำกัด.
- Usta, I.M., Zoorob, D., Abu-Musa, A., Naassan, G., & Nassar, A.H. (2008). Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87, 178.
- World Health Organization. (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Retrieved from <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/adolescent-sexual-reproductive-health/pdf/WHO-mainstreaming-adolescent-pregnancy-efforts-MPS-2010.pdf>

บทที่ 4

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

(Nursing care for elderly pregnancy/ pregnancy in advanced maternal age)

ผศ.ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์การตั้งครรภ์อายุมากได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์อายุมากได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมากได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมากได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ/ ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก
 - 1.3 ผลกระทบจากการตั้งครรภ์อายุมาก
2. แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
 - 2.1 การประเมินสภาพทั่วไป
 - 2.2 การเก็บข้อมูลตามกรอบแนวคิดสุขภาพ
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก
4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

มนทัศน์การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก

ความหมาย

การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก (advanced maternal age) หมายถึง การตั้งครรภ์เมื่อสตรีมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (บัตูร, 2555; Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012)

ปัจจุบันแนวโน้มการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากมีแนวโน้มสูงขึ้น การตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคประจำตัว และจากการตั้งครรภ์มากขึ้น เป็นเหตุให้แพทย์ต้องดูแลสตรีตั้งครรภ์สูงอายุอย่างใกล้ชิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

สาเหตุ/ ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก

จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทุกวันนี้ สตรีมีการศึกษาที่สูงขึ้น และทำงานประจำนอกบ้านเพื่อร่วมสร้างความมั่นคงให้แก่ครอบครัว ทำให้สตรีแต่งงานช้าลง จึงทำให้มีบุตรในช่วงอายุที่มากขึ้น ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเพื่อช่วยการเจริญพันธุ์มีความก้าวหน้าทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากมีโอกาสเข้ารับบริการ การประสบความสำเร็จของเทคโนโลยีจึงช่วยให้คู่สามีภรรยาหลายคู่ที่หมัดหวังกับการตั้งครรภ์โดยธรรมชาติ และมีอายุมากประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์และสามารถให้กำเนิดบุตรได้เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อน

การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Mills & Lavender, 2010) อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์อายุมากก็สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยรวมทั้งยังสามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ได้ภายใต้การดูแลและปฏิบัติอย่างถูกต้อง

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์ เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม (maternal medical complications) ได้แก่ความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวาน ให้แยกเบาหวานก่อนตั้งครรภ์และในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน คือภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์จะมีโอกาสเกิดทารกพิการในครรภ์ได้มากกว่า แต่เบาหวานขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นทารกตัวใหญ่ คลอดยากเป็นต้น
2. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่การแท้งบุตร (miscarriage) อัตราการแท้งบุตรเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ

ของสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากทารกมีโครโมโซมผิดปกติ (Anderson, Wohlfahrt, Christens, Olsen, & Melbye, 2000) และการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของท่อ นำไข่ เช่นการผ่าตัดท่อนำไข่ และการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

3. การผ่าท้องทำคลอด พบว่าสตรีตั้งครรภ์สูงอายุมีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีที่อายุน้อยกว่าจาก

ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นด้วย

4. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) เป็นต้น

ผลกระทบต่อทารก

สตรีตั้งครรภ์อายุมากมักพบทารกมีอุบัติการณ์มีโครโมโซมผิดปกติ ซึ่งพบได้ทั้งจำนวนโครโมโซมเกินและขาด (trisomy, monosomy) เช่นทารกกลุ่มอาการดาวน์ (trisomy 21) ทารกเสียชีวิตในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายคลอด (stillbirth) การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ทารกอาจเกิดภาวะเครียดขณะคลอด (fetal distress)

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์อายุมากประกอบด้วยการประเมินสภาพทั่วไป และการประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ดังนี้

การประเมินสภาพทั่วไป

1. การซักประวัติ มีแนวทางการซักประวัติเช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป แต่เน้นประเด็นที่เป็นความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ได้แก่ ประวัติการแท้ง การคลอดยาก โรคทางอายุรกรรม โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง การมีเนื้องอกของมดลูก โรคทางพันธุกรรม ในรายที่ใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ประเมินข้อมูลแนวโน้มการเกิดครรภ์แฝด

2. การตรวจร่างกาย ประเมินส่วนสูง น้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ และการคัดกรองเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง การประเมินภาวะบวมและฝ้าระวางภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์

3. การตรวจครรภ์ ตรวจครรภ์ตามท่ามาตรฐาน เน้นการสังเกตการมีเนื้องอกมดลูกร่วมกับการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ ขนาดทารกเพื่อประเมินการไม่ได้สัดส่วนของทารกกับเชิงกราน มารดา

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองที่จำเป็นเพิ่มเติมในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก คือ การเจาะน้ำคร่ำเพื่อการคัดกรองโรคทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อดูความพิการทารกแต่กำเนิด การคัดกรองเบาหวานในรายที่มีความเสี่ยง เป็นต้น

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

แบบแผนที่ 1: การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ การรับวัคซีน การรับรู้ความเสี่ยงเมื่อตั้งครรภ์อายุมาก สังเกตการแสดงออกสีหน้า ท่าทางเมื่อพูดคุยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

แบบแผนที่ 2: อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

สอบถามชนิดและปริมาณสารอาหารที่รับประทานก่อน และเมื่อตั้งครรภ์ การรับประทานโพลีกลีเซอริล ฟอสโฟสฟาต การรับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักในรายที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ชั่งน้ำหนัก และตรวจความเข้มข้นของเลือด

แบบแผนที่ 3: การขับถ่าย

ประเมินลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ สังเกตลักษณะ และปริมาณปัสสาวะ และการขับถ่ายอุจจาระ

แบบแผนที่ 4: กิจกรรมและการออกกำลังกาย

สอบถามกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และกิจกรรมที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ สังเกตการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรม ตรวจวัดสัญญาณชีพ และฟังเสียงปอด

แบบแผนที่ 5: การนอนหลับ พักผ่อน

ประเมินการนอนหลับ/พักผ่อน วิธีการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ สังเกตสีหน้าว่าสดชื่น อ่อนเพลีย

สังเกตพฤติกรรม การผ่อนคลาย และระยะเวลาในการนอนหลับ

แบบแผนที่ 6: สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินการรับรู้ประสาทสัมผัส อาการปวด การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ตรวจร่างกายทางระบบประสาท สังเกตระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้สิ่งแวดล้อม

แบบแผนที่ 7: การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง ความวิตกกังวล หมดหวัง เมื่อมีการตั้งครรภ์ สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียงและปฏิกิริยาในการโต้ตอบคำพูดกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

แบบแผนที่ 8: บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินบทบาทและสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เมื่อตั้งครรภ์ สังเกตปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มาเยี่ยม ลักษณะท่าทีและน้ำเสียงเมื่อพูดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 9: เพศและการเจริญพันธุ์

สอบถามประวัติการมีประจำเดือน ความถี่ การขาดประจำเดือนประวัติตั้งครรภ์-คลอด แห่งวิธีการคุมกำเนิด อาการผิดปกติเมื่อมีประจำเดือน ประเมินระดับยอดมดลูก ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจเต้านม และการมีก้อนของกล้ามเนื้อมดลูก

แบบแผนที่ 10: การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินความเครียดเมื่อตั้งครรภ์อายุมาก ความวิตกกังวล กลัว การจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้น สังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมเมื่อพูดถึงการตั้งครรภ์ วิถีเผชิญและการปรับตัวต่อความเครียด แหล่งสนับสนุน

แบบแผนที่ 11: คุณค่าและความเชื่อ

สอบถามความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยว พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

หลักการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์สำหรับสตรีที่อายุมากมีความจำเป็นเนื่องจากอายุมากขึ้นก็จะมีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น การควบคุมโรคก่อนการตั้งครรภ์จะช่วยลดโรคแทรกซ้อนได้

2. สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี เมื่อตั้งครรภ์ให้เน้นการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรค เบาหวาน ทำทารกผิดปกติ และความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด สิ่งเหล่านี้หากตรวจพบล่วงหน้าไปสู่ความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (บ็ินซุร, 2555)

3. เน้นย้ำการรับประทานวิตามิน โฟลิก 400 มิลลิกรัมต่อวันตั้งแต่มีก่อนตั้งครรภ์ ต้องมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดดื่มสุรา งดบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่เอง

4. ต้องมีการตรวจพิเศษที่สำคัญคือ ต้องเจาะน้ำคร่ำตรวจโครโมโซม เพื่อค้นหาทารกกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) สามารถตรวจได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 17-22 สัปดาห์ โดยการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจหาโครโมโซม ซึ่งเป็นกระบวนการนำน้ำคร่ำที่อยู่รอบตัวทารกในโพรงมดลูกออกมา ในน้ำคร่ำจะมีเซลล์ทารกอยู่ด้วย แต่เซลล์ทารกอาจจะได้จากส่วนอื่นอีก เช่น เนื้อมดหรือเลือดจากสายสะดือทารกก็ได้

แพทย์จะตัดเอาเซลล์ไปเพาะเลี้ยงแล้วตรวจโครโมโซม และตรวจดูความเจริญเติบโตของทารกโดยเครื่องอัลตราซาวด์เป็นระยะ แต่สตรีบางคนปฏิเสธการตรวจเจาะถุงน้ำคร่ำ เพราะไม่ต้องการทำแท้งถ้าทารกในครรภ์ผิดปกติ

5. ระยะคลอด เพื่าระวังติดตามความก้าวหน้าของการคลอด มีอุบัติการณ์ของการคลอดยาวนานเพิ่มขึ้นเนื่องจากปากมดลูกไม่เปิด การพิจารณาการคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ อัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้น

6. ต้องให้การปรึกษาตลอดช่วงตั้งครรภ์ ทั้งให้การปรึกษาก่อนการคัดกรองโรคและความผิดปกติ และการให้การปรึกษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้

7. ประเมินและดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล เพราะสตรีตั้งครรภ์อายุมากมักได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยง มีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มจากการตั้งครรภ์ปกติ ข้อมูลที่รับจากแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญ หรือจากการค้นคว้าด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะยุ่งยากใจเมื่อรับรู้ความเสี่ยง (Lampinen, Vehviläinen-Julkunen, & Kankkunen, 2009) สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญความไม่แน่นอนของผลตรวจ การเผชิญและต่อรองกับการเกิดความสูญเสียจากการแท้ง รวมถึงการมีบุตรที่สมบูรณ์ ควรประเมินความวิตกกังวลตลอดช่วงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ และกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์นำเทคนิคทางเลือกมาผ่อนคลายตนเองเพื่อความสงบ และเสริมศักยภาพในการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจ คงความมั่นใจในการควบคุมชีวิตตนเอง แนวทางที่ได้ผลในการเผชิญกับเรื่องราวเหล่านี้ได้แก่ การแสวงหาความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การตรวจยืนยันผลซ้ำ การเพิกเฉยลดการใส่ใจต่อเรื่องราวเป็นบางเวลาเพื่อลดความเครียด การแสวงหาแหล่งพึ่งพิงทางศาสนา การยืนยันกับตัวเองว่าแม้จะมีอายุมากแต่สามารถที่เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีได้ และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพในสิ่งที่สงสัยอย่างสม่ำเสมอ (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2012)

8. ส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์อายุมาก เพราะแนวโน้มจะมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพิ่มขึ้น เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล ส่งเสริมการดูแลตนเองตลอดจนการปรับตัวตลอดช่วงตั้งครรภ์

9. การบริหารและดูแลร่างกาย ในสตรีที่ตั้งครรภ์หลังจากการคลอดบุตรหลายคนแล้ว มักพบปัญหาโรคสีดวงทวาร ความรู้สึกดทหน่วงถ่วงบริเวณท้องน้อย เพราะอวัยวะเพศ มดลูก ปากมดลูก กระเพาะปัสสาวะย้อยต่ำลงมา แบบเดียวกับเต้านมซึ่งเคลื่อนคล้อยต่ำด้วย ทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้อและพังผืดถูกยืดจากการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ด้วยเหตุนี้การออกกำลังกายตลอดเวลาแม้แต่ขณะตั้งครรภ์ การระมัดระวังมิให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากเกินไปขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณกระบังลมและปากช่องคลอดโดยวิธีคีเกล (Kegel) หรือแบบขมิบก้นปัสสาวะ อย่างน้อยวันละร้อยครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: กลัวคลอดยากเนื่องจากตั้งครรภ์อายุมาก

ข้อมูลสนับสนุน: สตรีตั้งครรภ์อายุ 40 ปี G1P0 อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ ระดับยอตมดลูก 2/4 > สะดือ ศีรษะเป็นส่วนนำ ส่วนสูง 158 ซม. น้ำหนักเพิ่มจากก่อนตั้งครรภ์ 8 กิโลกรัม แพทย์ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงคาดคะเนน้ำหนัก 2,300 กรัม บอกว่ารู้สึกทารกตัวโต กลัวคลอดยาก

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

1. มีความมั่นใจในการคลอด
2. มีการเตรียมตัวเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสำหรับการคลอด

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพ และรับฟังอย่างตั้งใจเกี่ยวกับความกลัวการคลอดยาก
 2. อธิบายกลไกการคลอด และปัจจัยการคลอด กระตุ้นให้มีการวิเคราะห์ปัจจัยการคลอดของตนเองว่ามีแนวโน้มที่จะคลอดได้หรือไม่
 3. สอนการออกกำลังกาย ทำบริหารกล้ามเนื้อและเอ็นบริเวณอุ้งเชิงกรานสำหรับสตรีตั้งครรภ์
 4. กระตุ้นให้มีการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ
 5. พุดคุยวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละช่วงการตั้งครรภ์ เพื่อให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดด้วยตนเองได้
 6. เปิดโอกาสให้พุดคุยกับมารดาหลังคลอดที่อายุมาก และประสบปัญหาเดียวกันแต่ประสบความสำเร็จในการคลอดด้วยตนเอง
 7. เมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด สอนวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี และให้ดูสื่อประกอบการสอน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความเข้าใจ นำสู่การปฏิบัติจริงในระยะคลอดต่อไป
 8. เปิดโอกาสให้บอกเล่าความรู้สึกต่อความกลัวและซักถามเพิ่มเติม
- เกณฑ์การประเมิน: สตรีตั้งครรภ์บอกว่าไม่กลัว/กลัวลดลง และฝึกบริหารร่างกายเพื่อเตรียมกล้ามเนื้อสำหรับการคลอดอย่างสม่ำเสมอ

สรุป

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถือเป็น การตั้งครรภ์เสี่ยงที่อาจเกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งในระยะของการตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดพยาบาลผดุงครรภ์จะต้องมีการคัดกรอง และติดตามสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพื่อจะได้ให้การดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- บัณฑิต ลวรัตน์กร. (2555). อายุมารดา กับ ผลการคลอดของมารดาที่มา
โรงพยาบาลที่มากลอดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*,
11(1), 1-9.
- Anderson, N., Wohlfahrt, J., Christens, P., Olsen, J., & Melbye, M. (2000). Maternal age and
fetal loss: Population based register linkage study. *BMJ* , *320*, 1708-12.
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012).
Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy
and Childbirth*, *10*, 100. Retrieved April 29, 2014. From
<http://www.biomedcentral.com/147-2393/12/100>
- Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in
women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal*, *3*, 33-38.
- Mills, T.A., & Lavender, T. (2010). Advanced maternal age. *Obstetrics, Gynecology and
Reproductive Medicine* *21*, 107-11.

บทที่ 5

การพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

(Nursing care for women with unwanted pregnancy)

ผศ.ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 ผลกระทบการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 - 1.4 การรักษา
2. แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 - 2.1 การประเมินสภาพทั่วไป
 - 2.2 การเก็บข้อมูลตามกรอบแนวคิดสุขภาพ
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาล

การพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

มนทัศน์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ความหมาย

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่พึงปรารถนา (unwanted pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยสตรีที่ตั้งครรภ์นั้นไม่ต้องการให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น และยังไม่พร้อมที่จะรับบทบาทของการเป็นมารดา อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ กัน (อุมาภรณ์, 2554) สามารถเกิดได้กับกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสตรียังไม่ต้องการให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น (Moos, 2003 cited in Pungbangkadee & Serisathien, 2008)

สาเหตุ

สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่มักเกิดจากการที่สตรีตั้งครรภ์แล้วต่อมาประสบกับปัญหาหรือมีเหตุการณ์แทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นดังต่อไปนี้

กลุ่มวัยรุ่น สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็ว ทำให้ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควรของวัยรุ่นซึ่งมองเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ การรักรับรสจนตัวถือเป็นเรื่องล้าสมัย บางรายไม่ต้องรู้จักกันลึกซึ้ง เพียงแค่มีความพอใจก็สามารถมีเพศสัมพันธ์กันได้โดยไม่ต้องพูดถึงการแต่งงานหรือมีครอบครัว สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่ได้เกิดจากบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้น แต่สังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่ทำให้เกิดปัญหาเช่นกัน ได้แก่ (พัชนี, 2547) 1) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การขาดความอบอุ่นหรือขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน กฎระเบียบเข้มงวด เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการถ่ายทอดทัศนคติ ค่านิยม สร้างบุคลิกภาพหรือรูปแบบของพฤติกรรมต่างๆ 2) การได้รับข่าวสารในเรื่องเพศแบบผิดๆ จากเพื่อน สื่อภาพยนตร์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต 3) การไม่ได้รับการศึกษาอย่างถูกต้องในเรื่องเพศศึกษาหรือการคุมกำเนิด ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร จะป้องกันอย่างไร ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร (พัชนี, 2547) ขาดการวางแผนครอบครัว 4) การใช้สารเสพติด เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นกระทำความผิด ขาดสติ ทำอะไรโดยไม่รู้ตัวหรือไม่ตั้งใจ 5) การใช้เวลาว่างของวัยรุ่น ก็มีส่วนทำให้หมกมุ่นกับเรื่องเพศมากเกินไป ถ้าหาทางออกที่ไม่เหมาะสมก็จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ 6) ขาดที่พึ่งทางใจ ไร้เป้าหมายในชีวิต ค่านิยมทางศาสนาเริ่มลดลง มองว่าการนับถือศาสนาเป็นเรื่องของผู้สูงอายุหรือยังไม่ถึงเวลาที่ตนเองจะต้องเข้าวัดศึกษาธรรมะ 7) การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในชีวิต เขาชนรอบนอกเดินทางเข้ามาศึกษาในเมืองโดยอาศัยในหอพักหรือบ้านเช่าอยู่กับเพื่อน 8) ข้อจำกัดการเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพที่สตรีวัยรุ่น หญิงวัยเจริญพันธุ์ อาจกลัวหรืออายที่จะขอคำปรึกษา เพราะสังคมไทยมองว่าการคุมกำเนิดยอมรับได้เฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่

แต่งงานมีครอบครัว (อุมาภรณ์, 2550) ความต้องการบุตรของคู่หรือของสามี วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่แฟนหรือสามีไม่ต้องการบุตร การใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่สม่ำเสมอ (ปฎิญา, รุ่งรัตน์, และพรนภา, 2556)

กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มักเกิดจากการที่สตรีตั้งครรภ์แล้วต่อมาประสบกับปัญหาหรือมีเหตุการณ์แทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ได้แก่ 1) สามีหรือคู่รักเสียชีวิตกะทันหัน 2) เกิดการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี รู้สึกว่าสัมพันธ์ภาพเปลี่ยนแปลง 3) เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงภายในครอบครัว เช่น ตนเอง บุตร สามี พ่อแม่ หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว เป็นต้น และจำเป็นต้องพึ่งพาสตรีตั้งครรภ์อย่างมาก 4) เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์หรือเผชิญกับสภาพความกดดันทางอารมณ์สูง ขาดแคลนแหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ 5) กำลังประสบความสำเร็จในชีวิตหรือมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพการงาน 6) ประสบปัญหาทางกฎหมายหรือสถานการณ์ที่คุกคามรุนแรงต่อสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง 7) การไม่ตระหนักเรื่องคุมกำเนิดและฝ่ายชายไม่เห็นด้วยหรือให้ความยินยอมในการคุมกำเนิด (อุมาภรณ์, 2550) 8) สตรีมีอาชีพที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เช่น หญิงอาชีพพิเศษ พนักงานบริการ เป็นต้น 9) การมีบุตรจำนวนมากในสตรีที่สมรสแล้ว 10) การมีโรคประจำตัวที่เพิ่มความรุนแรงหากมีการตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อเอชไอวี โรคหัวใจ ทารกพิการ เป็นต้น

ปัจจัยการเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป และสตรีวัยรุ่นมีบางประเด็นที่เหมือน กันคือ การไม่ตระหนักเรื่องการคุมกำเนิด (Matteson, Peipet, Allsworth, Phipps, & Redding, 2006) การถูกข่มขืนกระทำชำเรา (Pungbangkadee & Serisathien, 2008)

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ผลกระทบด้านมารดา

1. มิติด้านร่างกาย ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น สภาพร่างกายที่มีครรภ์โตขึ้นอย่างชัดเจน สภาพทางสรีระที่เปลี่ยนแปลง และมีอาจคืนสู่สภาพสวยงามตามเดิมได้ บางรายอาจเกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย เช่น โรคเอดส์ กามโรค เป็นต้น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อาจนำไปสู่ความเสี่ยงตามมามากมาย ได้แก่ การมาฝากครรภ์ช้าและไม่ครบตามเกณฑ์ การใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ศรุตยา, ภัทรวลัย, และสมประสงค์, 2555) การใช้ความรุนแรงในคู่สมรส (Levi, Simmonds, & Taylor, 2009) การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ทารกเติบโตมีระดับสติปัญญาต่ำ สุขภาพกาย/จิตอ่อนแอ การทำแท้ง (อุมาภรณ์, 2550) อันตรายจากการคลอดเนื่องจากการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ ทำให้คลอดลำบากจะต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์เป็นพิษ การตายปริกำเนิด (perinatal and infant mortality) (โดยเฉพาะในรายที่การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ) ภาวะโลหิตจาง ผลกระทบด้านอารมณ์อาจเกิดภาวะอารมณ์ไม่มั่นคง ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ผู้หญิงบางคนอาจเลือกยุติการตั้งครรภ์ นำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (อุมาภรณ์, 2550)

2. มิติด้านจิตใจ ความรู้สึกแรกที่รู้ว่าตั้งครรภ์ สตรีเหล่านี้จะมีความตกใจ กลัว ซ็อก งง สับสน และเสียใจที่ตนเอง “พลาด” ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ไม่ต้องการ คำถามหนัก ๆ เกิดขึ้นในใจว่าต้องทำอะไรกับชีวิต จะแก้ปัญหาอย่างไร และที่สำคัญรู้สึกสูญเสียหลายอย่างในชีวิต (หทัยทิพย์, โสรีย์, และจิราพร, 2552) บางคนรู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด ไม่มีค่า (ศรุตยา, ภัทรวัลย์, และสมประสงค์, 2555) ประสบการณ์ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสิ่งที่สตรีไม่คาดหวังที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองที่กระทบต่อความรู้สึกในการควบคุมชีวิตของสตรีที่กำลังเผชิญ ซึ่งการปรับความรู้สึกจากเหตุการณ์จะเข้าสู่ภาวะปกติจะเกิดขึ้นเร็วในกลุ่มที่มีประสบการณ์ตั้งครรภ์มาก่อนหรือมีเพื่อนที่มีประสบการณ์ยุติการตั้งครรภ์ (Harden & Ogden, 1999) ในกรณีที่สตรีนั้นมีความต้องการที่จะมีบุตรแต่ยังไม่พร้อม จะเกิดความรู้สึกกำกั่ง ไม่นั่นใจ ไม่กล้ายอมรับหรือเปิดเผยว่าตั้งครรภ์ มีความรู้สึกวิตกกังวลคละเคล้าไปกับความสุขใจ และกรณีที่สตรีผู้นั้นไม่ต้องการจะมีบุตร จะเกิดผลกระทบทางจิตใจ และอารมณ์อย่างมาก และยาวนาน เช่น ความรู้สึกกังวล ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกเสียใจ ความวิตกกังวล ความทุกข์ใจ เป็นต้น (กนกวรรณ, 2548; อุมาภรณ์, 2550) แต่สตรีส่วนหนึ่งที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจไม่มีความสุขในช่วงตั้งครรภ์ มีความเครียดจากเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ (อุมาภรณ์, 2550) เช่น ความเครียดในสัมพันธภาพ การตั้งครรภ์อาจกระทบกับพัฒนาการอื่นของชีวิต (Lifflander, Gaydos, & Hogue, 2007) การศึกษาในระยะยาวมารดาวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อมมักประสบปัญหาภาวะซึมเศร้าในช่วง 3 ปีแรก และมักมีปัญหาความไม่ลงรอยในสัมพันธภาพกับครอบครัวเดิมสูง (Nelson & O' Brien, 2012)

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทำให้สตรีส่วนหนึ่งเลือกทางออกของปัญหาโดยการทำแท้ง ก่อนตัดสินใจทำแท้ง มีการพยายามมองทางเลือกอื่น เช่น เมื่อคลอดแล้วมอบให้เป็นบุตรบุญธรรม เป็นต้น แต่ก็คิดว่าเป็นการยุ่งยากที่จะทำ เพราะอาจมีความผูกพันกับบุตรที่ตนเองอุ้มท้อง (Lifflander, Gaydos, & Hogue, 2007) การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ และเข้าสู่ระบบการดูแลเป็นอีกช่วงเวลาหนึ่งที่สำคัญที่มีความยากง่ายในการจัดการตามเงื่อนไขของสตรีแต่ละราย รวมถึงท่าทีของผู้ดูแลต่อการทำแท้ง ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการ และปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสับสนของสตรีที่เข้าสู่ระบบการดูแล (Harden & Ogden, 1999) การตัดสินใจคุณค่า (judgments) ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการทำแท้งของบุคลากรสุขภาพ จะมีอิทธิพลต่อการส่งต่อที่รวดเร็ว ความซับซ้อน ความยากง่ายในการดูแลรักษา ประเด็นที่มักถูกหยิบยกมาบ่อย ได้แก่ พฤติกรรมสตรีวัยรุ่นที่ไม่รับผิดชอบ การเลือกทำแท้ง และพฤติกรรมการดูแลของบุคลากรที่ไม่ไวต่อปัญหาที่สตรีกำลังเผชิญ การให้คำปรึกษา มักเป็นขั้นตอนการดูแลที่นำทุกอย่างเข้าสู่ภาวะปกติ ดังนั้นท่าทีผู้ให้การปรึกษา และช่วยสตรีที่กำลังเผชิญความเครียดกังวล ในการเข้าถึงการดูแลจนเกิดความรู้สึกว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ และเขาไม่ใช่คนเดียวที่กำลังเผชิญปัญหา (Harden & Ogden, 1999)

ความรู้สึกช่วงแรกหลังสิ้นสุดกระบวนการทำแท้งที่ปลอดภัยด้วยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าสตรีทุกคนรู้สึกอ่อนคลาย (Harden & Ogden, 1999) ในขณะที่กลุ่มทำแท้งไม่ปลอดภัยมีความกลัวว่าอนาคตอาจมีลูกไม่ได้ เกิดความเครียด กลายเป็นคนเงิบ เก็บกด โรคประจำตัวกำเริบ (กนกวรรณ, 2548) การศึกษาของจตุพร (2547)

เกี่ยวกับความเครียดในสตรีวัยรุ่นนภายหลังการทำแท้งผิดกฎหมายพบว่า เรื่องทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ กลัวพ่อแม่เสียใจถ้ารู้ว่าตั้งครรภ์ การขูดมดลูก และความลับถูกเปิดเผย ความเครียดระดับรองลงมา 3 เรื่อง คือ การตอบคำถามของแพทย์พยาบาล คนดูถูกเหยียดหยาม และขาดงานหรือขาดเรียน ประสบการณ์ ภาวะแทรกซ้อนหลังทำแท้ง และระบบบริการสุขภาพกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ทำแท้งไม่ปลอดภัย เข้ารักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน ต้องเผชิญกับประสบการณ์ความรุนแรงด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ดูแลบางคนมีทัศนคติด้านลบกับการทำแท้ง มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ต่ำห็นิตีเตียน การต่ำด้วยคำที่รุนแรง และบางคนถูกใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับนักศึกษาแพทย์ (กนกวรรณ, 2548)

สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนหนึ่ง ช่วงแรกอาจจะไม่ยอมรับกับการตั้งครรภ์ แต่กระบวนการในการดูแลทำให้เกิดการใคร่ครวญเรื่องราวชีวิตใหม่ และหันมายอมรับการตั้งครรภ์ และรักในบุตรที่กำลังมาเกิด บางรายอาจเกิดความรู้สึกผิดกับความคิดแรก ที่เกิดความรู้สึกไม่ต้องการบุตร เมื่อตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ และทารกที่เกิดมาด้วยความสมบูรณ์น่ารักน่าเอ็นดู การยอมรับ และแสดงบทบาทความเป็นมารดา ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดบทเรียนรู้ชีวิตที่ต้องควบคุมตัวเองในเรื่องราวทางเพศมากขึ้น แต่สตรีส่วนหนึ่งที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม อาจไม่มีความสุขในช่วงตั้งครรภ์ มีความเครียดในสัมพันธภาพ จนกระทบต่อพัฒนาการอื่นของชีวิต (Lifflander, Gaydos, & Hogue, 2007) การที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจะประสบความสำเร็จในการดำเนินไปของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีโอกาสปรับเปลี่ยนตนเองเข้าสู่พัฒนาการตั้งครรภ์ มีหลายปัจจัยทั้งตัวสตรีตั้งครรภ์ สัมพันธภาพคู่รัก และระบบสนับสนุนของครอบครัว

3. มิติด้านสังคม สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่เป็นวัยรุ่นและกำลังอยู่ในวัยเรียนที่ตัดสินใจดำเนินการตั้งครรภ์ต่อพบว่า วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง ต้องออกจากงาน ออกจากโรงเรียน ต้องแต่งงาน ขาดโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เพราะต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งไปกับการดูแลทารก มีปัญหาสัมพันธภาพและกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว (Levi, Simmonds, & Taylor, 2009; Lifflander, Gaydos, & Hogue, 2007) มักได้รับการดูถูกเหยียดหยามจากสังคม โอกาสของการเลือกคู่สมรสจะหมดไป และโอกาสทางการศึกษาสิ้นสุดลงในกรณีตั้งครรภ์ เป็นต้น และนอกจากมีผลกระทบทางสังคมต่อสตรีผู้ตั้งครรภ์แล้ว ยังส่งผลต่อสังคมโดยตรงได้อีก เช่น การรับภาระเด็กถูกทอดทิ้ง เป็นต้น หากสตรีนั้นมีความสัมพันธ์กับชายที่มีครอบครัว การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการต่อรองกับชาย ฝ่ายชายจะเกิดปัญหาความไม่สงบสุขในครอบครัว

ตามมา เกิดการแตกร้างในครอบครัวโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจก็ได้ การศึกษาพบว่า การหาทางออกจากภาวะทุกข์ที่เกิดจากตั้งครรภ์ไม่พร้อม หากมีบุคคลต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือนด้วยความรักและเข้าใจจะทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกทางออกที่เหมาะสม ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและลูก (หทัยทิพย์, โสรีย์, และจิราพร, 2552)

ผลจากภาวะท้องไม่พร้อม ทำให้วัยรุ่นสตรีส่วนหนึ่งต้องลาออกจากโรงเรียน จึงเสียโอกาสทางการศึกษา ครอบครัวผิดหวังและอับอาย อีกทั้งยังเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตัววัยรุ่นเอง คือ มีความเครียด ความกังวล บางรายหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย ทำแท้ง ส่งผลกระทบต่อพ่อแม่ และมารดาของทารกกลุ่มนี้จะเผชิญกับภาวะเครียดและซึมเศร้า และหลังจากที่ทารกเหล่านี้กลับบ้านไปก็ยังคงต้องได้รับการดูแลที่มากกว่าปกติ ด้านการแสดงบทบาทมารดาการให้นมบุตร เนื่องจากสตรีวัยรุ่นมักมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างน้อย ทำให้ทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยอาหารเสริม ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะทุพโภชนาการ อันจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในทารกได้

การยอมรับตั้งครรภ์ไม่พร้อมขึ้นอยู่กับสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคม บางกลุ่มคนรอบข้างที่ทราบมีทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย หากสตรียังเป็นนักศึกษาบางสถาบันก็พยายามให้ความช่วยเหลือ แต่บางคนอาจต่อต้าน ประจาน ในกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดมักคอยให้ความช่วยเหลือ แต่อาจได้รับผลกระทบเมื่อความลับถูกเปิดเผย ในหลายประเทศการยุติการตั้งครรภ์เมื่อท้องไม่พร้อมเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพของรัฐที่มีให้กับสตรีกลุ่มนี้ภายใต้เงื่อนไขว่าการยุติการตั้งครรภ์มีความปลอดภัยด้านร่างกายและจิตใจต่อสตรีมากกว่าการปล่อยให้เกิดการตั้งครรภ์และการคลอดต่อไป (Harden & Ogden, 1999)

4. มิติจิตวิญญาณ เกิดความรู้สึกผิด ตราบาป (Story, 1999) ก่อนการทำแท้ง กลัวตาย โกรธแค้นชะตากรรม โกรธฝ่ายชาย หลังการทำแท้งกลัวอันตราย สำนึกในความผิดพลาดของชีวิต เสียใจโทษตัวเอง เกิดความรู้สึกผิด บาป เศร้าโศกในสิ่งที่กระทำ (กนกวรรณ, 2548) วิตกกังวลกับชีวิตในอนาคต (ในรายที่ทำแท้งแต่ไม่สำเร็จ) ได้บทเรียนเตือนตัวเอง มีสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลายคน ที่เรียนรู้และเติบโตภายในจากการเผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและเกิดเป็นประเด็นบทเรียนรู้ในชีวิต เห็นถึงความรัก ความเข้าใจจากครอบครัว เกิดการมองอนาคตเกิดความตั้งใจปรับเปลี่ยนตนเองสู่หนทางที่ดีขึ้น (หทัยทิพย์, โสรีย์, และจิราพร, 2552) มีหลายครั้งที่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สตรีประเมินว่าเป็นภาวะวิกฤตชีวิต และเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยาก มีความบีบคั้นนำไปสู่ความสิ้นหวังไม่มีทางออก และสตรีจึงตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อยุติปัญหา (Pungbankadee & Serisathien, 2008)

ผลกระทบด้านทารก

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด การศึกษาผลของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศตุรกีพบว่า ทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีภาวะแทรกซ้อนแรกเกิดที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษจากภาวะสำลักน้ำคร่ำ ทำให้ต้องอยู่ในตู้อบเพื่อการรักษา

โอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่ำ และมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบระหว่างพ่อแม่ และทารกเกิดใหม่ (Nelson & O' Brien, 2012)

การรักษา

แนวทางการรักษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สตรีจะต้องตัดสินใจที่จะยุติหรือคงการตั้งครรภ์ต่อไป ในกรณีที่สตรีเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ก็จะมี 2 วิธีใหญ่ๆดังนี้

1. การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีใช้ยา (Medical abortion) คือการใช้สารที่ออกฤทธิ์ทางเภสัชกรรม เพื่อทำให้เกิดการแท้ง ซึ่งมี 2 ชนิดด้วยกันคือ

1.1 การใช้สารต่อต้านฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้ตัวอ่อนไม่สามารถฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกได้ ยาได้ผลดีในการยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน หรือ 9 สัปดาห์ (นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย) และสามารถนำมาใช้สำหรับการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ได้

1.2 การใช้ยาในกลุ่มพรอสตาแกลนดิน (Misoprostol หรือ Cytotec®) เป็นยาที่เดิมใช้รักษาโรคกระเพาะอาหาร โดยมีผลข้างเคียงทำให้ปากมดลูกบางและมดลูกบีบตัว ปัจจุบันองค์การอาหารและยาของประเทศไทย ประกาศเป็นยาควบคุมพิเศษ ให้ใช้โดยแพทย์ในโรงพยาบาลเท่านั้น

2. การยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีทางศัลยกรรม (Surgical abortion) คือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อทำให้เกิดการแท้ง แบ่งเป็น

2.1 การขยายปากมดลูกและการขูดมดลูก (Dilatation and curettage)

2.2 การขยายปากมดลูกและการดูดด้วยเครื่องสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration [MVA])

2.3 การขยายปากมดลูกและคีบเนื้อเยื่อออก (Dilatation and evacuation)

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีการประเมินทั่วไปและการประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพดังนี้

การประเมินสภาพทั่วไป

1. การซักประวัติ การซักประวัติครอบคลุมเหตุผลที่มาตรวจ ประวัติการมีประจำเดือน วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย แบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ อาการที่สงสัยว่ามีการตั้งครรภ์ ความรู้สึกหากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ทางเลือกที่เป็นไปได้ ความพร้อมในการตั้งครรภ์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ความเครียดและแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์

2. การตรวจร่างกาย สิ่งจำเป็นต้องประเมินคือ ภาวะซีด คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ร่องรอยการบาดเจ็บถูกทำร้าย (เพราะการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักเกิดร่วมกับการกระทำความรุนแรงในคู่สมรส) การใช้สารเสพติด การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ความพยายามทำแท้ง การพยายามปกปิดการตั้งครรภ์ หากมาฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ประเมินการเพิ่มน้ำหนักตามเกณฑ์

3. การตรวจครรภ์ ตรวจครรภ์ตามปกติทั้ง 4 ท่าของลีโอโพลด์ ประเมินความสอดคล้องระดับยอดมดลูกกับระยะเวลาที่ขาดประจำเดือน (การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมักเกิดผลกระทบบคือการเติบโตของทารกช้าในครรภ์ ทารกพิการ)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจฮอร์โมนยืนยันการตั้งครรภ์ การยืนยันอายุครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การประเมินทารกพิการแต่กำเนิด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การตรวจเลือดเพื่อดูระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือด

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1: การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ

ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ ความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ ทางเลือกในการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ สังเกตการแสดงออกสีหน้า และท่าทางเมื่อพูดคุยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การแต่งกายขณะเข้ารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์

แบบแผนที่ 2: อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินชนิดและปริมาณสารอาหารที่รับประทานก่อนและเมื่อตั้งครรภ์ การเพิ่มอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานธาตุเหล็กตามแผนการรักษา ชั่งน้ำหนัก ตรวจความเข้มข้นของเลือด

แบบแผนที่ 3: การขับถ่าย

ประเมินลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ สังเกตลักษณะ และปริมาณปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4: กิจกรรมและการออกกำลังกาย

สอบถามกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันเมื่อมีการตั้งครรภ์ กิจกรรมที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ สังเกตการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรม ตรวจวัดสัญญาณชีพ และฟังเสียงปอด

แบบแผนที่ 5: การนอนหลับ พักผ่อน

ประเมินการนอนหลับ/พักผ่อน วิธีการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ สังเกตสีหน้า ความสดชื่น อาการอ่อนเพลีย พฤติกรรม การผ่อนคลาย และระยะเวลาในการนอนหลับ

แบบแผนที่ 6: สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินการรับรู้ประสาทสัมผัส อาการปวด การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียงและปฏิกิริยาในการโต้ตอบคำพูดกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

แบบแผนที่ 7: การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์

ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง ความวิตกกังวล หมดหวัง เมื่อมีการตั้งครรรณ์โดยไม่ตั้งใจ ตรวจร่างกายทางระบบประสาท สังเกตระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้สิ่งแวดล้อม

แบบแผนที่ 8: บทบาท และสัมพันธภาพ

ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เมื่อตั้งครรรณ์ สังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมเมื่อพูดถึงการตั้งครรรณ์ วิธีเผชิญและการปรับตัวต่อความเครียด แหล่งสนับสนุน

แบบแผนที่ 9: เพศ และการเจริญพันธุ์

สอบถามประวัติการมีประจำเดือน ความถี่ การขาดประจำเดือน ประวัติตั้งครรรณ์ คลอด แท้ง วิธีการคุมกำเนิด ประเมินระดับยอดมดลูก ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจเต้านม การหดรัดตัวของมดลูก ร่องรอยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10: การปรับตัว และความทนทานกับความเครียด

ประเมินความเครียดเมื่อตั้งครรรณ์โดยไม่ตั้งใจ ความวิตกกังวล กลัว การจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้น สังเกตปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มาเยี่ยม สังเกตลักษณะท่าทีและน้ำเสียงเมื่อพูดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ

ประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยว ความเชื่อเรื่องการยุติการตั้งครรรณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรรณ์ไม่พึงประสงค์

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรรณ์ไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย การป้องกัน และการดูแล ซึ่งมีราย ละเอียด ดังนี้

การป้องกัน

การป้องกันโดยการให้สุศึกษาแก่วัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศที่ครอบคลุมแนวคิดเพศสัมพันธ์ที่มีความสุข ปลอดภัยจากการตั้งครรรณ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปราศจากความรุนแรงที่ต้องทำแบบเชิงรุกเพิ่มขึ้น เป็นส่วนหนึ่งของงานวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมกลุ่มแต่งงานและวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป (Levi, Simmonds, & Taylor, 2009)

การดูแล

การดูแลสตรีที่มีการตั้งครรรณ์ไม่พึงประสงค์แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา และระยะหลังจากสตรีตั้งครรรณ์ได้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาแล้ว ทางเลือกที่พบบ่อย คือ การยุติการตั้งครรรณ์ การดำเนินการตั้งครรรณ์ต่อ (แต่งงานและเลี้ยงเอง เลี้ยงเองเพียงลำพัง

หรือการยกให้เป็นบุตรบุญธรรม) (Pungbankadee & Serisathien, 2008) มีลำดับขั้นตอนทั่วไป คือ 1) การประเมินสภาพอย่างเหมาะสม 2) การให้คำปรึกษาทางเลือก (option/alternative counseling) 3) การให้การดูแล/ส่งต่อสู่ระบบบริการที่ต้องการ และ 4) การประสานงานการดูแล ทั้งนี้ในแต่ละขั้นจำเป็นต้องมีบุคลากรสุขภาพที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ให้บริการมีหลักการดูแลสตรีที่มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีดังนี้ (Simmonds & Likis, 2011)

1. การจัดให้มีการดูแลที่ปลอดภัยจากอคติและการตัดสินประเมินค่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นประเด็นที่อาจกระตุ้นให้สตรีและบุคคลรอบข้างมีการตอบสนองเหตุการณ์ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องไม่ถูกกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาโต้ตอบในเหตุการณ์ดังกล่าว แต่ควรตระหนักถึงความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งเป็นมาตรฐานด้านจริยธรรมทางการแพทย์ที่มีต่อสตรีที่กำลังเผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้ดูแลควรได้ตรวจสอบความเชื่อส่วนบุคคลที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ในคลินิก

2. การให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาความลับ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ความสำคัญมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสม ระมัดระวังการเฝ้าฟังเป็นพิเศษขณะดูแล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคติดต่อ คู่รักที่มีแนวโน้มการใช้ความรุนแรง สตรีที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศหรือถูกทอดทิ้ง

3. ตระหนักถึงความต้องการเฉพาะของกลุ่มด้วยโอกาส หรือประชากรที่มีความเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เยาวชนวัยรุ่น ผู้พิการทางกายหรือจิต รวมถึงกลุ่มที่มีประเพณีความเชื่อที่เฉพาะที่อาจเกิดผลกระทบต่อชีวิตของสตรีที่กำลังเผชิญปัญหา

4. การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ ในทางทฤษฎี การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ต้องรวดเร็วเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ทั้งในรายที่คงการตั้งครรภ์และรายที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ การซักประวัติเบื้องต้นควรทำก่อนการทดสอบการตั้งครรภ์ ได้แก่ สิ่งที่ทำให้สตรีสงสัยว่าตัวเองอาจตั้งครรภ์ ประสพการณ์อาการแสดงของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ประจำเดือนขาด การมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ การมีเลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดในอุ้งเชิงกรานที่บ่งบอกภาวะผิดปกติของการตั้งครรภ์ เช่น การแท้งเอง การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นต้น และสุดท้ายถามความเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่เลือก กรณีมีการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ระยะแรกมักตรวจระดับฮอร์โมน human chorionic gonadotropin จาก trophoblast cell โดยระดับฮอร์โมน จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุกๆ 2 วันจนอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ หากผลการทดสอบการตั้งครรภ์เป็นบวก พยาบาลผดุงครรภ์ควรเริ่มให้การปรึกษาเบื้องต้นถึงความรู้สึกต่อผลการตรวจครรภ์ เพื่อนำไปสู่การให้การปรึกษาทางเลือกในรายที่ท้องไม่พร้อม

5. การปรึกษาทางเลือกเมื่อตั้งครรภ์ (pregnancy option counseling) เน้นการให้การดูแลและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมขึ้นมา (กิตติพงษ์ บุญฤทธิ์ เอกชัย ประกายดาว และจันทกานต์, 2558) เมื่อผลการตั้งครรภ์เป็นบวก สตรีจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจที่จะยุติหรือคงการ

ตั้งครรรค์ต่อไป การคงการตั้งครรรค์ต่อไปก็ต้องคิดต่อว่าจะเลี้ยงดูเองหรือยกให้เป็นบุตรบุญธรรม ในกรณีที่ดีที่สุดที่เลือกที่จะยุติการตั้งครรรค์ จัดให้มีการยุติการตั้งครรรค์ที่ปลอดภัย

การช่วยและสนับสนุนให้สตรีได้มีทางเลือกถือเป็นความรับผิดชอบทางวิชาชีพที่พยาบาลต้องปฏิบัติ การปรึกษาทางเลือกเป็นกระบวนการให้เวลาสตรีที่ตั้งครรรค์ไม่พร้อม ได้มองเห็นสถานการณ์การตั้งครรรค์และสถานการณ์รอบตัว สสำรวจทางเลือกที่เป็นไปได้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกเมื่อมีความรู้สึกพร้อม ภายใต้บรรยากาศการเอื้ออำนวยที่ไม่เร่งรัดหรือคุกคามสมรรถนะ ผู้ที่ให้การศึกษาทางเลือกอย่างมืออาชีพจะต้องมีความรู้ในแต่ละทางเลือก มีข้อมูลสนับสนุนที่ทันสมัย คำนิ่งถึงปัจจัยอื่นในตัวบุคคล เช่น อายุ ทำเลที่อาศัย สถานะทางการเงิน อายุครรรค์ เป็นต้น ที่สำคัญทุกขั้นตอนของการปรึกษาทางเลือก ควรปฏิบัติด้วยท่าทีที่ปราศจากความลำเอียงและการประเมินคุณค่า ความยาวนานของการปรึกษาทางเลือกอาจแตกต่างกันไปในสตรีแต่ละราย เป็นไปตามความต้องการของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน การศึกษาวิจัยของโรแลนด์ (2008) สตรีที่ตั้งครรรค์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจเข้าสู่ระบบสุขภาพ มักตัดสินใจเลือกตามที่ต้องการแล้ว หากพบสถานการณ์เหล่านี้ พยาบาลผดุงครรรค์อาจเพียงตรวจสอบซ้ำว่าสตรีมีความมั่นใจในทางเลือกที่ตัดสินใจเป็นอย่างดีหรือยัง และประเมินต่อ ในประเด็นที่ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจ ความรู้ที่ยังขาดในกระบวนการตัดสินใจ ประเมินทางเลือกที่อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ขาดประสิทธิภาพ หากสตรีมีทางเลือกแล้ว ส่วนที่เหลือคือสนับสนุนให้ได้รับการดูแลในระบบบริการตามทางเลือก ยกเว้นบางรายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องใส่ใจรายละเอียดเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีความลังเล มีสุขภาวะจิตอ่อนแอ ขาดการสนับสนุนทางสังคม อายุครรรค์ที่มากขึ้น ที่จำเป็นต้องให้การศึกษาและการประสานงานส่งต่อการดูแลเป็นพิเศษ

6. การดูแลที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมในบุคคลภายหลังการทำแท้ง การศึกษาประสบการณ์ของสตรีที่รับการรักษาพยาบาลจากการทำแท้ง (Mariutti, Almeida, & Panobianco, 2007) พบว่าพยาบาลผดุงครรรค์มักมุ่งเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองด้านร่างกายตามมาตรฐานเป็นหลัก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการให้พยาบาลผดุงครรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมการดูแลเพื่อฟื้นฟูจิตใจ เพิ่มบทบาทการรับฟังอย่างตั้งใจ การช่วยเหลือเพื่อให้สตรีที่เผชิญเรื่องราวมีโอกาสที่จะคลี่คลายเยียวยาความรู้สึกภายในใจจากการตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ และการเลือกทางออกโดยทำแท้ง นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลคาดหวังความเป็นมืออาชีพในตัวพยาบาลผดุงครรรค์ที่จะให้การดูแลตามสภาพความเป็นจริงของชีวิตที่สตรีกำลังเผชิญขณะนอนรับการรักษา คือ สภาวะความกลัวจากอคติที่เกิดจากการทำแท้ง การได้รับการดูแลตามกฎหมาย สวัสดิการ การสนับสนุนอย่างใส่ใจในเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ ณ ช่วงเวลานั้น

7. การดูแลเมื่อเลือกที่จะคงการตั้งครรรค์ เพื่อให้เป็นบุตรบุญธรรมสำหรับคนอื่น การกระตุ้นให้สตรีที่เลือกเส้นทางนี้วางแผนการเพื่อให้เป็นบุตรบุญธรรม

8. การส่งต่อและประสานการดูแล บทบาทพยาบาลในสถานการณ์นี้แตกต่างกันไปตั้งแต่ระดับพื้นฐานโดยการให้ข้อมูลแหล่งที่จะช่วยเหลือตามทางเลือก ทั้งนี้ต้องระวังความล่าช้าในการดำเนินการที่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดูแล เช่น อายุครรภ์ที่มากขึ้น อาจเพิ่มความเสี่ยงเมื่อต้องยุติการตั้งครรภ์ ความกลัวของวัยรุ่นที่จะเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ปกครองที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแล สตรีแรงงานข้ามชาติอาจเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการเข้ารับบริการจากหน่วยงานรัฐและขาดสวัสดิการ หรือมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา เมื่อให้ข้อมูลที่จำเป็น พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีระบบการตรวจสอบ ติดตามการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้รับบริการด้วยเช่นกัน สตรีตั้งครรภ์ที่เลือกการตั้งครรภ์ต่อไป พยาบาลผดุงครรภ์ต้องติดตามช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ก้าวพ้นความทุกข์จากเหตุการณ์ เกิดความมั่นใจในบทบาทใหม่ สามารถเลี้ยงดูบุตรและกลับสู่การวางแผนชีวิตใหม่อีกครั้ง (บุญมี, วรณีย์, และกนกนุช, 2556)

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: เครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ข้อมูลสนับสนุน: ประจำเดือนขาด 2 เดือน มีเพศสัมพันธ์โดยใช้วิธีหลังภายนอก ผลการตรวจ HCG พบว่าตั้งครรภ์ กำลังศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปี 1 เมื่อรับรู้ผลการตรวจมีสีหน้าตึงเครียด ร้องไห้ บอกไม่คาดคิดว่าตนเองจะท้อง ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรกับชีวิตต่อไป เพราะยังเรียนหนังสืออยู่และยังไม่กล้าบอกให้ที่บ้านรู้

วัตถุประสงค์การพยาบาล: 1. สงบลง มีความเครียดและวิตกกังวลลดลง

2. สามารถใคร่ครวญและตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล:

1. จัดบรรยากาศห้องให้การปรึกษาหรือคลินิกให้มีความสงบ เป็นส่วนตัวและผ่อนคลาย เชื่อเชิญให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำกิจกรรมผ่อนคลายตนเองในช่วงเวลาสั้นๆ เช่น หายใจเข้าออกลึก หรือตีมเครื่องตีที่ช่วยให้สดชื่น เป็นต้น

2. พยาบาลผดุงครรภ์มีท่าที่สงบ กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจและเข้าใจไม่ขัดจังหวะ ทำใจเป็นกลาง

3. เน้นย้ำสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้ทราบว่า ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

4. สรุปรสาระสำคัญจากเรื่องเล่าและสอบถามเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมยืนยันว่าทั้งสองฝ่ายเห็นประเด็นตรงกัน พร้อมกับสรุปประเด็นทั้งหมด ต่อมาให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมจัดลำดับเรื่องราวตามความสำคัญ และเลือกประเด็นเร่งด่วนที่ต้องการแก้ไข

6. กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมมองทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด พร้อมระบุจุดเด่นและจุดด้อยของแต่ละทางเลือก แหล่งสนับสนุนทางสังคม หากทางเลือกไหนยังขาดข้อมูลให้โอกาสไปหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือพยาบาลผดุงครรภ์ช่วยเพิ่มเติมข้อมูล อาจนัดครั้งใหม่เพื่อให้เวลาในการใคร่ครวญซ้ำ

7. เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่สงสัยเพิ่มเติม

8. ให้สรุปประเด็นการพูดคุย พร้อมระบุผลการคุย และนัดแนะการพบปะครั้งใหม่ พร้อมให้กำลังใจว่าพยาบาลผดุงครรภ์ให้เกียรติในการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมในทางเลือกชีวิต

9. ประสานงานและส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อให้ได้รับการดูแลตามทางเลือกที่ได้ตัดสินใจเลือกแล้ว แนวทางติดต่อกรณีต้องการเร่งด่วน

เกณฑ์การประเมิน: สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถระบุแนวทางที่เป็นไปได้เกี่ยวกับทางเลือกจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ มีความมั่นใจในการตัดสินใจเพิ่มขึ้น/หรือสามารถเลือกแนวทางที่ต้องการได้

สรุป

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบได้ทั้งในกลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต การให้การปรึกษาด้วยใจที่เป็นกลาง ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตรช่วยให้สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถเกิดพลังใจในการวิเคราะห์ใคร่ครวญ สะท้อนให้เห็นทางออกที่ชัดเจน เลือกแนวทางการตัดสินใจเกี่ยวกับครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โควาวิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์, และจันทกานต์, กาญจนเวทวงศ์. (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอม.
- กนกวรรณ ธรารวรรณ. (2548). *ทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม*. กรุงเทพฯ: บริษัท พีเอ็นพี กรุ๊ป.
- จตุพร ไชยสุวรรณ. (2547). ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมาย. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*, 23(4), 241-241.
- บุญมี ภูदानจัว, วรณี เตียววิเศษ, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2556). ตัวตนใหม่: ประสบการณ์การเป็น มารดาของนักเรียนที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 58-74.
- ปริญญา เอี่ยมสาอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ข้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8, (1), มกราคม-มิถุนายน, 55-67.
- พัชนี ทองประเสริฐ. (2547). *วัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และกลไกในการเผชิญปัญหา*. รายงาน การวิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ใน วัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสาร พยาบาลศิริราช*, 5(1), 14-28.
- หทัยทิพย์ ไชยวาที, โสรีซ โพธิแก้ว, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). ประสบการณ์ด้านจิตใจของ หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(1), 12-16.
- อุมาภรณ์ ก้วสิทธิ์. (2550). คุณภาพชีวิตของสตรีและครอบครัวที่ไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์: โอกาส สำคัญสำหรับบทบาทของการพยาบาลครอบครัว. *Thai Pharmaceutical and Health Science*, 2(1), 103-114.
- Harden, A. & Ogden, J. (1999). Young women's experience of arranging and having abortions. *Sociology of Health & Illness*, 21(4), 426-444.
- Levi, A. J., Simmonds, K. E., & Taylor, D. (2009). The role of nursing in the management of unintended pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 44, 301-314.
- Lifflander, A., Gaydos, L. M. D., & Hogue, K. J. R. (2007). Circumstances of pregnancy: low income women in Georgia describe the difference between planned and unplanned pregnancies. *Maternal Child Health Journal*, 11, 81-89.

- Mariutti, M. G., Almeida, A. M. & Panobianco, M. S. (2007). Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(1), 20-26.
- Matteson, K. A., Peipet, J. F., Allsworth, J., Phipps, M. G., & Redding, C. A. (2006). Unplanned pregnancy: Does past experience influence the use of a contraceptive method?. *Obstetrics & Gynecology*, 107(1), 121-127.
- Nelson, J. A. & O'Brien, M. (2012). Does an unplanned pregnancy have long term implications for mother-child relationship. *Journal of Family Issues*, 33(4), 506-526.
- Pungbangkadee, R., & Serisathien, Y. (2008). Nurses: Support and care of unwanted pregnant. *Journal of Nursing Science*, 26(2-3), 5-16.
- Rowland, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), 175-180.
- Simmonds, K. E. & Likis, F. E. (2011). Caring for women with unintended pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(6), 794-807.
- Story, W. A. (1999). *The effects of Unplanned pregnancy among college women*. Graduate School, State University.

บทที่ 6

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด (Nursing Care for Drug addicted in pregnancy)

ผศ.ดร.วรางคณา ชัชเวช

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสถานการณ์ตัวอย่างได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์
2. แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์

มโนทัศน์การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์

การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน เช่น การใช้เฮโรอีน มอร์ฟีน ออกซิโคโดน (oxycodone) หรือยาที่ใช้เพื่อบรรเทาปวด (narcotic analgesics) อื่นๆ หรืออาจใช้ยาร่วมกันหลายชนิด เช่น ไซยาคลอไมด์และอนุพันธ์อื่น ร่วมกับยา benzodiazepines โคเคน และกัญชา (Abrahams et al., 2012; Goodman, 2011) ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นทางด้านสังคมที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือในลักษณะที่ไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด และต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาการ ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะต้องให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ การเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมทั้งต่อมารดาและทารกภายหลังคลอด เช่น ปัญหาของอาการถอนยาในมารดาหรือในทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome) การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา การเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโอกาสเสี่ยงต่อการที่มารดากลับไปเสพยาใหม่ซ้ำอีก

ความหมาย

การใช้สารเสพติด (substance abuse) หมายถึง การมีแบบแผนการเกิดซ้ำในการดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาที่นำไปสู่การพร่องของหน้าที่ในบุคคลตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป เช่น ครอบครัว อาชีพ การทำงาน จิตใจ กฎหมาย สังคม และร่างกาย (Washington State Department of Health, 2012)

สารเสพติด ตามความหมายของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือยา หรือวัตถุใดๆ หรือพืช ที่รับเข้าสู่ร่างกาย จะโดยการรับประทาน ฉีด สูบ หรือดม ติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้วทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ที่ได้รับใน ลักษณะดังนี้ (1) มีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพต่อไปอีกเรื่อยๆ (2) มีความโน้มเอียงที่จะเพิ่มปริมาณของสารเสพติดให้มากขึ้นทุกขณะ (3) เมื่อถึงเวลาที่ต้องการเสพแล้วไม่ได้เสพ จะเกิดอาการอดหรืออยากยา โดยแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น หาว อาเจียน น้ำตาน้ำมูกไหล ทูรนทุราย คลุ้มคลั่ง ขาดสติ โมโห ฉุนเฉียว เป็นต้น และ (4) ผู้ที่ใช้ยาหรือสารนั้นเป็นเวลานานจะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพของผู้เสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (จัตวา, 2558)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

การใช้สารเสพติดส่วนใหญ่มักไม่ใช่เกิดจากสาเหตุเดียว มักเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ไม่สนใจใยดีและไม่มีความรับผิดชอบในชีวิตตนเอง มีภาวะซึมเศร้า มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น/คู่ของตน และขาดระบบสนับสนุนทางสังคม มีการเจ็บป่วยทางร่างกาย จึงใช้สารเสพติดเพื่อลืมนความเจ็บปวดในชีวิตจากความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งจะยิ่งทำให้ปรับตัวกับครอบครัว สังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและชีวิตโดยทั่วไป เป็นปัญหามากขึ้น พบในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย ว่างาน ยากจน และวัยรุ่น (O'Connor,

2016) ไม่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยา และจะมีความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีประวัติครอบครัว
แตกแยก เจ็บป่วยทางจิต ถูกกระทำทารุณแรงด้านร่างกาย/ทางเพศ

ผลกระทบของยาและสารเสพติด

ด้านมารดา: สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมักมีปัญหาสมดุลของสุขภาพกาย-จิต และชีวิตคู่มักจะ
ใช้ความรุนแรงเกิดขึ้น สตรีหลายรายที่ใช้สารเสพติดตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน อาจยอมรับว่าตนเอง
ตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของการตั้งครรภ์แล้ว หรือไม่ได้ฝากครรภ์เลยจนเข้าสู่ระยะคลอด โดยเฉพาะผู้ที่
มีความกลัวเพราะใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย เป็นผู้ที่มิอาชีพพิเศษ ไม่มีบัตรสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงการ
ใช้บริการฝากครรภ์ และรวมถึงท่าทีของผู้ให้บริการที่มีท่าทีและเจตคติในเรื่องนี้ทางด้านลบ ผลกระทบ
ด้านสุขภาพของมารดาจากการใช้สารเสพติด ได้แก่ มีภาวะทุพโภชนาการ เกิดภาวะช็อค ติดเชื้อ และมี
ภาวะแทรกซ้อนในการทำหน้าที่ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท หลังคลอด
อาจมีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพและความรักผูกพันระหว่างมารดากับทารก ที่นำไปสู่การเลี้ยงดูบุตร
ทำให้บุตรมีปัญหาของพัฒนาการด้านการรับรู้และทักษะ

ด้านทารก: การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทุกระบบของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้
จัดว่าเป็นภาวะปกติ แต่จะมีผลต่อการดูดซึมยา การกระจายของยา การย่อยสลายของยา และการขับยา
ออกจากร่างกาย จึงส่งผลกระทบต่อระดับยาในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ อาจเกิดผลกระทบต่อทารก ทำให้ทารกมี
โอกาสได้รับพิษจากยา หรือเกิดภาวะวิกลรูป (malformation) การติดสารเสพติดนี้ มักเกิดร่วมกับปัจจัย
เสี่ยงอาการป่วยทางจิต และการใช้ความรุนแรง นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านลบต่อการตั้งครรภ์ เช่น การคลอด
ก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Wiencrot, Nannini, Manning, & Kennelly, 2012)
โดยเฉพาะช่วงสัปดาห์แรกหลังจากปฏิสนธิ เป็นระยะอันตรายถ้าได้รับยาหรือสารเคมี ตัวอ่อนมีโอกาสรับ
อันตรายจากยาและสารเคมี ทำให้เกิดการแท้ง หรือเกิดความพิการของทารกได้สูง (Greenough &
Kassim, 2005) เนื่องจากตัวอ่อนกำลังสร้างอวัยวะ ยาบางชนิดแม้ได้รับเพียงเล็กน้อยสามารถทำให้เกิด
ความพิการแก่ทารกได้ เช่น ทาลิโดไมด์ (Thalidomide) ปัจจุบันห้ามใช้ เพราะทำให้ทารกเกิดแขนขา
ด้วน

ผลกระทบของการใช้ยาและสารเสพติด แต่ละชนิดมีดังต่อไปนี้

1. ฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (opium and opiate) ได้แก่ มอร์ฟีน โคเคน เฮโรอีน เมทาโดน เป็นต้น
ซึ่งจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้อารมณ์ดี ไม่ปวด สงบ กตการหายใจ ถ้าใช้จนติดเมื่อ
ไม่ได้รับยาจะเกิดอาการกระวนกระวาย คลื่นไส้ เหงื่อออก ง่วงนอน น้ำมูกน้ำตาไหล ปวดแสบท้อง ต่อมา
จะตัวสั่น ท้องเสีย ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว โดยผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น สารโคเคน ทำให้รก
ลอกตัวก่อนกำหนด ภูน้ำคร่ำแตกก่อนคลอด มีภาวะน้ำคร่ำมาก ทารกในครรภ์อาจเกิดเซลล์สมองตาย

เกิดความผิดปกติด้านพฤติกรรม และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (The Organization of Teratology Information Specialists, OTIS, 2014)

เฮโรอีน (Heroin) ถ้ามารดาได้รับเฮโรอีน ทารกจะมีอาการคล้ายผู้ใหญ่ ร่วมกับมีอาการทารกจะร้องเสียงแหลม ไม่ยอมอุ้มนม หายใจผิดปกติ รีเฟล็กซ์การดูดการกลืนไม่ดี ทารกเกิดขณะมารดาใช้สารเสพติด อาจตรวจพบมีอาการจากการขาดยา คือ หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย ร้องไห้ตลอดเวลา หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น ซึม หายใจช้า เป็นต้น จำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน (Namboodiri, George, Boulay, & Fair, 2010)

2. กัญชา (marijuana) แม้ผลที่เกิดกับทารกจะยังไม่แน่ชัด แต่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีการสูบกัญชา มักมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่อรก ทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย ทารกอยู่ในภาวะตื่นตัวไวผิดปกติชั่วคราว (regulating the alertness) และเกิดผนังกั้นหัวใจผิดปกติ (ventricular septal defect) (The UW Alcohol & Drug Abuse Institute, 2015)

3. ยาบ้า (amphetamines) ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย หัวใจผิดปกติแต่กำเนิด เลือดออกในสมอง สมองตาย เซลล์ประสาทถูกทำลาย เส้นรอบศีรษะมีขนาดเล็ก มีผลต่อสมาธิ ความจำ มิติสัมพันธ์ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในระยะยาว (สุรียลักษณ์, 2553)

4. แอลกอฮอล์ (alcohol) โดยแอลกอฮอล์จะผ่านทางรกและสายสะดือ ไปทำอันตรายสมอง หัวใจ ไต และอวัยวะของทารก การดื่มแอลกอฮอล์ไตรมาสแรกจะเป็นอันตรายเพราะมีการสร้างเซลล์ประสาทและสมอง อาจทำให้ทารกมีร่างกายผิดปกติ (fetal alcohol spectrum disorder, FASD) การเจริญเติบโตช้าทั้งก่อนและหลังคลอด มีความผิดปกติของใบหน้า ได้แก่ มีสันจมูกแบนราบ ปลายเขี้ยวขึ้นริมฝีปากบนบาง ใบหูต่ำไม่ขนานกัน บริเวณกลางใบหน้าผิดปกติ มีช่องตาสั้น ร่องริมฝีปากบนเรียบ (Phi rum) ริมฝีปากบนยาวและบาง หนังคลุมหัวตามาก (epicanthal folds) บริเวณส่วนกลางใบหน้ามีการพัฒนาน้อยกว่าปกติ (midface hypoplasia) ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ หัวเล็ก ปัญญาอ่อน การพัฒนาของระบบประสาทผิดปกติ ศีรษะเล็ก อาจมีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง เช่น ไม่มีสมองใหญ่ (anencephaly) สมองใหญ่มีร่องผิดปกติ (schizencephaly) มีเยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมองเลื่อน (lumbamenigocele) (สุรียลักษณ์, 2553) เมื่อโตขึ้นมีปัญหาด้านความจำ เคลื่อนไหวผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมอันธพาล อาการชุกชอนอยู่ไม่นิ่งและสมาธิสั้น (O' Leary & Bower, 2012) นอกจากนี้การดื่มสุราอาจจะทำให้เกิดการแท้ง หรือทารกน้ำหนักตัวน้อย

5. การสูบบุหรี่ (smoking) ในบุหรี่หรือในควันบุหรี่มีสารต่างๆ ได้แก่ สารนิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ และทาร์จะมีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดปามีน

(dopamine) และนอร์อีพิเนฟริน (nor epinephrine) ซึ่งส่งผลให้มีการขัดขวางการพัฒนาของเซลล์ประสาทของทารก มีการหดตัวของหลอดเลือดดำตามลูก เลือดจึงผ่านรกได้ลดลง ทารกได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ มีผลให้น้ำหนักแรกเกิดน้อย ขาดสารอาหารในระยะตั้งครรภ์และเพิ่มอัตราการตายในวัยทารก ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม เช่น เซาว์นปัญญาบกพร่อง มีปัญหาการเรียน ชุกชนมากผิดปกติ สมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าว ตลอดจนมีปัญหาด้านการเข้าสังคม ผลดังกล่าวจะพบได้ตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์จนกระทั่งทารกเกิด ส่วนผลกระทบต่อมาตรา คือ ทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันเพิ่มขึ้น อาจก่อให้เกิดหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำชั้นลึก (deep vein thrombosis) หรือเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ ไข้หวัดใหญ่ ภาวะหอบหืด และเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์นอกมดลูก (สุริย์ลักษณ์, 2553)

6. แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ (ยาไอซ์ สปีด ยาอี) ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองตาย มีการทำลายเซลล์ประสาท เส้นรอบศีรษะมีขนาดเล็ก มีผลต่อสมาธิ ความจำ มิติสัมพันธ์ (spatial skills) และมีผลต่อพฤติกรรมในระยะยาว นอกจากนี้เด็กขาดยาจะเกิดอาการตัวสั่น ไม่ยอมอดนม การนอนหลับผิดปกติ มีโอกาสเกิดทารกตายเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ (sudden infant death syndrome, SIDS) สูง (สุริย์ลักษณ์, 2553)

8. คาเฟอีน (caffeine) เป็นสารธรรมชาติพบได้ใน กาแฟ ชา โกโก้ และเครื่องดื่มโคล่า ในสัตว์ทดลองพบว่าคาเฟอีนเป็นสารก่อรูปวิปริต แต่ยังไม่พบหลักฐานในคน และแม้ว่าคาเฟอีนสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ และทำให้ระดับของ catecholamine ในมารดาสูงขึ้น แต่การศึกษายังไม่สามารถสรุปได้ว่า การบริโภคคาเฟอีนน้อยกว่า 200 mg/วัน เป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด (The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2015)

การดูแลรักษา

1. การใช้ยาเพื่อรักษาการใช้สารเสพติด และลดอาการถอนยาในคนปกติทั่วไปนั้นจะเป็นข้อห้ามในการใช้กับสตรีตั้งครรภ์ เพราะเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ (teratogenic effects) เช่น การรักษาอาการติดฝิ่น (opioid addiction) จะมีการใช้ methadone อย่างระมัดระวังร่วมกันของทีมสหสาขา เช่น ผู้ที่รับผิดชอบการรักษาด้วย methadone สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และวางแผนร่วมกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดและบุคคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบโดยตรง

2. ประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนเกิดจากการใช้สารเสพติด

3. มีการวางแผนเกี่ยวกับแผนการรักษาและการให้คำปรึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด

4. การดูแลควรครอบคลุมไปถึงครอบครัวเพื่อให้การดูแลเอาใจใส่ ที่จะช่วยให้หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดซ้ำอีก

5. การคัดกรองการใช้ยาและสารเสพติดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่จะมีการระบาดของสารเสพติดแตกต่างกัน ควรเน้นการคัดกรองเฉพาะเพิ่มขึ้น การซักถามควรเป็นไปด้วยใจเป็นกลาง ไม่มีอคติ มีบุคลิกที่พร้อมช่วยเหลือ และบันทึกข้อมูลการคัดกรองที่ชัดเจน เพื่อลดการปฏิบัติซ้ำ และสามารถต่อยอดได้สะดวกเมื่อต้องมีการคัดกรองครั้งต่อไป กิจกรรมการคัดกรองควรทำภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีความเป็นส่วนตัว

6. ประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผลของบุหรี ยา และแอลกอฮอล์ และเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ขาดเพื่อกระตุ้นให้สตรีตั้งครรรภ์ลดความเสี่ยงจากการเสพยาเมื่อวางแผนมีบุตร

7. ถ้ามีการตั้งครรรภ์หรือวางแผนจะตั้งครรรภ์ ควรแนะนำให้หยุดการใช้ยาหรือสารเสพติดทุกชนิด เพราะจะทำให้ทำลายเนื้อสมอง การดูแลเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรรภ์เลิกสารเสพติดนั้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง และต้องจัดการให้ครอบคลุมในการปรับเปลี่ยนวิถีคิดเกี่ยวกับคุณค่าของตัวเอง ทั้งนี้เพราะกลุ่มติดยามักมีความรู้สึกด้อยคุณค่า คู่ของสตรีตั้งครรรภ์/สามีมีแนวโน้มจะเสพยาด้วยเช่นกัน จึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลิกยา นำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ การดูแลสุขภาพจิต ภาวะความปลอดภัย และอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาชญากรรม

8. เน้นย้ำการมาตรวจคัดกรองเพิ่มเติมในรายที่ใช้สารเสพติด และอาจกระทบต่อการเกิดความผิดปกติในทารก โดยความพิการบางชนิดจะมีความรุนแรงซึ่งอาจต้องพิจารณายุติการตั้งครรรภ์

9. ควรเพิ่มความถี่ของการนัดเพื่อทำการคัดกรอง สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเลิกการเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง

10. จัดให้มีโปรแกรมการเลิกสารเสพติด ควรใช้หลายรูปแบบร่วมกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยสารเสพติดบางชนิดเป็นการบำบัดที่ค่อยๆ ลดปริมาณลง เช่น บุหรี สุรา การมีโปรแกรมหลากหลายช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการเลิกยา อาจจัดเป็นบริการในคลินิกหรือบริการแบบการอบรมระยะสั้น มีกิจกรรมการรักษาอาการที่เกิดจากการติดยา เช่น กระตุ้นให้มีกิจกรรมของครอบครัว (สามี/บุตร บุคคลใกล้ชิด) มีการเสริมพลังภายในตัวเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด ต่อสุขภาพทารก ตลอดจนพิจารณาถึงการคุ้มครองด้านสวัสดิภาพ และกฎหมายแก่สตรีตั้งครรรภ์ที่รับการบำบัด (Lester & Twomey, 2008)

11. เน้นย้ำงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงให้นมบุตรเนื่องจากแอลกอฮอล์สามารถผ่านน้ำนมได้

12. มีการประเมินสภาพทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิด เพราะทารกอาจมีภาวะขาดยา (neonatal withdrawal syndrome) เช่น ร้องกวน การตอบสนองรีเฟล็กซ์ไว กระสับกระส่าย ชัก หาว จาม หายใจเร็ว การดูดกลืนผิดปกติ ดุนมน้อย อาเจียนพุ่ง ถ่ายเหลว กล้ามเนื้ออ่อนแรง และไวต่อการกระตุ้น อาการเหล่านี้ต้องรายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลือทันที

13. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ช่วยเป็นกำลังใจและสนับสนุนไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งส่งเสริมบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ได้สำเร็จ

แนวทางการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด

สารเสพติดที่ใช้จะทำให้มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกแตกต่างกัน การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดจะได้จากสิ่งต่อไปนี้

1. การซักประวัติ: พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีอาการนอนไม่หลับ ไม่มีแรง เฉื่อยชา ว่าง่วง ซึม อ่อนล้า วิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึมเศร้า หรืออาจเคลิบเคลิ้มเป็นสุข ขาดความกระตือรือร้น เป็นลม หมดสติ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ และคันตามร่างกาย

2. การตรวจร่างกาย: สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง มีไข้ เหงื่อออก การหายใจถูกกด หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตอาจสูงหรือต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ทารกในครรภ์ดื่มนมมากหรือดื่มน้อย หัวใจทารกในครรภ์เต้นช้ากว่าปกติ ตาแดงกำเพราะเส้นเลือดฝอยแตก เยื่อบุตาอักเสบ ตาขาวเป็นสีเหลือง รูม่านตาหดเล็กหรือขยาย มีอาการตากระตุก การระคายเคือง น้ำตาไหล สูดจมูกฟุดฟิด เยื่อจมูกแห้งหรืออักเสบ มีรอยถลอกเยื่อแก้วหู ไม้ไ้กลิ่น ฟูดไม่คอยขัด หายใจตื้นๆ ช่องปากไม่สะอาด ตับโต ตัวเหลือง เส้นเลือดที่คอโป่งพอง มีแผล/เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ มีแผลอักเสบ ง่วงนอน ความสนใจ/ความจำไม่ดี กล้ามเนื้อสั่น (tremor) ทำเดินไม่มั่นคง กล้ามเนื้อประสานงานไม่ดี ตื่นตัวมาก รีเฟล็กซ์ไว ผิดปกติ กระสับกระส่าย ก้าวร้าว สุขอนามัยไม่ดี เสื้อผ้ามีกลิ่นไม่สะอาด อารมณ์ไม่มั่นคง การรับรู้ไม่เหมาะสม หลงผิด สับสนเรื่องเวลา ความจำสั้น การยับยั้งชั่งใจไม่ดี ชัก อาเจียน ท้องเสีย น้ำหนักลด ท้องผูก มีปัญหาทางด้านสังคม (เช่น มีสัมพันธภาพไม่ดี ตกงาน)

3. การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ: ได้แก่ (1) ระดับของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเพื่อประเมินสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหา (2) ประวัติ/การคัดกรองการใช้สารเสพติด (3) การเจาะเลือดตามกิจวัตรของแผนกฝากครรภ์และการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก เพื่อการค้นหาความผิดปกติ (4) การตรวจ CBC น้ำตาลในกระแสเลือดและระดับแคลเซียม เพื่อประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม การติดเชื้อ และภาวะซีด (5) ภาวะดักอักเสบบี, Group B Streptococcus, และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินเกี่ยวกับการติดเชื้อที่มักเกิดร่วมกับการใช้สารเสพติด และเพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องให้การดูแลมากน้อยเพียงใด (6) BUN, serum creatinine, total protein, albumin-to-globulin เพื่อประเมินการทำงานของไต (7) Total iron-binding capacity เพื่อประเมินภาวะโภชนาการและการเกิดภาวะซีด (8) การตรวจคัดกรองระดับพิษสารเสพติดในปัสสาวะ (universal urine toxicology screening) (9) ตรวจ liver function test เพื่อดูการถูกทำลายที่ตับ (10) การตรวจวินิจฉัยโรคปอด และ chest X-ray เพื่อคัดกรองเกี่ยวกับภาวะปอดอักเสบ ปอดบวมน้ำ หรือการมี emboli และ (11) serial ultrasound เพื่อประเมินสภาวะและขนาดของทารก และตำแหน่งของรก

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด

1. การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

การซักประวัติ: เกี่ยวกับการรับรู้ในการตั้งครรภ์ การรับรู้ความเสี่ยงของการใช้ยาและสารเสพติดที่กระทบต่อการตั้งครรภ์ การวางแผนที่จะเลิกใช้สารเสพติดในช่วงตั้งครรภ์

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตการแสดงออกของสีหน้าท่าทางเมื่อพูดคุยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การแต่งกายขณะเข้ารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

การซักประวัติ: เกี่ยวกับชนิด และปริมาณสารอาหารที่รับประทาน ปริมาณ ยาหรือสารเสพติดที่รับประทานเป็นประจำ

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: ชั่งน้ำหนัก ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือด ตรวจระดับยาในเลือด

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

การซักประวัติ: ประเมินลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ลักษณะและปริมาณปัสสาวะ ระดับของยาในปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

การซักประวัติ: กิจกรรม/กิจวัตรประจำขณะตั้งครรภ์ และกิจกรรมที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เมื่อใช้ยาหรือสารเสพติด

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรม วัดสัญญาณชีพ และฟังเสียงปอด

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน

การซักประวัติ: ประเมินการนอนหลับ/พักผ่อน วิธีการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้าว่าสดชื่น/อ่อนเพลีย พฤติกรรม การผ่อนคลาย ระยะเวลาการนอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

การซักประวัติ: การรับรู้ประสาทสัมผัส อาการปวด การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ หรืออาการเจ็บครรภ์จากการแท้ง หรืออาจคลอดก่อนกำหนด

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: ประเมินสภาพร่างกายทางระบบประสาท สังเกตระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้สิ่งแวดล้อม

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

การชักประวัติ: ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวลหมดหวัง เมื่อมีการตั้งครรภ์

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง และปฏิกิริยาในการโต้ตอบคำพูดกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

การชักประวัติ: บทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลภายในครอบครัว ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เมื่อตั้งครรภ์

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มาเยี่ยม ลักษณะท่าที น้ำเสียงเมื่อพูดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

การชักประวัติ: ประวัติประจำเดือน ความถี่ การขาดประจำเดือน และประวัติการตั้งครรภ์-คลอด แท้ง วิธีการคุมกำเนิด

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ประเมินระดับยอดมดลูก ลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เต้านม การหดตัวของมดลูก ร่องรอยการติโรคทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

การชักประวัติ: การมีความเครียด ความรู้สึกวิตกกังวล กลัว และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมเมื่อพูดถึงการตั้งครรภ์ วิธีการเผชิญและการปรับตัวต่อความเครียด แหล่งสนับสนุน

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

การชักประวัติ: ความต้องปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยว

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

2. การให้การพยาบาล จะขึ้นกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดแต่ละราย มีการวางแผนการพยาบาลเฉพาะเจาะจง เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีปัญหาได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย มีการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีปัญหาความภาคภูมิใจในตนเองลดต่ำลง เป็นต้น

สถานการณ์ตัวอย่าง

สตรีตั้งครรภ์รายหนึ่ง อายุ 17 ปี ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 ปัจจุบันมีอายุครรภ์ 18 สัปดาห์ ให้ประวัติว่า เพิ่งเลิกกับสามีมา 2-3 เดือน รู้สึกเครียดมาก ได้ลองสูบบุหรี่ตามเพื่อนเพื่อคลายเครียด แต่ติดบุหรี่แล้ว สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง เห็นว่าครรภ์มีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ อยากหยุดสูบบุหรี่ แต่ลังเลที่จะหยุดสูบบุหรี่เพราะคิดว่าคงไม่อันตรายรุนแรง และรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะทำได้หรือไม่

จากสถานการณ์ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: สตรีตั้งครรภ์ไม่มั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกบุหรี่ได้

ข้อมูลสนับสนุน: สตรีตั้งครรภ์ยอมรับว่าสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง บอกว่ายังลังเลที่จะหยุดสูบบุหรี่ เพราะคิดว่าคงไม่อันตรายรุนแรง เห็นมีการสูบบุหรี่อยู่ทั่วไป

วัตถุประสงค์การพยาบาล: สตรีตั้งครรภ์มั่นใจว่าตนเองสามารถลดและหยุดสูบบุหรี่ได้

เกณฑ์การประเมินผล: สตรีตั้งครรภ์สามารถหยุดสูบบุหรี่และไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีกไม่วาระยะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ และแสดงให้เห็นว่าพยาบาลพร้อมช่วยเหลือ
2. กระตุ้นให้ระบายและรับฟังสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับความรู้สึกต่อการเลิกบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ต่อมารดาและทารก
3. ให้ความรู้ข้อมูลที่ถูกต้องในการสูบบุหรี่ ให้พิจารณาเกี่ยวกับผลที่อาจเกิดขึ้น แรงบันดาลใจที่อยากเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะความต้องการเห็นทารกคลอดออกมาอย่างสมบูรณ์
4. กระตุ้นให้สำรวจทางเลือกที่จะช่วยให้ความอยากบุหรี่ลดลง วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมที่จะทำให้อยากสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น วางแผนการเลิกซึ่งอาจเป็นแบบเลิกทันทีหรือค่อยๆ ลดปริมาณการสูบลง
5. สนับสนุนให้ค่อยๆ เลิกตามแผนที่วางไว้ และเสริมพลังด้านบวกในความพยายามปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลของสุขภาพทารกเป็นองค์ประกอบการปฏิบัติ
6. ควรเพิ่มความถี่การนัดมารับบริการเพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง
7. เมื่อเลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุราสำเร็จให้ระมัดระวังการกลับมาสูบบุหรี่ โดยคอยให้คำปรึกษาหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการสูบ
8. หากเลิกการเสพติดไม่สำเร็จ ร่วมวางแผนและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนแผนเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

สรุป การใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การคัดกรองเป็นหัวใจสำคัญอันดับแรก ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง การช่วยเหลือให้แก่สตรีตั้งครรภ์เลิกสารเสพติดต้องใช้เวลา และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยเสริมพลังอำนาจให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเลิกสารเสพติดได้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จัตวา อรจุล. (2558). *ภัยจากสารเสพติด* สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558 จาก
<http://www.mwit.ac.th/~jat/contents/30102/Threat%20of%20drugs.htm>
- Abrahams, R., Chase, C., Desmoulin, J., Kahan, M., Knoppert, D., Koren, G.,...Uddin, F. (2012). The opioid dependent mother and newborn- an update. The 6th Annual Ivey Symposium. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 19(1), e73-e77.
- Econmidoy, E., Klimi, A., & Vivilaki, V. G. (2012). Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal*, 6(1), 161-169.
- Greenough, A. & Kassim, Z. (2005). Effects of substance abuse during pregnancy. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125, 212-214.
- Goodman, D. (2011). Buprenorphine for the treatment of perinatal opioid dependence: Pharmacology and implications for antepartum, intrapartum, and postpartum care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56(3), 240-247. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00049.x
- Lester, B. M., & Twomey, J. E. (2008). Treatment of substance abuse during pregnancy. *Womens Health*, 4, 67-77.
- Namboodiri, V., George, S., Boulay, S., & Fair, M. (2010). Pregnant heroin addict: What about the baby? *BMJ Case Reports*, 2010. bcr09.2009.2246. doi: 10.1136/bcr.09.2009.2246
- O'Connor, M. A. (2016). Pregnancy complicated by medical and other conditions. In C. J. Green (Ed.), *Maternal newborn nursing care plans* (3rd ed, pp. 69-146.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- The American College of Obstetricians and Gynecologist. (2015). *Moderate caffeine consumption during pregnancy*. Committee Opinion No. 462. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co462.pdf?dmc=1&ts=20151215T0421081301>
- The Organization of Teratology Information Specialists. (2014) *Cocaine and pregnancy*. Retrieved on December 15, 2015 from www.MotherToBaby.org

- The UW Alcohol & Drug Abuse Institute. (2015). *Marijuana, reproduction, and pregnancy*. Retrieved on December 15, 2015 from <http://adai.washington.edu/marijuana/factsheets/reproduction.pdf>
- Washington State Department of Health. (2012). *Substance abuse during pregnancy*. Retrieved 1 May, 2014 from www.doh.wa.gov
- Wiencrot, A., Nanini, A., Manning, S. E., & Kennelly, J. (2012). Neonatal outcomes and mental illness, substance abuse, and intentional injury during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, *16*, 979-988. Doi.10.1007/s10995-011-0821-x.

บทที่ 7

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำความรุนแรง (Nursing care for Violence and Abuse during Pregnancy)

ผศ.ดร.วรางคณา ชัชเวช

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของการถูกกระทำความรุนแรงได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำความรุนแรงได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำความรุนแรงได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การ

ประเมินผลในสถานการณ์ตัวอย่างได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์การถูกกระทำความรุนแรง
2. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำความรุนแรง
3. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำความรุนแรง

มโนทัศน์การถูกระทำ ความรุนแรง

การใช้ความรุนแรงเป็นปัญหาสาธารณสุข และยังเป็นปัญหาสิทธิในความเป็นมนุษย์ที่สตรีถูกระทำมากขึ้น โดยปัญหานี้ยังไม่ได้รับความใส่ใจ หรือรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นออกมานัก ซึ่งการใช้ความรุนแรงเป็นสาเหตุของความพิการ ผิดปกติด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในเหยื่อที่ถูกระทำ เกิดขึ้นในทุกประเทศ ไม่ว่าจะเป็นชนชั้นใด มีฐานะเศรษฐกิจ ศาสนา หรือวัฒนธรรมเป็นเช่นไร เนื่องจากการตั้งครร์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการพึ่งพาทางเศรษฐกิจของสตรีตั้งครร์บ้างราย จึงเป็นเหตุให้มีความเสี่ยง หรือได้รับการกระทำ ความรุนแรงจากคู่สมรส (intimate partner violence, IPV victimization) และอาจส่งผลกระทบต่อระยะหลังคลอด

ความหมาย

ความรุนแรงจากคู่สมรส (intimate partner violence/domestic violence /domestic abuse/ spouse abuse/gender-based violence /battering) หมายถึง ความรุนแรงระหว่างบุคคล เกิดขึ้นในระหว่างที่บุคคลมีสัมพันธภาพ สามารถพบได้ทั้งอาศัยอยู่ด้วยกันและแยกกันอยู่ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะรสนิยมทางเพศ ความรุนแรงเป็นการใช้อำนาจ และการควบคุมระหว่างบุคคล (Shadigian & Bauer, 2004)

ความรุนแรงจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (intimate partner violence) หมายถึง พฤติกรรมใดๆ ในอันที่จะ นำไปสู่การบาดเจ็บทางด้านร่างกาย ทางเพศ และจิตใจ ครอบคลุมถึงการกระทำที่ก้าวร้าว (aggression) และมีพฤติกรรมที่มีลักษณะการใช้อำนาจควบคุม (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002 cited in Parys, Verhamme, Temmerman, & Verstraelen, 2009)

ความรุนแรงในครอบครัว ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำ

ด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 หมายถึง การกระทำใด ๆ มุ่งประสงค์ให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพ หรือกระทำโดยเจตนาในลักษณะที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพของบุคคลภายในครอบครัว หรือบังคับ หรือใช้อำนาจครอบงำผิดครองธรรมให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำการ/ไม่กระทำการ หรือยอมรับการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมิชอบ แต่ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาท (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, มปป.)

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยการเกิดความรุนแรงมีดังนี้ (Ricci, 2013)

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ กลุ่มคู่สมรสที่มีอายุน้อย ฐานะยากจน ฝ่ายหญิงไม่ได้แต่งงาน การใช้สารเสพติดหรือมีการดื่มสุราในคู่สมรส บุคลิกภาพผิดปกติ มีภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาหรือความสามารถในการเรียนรู้ น้อย หรือมีระบบการศึกษาที่ไม่มีการเน้นศีลธรรม จริยธรรม ทักษะชีวิตและการสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการสอนเพศศึกษารอบด้านใช้งานไม่ได้จริง รวมถึงมี

ประสบการณ์วัยเด็กที่เห็นบิดามารดามีการกระทำความรุนแรงต่อกัน หรือเป็นเหยื่อของการกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว โดยมีการวิจัยพบว่า เด็กที่เห็นเหตุการณ์การกระทำ ความรุนแรงมีแนวโน้มที่จะมี ความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เป็นคนที่มี ปัญหาในการรับรู้ ล้มเหลวในการเรียน กระทำ ความรุนแรงต่อผู้อื่น (Fletcher, 2010; Freeman & Temple, 2010) ดังนั้นจึงเกิดเป็นความต่อเนื่องจากรุ่นสู่รุ่นของการกระทำ ความรุนแรงซ้ำแล้วซ้ำเล่า ภายในครอบครัว ที่คิดว่าการกระทำดังกล่าว ทำให้มีความสัมพันธ์กับคู่ของตนเองใกล้ชิดกันมากขึ้น (Fletcher, 2010) เด็กในกลุ่มนี้จึงเติบโตขึ้นมาด้วยความรู้สึกกลัว มีความไม่เพียงพอในชีวิต วิตกกังวล โกรธ ไม่เป็นมิตร รู้สึกผิด และมีอารมณ์รุนแรง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011)

2. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ได้แก่มีปัญหาครอบครัว ครอบครัวไม่มีความมั่นคง มีความเครียดจาก รายได้เศรษฐกิจ ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ ฝ่ายชายเป็นผู้มีอำนาจควบคุม การอยู่ ด้วยกันเฉย ๆ โดยไม่ได้แต่งงาน หรือมีปัญหานอกใจ เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ เป็นแหล่งสลัม เป็นชุมชนที่ยากจน ไม่มีมาตรการต่อต้านการใช้ความ รุนแรง

4. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ สังคมไทยมีค่านิยม หล้อหลอมความคิด หรือถ่ายทอดแนวคิดที่ เอื้ออำนวยให้เกิดความรุนแรง เช่น ภรรยาเป็นสมบัติของสามี เป็นพฤติกรรมปกติของความเป็นสามี ภรรยา (Ricci, 2013) ผู้ชายมีอำนาจเหนือผู้หญิง หรือเป็นแนวคิดที่มีมุมมองว่าความรุนแรงเป็นเรื่อง ส่วนตัว รวมทั้งอาจได้รับผลกระทบจากการมีเศรษฐกิจตกต่ำ การเลิกจ้างงาน ธุรกิจล้มละลาย ค่าครองชีพสูง การมีหนี้สิน สื่อสารมวลชนเผยแพร่สื่อทางสังคมมากมาย สถาบันบ้นเทิง เป็นต้น

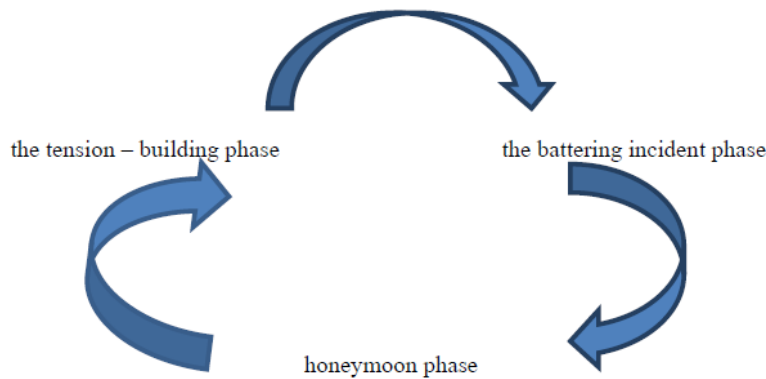
วงจรของการใช้ความรุนแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่จะนำไปสู่การเกิดการกระทำ ความรุนแรง จะเกิดเป็นวงจร 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อความรุนแรง ตัว (the tension-building phase) แม้เป็นระยะเริ่มต้นก็จริง แต่เป็นระยะนานที่สุด เพราะความตึงเครียดระหว่างสามีภรรยาจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การตีมีสุราเมามาย ความรู้สึก อิจฉา หึงหวง ต่อต้านหรือขัดแย้งกัน สตรีตั้งครรภ้อาจรู้สึกกว่าสามีมีปฏิกิริยาต่อตนในทางลบมากขึ้น จึงมี ปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความขัดแย้งซึ่งอาจเป็นเรื่องไม่สำคัญน่กอย่างรุนแรง เช่น เรื่องงานบ้าน หรือเงินทอง เป็นต้น กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียด อาจมีการใช้คำพูดหรือการกระทำที่ยังไม่รุนแรง โดยสตรีตั้งครรภ้อคิด ว่าเป็นความชอบธรรมที่สามีจะโกรธตนเองได้ เป็นความรับผิดชอบของตนเองและพยายามที่จะไม่ให้ความ รุนแรงระเบิดขึ้น ถ้าทำตัวดี สามีก็จะสงบลง แต่ถ้าไม่สำเร็จก็จะทำให้สามีกระทำ ความรุนแรงต่อ ตนเอง

2. ระยะทะเลาะ ทุบตี (the battering incident phase) มีการทำร้ายร่างกายและอารมณ์ ผู้กระทำความรุนแรงจะควบคุมตนเองไม่ได้ แม้จะมีเหยื่อน้อยรายมากที่มีพฤติกรรมกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียด เป็นเหตุให้เหยื่อได้รับอันตราย หรือรุนแรงจนเสียชีวิตได้ หลังผ่านเหตุการณ์เหยื่อกลับคิดว่าตนเองโชคดีที่การกระทำนั้นไม่ได้เลวร้ายมาก ทั้งที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยเพียงใดก็ตาม มักปฏิเสธว่าไม่ได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง และไม่ไปรับการรักษา

3. ระยะหวานชื่น (honeymoon phase) เป็นระยะสงบ มีความรักหวานชื่น ผู้กระทำความรุนแรงเสียใจหรือสำนึกผิดในการทะเลาะวิวาท ที่ทำให้เหยื่อได้รับอันตราย พยายามปรับปรุงตนเอง คิดว่าจะสามารถควบคุมตนเองได้และไม่ทำร้ายเหยื่ออีกเป็นอันขาด และเหยื่อเองก็อยากเชื่อว่าสามี/ผู้กระทำความรุนแรงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และรู้สึกว่าตนเองก็ต้องมีความรับผิดชอบ อย่างน้อยที่สุดที่ตนเองเป็นสาเหตุทำให้เกิดความตึงเครียดและรับผิดชอบต่อความรู้สึกของสามี



ที่มา. From Walker, L. E. (1984). The batter women syndrome. New York: Springer.

ชนิดของความรุนแรง

ในการใช้ความรุนแรงนั้น ผู้ที่กระทำจะพยายามใช้อะไรก็ตามเพื่อควบคุมสถานการณ์ โดยการกระทำที่เป็นการทำร้ายความรู้สึก หรือทำให้อับอายขายหน้าแก่เหยื่อ ในขณะที่อีกฝ่ายใช้ความอดทนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ รายได้ หรือทางเพศ (Ricci, 2013) ความรุนแรงมีดังต่อไปนี้

1. การใช้ความรุนแรงทางกาย หมายถึง การใช้กำลัง และ/หรือใช้อุปกรณ์ใด ๆ เป็นอาวุธที่ทำให้ร่างกายเกินกว่าเหตุ มีผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิต รวมถึงควบคุมไม่ให้ไปรักษาการบาดเจ็บเกิดขึ้นนั้น

2. การใช้ความรุนแรงทางจิตใจ หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ หรือเสียสิทธิเสรีภาพ ได้แก่ การทอดทิ้ง การดูถูก เหยียดหยาม หรือดูต่ำ คุณค่า กักขังหน่วงเหนี่ยว เป็นต้น

3. การใช้ความรุนแรงทางเพศ หมายถึง การกระทำที่มีผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับความเสียหายเกี่ยวกับเรื่องเพศ ได้แก่ การถูกข่มขืน การถูกลวนลาม อนาจาร และการถูกบังคับค้าประเวณี

4. การทอดทิ้ง หมายถึง การทอดทิ้งผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีจิตฟั่นเฟือน เป็นต้น

5. การล่อลวง บังคับแสวงผลประโยชน์ คือ การใช้ผู้หญิงในกิจกรรมซึ่งสนองประโยชน์แก่คนอื่น ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางการเงิน ด้านเพศ หรืออำนาจทางการเมือง โดยบั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกายและจิตใจของผู้หญิง และถึงขั้นคุกคามต่อความอยู่รอดของผู้หญิงด้วยการใช้แรงงาน การค้าประเวณี การผลิตสื่อลามกเกี่ยวกับผู้หญิง

ผลกระทบจากการใช้ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรง จะมีอาการที่บ่งชี้ให้เห็น เช่น ไม่มาฝากครรภ์/ฝากครรภ์ล่าช้า รู้สึกกลัวเป็นอย่างมาก (unrealistic fears) จะมีความยากลำบากเมื่อต้องมีการตรวจภายในช่องคลอด ไม่ให้ความร่วมมือแผนการรักษา โดยผลกระทบต่อมารดาและทารก มีดังต่อไปนี้ เช่น

1. ด้านมารดา มีการบาดเจ็บทางกายจากการเตะต่อย และเกิดความเครียด ปวดศีรษะ ปวดท้อง การวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรุนแรง มักมีความเครียดสูง มีความรู้สึกถึงคุณค่าตนเองต่ำ (นันทนา, ภัสรา, และพรทิพย์, 2549) การดูแลตนเองลดลง เกิดภาวะซีด มีการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ การติดเชื้อของไต ฝากครรภ์ล่าช้า พบว่านำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำอักเสบ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำแตกก่อนคลอด เป็นต้น

2. ด้านทารก การใช้ความรุนแรงทางกายอาจทำให้เกิดเลือดออก แท้ง ถ้าเลือดออกมาก ทารกอาจพิการ ถ้ามารดามีความเครียดเรื้อรังอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกเกิดภาวะค้ำข้น เจริญเติบโตช้า เสียชีวิตในครรภ์หรือแรกเกิด

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำความรุนแรง

หลักการพยาบาลที่สำคัญ ในระยะเบื้องต้น ได้แก่ “การรับฟังด้วยหัวใจ” กล่าวคือ การไม่ตัดสิน ไม่อคติ ต่อสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง สร้างบรรยากาศที่มีความเป็นกันเอง รวมทั้งย้าให้สตรีตั้งครรภ์ ทราบและตระหนักว่า “ไม่มีใครที่สมควรจะได้รับการกระทำความรุนแรง” ไม่ว่าผู้หญิงคนนั้นจะประกอบอาชีพใด มีเศรษฐกิจอย่างไร และไม่ควรซ่อนปัญหาเอาไว้ นอกจากนี้เพื่อเป็นการสื่อให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ ว่าพยาบาลได้ให้ความใส่ใจต่อประสบการณ์ที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ และยินดีให้ความช่วยเหลือ จึงสามารถส่งเสริมสร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์ได้อีกโดย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงและอาการแสดง

2. ช่วยให้สตรีตั้งครรภยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเริ่มต้นรับมือกับเหตุการณ์นั้น และ
3. แนะนำในเรื่องการส่งต่อ เพื่อให้สตรีตั้งครรภได้รับการช่วยเหลือ และเริ่มต้นการเยียวยารวมทั้งพยาบาลควรจะมีใจไว หรือมีความรอบคอบต่อสัญญาณที่ซ่อนอยู่ภายใต้การใช้ความรุนแรงนั้นๆ เพื่อให้สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้เร็วขึ้น

การซักประวัติ เนื่องจากการใช้ความรุนแรง เป็นสิ่งที่ไม่เห็น ไม่รับรู้ และซ่อนอยู่ในครอบครัว ซึ่งมีความอ่อนไหว ในการตั้งคำถามเพื่อประเมินสภาพ จึงควรแสดงถึงความเข้าใจ เห็นใจ ไม่คุกคาม และไม่มือคด อาจเป็นคำถามโดยตรง เช่น ‘สามีทำร้ายคุณ ใช่มั้ยคะ’ หรือ ‘ไม่ว่าเป็นก่อนหน้าหรือปัจจุบัน คุณยังถูกสามีทำร้ายใช่มั้ยคะ (abusive relationship)’ แต่ถ้าผู้ทำการซักประวัติรู้สึกลำบากใจในการพูดคุย อาจมีคำถามโดยอ้อม เช่น ‘เราได้เห็นหญิงตั้งครรภหลายรายที่บาดเจ็บ หรือมารับการรักษา ลักษณะเช่นเดียวกับคุณ และมักถูกทำร้ายบ่อยๆ ไม่ทราบว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณมั้ยคะ’ หรือ ‘มีผู้หญิงหลายรายในชุมชนของเราถูกสามีทำร้าย ไม่ทราบว่าเป็นเหตุการ์ณเช่นนี้เกิดขึ้นกับชีวิตคุณมั้ยคะ’ ทั้งนี้ไม่ว่าเป็นคำถามโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม จะได้คำตอบเดียวกัน และพยาบาลควรยอมรับโดยไม่มีการตัดสิน ในคำตอบที่ได้รับ โดยแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภจากการกระทำความรุนแรงตาม ‘the SAVE model’ (Ricci, 2013) ดังนี้

1. การคัดกรอง (Screening) เกี่ยวกับการกระทำความรุนแรง โดยการตั้งคำถาม เช่น ‘ตั้งแต่ปีที่ผ่านมานี้ คุณถูกทำร้ายร่างกายโดยผู้ใดบ้าง’ ‘คุณรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมชีวิตตัวเองได้หรือไม่’ ‘ตั้งแต่ปีที่ผ่านมานี้ คุณรู้สึกว่ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจหรือไม่’ ‘คุณสามารถพูดถึงการถูกกระทำความรุนแรงที่คุณได้รับ ในขณะที่กับฉันได้มั้ยคะ’ ‘โดยทั่วไปคุณจะอธิบายความสัมพันธ์ในปัจจุบัน ระหว่างคุณและสามี เป็นอย่างไร’ เป็นต้น

2. การตั้งคำถามโดยตรง (Asking) โดยไม่ตัดสินหรืออคติ เช่น เริ่มต้นประเด็นคำถามที่เป็นลักษณะปกติทั่วไป มีการสบตาเมื่อพูดคุย อยู่ในความสงบ หลีกเลี่ยงการตอบสนองด้านอารมณ์ในสิ่งซึ่งสตรีตั้งครรภบอกเล่า ไม่ตำหนิสตรีตั้งครรภ แม้ว่าสตรีตั้งครรภกำหนดตนเอง ไม่รวบรัดในสิ่งที่สตรีตั้งครรภบอกเล่า แม้สตรีตั้งครรภกระทำเองก็ตาม รอคอยคำตอบด้วยความอดทน ไม่รีบร้อนไปยังคำถามใหม่ ไม่ใช้ภาษาวิชาการ ภาษาเทคนิคเฉพาะ หรือศัพท์การแพทย์ ไม่ใช้คำถามนำ แต่ควรเป็นคำถามที่ตรงประเด็น รวมทั้งให้การปฏิบัติด้วยท่าทีที่ไม่คุกคาม และยอมรับ

3. การยืนยัน (Validate) โดยพยาบาลบอกแก่สตรีตั้งครรภว่า เชื่อในสิ่งที่หญิงตั้งครรภเล่าให้ฟัง ไม่ได้ตำหนิสตรีตั้งครรภในสิ่งที่เกิดขึ้น สตรีตั้งครรภมีความกล้าหาญที่เล่าให้พยาบาลรับรู้ พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้ และในการพูดคุยกันนี้จะเป็นก้าวแรกที่ยิ่งใหญ่ และมีความหวัง

4. การประเมิน (Evaluate) ให้ความรู้ หรือส่งต่อตามความเหมาะสม โดยถามสตรีตั้งครรภว่า การใช้ความรุนแรงนั้นเป็นแบบใด ขณะนี้สตรีตั้งครรภอยู่ในอันตรายหรือไม่ สตรีตั้งครรภรู้สึกอย่างไร สตรี

ตั้งครรภ์ทราบหรือไม่ว่ามีสิ่งใดที่จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงอีก และสตรีตั้งครรภ์ทราบหรือไม่ว่ามีแหล่ง
ประโยชน์ในชุมชนใดบ้าง

การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

การซักประวัติ: เช่น มีการบอกถึงความรุนแรงที่ได้รับนั้นสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่
ทางเลือกในการตั้งครรภ์ การดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ แนวทางดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบจากความ
รุนแรงขณะตั้งครรภ์ มีการใช้ยานอนหลับหรือยาสงบระงับ หรือไม่ เป็นต้น

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: การแสดงออกสีหน้า ท่าทางเมื่อ
พูดคุยเกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรง มีการแต่งกายที่สะท้อนถึงการเอาใจใส่ดูแลตนเองหรือเป็นการ
ปกปิดบาดแผลจากการสวมเสื้อผ้าหรือไม่ รวมทั้งลักษณะปรากฏที่ให้เห็นของร่างกายตามใบหน้า ศีรษะ
ลำคอ แขน หน้าอก หน้าท้อง เช่น ร่างกาย มีรอยฟกช้ำ เขียว หรือมีบาดแผล เป็นต้น

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสาร

การซักประวัติ: อาหารและปริมาณอาหารรับประทานขณะตั้งครรภ์ มีความรู้สึก เบื่ออาหาร หรือ
รับประทานอาหารมากผิดปกติ

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: ชั่งน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ความชุ่ม
ชื้นของผิวหนัง

แบบแผนที่ 3 การขี้ถ่าย

การซักประวัติ: ประเมินลักษณะการขี้ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: การขี้ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทั้ง
ลักษณะ และปริมาณปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

การซักประวัติ: กิจกรรมประจำเมื่อตั้งครรภ์ กิจกรรมที่อาจเสี่ยงต่อการถูกใช้ความรุนแรง ผลของ
ความรุนแรงต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตการช่วยเหลือตนเองและการ
ทำกิจกรรม วัดสัญญาณชีพ เช่น มีความดันโลหิตที่จะสะท้อนถึงการมีความเครียด ความเหนื่อยล้า
อ่อนเพลีย

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับ พักผ่อน

การซักประวัติ: ระยะเวลาในการนอนหลับ/พักผ่อน วิธีการผ่อนคลายที่ช่วยให้นอนหลับ
เหตุการณ์ที่รบกวนการนอน เทคนิควิธีการที่ช่วยการนอนมีคุณภาพมากขึ้น

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้า สดชื่น/อ่อนเพลีย พฤติกรรม การผ่อนคลาย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

การซักประวัติ: การรับรู้ประสาทสัมผัส เช่น อาการปวด การรับรู้ในบุคคล เวลา สถานที่ หรือผลที่เกิดตามมาจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น ปวดศีรษะ ไม่ได้ยิน ปวดตามข้อ ไชน์ส มีการอักเสบติดเชื้อ ความสามารถในการตัดสินใจลดลงหรือไม่

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ตรวจการทำหน้าที่ของระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อม การโต้ตอบต่อเรื่องราวเหตุการณ์ ตลอดจนตรวจปากและฟัน เช่น ฟันหัก ผมหงอกหายเป็นกระจุก เป็นต้น

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

การซักประวัติ: ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล หมดหวัง เมื่อมีการตั้งครรภ์

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง และปฏิภิริยาโต้ตอบคำพูดกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

การซักประวัติ: การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวเมื่อตั้งครรภ์ กรณีมีสามีพามาฝากครรภ์ ปฏิภิริยาของสามีเป็นอย่างไร เช่น เป็นห่วงกังวล หรือแสดงการปกป้องมากกว่าปกติ ไม่ปล่อยให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ตามลำพังกับบุคคลากรสุขภาพ ตอบคำถามแทนสตรีตั้งครรภ์ และพยายามควบคุมสถานการณ์ (Aggeles, 2010; Garboden, 2010; Soria, 2011)

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สังเกตปฏิสัมพันธ์กับบุคคลมาเยี่ยม ลักษณะท่าที และน้ำเสียงเมื่อพูดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

การซักประวัติ: ประวัติประจำเดือน ความถี่ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ประวัติการตั้งครรภ์-คลอดแท้ง อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ประเมินระดับยอดมดลูก ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เต้านม มีอาการเจ็บท้องน้อย หรือมีการหดตัวของมดลูกหรือไม่ ตลอดจนการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ หรือมีอุ้งเชิงกรานอักเสบ และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (NST) หรืออาจมีตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ความพิการของทารก เป็นต้น

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

การชักประวัติ: มีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล กลัว มีภาวะซึมเศร้า ความคิด/ความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย และจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับการกระทำ ความรุนแรงอย่างไร มีการใช้สารเสพติด ดื่มสุราหรือไม่ รู้สึกโกรธต่อบุคคลากรสุขภาพหรือไม่ มีการกินผิดปกติหรือไม่ อาจบอกให้ทราบว่ารอยปรากฏตามร่างกาย หรือความรู้สึกไม่สบายใจนั้น เกิดจากเพื่อน อาจมารับบริการสุขภาพบ่อยๆ ด้วยสาเหตุเนื่องจากความเครียด เช่น ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดหลัง เจ็บที่บริเวณอุ้งเชิงกรานหรือท้องน้อย นอนไม่หลับ ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมเมื่อพูดถึงการตั้งครรรค์ วิธีเผชิญกับความเครียด และการปรับตัวต่อความเครียด แหล่งที่สนับสนุนช่วยเหลือ

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

การชักประวัติ: ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยว

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

ภายหลังใช้แนวคิดกรอบแบบแผนสุขภาพประเมินสภาพสตรีตั้งครรรค์ที่ถูกกระทำ ความรุนแรงแล้ว แล้ววิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจากข้อมูลที่รวบรวมได้นั้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจพบ เช่น 'วิตกกังวลเกี่ยวกับการคุกคามต่อ อัตมโนทัศน์/มีภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้น' 'มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากมีปฏิกริยาทางด้านลบจากครอบครัว' 'รู้สึกไร้พลังอำนาจเนื่องจากหมดหวังในแบบแผนการดำเนินชีวิต' 'หญิงตั้งครรรค์/ครอบครัวมีการปรับตัวเกี่ยวกับการถูกกระทำ ความรุนแรงไม่เหมาะสม'

การพยาบาล

เมื่อพบว่าสตรีตั้งครรรค์ถูกใช้ความรุนแรงตั้งแต่แรกเริ่มนั้น ควรดูแลให้สตรีตั้งครรรค์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนตัว และป้องกันการถูกกระทำซ้ำจากผู้ที่ใช้ความรุนแรง/สามี ไม่ควรถามการกระทำต่อหน้าผู้ที่กระทำ เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำระหว่างการประเมินสภาพ หรือต่อไปถึงที่บ้าน ทั้งนี้การประเมินสามารถกระทำที่ไหนก็ได้ ที่ห่างไกลจากผู้ที่ใช้กระทำ/สามี

การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรรค์และทารกมีความปลอดภัย และมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ช่วยให้สตรีตั้งครรรค์เกิดความรู้สึกควบคุมชีวิตตนเองได้ ให้การดูแล และมีการปฏิบัติที่สามารถทำนายและยอมรับได้ รวมทั้งไวต่อความรู้สึกของสตรีตั้งครรรค์ มีการอธิบายที่ละขั้นตอนของการกระทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล มีการใช้สื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับการกระทำ ความรุนแรง เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรรค์มีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน (active participation) ในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งมี

อำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง และมีการสื่อสารเพื่อให้การประคับประคอง โดยปราศจากอคติ

เป้าหมายการพยาบาลตามวงจรของการถูกใช้ความรุนแรง จะมีดังนี้ (1) เป้าหมายปฐมภูมิ คือ ตัดวงจรการถูกใช้ความรุนแรง โดยให้ความรู้กับชุมชน ภายใต้การร่วมมือกันระหว่างแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย ครู และผู้นำชุมชน หรือผู้นำศาสนา (2) เป้าหมายทุติยภูมิ คือ ให้ความสำคัญกับเหยื่อและผู้ที่ใช้ความรุนแรงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันไม่ให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น และ (3) เป้าหมายตติยภูมิ คือ ช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบรุนแรง และหยุดยั้งผู้ที่กระทำความรุนแรง ซึ่งจะต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายที่สูงในเป้าหมายประเด็นนี้ สำหรับกรอบแนวคิดในการพยาบาลในผู้ที่มีความอ่อนไหวเรื่องนี้ สามารถกระทำโดยใช้แนวทาง ‘the ABCDES of caring for abused women’ ดังนี้:

- A หมายถึง การให้ความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรรภ์ว่าได้โดดเดี่ยวลำพัง (alone) แต่มีสตรีอื่นๆ ที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน ซึ่งบุคลากรสุขภาพสามารถช่วยเหลือได้

- B หมายถึง การแสดงความเชื่อ (belief) ทั้งโดยการกระทำและคำพูดว่า การกระทำความรุนแรงต่อสตรีไม่ว่าในสถานการณ์ใด ๆ ก็ตาม ไม่ได้เป็นการยอมรับ และไม่ใช่มติของผู้หญิง

- C หมายถึง การมีความเชื่อมั่น (confidentiality) เนื่องจากเหยื่อที่ถูกกระทำเชื่อว่า ภายหลังจากการประเมินสภาพ หรือได้รับการรักษาพยาบาลแล้ว จะมีการบันทึกข้อมูล และเกรงว่าผู้ที่กระทำความรุนแรงจะล่วงรู้และโต้ตอบกลับคืน ดังนั้นการประเมินสภาพโดยการสัมภาษณ์ ควรกระทำในสถานที่เป็นส่วนตัว ไม่มีสมาชิกของครอบครัวร่วมรับรู้ อีกทั้งข้อมูลนั้นจะไม่มีการลบอกโดยไม่ได้รับอนุญาตจากสตรีตั้งครรรภ์

- D หมายถึง การบันทึกข้อมูล (documentation) โดยมีการบันทึกในลักษณะดังนี้ (1) โฉดคำพูด หรือข้อความจากสตรีตั้งครรรภ์เกี่ยวกับการถูกกระทำความรุนแรงโดยตรง และชัดเจน เช่น ‘เขาบีบคอ ฉันหายใจไม่ออก’ (2) อธิบาย อย่างถูกต้อง แม่นยำเกี่ยวกับรายละเอียดของการถูกกระทำความรุนแรง ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่ง ผลของการถูกกระทำความรุนแรง และการรักษาพยาบาล (3) ข้อมูลเกี่ยวกับการถูกกระทำครั้งแรก สิ่งที่น่ากลัวหรือมีความรุนแรงมากที่สุด และอุบัติการณ์ครั้งล่าสุด และ (4) อธิบายข้อมูลที่เห็นจากลักษณะของบาดแผลเกิดขึ้น โดยใช้รูปของร่างกายแสดงตำแหน่ง (body map) หรือถ่ายภาพเมื่อสตรีตั้งครรรภ์อนุญาต

- E หมายถึง การให้ความรู้ (education) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวงจรของการกระทำความรุนแรง ที่จะสะสมขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้ (1) การกระทำความรุนแรงและผลต่อสุขภาพ (2) ช่วยให้เข้าใจว่าสตรีตั้งครรรภ์ไม่ได้โดดเดี่ยวลำพัง (3) เสนอแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การสนับสนุนได้ในชุมชน เช่น หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ หน่วยงานเกี่ยวข้องกับด้านกฎหมาย สังคมสงเคราะห์ หน่วยให้บริการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ปัญหาคล้ายกัน หรือหน่วยงานแนะแนวอาชีพและการส่งต่อ เช่น บ้านพัก

ฉุกเฉิน เป็นต้น และ (4) รณรงค์ โดยการใช้แผ่นโพลีเอสเตอร์ แผ่นพับ เป็นต้น เพื่อการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักของปัญหานี้แก่สังคม

- S หมายถึง ความปลอดภัย (safety) เป็นกิจกรรมที่สำคัญ ให้ความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรภ์ว่ามีแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ร่วมกับวางแผนปฏิบัติที่จะช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ เมื่อต้องการหลีกเลี่ยงออกจากวงจรของการถูกระงับความรุนแรงให้สามารถปฏิบัติได้จริง

สถานการณ์ตัวอย่าง

นางมาเรีย อายุ 30 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 มีอายุครรภ์ 6 เดือน ขณะซักประวัติก่อนตรวจครรภ์ นางมาเรียบอกว่ารู้สึกเหนื่อย คิดว่าตนเองอยากได้ยาวิตามินและอยากรับประทานอาหารด้วย ในการพูดคุยจุดหนึ่งนางมาเรียเจ็บไปชั่วคราว และบอกว่ากังวลที่ถูกสามีทุบตี เนื่องจากเมาสุราและกินยาไอ เมื่อสามีรู้สึกตัวขึ้น ก็ไม่เชื่อว่าทุบตีภรรยา แม้จะให้เห็นบาดแผลหรือรอยฟกช้ำที่เกิดขึ้นก็ตาม นางมาเรียเคยคิดจะหนีจากสามีไป แต่ตนเองไม่มีเงินค่าใช้จ่าย จากการซักประวัติ นางมาเรียบอกว่ามักตื่นเวลากลางคืนบ่อยๆ แล้วยนอนต่อไม่หลับ และร้องไห้กลางวันบ่อยครั้งเช่นกัน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ 2 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวไม่เพิ่มเลย และบอกว่า ‘ฉันไม่รู้ว่าจะมีเรี่ยวแรงเลี้ยงดูลูก 2 คนที่มีอยู่ และลูกที่จะเกิดมาอีกได้มั๊ย? ฉันกังวลไปหมดทุกเรื่อง ร้องไห้ไปก็เท่านั้นเอง’

จากสถานการณ์ สามารถระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: อาจวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็นแต่ละปัญหา เช่น (1) การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะวิกฤตของชีวิตที่ถ้าโถมเข้ามาอย่างมาก และขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ (2) มีความภาคภูมิใจตนเองลดลงเนื่องจากความเครียดของชีวิตครอบครัว (3) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับตนเองและทารกในครรภ์ เนื่องจากถูกระงับความรุนแรงจากสามี น้ำหนักตัวไม่เพิ่มเลย นอนหลับยาก และ (4) กลัวถูกสามีทำร้าย

วัตถุประสงค์:

1. สตรีตั้งครรภ์ระบุถึงความเครียดที่เกิดกับตนเองได้ถูกต้อง
2. สตรีตั้งครรภ์บอกวิธีการด้านบวกในการเผชิญกับความเครียดของตนเองได้เหมาะสม
3. สตรีตั้งครรภ์พูดถึงตนเองในด้านบวกได้น้อย 1 ข้อเมื่อรับบริการตรวจครรภ์เสร็จ
4. สตรีตั้งครรภ์บอกถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนที่มีความเป็นไปได้
5. สตรีตั้งครรภ์และทารกยังคงมีความปลอดภัย
6. สตรีตั้งครรภ์บอกวิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญกับการถูกระงับความรุนแรงจากสามีได้

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินระดับความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเปลี่ยนแปลง การถูกกระทำ ความรุนแรงจากสามี ผลของความเครียดต่อตนเองและต่อทารก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาถึงความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกับใช้เป็นมูลในการวางแผนช่วยเหลือต่อไป

2. พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสตรีตั้งครรภ์ในประเด็นความห่วงกังวล ความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ครอบครั้ว (โดยเฉพาะการกระทำ ความรุนแรงของสามี) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อชีวิต ครอบครั้วปัจจุบันอย่างไร เพื่อเป็นโอกาสที่จะเน้นให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านบวกว่ามีอะไรบ้าง ปัญหา และแหล่งของความเครียดคืออะไร

3. ประเมินถึงวิธีการปรับตัวที่ได้ผลในอดีต กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ใช้วิธีการทางบวกที่เคยประสบผลสำเร็จนั้น และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากวิธีการที่เคยประสบผลสำเร็จดังกล่าวอาจใช้ได้ประสบผลสำเร็จกับสถานการณ์ปัจจุบัน และการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติมนั้น เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดที่อาจเกิดร่วมจากการมีปัจจัยหรือเหตุการณ์ภายนอกครอบครั้วที่เข้ามาเสริม ทำให้มีทางเลือกมากขึ้น จึงเป็นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกควบคุม (feeling of control) ได้มากยิ่งขึ้น

4. พูดคุยกับสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการทำให้สุขภาพการตั้งครรภ์ที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องได้รับสารอาหารและมีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ และยังจำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการความเครียดอีกด้วย

5. ทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดร่วมกับการกระทำ ความรุนแรงของสามี และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้เกิดรับรู้ว่าตนเป็นเหยื่อของการถูกกระทำ ความรุนแรง ซึ่งการรับรู้ความเป็นจริงถือเป็นก้าวแรกในการหยุดการกระทำดังกล่าว

6. ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้ค้นหาว่ามีความต้องการและเป้าหมายในชีวิตอะไรบ้าง เพื่อให้ได้มีกลวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง

7. ให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์อย่างเป็นจริง มีการพูดคุยตรงไปตรงมา และตอบคำถามด้วยความสัตย์จริง ซึ่งจะเป็นการสร้างให้เกิดความไว้วางใจ และช่วยให้สามารถแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องได้อีกด้วย

8. ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในตนเอง และเชื่อว่าพฤติกรรมกระทำ ความรุนแรงของสามีนั้น ไม่ใช่ ‘ความผิดของตน’ แต่อย่างไร เนื่องจากจะเป็นการนำไปสู่การสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยตระหนักถึงความเป็นตัวตนของสตรีตั้งครรภ์ มีความสามารถที่จะดูแลตนเองและดูแลบุตรได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่า

9. ช่วยเหลือในเรื่องความปลอดภัย โดยการแนะนำแหล่งพักพิงที่จะไปขอความช่วยเหลือได้ หรือเพื่อนสนิท มีการวางแผนเพื่อออกห่างจากสามี เตรียมความพร้อม เสื้อผ้า เข้าของเครื่องใช้ยามฉุกเฉิน ซึ่งการเตรียมความพร้อมเหล่านี้จะเป็นการช่วยลดความเสี่ยง มีโอกาสประสบผลสำเร็จและเกิดความปลอดภัย พร้อมกับให้เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือ

10. ประสานงานให้การส่งต่อยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เนื่องจากจะช่วยให้เกิดกลไกในการสนับสนุน และให้คำแนะนำได้ครอบคลุมมากขึ้น

11. ติดตามประเมินอีก 1 สัปดาห์ เพื่อเป็นการประเมินผลของการให้ความช่วยเหลือ และการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนทั้งเป็นการให้คำแนะนำ หรือข้อมูล และให้การประคับประคอง สนับสนุนเพิ่มเติม

เกณฑ์การประเมินผล:

1. สตรีตั้งครรภ์สามารถระบุความเครียดที่เกิดกับตนเองจากหลายปัจจัยได้ถูกต้อง
2. สตรีตั้งครรภ์แสดงให้เห็นว่ามีกลวิธีทางบวกอย่างน้อย 2 อย่างที่จะสามารถนำไปใช้ในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น
3. สตรีตั้งครรภ์บอกถึงคุณลักษณะที่ดีของตนเองได้
4. สตรีตั้งครรภ์บอกได้ถึงจะใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะไปใช้ประโยชน์ได้สำหรับตนเอง
5. สตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัย ไม่ได้รับบาดเจ็บ และการตั้งครรภ์ก้าวหน้าปกติ
6. สตรีตั้งครรภ์ใช้กลวิธีในการปกป้องตนเองและบุตรเมื่อมีการกระทำความรุนแรงในครั้งต่อมาได้

สรุป

สาเหตุการใช้ความรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์นั้นซับซ้อน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และต่อสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยาในอนาคต รวมถึงความเจ็บปวดที่ฝังลึกโดยเฉพาะผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์นี้ในวัยเด็ก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นเหยื่อก้าวไปข้างหน้า และมีความสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ทั้งนี้เพราะเมื่อเกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย จากการถูกใช้ความรุนแรง จะทำให้บุคคลผู้นั้นสามารถกระทำประโยชน์ต่อสังคม ประเทศชาติได้ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่จะต้องมึบทบาทเลี้ยงดูทารกของตนเองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นันทนา ธนาโณวรรณ, ภัสรา หากุหลาบ, และพรทิพย์ รองเลื่อน. (2549). ความชุกของการถูกทำร้าย
ในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์และผลทางจิตสังคม. *วารสารสภาการ
พยาบาล*, 21(2), 31-46.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (มปป.). *พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงใน
ครอบครัว พ.ศ. 2550*. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2557 จาก <http://www.krisdika.go.th>
อังคณา ช่วยคำชู. (2555). ความรุนแรงในครอบครัว: สาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการช่วยเหลือ.
วารสารธรรมศาสตร์, 31(3), 130-145.
- Aggeles, T. B. (2010). *Domestic violence advocacy, Florida, update*. Retrieved from
<http://ce.nurse.com/60133/CoursePage>
- Brownridge, D. A., Tallieu, T. L., Tyler, K. A., Tiwari, A., Chan K. L., & Santos, S. C.
(2011). Pregnancy and intimate partner violence: Risk factors, severity, and health
effects. *Violence Against Women*, 17(7), 858-881.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2011b). *Sexual violence: Fact
sheet*. National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from
<http://www.cdc.gov/ncipe/factsheets/svfacts.htm>
- Fletcher, J. (2010). The effects of intimate partner violence on health in young
adulthood in the United States. *Social Science & Medicine*, 70(1), 130-135.
- Freeman, D., & Temple, J. (2010). Social factors associated with history of sexual
assault among ethnically diverse adolescents. *Journal of Family Violence*, 25(3),
349-356.
- Garboden, M. (2010). Model response to domestic violence. *Community Care*, (1800),
22-23.
- Parys, A. S. V., Verhamme, A., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate
partner and pregnancy: A systematic review of interventions. Retrieved article 30
April, 2014 from <http://www.plosone.org>.
- Shadigian, E. M. & Bauer, S. T. (2004). Social issues in reproductive health: Screening
for partner violence during pregnancy. *International Federation of Gynecology
and Obstetrics*, 84, 273-280.doi: 10.1016/j.ijgo.2003.07.001

Soria, S. (2011). Screening for intimate partner violence in the ambulatory care setting. *AAACN Viewpoint*, 33(3), 1-3.

Walker, L. E. (1984). *The batter women syndrome*. New York: Springer.

บทที่ 8

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์ (Nursing care for death fetus in utero)

ผศ.ดร.วรางคณา ชัชเวช

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ทารกตายในครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์ได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์ได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การ

ประเมินผลในสถานการณ์ตัวอย่างได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ทารกตายในครรภ์
2. แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์

มโนทัศน์การตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์

ทารกตายในครรภ์พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 ของการตั้งครรภ์ (Murray & McKinney, 2010) และอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาของการตั้งครรภ์ เช่น ทารกตายคลอด หรือทารกตายหลังคลอด ทารกตายในครรภ์อาจเกิดจากการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อเกิดการสูญเสียอย่างรวดเร็ว ทำให้บิดามารดาเสียใจและเศร้าโศกอย่างรุนแรง โดยทั้งนี้ทารกตายในครรภ์มักเป็นสิ่งที่ไม่ได้ให้ความสำคัญ เช่นเดียวกับการตายในผู้ใหญ่ อีกทั้งผู้คนรอบข้างรู้สึกไม่สะดวกใจในการพูดคุยเรื่องนี้ จึงทำให้บิดามารดา มีความยากลำบากต่อการระบายความรู้สึกต่อการสูญเสีย มีความเศร้าโศก และรู้สึกโดดเดี่ยว

ความหมาย

ทารกตายในครรภ์ (Fetal death, stillborn, fetal demise, intrauterine fetal demise (IUFD), dead fetus in utero) หมายถึง การเสียชีวิตของทารกก่อนการคลอดอย่างสมบูรณ์ หรือก่อนที่นำทารกออกจากมารดา โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ และไม่ได้เกิดจากการชักนำให้เกิดการคลอด (induced termination) โดยการเสียชีวิตนั้นถูกแสดงให้เห็นจากการที่ทารกไม่หายใจ หรือไม่พบหลักฐานของการมีชีวิตอื่นๆ เช่น การเต้นของหัวใจ การคล้ำซีพจรที่สายสะดือได้ หรือการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างชัดเจน หลังจากคลอดหรือนำทารกออกจากมารดา การหยุดเต้นของหัวใจต้องแยกออกจากภาวะ transient cardiac contraction และการหยุดหายใจต้องแยกออกจากการพยายามหายใจชั่วขณะ (fleeting respiratory effort) หรือหายใจเฮือก (gasp) (MacDorman & Kirmeyer, 2009)

U.S. National Center for Health Statistics (NCHS, 1992 อ้างตามณัฐพัชร์, 2013) อธิบายว่า ทารกในครรภ์เสียชีวิต หมายถึง การเสียชีวิตของทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์หรือน้ำหนักทารกมากกว่า 350 กรัม

International Stillbirth Alliance กำหนดให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตคือทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ โดยการสูญเสียทารกในครรภ์จากการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกผิดปกติรุนแรง และการชักนำคลอดไม่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังมีคำอื่นๆ อีก เช่น ตัวอ่อนเสียชีวิต (embryonic death) หมายถึง การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ทารกในครรภ์เสียชีวิตระยะแรก (early fetal death) หมายถึง การเสียชีวิตตั้งแต่อายุครรภ์ 13 ถึง 19⁺⁶ สัปดาห์ ทารกในครรภ์เสียชีวิตระยะกลาง (intermediate fetal death) หมายถึง การเสียชีวิตตั้งแต่อายุครรภ์ 20 ถึง 27 สัปดาห์ และทารกในครรภ์เสียชีวิตระยะท้าย (late fetal death) หมายถึงการเสียชีวิตที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ (อ้างตามณัฐพัชร์, 2013)

สาเหตุ

1. สาเหตุจากมารดา ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมร่วมกับการตั้งครรภ์ (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคต่อมไทรอยด์) การตั้งครรภ์เกินกำหนด การตั้งครรภ์แฝด มารดาตั้งครรภ์อายุ

มากกว่า 35 ปี หรือมารดามีปัญหาทางสูติกรรม เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกค้ำขิ้น การคลอดติดขัด การตกเลือดก่อนคลอด มดลูกแตก รกลอกตัวก่อนกำหนด

2. สาเหตุจากทารก เช่น (1) ทารกพิการแต่กำเนิด มีความผิดปกติของโครโมโซม หรือมีความพิการแต่กำเนิด (2) ติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส (3) เกิดการกดทับสายสะดือจากภาวะสายสะดือย้อย และ (4) ตั้งครรภ์แฝดและเกิดภาวะ twin-twin transfusion syndrome

3. สาเหตุจากรกและสายสะดือ เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะเส้นเลือดอุดตันในสายสะดือ สายสะดือผิดปกติ การเกาะของสายสะดือผิดปกติ (velamentous cord insertion, หรือ vasa previa)

4. สาเหตุอื่นๆ เช่น มีการใช้ยาหรือสารเสพติด

พยาธิสภาพ

เมื่อทารกตายในครรภ์เป็นเวลานานเกินกว่า 5 สัปดาห์ อาจทำให้เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวจาก thromboplastin (thromboplastin) จากทารกที่ตายเข้าสู่กระแสเลือดมารดา กระตุ้น procoagulant และ fibrinolytic system ในรายครรภ์แฝดที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์ 1 ราย อาจเกิดภาวะ thromboplastin ของทารกที่ตายเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวได้ (จูติมา, 2555)

ผลกระทบต่อมารดา

1. ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เมื่อทารกเสียชีวิต นานตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป (สุชยา, 2555) อาจเกิดการตกเลือดจากการแข็งตัวของเลือดบกพร่อง ที่มีสาเหตุจากสาร thromboplastin จากทารกเข้าสู่กระแสเลือดของมารดา และทำให้เกิดกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

2. การเสียชีวิตของทารกเป็นความสูญเสีย (loss) เกิดผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณของมารดา เมื่อตั้งครรภ์ซ้ำอาจยังคงมีภาวะเศร้าโศก มีอาการวิตกกังวลร่วมกับซึมเศร้า (Gaudet, Séjourné, Camborieux, Rogers, & Chabrol, 2010) หรือรายที่รุนแรงอาจกลายเป็นโรคประสาท

3. ถ้าทารกไม่คลอด ทำให้เกิดทารกหิน (lithopedian) เกิดความเสียหายในโพรงมดลูกที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้

4. เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อช่วยเหลือโดยสูติศาสตร์หัตถการ

การดูแลรักษา

1. วางแผนเพื่อเตรียมสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยวิธีการดังนี้

1.1 การรอให้เจ็บครรภ์คลอดเอง ส่วนใหญ่มักเจ็บครรภ์คลอดหลังจากทารกเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์ ในรายเกิน 2 สัปดาห์ควรตรวจการแข็งตัวของเลือด ควรตรวจ fibrinogen อย่างน้อยทุกสัปดาห์ และถ้ามีระดับต่ำกว่า 50 mg% ต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง

1.2 การชักนำการคลอดด้วยยา เช่น oxytocin, prostaglandin, และmifepristone ถ้ามีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์และไม่สามารถคลอดเองได้ อาจเหน็บยาพรอสตาแกลนดินในช่องคลอดเพื่อให้ปากมดลูกนุ่มสามารถเปิดขยายง่าย ต่อมาให้ยาเพื่อเร่งการหดตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำ การหดตัวที่เหมาะสมจะช่วยขับทารกออกมา

1.3 การทำหัตถการเพื่อยุติการตั้งครรภ์

1.3.1 การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (manual vacuum extraction) มักทำเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ขยายมดลูกและใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังคือ การชุดมดลูกไม่หมด มดลูกทะลุ หรือติดเชื้อ เป็นต้น

1.3.2 การถ่างขยายปากมดลูกและชุดมดลูก (dilation and curettage) มักทำเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ แต่ถ้ามากกว่านั้นอาจต้องเพิ่มการสืบทารกออก

1.3.3 การฉีดน้ำยาเข้มข้นเข้าไปในถุงน้ำคร่ำทางหน้าท้อง (amnioinfusion) อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน คือ การเกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เลือดจาง ถ้าฉีดถูกกล้ามเนื้อมดลูกจะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอักเสบ

1.3.4 การทำหัตถการอื่นๆ เช่น การผ่าตัดกล้ามเนื้อมดลูก (hysterotomy) หรือมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) เป็นต้น

1.3.5 Condom-balloon technique อาจทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สองระหว่าง 14-24 สัปดาห์ โดยใส่ถุงยางที่ต่อกับสายสวนปัสสาวะเข้าโพรงมดลูก และฉีดน้ำเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์

1.4 กรณีที่มีความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด ต้องพิจารณาให้องค์ประกอบเลือดทดแทน

1.5 การดูแลด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด เช่น ตกเลือด มีภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรง รวมทั้งดูแลเพื่อยับยั้งการหลั่งน้ำนม โดยรัดเต้านมให้แน่นด้วยผ้ารัดหน้าอก การประคบเย็น และดูแลให้ได้รับยาที่ยับยั้งการหลั่งของน้ำนมตามแผนการรักษา ยา เช่น bromocriptine เป็นต้น

1.6 วางแผนนัดตรวจเพื่อติดตามอาการ แจ้งผลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของทารก เพื่อการดูแลและวางแผนป้องกันในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

แนวทางการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ทารกตายในครรภ์

1. การซักประวัติ: ทารกในครรภ์ไม่ตื่นหลังจากที่มีการตื่นของทารกมาก่อน หรือไม่เคยรู้สึกมีทารกดิ้นภายหลังอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ในครรภ์หลัง หรือ 18 สัปดาห์ในครรภ์แรก หรืออาการคัดตึงเต้านมหายไป มีเลือดหรือน้ำออกทางช่องคลอด

2. การตรวจร่างกาย/ตรวจครรภ์: มีระดับยอดมดลูกต่ำกว่าอายุครรภ์ ที่คำนวณได้จากวันแรก ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย ฟังไม่พบเสียงการเต้นหัวใจทารก คลำการเคลื่อนไหวของทารกไม่ได้
3. การตรวจภายใน: กรณีปากมดลูกเปิดแล้ว พบว่าอาจคลำพบกระดูกกะโหลกศีรษะยุบ
4. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง: การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงแต่ละไตรมาส จะพบลักษณะที่สำคัญคือ (1) การตรวจช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ถ้าหากทารกเสียชีวิตระยะนี้จะพบถุงการตั้งครรภ์ขนาดใหญ่ ผิดรูปร่างแต่ไม่มีตัวอ่อน ไม่เห็นการเต้นของหัวใจทารก และ (2) ช่วงหลังของการตั้งครรภ์ ในระยะนี้ ไม่เห็นการเคลื่อนไหวของหัวใจหรือหลอดเลือดแดงใหญ่ ศีรษะยุบแยก น้ำคร่ำน้อยหรือแทบไม่มี อาจพบ ทารกบวมน้ำหรือมีน้ำในช่องท้อง (hydrops) เป็นต้น
5. การถ่ายภาพรังสี มีการเกยกันหรือเหลื่อมกันของกะโหลกศีรษะทารก (spalding's sign) พบ ฟองอากาศในหลอดเลือดใหญ่ สายสะดือ ตับ ช่องท้อง (หลังจากทารกเสียชีวิต 2-3 วัน) มีการหักงอของ กระดูกสันหลังทารก
6. เทคนิคอื่นๆ เช่น ไม่สามารถหาตำแหน่งหัวใจทารกเมื่อประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ในครรภ์ โดยใช้เครื่อง electronic fetal monitoring, EFM และอาจพบมีระดับ amniotic creatine kinase สูงผิดปกติ

หลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีทารกตายในครรภ์

1. การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ:
 - แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
 - การซักประวัติ: การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ การมีเลือดออกทางช่องคลอด การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกต ลักษณะสีหน้าท่าทาง ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์
 - แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
 - การซักประวัติ: ประเมินชนิด และปริมาณของสารอาหารในการรับประทานครั้งสุดท้ายเพื่อ เตรียมพร้อมก่อนให้ยาเพื่อเร่งคลอด
 - การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: ชั่งน้ำหนัก ประเมินการขาดน้ำ หรือสารอาหารภาวะช็อก ความเข้มข้นของเลือด การแข็งตัว ค่าอิเล็กโทรไลต์
 - แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย
 - การซักประวัติ: ประเมินลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
 - การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ลักษณะและปริมาณปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

การชักประวัติ: กิจกรรม/กิจวัตรเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดท้อง กิจกรรมที่ทำให้ปวดหรือเลือดออกเพิ่มขึ้น

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตการช่วยเหลือตนเอง และการทำงาน กิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงปอด ตลอดจนอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก

แบบแผนที่ 5 การนอนหลับ พักผ่อน

การชักประวัติ: ประเมินการนอนหลับ/พักผ่อนเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด เจ็บครรภ์ และวิธีการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้า ความสดชื่น อาการอ่อนเพลีย พฤติกรรมการผ่อนคลาย และระยะเวลาในการนอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

การชักประวัติ: การรับรู้ประสาทสัมผัส อาการปวด การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ตรวจร่างกายทางระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

การชักประวัติ: ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวัง เมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด เช่น จากสาเหตุรกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง ปฏิกริยาโต้ตอบ การใช้คำพูดกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

การชักประวัติ: บทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เมื่อต้องพักรักษาตัว

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มาเยี่ยม ลักษณะท่าที น้ำเสียงเมื่อมีการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

การชักประวัติ: ประวัติประจำเดือน ความถี่ การขาดประจำเดือน ประวัติตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง และวิธีการคุมกำเนิด

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: ตรวจครรภ์ขนาดของมดลูก ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจเต้านม การหดตัวของมดลูก และสารคัดหลั่ง หรือเลือดที่ออกจากช่องคลอด

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

การชักประวัติ: ความเครียดเมื่อมีความเสี่ยงต่อชีวิตทารกและสตรีตั้งครรภ์เอง ความวิตกกังวล ความกลัว และการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้น

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: สังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม เมื่อพูดถึงการมีเลือดออกทางช่องคลอด การแท้ง วิธีเผชิญกับความเครียดและการปรับตัว

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

การชักประวัติ: ความต้องการปฏิบัติศาสนกิจ และสิ่งยึดเหนี่ยว

การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ: พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยว

2. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ภายหลังประเมินสภาพ และวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหา/ความต้องการพยาบาลตามสาเหตุ/ปัจจัยที่เกิดขึ้นแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลควรครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เช่น

2.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย กรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์แล้วนานกว่า 2 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยทุก 2 ชั่วโมง มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ผลตรวจห้องปฏิบัติการพบว่ามี prolonged clotting time การพยาบาลจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้เกิดภาวะช็อก โดยมีกิจกรรมการพยาบาล คือ: (1) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ/องค์ประกอบของเลือดตามแผนการรักษา (2) ให้นอนพักดูแลร่างกายให้อบอุ่น (3) ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 15 นาที และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของอาการ (4) ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ภายหลังให้การดูแลรักษา เช่น ระดับความเข้มข้นของเลือด การแข็งตัวของเลือด ภายหลังให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (5) ประเมินปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ภาวะน้ำเกินในร่างกาย (6) ประเมินการเสียเลือดอย่างต่อเนื่องประกอบการรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้องค์ประกอบเลือดทดแทน (7) ดูแลเพื่อเตรียมช่วยเหลือให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดโดยเร็ว ให้น้ำและอาหารทางปาก ซึ่งอาจมีการชุดมดลูก การเหน็บยาพอลอสต้าแกลนดินเพื่อกระตุ้นให้เจ็บครรภ์ หรือการใช้ฮอร์โมนสังเคราะห์เร่งคลอด และ (8) เตรียมอุปกรณ์ ยาให้พร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น เมื่อช็อก จัดทำนอนหงายราบ เตรียมให้ออกซิเจนจมูก อัตรา 3-5 ลิตร/นาที เป็นต้น

2.2 การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเศร้าโศกเนื่องจากทารกตายในครรภ์ ควรส่งเสริมการปรับตัวต่อความรู้สึกดังกล่าว เพื่อช่วยให้มารดาที่มีความมั่นใจที่จะพูดคุยก่อนเล่าความรู้สึกของตนเองออกมา และสามารถช่วยเหลือตนเองในการกระทำกิจกรรมประจำวันได้ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลคือ: (1) รับฟังอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่สงบเป็นมิตร (2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าระบายความรู้สึก สะท้อนคิดเรียนรู้จากประสบการณ์ (3) ยอมรับพฤติกรรมแสดงออกของมารดาตาม

ปฏิกิริยาในการตอบสนองของบุคคลที่มีการสูญเสีย (4) สำรวจและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว และบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันร่วมสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (5) ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อลดระดับการเกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยส่งเสริมในเรื่องการนอนหลับ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อฟื้นฟูร่างกาย และการออกกำลังกาย เป็นต้น และ (6) เปิดโอกาสให้มีกลุ่มสนับสนุนจากผู้ที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สถานการณ์ตัวอย่าง

นางหลุยส์ อายุ 26 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ได้มาฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ และมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง แต่เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ นางหลุยส์ได้มาพบแพทย์ด้วยสาเหตุทารกไม่ดิ้นมา 2 วัน แพทย์ทำการประเมินสภาพ แพทย์ไม่สามารถได้ยินเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ หรือเห็นการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์จากการตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ แพทย์บอกแก่นางหลุยส์ว่าทารกเสียชีวิตแล้ว นางหลุยส์นั่งเงียบ แล้วร้องไห้โฮออกมา ต่อมาแพทย์พิจารณาให้ข้อมูลนางหลุยส์เกี่ยวกับการกระตุ้นการคลอด ซึ่งนางหลุยส์และครอบครัวยินยอมรับการรักษาดังกล่าว

จากสถานการณ์ข้างต้น การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลจะมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: มีความตึงเครียดด้านอารมณ์เนื่องจากการสูญเสีย โดยอาจเห็นจากการร้องไห้/มีความเศร้าเสียใจ กระสับกระส่าย/โกรธ แสดงออกถึงความรู้สึกผิด และ/หรือมีความกลัว

วัตถุประสงค์: สตรีตั้งครรภ์ได้พูดระบายถึงความรู้สึกนึกคิดที่เกิดร่วมกับการสูญเสีย และมีความเข้าใจเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สตรีตั้งครรภ์เริ่มสร้างสัมพันธภาพที่นำไปสู่การมีความไว้วางใจกับพยาบาล ตลอดจนกล้าสอบถามในสิ่งต่าง ๆ ได้โดยอิสระ และมีการยอมรับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้ความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรภ์และสามีว่าในการแสดงออกเมื่อมีความเศร้าโศกเสียใจนั้น เป็นสิ่งปกติ ไม่มีถูกหรือผิดแต่อย่างใด เนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกดังกล่าวจะเต็มไปด้วยอารมณ์และความคิดต่าง ๆ มากมาย อีกทั้งการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุน ประคับประคอง ไม่มีการตัดสินถูกผิด จะช่วยให้เข้าใจถึงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจอย่าง แท้จริง จึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีความไว้วางใจ ซึ่งช่วยกระตุ้นให้เกิดเป็นกระบวนการเศร้าโศกปกติต่อไป

2. เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ได้ร้องไห้ตามที่ตนเองต้องการ เนื่องจากการร้องไห้เป็นปฏิกิริยาแสดงออกปกติของเหตุการณ์ที่มีความสูญเสีย พร้อมกันนี้เมื่อช่วยหยาบย่นกระดากที่สซุช่วยซับน้ำตาให้ จะแสดงถึงการยอมรับอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. เมื่อสตรีตั้งครรภ์และสามีมีการแสดงออกถึงความโกรธ พยายามควรหลีกเลี่ยงการป้องกันตนเองต่อความรู้สึกโกรธดังกล่าว แต่ช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์และสามีได้ค้นหาว่าความรู้สึกโกรธนั้นเกิดจากสิ่งใด และวิธีการเพื่อจะแก้ปัญหาความโกรธ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกโกรธเป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองต่อการสูญเสียและเศร้าโศก โดยจะมีจุดเริ่มต้นจากความคับข้องใจในสิ่งที่เกิดขึ้น การเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกโกรธออกมาโดยอิสระ และตอบสนองอย่างเป็นกลางจะช่วยให้สถานการณ์ตึงเครียดน้อยลง ดังนั้นปฏิบัติการช่วยเหลือในลักษณะที่มสทสาขา จะทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีเห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของการคอยให้ความช่วยเหลือมากกว่าที่จะเป็นปรปักษ์ต่อกัน

4. การแสดงความรู้สึกผิด โดยปรับความคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และให้ความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรภ์และสามีว่าไม่ได้ทำอะไรให้เกิดการสูญเสีย นั้น เนื่องจากความรู้สึกผิดจะปรากฏขึ้นเด่นชัดในกระบวนการเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย โดยเฉพาะบิดามารดาที่มีการสูญเสียทารก ดังนั้นการตรวจสอบความเป็นจริง การให้ข้อมูลที่เป็นจริง แทนที่จะให้สตรีตั้งครรภ์และสามีเกิดการรับรู้ว่าคุณทำผิดรวมทั้งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และสามีรับรู้ทั้งคู่ได้ทำดีที่สุดแล้วในเหตุการณ์ครั้งนี้

5. การช่วยเหลือเมื่อสตรีตั้งครรภ์และสามีเกิดความรู้สึกกลัว โดยการอธิบายด้วยความจริงใจและคำพูดที่เข้าใจง่ายต่อสิ่งที่คาดคิด ไม่ว่าจะเป็นระยะก่อน ขณะหรือหลังเหตุการณ์ของการสูญเสีย เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์และสามีจะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เมื่อได้รับการปฏิบัติหรือมีการพูดตรงไปตรงมา การปรากฏอยู่ด้วยสม่ำเสมอขณะต้องการข้อมูลตามความเป็นจริง จะช่วยบรรเทาความรู้สึกกลัวหรือถูกโดดเดี่ยวให้ลดลง ตลอดจนให้คงไว้ซึ่งการมีทางเลือกง่ายๆ ก็จะช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์และสามีรู้สึกถึงการควบคุมเหตุการณ์นั้นเอาไว้ได้

เกณฑ์การประเมินผล:

1. สตรีตั้งครรภ์และสามียอมรับการสูญเสีย โดยบอกให้ทราบว่าจะเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการสูญเสียด้วยท่าทีที่เหมาะสม
2. สตรีตั้งครรภ์และสามีมีสัมพันธภาพที่ไว้วางใจกับพยาบาล โดยมีการซักถามสิ่งต่างๆ อยางอิสระ และยอมรับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล รวมทั้งปฏิบัติต่อพยาบาลและทีมสุขภาพที่เป็นลักษณะของการยอมรับกันและกัน

สรุป

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และมีความเศร้าโศกจำเป็นที่จะต้องดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีการสูญเสียและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการช่วยเหลือที่จำเป็นเมื่ออาจต้องให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความปลอดภัยในชีวิต และฟื้นคืนจากภาวะเศร้าโศกเนื่องจากการสูญเสียได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- ฐิติมา สุนทรสัจ. (2555). ภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และ สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 282-293). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ณัฐพัชร์ จันทร์สกา. (2013). *ทารกในครรภ์เสียชีวิต* (Fetal death). Retrieved on January 6, 2015, from http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=838:fetal-death&catid=45&Itemid=561
- สุชยา ลีอวรรณ. (2555). ทารกตายในครรภ์. ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 367-376). กรุงเทพฯ: รัศมีรุ่ง.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieux, L., Rogers, R., & Chabrol, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety, and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240-251.
- MacDorman, M. F., & Kirmeyer, S. (2009). Fetal and Perinatal Mortality, United States, 2005. *National Vital Statistics Reports*, 57(8), 1-20.

บทที่ 9

การพยาบาลผู้ใช้บริการทางสูติศาสตร์ที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบ (Nursing care for pregnant women with hyperemesis gravidarum)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์ : เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะอาเจียนไม่สงบได้ถูกต้อง
2. อธิบายแผนการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะอาเจียนไม่สงบ
2. ตัวอย่างแผนการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบ

มโนทัศน์ของภาวะอาเจียนไม่สงบ

ภาวะอาเจียนไม่สงบ (hyperemesis gravidarum) หรืออาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรงและต่อเนื่องในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก เป็นภาวะที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดน้ำและสารอาหาร เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ น้ำหนักลด เกิดภาวะเป็นกรดในร่างกาย ส่งผลต่อการทำงานของตับและระบบประสาท และยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย (มาลีวัล, 2554)

ความหมาย

ภาวะคลื่นไส้อาเจียน เป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบได้ประมาณร้อยละ 80 ของการตั้งครรภ์ มักมีอาการตั้งแต่อายุครรภ์ 4 สัปดาห์ แต่ถ้ามีอาการมากเรียกว่าภาวะอาเจียนไม่สงบ ภาวะอาเจียนไม่สงบเป็นภาวะคลื่นไส้อาเจียนมากตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เป็นเหตุให้น้ำหนักลดลง (> ร้อยละ 5) ร่างกายขาดความสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ และมีภาวะเป็นกรดในร่างกาย (สุภาวดี, 2554; Cashion, 2014)

อุบัติการณ์

ภาวะอาเจียนไม่สงบพบได้ประมาณร้อยละ 0.5 ของการคลอดทั้งหมด (Cashion, 2014)

สาเหตุ

สาเหตุของภาวะอาเจียนไม่สงบยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีสาเหตุของอาการอาเจียนในระยะตั้งครรภ์โดยทั่วไปคือ (สุภาวดี, 2554; Cashion, 2014; Rochester, 2016)

1. มีระดับของฮอร์โมนที่สร้างจากรก (human chorionic gonadotropin, hCG), และเอสโตรเจนสูง ทำให้กระเพาะอาหารเคลื่อนไหวช้าลง อาหารค้างคั่งอยู่นาน กระตุ้นให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น และการมีระดับฮอร์โมน thyroxine และ hCG เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอาเจียนรุนแรง พบว่ามีอาการของ hyperthyroidism
2. มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย (disturbances of the metabolic changes of pregnancy) เช่น ขาดวิตามินบีรวม โพรตีน รับประทานไขมันมากเกินไป
3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์แรก มีภาวะอ้วนและรับประทานไขมัน

มาก มีประวัติคลื่นไส้ อาเจียนในครรภ์ก่อน ครรภ์แฝด มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ครรภ์ไข่ปลาอุก

4. มีปัญหาทางด้านจิตใจที่ไม่สามารถปรับตัวกับการตั้งครรภ์ได้ (psychologic maladjustment to pregnancy)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะอาเจียนไม่สงบ แตกต่างจากอาการแพ้ท้อง (morning sickness) ดังนี้ (มาลีวัล, 2554; สุภาวดี, 2554)

อาการแพ้ท้อง (morning sickness) เป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่พบได้ในระยะ 14 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ มักเกิดอาการในตอนเช้า แต่บางรายอาจเกิดอาการตอนเย็น จะมีอาการคลื่นไส้ นำมาก่อนอาการอาเจียน อาการนี้จะไม่รุนแรงและจะหายไปเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยอาจพบเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ประมาณร้อยละ 10 อาการอาเจียนไม่สงบ เป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีอาการตลอดทั้งวัน อาการจะกำเริบขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถยั้งยั้งได้ โดยมีลักษณะอาการและอาการแสดงดังนี้ คือ

1. อาการรุนแรงน้อย

- 1.1 มีอาการอาเจียนน้อยกว่า 5 ครั้งต่อวัน สามารถทำงานได้ตามปกติ
- 1.2 ลักษณะอาเจียนไม่มีน้ำหรือเศษอาหาร
- 1.3 น้ำหนักตัวลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขาดสารอาหาร
- 1.4 สามารถกิจวัตรประจำวันได้

2. อาการรุนแรงปานกลาง

- 2.1 อาเจียนติดต่อกันมากกว่า 5-10 ครั้งต่อวัน
- 2.2 อาเจียนติดต่อกันไม่หยุดภายใน 2-4 สัปดาห์
- 2.3 อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
- 2.4 น้ำหนักตัวลด มีอาการขาดสารอาหาร
- 2.5 มีภาวะเลือดเป็นกรด

3. อาการรุนแรงมาก

- 3.1 อาเจียนมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน
- 3.2 อาเจียนทันทีภายหลังจากรับประทานอาหาร และอาเจียนติดต่อกันเกิน 4 สัปดาห์
- 3.3 อ่อนเพลีย ซุบซอม น้ำหนักตัวลดมาก

3.4 เกิดการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง ได้แก่ ผิวหนังแห้ง ไม่ยืดหยุ่น ปากแห้ง ลิ้นเป็นฝ้าขาว หนา แตก ตาลึก ขุ่น มองภาพไม่ชัด ปัสสาวะขุ่นและออกน้อย ท้องผูก ตัวเหลือง มีไข้ ความดันโลหิตลดลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เสียชีวิตได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะอาเจียนไม่สงบต้องมีข้อมูลดังนี้ (มาลีวัล, 2554; Rochester, 2016)

1. ประวัติการตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างยาวนาน จนกระทั่งอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป
2. จากการตรวจร่างกาย ในรายที่มีอาการรุนแรงมาก พบน้ำหนักตัวลด ผิวหนังแห้ง ลิ้นแห้ง เป็นฝ้า

ริมฝีปากแห้งแตก ปากและฟันไม่สะอาด ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 CBC พบค่า Hct. สูง เกิดจากการได้รับน้ำไม่พอหรือสูญเสียน้ำจำนวนมากจากการอาเจียน

3.2 ตรวจเลือดพบโซเดียม โปตัสเซียมและคลอไรด์ต่ำ SGOT และ liver function test สูง BUN สูง และโปรตีนในเลือดต่ำ

3.3 การตรวจปัสสาวะ พบว่ามีค่าความถ่วงจำเพาะสูง > 1.025 เกิดจากการได้รับน้ำไม่พอ หรือสูญเสียน้ำจำนวนมากจากการอาเจียน

3.4 พบคีโตนในปัสสาวะ

การวินิจฉัยแยกโรค

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอาเจียนรุนแรงควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคต่อไปนี้ (มาลีวัล, 2554;

สุภาวดี, 2554)

1. โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ (gastroenteritis)
2. โรคตับอักเสบ (hepatitis)
3. โรคถุงน้ำดีอักเสบ (cholecystitis)
4. แผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer)

5. ครรภ์ใส่ปลาออก (molar pregnancy)

6. ไส้ติ่งอักเสบ (appendicitis)

ผลกระทบของภาวะอาเจียนไม่สงบ

ผลกระทบของภาวะอาเจียนไม่สงบมีดังนี้คือ (วาราลักษณ์, 2555; สุภาวดี, 2554)

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

1. ภาวะร่างกายขาดน้ำ (dehydration) ทำให้เกิดอาการมีไข้ ผิวหนังแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังไม่ดี อ่อนเพลีย เกิดมีผลต่อระบบไต ทำให้ปัสสาวะออกเล็กน้อยและมีลักษณะขุ่น

2. ภาวะเสียดุลของแร่ธาตุ (electrolyte imbalance) ทำให้กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงเมื่อเกิดภาวะขาดโปแตสเซียม

3. ภาวะเป็นกรดในร่างกาย (ketoacidosis) มีผลต่อระบบสมองส่วนกลางเกิดอาการหายใจเร็ว หอบเหนื่อย ซึม กระสับกระส่าย เพ้อ จำอะไรไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว หมดสติ (korsakoff's syndrome)

4. ภาวะขาดสารอาหาร (nutrition depletion) และขาดวิตามิน (hypovitaminosis) มีผลทำให้ตับถูกทำลาย เกิดอาการตัวเหลือง ค่า SGOT, LFT เพิ่มขึ้น และมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้แขนขาไม่มีแรง ซาตามปลายมือปลายเท้าจากการขาด Vitamin B₁

5. Wernicke encephalopathy เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อยมาก แต่อาจเกิดอย่างเฉียบพลันและมีความรุนแรง จนอาจถึงแก่ชีวิตได้ เกิดจากการขาดวิตามิน B₁ จากการอาเจียนเป็นเวลานาน มีอาการแสดง 3 อย่าง (classic triad) ที่พบร่วมกันได้แก่ อาการสับสน ความผิดปกติทางตา และเดินเซ

6. ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) พบร่วมกับภาวะอาเจียนไม่สงบได้บ่อยมาก

7. การขาดวิตามิน B₆ และ B₁₂ เป็นผลมาจากการอาเจียนอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ร่วมกับการรับประทานอาหารได้น้อยเป็นเวลานาน

8. Mallory Weiss tear เป็นภาวะที่เกิดจากการฉีกขาดของเยื่อบุหลอดอาหาร เนื่องจากการอาเจียนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้อาเจียนมีเลือดปนได้ เลือดที่ออกจะมีปริมาณเพียงเล็กน้อยร่วมกับประวัติที่มีอาการอาเจียนเป็นเวลานาน

ผลต่อทารกในครรภ์

1. ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักลดลงมากกว่า 2 กิโลกรัม ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติได้

2. ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอาการรุนแรงมากจนเกิดภาวะขาดสารอาหารและเกิดภาวะเป็นกรดในร่างกายจะทำให้ทารกมีอาการทางสมองและตายคลอดได้

3. เกิดการแท้ง และการคลอดก่อนกำหนดได้

การรักษา

ภาวะอาเจียนไม่สงบ เป็นภาวะที่สามารถหายเองได้ ดังนั้นหลักการรักษาภาวะนี้ จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองและการรักษาตามอาการ คือ การแก้ไขภาวะขาดน้ำและสมดุลเกลือแร่ที่ผิดปกติ การรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับหญิงตั้งครรภ์ไว้ในโรงพยาบาล ควรพิจารณาในรายที่รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย สิ่งสำคัญที่ต้องประเมินอย่างใกล้ชิดขณะให้การรักษาคือ จำนวนครั้งของการอาเจียน จำนวนน้ำและอาหารที่สามารถรับประทานได้ คีโตนในปัสสาวะ และ serum electrolyte การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบ มีแนวทางการรักษา ดังนี้ (วรลักษณ์, 2555)

1. การแก้ไขภาวะขาดน้ำและสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ

แนะนำให้ใช้สารน้ำ 0.9% NSS หรือ compound sodium lactate ที่มีเกลือแร่อื่นเช่น chloride,

potassium, calcium ร่วมอยู่ด้วย ควรหลีกเลี่ยงการใช้สารน้ำที่มีน้ำตาล dextrose เป็นองค์ประกอบ เนื่องจากสารน้ำดังกล่าวจะทำให้ร่างกายต้องการวิตามิน B₁ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดภาวะ Wernicke encephalopathy ได้ง่ายขึ้น

2. การรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน แบ่งเป็นการรักษาด้วยการใช้ยาและการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา การรักษาด้วยการใช้ยา ดังตาราง 1

ตาราง 1 ยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน

Agent	Oral Dose	Side effects	FDA category	Comments
Antihistamines		Sedation		
- Doxylamine	12.5-25 mg q 8 hr		A	
- Diphenhydramine	25-50 mg q 8 hr		B	
- Meclizine	25 mg q 6 hr		B	
- Dimenhydrinate	50-100 mg q 4-6 hr		B	

Agent	Oral Dose	Side effects	FDA category	Comments
- Hydroxyzine Phenothiazines	50 mg q 4-6 hr	Extrapyramidal symptoms, sedation	C	
- Promethazine	25 mg q 4-6 hr		C	Sever tissue Injuries with IV use
- Prochlorperazine	5-10 mg q 6 hr		C	
5HT3 antagonist (serotonin inhibitor)		Constipation, headache, fatigue		
- Ondansetron	4-8 mg q 6 hr		B	
Glucocorticoid				
- Methylprednisolone	16 mg q 8 hr for 3 day, then taper over 2 wk	Small increased risk of cleft lip if used before 10 wk of gestation	C	Avoid use before 10 wk of gestation, maximum duration of therapy 6 wk To limit serious maternal side effects
Others				

Agent	Oral Dose	Side effects	FDA category	Comments
- Vitamin B ₆	10-25 mg q 8 hr		A	
- Metoclopramide	10 mg q 6 hr	Tardive dyskinesia	B	Treatment for more than 12 wk increases risk of tardive dyskinesia

ที่มา: วราลักษณ์ ยมะสมิต. (2555). อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ในวารพงษ์ ภูพงค์

(บรรณาธิการ), การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์ หน้า 13-14.

การรักษาด้วยการไม่ใช้ยา ได้แก่

- คำแนะนำในการรับประทานอาหาร ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารบ่อยๆ ในปริมาณครั้งละไม่มากนัก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง กลิ่นแรงหรือมีรสเผ็ด และให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มระหว่างมื้อ ไม่ควรปล่อยให้ท้องว่าง อาหารที่เหมาะสมควรเป็นอาหารอ่อน แห้งและโปรตีนสูง

- ชิง มีหลักฐานสนับสนุนว่าชิงในรูปแบบแคปซูลสามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้เทียบเท่ากับวิตามิน B₆
- การฝังเข็ม มีรายงานจำนวนหนึ่งกล่าวถึงการใช้วิธีการฝังเข็มเพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

อย่างไรก็ตามผลที่ได้ยังไม่ชัดเจน

3. การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรพิจารณาให้วิตามิน B₁ เสริมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke encephalopathy โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 สัปดาห์ขึ้นไป นอกจากนี้ควรพิจารณาให้กรดโฟลิกควบคู่ไปด้วย เพื่อลดความเสี่ยงร้ายแรงต่อตัวทารกจากการอาเจียน เนื่องจากกรดโฟลิกมีความสำคัญอย่างมากในหญิงตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรก ในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดประสาทปิดไม่สนิท (neural tube defect) ของทารกในครรภ์

การพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบ

การพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบ มีดังนี้คือ (งามนิตย์, 2555; มาลีวัล, 2554; สุภาวดี, 2554; Cashion, 2014; Rochester, 2016)

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อบรรเทาภาวะอาเจียนรุนแรงของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อรักษาความสมดุลของแร่ธาตุและสารน้ำในร่างกาย
3. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะอาเจียนไม่สงบ
5. เพื่อรักษาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
6. เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์

การพยาบาลมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินสภาพ

ใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนในการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ ดังตาราง 2

การซักประวัติ	การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
<p>แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ</p> <p>ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพของผู้รับบริการสมาชิกในครอบครัว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและวิธีการดูแลสุขภาพ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ประวัติการเจ็บป่วย และ/หรือประวัติสุขภาพของผู้รับบริการในอดีตและวิธีการดูแลสุขภาพ 2) ประวัติการเจ็บป่วย และ/หรือประวัติสุขภาพสมาชิกในครอบครัวและวิธีการดูแลสุขภาพ 3) ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดในอดีตรวมถึงการรับรู้การตั้งครรภ์ปัจจุบันว่ามีการรับรู้การขาดประจำเดือนเมื่อใด มีการรับรู้อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์อะไรบ้าง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน 	<p>สังเกตลักษณะทั่วไป ความสะอาดของร่างกาย สีหน้าท่าทาง และสังเกตลักษณะและปริมาณของอาเจียนที่ออกมา ตรวจครรภ์โดยการดู คลำ และฟัง เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และประเมินดูว่าอายุครรภ์สัมพันธ์กับระยะเวลาการขาดประจำเดือนหรือไม่</p> <p>ผลการตรวจ pregnancy test</p> <p>ผลการตรวจ CBC, electrolytes</p>

การซักประวัติ	การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
อาการคัดตึง เต้านม เป็นต้น รวมถึงวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการเหล่านี้	
<p>แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร</p> <p>ประเมินชนิดและปริมาณสารอาหารที่รับประทานและเวลาที่รับประทานอาหารในแต่ละมื้อ รวมถึงปริมาณน้ำที่ดื่มต่อวัน ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสดงขณะตั้งครรภ์</p>	<p>สังเกตประเภทและปริมาณอาหารที่รับประทานเป็นประจำ ปริมาณน้ำที่ดื่มต่อวันและประเภทของน้ำที่ดื่ม การตรวจร่างกายด้วยการชั่งน้ำหนัก ประเมินน้ำหนักว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงโดยเปรียบเทียบกับน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบน้ำหนักที่ชั่งในแต่ละวัน ตรวจผิวหนัง เยื่อบุตา ริมฝีปากและช่องปาก เพื่อประเมินดูว่ามีอาการขาดสารน้ำหรือสารอาหารอย่างไรบ้าง และตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ โดยการดู คลำ ฟัง เพื่อประเมินทารกว่ามีการเจริญเติบโตสัมพันธ์กับอายุครรภ์หรือไม่</p> <p>พิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>1) ค่าความเข้มข้นของเลือด ได้แก่ ค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ค่าฮีมาโทคริต (hematocrit) ค่าปกติของค่าฮีโมโกลบินไม่ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร และค่าฮีมาโทคริตไม่ต่ำกว่า 33 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p> <p>2) ค่าอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) เช่น ค่าโซเดียม ค่าโปแตสเซียม ค่าคลอไรด์ เป็นต้น</p>
<p>แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย</p> <p>ประเมินลักษณะการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะว่ามีลักษณะอย่างไร มีอาการท้องผูกหรือถ่ายเหลวหรือไม่</p>	<p>สังเกตการดึงตัวของผิวหนัง ลักษณะสีและปริมาณของปัสสาวะ ตรวจร่างกายโดยตรวจความตึงตัวของ</p>

การซักประวัติ	การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
และมีวิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่ายอย่างไร	ผิวหนัง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินผลการตรวจปัสสาวะ ดูภาวะความเป็นกรด-ด่าง ค่าคีโตน (ketone) ความถ่วงจำเพาะและจำนวนเม็ดเลือดขาว
<p>แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย</p> <p>ประเมินกิจวัตรประจำวันที่ใช้ปฏิบัติ ลักษณะของอาชีพและระยะเวลาการออกกำลังกายหรือการทำงาน อติเรกในภาวะปกติ และเมื่อมีอาการอาเจียนรุนแรงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอย่างไร และมีผลกระทบต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำหรือไม่ มีความรู้เรื่องประโยชน์และวิธีออกกำลังกายอย่างไร</p>	<p>สังเกตความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและกิจวัตรประจำวันที่ใช้ปฏิบัติ การเคลื่อนไหวของแขนขา อาการหอบเหนื่อยเมื่อมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อ อาการบวม และตรวจวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจร ความดันโลหิต ฟังเสียงปอด</p>
<p>แบบแผนที่ 5 การนอนหลับ พักผ่อน</p> <p>ประเมินเกี่ยวกับการนอนหลับ พักผ่อน ระยะเวลาของการนอนหลับ พักผ่อนในภาวะปกติ และเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงเป็นอย่างไร มีวิธีการแก้ไข และวิธีการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับได้ดีอย่างไรบ้าง</p>	<p>สังเกตสีหน้า ความสดชื่น อาการอ่อนเพลีย พฤติกรรม การผ่อนคลาย และระยะเวลาในการนอนหลับในช่วงกลางวันและกลางคืน ตรวจร่างกายทางระบบประสาท</p>
<p>แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้</p> <p>ประเมินการรับรู้ทางด้านสายตา การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ถ้ามีอาการผิดปกติมีวิธีการแก้ไขอย่างไร ประเมินการรับรู้ที่เกิดอาการอาเจียนรุนแรงและมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายว่าเริ่มเกิดอาการตั้งแต่เมื่อใด ลักษณะเป็นอย่างไร เช่น</p>	<p>สังเกตระดับความรู้สึกรู้ตัว และการรับรู้สิ่งแวดล้อม เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สังเกตพฤติกรรม ได้ตอบ คำถาม ตรวจสอบการตอบสนองต่อการมองเห็น การได้ยิน การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น และตรวจการตอบสนองทางระบบ</p>

การชักประวัติ	การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
<p>ปริมาณ ลักษณะ สีของอาเจียน และอาการปวดท้อง เป็นต้น มีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ในภาวะปกติ และเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างไรบ้าง</p>	<p>ประสาท</p>
<p>แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์</p> <p>ประเมินความรู้สึกต่อตนเอง ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองเมื่ออยู่ในภาวะปกติ และเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีการรับรู้ตนเองอย่างไรบ้าง เช่น ความวิตกกังวล หมดหวัง ท้อแท้ พร้อมทั้งประเมินวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการเหล่านี้</p>	<p>สังเกตสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง และปฏิกิริยาในการโต้ตอบคำพูดกับบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ</p>
<p>แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น ความรับผิดชอบหน้าที่การงานในระหว่างมีสุขภาพปกติและเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงมีการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอย่างไรบ้าง</p>	<p>สังเกตปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มาเยี่ยม ลักษณะท่าทีและน้ำเสียงเมื่อพูดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น</p>
<p>แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>ประเมินการพัฒนาการตามเพศและการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ประวัติการมีระดูครั้งแรกและประวัติการมีระดูครั้งสุดท้าย ระยะเวลาที่มีระดู ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดในอดีต วิธีการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ และวิธีการดูแลตนเอง</p>	<p>ตรวจครรภ์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของมดลูกกับระยะเวลาขาดประจำเดือน ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจเต้านม และประเมินผลการตรวจภายใน (ถ้ามี)</p>
<p>แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด</p>	

การซักประวัติ	การสังเกต/การตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
<p>ประเมินลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์เมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีความวิตกกังวล กลัว เครียดอย่างไรบ้าง และมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร สมาชิกในครอบครัวดูแลอย่างไรเมื่อทราบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากและมีการช่วยเหลืออย่างไร ประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์มีการยอมรับการตั้งครรภ์และมีการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่ เพราะอาการคลื่นไส้อาเจียนส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจ</p>	<p>สังเกตสีหน้าท่าทางและพฤติกรรมที่แสดงออกมา เมื่อมีการพูดถึงอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่ และวิธีการปรับตัว</p>
<p>แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ</p> <p>ประเมินคุณค่าของตนเอง ความต้องการการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้รับบริการว่าอย่างไร และเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่คลื่นไส้อาเจียนมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่</p>	<p>สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อหรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เช่น การนำเครื่องรางของขลังมาไว้ที่หัวเตียงเพื่อปฏิบัติกิจทางศาสนา</p>

ตาราง 2 การประเมินสภาพผู้ให้บริการที่มีภาวะอาเจียนไม่สงบตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน

ที่มา: สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์.

(พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 36-40).

2. แผนการพยาบาล

แผนการพยาบาลประกอบด้วยข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล สำหรับแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอาเจียนรุนแรงมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากคลื่นไส้อาเจียนเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน - มีอาการคลื่นไส้อาเจียนตลอดวัน ประมาณ 6-7 ครั้ง

- รับประทานอาหารไม่ได้
- อ่อนเพลีย หน้าตาอิดโรย เบ้าตาสึก
- น้ำหนักลดลง 2 กิโลกรัม
- ริมฝีปากแห้ง แตก

วัตถุประสงค์การพยาบาล ได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

- เกณฑ์การประเมินผล
1. หน้าตาสดชื่น ริมฝีปากไม่แห้งแตก
 2. คลื่นไส้อาเจียนลดลง
 3. รับประทานอาหารได้
 4. น้ำหนักเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. จำกัดการรับประทานอาหารทางปากในขณะที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง แต่ถ้ามีอาการทุเลาให้เริ่มรับประทานอาหารเหลวใส เช่น น้ำหวานที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยอาจให้ทุก 2-3 ชั่วโมง ครั้งละ 2-3 ช้อนโต๊ะ เมื่อมีอาการดีขึ้นให้เพิ่มปริมาณมากขึ้นและจัดให้รับประทานอาหารอ่อน ไขมันน้อย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นรุนแรง และแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ ส้ม กล้วย แคนตาลูป ลูกพรุน และมะละกอสุก เป็นต้น

2. บันทึกปริมาณอาหารที่ได้รับแต่ละวัน ปกติหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานประมาณ 2,500 กิโลแคลอรี/วัน

3. ดูแลให้พักผ่อนและจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ และให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี ไม่มีกลิ่นอาหารรบกวน

4. ดูแลให้สารน้ำและยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา

5. ดูแลความสะอาดทั่วไปของร่างกายและแนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟันภายหลังอาเจียน เพื่อลดกลิ่นปากไม่ให้กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มขึ้น

6. บันทึกสารน้ำเข้า (intake) และสารน้ำออก (output) รวมถึงจำนวนอาเจียน

7. บันทึกน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่

8. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนดังนี้

8.1 ต้มเครื่องดื่มอุ่นๆ ทันทีก่อนนอน

8.2 รับประทานอาหารน้อยๆ บ่อยครั้ง (ทุก 2-3 ชั่วโมง)

8.3 แนะนำให้รับประทานอาหารขมปังกรอบหรือขนมขบเคี้ยวโปรตีนสูงก่อนนอน

8.4 งดอาหารที่มีไขมันมาก เช่นอาหารประเภททอด หรืออาหารที่ทำจากไขมัน

8.5 แนะนำให้ดื่มน้ำขิง

8.6 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหรืออาหารที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

8.7 ไม่ควรดื่มน้ำระหว่างหรือหลังรับประทานอาหารทันที ควรดื่มหลังจากรับประทานอาหารแล้วประมาณ 1 ชั่วโมง

8.8 ทำความสะอาดปากและฟัน โดยการบ้วนปากบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการแปรงฟันทันทีหลังรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้คลื่นไส้ อาเจียนและรู้สึกไม่อยากรับประทานอาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อการขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน - มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตลอดวัน ประมาณ 6-7 ครั้ง

- รับประทานอาหารไม่ได้

- อ่อนเพลีย หน้าตาอิดโรย เบื่อตาลึก

- น้ำหนักลดลง 2 กิโลกรัม

- ริมฝีปากแห้ง แตก

- ตรวจปัสสาวะพบคีโตน (ketone)

- ตรวจผลเลือดได้ค่าโปแตสเซียม (potassium) < 3.5 mEq/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

เกณฑ์การประเมินผล 1. น้ำหนักเพิ่มขึ้น

2. ปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกอยู่ในภาวะสมดุล

3. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ความตึงตัวของ

ผิวหนังดี ผิวหนัง ริมฝีปากและลิ้นไม่แห้งแตก

4. ค่าโปแตสเซียม อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.0 mEq/L

5. ไม่พบคีโตนในปัสสาวะ

6. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย เพื่อประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาณน้ำที่ควรได้รับคือ 2,500-3,000 มิลลิลิตร/วัน
2. ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
4. ประเมินอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำ ได้แก่ ได้แก่ ความตึงตัวของผิวหนัง ผิวหนังริมฝีปากและลิ้นไม่แห้งแตก
5. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน เปรียบเทียบกับน้ำหนักเดิม เพื่อประเมินระดับการขาดน้ำ และความต้องการน้ำทดแทนน้ำที่สูญเสียไป
6. ประเมินความถี่ทางและความรุนแรงของการคลื่นไส้อาเจียน
7. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อให้ได้อาหารทดแทนจากการคลื่นไส้อาเจียน
8. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารระหว่างมื้อ อาจเพิ่มเป็น 6 มื้อ โดยรับประทานน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวเพิ่มขึ้น เช่น ขนมปังกรอบ ขนมปังแครกเกอร์ เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและอาหารคาร์โบไฮเดรตมีการดูดซึมเร็ว อาหารอบแห้งที่ไม่มีกลิ่นกระตุ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน
9. ดูแลให้รับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา
10. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะหาคีโตนและผลอิเล็กโทรไลต์หาค่าโปแตสเซียม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 วิตกกังวลกลัวแห้ง/และกลัวทารกสุขภาพไม่แข็งแรงเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้

ข้อมูลสนับสนุน - ซักถามว่าจะแห้งไหม บอกว่ากลัวลูกไม่แข็งแรงเพราะรับประทานอาหารไม่ได้

- สีหน้าไม่สดชื่น
- ท้องแข็งบ่อยเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ความวิตกกังวลลดน้อยลงหรือไม่มี

- เกณฑ์การประเมินผล
1. หน้าตาสดชื่น
 2. ไม่พูดถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจและให้ความร่วมมือการรักษา
2. ให้การช่วยเหลือและรับฟังปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ ด้วยความรักและความเอื้ออาทร เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจ คลายความวิตกกังวล และมีกำลังใจในการดูแลตนเอง
3. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับการเจริญเติบโตทารกในครรภ์ว่าในระยะนี้ทารกมีการเจริญเติบโตน้อยมาก ในระหว่างอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ทารกมีน้ำหนัก 20 กรัม อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ทารกมีน้ำหนัก 100 กรัม จึงยังไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้มาก จนกว่าอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ ทารกจึงจะต้องการอาหารเพิ่มมากขึ้นเพื่อการเจริญเติบโต
4. แนะนำให้สามีและญาติให้กำลังใจและมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ
5. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย วิธีการทำสมาธิ หรือฟังเพลงที่ชอบเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว

เอกสารอ้างอิง

- งามนิตย์ รัตนานุกูล. (2555). คลื่นไส้อาเจียนผิดปกติขณะตั้งครรภ์. ในงามนิตย์ รัตนานุกูล (บรรณาธิการ), *การวางแผนการพยาบาลมารดาและทารก*. (หน้า 21-25). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2554). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- วรลักษณ์ ยมะสมิต. (2555). อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ในวรพงศ์ ภูวงค์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า7-16). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- Cashion, K. (2014). Pregnancy at risk: Gestational conditions. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed.). (pp 623-675). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Rochester, V. W. (2016). Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans*. (3rd ed.). (pp 147-222). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

บทที่ 10

การพยาบาลผู้ใช้บริการทางสูติศาสตร์ที่มีการตั้งครรภ์แฝด (Nursing care for pregnant women with multiple pregnancy)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมีโนทัศน์ของการตั้งครรภ์แฝดได้ถูกต้อง
2. อธิบายหลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีการตั้งครรภ์แฝดได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มีโนทัศน์ของการตั้งครรภ์แฝด
2. หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีการตั้งครรภ์แฝด

มโนทัศน์ของการตั้งครรภ์แฝด

ความหมาย

การตั้งครรภ์แฝด (multiple or multifetal pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีจำนวนทารกในครรภ์มากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป มีการเรียกชื่อแตกต่างกันออกไปตามจำนวนของทารก ได้แก่ แผลดคู่ (twins) แผลดสาม (triplets) แผลดสี่ (quadruplets) (เกษมศรี, 2555) แผลดห้า (quintuplets) แผลดหก (sextuplets) แผลดเจ็ด (septuplets) (สุภาวดี, 2554; Ricci, 2017)

อุบัติการณ์

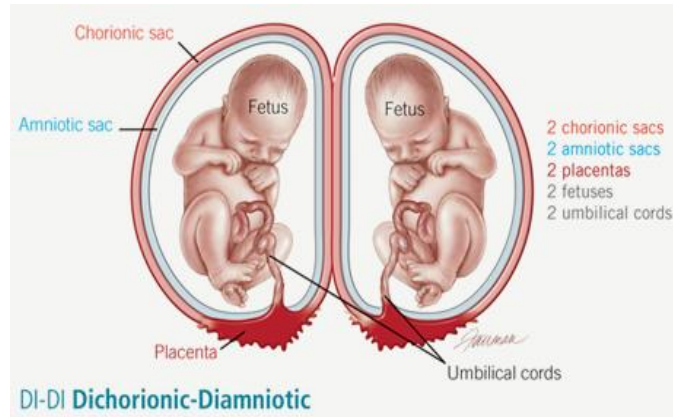
ครรภ์แฝดพบได้ประมาณ 1 ต่อ 90 ของการตั้งครรภ์ (เกษมศรี, 2555) ในประเทศที่พัฒนาแล้วอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 50 ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยมสาเหตุหลักจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (สมชาย, 2555; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

ชนิดของครรภ์แฝด

ชนิดของการตั้งครรภ์แฝดแบ่งได้ตามกระบวนการเกิดดังนี้ (เกษมศรี, 2555; สุภาวดี, 2554; อุไรใจ, 2555: Smith, 2018)

1. ครรภ์แฝดจากไข่ใบเดียวหรือแฝดแท้ (identical twins หรือ monozygotic twins; MZ หรือ true twins) เป็นครรภ์แฝดที่เกิดจากการปฏิสนธิจากไข่ใบเดียวและเชื้ออสุจิตัวเดียว แล้วมีการแบ่งตัวในระยะเวลาต่างๆ กันภายใน 14 วันหลังปฏิสนธิ ซึ่งพบได้หนึ่งในสามของครรภ์แฝดสองทั้งหมด แผลดชนิดนี้มีทั้งชนิดรกเดี่ยวและเยื่อรกบาง (monochorion, MC) และชนิดรกสองรกและเยื่อรกหนา (dichorion, DC) ดังนี้คือ

1.1 dichorionic, diamniotic monozygotic twins pregnancy (DCDA) เป็นครรภ์แฝดที่เกิดจากการแบ่งตัวหลังจากที่ไข่ผสมกับอสุจิภายใน 72 ชั่วโมงแรกก่อนมีการสร้าง inner cell mass และ outer layer ของ blastocyst ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปเป็น chorion และ amnion จึงมีผลทำให้เกิดมี 2 embryos, 2 chorion และ 2 amnions และ ส่วนรกอาจมีรก 2 อันแยกกันหรืออยู่ติดกันก็ได้ พบได้ร้อยละ 25-30



ภาพที่ 1 dichorionic, diamniotic monozygotic twins pregnancy (DCDA)

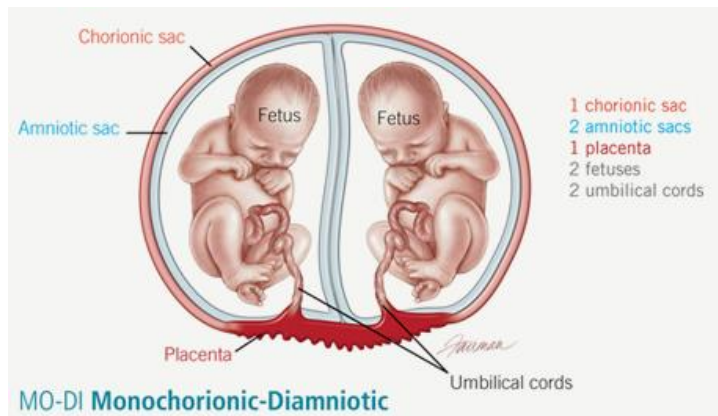
ที่มา:

http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/obgyn/Services/twin-pregnancy/default.aspx?sub=2

1.2 monochorionic, diamniotic monozygotic twins pregnancy (MCDA)

เป็น

ครรภ์แฝดที่เกิดจากการแบ่งตัวหลังจากไข่ผสมกับอสุจิแล้วภายในช่วงเวลา 4-8 วัน ซึ่งมีการสร้าง inner cell mass และ chorion แล้ว จึงมีผลทำให้มี 2 embryos, 1 chorion, 2 amnions พบได้ร้อยละ 70-75 ของ monozygotic twins

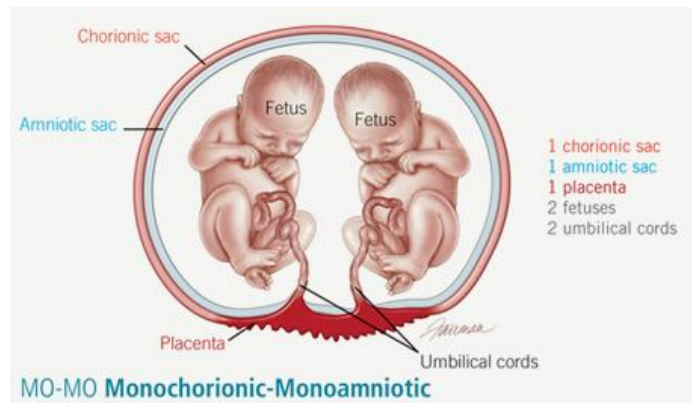


ภาพที่ 2 monochorionic, diamniotic monozygotic twins pregnancy (MCDA)

ที่มา:

http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/obgyn/Services/twin-pregnancy/default.aspx?sub=2

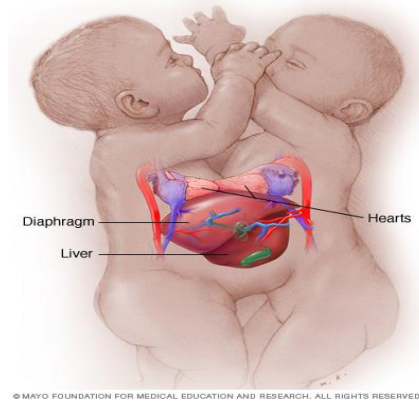
1.3 monochorionic, monoamniotic monozygotic twins pregnancy (MCMA) เป็นครรภ์แฝดที่เกิดจากการแบ่งตัวหลังจากไข่ผสมกับอสุจิประมาณวันที่ 8-13 ซึ่งมีการสร้าง chorion และ amnion เรียบร้อยแล้ว จึงพบว่าทารกแยกกันอยู่ในถุงเยื่อหุ้ม amniotic sac อันเดียว มีผลทำให้มี 2 embryos, 1 chorion, 1 amnion, 1 placenta พบได้ร้อยละ 1-5 ของ monozygotic twins และเป็นครรภ์แฝดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกมากที่สุด



ภาพที่ 3 monozygotic monoamniotic monochorionic twins pregnancy (MCMA)

ที่มา: http://www.brighamandwomens.org/Departments_and_Services/obgyn/Services/twin-pregnancy/default.aspx?sub=2

1.4 conjoined twins หรือ Siamese twins เป็นครรภ์แฝดที่เกิดจากการแบ่งตัวหลังจากไข่ผสมกับตัวอสุจิภายหลัง 13 วัน ซึ่งมีการเกิด embryonic disc และ rudimentary amniotic sac แล้ว ทำให้มีการแบ่งตัวแบบไม่สมบูรณ์ จึงมีผลทำให้มีบางส่วนของร่างกายติดกัน พบได้ 1:50,000 – 1:80,000 โดยอาจมีด้านหน้าเชื่อมติดกัน (ventral union) เช่น ติดกันตั้งแต่ศีรษะส่วนบนสุดลงมาจนถึงสะดือ (cephalopagus) ติดกันบริเวณทรวงอกลงมาถึงสะดือ (thoracopagus) ติดกันบริเวณสะดือ (omphalopagus) หรือด้านข้างเชื่อมติดกัน (lateral union) เช่น กระดูกเชิงกรานเชื่อมติดกัน (parapagus) หรือด้านหลังเชื่อมติดกัน (dorsal union) เช่น กะโหลกศีรษะติดกัน (craniopagus) กระดูกก้นกบติดกัน (pygopagus)



ภาพที่ 4 conjoined twins หรือ Siamese twins

ที่มา:<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/conjoined-twins/symptoms-causes/dxc-20198093>

2. แผลดต่างไข่ หรือแผลดเทียม (fraternal twins หรือ dizygotic twins; DZ หรือ false twins) เป็นครรภ์แฝดที่เกิดจากไข่ 2 ใบผสมกับอสุจิ 2 ตัว จึงเสมือนเป็นพี่น้องกัน เพียงแต่มาอาศัยอยู่ในมดลูกคร่าวเดียวกัน จึงพบ dichorionic, diamniotic มีรก 2 อัน หรือเป็นการตั้งครรภ์แฝดเนื่องจากการตกไข่ 2 ใบในรอบเดือนเดียวกัน ปฏิสนธิ 2 ครั้ง เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ 2 ครั้ง เรียกว่า superfecundation ซึ่งพบได้ไม่มากนัก

สาเหตุของการตั้งครรภ์แฝดต่างไข่ (dizygotic twins)

อาจพบสาเหตุของการตั้งครรภ์แฝดได้จาก (เกษมศรี, 2555; สุภาวดี, 2554)

1. พันธุกรรม ส่วนใหญ่จะพบว่าบุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์แฝด จากรายงานพบว่ามารดาที่เป็นแฝดมีโอกาสดูดบุตรแฝด 1:58 และถ้าบิดาเป็นแฝดมีโอกาสดูดครรภ์แฝด 1:116

2. มีประวัติได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก โดยได้รับยากระตุ้นเร่งการตกไข่

3. เชื้อชาติ พบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว

4. อายุและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าสตรีที่มีอายุเกิน 40 ปี และตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดสูงกว่าสตรีอายุน้อยหรือไม่เคยมีบุตรมาก่อน

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์แฝดมีดังนี้คือ (สุภาวดี, 2554; Rochester, 2016)

1. มีขนาดครรภ์โตกว่าระยะเวลาขาดประจำเดือน
2. มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าตั้งครรภ์ปกติ
3. คลำหน้าท้องพบส่วนของทารกมากกว่า 1 แห่ง

4. ฟังเสียงหัวใจทารกได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง และมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่างกันอย่างน้อย 10 ครั้งต่อนาที

5. มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าปกติ

6. มีระดับ alpha fetoprotein (AFP) สูง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดทำได้โดย (เกษมศรี, 2555; สุภาวดี, 2554; Bowers, 2014)

1. การซักประวัติ หญิงตั้งครรภ์มีประวัติครอบครัวตั้งครรภ์แฝด โดยเฉพาะญาติทางฝ่ายผู้หญิง มารดาอายุมาก ครรภ์หลัง ประวัติที่ถือว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดการตั้งครรภ์แฝดอย่างมากคือ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

2. การตรวจหน้าท้อง

2.1 ขนาดมดลูกโตมากกว่าระยะของการขาดประจำเดือน (size > date) พบระดับยอดมดลูกที่วัดได้สูงกว่าการตั้งครรภ์ปกติประมาณ 2-4 เซนติเมตร หรือยอดมดลูกสูงกว่าครรภ์เดี่ยว 5 เซนติเมตรในช่วงอายุครรภ์ 20-30 สัปดาห์ คลำพบมี ballotement ของศีรษะหรือคลำได้ทารกมากกว่าหนึ่งในบริเวณที่ต่างกันของมดลูก

2.2 คลำได้ส่วนแขนขา (small part) แต่ละส่วนมีมากกว่า 1 แห่ง

2.4 ฟังเสียงหัวใจทารกได้ 2 แห่ง ซึ่งฟังได้ชัดอยู่ต่างตำแหน่งกัน และมีอัตราการเต้นแตกต่างกันอย่างน้อย 10 ครั้งต่อนาที

3. การตรวจพิเศษ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เป็นวิธีที่ให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดได้มากที่สุด และสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ไตรมาสแรก

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนในมารดา ภาวะแทรกซ้อนในทารก และภาวะแทรกซ้อนที่จำเพาะต่อครรภ์แฝด ดังนี้คือ (เกษมศรี, 2555; สมชาย, 2555; อุ๋นใจ, 2555; Impey & Child 2017)

1. ภาวะแทรกซ้อนในมารดา

1.1 คลื่นไส้อาเจียนจากอาการแพ้ท้องมากกว่าปกติ เนื่องจากมีฮอร์โมน hCG มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว บางครั้งอาจคลื่นไส้อาเจียนมากจนกลายเป็นภาวะอาเจียนไม่สงบ (hyperemesis gravidarum) ได้

1.2 โลหิตจาง เนื่องจากในครรภ์แฝดมีการเพิ่มปริมาณเลือดมากกว่าครรภ์เดี่ยวมาก คือมีการเพิ่ม

จากขณะไม่ตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 50-60 แต่ปริมาณเม็ดเลือดแดงเพิ่มเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ด้วยสาเหตุที่มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือด รวมถึงมีความต้องการธาตุเหล็กและโพลีคที่มากกว่าครรภ์เดียว ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูงขึ้น

1.3 ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พบมากกว่าครรภ์เดียว 2-3 เท่า และมีแนวโน้ม

เป็นเร็วและรุนแรงขึ้น

1.4 Acute fatty liver เป็นภาวะที่พบน้อย แต่ในการตั้งครรภ์แฝดสามารถพบได้บ่อยกว่าการตั้งครรภ์เดียว

1.5 เบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ พบได้บ่อยกว่าครรภ์เดียว

1.6 การคลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุหลักของการทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารก โดยพบว่าร้อยละ 60 ของครรภ์แฝดสองจะเกิดการคลอดก่อนกำหนด

1.7 ลูกน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด พบได้บ่อยขึ้น

1.8 รกเกาะต่ำ พบมากกว่าครรภ์เดียวประมาณ 2 เท่า เนื่องจากพื้นที่ของรกโดยรวมใหญ่กว่าครรภ์เดียว จึงมีโอกาสที่รกจะเกาะติดต่อกันจนถึงผนังมดลูกส่วนล่างได้ นอกจากนี้ภาวะ vasa previa และ velamentous cord insertion ก็พบได้บ่อยเช่นกัน

1.9 รกลอกตัวก่อนกำหนด พบได้บ่อยขึ้นโดยเฉพาะขณะมดลูกมีขนาดเล็กลงอย่างรวดเร็ว หลังคลอดทารกคนแรก อาจทำให้รกของทารกคนที่สองลอกตัวก่อนกำหนดได้

1.10 โอกาสต้องได้รับการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น จากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ทารกท่าผิดปกติ แผลติดกัน มดลูกหดตัวไม่ดีเนื่องจากถูกยึดขยายมาก หรือคลอดติดขัดเนื่องจากแผล แยกเบียดกันลงแต่ลงไม่ได้ (collision) ลงไปเบียดอัดกันทั้งคู่ (impaction) คนหนึ่งลงได้อีกคนหนึ่งเบียดแทรกอยู่ข้างบน (compaction) หรือคนแรกเอากันลงอีกคนเป็นท่าหัวลงไปต่ำกว่าหัวคนแรกและขวางล็อกไม่ให้คนแรกลง (interlocking twins)

1.11 สายสะดือพลัดต่ำ (prolapsed cord) พบได้มากกว่าครรภ์เดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักพบในแฝดน้องภายหลังจากที่แฝดพี่คลอดไปแล้ว

1.12 การตกเลือดหลังคลอด พบได้บ่อยกว่าครรภ์เดียว อาจสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกหลังคลอดไม่ดีและภาวะรกค้าง เป็นภาวะที่ควรระวัง เพราะครรภ์แฝดมีแนวโน้มที่การหดตัวของมดลูกหลังคลอดไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากการยึดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมาเป็นเวลานาน (uterine over distension) หรือการคลอดทางช่องคลอดมักมีโอกาสได้ใช้สูติศาสตร์หัตถการได้บ่อย ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องคลอดได้มาก และมีการเสียเลือดตามมา หรือแม้แต่การคลอดโดยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งมักเกิดขึ้นบ่อยในครรภ์แฝด นับเป็นปัจจัยส่งเสริมของการตกเลือดหลังคลอดได้อยู่แล้ว

1.13 การติดเชื้อหลังคลอดพบได้บ่อยขึ้นเป็น 4-8 เท่าของครรภ์เดี่ยว โดยเฉพาะในรายที่ต้องทำสูติศาสตร์หัตถการ

1.14 ปัญหาอื่นๆในระยะหลังคลอด เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจทำได้ยากลำบาก โดยเฉพาะสำหรับมารดาตั้งครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และยังนำไปสู่ความเครียด รวมถึงอาการซึมเศร้าหลังคลอดที่อาจพบได้บ่อยกว่าครรภ์เดี่ยวปกติ

2. ภาวะแทรกซ้อนในทารก

2.1 การแท้ง พบได้บ่อยกว่าครรภ์เดี่ยวถึง 3 เท่า

2.2 เกิดภาวะ twin-twin transfusion syndrome ในราย monochorion

2.3 ความพิการแต่กำเนิด พบได้มากกว่าครรภ์เดี่ยว พบในครรภ์แฝดชนิด monozygotic ได้บ่อยกว่า

2.4 ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ประมาณร้อยละ 50 ของทารกแฝดจะพบว่ามี การโตช้าในครรภ์อย่างชัดเจน รกอาจมีขนาดไม่เท่ากัน ให้อาหารไม่เท่ากันอาจทำให้โตแบบ discordant

2.5 คลอดก่อนกำหนด พบได้มากถึงร้อยละ 60 ในครรภ์แฝดคู่ และเกือบร้อยละ 100 ในครรภ์แฝดสาม หรือมากกว่า

2.6 อัตราอันตรายและอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด การบาดเจ็บจากการคลอด เนื่องจากมีท่าผิดปกติได้บ่อย หรือผลจากการทำหัตถการทางสูติศาสตร์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด สายสะดือย้อยหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกแฝดน้อง เป็นต้น

3. ภาวะแทรกซ้อนที่จำเพาะต่อครรภ์แฝด

ภาวะแทรกซ้อนที่จำเพาะต่อครรภ์แฝด มีดังนี้คือ (ธีระ, 2559; Impey & Child 2017; Newman & Unal, 2017; Smith, 2018)

3.1 แฝดชนิดที่อยู่ในถุงน้ำคร่ำเดียวกัน (monoamniotic twins) แม้ว่าจะพบได้น้อย แต่อัตราการตายสูง ซึ่งเกิดจากสายสะดือพันกัน (entanglement) ซึ่งโดยทั่วไปแนะนำให้ผ่าตัดคลอดเมื่อคลอดทารกเจริญเต็มที่แล้ว

3.2 แฝดติดกัน (conjoined twins) : พบได้น้อยมาก ซึ่งเกิดกับแฝดชนิด monoamnion โดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือมีการติดกันทางด้านข้าง (parapagus)

3.3 ความผิดปกติที่เกิดจากทารกทั้งสองคนมีเส้นเลือดที่เชื่อมต่อกัน (vascular anastomosis) ซึ่งเกิดกับแฝดชนิด monochorion เท่ากัน การเชื่อมต่อนี้อาจมีผลให้เกิดปัญหา ดังนี้

- Twin-Twin transfusion syndrome (TTTS): พบในครรภ์แฝดชนิด monochorion เท่านั้น (ธีระ, 2559) เกิดจากการเชื่อมต่อกันของเส้นเลือดที่รกของแฝดทั้งสอง มีการไหลเวียนของเลือด

จากแฝดหนึ่งไปยังอีกแฝดหนึ่งแบบไม่สมดุล และเป็นการไหลเวียนเลือดทางเดียวผ่านทาง artery-vein anastomosis ทำให้เลือดส่วนใหญ่ผ่านจากเส้นเลือดแดงของแฝดให้ (donor) เข้าสู่เส้นเลือดดำของแฝดรับ (recipient) ทำให้แฝดให้จะซีดการเจริญเติบโตช้า ตัวเล็ก ความดันเลือดต่ำ น้ำคร่ำน้อย ส่วนแฝดรับจะมีอาการบวม น้ำคร่ำมากกว่าปกติ ตัวแดง บวม ในรายที่อาการรุนแรงจะเกิดเร็ว เช่น อาจเสียชีวิตตั้งแต่ช่วงต้นของไตรมาสที่สองได้ การวินิจฉัยเริ่มจากการมีปริมาณน้ำคร่ำของทารกทั้งสองคนต่างกันมากผิดปกติ กล่าวคือทารกที่เป็นแฝดให้จะมีน้ำคร่ำน้อย วัดค่า deep vertical pocket (DVP) ได้น้อยกว่า 2 เซนติเมตร ซึ่งบางครั้งอาจเห็นเป็นลักษณะของ stuck twin คือถุงน้ำคร่ำแนบติดไปกับตัวเด็กและผนังมดลูก ร่วมกับทารกที่เป็นแฝดรับจะมีปริมาณน้ำคร่ำมากกว่าปกติ คือค่า DVP มากกว่า 8 เซนติเมตร ซึ่งเมื่อวินิจฉัยได้แล้วจึงมาแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตาม Quintero staging ต่อไป ซึ่งแนวทางการรักษาภาวะ TTTS ที่เป็นรุนแรงที่ถือเป็นมาตรฐานคือการใช้เลเซอร์จี้ทำลายการเชื่อมต่อของเส้นเลือดบริเวณระหว่างทารกทั้งสองคน (laser coagulation of vascular anastomoses) หรือในกรณีที่ไม่สามารถรักษาด้วยเลเซอร์ได้ อาจใช้วิธีการเจาะระบายน้ำคร่ำเป็นระยะๆ (serial amnioreduction) ก็ได้เช่นกัน

- Acardiac twins หรือ TRAP (twin reversed-arterial-perfusion) sequence พบได้น้อย แต่รุนแรง โดยเกิดจากการมี artery-artery anastomosis ระหว่างแฝดทั้งสองคน โดยที่แฝดหนึ่งตาย (acardiac) ทำให้เลือดจากแฝดปกติไหลย้อนกลับทางเส้นเลือดแดงสายสะดือของคนที่ยังมีชีวิต ซึ่งเลือดที่ไหลเข้าสู่แฝดผู้รับนี้จะไหลเวียนลงไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่างผ่านทางเส้นเลือด iliac ทำให้แฝดผู้รับไม่มีการพัฒนาของหัวใจหรืออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอวัยวะส่วนบนของร่างกาย หัวหรือแขนอาจหายหรือกุด ซึ่งดูเป็นก้อนประหลาดไม่เป็นรูปเป็นร่าง และไม่สามารถมีชีวิตรอดได้แต่ปัญหาจะเกิดกับแฝดผู้ให้ เนื่องจากต้องมีการถ่ายเทเลือดให้ acardiac fetus ตลอดเวลา และจะนำไปสู่การเกิดหัวใจล้มเหลว เกิดภาวะบวมและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งการรักษาในปัจจุบันอาจเป็นการทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยง acardiac fetus อุดตัน ซึ่งอาจใช้ radiofrequency ablation (RFA) หรืออาจใช้เทคนิคของการฉีด alcohol ที่เรียกว่า alcoholization ก็ได้

- แฝดคนหนึ่งเสียชีวิต (single fetal demise): ถ้าแฝดหนึ่งเสียชีวิตตอนระยะท้ายๆ อาจทำให้เกิดปัญหาได้บ่อยขึ้น โดยเฉพาะในครรภ์แฝดชนิด monochorion ซึ่งมีการเชื่อมต่อกันของเส้นเลือดระหว่างทารกทั้งสองคนอยู่แล้ว เมื่อแฝดหนึ่งเสียชีวิตจะเกิดความแตกต่างของความดันในหลอดเลือดอย่างกะทันหัน ทำให้ให้เลือดจากแฝดคนที่ยังอยู่จะไหลผ่านเส้นเลือดที่เชื่อมต่อกันไปรวมกันที่แฝดที่เสียชีวิตไปแล้ว ส่งผลให้ร่างกายของแฝดที่มีชีวิตมีความดันโลหิตลดต่ำลง และทำให้เกิดการขาดเลือดของอวัยวะต่างๆในร่างกายได้โดยที่สำคัญคือสมองขาดเลือด และนำไปสู่ความพิการทางสมองของทารกได้ (อาจพบได้ถึงร้อยละ 18) นอกจากนี้ยังอาจเกิดผลเสียจากการอุดตันในหลอดเลือดของแฝดที่ตาย และ

เศษอุดตันอาจหลุดลอยผ่านทางเส้นเลือดที่เชื่อมโยงกันไปมีผลต่อแฝดที่มีชีวิตอยู่ (twin embolization syndrome) มีการทำลายระบบประสาท หรือแขนขาจากเส้นเลือดถูกทำลายได้ หรืออวัยวะอื่นๆ คือ ไต ลำไส้เล็ก โดยเฉพาะปัญหาเนื้องอกสมองและสุดท้ายคือแฝดที่เสียชีวิตอาจส่งสาร tissue thromboplastin ผ่านเส้นเลือดเข้าสู่มารดาและอาจทำให้เกิด DIC ตามมา อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้พบในทางคลินิกได้น้อยมาก

4. ทารกเติบโตไม่เท่ากัน (discordant twins): หมายถึงการที่ทารกคนหนึ่งมีขนาดและน้ำหนักต่างกับทารกอีกคนหนึ่งอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถเกิดได้ทั้งชนิด monochrion และ dichorion อาจวินิจฉัยเมื่อพบว่าเส้นรอบท้อง (AC) ต่างกันมากกว่า 2 เซนติเมตร

การดูแลรักษา

การดูแลรักษาผู้ใช้บริการที่มีการตั้งครรภ์แฝด แบ่งเป็นการดูแลรักษาในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ดังนี้คือ (เกษมศรี, 2555; สมชาย, 2555)

1. การดูแลรักษาในระยะตั้งครรภ์

1.1 ต้องวินิจฉัยให้ได้เร็วที่สุด เพื่อที่จะได้วางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะแฝดชนิด Monochrion

1.2 ให้โภชนาการอย่างเหมาะสม เนื่องจากความต้องการพลังงานในครรภ์แฝดจะเพิ่มขึ้นจากครรภ์เดียว โดยเฉลี่ย 300 กิโลแคลอรีต่อวัน

1.3 ให้ธาตุเหล็กรวมถึงกรดโฟลิกเสริม เช่นควรให้ธาตุเหล็กเสริมวันละ 60-90 มิลลิกรัมกรดโฟลิกวันละ 1 มิลลิกรัม

1.4 ควรพักหรือหยุดทำงานหนักตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป รวมถึงในช่วงไตรมาสที่สาม ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด

1.5 ฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

1.6 ตรวจสอบอัลตราซาวด์เป็นพื้นฐานสำหรับการตรวจติดตาม ซึ่งมีประโยชน์ดังนี้

- ยืนยันอายุครรภ์ที่แน่นอน
- ช่วยในการบอก chorionicity จากจำนวนรก เพศ ความหนาของแผ่นเยื่อชั้น เป็นต้น
- ตำแหน่งรกเกาะ
- ตรวจหาความพิการทั่วไป
- วัดสัดส่วนของทารก เพื่อบอกอัตราการเจริญเติบโต และประมาณน้ำหนัก
- เปรียบเทียบปริมาณน้ำคร่ำ เพราะถ้าปริมาณน้ำคร่ำของแฝดทั้งสองต่างกันมาก อาจ

แสดงถึงความผิดปกติ เช่น TTTS ได้

- ชี้นำในหัตถการก่อนคลอด เช่น เจาะน้ำคร่ำ ตัดชิ้นเนื้อรก เลือการทำลายแฝดผิดปกติ เป็นต้น

- การตรวจเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดช่วยให้ทราบท่าของทารกที่แน่นอน เพื่อวางแผนเกี่ยวกับวิธีการคลอด

1.7 ตรวจสอบการเจริญเติบโตของทารกเป็นระยะๆ ซึ่งการประเมินจากขนาดยอดมดลูกอาจทำได้ลำบาก เนื่องจากมดลูกจะใหญ่กว่าอายุครรภ์อยู่แล้ว จึงควรประเมินการเจริญเติบโตด้วยอัลตราซาวด์

1.8 ฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด นัดมาฝากครรภ์ทุก 2 สัปดาห์ จนถึงอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้มาทุกสัปดาห์ (จินตามาศ, 2555)

2. การดูแลรักษาในระยะคลอด

2.1 การวางแผนการคลอดการคลอดครรภ์แฝดไม่ว่าจะเป็นการคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้น ถือว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อวางแผนการคลอดคือ ส่วนนำของทารกสองคนว่าอยู่ในท่าใด โดยพบท่าของทารกแฝดที่พบบ่อยที่สุดคือ หัว-หัว (ประมาณร้อยละ 40) ตามด้วย หัว-ก้น (ประมาณร้อยละ 30) และ หัว-ขวาง (ประมาณร้อยละ 20) ส่วนมากเลือกให้คลอดทางช่องคลอดก่อนในรายที่ทารกเป็นท่าหัวทั้งคู่

2.2 เตรียมให้สารน้ำ เตรียมเลือดและเกร็ดเลือดสำรองไว้กรณีเกิดการตกเลือด

2.3 ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ตลอดระยะเวลาในการรอคลอด โดยใช้ fetal monitoring

3. การดูแลรักษาในระยะหลังคลอด

3.1 ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการให้ oxytocin ตั้งแต่ระยะที่สามของการคลอด และในระยะหลังคลอด

3.2 ป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด โดยการให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีความเสี่ยง

3.3 ดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพิเศษ เนื่องจากมีความยุ่งยากมากกว่าครรภ์เดี่ยว

3.4 ฝ้าสังเกตภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด ที่อาจเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าครรภ์เดี่ยว

3.5 ให้ธาตุเหล็กทดแทนปริมาณเลือดที่เสียไป

3.6 ช่วยเหลือให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกแฝด

3.7 แนะนำวิธีการคุมกำเนิด

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีการตั้งครรภ์แฝด

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีการตั้งครรภ์แฝด ประกอบด้วยหลักการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์คลอดและหลังคลอด ดังนี้คือ (จินดามาศ, 2555; มาลีวัล, 2554; สุภาวดี, 2554; Rochester, 2016)

หลักการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก เพื่อจะได้ทราบปัญหาที่แท้จริง
3. แจ้งผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง และผล NST ทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินสุขภาพทารก และส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์โดยให้หญิงตั้งครรภ์ดูภาพทารกเคลื่อนไหวในขณะตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง
4. ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีทารกครรภ์แฝดตายในครรภ์ 1 คน พยาบาลจะต้องเข้าใจและยอมรับปฏิบัติการแสดงอาการสูญเสียของหญิงตั้งครรภ์ เช่น ร้องไห้ ซ็อก ปฏิเสธ ระยะนี้อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว
5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ การมาตรวจตามนัด และการเตรียมตัวคลอดที่ถูกต้อง
6. ให้กำลังใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์แฝด
7. ประเมินเยื่อบุตา เล็บมือ เล็บเท้า และติดตามผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด
8. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก โปรตีน เช่น ไข่แดง ตับ ผักใบเขียว เป็นต้น
9. แนะนำให้รับประทานยาธาตุเหล็ก (Feroous SO₄) ตามแผนการรักษา ไม่ควรรับประทานยาพร้อมกับนมเพราะจะทำให้การดูดซึมของยาไม่ดี
10. แนะนำให้ระวังการเกิดบาดแผลเพราะจะทำให้เลือดออกและเกิดการซีดมากขึ้น
11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า Hct, Hb
12. แนะนำให้นอนในท่าตะแคง เพื่อไม่ให้มดลูกดันกะบังลมและให้การไหลเวียนเลือดปกติ
13. แนะนำให้นอนในท่าศีรษะสูง
14. แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าหลวมๆ และสวมชุดชั้นในชนิด support เพื่อช่วยพยุงหน้าท้องไม่ให้ถ่วงมากและลดการเกิดเส้นเลือดขอดที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
15. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ และให้ดื่มน้ำไม่ต่ำกว่า 2,000 ซีซีต่อวัน เพื่อลดอาการท้องผูก
16. แนะนำให้บริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน (Kegel's exercise) โดยการขมิบช่องคลอดเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pubococcygeus muscle) ซึ่งอยู่บริเวณระหว่าง anal canal และปลายกระดูกก้นกบแข็งแรงทำให้สามารถบรรเทาอาการปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะกะปริบะปรอยได้

17. แนะนำไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบวม
18. แนะนำให้บริหารข้อเท้าโดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงและหมุนข้อเท้าเพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น
19. แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง เพื่อช่วยให้มีการย่อยอาหารดีขึ้น ลดอาการแน่นอึดอัดท้อง
20. แนะนำให้นอนพักหรือหยุดทำงานหนักตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป รวมถึงในช่วงไตรมาสที่สาม ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด
21. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง

หลักการพยาบาลในระยะคลอด

1. ถ้ามีอาการนำของการคลอดก่อนกำหนด ให้รีบมาโรงพยาบาล
2. รายงานแพทย์เพื่อขยับยั้งการหดตัวของมดลูกและดูแลการให้ยาตามแผนการรักษา
3. บันทึกเสียงหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูก
4. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมตลอดเวลา ถ้าพบว่าทารกในครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน

หลักการพยาบาลในระยะหลังคลอด

1. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
2. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที x 4 ครั้ง จนกระทั่งปกติจึงบันทึกทุก 4 ชั่วโมง
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะแรกหลังคลอดทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง x 2 ครั้ง จนกระทั่งปกติจึงบันทึกทุก 4 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ถ่ายปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมง ถ้าไม่สามารถขับถ่ายปัสสาวะเองได้ให้สวนปัสสาวะ (ในรายที่คลอดทางช่องคลอด)
5. ใส่ผ้าอนามัยสังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด
6. ระวังการฉีกขาดของฝีเย็บ (ในรายที่คลอดทางช่องคลอด)
7. แนะนำให้มารดาประเมินการแข็งตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าคลำมดลูกได้นิ่มให้คลึงมดลูกจนกระทั่งมดลูกแข็งตัว (ในรายที่คลอดทางช่องคลอด)
8. แนะนำให้บริหารร่างกายภายหลังคลอดโดยการนอนคว่ำหมอนหนุนหน้าท้องเพื่อให้ น้ำคาวปลาไหลสะดวกและช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น (ในรายที่คลอดทางช่องคลอด)
9. แนะนำให้มารดาเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา เพราะขณะที่ทารกดูดนมมารดาจะมีการหลั่งสารออกซิโตซิน (oxytocin) ที่ช่วยให้มดลูกหดตัวและเข้าอู่ดีขึ้น

10. แนะนำวิธีการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยล้างหรือเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง ภายหลังถ่ายปัสสาวะอุจจาระ และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง
11. แนะนำให้สังเกตลักษณะน้ำคาวปลา ถ้ามีกลิ่นเหม็นและสีไม่จางลงให้แจ้งพยาบาลทราบ
12. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็กและให้ดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 ซีซีต่อวัน
13. แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา
14. แนะนำวิธีอุ้มบุตรขณะให้นม อุ้มทารกข้างละคนโดยใช้หมอนรองทารกไว้ทั้งสองคนและให้มีการประสานสายตาระหว่างมารดาและทารก (eye-to-eye contact) เป็นการสร้างสายสัมพันธ์ภาพแม่-ลูก
15. แนะนำญาติให้ช่วยเลี้ยงทารกในระยะ 1-2 เดือนแรกภายหลังคลอด เพื่อให้มารดาได้พักผ่อนลดอาการเหนื่อยล้า (fatigue) มากเกินไปเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอด
16. ถ้าทารกมีน้ำหนักน้อยต้องระวังการอาเจียนขณะให้นมและสำคัญได้
17. สังเกตการเจริญเติบโตของทารกจากการชั่งน้ำหนักตัว
18. สังเกตอาการผิดปกติของทารก เช่น อาการตัวเหลือง
19. แนะนำให้นำบุตรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อรับวัคซีน

เอกสารอ้างอิง

- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2555). ครรภ์แฝด. ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). (หน้า 309-320). กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์ จำกัด.
- จินตมาศ โกลศลขึ้นวิจิตร. (2555). การตั้งครรภ์แฝด. ในงามนิศย์ รัตนานุกูล (บรรณาธิการ), *การวางแผนการพยาบาลมารดาและทารก*. (หน้า69-73). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชีระ ทองสง. (2559). ภาวะแทรกซ้อนจำเพาะของครรภ์แฝด. ใน วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชชกุล, สมศรี พิทักษ์กิจจรณกร, ปัทมา พรหมสนธิ, มาลี เกื้อนพกุล, และ ภิญญารัตน์ อัสตงพงพนา (บรรณาธิการ), *การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. (หน้า 117-122). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2554). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- สมชาย ธนวัฒนาเจริญ. (2555). การตั้งครรภ์แฝด. ในเย็น ตันนिरันดร, วรพงศ์ ภูพงค์, และเอกชัย โควาริสารัช (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 75-87). กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- อุณใจ กอนันตกุล. (2555). การตั้งครรภ์แฝด. ในวรพงศ์ ภูพงค์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (131-144). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- Bowers, N. A. (2014). Multiple gestation. In K. R. Simpson, & P. A. Creehan (Eds.), *Prenatal nursing*. (4th ed.). (pp 272-314). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Newman, R. B., & Ramsey, Unal, E. R. (2017). Multiple gestations. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, et al. (Eds.), *Obstetrics normal and problem pregnancies*. (7th ed.). (pp 706-736). Philadelphia: Elsevier.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ricci, S. S., Kyle, T, & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.).

Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rochester, V. W. (2016). Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans*. (3rd ed.). (pp 147-222). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.

บทที่ 11

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Nursing care for pregnant women with hypertensive disorders)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
3. อธิบายหลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
4. อธิบายกระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์
3. หลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์
4. กระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders of pregnancy: HDP) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดาและทารก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถให้การดูแล และสามารถลดอันตรายของโรคนี้อลงได้ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้อง (สุพัตราและธีระ, 2555)

อุบัติการณ์

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ (ชำนาญ, 2554; มนศักดิ์และวิบูลพรรณ, 2555; Pilliteri, 2014)

ประเภทของความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์

ประเภทของความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ (ชำนาญ, 2554; สุพัตราและธีระ, 2555)

1. Gestational hypertension หรือ non-proteinuric hypertension of pregnancy (เดิมเรียกว่า pregnancy-induced hypertension หรือ transient hypertension)
2. Preeclampsia-Eclampsia
3. Superimposed preeclampsia on chronic hypertension
4. Chronic hypertension

Gestational hypertension หมายถึง ความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอทหรือมากกว่า ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ โดยวัดห่างกัน 2 ครั้งอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ตรวจพบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ร่วมด้วย และความดันโลหิตต้องกลับมาเป็นปกติภายในระยะเวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายจึงได้จากการตรวจหลังคลอดแล้วเท่านั้น ภาวะนี้อาจมีอาการแสดงบางอย่างของภาวะ preeclampsia ได้ เช่น จุกแน่นลิ้นปี่ เกิดเลือดต่ำ

Preeclampsia-Eclampsia หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่มีอาการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นผลจากการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกาย และการกระตุ้นที่ผนังหลอดเลือด (endothelial activation) ซึ่งแบ่งความรุนแรงเป็น mild และ severe preeclampsia โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้

1. เกณฑ์ขั้นต้น
 - ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท ภายหลังจากอายุครรภ์ 20 สัปดาห์
 - มีโปรตีนในปัสสาวะ 300 มิลลิกรัม ภายใน 24 ชั่วโมงหรือมากกว่า หรือตรวจปัสสาวะด้วยวิธี

จุ่มได้ผล +1 ขึ้นไป

2. เกณฑ์ที่ช่วยยืนยัน

- ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มม.ปรอท
- มีโปรตีนในปัสสาวะ 2 กรัมใน 24 ชั่วโมงหรือมากกว่า หรือตรวจปัสสาวะด้วยวิธีจุ่มได้ผล +2 ขึ้นไป
- ระดับ creatinine ในซีรัม 1.2 มก./ดล. หรือมากกว่า (ถ้าค่าไม่สูงอยู่ก่อน)
- เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 / ลบ. มม.
- Microangiopathic hemolysis (lactate dehydrogenase, LDH) ในเลือดเพิ่มขึ้น
- เอ็นไซม์ alanine aminotransferase (ALT) และ aspartate aminotransferase (AST) ในเลือดสูงขึ้น
- ปวดศีรษะหรือตามัวตลอดเวลา
- จุกแน่นลิ้นปี่ตลอดเวลาไม่หาย

HELLP Syndrome (H = hemolysis, EL = elevated liver enzyme, LP = low platelets)

เป็น

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ preeclampsia พบได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์และหลังคลอด

Eclampsia หมายถึง preeclampsia ที่มีอาการชักเกิดขึ้น โดยไม่มีสาเหตุอื่น

Superimposed preeclampsia on chronic hypertension หมายถึงภาวะ preeclampsia ที่ตรวจพบในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความดันโลหิตสูงมาก่อนตั้งครรภ์ หรือมีความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยมีหลักฐานตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ หรือมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมทันทีทันใด ร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของ preeclampsia

Chronic hypertension หรือความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท ในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์ หรือภายหลังการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ หรือหมายถึงความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และยังคงสูงอยู่ภายหลังคลอดแล้วเกิน 12 สัปดาห์

ในบทนี้จะกล่าวละเอียดถึงภาวะ Preeclampsia-Eclampsia เนื่องจากพบได้บ่อยและมีความสำคัญ

ดังนั้นคือ Preeclampsia (ครรภ์เป็นพิษ) หมายถึง กลุ่มอาการที่หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ สามารถแบ่งความรุนแรงของ preeclampsia ออกเป็น 2 กลุ่มคือ mild และ severe preeclampsia (ดวงสิทธิ์และชาญชัย, 2555) ตามความรุนแรงของโรค ตามตารางที่ 1

สิ่งตรวจพบ	Mild preeclampsia	Severe preeclampsia
------------	-------------------	---------------------

สิ่งตรวจพบ	Mild preeclampsia	Severe preeclampsia
ความดันโลหิต	< 160/110 มม.ปรอท	≥ 160/110 มม.ปรอท
Proteinuria	น้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน Dipstick +1	มากกว่า 2 กรัมต่อวัน Dipstick ≥ +2
ปวดศีรษะ	ไม่มี	มี
ตามัว	ไม่มี	มี
จุกแน่นลิ้นปี่	ไม่มี	มี
Oliguria (< 500 mL/24hr)	ไม่มี	มี
ชัก	ไม่มี	มี (clampsia)
Serum creatinine	ปกติ	ผิดปกติ
เกล็ดเลือด	ปกติ	น้อยกว่า 100,000/ml
Liver enzyme	ปกติหรือเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	ผิดปกติ
ทารกโตช้าในครรภ์	ไม่มี	มี
Pulmonary edema	ไม่มี	มี

ตารางที่ 1 แสดงภาวะ preeclampsia ที่แบ่งตามความรุนแรงของโรค

ที่มา: ชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2554). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในคมสันต์ สุวรรณภักษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ), ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. หน้า 155.

สาเหตุ

สาเหตุของครรภ์เป็นพิษ มีสาเหตุหลักคือเป็นโรคของเนื้องอก เป็นโรคที่มีความผิดปกติของอวัยวะหลายระบบซึ่งเกี่ยวเนื่องกัน เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น โดยอาจเกิดในระยะตั้งครรภ์ ระหว่างเจ็บครรภ์คลอดหรือระยะหลังคลอดก็ได้ โรคนี้เกิดขึ้นได้แม้การตั้งครรภ์นั้นจะไม่มีทารกก็ตาม เช่นการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก โรคนี้มีปัจจัยเสี่ยง คือ (ชำนาญ, 2554; Bewley, 2012)

1. ครรภ์แรก อายุครรภ์น้อยกว่า 20 ปี
2. มีประวัติโรคนี้ในครรภ์ก่อน พบว่าถ้าครรภ์แรกไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ มีโอกาสเกิดในครรภ์ต่อไป

เพียงร้อยละ 1 ถ้ามีประวัติจะมีโอกาสเกิดในครรภ์ต่อไปมากขึ้นเป็นร้อยละ 5-7 และมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 60-80 หากครรภ์ก่อนเกิดตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ และรุนแรง

3. ดัชนีมวลกายสูง (body mass index, BMI) ถ้าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะพบภาวะนี้ได้ถึงร้อยละ 13.3

4. ประวัติครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่มีแม่ พี่สาวหรือน้องสาวเป็นโรคนี้ มีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2-5 เท่า
5. ครรภ์แฝด พบได้ร้อยละ 13 สูงกว่าที่พบในครรภ์เดี่ยว ซึ่งพบได้ร้อยละ 5
6. มีโรคความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนการตั้งครรภ์
7. มีโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์
8. มีโรคกลุ่ม vascular หรือ connective tissue disease อยู่เดิม
9. อายุมากกว่า 35 ปี

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษ คือเกิดจากความบกพร่องในพัฒนาการของรก ซึ่งมีผลทำให้มีภาวะ hypoperfusion และขาดเลือด (สุพัตราและธีระ, 2555) ภาวะขาดเลือดของรกอันเนื่องมาจากความผิดปกติของการเชื่อมต่อระหว่าง trophoblasts และ spiral arteries ตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ (uteroplacental ischemia) การตอบสนองที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของหญิงตั้งครรภ์ต่อ trophoblasts antigens (immunologic disturbances) การตอบสนองที่ผิดปกติของระบบหลอดเลือด หัวใจและหลอดเลือดของหญิงตั้งครรภ์ต่อสารเคมีบางตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การขาดสารอาหาร บางอย่าง เช่น วิตามินซีหรือวิตามินอีขณะตั้งครรภ์ การกระตุ้นกระบวนการอักเสบ (inflammatory cascade) ที่ผิดปกติขณะตั้งครรภ์ และความผิดปกติทางพันธุกรรมของหญิงตั้งครรภ์

รกที่ขาดเลือด (placental ischemia) จะหลั่งสารเคมีที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น การไหลเวียนเลือดส่วนปลายที่ลดลงจะทำให้มีการขาดออกซิเจนและความเสียหายต่อเซลล์บุหลอดเลือดฝอย ส่งผลให้ความผิดปกติของการส่งผ่านสารน้ำภายในและภายนอกหลอดเลือด (impaired vascular permeability) สารน้ำจะรั่วออกนอกหลอดเลือดและค้างอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ preeclampsia จึงมีความดันโลหิตสูง ในขณะที่ปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดต่ำ และมีอาการบวมทั้งตัว (ดวงสิทธิ์และชาญชัย, 2555) ภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถก่อพยาธิสภาพต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ดังนี้ (ชำนาญ, 2554; ดวงสิทธิ์และชาญชัย, 2555; สุพัตราและธีระ, 2555)

1. ไต เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง GFR ลดลง ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีภาวะไตล้มเหลว มีรอยโรค glomerula endotheliosis ทำให้โปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ รอยโรคที่ tubules ของไตทำให้การขับยูริคเสียไป ระดับกรดยูริคเพิ่มขึ้น

2. สมอ จากภาวะที่เส้นเลือดในสมอหดเกร็ง ประกอบกับมีการทำลายของ endothelial cells ในสมอ จึงทำให้เนื้อเยื่อในสมอบวม มีเลือดออก และเกิดเนื้อตายขึ้นในสมอ หญิงตั้งครรภ์จะมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพเบลอ เห็นภาพซ้อน เกิดปฏิกิริยาสะท้อนที่เร็ว

เกินไป (hyperreflexia) มีการกระตุกสั่นของกล้ามเนื้อ (clonus) ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง และชัก
รายรุนแรงจะมีสมองบวม เลือดออก จุดขาดเลือด เลือดอุดตัน

3. ตับ จากการถูกทำลายของ endothelial มักพบที่มีการเกิดรอยโรคในตับ ได้แก่ มีเลือดออก
และเกิดการตายของเนื้อเยื่อในตับ การมีเลือดออกจากรอยโรคมักเกิดบริเวณแคปซูลของตับ ทำให้เกิด
เซลล์ตับทำงานผิดปกติ เอ็นไซม์เพิ่มขึ้น เลือดออกใต้แคปซูล เจ็บลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา การตรวจ
เอนไซม์ในตับ จะพบการเพิ่มของ ALT และ AST ซึ่งหมายความว่ามีการตายของเนื้อตับและมีเลือดออก
ในตับแล้ว หรือถ้ารุนแรงก็อาจเกิดภาวะแคปซูลแตก (capsule rupture) ซึ่งมักพบว่าผู้ที่มี
ภาวะแทรกซ้อนนี้จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดบริเวณชายโครงขวาหรือใต้ลิ้นปี่ ซึ่งเป็นภาวะที่ต้อง
ผ่าตัดอย่างรีบด่วน เพื่อป้องกันการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารก

4. หลอดเลือด จากการถูกทำลายของ endothelial cells พบว่าว่ามีผลทำให้เม็ดโลหิตแดง
และเกล็ดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงแตกและเกล็ดเลือดลดน้อยลง ซึ่งก่อให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า HELLP syndrome (H:Hemolysis of red blood cell, EL : Elevated
liver enzymes, LP: Low platelet count) ภาวะ HELLP จะมีอาการคล้ายผู้ป่วยตับอักเสบ ได้แก่
ความรู้สึกไม่สบาย เหนื่อย เพลีย คลื่นไส้และอาเจียน ปวดชายโครงขวา เป็นอาการที่พบได้บ่อย
นอกจากนี้ยังมีอาการบวม เหลือง ปัสสาวะเป็นเลือด ปวดหลังหรือปวดไหล่ การตรวจเม็ดเลือดแดงจะพบ
small irregularly shaped red cells และ echinocytes (Burr cells) นอกจากนี้ยังมี
thrombocytopenia (เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/L) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าเกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัวแล้ว

5. ปอด เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ได้ง่าย และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้
บ่อย เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการเคลื่อนของสารน้ำจากภายในหลอดเลือดสู่ช่องว่างระหว่าง
เซลล์ (interstitial cell) ในปอด ทำให้มีอาการน้ำท่วมปอด หายใจหอบ หายใจลำบาก

6. รก จากการถูกทำลายของ endothelial มีผลทำให้เส้นเลือดในแนวเฉียงของมดลูก (spiral
arteries) มีการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่าเส้นเลือดแคบลงและเหยียดออกจาก intervillous space ซึ่ง
เป็นส่วนที่รกสัมผัสกับกล้ามเนื้อ จึงมีผลทำให้มีเส้นเลือดไปเลี้ยงบริเวณรกร้อยกว่าปกติ การที่เส้นเลือดไป
เลี้ยงรกร้อยกว่าปกติ ทำให้รกเสื่อม จึงมีผลต่อทารกทำให้ทารกได้รับเลือดจากแม่ลดลง ทำให้ทารกใน
ครรภ์โตช้าและมีขนาดเล็กกว่าปกติ (IUGR)

7. ลิ่มเลือดเล็กๆ ทั่วไป การแข็งตัวของเลือดเสียไปในรายที่เป็นรุนแรง ทำให้เกิดภาวะ DIC ได้

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษคือ (ชำนาญ, 2554; มนศักดิ์และวิบูลพรรณ,
2555)อาการแสดงที่สำคัญและพบบ่อยของภาวะครรภ์เป็นพิษได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ความดัน
โลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่วนมากมักจะเริ่มมีอาการหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โยถือความดัน Systolic \geq 140

มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดัน Diastolic \geq 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีความดันโลหิตเป็นปกติ ในช่วงก่อน 20 สัปดาห์ การวัดความดันโลหิตควรเลือกขนาดของ cuff ที่เหมาะสม และวัดอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจในท่านั่ง โดยพักมาแล้วอย่างน้อย 10 นาที แนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันชนิดปรอทจะมีความแม่นยำกว่า โดยยึดค่าความดัน Diastolic คือการหายของเสียง Korotkoff ที่ 5 โดยมากความดัน Systolic มักไม่สูงกว่า 160-170 มิลลิเมตรปรอท ถ้าความดัน Systolic สูงมากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท บ่งบอกว่าจะน่าจะเป็น chronic hypertension superimposed preeclampsia อาการอื่นๆ ที่พบได้บ่อย เช่น ปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่ นอกจากนี้ภาวะครรภ์เป็นพิษ อาจเกิดหลังคลอดได้และส่วนมากจะเกิดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก แต่บางครั้งอาจพบได้นานถึง 7 วันหลังคลอด

Proteinuria มักเกิดตามหลังจากที่มีความดันโลหิตสูงแล้ว พบตั้งแต่ +1dipstick ขึ้นไป หากตรวจโดยการสุ่มหรือ 300 มิลลิกรัมในการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พบได้ตั้งแต่ 500 มิลลิกรัมต่อวัน ไปจนถึงระดับที่พบได้ใน nephrotic syndrome

อาการบวมเป็นอาการที่ไม่จำเพาะ เนื่องจากพบได้ในการตั้งครรภ์ทั่วไปที่มีความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 35 แต่หากพบร่วมกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักแบบทันทีทันใดโดยน้ำหนักเพิ่ม 1 ปอนด์ (0.5 กก) ต่อสัปดาห์ในไตรมาสที่สอง และเพิ่ม 0.9 กก. ต่อสัปดาห์ในไตรมาสที่สาม หรืออาจพบน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ได้คือเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า 5 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์ และบวมในส่วน nondependent part เช่น ใบหน้า หนึ่งตา นิ้วมือ หรือบวมขึ้น

ผลกระทบ

ผลกระทบของภาวะ mild preeclampsia และ severe preeclampsia มีดังนี้คือ

ผลกระทบต่อมารดา ได้แก่

1. อาจเกิดภาวะช็อก ให้อาหารตั้งครรภ์เสียชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารและน้ำย่อยเข้าหลอดลม
2. ภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว (congestive heart failure) จากภาวะ preload ลดลง และ afterload เพิ่มขึ้นมากเกินไปเป็นระยะเวลานาน
3. เสียเลือดและช็อกจากรกลอกตัวก่อนกำหนด ตับแตกและตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการหดตัวของเส้นเลือดทั่วร่างกาย การสูญเสียเลือดเพียงเล็กน้อยจะนำไปสู่ภาวะช็อกได้ทันทีและรวดเร็ว ดังนั้นการสูญเสียเลือดเพียงเล็กน้อยอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ช็อกและเสียชีวิตจากการช็อกได้
4. เกิดภาวะ HELLP syndrome และภาวะ DIC มักพบในหญิงตั้งครรภ์โดยเป็น severe-pre eclampsia และมักเกิดก่อนอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งถ้าเกิดเลือดลดลงน้อยกว่า 100,000 L, prothrombin time (PT) มากกว่า 16 วินาที partial thromboplastin time (PTT) มากกว่า 38

วีนาที้ และ fibrinogen น้อยกว่า 285 mg/dl จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะ DIC ได้มากยิ่งขึ้น ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) จากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง

5. การกลับเป็นความดันโลหิตซ้ำอีกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป โดยทั่วไปแล้วความดันโลหิตจะกลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 1-2 วันหลังคลอด บางรายอาจยาวนานถึง 6-8 สัปดาห์หลังคลอด การเป็นความดันโลหิตซ้ำอีกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป จากการศึกษาพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์แรกที่เป็นความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดซ้ำอีกร้อยละ 33.8 แต่อาการมักไม่รุนแรง มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่มีโอกาสซ้ำอีก ส่วนหญิงตั้งครรภ์หลัง ๆ ถ้าเคยเป็นโรคนี้อาจจะเกิดความดันโลหิตสูงในครรภ์ต่อๆ มาประมาณร้อยละ 50

ผลต่อทารก

1. รกเสื่อม (placental insufficiency) ทำให้แท้งได้ (spontaneous abortion) หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้
2. คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ทำให้รกเสื่อมเร็ว
3. รกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้ทารกขาดออกซิเจนและอาหาร ทำให้เสียชีวิตได้
4. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์เนื่องจากได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ
5. ทารกที่คลอดมาอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ขาดออกซิเจนเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด หรือถ้าทารกที่ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะคลอดมากเกินไปอาจเกิดภาวะ hypermagnesaemia กล่าวคือทารกจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้า ไม่หายใจ เป็นผลทำให้ apgar score ต่ำ

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะ mild preeclampsia และ severe preeclampsia วินิจฉัยได้จากความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 160-90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับเกณฑ์ดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ถือว่าหญิงตั้งครรภ์รายนั้นเป็น severe preeclampsia (มนศักดิ์และวิบูลพรรณ, 2555)

1. Proteinuria ตั้งแต่ 300 mg/day หรือ spot urine/creatinine ratio ≥ 30 mg/mmol
2. Renal insufficiency (creatinine ≥ 0.09 mmol/L หรือภาวะ oliguria)
3. Liver disease (มีระดับ transaminase เพิ่มขึ้น และ/หรือ มีอาการจุกที่ลิ้นปี่ หรือเจ็บใต้ชายโครงด้านขวา)
4. Neurological problems เช่นมีอาการชัก (eclampsia), hyperreflexia with clonus, severe headache with hyperreflexia, persistent visual disturbance (scotoma)
5. Hematological disturbance ได้แก่ thrombocytopenia, disseminated intravascular coagulation, hemolysis
6. Fetal growth restriction

การรักษา

การรักษาภาวะ mild preeclampsia และ severe preeclampsia มีดังนี้คือ (ชำนาญ, 2554; ดวงสิทธิ์และชาญชัย, 2555; มนศักดิ์และวิบูลพรรณ, 2555; สุพัตราและธีระ, 2555)

การรักษา mild preeclampsia

1. การป้องกัน การรักษา preeclampsia ที่ดีที่สุดคือการป้องกัน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ เพื่อลดความรุนแรงของภาวะนี้ การป้องกันอย่างหนึ่งคือ การให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด preeclampsia ได้แก่ เคยเป็น preeclampsia ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน เป็นเบาหวาน chronic hypertension โรคไต autoimmune diseases รับประทานยาแอสไพริน ขนาด 75 มก. ต่อวัน ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด preeclampsia ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. รับไว้ในโรงพยาบาล

3. ให้พักผ่อนตามความรู้สึกสบาย ลูกเดินไปมาได้ แต่ไม่ควรทำงานออกแรงหนัก

4. ฝ้าระวังอาการ severe preeclampsia

5. ส่งตรวจ CBC, platelets, ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ

6. ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (NST, BPP, Doppler, Growth)

7. พิจารณาตรวจ coagulogram, Cr, AST, ALT, LDH

8. พิจารณาให้คลอดเมื่อ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่า, เปลี่ยนเป็น severe preeclampsia และมีภาวะ fetal distress

9. ในรายที่ไม่สะดวกนอนโรงพยาบาล อาจดูแลแบบผู้ป่วยนอกได้ถ้า ความดันโลหิตไม่เกิน 150/100 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนในปัสสาวะไม่ถึง 1 กรัมต่อวัน ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ severe preeclampsia และสามารถดูแลตนเองได้ดีที่บ้าน คือวัดความดันโลหิตและตรวจโปรตีนในปัสสาวะได้ทุกวัน สังเกตอาการ severe preeclampsia ได้ นับลูกดิ้นเป็น (NST, BPP สัปดาห์ละ 1- 2 ครั้งได้)

10. เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์แล้ว ถ้าปากมดลูกไม่พร้อมอาจรอจนปากมดลูกพร้อมได้ถ้าติดตามได้ หรือชักนำการคลอดเลย

11. การให้คลอด ชักนำการคลอด (oxytocin หรือ prostaglandins กรณีปากมดลูกไม่พร้อม) ผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์อื่นๆ

การรักษา severe preeclampsia

วิธีรักษาแบบมาตรฐานคือยุติการตั้งครรภ์ แต่อาจเลือกรักษาแบบประคับประคองได้ในรายที่ อายุครรภ์ 24-31 สัปดาห์ มีความพร้อมในการดูแลทั้งบุคลากรและเครื่องมือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น มีเพียงความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี และไม่มีอาการรุนแรงอื่นๆ บางรายต้องยุติการตั้งครรภ์เท่านั้น โดย

ไม่ต้องคำนึงถึงอายุครรภ์ เช่น severe preeclampsia ที่ปัสสาวะออกน้อย ไตล้มเหลว HELLP syndrome หลักการรักษาที่สำคัญที่สุดคือป้องกันการชัก ควบคุมความดันโลหิต และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้คือ

การป้องกันการชักโดยให้แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) เป็นยาที่ใช้มากที่สุดเพื่อป้องกันการชัก พิจารณาให้เมื่อจะพิจารณากระตุ้นคลอดหรือผ่าตัดคลอด จนกระทั่งหลังคลอดอย่างน้อย 12-24 ชั่วโมง โดยขนาดของยาใช้ค่อนข้างแตกต่างกัน และสามารถให้ได้หลายวิธีได้แก่

- ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นวิธีที่นิยมมากกว่าการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สามารถให้ loading dose ได้โดยเริ่มให้ 20% แมกนีเซียมซัลเฟต 4 กรัม (20 มิลลิลิตร) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำใน 15-20 นาที และให้ maintenance dose โดยผสม 50% แมกนีเซียมซัลเฟต 80 มิลลิลิตร ผสมกับ 5% dextrose in water 920 มิลลิลิตร หยดเข้าเส้นเลือดดำอย่างต่อเนื่องในอัตรา 2 กรัมต่อชั่วโมง แต่ถ้าระดับ creatinine ของผู้ป่วยสูงกว่า 1.5 mg/dl จะให้ maintenance dose ในขนาด 1 กรัมต่อชั่วโมง เจาะเลือดตรวจวัดระดับแมกนีเซียมซัลเฟตหลังจากเริ่มให้ยาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ปรับขนาดของแมกนีเซียมซัลเฟตที่หยดเข้าเส้นเลือดดำอย่างเหมาะสม รักษาระดับแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในช่วง 4-8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นระดับที่ยาสามารถป้องกันการชักได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง และเนื่องจากแมกนีเซียมซัลเฟตขับออกทางไต ดังนั้นหาก creatinine ในเลือดสูงกว่า 2.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรพิจารณาหยุดการให้ maintenance dose และเฝ้าติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือดอย่างใกล้ชิดทุก 6 ชั่วโมง ฤทธิ์ของแมกนีเซียมที่ระดับต่างๆ ในซีรัมดังตารางที่ 2

ฤทธิ์สำคัญ	ระดับในซีรัม (mEq/L)
ฤทธิ์ป้องกันการชัก	4-7
การเปลี่ยนแปลงของ EKG	5-10
Deep tendon reflex หาย	10
หยุดหายใจ	12
หัวใจหยุดเต้น	>15

ตารางที่ 2 ฤทธิ์ของแมกนีเซียมที่ระดับต่างๆ ในซีรัม

ที่มา: สุพัตรา ศิริโชคติยะกุล, และธีระ ทองสง. (2555). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), สูติศาสตร์. หน้า 302.

การเตรียม 50% MgSO₄ 4 กรัม เป็น 10 % MgSO₄ 4 กรัม ทำได้โดย 50% MgSO₄ 4 กรัม (4 amp) + water 32 ml. → 10 % MgSO₄ 4 กรัม

การเตรียมเป็นสารละลายให้ทาง IV ทำได้โดย 50% MgSO₄ 10 กรัม (10 amp) + 5% N/2 1,000 ml. (100 ml. = 1 กรัม) Start 1 กรัม/ชั่วโมง หรือ 100 ml./hr.

- ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก เป็นวิธีที่นิยมน้อยกว่า เนื่องจากมีผลข้างเคียงและเจ็บมากกว่าการให้

ทางหลอดเลือดดำ พิจารณาให้ loading dose โดยให้ 20% แมกนีเซียมซัลเฟต 4 กรัม (20 มิลลิลิตร) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำใน 15-20 นาที พร้อมกับให้ 50% แมกนีเซียมซัลเฟต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 5 กรัม (50% แมกนีเซียมซัลเฟต 10 มิลลิลิตร) จากนั้นให้ฉีด 50% แมกนีเซียมซัลเฟต เข้ากล้ามเนื้อสะโพกสลับซ้ายขวา 5 กรัม ทุก 4 ชั่วโมง

ในแต่ละครั้งที่ฉีดแมกนีเซียมซัลเฟต ต้องประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ก่อน ถ้าพบอาการเหล่านี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง ให้หยุดการให้แมกนีเซียมซัลเฟตทันที ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มล./ชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มล. ใน 4 ชั่วโมง อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที และไม่พบ Deep tendon reflex (patellar reflex) ประเมิน Deep tendon reflex ได้ดังนี้คือ ระดับรีเฟล็กซ์ 0 คือไม่พบรีเฟล็กซ์ เป็นภาวะผิดปกติ ระดับ +1 น้อยกว่าปกติ แต่ไม่ได้เป็นภาวะผิดปกติ ระดับ +2 เป็นภาวะปกติ ระดับ +3 ไวกว่าปกติ แต่ไม่ได้เป็นภาวะผิดปกติ ระดับ +4 ไวกว่าปกติมาก เป็นภาวะผิดปกติ (Pillitteri, 2014)

ในขณะที่ฉีดแมกนีเซียมซัลเฟต ควรมียา 10% calcium gluconate ซึ่งเป็น antidote ไว้เสมอ ถ้าหากมีการกดการหายใจชัดเจนให้แก้ไขโดยการฉีด 10% calcium gluconate 10 มล. หรือ 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 5-10 นาที

ลดความดันโลหิต การให้ยาลดความดันโลหิต ให้เมื่อความดัน diastolic มากกว่า 110 มม.ปรอท โดยมีเป้าหมายของการควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับ 140-150/90-100 มม.ปรอท ยาที่นิยมใช้มากที่สุดคือ Hydralazine (Nepresol), Labetalol (Avexar), Nifedipine (Adalat)

Hydralazine ออกฤทธิ์โดยตรงต่อการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของเส้นเลือดแดง วิธีการให้ยาให้ครั้งแรก 5 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แล้ววัดความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าหลังฉีดแล้ว 20 นาที ความดัน diastolic ยังสูงกว่า 110 มม.ปรอท ให้ซ้ำได้อีก 5-10 มก. ขนาดสูงสุดไม่เกิน 30 มก. ผลข้างเคียงที่พบได้เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ อาเจียน อาจมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ผลข้างเคียงต่อทารกคือ หัวใจทารกเต้นเร็ว และถ้าความดันโลหิตของหญิงตั้งครรภ์มี diastolic pressure < 90 มม.ปรอท ทารกอาจมีภาวะ late deceleration และหัวใจเต้นช้าลง (bradycardia) ได้

Labetalol ออกฤทธิ์ทั้ง alpha และ beta-adrenergic ควบคุมความดันจากภาวะครรภ์เป็นพิษได้ดี แต่ฤทธิ์ข้างเคียงต่ำกว่า Hydralazine แนะนำให้แบบ IV bolus เริ่มที่ขนาด 20 มก. ถ้าไม่ได้ผลใน 10 นาที ให้ซ้ำ 40 มก. และ 80 มก. ทุกๆ 10 นาที แต่ขนาดโดยรวมไม่เกิน 220 มก. ในการให้หนึ่งชุด (episode) หรือหยุด IV drip มีข้อบ่งห้ามคือ หอบหืด หัวใจล้มเหลว heart block

Nifedipine ออกฤทธิ์เป็น calcium channel blocker เช่น ขนาดแคปซูลปกติ 10, 20 มก. หรือ sustained release 30 มก. รับประทาน 10 มก. (ไม่แนะนำแบบอมใต้ลิ้น) วัดความดันโลหิตทุก 5 นาที นาน 15 นาที ให้ซ้ำได้ทุก 30 นาที ขนาดสูงสุด 120 มก./วัน ข้อควรระวังคือ การใช้ร่วมกับแมกนีเซียมซัลเฟต เพราะจะเสริมฤทธิ์กัน ทำให้ความดันโลหิตตกอย่างรุนแรงได้

การยุติการตั้งครรภ์ควรเริ่มชักนำให้เจ็บครรภ์หลังจากที่ดูแลอาการต่างๆ คงที่แล้ว โดยการเจาะถุงน้ำคร่ำ ให้ oxytocin เข้าทางหลอดเลือดดำ หรืออาจให้พรอสตาแกลนดินส์ก็ได้ การให้ oxytocin จะต้องระวัง antidiuretic effect ของ oxytocin ด้วย เพราะอาจทำให้เกิด water intoxication ได้ สำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ทั่วไป แต่โดยรวมแล้วการผ่าตัดจะเพิ่มขึ้นใน severe preeclampsia เนื่องจาก fetal distress หรือในรายที่โรครุนแรงมากๆ ที่ปากมดลูกไม่พร้อม และคาดว่า การคลอดล่าช้าจะเป็นผลเสียต่อมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง HELLP syndrome ที่ปากมดลูกไม่พร้อมและอายุครรภ์ยังน้อย

การดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด

1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่เหมาะสม ระวังการเกิด pulmonary edema
2. ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ เช่นอาการปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่
3. ให้ยาบรรเทาปวด
4. ฝ้าระวังสุขภาพของทารก โดยติดตามการเต้นหัวใจทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ควรเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อดูสีน้ำ
5. การคลอด ควรลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่สอง โดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการอย่างเหมาะสมและระมัดระวัง แนะนำให้ใช้ Forceps extraction เพื่อไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเบ่ง

การดูแลระยะหลังคลอด ในระยะหลังคลอดทันที ผู้คลอดควรได้รับการฝ้าติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดทุก 1-2 ชั่วโมง รวมทั้งฝ้าระวังปริมาณน้ำเข้าและออก เนื่องจากภายหลังการคลอด จะมีการไหลกลับของน้ำเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ปริมาณน้ำในกระแสเลือดสูงขึ้น เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะกรณีที่ผู้คลอดปัสสาวะออกน้อย หรือการทำงานของไตเสื่อมลง การชั่งยังมีโอกาสเกิดขึ้นได้ใน 24 ชั่วโมงแรก หรือนานเกินกว่านั้น ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงของผู้คลอด ในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอดความดันโลหิตจะลดลง และกลับขึ้นสูงอีกครั้งในวันที่ 3-6 หลังคลอด หากพบว่าความดันโลหิตยังสูงกว่า 155/105 มม.ปรอท อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตต่อ นิยมให้ Nifedipine รับประทาน 10 มก. ทุก 6 ชั่วโมง จนกระทั่งควบคุมความดันโลหิตได้จึงให้กลับบ้าน และติดตามดูใน 1-2 สัปดาห์ และหยุดยาได้เมื่อควบคุมความดันโลหิตได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง

ภาวะ Eclampsia

หมายถึง การเกิดอาการชักแบบทั่วๆ (generalized tonic-clonic convulsion, grand mal seizures) ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีสภาวะเข้าได้กับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยอาจเกิดได้ตั้งแต่ช่วงไตรมาสที่สองจนกระทั่งหลังคลอด โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางระบบประสาทอื่นๆ (ชำนาญ, 2554: Harvey & Sibai, 2013)

อุบัติการณ์

ภาวะ Eclampsia พบได้ร้อยละ 0.5 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ mild preeclampsia และ ร้อยละ 2-3 ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe preeclampsia (ชำนาญ, 2554)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะ Eclampsia คือ (ชำนาญ, 2554; Bewley, 2012) พบว่ามีอาการชักเป็นลักษณะ generalized tonic-clonic โดยไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ เป็นสาเหตุ โดยทั่วไปพบว่าการชักจากภาวะ Eclampsia มักหยุดชักได้เองใน 3-4 นาที โดยเวลาเฉลี่ยของการชักประมาณ 60-75 วินาที หลังจากชักมักไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทแบบเฉพาะที่หรือหมดสติแบบโคมา (focal neurologic deficits or prolonged coma) อาการนำก่อนชักอาจมีปวดศีรษะต่อเนื่อง บริเวณหน้าผากหรือท้ายทอย ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน น้ำตาไหล ตาสู้แสงไม่ได้ สูญเสียการรับรู้ ปวดจุกแน่นลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อนเร็วเกินไป (hyperreflexia) และอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ (clonus) โดยเฉพาะบริเวณเข่า (ankle clonus) ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่แสดงถึงสมองได้รับการระคายเคืองอย่างรุนแรง มีรายงานว่าก่อนการชักจากภาวะ Eclampsia พบว่ามีเพียงร้อยละ 40 ที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ประมาณร้อยละ 20 พบว่าความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท ก่อนการชัก อาการชักแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ (สุภานัน, 2555; Bewley, 2012)

1. ระยะเตือนหรือระยะนำ (premonitory stage) หมายถึงระยะเริ่มต้นที่จะมีอาการชัก เริ่มด้วยมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กระสับกระส่าย ตากรอกไปมา ศีรษะเอียงด้านใดด้านหนึ่ง มีการสั่นและกระตุกของกล้ามเนื้อหน้าและที่มุมปาก ระยะนี้กินเวลา 10-30 วินาที

2. ระยะเกร็ง (tonic stage) ลำตัวแข็งเกร็ง ศีรษะหงายไปด้านหลัง กัดฟันแน่น แขนเหยียดตรง กำมือแน่น ขางอพับบริเวณเข่า ตาแข็ง กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจหดตัวมาก หน้าเขียว หญิงตั้งครรภ์อาจหยุดหายใจ ระยะนี้กินเวลา 10-20 วินาที

3. ระยะชักหรือกระตุก (clonic stage) มีการชักกระตุกของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายอย่างแรง มีการกระตุกของขากรรไกรล่าง น้ำลายฟูมปาก อาจกัดลิ้นได้ บางรายมีอาการเขียวคล้ำ เพราะขาดออกซิเจน กล้ามเนื้ออ่อนตัว การหายใจแรงและเร็ว ระยะนี้กินเวลา 60-90 วินาที

4. ระยะไม่รู้สีกตัว (coma stage) หลังชักหญิงตั้งครรภ์อาจเขียว (cyanosis) ความนานของระยะนี้ไม่แน่นอน ทั้งนี้แล้วแต่อาการเป็นมาเล็กน้อยของแต่ละรายไป

การรักษา

การรักษาภาวะ Eclampsia ทำได้ดังนี้คือ (สุพัตราและธีระ, 2555)

1. รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง ระหว่างการชักใส่ mouth gag เพื่อป้องกันการกัดลิ้น ดูมูกออก จากปากคอและหลอดคอ
2. ระวังอาการชัก และป้องกันการชักซ้ำตามแนวทางของ severe preeclampsia การระงับชัก อาจให้แมกนีเซียมซัลเฟต หรืออาจใช้ diazepam ก็ได้
3. ควบคุมความดันโลหิต
4. ติดตามสุขภาพทารก ทำ intrauterine resuscitation
5. ให้ออกซิเจน
6. พิจารณาตรวจ arterial blood gas และภาพรังสีทรวงอก
7. ยุติการตั้งครรภ์ (ภายหลังจากควบคุมการชักได้ดีแล้ว 1-2 ชั่วโมง)
8. ให้อาหารตั้งครรรภ์อยู่ในห้องมืดสงบ และดูแลอย่างใกล้ชิด งดอาหารและน้ำทางปาก
9. ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นการเกิดหัวใจล้มเหลว หรือน้ำคั่งในปอด
10. ตรวจสอบด้วย CT หรือ MRI ในกรณีชักแบบผิดปกติ มีอาการแสดงทางประสาท หรือโคม่านาน
11. การดูแลอื่นๆ เช่นเดียวกับ severe preeclampsia เช่น แก้ไข hemoconcentration ช่วยเหลือการทำงานของไต ควรให้ Lactated Ringer's ในอัตรา 60-120 มล./ชั่วโมง รักษา ความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ คาสายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก

การประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินสภาพ เพื่อค้นหาภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการแสดงหรืออาการแสดงค่อยเป็นค่อยไป ดังนี้ (กนกวรรณ, 2556; McKinney, James, Murray, Nelson, , & Ashwill, 2013; Murray & McKinney, 2014; Ricci, 2013)

1. การซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ และดูจากบันทึกการฝากครรภ์ ได้แก่ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน น้ำหนักตัว ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ การตรวจหาโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีอาการปวดจุก เสียดยอดอก

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การวัดความดันโลหิต สังเกตอาการบวม ทั้งตำแหน่ง ความเล็กน้อย และการกดบวม ตรวจ Deep tendon reflex การกระตุกของข้อเท้า (ankle clonus) เป็นการตรวจปฏิกิริยาตอบสนองที่ไขว่ของข้อเท้า (ankle joint) โดยให้หญิงตั้งครรภ์นอนหงาย ผู้ตรวจประคองใต้หัวเข่าให้เข่างอมีอีกข้างหนึ่งจับปลายเท้าของหญิงตั้งครรภ์ให้กระดูกขึ้นอย่างแรง (dorsiflexion) และ

คงอยู่ในท่ากระดูกงูแล้วจึงปล่อยให้คลายออกพร้อมกับสังเกตการเคลื่อนไหวของฝ่าเท้า ผลการตรวจปกติเรียกว่า negative clonus จะเห็นว่าฝ่าเท้าคลายออกมาอยู่ในท่าเดิมโดยไม่มีการกระตุกสั้นของข้อเท้าและกล้ามเนื้องอและฝ่าเท้าเตะมือผู้ตรวจ ให้บันทึกจำนวนครั้งของการกระตุกสั้นด้วย เพราะการกระตุกสั้นร่วมกับการมีปฏิกิริยาตอบสนองกลับที่ไว (hyper reflexia) เป็นข้อบ่งชี้ว่ามีการระคายเคืองของระบบประสาทส่วนกลางในส่วนของ upper motor neurone ผลการตรวจจะเป็น “มี” กับ “ไม่มี” และมีการแปลผลดังนี้ เล็กน้อย (mild) มีการกระตุกสั้น 2 ครั้ง ปานกลาง (normal) มีการกระตุกสั้น 3-5 ครั้ง รุนแรง (severe) มีการกระตุกสั้นตั้งแต่ 6 ครั้ง ขึ้นไป เมื่อตรวจเสร็จแล้วให้จดบันทึกผลการตรวจปฏิกิริยาตอบสนองและการกระตุก ดังตัวอย่าง DTR +2, No clonus หรือ DTRs +2, 2 beats clonus เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ มีความสำคัญเพราะการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเป็นอาการเริ่มต้นของการเกิดภาวะ preeclampsia การตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะเป็นผลมาจากหลอดเลือดเกร็งทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง เซลล์ผนังภายในของกรวยไต (glomeruli) มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ในการแลกเปลี่ยนของไตลดลง มีการรั่วของโปรตีนออกมาในปัสสาวะ

4. การประเมินด้านจิตสังคม

การมีภาวะแทรกซ้อนเป็นความเครียดของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์และสุขภาพของตนเอง การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ยอมรับและสามารถดูแลตนเองให้มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนใกล้ครบหรือครบกำหนดคลอด

หลักการพยาบาล

เป้าหมายการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ คือลดความรุนแรงของโรค ป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะชักหรือภาวะชักซ้ำ ป้องกันอันตรายหรือลดภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์ ส่งเสริม Uteroplacental blood flow ส่งเสริมและสนับสนุนจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ดังนี้คือ (กนกวรรณ, 2556; สุภานัน, 2555; Dix, 2016; Green, 2012; Leifer, 2015; McKinney, James, Murray, Nelson, , & Ashwill, 2013; Murray & McKinney, 2014; Ricci, 2013)

1. การป้องกัน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเสี่ยง ได้แก่ ท้องแรก ครอครบครัวที่เคยเป็นโรคนี้อีกมาก่อน ครรภ์แฝด เบาหวาน โรคหลอดเลือดเรื้อรัง โรคไต ครรภ์ไขปลาตุก และทารกบวม น้ำ ควรติดตามซั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของ systolic blood pressure และ diastolic blood

pressure เพื่อให้แอสไพรินก่อน ติดตามอาการ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดบริเวณชายโครงหรือใต้
ลิ้นปี่ มือและหน้าบวม

2. ในรายที่เป็น mild pre-eclampsia และมีโปรตีนในปัสสาวะ มักจะให้หญิงตั้งครรภ์นอน
โรงพยาบาล แต่เมื่ออาการดีขึ้นไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตลดลง จึงให้หญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน
ได้ ก่อนกลับบ้านควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการและอาการแสดง ดังนี้

2.1 ภาวะ mild pre-eclampsia รุนแรงขึ้น ได้แก่ การสังเกตอาการบวมบริเวณมือและ
ใบหน้า ถ้าตื่นนอนเช้าอาจบวมบริเวณก้นกบ อาการปวดศีรษะที่รุนแรงมากขึ้น อาการปวดบริเวณชาย
โครงขวาหรือปวดใต้ลิ้นปี่ มองเห็นภาพซ้อนหรือภาพไม่ชัด ปัสสาวะออกน้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน มี
เลือดออกบริเวณเหงือก และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ลดลง ถ้าพบอาการดังกล่าว ควรไปโรงพยาบาล
ทันทีไม่ต้องรอถึงวันนัด

2.2 นับเด็กตื่น ถ้าตลอดทั้งวันเด็กตื่นน้อยกว่า 10 ครั้ง ให้รีบไปโรงพยาบาล

2.3 นอนพักในท่านอนตะแคง เพื่อลดการกดทับเส้นเลือด inferior vena cava ทำให้
ให้เลือดไหลเวียนทั่วร่างกายและเลือดไปเลี้ยงที่รกมากขึ้น

2.4 ชั่งน้ำหนัก เมื่อน้ำหนักขึ้นมากกว่าปกติ ให้รีบมาโรงพยาบาล

3. การรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.1 ให้นอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย ลดการกดทับเส้นเลือด inferior vena cava และ
เพิ่ม

ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไต

3.2 ตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์โดยการทำ nonstress test และการทำ ultrasound
เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

3.3 ดูแลให้ยาสเตรียรอยด์ เพื่อส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอด ตามแผนการรักษา

3.4 ถ้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการดีขึ้น ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิต
ลดลง ให้หญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน และพักผ่อนอย่างเต็มที่

4. การพยาบาล severe pre-eclampsia

4.1 การนอนพักในท่านอนตะแคงตลอดเวลา เพื่อลดการกระตุ้นการเกิดอาการชัก

4.2 ดูแลให้ได้รับยาต้านการชัก ได้แก่ แมกนีเซียมซัลเฟต และยาอื่น ๆ ตามแผนการ
รักษา ได้แก่ แมกนีเซียมซัลเฟต และยาลดความดันโลหิต

4.3 Retained foley's catheter

4.4 ดูแลให้ได้รับ lactated ringer' solution ตามแผนการรักษา ระหว่างการให้ควร
ระวังอาการปอดบวม น้ำ ซึ่งอาจพบได้ถ้าให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป

4.5 ดูแลการคลอดและการเร่งคลอด มักนิยมทำในรายที่เป็น pre-eclampsia ที่รุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก และเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. การดูแล eclampsia ควรได้รับยา ให้ MgSO 4-6 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ อย่างน้อย 5 นาที ตามแผนการรักษา ถ้าชักในระยะที่ทารกอยู่ในครรภ์จะทำให้หัวใจของทารกเต้นช้าลง ดูแลให้ออกซิเจน 8-12 ลิตร/นาที และตรวจสอบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด สังเกตการเกิดภาวะปอดบวม น้ำภาวะไตวาย ตลอดจนอาการและอาการแสดงของเลือดออกในสมอง

ตัวอย่างแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียพลาสมาและโปรตีน และปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน: ความดันโลหิต 180/110 มม.ปรอท โปรตีนปัสสาวะ 2+ DTRs 3+ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน เจ็บใต้ลิ้นปี่

วัตถุประสงค์: หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มล./ชั่วโมง
2. โปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน 2+
3. ความดันโลหิต systolic blood pressure เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 30 มม.ปรอท และ diastolic blood pressure เพิ่มขึ้นน้อยกว่า 15 มม.ปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชั่งน้ำหนักทุกวันกรณีที่มีอาการรุนแรง หรือชั่งทุกสัปดาห์ โดยปกติน้ำหนักไม่ควรเกิน 1.5 กิโลกรัมต่อเดือนในไตรมาสที่สอง และ 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ในไตรมาสที่สาม น้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้นหมายถึง การมีน้ำเคลื่อนออกจากเส้นเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์

2. บันทึกอาการและอาการแสดงของอาการบวมกำเริบมากขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บปวดบริเวณชายโครงขวา อาการทางสมอง และอาการคลื่นไส้อาเจียน

3. บันทึกน้ำเข้าออก สังเกตสีปัสสาวะ และค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเนื่องจากปริมาณปัสสาวะที่ออกน้อย และค่าความถ่วงจำเพาะต่ำ (ต่ำกว่า 1.040) บ่งบอกถึงภาวะปริมาณน้ำในร่างกายต่ำอย่างรุนแรง ซึ่งไตอาจได้รับอันตรายได้ มีความจำเป็นต้องได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จะช่วยให้ปัสสาวะออกดีขึ้น

4. ประเมินเสียงปอดและอัตราการหายใจ ถ้าพบว่าหายใจลำบากและพบเสียงน้ำในปอดแสดงว่ามีภาวะปอดบวม (pulmonary edema) ต้องได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา

5. บันทึกความดันโลหิตและชีพจร

6. ส่งเสริมให้มารดาได้นอนพักผ่อนอย่างเต็มที่ในท่านอนตะแคง เพื่อเพิ่มปริมาณการไหลกลับของเลือดที่เข้าสู่หัวใจ ทำให้เพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ทำให้การกำซาบของเนื้อเยื่อในรกดีขึ้น

7. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์อาจทำให้เกิดอันตรายจากภาวะ preeclampsia ได้

ข้อมูลสนับสนุน: หญิงตั้งครรภ์บอกว่า “ไม่รู้จะดูแลตัวเองอย่างไร”

ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถตอบคำถามได้

วัตถุประสงค์: หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของภาวะ Preeclampsia และบอกวิธีการดูแลตนเองได้

เกณฑ์การประเมินผล: 1. หญิงตั้งครรภ์สามารถอธิบายการดูแลตนเองได้

2. หญิงตั้งครรภ์มาตรวจครรภ์ตามนัดในครั้งต่อไป

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องภาวะ preeclampsia อาการและอาการแสดงที่ต้องรีบพบแพทย์
2. แนะนำการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะเรื่องประโยชน์ของการพักผ่อน และการผ่อนคลายให้มากขึ้นเน้นการนอนตะแคงซ้าย
3. แนะนำการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ได้แก่การวัดความดันโลหิต การตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ การชั่งน้ำหนักตัว การสังเกตอาการบวม การนับการดิ้นของทารกในครรภ์พร้อมกับการบันทึกไว้
4. แนะนำหากตรวจพบมีสิ่งผิดปกติ ได้แก่ BP \geq 140/90 mmHg, โปรตีนในปัสสาวะ \geq 2+ น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัม/สัปดาห์ ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งใน 12 ชั่วโมง หรือใน 4 ชั่วโมง ที่ผ่านมาทารกในครรภ์ไม่ดิ้น ให้รีบพบแพทย์
5. แนะนำอาการแสดงที่ต้องรีบพบแพทย์ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองเห็นเป็นจุด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: กลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ preeclampsia ที่จะมีผลต่อตนเองและทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน: สีหน้าแสดงความกลัวและกังวล

วัตถุประสงค์: กลัวและความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าท่าทางที่บ่งบอกถึงความสบายใจมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างบรรยากาศการเป็นกันเอง และผ่อนคลายในขณะที่ให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์
2. กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดและระบายความรู้สึกนึกคิด ความกลัว ออกมา
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถเผชิญต่อภาวะความดันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ได้
4. อธิบายการป้องกันและวิธีการลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากระบบประสาทส่วนกลางได้รับการระคายเคือง

ข้อมูลสนับสนุน: การตรวจร่างกายพบ DTRs 3+ และมีการกระตุกของข้อเท้า

วัตถุประสงค์: หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ไม่ได้รับอันตรายจากระบบประสาทส่วนกลางได้รับการระคายเคือง

เกณฑ์การประเมินผล: - DTRs 1+ ถึง 2+ , ไม่มี ankle clonus
- อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 110-160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจ DTRs และ ankle clonus เมื่อแรกรับไว้ดูแล และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมงพร้อมกับบันทึกไว้
2. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตในสารละลายเข้าหลอดเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ติดตามวัดสัญญาณชีพ การถ่ายปัสสาวะ DTRs อัตราการไหลของสารน้ำ และระดับของแมกนีเซียมในเลือดของหญิงตั้งครรภ์
4. ติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง และติดตามการเต้นของหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด
5. เตรียม 10% calcium gluconate 10 ml สำหรับฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ นานมากกว่า 3 นาที โดยฉีดทันทีที่มีอาการของแมกนีเซียมเป็นพิษ
6. จัดหญิงตั้งครรภ์ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบ ไม่มีแสงและเสียงรบกวน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการมีปริมาตรของน้ำในร่างกายมาก จากการเพิ่มขึ้นของโซเดียม (Na) ที่เกิดจากให้ $MgSO_4$

ข้อมูลสนับสนุน: หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ MgSO₄ ตามแผนการรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์: ป้องกันการมีปริมาตรของน้ำและปริมาณ MgSO₄ ในร่างกายมากเกินไป

เกณฑ์การประเมิน: - ไม่มีอาการหายใจลำบากจากการมีน้ำมากในปอด
- มีเสียงหายใจปกติ มีอัตราการหายใจมากกว่า 12 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ MgSO₄ ในสารละลาย 5% D/W ตามแผนการรักษาของแพทย์
อย่างเคร่งครัด

2. สังเกตอาการบวมต้องลดลงปัสสาวะออกมากขึ้น ระดับ serum creatinine ไม่เพิ่ม

3. วัตถุประสงค์และสังเกตอาการ ดังนี้ ถ้าชีพจร < 60 ครั้ง/นาที หรือ > 140 ครั้ง /นาที หรือ
มีอาการใจสั่นความดันโลหิต < 90/60 mmHg อัตราการหายใจ < 14 ครั้ง/นาที หายใจลำบาก หายใจมี
เสียง crackles ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกไม่เพียงพอ
เนื่องจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน: - ได้รับการวินิจฉัยเป็น severe preeclampsia

- ได้รับยาต้านความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์: ทารกในครรภ์มีความปลอดภัย การเจริญเติบโตปกติ

เกณฑ์การประเมินผล: อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 110-160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จำกัดกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์โดยให้พักผ่อนให้มากเน้นการนอนตะแคงและท่านอนที่ดีที่สุด
ที่สุด คือ การนอนตะแคงซ้าย

2. ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที

3. ดูแลให้ได้รับยาต้านความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง และติดตามการเต้นของหัวใจทารก
อย่างใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ฉันทนะมงคล. (2556). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมรีเวช และศัลยกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท จามจุรีโปรดักท์ จำกัด.
- ชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2554). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในคมสันต์ สุวรรณภักย์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฝ้า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 151-187). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
- ดวงสิทธิ์ วัฒมนารา, และชาญชัย วันทนาศิริ. (2555). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในถวัลย์วงศ์ รัตน์ศิริ, จุติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 75-89). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- มนศักดิ์ ชูโชตรส, และวิบูลพรรณ จิตะดิลก. (2555). ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ในเยื่อน ต้นตินิรันดร, วรพงศ์ ภู่งศ์, และเอกชัย โควาวิสารัช (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 89-105). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, และธีระ ทองสง. (2555). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 293-307). กรุงเทพฯ: บริษัทลักษณะมีรุ่ง จำกัด.
- สุภานัน ชัยราช. (2555). บทบาทพยาบาลกับการพยาบาลมารดาที่มีภาวะช้ำ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงขณะตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด. ในเอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, และบุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *วิกฤตการณ์ทางสูติกรรมที่รุนแรง* (หน้า 217-236). กรุงเทพฯ: บริษัท ทรี-ดี สแกน จำกัด.
- Bewley, C. (2012). Hypertensive disorders of pregnancy. In S. Macdonald, & J. Magill-Cuerden (Eds.), *Mayes' midwifery* (14th ed.). (pp 787-797). Edinburgh: Elsevier.
- Dix, D. (2016). Hypertensive disorders. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 653-668). St. Louis: Elsevier.
- Harvey, C. J., & Sibai, B. M. (2013). Hypertension in pregnancy. In N. H. Troiano, C. J. Harvey, & B. Flood (Eds.), *High-risk & critical care obstetrics* (3rd ed.). (pp 109-124). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Leifer, G. (2015). *Introduction to maternity and pediatric nursing* (17th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.

- Mallicoat, H. P. (2012). Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans* (2nd ed.). (pp 143-218). Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

บทที่ 12

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของน้ำคร่ำ (Nursing care for pregnant women with hydramnios)

รศ. สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์ : เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะความผิดปกติของน้ำคร่ำได้ถูกต้อง
2. บอกหลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของน้ำคร่ำได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะความผิดปกติของน้ำคร่ำ
2. หลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของน้ำคร่ำ

น้ำคร่ำ (Amniotic fluid) เป็นของเหลวที่อยู่ในถุงน้ำคร่ำ โดยน้ำคร่ำจะอยู่รอบๆตัวทารก ทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันการกระทบกระเทือนต่อทารก น้ำคร่ำบางส่วนมาจากของเหลวจากเลือดของมารดาที่ซึมผ่านถุงน้ำคร่ำ และ/หรือผิวหนังของทารก แต่ส่วนใหญ่มาจากปัสสาวะของทารก โดยปริมาณน้ำคร่ำจะมากหรือน้อย ขึ้นกับความสมดุลของการกลืนน้ำคร่ำของทารก และการขับปัสสาวะของทารกที่อยู่ในครรภ์ หากทารกไม่มีไต จะไม่สามารถสร้างปัสสาวะได้ ทำให้ไม่มีน้ำคร่ำ (Anhydramnios) หรือน้อยมาก (Oligohydramnios) แต่หากทารกไม่สามารถกลืนน้ำคร่ำได้ จะทำให้น้ำคร่ำมากกว่าปกติ (Polyhydramnios หรือ Hydramnios)

หน้าที่ของน้ำคร่ำ

น้ำคร่ำมีหน้าที่หลายอย่าง ดังนี้คือ ป้องกันการกระทบกระเทือนซึ่งจะเป็นอันตรายแก่ทารก ทำให้ทารกมีการเคลื่อนไหวสะดวก รักษาอุณหภูมิของทารกให้คงที่ เป็นแหล่งให้อาหารให้ทารก นอกจากนี้แรงดันน้ำในโพรงน้ำคร่ำมีส่วนช่วยขยายปากมดลูกเมื่อเวลาเจ็บครรภ์คลอด

ปริมาณของน้ำคร่ำ

ปริมาณของน้ำคร่ำแตกต่างกันออกไปตามอายุครรภ์ คือ (สุชยา, 2555)

อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ มีน้ำคร่ำ 8 มล.

อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีน้ำคร่ำ 50-80 มล.

อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ มีน้ำคร่ำ 200 มล.

อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ มีน้ำคร่ำ 400 มล.

อายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ มีน้ำคร่ำ 1,000 มล.

อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มีน้ำคร่ำน้อยกว่า 1,000 มล. เล็กน้อย

หลัง 42 สัปดาห์ ปริมาณน้ำคร่ำลดลงเรื่อยๆ อาจจะมีเพียง 200-300 มล.

การวัดปริมาณน้ำคร่ำ

การวัดปริมาณน้ำคร่ำที่นิยมกันมากที่สุดในปัจจุบันคือการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อบอกให้ทราบว่าน้ำคร่ำปกติ น้อยหรือน้ำคร่ำมาก เนื่องจากปริมาณน้ำคร่ำที่ผิดปกติไม่ว่ามากหรือน้อยมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี เทคนิคในการวัดปริมาณน้ำคร่ำด้วยอัลตราซาวด์ มีหลายวิธี แต่ที่นิยมกันมากมี 3 วิธีดังนี้ (สุชยา, 2555)

1. วัดด้วยความรู้สึก (subjective) เป็นการแปลผลด้วยประสบการณ์ของผู้ตรวจว่ามีน้ำคร่ำมากน้อย หรือปกติ โดยทั่วไปถือว่าถ้าเห็นน้ำคร่ำล้อมรอบตัวทารกทั้งหมดก็แสดงว่าเพียงพอ วิธีนี้มีข้อดีที่ใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับการตรวจคัดกรองโดยผู้ชำนาญ เมื่อรู้สึกว่ามีน้ำคร่ำน้อยหรือมากผิดปกติให้วัดเชิงปริมาณต่อไป

2. วัดแองลึกที่สุดของน้ำคร่ำ (single deepest pocket, SDP หรือ maximum vertical pocket, MVP) ตรวจสอบตำแหน่งของแองลึกที่มีขนาดใหญ่ที่สุดที่ไม่มีสายสะดือหรือตัวเด็กอยู่ให้วัดในแนวตั้ง โดยต้องมีที่ว่างในแนวนอนอย่างน้อย 1 ซม. ถ้ามีขนาด 2 ซม. หรือน้อยกว่า ถือว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) ถ้ามีแองลึกใหญ่เกิน 8 ซม. ถือว่าเป็นครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) ถ้าอยู่ระหว่าง 2.1-8 ซม. ถือว่าปกติ วิธีนี้ทำได้ง่าย แต่ก็มีขีดจำกัดในการวัดเช่นกัน ได้แก่ บางรายแองลึกน้ำคร่ำไม่เรียบหาจุดเหมาะสมในการวัดยาก แองลึกน้ำคร่ำแปรไปตามการเปลี่ยนท่าของทารกด้วย บางรายปริมาณน้ำคร่ำอาจเพียงพอแต่คั่งอยู่ในแองลึกที่แบนกว้าง วัดในแนวตั้งแนวเดียวอาจแปลผลว่าน้ำคร่ำน้อยได้ และค่าที่ถือผิดปกติอาจไม่เหมาะสมสำหรับทุกอายุครรภ์ก็ได้

3. ดัชนีปริมาณน้ำคร่ำ (amniotic fluid index, AFI) ค่านี้ได้จากการผลรวมของค่าที่ได้จากการวัดแองลึกน้ำคร่ำที่ลึกที่สุดจากการแบ่งหน้าท้องมารดาเป็น 4 ส่วน เท่าๆ กันโดยอาศัยแนวของสะดือและ linea nigra ถ้าน้อยกว่า 8 เซนติเมตรถือว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย ถ้าน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ให้คลอดถ้าอายุครรภ์มากพอที่ทารกจะเลี้ยงรอดได้ (ศุภวิทย์, 2555) ถ้ามากกว่า 25 เซนติเมตรถือว่าเป็นครรภ์แฝดน้ำ

ครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios)

ครรภ์แฝดน้ำหรือครรภ์มานน้ำ (hydramnios หรือ polyhydramnios) หมายถึง ภาวะตั้งครรภ์ที่มีจำนวนน้ำคร่ำมากผิดปกติ เกินเปอร์เซ็นต์ที่ 95 ของแต่ละอายุครรภ์ หรือ AFI เกิน 25 ซม., SDP มากกว่า 8 ซม. ถ้าวัดปริมาตรได้โดยตรงจะถือที่มากกว่า 2,000 มล. ตอนครรภ์ครบกำหนด (สุชยา, 2555; Ricci, 2013; Smith, 2018) หรือมากกว่า 1,500-2,000 มล. ในไตรมาสสุดท้าย (ศุภวิทย์, 2555; Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013) ส่วนมากแล้วจำนวนน้ำคร่ำที่มากมักจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรียกว่า chronic hydramnios แต่ถ้าเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 วันก็เรียกว่า acute hydramnios ทั้งนี้ลักษณะของน้ำคร่ำจะเหมือนกับครรภ์ปกติ (สุชยา, 2555)

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของครรภ์แฝดน้ำพบประมาณร้อยละ 1-2 ของการคลอด (สุชยา, 2555; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

พยาธิสรีรวิทยา

ความสมดุลของน้ำคร่ำสัมพันธ์กับปริมาณของเหลวที่เข้าและออกจากถุงน้ำคร่ำ จะแตกต่างกันตามช่วงอายุครรภ์ ในช่วงหลังของการตั้งครรภ์จะสัมพันธ์กับปริมาณปัสสาวะของทารก การสร้างของเหลวจากปอด การกลืนและการดูดซึมผ่านทางเนื้อเยื่อของทารก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ในช่วงครึ่งหลังน้ำคร่ำจะมาจากปัสสาวะร้อยละ 30 ของน้ำหนักตัว จาก

การกลืนร้อยละ 20-25 และสร้างจากปอด ร้อยละ 10 ดังนั้นความผิดปกติของปริมาณน้ำคร่ำจะสัมพันธ์กับความผิดปกติของสมดุค จะมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงที่เกิดขึ้น (สุขยา, 2555)

สาเหตุ

สาเหตุของครรภ์แฝดน้ำมีดังนี้คือ (ศุภวิทย์, 2555; สุขยา, 2555)

1. สาเหตุหลักเกิดจากการสร้างมากไปหรือกระบวนการในการกำจัดเสียไป ได้แก่

1.1 การสร้างมากผิดปกติ ได้แก่

1.1.1 ความพิการของทารก ซึ่งส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการกลืนของทารกตั้งแต่ความผิดปกติของระบบประสาทลงมาถึงการอุดตันของทางเดินอาหารที่พบได้บ่อยที่สุดได้แก่ มีปัญหาในการกลืนน้ำคร่ำ ทารกไม่มีกะโหลก (anencephaly) เนื้องอกที่หน้า (epinagthus) ปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip/palate) และการตีบตันของทางเดินอาหาร ได้แก่ หลอดอาหาร หรือดูโอดินัมตีบตัน นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท เช่น spina bifida, myotonic dystrophy นอกจากนี้ยังมีภาวะไส้เลื่อนกระบังลม (diaphragmatic hernia) เป็นต้น

1.1.2 ความผิดปกติอื่นๆ เช่น trisomy 18, ทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) ทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลวจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ทารกติดเชื้อจากโรคฮีโมโกลบินบาร์ธ การติดเชื้อของทารกในครรภ์ เช่น toxoplasmosis cytomegalovirus (CMV), fetomaternal hemorrhage, isoimmunization, การเต้นผิดจังหวะ (supraventricular tachycardia) หรือมี diuresis จากการเพิ่มขึ้นของ atrial natriuretic peptide (ANP) or brain natriuretic peptide (BNP)

1.1.3 ครรภ์แฝด ที่มีภาวะแทรกซ้อนคือ twin-to- twin transfusion syndrome

1.1.4 Amnitis เชื่อว่าการอักเสบของ membrane ทำให้รกรสร้างน้ำมากกว่าปกติ การติดเชื้อที่พบบ่อยได้แก่ congenital syphilis, parvovirus infection

1.1.5 Gestational and insulin dependent diabetes มีรายงานว่าร้อยละ 19 ของมารดาที่มีภาวะครรภ์แฝดน้ำ เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในรายที่ควบคุมเบาหวานไม่ดี ทารกในครรภ์จะมีภาวะ hyperglycemia ส่งผลต่อระบบ osmotic ทำให้สร้างปัสสาวะมากขึ้น (polyuria) และถ้าทารกมีภาวะ macrosomia จะมีการเพิ่มขึ้นของ cardiac output และปริมาตรของเลือดในร่างกาย ส่งผลให้ glomerular filtration rate เพิ่มขึ้น ทำให้มีปัสสาวะออกมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ภาวะ hypercalcemia ในมารดาก็ทำให้เกิดครรภ์แฝดน้ำเช่นกัน

1.1.6 Congenital metabolic disease เช่น Gaucher's disease

1.2 การกำจัดเสียไป ที่พบได้บ่อยได้แก่ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น duodenal atresia, esophageal atresia

1.3 ไม่ทราบสาเหตุ เป็นกลุ่มที่พบได้บ่อยที่สุด คือร้อยละ 60 อาจเป็นความแปรปรวนของครรภ์ปกติ ครรภ์แฝดน้ำในกลุ่มนี้มักไม่รุนแรงมากคือระดับน้อยถึงปานกลาง

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์แฝดน้ำคือ หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว้าท้องโตเร็ว อึดอัด หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ ในรายที่น้ำคร่ำมากกว่าปกติเพียงเล็กน้อยอาจไม่มีอาการก็ได้ สิ่งสำคัญที่สุดในการตรวจพบภาวะครรภ์แฝดน้ำคือการตรวจครรภ์ (Leopold maneuver) ลักษณะที่บอกว่าจะมีภาวะครรภ์แฝดน้ำคือ ขนาดมดลูกโตกว่าอายุครรภ์ หายใจลำบากโดยเฉพาะในท่านอนหงาย ขาและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกบวม คลำส่วนของทารกได้ไม่ชัดเจน ฟังเสียงหัวใจทารกได้ยาก และทำ fluid thrill ได้ผลบวก (ศุภวิทย์, 2555; Smith, 2018)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะครรภ์แฝดน้ำทำได้ดังนี้คือ (สุขยา, 2555)

การวินิจฉัยจากประวัติ

วินิจฉัยจากประวัติการโตเร็วของมดลูก อาการผิดปกติที่เกิดจากการกดเบียด หรือผลจากการดึงตัวของมดลูกจาก over distension ต่ออวัยวะใกล้เคียงเช่น ผลต่อระบบการหายใจทำให้หายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ต้องนอนหนุนหมอนหลายใบ หรืออยู่ในท่า upright ผลต่อระบบไหลเวียน ทำให้มีอาการบวมที่ส่วนล่างของร่างกาย และอวัยวะเพศภายนอกเป็นผลจากหลอดเลือดและระบบน้ำเหลืองถูกกด ถ้าเป็นครรภ์แฝดน้ำแบบฉับพลัน (acute hydramnios) อาการจะรุนแรง ส่วนใหญ่เกิดเร็วในระยะ 4-5 เดือนแรกของการตั้งครรภ์และเป็นสาเหตุหนึ่งของการคลอดก่อนกำหนดส่วนในรายที่เป็นครรภ์แฝดน้ำแบบเรื้อรัง (chronic hydramnios) น้ำคร่ำจะเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ความดันภายในโพรงมดลูกไม่สูงมาก จึงไม่ค่อยมีอาการ ในรายที่มีสาเหตุจากทารกบวม น้ำ อาจทำให้เกิด mirror syndrome คือภาวะที่มารดามีอาการบวมคล้ายกับทารกในครรภ์ อาจมี proteinuria และทำให้เกิด preeclampsia ได้

การวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย

ขนาดมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์ พบมดลูกขยายใหญ่ วัดเส้นรอบท้องได้มากกว่า 100 เซนติเมตร มดลูกมีรูปร่างกลมมากกว่ารูปไข่ ผื่นงหน้าท้องบางตึงเป็นมันใส (shiny) เส้นเลือดดำขยายเห็นชัดเจน หน้าท้องแตกลายมากกว่าปกติ (striae gravidarum) ร่วมกับการที่คลำส่วนต่างๆ ของทารกในครรภ์ได้ยาก ฟังเสียงหัวใจทารกได้ยาก ผื่นงของมดลูกตึงถ้า น้ำคร่ำมีปริมาณเยอะมากก็จะคลำส่วนของทารกไม่ได้เลย คลำส่วนของทารกลำบากเพราะหน้าท้องตึงมาก กดนี้ไม่ค่อยลง คลำไม่พบส่วนต่างๆ ของตัวทารก มีน้ำมากระทบมือ (fluid thrill)

การวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์

ปัจจุบันมีการวัดปริมาณน้ำคร่ำหลายวิธี แต่ที่ใช้อย่างแพร่หลาย คือ การวัดแองจ์ที่ใหญ่ที่สุด (SDP) และ AFI โดยมีเกณฑ์วินิจฉัยและแบ่งระดับความรุนแรงดังแสดงในตารางที่ 1 นอกจากนี้วัดปริมาณน้ำคร่ำแล้ว ควรตรวจหาความผิดปกติของทารกในครรภ์ ที่สัมพันธ์กับภาวะครรภ์แฝดน้ำ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ในครรภ์ มีความผิดปกติบางอย่างที่ตรวจไม่พบ และไม่สามารถวินิจฉัยได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ tracheoesophageal fistula, cardiac septal defects และ cleft palate

ผลกระทบต่อมารดา

ระยะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์แฝดน้ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่สัมพันธ์กับการขยายขนาดของมดลูก (uterine over distention) ได้แก่ รู้สึกไม่สุขสบายจากการกดทับของมดลูกที่มีขนาดใหญ่ แน่นอึดอัด หายใจลำบาก หัวใจเต้นแรง เจ็บชายโครง ท้องอืดหรือท้องผูก อาจพบอาหารไม่ย่อย บางครั้งคลื่นไส้ อาเจียน แสบยอดอก อาจมีอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนอย่างรุนแรง ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวาน มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกยืดขยายมากกว่าปกติ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดเนื่องจากทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ และอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายมากคือ ภาวะ Congestive heart failure ได้

ระยะคลอด ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ มดลูกหดตัวไม่ดี การคลอดล่าช้า สายสะดือพลัดต่ำ การตกเลือด จากรกลอกตัวก่อนกำหนด เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดรวมถึงหัตถการทางสูติศาสตร์อื่นๆ ด้วยเช่นกัน (สุชยา, 2555)

ระยะหลังคลอด ได้แก่ตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี เกิดการติดเชื้องหลังคลอด ถ้ามี ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดนานกว่า 6 ชั่วโมงขึ้นไป

ผลกระทบต่อทารก

ทารกคลอดก่อนกำหนด อาจพบ Respiratory distress syndrome ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน อาจจากสายสะดือพลัดต่ำ ถ้าได้รับการช่วยเหลือล่าช้าส่งผลให้ทารก เสียชีวิตได้ อัตราตายปริกำเนิดจะเพิ่มขึ้น 2-5 เท่า ในรายที่น้ำคร่ำเยอะโดยไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะในรายที่ทารกตัวโต (สุชยา, 2555)

การรักษา

การรักษาภาวะครรภ์แฝดน้ำทำได้ดังนี้คือ (ศุภวิทย์, 2555; สุชยา, 2555; Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013) ครรภ์แฝดน้ำชนิดรุนแรงน้อย หรือ เรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หรือมีไม่มาก กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ เพียงแต่ตรวจเช็คดูความผิดปกติที่อาจจะเกิดร่วมด้วยเช่นโรคเบาหวานหรือทารกในครรภ์ผิดปกติแต่ถ้าหายใจลำบาก ปวดท้องหรือเคลื่อนไหวลำบาก ควรให้นอนพักในโรงพยาบาลและพิจารณาเจาะน้ำคร่ำออกเพื่อลดปริมาณน้ำคร่ำลง

การดูดน้ำคร่ำออก (amnioreduction)

ทำเพื่อลดปริมาณน้ำคร่ำ และส่งน้ำคร่ำตรวจโครโมโซมทารกในครรภ์ หรือ ความเจริญของปอด (fetal lung maturity) ควรเจาะโดยอาศัยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้เข็ม spinal needle เบอร์ 18 ในการดูดน้ำคร่ำออกอย่างช้า ๆ แล้วในอัตราประมาณ 500 มล./ชม. หรือ ไม่เกิน 1000 มล. ใน 20 นาที (50 มล./นาที) โดยใช้สายน้ำเกลือควบคุมการไหลร่วมกับ screw clamp เอาออกครั้งละ 1,500-2,000 มล. ไม่เกิน 5 ลิตรต่อครั้ง หรือหยุดทำเมื่อปริมาณน้ำคร่ำกลับมาปกติ (AFI=15-20 ซม.) หรือ แรงดันในโพรงมดลูกน้อยกว่า 20 มม.ปรอทหลังการเจาะน้ำคร่ำ ควรตรวจอัลตราซาวด์ติดตามปริมาณน้ำคร่ำ ทุก 1-3 สัปดาห์ ในระหว่างการคลอดอาจจะเจาะเอาน้ำคร่ำออก โดยเจาะผ่านปากมดลูกที่เปิดแล้ว ต้องระวังอันตรายจากสายสะดือข้อย่อยหรือรกลอกตัวก่อนกำหนดเชื่อว่ามดลูกที่ขนาดหดเล็กน้อยจะช่วยให้มีการหดตัวของมดลูกดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่การเจ็บครรภ์สายสะดือข้อย่อย ถู้น้ำคร่ำแตก รกลอกตัวก่อนกำหนด อาจจะเจาะถูกรก สายสะดือ หรือตัวทารก และติดเชื้อได้

การรักษาด้วยยา Indomethacin (Prostaglandin synthetase inhibitors)

ยาส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ มีการหลั่งของ arginine vasopressin เพิ่มขึ้นทำให้ ไตลดการขับปัสสาวะลง ร่วมกับการลดการไหลเวียนเลือดไปยังไตทำให้ปัสสาวะสร้างน้อยลง ยาในกลุ่มนี้ยังมีผลลดการสร้างและเพิ่มการดูดซึมกลับของสารน้ำในปอดมากขึ้น โดยเริ่มให้ 25 มก. 4 ครั้งต่อวัน ถ้าปริมาณน้ำคร่ำยังไม่ลดใน 2-3 วัน สามารถเพิ่มยาได้ถึง 2-3 มก./กก./วัน และค่อย ๆ ลดยาลงจนหมด ไม่ควรให้หลังอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบของมารดา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน esophageal reflux gastritis ซึ่งพบได้ร้อยละ 4 ถ้าใช้นานอาจทำให้เกิด Platelet dysfunction ได้ ผลต่อทารกทำให้ ductus arteriosus ปิดก่อนกำหนด พบได้ถึงร้อยละ 10-50 อาจเกิด pulmonary hypertension โดยเฉพาะถ้าได้รับหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ควรตรวจอัลตราซาวด์ติดตามและวัดคลื่นเสียงดอปเพลอร์ หลังการรักษา 48 ชั่วโมงและตรวจติดตามต่อเป็นระยะ จะพบว่า ductus arteriosus ตีบแคบลง อาจร่วมกับมี tricuspid regurgitation และ right ventricular dysfunction

การรักษาด้วยยา Sulindac (nonsteroidal anti-inflammatory drug) เป็นยาที่มีผลลดปริมาณน้ำคร่ำ โดยมีผลทำให้ ductus arteriosus ตีบแคบน้อยกว่า Indomethacin

การรักษาในระยะก่อนคลอด

ควรมีการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เนื่องจากในภาวะครรภ์แฝดน้ำ เพิ่มอัตราตายปริกำเนิดขึ้น 2-5 เท่า จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ โดยวิธี nonstress test, contraction stress test, biophysical profile แต่อาจมีข้อจำกัดในเกณฑ์ปริมาณน้ำคร่ำที่เยอะอยู่แล้ว รวมถึงการใช้คลื่นเสียงดอปเพลอร์ในการตรวจติดตาม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์จนกระทั่ง 40 สัปดาห์ และติดตามสุขภาพทารกและน้ำคร่ำโดยอัลตราซาวด์ ทุก 2-3 สัปดาห์

กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ ในรายที่มีอาการแทรกซ้อนชนิดรุนแรง แนะนำให้ทำ amnioreduction และอาจพิจารณาให้ร่วมกับ indomethacin ในการควบคุมไม่ให้น้ำคร่ำกลับขึ้นมา เยอะใหม่ ลดความเสี่ยงในการเจาะน้ำคร่ำซ้ำ และควรหยุดเมื่ออายุครรภ์ 32- 34 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการตีบแคบของ ductus arteriosus

กรณีอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ให้เจาะน้ำคร่ำเพื่อบรรเทาอาการได้ ไม่แนะนำให้ indomethacin แต่ให้ได้กรณีที่ต้องการหลีกเลี่ยงการเจาะน้ำคร่ำหลายๆ ครั้ง

ระยะคลอด

ต้องระวังภาวะน้ำคร่ำแตกรั่ว เพราะอาจทำให้เกิด cord prolapse หรือ abruption ถ้าจำเป็นต้องเจาะถุงน้ำคร่ำให้ค่อย ๆ เจาะและปล่อยน้ำคร่ำให้ไหลออกมาช้า ๆ โดยใช้ lowa trumpet ในรายที่ต้องเร่งคลอดสามารถใช้ oxytocin หรือ prostaglandins ได้ หลังคลอดทันทีต้องระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังคลอดจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด amniotic fluid embolism

หลักการพยาบาล

หลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์แฝดน้ำมีดังนี้คือ (มาลีวัล, 2554; Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013; Ricci, 2017)

ระยะตั้งครรภ์

1. ให้นอนพักอ่อน นอนตะแคงซ้ายและยกศีรษะสูง เพื่อลดการกดเบียดกระบังลม ช่วยให้หายใจสะดวก
2. ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เนื่องจากมีการสูญเสียโปรตีนในการสร้างน้ำคร่ำเป็นจำนวนมาก ไม่ควรงดอาหารเค็มและจำกัดน้ำดื่ม เพราะไม่มีประโยชน์และอาจก่อให้เกิดอันตรายได้
3. แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าที่หลวมเพื่อลดอาการแน่นอึดอัด
4. ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ตามแผนการรักษา และวัดรอบท้องเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำมาก
5. สอนการนับเด็กดิ้น
6. รายที่มีความผิดปกติของทารก อาจต้องยุติการตั้งครรภ์ ให้การดูแลด้านจิตใจ
7. รายที่มีน้ำคร่ำมากผิดปกติอย่างรุนแรง (severe polyhydramnios) จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และให้การรักษาและการพยาบาลดังนี้คือ ให้นอนพัก (bed rest) เพื่อลดแรงกดดันต่อปากมดลูก ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ยา Indomethacin (50 – 200 mg. ต่อวัน) หรือ Sulindac (200 mg. ทุก 12 ชั่วโมง) ตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณของน้ำคร่ำ บรรเทาอาการหอบเหนื่อย แน่นท้อง

8. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการเพิ่มขึ้นของน้ำคร่ำมากผิดปกติ ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยาย และกดเบียดอวัยวะต่างๆ ในช่องท้อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สุขสบาย เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ คือภาวะหายใจลำบาก อัตราการหายใจเร็วผิดปกติ นอนราบไม่ได้ เนื่องจากมดลูกมีขนาดโตขึ้นไปกดเบียดกระบังลมให้ลอยสูงขึ้น ถ้าอาการรุนแรงจะทำให้หายใจเร็ว และมีอาการเหนื่อยหอบ ภาวะอาหารไม่ย่อย ท้องอืดและท้องผูก เนื่องจากมดลูกกดเบียดกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ การบวมที่ขาและอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากมดลูกที่มีขนาดใหญ่มากกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ (inferior venacava) ทำให้การไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ตรวจพบ เสียงพลิ้วไหวของน้ำในช่องท้อง (fluid thrill) รกลอกตัวก่อนกำหนด และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (premature rupture of membrane) มักพบในรายที่มีการเพิ่มของปริมาณน้ำคร่ำเฉียบพลัน แรงดันในถุง น้ำคร่ำสูงทันทีทันใด เกิดกลไกการเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด

9. รายที่มีน้ำคร่ำมากผิดปกติอย่างรุนแรง (severe polyhydramnios) จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และให้การรักษาและการพยาบาลดังนี้คือ ให้นอนพัก (bed rest) เพื่อลดแรงกดดันต่อปากมดลูก ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้น้ำ Indomethacin (50 – 200 mg. ต่อวัน) หรือ Sulindac (200 mg. ทุก 12 ชั่วโมง) ตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณของน้ำคร่ำ บรรเทาอาการหอบเหนื่อย แน่นท้อง

10. เตรียมเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องตามแผนการรักษาโดยเตรียม 1-2% xylocain เข็มเจาะไขสันหลัง และกระบอกฉีดยา (syringe) 50 ซีซี

11. อธิบายขั้นตอนตรวจของการดูน้ำคร่ำออกทางหน้าท้อง

12. การพยาบาลภายหลังดูน้ำคร่ำ

12.1 ประเมินสุขภาพทารกโดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 4 ชั่วโมงและแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารกภายหลังการดูน้ำคร่ำ ถ้าทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน ให้แจ้งพยาบาลทราบ

12.2 ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีการหดรัดตัวทุก 10 นาที รายงานแพทย์

12.3 สังเกตเลือดออกทางช่องคลอด

13. ประเมินการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติ และการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกกังวล อาจมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

ระยะคลอด

1. ปริมาณน้ำคร่ำที่มากผิดปกติทำให้มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกเกินขนาด ทำให้ส่วนนำและท่าทารกผิดปกติ อาจเกิดภาวะสายสะดือพลัดต่ำ (prolapsed cord) ต้องติดตามเสียงหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด

2. ดูแลให้การคลอดดำเนินไปตามปกติ เพราะอาจเกิดการคลอดล่าช้า เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (uterine inertia) ดูแลการให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (oxytocin) ตามแผนการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

3. ติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกตลอดเวลา

4. รายงานกุมารแพทย์เมื่อทารกมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ น้ำหนักตัวน้อย อวัยวะต่างๆไม่สมบูรณ์เนื่องจากอายุในครรภ์ไม่ครบกำหนด มีความผิดปกติหรือพิการแต่กำเนิด

ระยะหลังคลอด

1. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีจากการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูก

เกินขนาดในระยะตั้งครรภ์ โดยการให้ยา Methergin หรือ Oxytocin เพื่อให้มดลูกหดรัดตัว

2. ตรวจร่างกายทารกว่ามีความผิดปกติหรือพิการแต่กำเนิดหรือไม่ หรืออาจใส่สายยางลงกระเพาะอาหาร เพื่อดูว่ามีหลอดอาหารตีบตันตั้งแต่กำเนิดหรือไม่

ภาวะน้ำคร่ำน้อย

ภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) หมายถึง ภาวะตั้งครรภ์ที่มีจำนวนน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ คือน้อยกว่า 500 มล. เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 ถึง 36 สัปดาห์ ถือว่ามีน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (ศุภวิทย์, 2555; Ricci, 2017; Ricci, Kyle, & Carman, 2017) หรือหากตรวจอัลตราซาวนด์ค่า Amniotic fluid index (AFI) ถ้าน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ถือว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อย (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013) หรือหากวัดความลึกถุงน้ำคร่ำเพียงตำแหน่งเดียว (Single deepest pocket) ใช้ระดับถุงน้ำคร่ำที่ลึกสุด น้อยกว่า 2 เซนติเมตร ที่จะบ่งบอกว่ามีน้ำคร่ำน้อย และค่าที่วัดได้หากน้อยกว่า 1 เซนติเมตร เรียกว่าน้ำคร่ำน้อยอย่างรุนแรง

ภาวะน้ำคร่ำน้อยอาจพบร่วมกับความผิดปกติของทารก ความผิดปกติของโครโมโซม ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์และครรภ์เกินกำหนด ทั้งนี้ขึ้นกับอายุครรภ์ที่เกิด ถ้าเกิดตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ จะสัมพันธ์กับความผิดปกติของทารกในครรภ์ได้บ่อยกว่า ถ้าเกิดตั้งแต่ไตรมาสแรกโดยเฉพาะก่อนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ โอกาสเกิดค่อนข้างน้อยและมักจะไม่ทราบสาเหตุ เพราะน้ำคร่ำส่วนใหญ่มาจากรก จากซึมผ่าน amnion มาจากแม่และเป็นสารน้ำที่ระเหยออกมาจากรก ถ้ามีน้ำคร่ำน้อยทำนายได้ว่าเกือบทั้งหมดจะแห้งออกมาในที่สุด แต่ในไตรมาสที่สอง การไหลเวียนของน้ำคร่ำมาจากปัสสาวะที่ออกมาและการกลืนน้ำคร่ำของทารกในครรภ์ ดังนั้นถ้ามีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ จะทำให้ปริมาณน้ำคร่ำน้อยลงพบได้ร้อยละ 50 ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนพบได้ร้อยละ 34 นอกนั้นอาจเกิดจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์หรือไม่ทราบสาเหตุ ในภาวะที่น้ำคร่ำน้อยมากอยู่เป็นเวลานานๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสที่สอง จะมีผลเสียตามมาจากการกดเบียดทารกในครรภ์ ดังที่เรียกว่า Potter sequence คือ ปอดแฟบ (pulmonary hypoplasia) หน้าตาผิดปกติ (จมูกแบน คางเล็ก) แขนขาผิดปกติ เช่น หดเกร็ง ข้อสะโพกเคลื่อน clubfoot ภาวะปอดแฟบ พบได้ 1 ใน 1000 ของทารกที่คลอดมีชีพ มักจะทำให้ทารกเสียชีวิตแรกคลอด โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ถ้าภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดนานเกิน 14 วัน เกิดจากทรวงอกถูกกดนานๆ หายใจได้น้อย ขาดการไหลเข้าออกของน้ำคร่ำในทางเดินหายใจ ทำให้ปอดไม่สามารถเจริญเติบโตและพัฒนาได้ หรืออาจเกิดพังผืดในโพรงมดลูกไปรัดตัวเด็ก ทำให้มีแขนขาขาดได้ (amniotic band) ในรายที่ทารกไม่มีความผิดปกติทางโครงสร้างแต่ภาวะน้ำคร่ำน้อยมักมีความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนสูง และสายสะดือถูกกด มีอัตราการตายสูงทั้งในครรภ์และแรกคลอดถ้าวินิจฉัยได้ในไตรมาสที่สามโดยมากจะสัมพันธ์กับถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด หรือภาวะรกเสื่อมสภาพ (placental insufficiency) ทารกขาดออกซิเจน เลือดเลี้ยงไหลลดลง ปริมาณปัสสาวะลดลง ซึ่งอาจเกิดจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์หรือโรคของเส้นเลือดในมารดา ทำให้มีภาวะทารกโตช้าในครรภ์ หรือในครรภ์เกินกำหนด (สุชยา, 2555)

สาเหตุ

สาเหตุของภาวะน้ำคร่ำน้อยคือ (ศุภวิทย์, 2555; สุขยา, 2555; Smith, 2018)

1. มีการสร้างน้อยกว่าปกติ

1.1 ความผิดปกติของทารก ที่พบได้บ่อยคือความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ภาวะไตฝ่อทั้งสองข้าง (renal agenesis), infantile polycystic kidney, bladder outlet obstruction ความพิการของทารก จากมีโครโมโซมผิดปกติ เช่น การไม่มีไต ทำให้ไม่สามารถผลิตปัสสาวะออกมาได้ จึงไม่มีน้ำคร่ำ

1.2 Bart's hydrops ในระยะท้ายๆที่ทารกมีภาวะโลหิตจางมากๆ

1.3 ทารกมีภาวะ chronic hypoxia ทำให้เลือดไหลไปปอดและไตน้อยลง น้ำจากปอดลดลง ปัสสาวะลดลง ดังนั้นในทารกที่มีการเจริญเติบโตช้า ครรภ์เกินกำหนด จะมีภาวะน้ำคร่ำน้อย

2. โรคของมารดา มารดาที่มีภาวะ hypovolemic มากๆ มารดาที่ได้รับยา Prostaglandin synthetase inhibitors เช่น Indomethacin รักษาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดเป็นเวลานานๆ มารดาที่มีโรคที่ทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตผ่านรกลดลง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตทารกไม่ตี มีผลทำให้ทารกผลิตปัสสาวะและขับออกมาเป็นน้ำคร่ำได้ลดลง ทำให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อยได้

3. น้ำคร่ำรั่ว/แตกก่อนเวลา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อย บางรายอาจให้ประวัติน้ำคร่ำรั่วไม่ชัดเจน ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและหาสาเหตุไม่ได้ ต้องตรวจให้แน่ใจว่าไม่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

4. ความผิดปกติของการสร้าง aquaporins มีรายงานว่าในกรณีที่หาความผิดปกติของทารกหรือหาสาเหตุไม่ได้ ภาวะน้ำคร่ำน้อยอาจเกิดจากการสร้าง aquaporins ลดลง

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำคร่ำน้อยคือ รู้สึกว่ามดลูกไม่โตขึ้น น้ำหนักไม่ขึ้น มีความรู้สึกที่ทารกดิ้นน้อยกว่าปกติ เนื่องจากทารกเคลื่อนไหวได้น้อย และรู้สึกเจ็บขณะที่ทารกมีการเคลื่อนไหว ตรวจครรภ์พบว่าขนาดมดลูกเล็กกว่าอายุครรภ์ คลำตัวทารกได้ติดกับผนังหน้าท้อง ไม่พบว่ามีน้ำระหว่างผนังมดลูกกับตัวทารก (ศุภวิทย์, 2555)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อยทำได้ดังนี้คือ (สุขยา, 2555)

1. การวินิจฉัยจากประวัติและตรวจร่างกาย

ภาวะน้ำคร่ำน้อยมักจะก่อให้เกิดอาการผิดปกติแก่มารดา บางครั้งจึงวินิจฉัยได้ยากก่อนคลอด นอกจากบางรายที่ให้ประวัติว่ามีน้ำเดินทางช่องคลอด มดลูกไม่ค่อโตขึ้น ความสูงของมดลูกน้อยกว่าอายุครรภ์ การตรวจทางหน้าท้องจะคลำได้ส่วนของทารกได้ง่าย มักจะไม่สามารถทำ ballotement

ของศีรษะทารกในครรภ์ได้ ในรายที่สงสัยถุงน้ำคร่ำแตกอาจต้องตรวจภายใน เพื่อดูน้ำคร่ำที่อยู่ภายในช่องคลอด หรือ ทดสอบด้วย nitrazine หรือ fern test อาจจะต้องพบโดยบังเอิญขณะคลอดเมื่อมีการเจาะถุงน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตก แล้วมีน้ำคร่ำไหลเพียงเล็กน้อย และเมื่อคลอดทารกแล้วก็ไม่มีน้ำคร่ำไหลออกมาเหมือนปกติ ฟัง FHS ได้ยินชัดเจน ติดเครื่อง Electronic fetal monitoring อาจพบ Late deceleration ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากสายสะดือถูกกด

2. การวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์

สามารถประเมินในเชิงคุณภาพ ซึ่งบอกได้เพียงว่าปกติหรือลดลง และเชิงปริมาณซึ่งวิธีที่ใช้บ่อยคือ วัดแอ่งลึกที่สุดของน้ำคร่ำ (Single deepest pocket, SDP) ได้ 2 เซนติเมตร หรือน้อยกว่า หรือวัดดัชนีน้ำคร่ำ (Amniotic fluid index, AFI) ได้ 5-8 เซนติเมตรหรือน้อยกว่า อาจแบ่งระดับความรุนแรงได้ดังนี้คือ วัดแอ่งลึกที่สุดของน้ำคร่ำแบ่งเป็น รุนแรงน้อย คือวัดได้ 1-2 เซนติเมตร รุนแรงมาก วัดได้น้อยกว่า 1 เซนติเมตร วัดดัชนีน้ำคร่ำ แบ่งเป็น ก้ำกึ่งหรือน้อยกว่าปกติ คือวัดได้ 5-8 เซนติเมตร น้ำครำน้อย วัดได้น้อยกว่า 5 เซนติเมตร

ผลกระทบ

ผลกระทบจากภาวะน้ำครำน้อย คือ

ผลกระทบต่อมารดา

1. หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกเจ็บครรภ์ในขณะที่ทารกมีการเคลื่อนไหว
2. ระยะคลอดปากมดลูกเปิดช้า เนื่องจากปริมาณน้ำคร่ำไม่มีพอที่จะช่วยขยายปากมดลูก
3. มีโอกาสได้รับการผ่าตัดคลอด หรือทำสูติศาสตร์หัตถการมากขึ้น เช่น การใช้คีมช่วยคลอด หรือ ใช้

เครื่องดูดสุญญากาศ

ผลกระทบต่อทารก

1. การมีปริมาณน้ำครำน้อยกว่าปกติ จะมีผลทำให้ทารกเคลื่อนไหวไม่สะดวกขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกได้
2. สายสะดือถูกกดทับได้ง่าย ทำให้ทารกขาดออกซิเจน ทารกอาจพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ได้
2. หากน้ำคร่ำมีปริมาณน้อยตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ จะทำให้ปอดทารกไม่ขยายเท่าที่ควร ส่งผลให้เสียชีวิตในครรภ์ หรือมีปัญหาหลังคลอดได้ เมื่อน้ำครำน้อยก็เกิดภาวะ pulmonary hypoplasia ในทารกได้บ่อย เนื่องจากมีการกดต่อผนังทรวงอก โดยมดลูกที่มีน้ำครำน้อย ซึ่งจะขัดขวางการขยายตัวของปอด และผนังทรวงอก ขาดน้ำที่จะหายใจเข้าไปใน terminal airway ของปอด และผลตามมามีการหยุดการเติบโตของปอด และอาจจะเกิดจากความผิดปกติของปอดเอง จะเห็นว่าปริมาณน้ำคร่ำที่หายใจ

เข้าในตัวทารกที่ปกติ มีบทบาทสำคัญในการทำให้ปอดขยายตัว แล้วส่งผลให้มีการเจริญเติบโตของปอด เป็นปกติ (สุขยา, 2555)

3. คลอดก่อนกำหนด

4. มีความพิการ ในกรณีที่ถุงน้ำคร่ำแตกตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ และเยื่อหุ้มรกไปพันตามแขนขา หรือนิ้วของทารก ทำให้ทารกพิการได้ เช่น เท้าแป้ แขนขาโก่ง เนื่องจากถูกมดลูกบีบรัด และมักมีพังผืด ตัดรัดส่วนของร่างกายทารกกับผนัง Amnion

การรักษา

การรักษาขึ้นกับสาเหตุ รายที่สัมพันธ์กับความพิการรุนแรงมักจะแนะนำให้เลือกยุติการตั้งครรภ์ รายที่มีภาวะทารกโตช้าในครรภ์ที่เกิดจากรกเสื่อมสภาพ เน้นการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ และให้คลอดในช่วงเวลาที่เหมาะสม ดังนี้คือ (สุขยา, 2555)

การดูแลในกรณีอายุครรภ์น้อย

ส่วนใหญ่ขึ้นกับสาเหตุ ถ้าเกิดจากความผิดปกติของทารกในครรภ์ชนิดรุนแรง หรือทารกปกติที่มี ถุงน้ำคร่ำแตกตั้งแต่อายุครรภ์น้อย หรือเนื่องจากพยากรณ์โรคไม่ดี โอกาสแท้งสูงถึงร้อยละ 90 ถ้าเจอใน ไตรมาสแรก ควรให้คำแนะนำและเฝ้าระวังภาวะแท้ง และตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์ ถ้าเกิดในไตรมาสที่สอง ควรให้การดูแลรักษาตามสาเหตุ ถ้าปริมาณน้ำคร่ำน้อยไม่มากหรือต่ำกว่าปกติเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่พยากรณ์โรคจะดี ให้ตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์และเฝ้าระวังภาวะทารกโตช้าในครรภ์ที่เป็น ภาวะแทรกซ้อนตามมา แต่ถ้ามีน้ำคร่ำน้อย จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ไม่ว่าจะเป็น skeletal deformations contractures หรือ pulmonary hypoplasia อาจพิจารณาให้ทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ หรือให้การรักษาเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำคร่ำดังนี้

1. การเติมน้ำคร่ำ (amnioinfusion)

2. การดื่มน้ำมากๆ ทำให้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และชั่วคราว (ทารกได้น้ำเพิ่มและปัสสาวะเพิ่ม)

3. การรักษาภาวะทารกเจริญเติบโตช้าที่เหมาะสม และตรวจเช็คดูภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ จากการตรวจอัลตราซาวด์จะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น มีการรักษาภายในครรภ์โดยการใส่สาย (shunt) เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะของทารกในครรภ์ที่การอุดตันอยู่ต่ำบริเวณท่อปัสสาวะ เชื่อว่าช่วยลดภาวะ hydronephrosis และทำให้ไตทารกไม่เสียหาย

การดูแลกรณีอายุครรภ์ในไตรมาสที่สาม

ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน เช่น สายสะดือถูกกด รกเสื่อมสภาพ สำลักซีเทา ทำให้ อัตราการผ่าตัดคลอดเนื่องจาก non reassuring fetus เพิ่มขึ้น ปัจจัยสำคัญคือ ระยะเวลาที่มีน้ำคร่ำน้อย ถ้ายิ่งนานยิ่งไม่ดี อัตรารอดชีวิตของทารกปรก่าเน็ดคิดเป็นร้อยละ 10 ถ้าเกิดตั้งแต่ไตรมาสที่สอง และร้อยละ 90 ถ้าเกิดในไตรมาสที่สาม ควรเฝ้าตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดยทำ non stress

test (NST) และตรวจวัดดัชนีปริมาณน้ำคร่ำ หรือตรวจ biophysical profile หนึ่งถึงสองครั้งต่อสัปดาห์ จนคลอด การตรวจคลื่นเสียง Doppler จะมีประโยชน์ในรายที่น้ำคร่ำน้อยโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือในภาวะทารกโตช้าในครรภ์

การพิจารณาให้คลอดและกระบวนการคลอด

ขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุหรือที่เกิดร่วมด้วย เช่น preeclampsia, premature rupture of membranes, fetal growth restriction, congenital anomaly, post term pregnancy ในรายที่ไม่ทราบสาเหตุ ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าควรให้คลอดเมื่อไหร่ แต่จากการศึกษาพบว่าไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ fetal acidosis ส่วนใหญ่ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ดี แต่บางสถาบันอาจพิจารณาให้คลอดเมื่อมี non reassuring fetal testing อายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์โดยที่ปากมดลูกยังไม่สุก แต่ทั้งนี้ถ้ามีการชักนำการคลอดก็จะเพิ่มโอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระยะรอคลอดควรมีการตรวจติดตามเครื่องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวัง fetal heart rate deceleration จากสายสะดือถูกกด หรืออาจพิจารณาทำ prophylactic transcervical amnioinfusion หรือทำเมื่อมี variable fetal heart rate decelerations ชั่วๆ

หลักการพยาบาล

หลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยมีดังนี้คือ (มาลีวัล, 2554; Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013; Ricci, 2017)

1. การประเมินสภาพ จากการซักประวัติ ประวัติ ความผิดปกติของการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำน้อยผิดปกติ อาจมีประวัติน้ำเดิน การรับรู้และการเผชิญกับสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกกลัว วิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ให้การพยาบาลโดยการรับฟังและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นระยะ

2. การประเมินภาวะแทรกซ้อน ภาวะน้ำคร่ำน้อยไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มากนัก แต่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์โดยตรง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิด คือถ้าเกิดในขณะที่มีอายุครรภ์น้อย ทารกในครรภ์มักมีความพิการรุนแรงและเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อนของภาวะน้ำคร่ำน้อยผิดปกติต่อทารกในครรภ์ ได้แก่การกดของผนังมดลูกต่อทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีความผิดปกติทางรูปร่าง เช่น หน้าตาผิดปกติ จมูกแบน ตาเล็ก แขนขาโค้ง หรือพิการ เท้าปุก หรือเท้าแป และมดลูกอาจกดทับสายสะดือ เนื่องจากไม่มีน้ำคร่ำเพียงพอในการรับน้ำหนัก ทำให้ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (Fetal distress) มีภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) เกิดอัตราการตายของทารกในครรภ์และอัตราการตายปริกำเนิดสูง ภาวะปอดมีการเจริญเติบโตน้อย (Pulmonary hypoplasia) เกิดจากทรวงอกของทารกในครรภ์ถูกกดเป็นเวลานาน ทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้ และจากการที่น้ำคร่ำ

น้อยทำให้น้ำคร่ำไหลผ่านถุงลมปอดน้อย เนื้อปอดไม่สามารถเจริญเติบโตได้ ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ มีอัตราการตายปริกำเนิดสูงกว่าการตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากความผิดปกติของทารกในครรภ์ ได้แก่ ความพิการแต่กำเนิด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และมีภาวะขาดออกซิเจน ในระยะคลอดให้ติดเครื่อง Electronic fetal monitoring ตลอดเวลา เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจทารก ถ้าพบมีภาวะ Late deceleration ให้รีบรายงานแพทย์ ให้ออกซิเจน ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถ้าพบว่าภาวะ variable deceleration ดูแลให้มารดาเปลี่ยนท่า นอกจากนี้ต้องดูแลการคลอดให้ก้าวหน้า ถ้าพบการคลอดล่าช้าให้รายงานแพทย์

3. ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ในกรณีที่สามารถรักษาได้และบรรเทาอาการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ เช่น การใส่น้ำเกลือเข้าถุงน้ำคร่ำ (Amnioinfusion) โดยใส่น้ำเกลือเข้าไปทางหน้าท้องประมาณ 200-300 มล. ให้การพยาบาลโดยวัดสัญญาณชีพ บันทึกการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกตลอดระยะเวลาการทำ และดูแลความสบายทั่วไป เช่น เปลี่ยนผ้ารองน้ำคร่ำและทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ถ้าต้องยุติการตั้งครรภ์ (Termination of pregnancy) ให้การดูแลด้านจิตใจและเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการยุติการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2554). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- ศุภวิทย์ มุตตามระ. (2555). ความผิดปกติของน้ำคร่ำ. ใน *เยื่อน ต้นตินิรินทร, วรพงศ์ ภู่งศ์, และเอกชัย โควาริสารัช (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. (หน้า 489-498). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุชยา ลือวรรณ. (2555). ความผิดปกติของน้ำคร่ำ. ใน *ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)* (หน้า 277-292). กรุงเทพฯ: บริษัทลักษณะมีรุ่ง จำกัด.
- สุภาวดี เครือโชติกุล. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- Littleton-Gibbs, L. Y., & Engebretson, J. C. (2013). *Maternity nursing care*. (2nd ed.). New York: Delmar Cengage Learning.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. S., Kyle, T., & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.

บทที่ 13

การพยาบาลผู้ใช้บริการทางสูติศาสตร์ที่มีภาวะแท้ง (Nursing care for pregnant women with abortion)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์ : เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะแท้งได้ถูกต้อง
2. อธิบายหลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะแท้งได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะแท้ง
2. หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะแท้ง

มโนทัศน์ของภาวะแท้ง

การแท้ง ปัจจุบันใช้คำว่า miscarriage แทนคำว่า abortion (Overton & O'Brien, 2017) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์ เมื่อเกิดภาวะนี้มักก่อให้เกิดความเศร้าโศก ความสูญเสียต่อคู่สามีภรรยาและครอบครัว (ฐิตติมา และสาวิตรี, 2555; Ricci, Kyle, & Carman, 2017) การแท้งส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ (อภิธานและจิตติมา, 2555)

ความหมาย

การแท้ง หมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนถึงระยะที่ทารกจะสามารถเลี้ยงรอดได้ ซึ่งอายุครรภ์หรือขนาดน้ำหนักทารกที่ถือเป็นเกณฑ์กำหนดนั้น ใช้แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับความสามารถของการบริหารทารกแรกคลอดเป็นหลัก ยังไม่มีนิยามสากล ส่วนใหญ่แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ใช้นิยามตามองค์การอนามัยโลก มักใช้อายุครรภ์ที่ต่ำกว่า 20 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกน้อยกว่า 500 กรัม (Cashion, 2016; Murray & McKinney, 2014) หรือความยาวน้อยกว่า 25 เซนติเมตร ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย ถือเอาการแท้งคือการสิ้นสุดอายุครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกต่ำกว่า 1,000 กรัม หรือความยาวน้อยกว่า 35 เซนติเมตร (กฤษณีและวีรวิทย์, 2555)

อุบัติการณ์

โดยทั่วไปอุบัติการณ์ของการแท้งเองอยู่ประมาณร้อยละ 10-15 ของการตั้งครรภ์เชิงคลินิก (clinical pregnancy) (กฤษณีและวีรวิทย์, 2555; Cashion, 2016)

ประเภท

ประเภทของการแท้งแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ (กฤษณีและวีรวิทย์, 2555; Ricci, 2017)

1. แท้งเอง (spontaneous miscarriage) มักเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม โดยทั่วไปทารกมักเสียชีวิตไปแล้วประมาณ 2-4 สัปดาห์ ก่อนที่จะมีเลือดออกทางช่องคลอดและมีการแท้งตามมา แบ่งเป็นการแท้งประเภทต่างๆ ดังนี้

1.1 การแท้งคุกคาม (threatened miscarriage) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกจากปากมดลูก และ/หรือปวดท้องน้อย ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ การตรวจภายในพบปากมดลูกปิด ผนังมดลูกยังไม่แตก และขนาดมดลูกโตได้สัดส่วนกับจำนวนวันที่ขาดประจำเดือน พบได้ร้อยละ 20-25 การตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปจนถึงอายุครรภ์ครบกำหนดได้ โดยที่อัตราการเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด จะไม่แตกต่างจากการตั้งครรภ์ปกติแต่อย่างใด แต่อาจเพิ่มการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนัก

น้อย และอัตราการตายปริกำเนิดได้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้เกือบครึ่งจะมีอาการปวดท้อง และ/หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น จนในที่สุดมีการแท้งตามมา

1.2 การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable miscarriage) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกทางช่องคลอด ส่วนใหญ่ก่อนช่วงอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ โดยที่การตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดแล้ว และ/หรือ ผนังมดลูกแตกแล้ว แต่ยังไม่มีการขึ้นส่วนของรกหรือตัวทารกหลุดออกมา ในกลุ่มนี้ การตั้งครรภ์ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้และจะมีการแท้งตามมาอย่างแน่นอน

1.3 การแท้งไม่ครบ (incomplete miscarriage) หมายถึง การแท้งที่ยังมีชิ้นส่วนของรก และเยื่อหุ้มทารกบางส่วนค้างอยู่ภายในโพรงมดลูก กลุ่มนี้มักได้ประวัติว่ามีส่วนของทารกหรือรกหลุดออกมาแล้วมีอาการปวดท้องน้อยและมีเลือดออกมากทางช่องคลอด การตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดมีเลือดออกไม่หยุด อาจเห็นชิ้นเนื้อบางส่วนคาอยู่ในช่องคลอดหรือที่ปากมดลูก ขนาดมดลูกเล็กกว่าจำนวนวันที่ขาดประจำเดือน มักพบในรายที่มีการแท้งในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์

1.4 การแท้งครบ (complete miscarriage) หมายถึง การแท้งที่ตัวทารก รกและเยื่อหุ้มทารกออกมาหมดแล้ว ในรายที่เป็น blighted ovum อาจเห็นถุงการตั้งครรภ์ออกมาทั้งอัน โดยข้างในมีน้ำใสๆ แต่ไม่มีตัวทารกอยู่ การตรวจภายในพบปากมดลูกปิด และเลือดหยุดเองแล้ว ขนาดมดลูกเล็กกว่าจำนวนวันที่ขาดประจำเดือน

1.5 การแท้งค้าง (missed miscarriage) หมายถึง การแท้งที่ตัวทารกและรกค้างอยู่ในโพรงมดลูกเป็นเวลาอย่างน้อย 4-8 สัปดาห์หลังทารกเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยอาจให้ประวัติที่มีการตั้งครรภ์และมีภาวะแท้งคุกคาม ต่อมาอาการของการตั้งครรภ์หายไป ตรวจภายในพบขนาดมดลูกไม่โตขึ้น และเล็กลงกว่าระยะเวลาที่ขาดประจำเดือน ในทางปฏิบัติบอกได้ยากว่าทารกเสียชีวิตเมื่อไหร่ แต่เมื่อวินิจฉัยได้ว่ามีการเสียชีวิตของทารก ให้เอาทารกออกเลย ถ้าปล่อยทิ้งไว้เกิน 5 สัปดาห์หลังจากทารกเสียชีวิต อาจมี fibrinogen ต่ำและเกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดตามมาได้ แต่อุบัติการณ์ต่ำ

1.6 แท้งเป็นอาจิน (habitual miscarriage) หมายถึง การแท้งติดต่อกัน 3 ครั้งหรือมากกว่า สาเหตุที่สำคัญคือความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน ความผิดปกติทางฮอร์โมน ความผิดปกติทางกายวิภาคของมดลูก และความผิดปกติทางพันธุกรรม ต่างจากการแท้งเองในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ที่มักเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม และมักเกิดเพียงครั้งเดียวไม่เป็นซ้ำ

2. การทำแท้ง (induced abortion)

การทำแท้ง เป็นการแท้งที่ไม่ได้เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แบ่งเป็น

2.1 การทำแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) เป็นการทำให้แท้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น

2.1.1 การตั้งครรภ์อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของมารดา เช่น โรคหัวใจรุนแรง

2.1.2 การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการข่มขืนกระทำชำเรา

2.1.3 การตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าทารกมีความพิการรุนแรง ถ้าคลอดออกมาจะไม่สามารถมีชีวิตรอด หรือไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 การทำแท้งผิดกฎหมาย (criminal หรือ illegal abortion) เป็นการลักลอบทำแท้งที่ผิดกฎหมาย โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งมักกระทำโดยบุคคลที่ไม่มีความรู้และความชำนาญพอ และมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย เช่น ตกเลือด มดลูกทะลุ หรือติดเชื้อรุนแรง แท้งติดเชื้อ (miscarriage with infection) มักเป็นผลของการลักลอบทำแท้ง อาจทำให้เกิดภาวะ septic shock ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว และทำให้เสียชีวิตได้

สาเหตุ

สาเหตุของการแท้งเอง ประกอบด้วยปัจจัยด้านทารก และมารดา ดังนี้คือ (ชฎาภรณ์, 2558; อภิธานและจิตติมา, 2555; Perry, Cashion, Lowdermilk, & Alden, 2012)

1. ความผิดปกติทางโครโมโซม ร้อยละ 50-60 ของการแท้งเองในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งส่วนใหญ่เป็น autosomal trisomy (13, 16, 18, 21 และ 22 ในกลุ่มนี้ครึ่งหนึ่งเป็น trisomy 16)

2. ความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก เช่น เนื้องอก ปากมดลูกหลวม ปิดไม่สนิท (Incompetent cervix)

3. มารดามีโรคทางอายุรกรรม เช่น chronic hypertension, systemic lupus erythematosus, thyroid หรือมีโรคติดเชื้อ เจ็บป่วยรุนแรง เช่น tuberculosis

4. มารดาเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการทำงานของต่อมไร้ท่อ เช่น diabetes mellitus, thyroid เป็นต้น

1. มีภาวะขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน หรือภาวะ Luteal phase defect เป็นภาวะที่มีการสร้างโปรเจสเตอโรน จากคอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) น้อยลง ทำให้เยื่อโพรงมดลูกไม่แข็งแรง หรือ อาจทำให้มีการสลายตัวของเยื่อโพรงมดลูก จึงเป็นผลต่อการฝังตัวของทารก

2. การสูบบุหรี่ เป็นผลทำให้หลอดเลือดที่รกเสื่อมสภาพ ทารกได้รับสารอาหารน้อยลงไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction) เกิดความพิการ (congenital abnormally) หรือเกิดการแท้งได้
3. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระหว่างการปฏิสนธิ และช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ มีผลต่อการทำลายระบบประสาทของทารกเนื่องจาก 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์เป็นช่วงที่ทารกมีการสร้างระบบประสาท หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพิ่มโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดการแท้งบุตรเป็น 2 เท่า
4. การดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ เครื่องดื่มประเภทนี้มีสารที่ชื่อคาเฟอีน มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ขับน้ำออกจากร่างกาย การตั้งครรภ์ส่งผลให้การขับคาเฟอีนออกจากร่างกายได้ช้าลง และหัวใจทำงานหนักขึ้นอยู่แล้ว เมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนส่งผลให้ร่างกายขาดน้ำ และกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และคาเฟอีนสามารถส่งผ่านจากมารดาถึงทารกทางรกได้ ทำให้ทารกได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับมารดา
5. ภาวะพร่องทางโภชนาการ (malnutrition) การอดอาหารหรือขาดอาหารอย่างรุนแรง ภาวะอาเจียนไม่สงบ และน้ำหนักลดลงมาก ทำให้มีอัตราการแท้งเพิ่มขึ้นได้บ้าง
6. มารดามีการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์
7. มารดามีอายุมากกว่า 35 ปี (Oats & Abraham, 2017)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะแท้งทำได้โดย (กุนทรืและวีรวิทย์, 2555; จุฑาวดี, 2555)

1. ประวัติและการตรวจร่างกาย

ประวัติ:

- มีเลือดออกทางช่องคลอด และอาจมีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วย
- อาการของคนตั้งครรภ์ เช่น ขาดประจำเดือน และแพ้ท้อง
- ในรายที่แท้งไม่ครบ อาจให้ประวัติว่ามีชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์หลุดออกมาทางช่องคลอด
- ในรายที่มีการแท้งติดเชื้อ มักมีไข้สูง หรือได้ประวัติการทำแท้ง

การตรวจร่างกาย:

- ตรวจหน้าท้องบางรายคลำมดลูกได้ หรือฟังเสียงทารกได้ด้วยอุปกรณ์ Doppler

- ตรวจภายในดูสภาพปากมดลูก ขนาดของมดลูก (เทียบอายุครรภ์) ช่วยในการวินิจฉัยแยกชนิดต่างๆ ของการแท้ง และแยกสาเหตุอื่นที่ทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดด้วย ในรายที่แท้งไม่ครบมักเห็นชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์คาวอยู่ที่ปากมดลูกและมีเลือดออกมาก ในรายที่ไปทำแท้งมา อาจเห็นร่องรอยของการทำเช่น ผลจากการใช้เครื่องมือจับปากมดลูก การฉีกขาดในช่องคลอดและปากมดลูก ในรายที่เป็นการแท้งติดเชื้อ การตรวจภายในอาจพบลักษณะคล้ายหนอง กลิ่นเหม็น ไหลออกมาจากโพรงมดลูก และมีอาการแสดงของการอักเสบ เช่น เจ็บที่ตัวมดลูก มี rebound tenderness และอาการของ septicemia

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออก ควรได้รับการตรวจทั่วไปดังนี้

- CBC เพื่อประเมินการเสียเลือด
- Blood group
- Urinalysis เพื่อประเมินการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
- Wet smear ถ้ามีตกขาวผิดปกติ แนะนำให้พิจารณาตรวจหา gonorrhoea และ chlamydia ด้วย

การตรวจค้นพิเศษ:

- การทดสอบการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ผลบวก แต่อาจให้ผลลบหรือไม่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับการทำงานของรก ในรายที่ตรวจภายในบอกได้ชัดเจนอยู่แล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องทดสอบการตั้งครรภ์
- การตรวจอัลตราซาวด์ มีประโยชน์มากในการวินิจฉัย
- ในรายที่สงสัยเป็นการแท้งติดเชื้อ ให้ทำการย้อมกรัมและเพาะเชื้อจากหนองที่ปากมดลูกก่อนเริ่มให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

การวินิจฉัยแยกโรค

ควรวินิจฉัยแยกโรคต่อไปนี้เป็นคือ (กฤษณีและวีริวิทย์, 2555)

1. การตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก
3. สาเหตุอื่นที่ทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอด เช่น มะเร็งปากมดลูก, submucous myoma
4. สาเหตุอื่นที่ทำให้มีอาการปวดท้อง เช่น การบิดหมุนของก้อนปีกมดลูกอาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะแท้ง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ชนิด	Threatened miscarriage	Inevitable miscarriage	Incomplete miscarriage	Complete miscarriage	Missed miscarriage
อาการ & อาการแสดง	- เลือดแดงสด หรือคล้ำ ปริมาณ เล็กน้อย - อาจปวดท้อง หรือไม่ปวดก็ได้	- เลือดออกมาก ขึ้น - อาจมีประวัติ คล้ายถุงน้ำคร่ำ แตก - ปวดท้องมากขึ้น	- เลือดออกมาก อาจมีก้อนเลือด - มีชิ้นส่วนการ ตั้งครรภ์หลุด ออกมา	- เลือดออก เล็กน้อย - มีถุงการ ตั้งครรภ์หลุด ออกมาครบ	- มีหรือไม่มี เลือดออกก็ได้ - อาการของการ ตั้งครรภ์หายไป
PV	- size=date - เลือดในช่อง คลอดเล็กน้อย - ปากมดลูกปิด	- เลือดหรือน้ำคร่ำอยู่ในช่อง คลอด - ปากมดลูกเปิด - เห็นรกหรือถุง น้ำบริเวณปาก มดลูก - size = date หรือ < date	- เลือดออกอยู่ใน ช่องคลอดหรือ ชิ้นส่วนการ ตั้งครรภ์คาที่อยู่ ปากมดลูก - ปากมดลูกเปิด - size < date	- เลือดในช่อง คลอดปริมาณ เล็กน้อย - ปากมดลูกปิด	- ปากมดลูกปิด - อาจพบ เลือดออกหรือไม่ ก็ได้
การดูแล	- แนะนำให้ พักผ่อน - งดมี เพศสัมพันธ์ - สังเกตอาการ - progesterone	- กรณีที่ เลือดออกไม่มาก อาจรอให้ตัวเอง - กรณีที่ เลือดออกมาก ให้ดูดมดลูกหรือ vacuum aspiration ทันที	- กรณีที่ เลือดออกไม่มาก อาจรอให้ตัวเอง - กรณีที่ เลือดออกมาก ให้ดูดมดลูกหรือ vacuum aspiration ทันที	- ให้คำแนะนำ สังเกต	- ชักนำให้รกและ ทารกแท้งออกมา โดยอาจใช้ยา หรือหัตถการ ขึ้นกับความ เหมาะสม

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของภาวะแท้ง

ที่มา: อภิธาน พวงศรีเจริญ และจิตติมา รุจิเวชพงศธร. (2555). เลือดออกในช่วงแรกของการตั้งครรภ์. ใน วรพงศ์ ภูพงศ์ (บรรณาธิการ), การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. หน้า 21.

การรักษา

การรักษาภาวะแท้งมี 3 แนวทางหลักคือ การเฝ้าสังเกตอาการ การใช้ยา และการทำหัตถการ ซึ่ง จะเลือกใช้วิธีการรักษาใดๆ ขึ้นกับชนิดของการแท้ง อายุครรภ์และลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้คือ (กฤษริและวีรวิทย์, 2555; อภิธานและจิตติมา, 2555; จุฑาวดี, 2555)

การแท้งคุกคาม (threatened miscarriage)

รักษาด้วยการนอนพัก และเฝ้าสังเกตอาการเลือดออก หากตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบภาวะ เลือดออกหลังรก (subchorionic hemorrhage) โอกาสแท้งจะสูงขึ้น ในปัจจุบันหลักฐานทางวิชาการ พบว่าการรักษาภาวะแท้งคุกคามด้วยยา progesterone สามารถลดอัตราการแท้งลงได้ถึง ร้อยละ 47 และยังไม่พบความพิการแต่กำเนิดของทารกแต่อย่างใด แต่จำนวนการศึกษาแบบ randomized control ยังมีจำนวนน้อยอยู่ และในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดเป็น Rh negative ก็ควรจะได้รับ anti D immunoglobulin ร่วมด้วย

การแท้งหลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable miscarriage) และการแท้งไม่ครบ (incomplete miscarriage)

โดยวิธีดั้งเดิมนั้นมักใช้การทำหัตถการดูดมดลูกเอาชิ้นส่วนทารกหรือรกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูก ออกมา แต่ปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า อาจเลือกใช้วิธีเฝ้ารอให้เกิดการแท้งตัวเอง รักษาด้วย ยา หรือใช้หัตถการ เช่น manual vacuum aspiration ก็สามารถทำได้อย่างปลอดภัยต่อผู้ป่วย

การเฝ้ารอให้เกิดการแท้งตัวเอง (expectant) วิธีนี้มีข้อดี คือ ไม่ต้องใช้ยาหรือได้รับการทำ หัตถการ แต่ผู้ป่วยต้องเสียเวลามาโรงพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อติดตามอาการ และไม่สามารถคาดเดา ระยะเวลาที่จะแท้งได้แน่นอนซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยาหรือการทำหัตถการ เช่น ขูดมดลูก เพื่อให้เกิดการแท้งครบในที่สุด

การใช้ยาเพื่อให้เกิดการแท้งครบ มีการศึกษาถึงการให้ยา misoprostol โดยบริหารยาทาง ช่องคลอด สอดทางทวารหนัก หรือโดยการรับประทานหรืออมใต้ลิ้น ในขนาดยาต่างๆ กันไป พบว่าใน ปัจจุบันข้อมูลของขนาดยาที่แนะนำให้ใช้เพื่อทำให้เกิดแท้งครบยังคงค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตามใน

ประเทศไทยมีการศึกษาใช้ misoprostol 800 microgram เหน็บทางช่องคลอด หรือให้รับประทานหรือ ออมใต้ลิ้นในขนาด 600 microgram พบว่าสามารถทำให้เกิดการแท้งครบได้สูงถึงมากกว่าร้อยละ 80

การแท้งครบ (complete miscarriage)

ควรตรวจชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ที่หลุดออกมาให้แน่ใจว่าเป็นการแท้งครบจริง เลือดควรจะออก น้อยลงจนหยุด ควรให้ผู้ป่วยสังเกตดูต่อไปว่ายังมีเลือดออกมากทางช่องคลอดอีกหรือไม่

การแท้งค้าง (missed miscarriage)

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีการเจ็บครรภ์และแท้งออกมาเองได้ แต่หากไม่มีการแท้งออกมา เป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์ มักจะมีการแนะนำให้เอาชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ออก โดยอาจใช้ยา กระตุ้น เช่น oxytocin หรือ prostaglandins หรือใช้หัตถการดูดมดลูก เพื่อทำให้เกิดการแท้งตามมา

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะแท้ง

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะแท้ง มีแนวทางดังนี้คือ (ชฎาภรณ์, 2558)

1. การประเมิน (assessment) (Cashion, 2014)

1.1 การซักประวัติ เช่น ประวัติการมีประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ประวัติการแท้ง

1.2 การสัมภาษณ์ เช่น อาการปวดท้อง ลักษณะและปริมาณเลือดที่ออก ความเครียด ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

1.3 การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการแสดงถึงภาวะสุขภาพโดยทั่วไป เช่น อาการซีด ค่าความเข้มข้นของเลือด การตรวจครรภ์ การตรวจภายใน อัลตราซาวด์และ หากเป็นการตั้งครรภ์ที่มากกว่า 12 สัปดาห์ ควรประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์โดยใช้ Doppler

2. วินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnoses)

2.1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีเกิดภาวะแท้งคุกคาม เช่น วิตกกังวลต่อภาวะแท้ง คุกคามเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์และเลือดออกทางช่องคลอด

2.2 กรณีเป็นการแท้งที่เสี่ยงไม่ได้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ช็อกจากการสูญเสียเลือดจำนวนมาก หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวอยู่ในภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ทารกในครรภ์ เสี่ยงต่อการปฏิบัติตนภายหลังการแท้งไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้

2.3 กรณีเป็นการทำแท้งผิดกฎหมาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อ เนื้อเยื่อต่างๆ ที่ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากสูญเสียปริมาณเม็ด เลือดซึ่งนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เสี่ยงต่อภาวะขาดความสมดุลของน้ำและ

electrolyte ในร่างกาย มีภาวะติดเชื้ในโพรงมดลูกเนื่องจากทำแท้งผิดกฎหมาย ปวดท้องน้อยจากการ
ขูดมดลูก (จันทนา, 2554)

3. กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ (expected outcome of care)

3.1 กรณีเป็นการแท้งที่การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้

3.1.1 การเจ็บครรภ์และเลือดออกลดลง

3.1.2 ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวลดลง

3.2 กรณีเป็นการแท้งที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้

3.2.1 ไม่มีอาการช็อก ปริมาณเลือดที่ออกน้อยลง

3.2.2 หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวยอมรับการสูญเสียทารกในครรภ์ ไม่มีอาการซึมเศร้า

3.2.3 บอกวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการแท้งได้อย่างถูกต้อง

4. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล (nursing planning and implementation)

ตามข้อวินิจฉัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษา เป็นไปตามกรณีที่กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่

4.1 เสี่ยงต่อการสูญเสียการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการแท้งคุกคาม เป้าหมายคืออาการเจ็บ
ครรภ์และเลือดออกลดลง กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่

1) พักผ่อนบนเตียง (bed rest) โดยงดทำกิจกรรมต่างๆและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียง

2) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนเลือดที่สูญเสียไป

3) ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

4) ดูแลให้ยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา

5) ใส่ผ้าอนามัยสังเกตปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด

6) สังเกตอาการเจ็บครรภ์ ถ้ามีอาการเจ็บครรภ์มาก เลือดออกมากขึ้น ให้รายงานแพทย์

ทันที

4.2 วิตกกังวลต่อภาวะแท้งคุกคาม เป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวล กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่

1) อธิบายพยาธิสภาพและแนวทางการดูแลการรักษาพยาบาล

2) ให้กำลังใจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกและรับฟังความวิตกกังวล

ต่างๆ ของหญิงตั้งครรภ์

3) คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ได้แก่ การพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่หนักหรือยืนนานๆ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะที่มีเลือดออกหรือเจ็บครรภ์ และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ มีเลือดออกเจ็บครรภ์ เป็นต้น

4.3 กรณีที่มีเลือดออกมากและมดลูกหดตัวไม่ดีจากการแท้งไม่ครบ หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากปริมาณเลือดในร่างกายลดลง ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายคือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่

1) ใส่ผ้าอนามัยประเมนปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออก ถ้ามีเลือดออกมาก เช่น เต็มแผ่นผ้าอนามัยโดยใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ถือว่าเลือดออกมากและรุนแรง มีก้อนเลือด เป็นต้น ให้รายงานแพทย์ทันที

2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที

3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนเลือดที่เสียไป

4) ช่วยเตรียมหญิงตั้งครรภ์ในการทำหัตถการตามแผนการรักษา เช่น การขยายปากมดลูกและขูดมดลูก เป็นต้น

5) ภายหลังการทำหัตถการ ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา

6) ภายหลังการทำหัตถการควรประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ในช่วงแรก ทุก 30 นาที ในช่วงถัดไป และทุก 1 ชั่วโมง พร้อมกับประเมินสัญญาณชีพจนกว่าสัญญาณชีพจะปกติ

4.4 หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกในครรภ์ เป้าหมายเพื่อให้ยอมรับการสูญเสีย กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการแท้ง

2) แนะนำให้เว้นระยะการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

3) การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจต่อหญิงตั้งครรภ์ให้ยอมรับการสูญเสีย

4.5 เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการแท้ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนก่อนกลับบ้าน เพื่อให้สตรีสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการแท้งได้เหมาะสม คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ประกอบด้วย (Perry, Cashion, Lowdermilk, & Alden, 2012; Cashion, 2014)

1) การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่าย และเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ

2) ถ้าได้รับการถ่ายทอดขยายปากมดลูกควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการอาบน้ำแบบแช่ในอ่าง ไม่สวนล้างช่องคลอด ไม่ใส่ผ้าอนามัยแบบสอด และงดมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ยังมีเลือดออกอยู่ หรืออย่างน้อย 2 สัปดาห์

3) รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนสูง

4) สังเกตอาการผิดปกติปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ มีไข้ ปวดท้อง เป็นต้น

5) ควรให้อาการเสิร์้าโคกทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์เองหรือครอบครัวหายไปเสียก่อนที่จะวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป โดยแนะนำการคุมกำเนิดหลังแท้ง ซึ่งการตกไข่จะเกิดขึ้นโดยประมาณสัปดาห์ที่ 2 หลังการแท้ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องให้มีการวางแผนครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การให้ depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) เป็นต้น

5. การประเมินผล (evaluation)

การประเมินผลเกี่ยวกับภาวะแท้ง ได้แก่

5.1 สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลรักษาได้

5.2 เลือดออกน้อยลงหรือไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

5.3 ไม่มีอาการเจ็บครรภ์

5.4 สัญญาณชีพปกติ

5.5 บอกวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการแท้งได้

5.6 สตรีและครอบครัวได้อภิปรายเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการแท้ง

5.7 ความวิตกกังวลลดลง

เอกสารอ้างอิง

- กฤษตรี ไตรศรีศิลป์, และวีรวิทย์ ปิยะมงคล. (2555). การแท้ง. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 209-220). กรุงเทพฯ: บริษัทล็กซ์มีรุ่ง จำกัด.
- จุฑาทวี วุฒิมวงศ์. (2555). ภาวะเลือดออกในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, จุติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 20-50). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- จันทนา ประสารศิริมัย. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและติดเชื้อจากการทำแท้งเถื่อน: ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน: กรณีศึกษา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 26(1), 104-115.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2558). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด*. กรุงเทพฯ: บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- จุติมา สุนทรสัจ, และสาวิตรี. (2555). การแท้งซ้ำซาก. ในเยื่อน ตันตินันดร, วรพงศ์ ภู่งศ์, และเอกชัย โควาริสารัช (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 17-35). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- อภิธาน พวงศรีเจริญ, และจิตติมา รุจิเวชพงศธร. (2555). เลือดออกในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์. ในวรพงศ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 17-29). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- Cashion K. (2014). Pregnancy at risk: Gestational conditions. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed.). (pp 623-675). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Cashion K. (2016). Hemorrhagic disorders. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier.
- Murray, S. S., & McKinney E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Oats, J., & Abraham, S. (2017). *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynaecology*. (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

- Overton, C. E., & O'Brien, K. (2017). Guidelines on the diagnosis and management of miscarriage. In R. G. Farquharson, & M. D. Stephenson (Eds.), *Early pregnancy*. (2nd ed.). (pp 129-145). Cambridge: Cambridge University Press.
- Perry S. E., Cashion K., Lowdermilk D. L., & Alden K. R. (2012). *Clinical companion: Maternity & newborn nursing*. (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. S., Kyle, T, & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

บทที่ 14

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Nursing care for pregnant women with abruption placenta)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้ถูกต้อง
2. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้ถูกต้อง

มีโนทัศน์ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placentae) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักมีอาการต่อเนื่องถึงขั้นรุนแรง จนรกลอกตัวเกือบหมดหรือสมบูรณ์แบบ ซึ่งเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มาก

ความหมาย

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หมายถึง การลอกตัวของรกจากผนังมดลูกส่วนบน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่รกเกาะปกติก่อนการคลอดทารก เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ (Pillitteri, 2014; Ricci, 2017; Smith, 2018)

อุบัติการณ์

โดยทั่วไปพบอุบัติการณ์ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 0.49-1.80 ของการคลอดทั้งหมด (ถวัลย์วงศ์, 2555) หรือประมาณ 1 ต่อ 200 การคลอด หากใช้เกณฑ์วินิจฉัยภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดที่รุนแรงจนทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิต จะพบอุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 500 จนถึง 1 ต่อ 1,600 การคลอด (สุพัตรา, 2555)

ชนิด

ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามตำแหน่งที่เลือดออกและระดับความรุนแรงของรกลอกตัวก่อนกำหนด ดังนี้คือ

1. แบ่งตามตำแหน่งที่เลือดออกเป็น 3 ชนิดคือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; Hutcherson, 2012)

1.1 ชนิดที่เลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด (external หรือ revealed hemorrhage) เลือดที่ออกจะเซาะออกมาระหว่างเยื่อหุ้มเด็กกับผนังมดลูก ส่วนใหญ่จะเป็นพวกที่มีการลอกตัวบริเวณริมรกและลอกตัวอย่างไม่สมบูรณ์ เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดคือร้อยละ 80-85 มีความรุนแรงน้อย โดยทั่วไปอาจไม่มีความเจ็บปวด หรือมีไม่มากนักนอกจากว่าจะเข้าสู่ระยะคลอด อาการแสดงของการเสียเลือดและภาวะช็อกสัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออก

1.2 ชนิดที่ไม่มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด (internal หรือ concealed hemorrhage) เลือดที่ออกขังอยู่ในมดลูกระหว่างส่วนที่รกแยกตัวกับผนังมดลูก ส่วนมากจะลอกตัวตรงกลางและลอกตัวเกือบสมบูรณ์ พบน้อยกว่าชนิดแรกคือพบร้อยละ 15-20 รกลอกตัวชนิดนี้มีอันตรายมาก

เพราะทำให้เกิดการเสียเลือดอย่างมาก จนเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (consumptive coagulopathy) หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและมดลูกแข็งตัวตลอดเวลา อาจไม่ได้ยินเสียงการเต้นของหัวใจทารก เนื่องจากทารกมักจะเสียชีวิต การที่รกลอกตัวแล้วไม่มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด เนื่องจาก

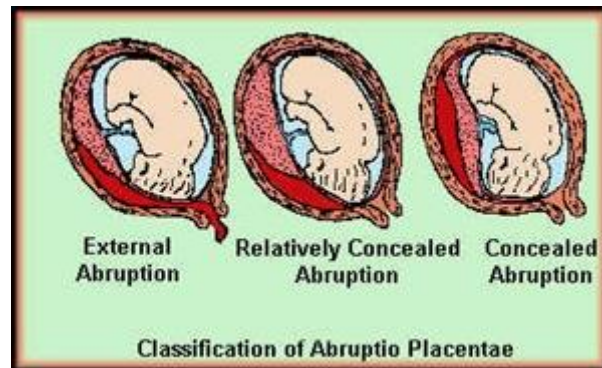
1.2.1 เลือดที่ออกซึมผ่านเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ

1.2.2 เลือดที่ออกขังอยู่ด้านหลังรก แต่รกรยังเกาะติดอยู่ที่ผนังมดลูก

1.2.3 รกลอกตัวออกหมดทั้งอัน แต่เยื่อหุ้มทารกทั้งเยื่อชั้นนอกที่ติดกับผนังมดลูก (chorion) และเยื่อหุ้มเด็กชั้นใน (amnion) ยังติดแน่นที่ผนังมดลูก

1.2.4 ศีรษะทารกลงมาอยู่ที่บริเวณมดลูกส่วนล่างทำให้เลือดผ่านออกมาทางช่องคลอดไม่ได้

1.3 ชนิดที่มีเลือดบางส่วนออกมาให้เห็นทางช่องคลอดบางส่วนขังอยู่ในมดลูก (mixed หรือ combined type) เชื่อว่าเริ่มแรกเป็นชนิดที่ไม่มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด เลือดที่ออกจะแทรกอยู่ระหว่างรกกับผนังมดลูก เมื่อเลือดออกมากขึ้นอาจเซาะแทรกถุงน้ำคร่ำกับผนังมดลูก แล้วผ่านออกมาทางปากมดลูกได้



ภาพที่ 1 ชนิดของรกลอกตัวก่อนกำหนด

ที่มา: <http://nursingcrib.com/nursing-care-plan/nursing-care-plan-abruption-placenta/>

เปรียบเทียบชนิดของรกลอกตัวก่อนกำหนดตามพยาธิสภาพ		
ข้อมูลตามพยาธิสภาพ	Revealed	Concealed
1. อุบัติการณ์	พบบ่อย (ร้อยละ 80-85)	พบน้อย (ร้อยละ 15-20)
2. จุดเริ่มของการลอกตัว	ริมรก	กลางรก
3. อาการกับปริมาณเลือดที่ออก	สัมพันธ์กัน	ไม่สัมพันธ์กัน
4. มดลูกหดตัวแข็งตึง (hypertonicity) กดเจ็บ	ไม่เด่นชัด	เด่นชัด
5. Couvelaire uterus	พบน้อย	พบบ่อย
6. Consumptive coagulopathy	พบน้อย	พบบ่อย
7. Fetal distress	พบบ่อย	พบบ่อย
8. ระดับยอตมดลูก	คงที่	สูงขึ้นชัดเจน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบชนิดของรกลอกตัวก่อนกำหนดตามพยาธิสภาพ

ที่มา: สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), สูติศาสตร์.

2. แบ่งตามระดับความรุนแรงของรกลอกตัวก่อนกำหนด 4 ระดับดังนี้ คือ (Pillitteri, 2014; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

2.1 ระดับ 0 ไม่มีอาการ ตรวจรกหลังคลอดพบมีลิ่มเลือดขนาดเล็กหลังรก มีเลือดทางช่องคลอดเล็กน้อย การหดตัวและการแข็งตัวของมดลูกไม่เปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตและระดับไฟบริโนเจน (fibrinogen) ปกติ การเต้นของหัวใจทารกปกติ

2.2 ระดับ 1 รกลอกตัวเล็กน้อย มีเลือดออก (น้อยกว่า 500 ม.ล.) มดลูกแข็งตัวตลอดเวลา (tetanic contraction) และกดเจ็บโดยที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการช็อก หรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทารกในครรภ์ยังมีสุขภาพดี

2.3 ระดับ 2 รกลอกตัวปานกลาง มีเลือดออก (1,000 – 1,500 ม.ล.) มดลูกแข็งตัวตลอดเวลา หญิงตั้งครรภ์มีชีพจรเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ

2.4 ระดับ 3 รกลอกตัวมาก มีเลือดออก (มากกว่า 1,500 ม.ล.) มดลูกแข็งตัวตลอดเวลา หญิงตั้งครรภ์มีภาวะช็อก และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาจพบทารกในครรภ์เสียชีวิต

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ดังนี้ คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Sosa, 2014)

1. ความดันโลหิตสูง ทั้งภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบได้ถึงร้อยละ 17.9 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. ประวัติรกลอกตัวก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน มีโอกาสเกิดสูงซ้ำถึงร้อยละ 5-17 หากมีประวัติรกลอกตัวก่อนกำหนด 2 ครั้ง โอกาสเกิดซ้ำสูงเป็นร้อยละ 25 และรกลอกตัวมักเกิดขึ้นเร็วกว่าครรภ์ก่อน ประมาณ 1-3 สัปดาห์
3. อายุ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดสูงขึ้น
4. จำนวนครั้งที่เคยคลอดบุตร หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรหลายครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น
5. การตั้งครรภ์แฝด มีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์แฝด มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดมากกว่าครรภ์เดียว
6. มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตร หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดบุตร พบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามประวัติผ่าตัดคลอดบุตรไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งแตกต่างจากการเกิดภาวะรกเกาะต่ำ
7. ประวัติในครอบครัว ความเสี่ยงจะสูงขึ้นหากพี่สาวหรือน้องสาวมีประวัติรกลอกตัวก่อนกำหนด
8. สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 5-8 เท่า หากสูบบุหรี่และมีภาวะความดันโลหิตสูง
9. การเสฟโคเคน พบอุบัติการณ์ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเพิ่มสูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โคเคน โดยพบประมาณร้อยละ 13-35 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โคเคน และความเสี่ยงนี้เพิ่มขึ้นตามปริมาณที่ใช้
10. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในครรภ์ที่ไม่ครบกำหนด (preterm premature rupture of membrane) พบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดสูงขึ้น โดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า
11. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกเป็นเวลานาน (prolong rupture of membrane) มีอุบัติการณ์ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดสูงขึ้นประมาณ 3 เท่า

12. การลดความดันในมดลูกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่นถุงน้ำคร่ำแตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เป็นครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios)

13. Thrombophilia เป็นความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ที่มีรายงานว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือการเกิดเนื้อตายจากการขาดเลือด (infarction)

14. การได้รับบาดเจ็บภายนอก มีรายงานว่าการได้รับบาดเจ็บภายนอก เช่น จากอุบัติเหตุรถยนต์ ทำให้เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดได้ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นการบาดเจ็บภายนอกชนิดรุนแรง และไม่จำเป็นต้องต้องเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดทันที ดังนั้นควรเฝ้าระวังหลังเกิดการบาดเจ็บอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

15. เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (uterine myoma) มีรายงานว่าถ้าตำแหน่งของเนื้องอกมดลูกที่อยู่ด้านหลังตรงตำแหน่งที่รกเกาะ จะมีโอกาสเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดมีดังนี้ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Ricci, 2017) รกลอกตัวก่อนกำหนดเริ่มต้นจากการที่ที่เลือดออกเข้าสู่ชั้นเยื่อมดลูกชั้นในสุดติดต่อกับผนังกล้ามเนื้อมดลูก (decidua basalis) จากนั้นชั้น decidua basalis ยกตัวขึ้น เหลือเป็นชั้นบางๆ ติดกับกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เกิดก้อนเลือดในชั้น decidua (decidual hematoma) จากนั้นก้อนเลือดนี้จะทำให้เกิดการแยกตัว การกดและการทำลายรกที่อยู่ติดกับก้อนเลือด ในระยะแรกนี้หญิงตั้งครรภ์อาจไม่มีอาการใดๆ และอาจวินิจฉัยได้จากการตรวจพบมีก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดสีคล้ำกอดอยู่ที่ผิวรกทางด้านที่เกาะอยู่ที่มดลูก (maternal surface of placenta) ในรกที่คลอดแล้ว ซึ่งการเกิดลิ่มเลือดหลังรกนี้ต้องใช้เวลาหลายนาที่ ดังนั้นในรายที่เพิ่งเริ่มเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนด อาจตรวจไม่พบลิ่มเลือดหลังรกได้

ในบางรายหลอดเลือดแดง decidual spiral artery มีการฉีกขาด ทำให้เกิดลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดหลังรก ซึ่งก้อนเลือดที่ขยายใหญ่ขึ้นก็จะทำให้หลอดเลือดแดง decidual spiral artery เส้นอื่นๆ ฉีกขาดเพิ่มขึ้น เป็นผลให้รกลอกตัวมากขึ้น และขยายไปจนถึงขอบรก และเนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายจากการตั้งครรภ์ จึงทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวเพื่อกดหลอดเลือดที่ฉีกขาดได้ เลือดที่ออกอาจเซาะแยกถุงน้ำคร่ำออกจากกล้ามเนื้อมดลูก แล้วไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด หรืออาจเซาะผ่านเข้า

ไปในถุงน้ำคร่ำ ทำให้มีเลือดปนในน้ำคร่ำ หรืออาจเจาะเข้าไปในกล้ามเนื้อทารก ทำให้ทารกมีลักษณะซ้ำ เป็นจ้ำ ๆ สีม่วงแดงเรียกว่า คูวีแลร์ ยูเทอรัส (couvelaire uterus) ทำให้ทารกหดตัวไม่ดี

ในบางรายที่เลือดออกหยุดได้เองโดยไม่มีอาการคลอดเรียกว่า รกลอกตัวก่อนกำหนดเรื้อรัง (chronic placental abruption) เลือดที่ออกในภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดนี้ ส่วนใหญ่เป็นเลือดมารดา แต่อาจพบเลือดที่ออกมาจากทารกได้ หรือมีเลือดของทารกไหลเข้าสู่กระแสโลหิตของมารดา (fetomaternal hemorrhage) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่รกลอกตัวจากการได้รับบาดเจ็บ

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ขึ้นอยู่กับจำนวนเลือดที่ออกและความรุนแรงของการลอกตัวของรก (Oats & Abraham, 2017) ดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Murray & McKinney, 2014)

ในรายที่เป็นน้อยอาการและอาการแสดงไม่แน่นอน แต่ในรายที่เป็นมากจะพบ

1. มีเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับการเจ็บครรภ์ (painful bleeding) การมีเลือดออกอาจไม่สัมพันธ์กับการเสียเลือดจากบริเวณที่รกลอกตัวก็ได้ ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของการลอกตัวของรก
2. มดลูกหดตัวแข็งตลอดเวลา (tetanic contraction) ถ้าถูกบริเวณหน้าท้องจะเจ็บมาก ส่วนใหญ่มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงระดับมดลูกอาจสูงขึ้น เนื่องจากมีการคั่งของเลือดในกล้ามเนื้อ มดลูก ในรายที่มีอาการไม่รุนแรง การหดตัวของมดลูกมีลักษณะเหมือนหญิงตั้งครรภ์ปกติ ในรายที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงมาก มดลูกหดตัวแข็ง อาจคล้ำส่วนต่าง ๆ ของทารกได้ไม่ชัดเจน
3. มีอาการแสดงของการเสียเลือด ซึ่งอาจไม่สัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว ซีด ภาวะสับสน หายใจหอบเหนื่อย และช็อกได้ ปัสสาวะน้อย
4. ในรายที่เกิดภาวะรกลอกตัวไม่รุนแรง สามารถฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ได้ ในรายที่รกลอกตัวรุนแรงฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ไม่ได้

ผลกระทบ

ผลกระทบจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเกิดขึ้นได้ทั้งกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผลกระทบมีดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

1. ช็อกจากการเสียเลือดมาก

2. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (consumption coagulopathy) มักพบในรายที่รกลอกตัวอย่างรุนแรงจนทารกเสียชีวิตในครรภ์ เกิดจากสารธรีมโบพลาสติน (thromboplastin) จาก เดซิตัว (decidua) ที่เน่าเสียจากรกลอกตัวซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือดจับกับโปรธรีมบิน (prothrombin) เกิดเป็นธรีมบิน (thombin) ไปรวมตัวกับไฟบริโนเจนเกิดเป็นไฟบริน (fibrin) หรือลิ่มเลือดอยู่ในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation, DIC) ทำให้เกิดการอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง ตับ ไต จำนวนไฟบริโนเจนลดลงต่ำกว่า 150 มล./ดล. เป็นผลทำให้เลือดแข็งตัวช้า

3. ภาวะไตวาย พบในรายที่รกลอกตัวอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะขาดเลือดอย่างทันท่วงทีหรือเพียงพอ ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนไปสู่ไตลดลงอย่างมาก พยาธิสภาพที่ไตอาจเป็น acute tubular necrosis ซึ่งร้อยละ 75 สามารถกลับมาเป็นปกติ

4. Couvelaire uterus หรือ Uteroplacental apoplexy เป็นภาวะที่มีเลือดเซาะเข้าไปในกล้ามเนื้อและไตเยื่อหุ้มมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีลักษณะเป็นสีแดงคล้ำหรือสีม่วงเข้มเป็นจ้ำๆ เลือดที่ออกนี้อาจเซาะไปที่ไตท่อนำไข่ หรือเข้าไปในรังไข่ ช่องท้อง หรือ broad ligament

5. การตกเลือดหลังคลอด พบการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นจากมดลูกหดตัวไม่ดี หรือจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

6. Acute pituitary necrosis (Sheehan's syndrome) พบในรายรกลอกตัวก่อนกำหนดที่รุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการตกเลือดหลังคลอดร่วมด้วย

7. เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบในระยะหลังคลอด เนื่องจากต้องทำสูติศาสตร์หัตถการเพิ่มขึ้น และภูมิคุ้มกันลดลงเนื่องจากการเสียเลือด

ผลกระทบต่อทารก

1. ภาวะแทรกซ้อนต่อทารกที่สำคัญคือการคลอดก่อนกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ 59 ของผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

2. Birth asphyxia ผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มีโอกาสที่ทารกจะเกิด Birth asphyxia เพิ่มขึ้น 15 เท่า

3. ทารกตายในครรภ์หรือตายคลอด (stillbirth or neonatal death) พบได้ประมาณร้อยละ 30 (Impey & Child, 2017)

4. มีทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction) พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดมีแนวทางดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

1. จากการซักประวัติ อาการและอาการแสดง
2. การตรวจอัลตราซาวนด์ดูรก สามารถแยกออกจากภาวะรกเกาะต่ำได้
3. การตรวจภายใน คลำไม่พบรก ผนังคร่ำตึง ในบางรายเจาะผนังคร่ำอาจพบผนังคร่ำมีเลือดปน
4. การตรวจรกหลังคลอด มีเลือดคั่งหลังรก (retroplacental clot) และรอยถูกกดบริเวณรกด้านแม่

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับทั้งสภาพของมารดาและทารก แต่ต้องระลึกไว้เสมอว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกตลอดเวลา หลักของการรักษามีดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

การรักษาแบบประคับประคอง (expectant management)

ใช้ในกรณีที่รกลอกตัวไม่รุนแรงและอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์และทารกยังมีสุขภาพดี และยังไม่มีการแทรกซ้อนเกิดขึ้น การรักษาแบบนี้ประกอบด้วย

1. รับประทานยาอย่างใกล้ชิดในห้องคลอด
2. ติดตามประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา
3. พิจารณาให้ steroid กระตุ้นการเจริญของปอดทารก ในทารกที่มีอายุครรภ์ไม่ถึง 34 สัปดาห์
4. ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีกลุ่มเลือด Rh ลบ ควรให้ Rh immunoglobulin ด้วย เนื่องจากมีโอกาสเกิด fetomaternal hemorrhage

การยุติการตั้งครรภ์ (termination of pregnancy) ใช้ในกรณีที่

1. อายุครรภ์ครบกำหนดและทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ หรือ
2. ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะ fetal distress หรือ
3. หญิงตั้งครรภ์เสียเลือดมากจนช็อก

การคลอดทางช่องคลอด

ข้อดีของการคลอดทางช่องคลอด คือสามารถกระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยการใช้น้ำและการคลึงมดลูก เพื่อเป็นการห้ามเลือด ทำให้ห้ามเลือดได้ดีขึ้น แม้ในกรณีที่ผู้คลอดมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ใช้ในกรณีที่

1. ทารกในครรภ์เสียชีวิตแล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์อื่นๆ ที่เป็นข้อห้ามสำหรับการคลอดทางช่องคลอด

2. สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ในเวลาอันรวดเร็ว

3. มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งหากผ่าตัดคลอดจะทำการห้ามเลือดได้ยาก การผ่าตัดคลอดใช้ในกรณีที่

1. ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะ fetal distress

2. ระยะเวลาในการคลอดเองมีระยะเวลานาน เช่น ครรภ์แรกปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3-4 เซนติเมตร

3. ผู้คลอดเสียเลือดมากจนช็อก หรือมดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็วจากรกลอกตัวแบบ concealed type โดยไม่ได้คำนึงว่าทารกในครรภ์จะยังคงมีชีวิตหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อช่วยชีวิตมารดาเป็นสำคัญ

การรักษาภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (consumption coagulopathy) ดังนี้คือ

1.1 ให้ Fresh whole blood ใช้ในกรณีที่เลือดออกมาก (มากกว่า 5-6 ลิตร ภายใน 24 ชั่วโมง) แต่ละยูนิตจะเพิ่มความเข้มข้นเลือด (hematocrit) ได้ ร้อยละ 3

1.2 Packed red cells นิยมใช้ทดแทนการเสียเลือดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่ละยูนิตจะเพิ่มความเข้มข้นเลือด (hematocrit) ได้ ร้อยละ 3 และเนื่องจากมีปริมาณเม็ดเลือดขาวและ plasma protein น้อยกว่า Fresh whole blood จึงเกิดปฏิกิริยาการให้เลือดน้อยกว่า

1.3 Fresh frozen plasma มีส่วนประกอบของการแข็งตัวของเลือด (concentrated clotting factors) แต่ไม่มีเกล็ดเลือด (Platelet) แต่ละยูนิตจะเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือดได้ร้อยละ 2-3

1.4 Cryoprecipitate packs เป็น concentrated of fresh frozen plasma เนื่องจากแต่ละยูนิตมีปริมาตร 40 มิลลิลิตร ดังนั้นจึงใช้เมื่อต้องการจำกัดปริมาณน้ำที่ผู้คลอดได้รับ

2. ภาวะไตวาย หลักการรักษา คือ การเพิ่มเลือดไปเลี้ยงไตให้เพียงพอ และให้มีปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะนี้มักจะดีขึ้นหลังจากได้รับการแก้ไขเรื่องการขาดสารน้ำแล้ว

หลักการพยาบาล

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด แบ่งเป็นหลักการพยาบาลในระยะคลอด และหลักการพยาบาลในระยะหลังคลอด ดังนี้ คือ (Cahsion, 2016; Mallicoat, 2012; Murray & McKinney, 2014; Pillitteri, 2014; Ricci, 2017)

ระยะคลอด

1. รับไว้ในห้องคลอด
2. งดการตรวจภายในหรือตรวจทางทวารหนัก เพราะอาจกระตุ้นให้มดลูกหดตัวและ decidua ฉีกขาดมากขึ้น เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียเลือดมากขึ้น
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของรกลอกตัว ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์มาก การแข็งตัวของมดลูก โดยถ้าพบว่ามดลูกแข็งตัวมากขึ้น มีระยะคลายตัวน้อย กดเจ็บ สังเกตปริมาณเลือดที่ไหลออกมา จะมีลักษณะสีแดงคล้ำ อาจไหลออกมาให้เห็นหรืออาจไม่เห็นทางช่องคลอดก็ได้ ถ้าไม่เห็นออกทางช่องคลอด อาจมีเลือดคั่งอยู่ด้านหลังของรก ซึ่งอาจประเมินภาวะเลือดออกโดยการวัดความสูงยอดมดลูก โดยถ้าพบว่ายอดมดลูกสูงขึ้นเรื่อยๆ แสดงว่าเลือดออกบริเวณด้านหลังของรกมากขึ้นเรื่อยๆ
4. เจาะเลือดส่งตรวจเพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะตามแผนการรักษา ได้แก่ ความเข้มข้นของเลือด กลุ่มเลือด เตรียมเลือดไว้อย่างน้อย 2 ยูนิต และส่งตรวจนับเซลล์เม็ดเลือด (CBC) บียูเอ็น (BUN) อีเลคโตรไลต์ (electrolyte) coagulopathy (PT, PTT, และ clotting time) fibrinogen และ FDP
5. ดูแลการแก้ไขภาวะช็อค ภาวะ hypovolemia ภาวะขาดออกซิเจน และความไม่สมดุลของ electrolyte เพื่อพยายามปรับระดับประคองส่วนของรกที่ยังทำหน้าที่อยู่ให้ดำเนินต่อไปได้ตามแผนการรักษา โดยให้น้ำเกลือหรือ lactate ringer's solution ให้ออกซิเจน ให้เลือด แก้ไขภาวะสมดุลของอีเลคโตรไลต์ ตามแผนการรักษา
6. คาสายสวนปัสสาวะ และบันทึก intake/output ตามแผนการรักษา
7. ติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา
8. ให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และผลกระทบของภาวะรกลอกตัว ก่อนกำหนดที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ตลอดจนประโยชน์ของการดูแลรักษาที่จะได้รับในแต่ละกิจกรรมของการรักษาพยาบาล
9. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกมากที่สุด

10. ประเมินระดับความเจ็บปวด เนื่องจากความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้นแสดงถึงภาวะเลือดคั่งบริเวณหลังรกมากขึ้น

11. สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูก มดลูกอาจจะหดตัวไม่สม่ำเสมอหรืออาจหดตัวแข็งตัวตลอดเวลา เนื่องจากมีเลือดออกภายในและเซาะเข้าไปในใยกล้ามเนื้อมดลูก

12. สังเกตและบันทึกอาการเจ็บครรภ์ ถ้ามีเลือดออกภายในจะมีอาการเจ็บครรภ์อย่างรุนแรง ถ้าเจ็บมากควรรายงานให้แพทย์ทราบ

13. สังเกตและบันทึกลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยให้ผู้ใช้บริการใส่ผ้าอนามัยไว้ตลอดเวลา รวมถึงสังเกตลักษณะน้ำคร่ำที่ออกมาซึ่งอาจจะมีเลือดปนด้วย

14. บันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะทุก 15-30 นาที

15. ถ้าแพทย์วางแผนให้หญิงตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด ดูแลช่วยเหลือการเร่งคลอดโดยการเจาะถุงน้ำคร่ำ (amniotomy) และกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดด้วยออกซิโตซิน ตลอดจนการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกคลอด

16. เตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดคลอดทันทีถ้าอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ การเตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้อง การสวนปัสสาวะค้างไว้ เตรียมเลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด

17. สังเกตอาการแสดงที่นำสู่ภาวะ DIC ได้แก่ การไหลของเลือด เลือดออกบริเวณเหือกจ้ำเลือด บริเวณต่างๆ ของลำตัว

18. เตรียมเครื่องมือต่างๆ ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที เช่น เครื่องวัดความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP) เครื่องปั๊มเลือด เป็นต้น

19. รายงานกุมารแพทย์และเตรียมเครื่องช่วยชีวิตทารกแรกเกิดให้พร้อม

ระยะหลังคลอด

ป้องกันการตกเลือดระยะหลังคลอด หลังรกคลอดให้ยากระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น เช่น ออกซิโทซิน (oxytocin) หรือเมเธอร์จิน (methergin) ตามแผนการรักษา คลึงมดลูกในรายคลอดปกติ คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศและคีม รวมทั้งสอนมารดาให้คลึงมดลูก บันทึกการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด บันทึกปริมาณของน้ำคาวปลา ดูแลไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม และบอกให้ผู้ใช้บริการทราบถึงผลดีของการที่กระเพาะปัสสาวะว่าง บันทึกสัญญาณชีพ ถ้า

สภาพผู้คลอดไม่ดี มดลูกไม่หดรัดตัว ไม่สามารถควบคุมให้เลือดหยุดได้ต้องเตรียมผู้ให้บริการให้พร้อม
สำหรับการผ่าตัดเอามดลูกออก

เอกสารอ้างอิง

- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในวรพงษ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 145-157). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, จุติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 51-74). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในเย็น ตันตินันดร, วรพงษ์ ภู่งศ์, และเอกชัย โควาราช (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 107-129). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 237-253). กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด.
- อธิตา จันทเสนานนท์, และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า. (2554). การตกเลือดก่อนคลอด. ในคมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 59-84). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
- Cashion, K. (2016). Hemorrhagic disorder. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier.
- Hutcherson, A. (2012). Bleeding in pregnancy. In S. Macdonald, & J. Magill-Cuerden (Eds.), *Mayer's midwifery* (14th ed.). (pp 753-770). Edinburgh: Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Mallicoat, H. P. (2012). Gestational complication. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans* (2nd ed.). (pp 143-218). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.

- Oats, J., & Abraham, S. (2017) . Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynaecology. (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. S., Kyle, T, & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sosa, M. E. B. (2014). Bleeding in pregnancy. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *Perinatal nursing* (4th ed.). (pp 143-165). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.

บทที่ 15

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

(Nursing care for pregnant women with placenta previa)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์ : เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะรกเกาะต่ำและ Vasa previa ได้ถูกต้อง
2. บอกหลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะรกเกาะต่ำและ Vasa previa ได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะรกเกาะต่ำ
2. หลักการพยาบาล

มโนทัศน์ของภาวะรกเกาะต่ำ

ภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) เป็นหนึ่งในสองสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญของการรับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลในระยะก่อนคลอด มีอันตรายต่อทั้งผู้คลอดและทารก คือเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการตายปริกำเนิด และยังเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่พบบ่อย (สุพัตรา, 2555) และยังทำให้ผู้คลอดมีโอกาสตกเลือดในระยะหลังคลอดอีกด้วย เนื่องจากบริเวณส่วนล่างของมดลูกมีการหดตัวได้ไม่ดีเท่าบริเวณส่วนล่างของมดลูก จึงเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการตายของมารดาและทารกในครรภ์ (Ricci, 2017)

ความหมาย

รกเกาะต่ำ หมายถึงภาวะที่รกเกาะต่ำลงมาถึงบริเวณส่วนล่างของผนังมดลูก (lower uterine segment) ขายรกอยู่ใกล้หรือแผ่คลุมปากมดลูกด้านใน (internal os) (สุพัตรา, 2555) รกอาจเกาะต่ำลงมาคลุมที่ปากมดลูกทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน แทนที่จะเกาะและฝังตัวที่บริเวณส่วนบนของมดลูก ซึ่งเป็นตำแหน่งการเกาะและฝังตัวตามปกติของรก

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน โดยทั่วไปพบได้ประมาณร้อยละ 0.5-1 (Hutcherson, 2012) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้คลอดครรภ์หลัง ซึ่งพบได้บ่อยขึ้นเป็นสัดส่วนโดยตรงกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และในผู้คลอดที่เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ก็พบอุบัติการณ์ของภาวะนี้มากขึ้นตามจำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Ricci, 2013)

ภาวะรกเกาะต่ำจะมีอุบัติการณ์ลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การตรวจอัลตราซาวด์ในช่วงอายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ อาจพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 30 แต่เมื่อตรวจติดตามซ้ำในช่วงใกล้คลอดจะพบว่าร้อยละ 90-95 ภาวะรกเกาะต่ำหายไปแล้ว เนื่องจากขนาดมดลูกขยายใหญ่ขึ้น ทำให้ตำแหน่งที่รกเกาะเคลื่อนขึ้นไปด้านบนเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น (สุพัตรา, 2555)

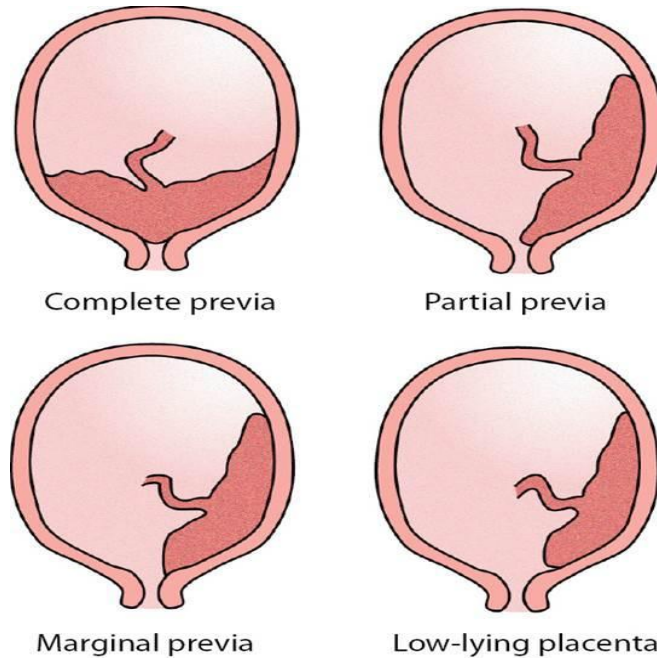
ชนิด

รกเกาะต่ำแบ่งออกเป็น 4 ชนิดคือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; Ricci, 2017; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

1. รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด (total placenta previa หรือ complete placenta previa)
2. รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูก และคลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านในเพียงบางส่วน (partial placenta previa)

3. รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูก และเกาะลงมาถึงขอบของปากมดลูกด้านในพอดี (marginal placenta previa)

4. รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกแต่ไม่คลุมมาถึงปากมดลูกด้านใน (low-lying placenta previa)



ภาพที่ 1 ชนิดของรกเกาะต่ำ

ที่มา: <https://www.studyblue.com/notes/n/placenta-umbilical-cord-fluid-membranes--fetal-cns-wksht1/deck/6992816>

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบเหตุชวนให้เกิดหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Hutcherson, 2012; Impey & Child, 2017; Sosa, 2014)

1. อายุมารดา อายุที่มากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะรกเกาะต่ำมากขึ้น ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี พบภาวะรกเกาะต่ำเพิ่มเป็นร้อยละ 1 และในรายที่อายุเกิน 40 ปีมีอุบัติการณ์เพิ่มเป็นร้อยละ 2

2. จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนครั้งยิ่งมากขึ้นยิ่งมีโอกาสพบภาวะรกเกาะต่ำได้มากขึ้น พบอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรตั้งแต่ 5 ครั้งเป็นต้นไป ถึงร้อยละ 2.2 ซึ่งสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรต่ำกว่า 5 ครั้ง

3. เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง พบอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมาก่อน 1 ครั้ง อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.9 เมื่อมีประวัติ 2 ครั้ง และเพิ่มเป็นร้อยละ 4.1 เมื่อมีประวัติ 3 ครั้งเป็นต้นไป

4. ประวัติการชูดมดลูก หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติชูดมดลูก พบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำเพิ่มสูงขึ้น โดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 2-3 เท่า

5. มีประวัติรกเกาะต่ำ หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีรกเกาะต่ำในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน มีโอกาสที่จะมีภาวะรกเกาะต่ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปร้อยละ 4-8

6. การตั้งครรภ์ที่รกมีขนาดใหญ่ ได้แก่ครรภ์แฝด, hydrops fetalis, รกน้อยที่มีเส้นเลือดทอดผ่าน (placenta succenturiata), รกบางแต่แผ่ขยายกว้าง (placenta membranacea), ทารกมีภาวะเม็ดเลือดแดงแตกจากเลือดไม่เข้ากับมารดา (erythroblastosis fetalis)

7. การสูบบุหรี่ พบว่าเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำเป็น 2.6-4.4 เท่า เชื่อว่าเกิดจาก ในเลือดมีก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้มีออกซิเจนต่ำ รกจึงขยายใหญ่ขึ้นเพื่อเป็นการชดเชยกับภาวะพร่องออกซิเจน หรืออาจเกิดจากการสร้างหลอดเลือดที่ชั้น decidua บกพร่อง หรือมีการอักเสบหรือฝ่อของหลอดเลือดดังกล่าว ทำให้รกขยายใหญ่ขึ้นและเกิดรกเกาะต่ำ

8. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกเกาะต่ำสูงขึ้นประมาณ 3-6 เท่า

9. ระดับ maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP) สูง หากพบว่าระดับ MSAFP สูงกว่า 2.0 MoM ในตอนตรวจเลือดคัดกรองช่วงอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดรกเกาะต่ำสูงขึ้น

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของภาวะรกเกาะต่ำมีดังนี้คือ (สุพัตรา, 2555)

เลือดที่ออกในภาวะรกเกาะต่ำเกิดจากในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ ผนังมดลูกส่วนล่างจะยืดออกและบางตัวลง (lower segment formation) ปากมดลูกอาจเริ่มมีการเปิดขยาย ทำให้มีการแยกตัวหรือลอกตัวบริเวณขอบรก จึงมีเลือดออกจาก intervillous space เลือดที่ออกส่วนใหญ่เป็นเลือดแม่ ทารกมักไม่มีอันตราย ยกเว้นแม่เสียเลือดมาก

อาการเลือดออกมักไม่มีอาการแสดงอื่นๆ บอกนำมาล้วงหน้า เกิดได้ทุกเวลาแม้ขณะพักผ่อนนอนหลับหรือทำกิจกรรมต่างๆ เลือดที่ออกจากรกเกาะต่ำมักจะมีลักษณะสีแดงสด เลือดที่ออกครั้งแรก

ส่วนใหญ่มักออกหลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ อาจมีปริมาณน้อยหรือมากก็ได้ ในรายรกเกาะต่ำชนิด total placenta previa มักมีอาการเลือดออกเร็วกว่าในราย partial หรือ marginal placenta previa เลือดที่ออกในครั้งแรกมักไม่รุนแรง ครั้งต่อๆ ไปปริมาณมักจะมากขึ้นและ lower uterine segment เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจทำให้เสียชีวิตได้ พบว่าปริมาณเลือดที่ออกไม่สัมพันธ์กับชนิดของรกเกาะต่ำ

การเกิดเลือดออก มักเกิดหลังสัปดาห์ที่ 24-28 ของการตั้งครรภ์ (Hutcherson, 2012) อายุครรภ์เฉลี่ยที่เริ่มมีอาการเลือดออกครั้งแรกคือ 30 สัปดาห์ (ถวัลย์วงศ์, 2555) ประมาณ 1 ใน 4 พบเลือดออกครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และประมาณร้อยละ 10 พบเริ่มมีเลือดออกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด อาการเลือดออกมักไม่มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย (painless bleeding) แต่ในบางรายก็อาจพบมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย พบได้ประมาณร้อยละ 20

ผู้ที่มีภาวะรกเกาะต่ำยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ (ท่าขวาง, oblique lie) และการตกเลือดหลังคลอดด้วยสำหรับภาวะ consumptive coagulopathy ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด แทบจะไม่พบเลยในภาวะรกเกาะต่ำ

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะรกเกาะต่ำ มีดังนี้คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Cashion, 2016; Hutcherson, 2012; Murray & McKinney, 2014; Oats & Abraham, 2017; Smith, 2018)

1. อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ มีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย (painless bleeding) เลือดที่ออกเป็นเลือดมารดา อาการเลือดออกทางช่องคลอดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 70 และมักเกิดขึ้นในช่วงปลายไตรมาสที่สองเป็นต้นไป เลือดที่ออกมาจะไม่มีอาการนำหรืออาการเตือนมาก่อน เลือดที่ออกครั้งแรกมักมีปริมาณไม่มากและหยุดได้เอง ในรายที่รกเกาะต่ำแบบ low-lying อาจมีเลือดออกเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีอาการเปิดช่องปากมดลูก ซึ่งอาการอาจคล้ายกันกับภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

2. ลักษณะเลือดที่ออกเป็นสีแดง

3. จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดได้สัดส่วนหรือสัมพันธ์กับอาการของหญิงตั้งครรภ์

4. จากการตรวจหน้าท้องพบว่ามดลูกนุ่มตามปกติ กัดไม่เจ็บ คลำทารกในครรภ์และฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ได้ และมีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. ทารกมีส่วนนำผิดปกติ หรืออยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ส่วนนำเป็นก้น หรือทารกอยู่ในท่าขวาง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 35 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำ

6. ในรายที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ตรวจพบว่าศีรษะไม่ลงสู่อุ้งเชิงกราน

ผลกระทบ

ผลกระทบภาวะรกเกาะต่ำเกิดขึ้นได้ทั้งกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผลกระทบมีดังนี้คือ (สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Cashion, 2016)

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

1. มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด

2. ตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากบริเวณส่วนล่างของมดลูกมีการหดตัวไม่ดี ทำให้เลือดออกจาก placenta bed ได้

3. ติดเชื้อ

4. มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ

5. รกเกาะลึก (placenta accrete, increta, percreta) พบร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำได้บ่อย โดยเฉพาะในรายที่เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมาก่อน

6. โลหิตจางเนื่องจากเสียเลือดมากและเสียแบบเรื้อรัง

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

1. คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นสาเหตุสำคัญให้ทารกมีอัตราตายสูง

2. อัตราตายปริกำเนิดสูง พบได้ประมาณร้อยละ 1

3. มีภาวะ birth asphyxia เกิดได้บ่อยจากมารดาเสียเลือดมาก หรือจากการคลอดที่ต้องทะลุผ่านรก ทำให้ทารกเสียเลือดด้วย

การวินิจฉัย

สามารถวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำได้โดย (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

1. วินิจฉัยจากประวัติอาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ การมีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะหลังของการตั้งครรภ์โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรก

เกาะต่ำ และมักเกิดในช่วงปลายของไตรมาสสองเป็นต้นไป อาการซีดสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ออก ถ้าไม่มีอาการเจ็บครรภ์ หน้าท้องจะนุ่มไม่แข็งตึง คลำทารกได้

2. การตรวจอัลตราซาวด์

การตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องเป็นวิธีที่ทำงานง่าย ปลอดภัยและถูกต้องแม่นยำ ในการดูตำแหน่งของรก มีความถูกต้องในการวินิจฉัยประมาณร้อยละ 96

การตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด มีความถูกต้องแม่นยำสูง สามารถเห็นปากมดลูกด้านในได้ทุกราย

3. การตรวจภายใน เป็นวิธีวินิจฉัยโรคได้แน่นอน แต่ต้องทำการตรวจในท้องผ่าตัด (double set up) เป็นการตรวจภายในหญิงตั้งครรภ์ที่สงสัยว่ามีรกเกาะต่ำและต้องการที่จะทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมที่จะทำการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องคลอดได้ทันทีที่วินิจฉัย ในห้องผ่าตัดต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งวิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์และสูติแพทย์ผู้ผ่าตัดและช่วยผ่าตัด ดังนั้นในรายที่ทารกในครรภ์มีอายุน้อยและยังสามารถให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองได้จะไม่ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ ในปัจจุบันไม่นิยมใช้วิธีนี้ เนื่องจากมีการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ ซึ่งสามารถบอกตำแหน่งรกได้เกือบทั้งหมด

การรักษา

ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเลือดที่ออก อายุครรภ์และความสมบูรณ์ของทารก ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด มีหลักการดูแลรักษาดังต่อไปนี้ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพัตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Ricci, 2017)

1. การรักษาเบื้องต้น เพื่อสังเกตอาการตกเลือดโดย

- 1.1 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องคลอด
- 1.2 ประเมินการเสียเลือด และสัญญาณชีพของมารดา
- 1.3 ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วย Electronic FHR monitoring
- 1.4 ห้ามตรวจภายในทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก และห้ามสวนอุจจาระ
- 1.5 ตรวจความเข้มข้นของเลือด เตรียมเลือดและให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้
- 1.6 งดน้ำและอาหารทางปาก ให้น้ำเกลือ

2. การรักษาขั้นต่อไป ขึ้นอยู่กับสถานะของหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้คือ

2.1 อายุครรภ์น้อย (preterm) และไม่มีข้อบ่งชี้ให้คลอด หากเลือดออกไม่มาก สถานะของมารดาและทารกยังดีอยู่ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง (expectant management) คือเฝ้า

ระวังเลือดออกซ้ำ หากเลือดหยุดแล้ว อาจให้กลับบ้านได้ ต้องอธิบายให้ทราบว่ามีโอกาสเลือดออกซ้ำได้อีก และจำเป็นต้องรับมาโรงพยาบาล เนื่องจากเลือดออกครั้งต่อไปอาจรุนแรงได้ แนะนำให้พักผ่อนไม่ทำงานหนัก งดมีเพศสัมพันธ์หรือสวนล้างช่องคลอด ในรายที่อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ steroid เพื่อเร่งการเจริญของปอด

2.2 อายุครรภ์ครบกำหนด (37 สัปดาห์) หรือปอดทารกในครรภ์เจริญดีพอที่จะคลอดได้แล้ว ควรพิจารณาให้คลอด เนื่องจากการยืดอายุครรภ์ต่อไปไม่มีประโยชน์ต่อทารก มารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือด

2.3 มีการเจ็บครรภ์คลอดร่วมด้วย หากอายุครรภ์ยังน้อย เลือดออกไม่มาก อาจพิจารณาให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

2.4 เสียเลือดมาก จนอาจเป็นอันตรายต่อมารดา กรณีจำเป็นต้องให้คลอดโดยด่วน ไม่ว่าจะอายุครรภ์เท่าใดก็ตาม

3. การเลือกช่องทางคลอด

3.1 การผ่าตัดคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำเกือบทั้งหมด ควรคลอดโดยการผ่าตัดคลอด

3.2 การคลอดทางช่องคลอด อาจเลือกทำในรายที่มีรกเกาะต่ำชนิด low lying หรือ marginalis ที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำและเลือดออกไม่มาก เมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากมักจะกดขอบรก ทำให้เลือดออกลดลงได้ กรณีเช่นนี้การตรวจภายในและการเจาะถุงน้ำคร่ำควรทำแบบ double set up หากมีเลือดออกมาก จะได้ผ่าตัดคลอดได้ทันที

หลักการพยาบาล

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะรกเกาะต่ำ แบ่งเป็นหลักการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ดังนี้คือ (Cahsion, 2016; Mallicoat, 2012; Murray & McKinney, 2014; Pillitteri, 2014)

ระยะตั้งครรภ์

1. หลักการพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การสังเกตอาการตกเลือด โดย
 - 1.2 รับไว้ในโรงพยาบาล
 - 1.3 ห้ามตรวจทางช่องคลอด ทางทวารหนัก และห้ามสวนอุจจาระ
 - 1.4 งดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

1.5 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาด้วยเข็มเบอร์ 18 และเก็บเลือดส่งตรวจตามแผนการรักษา

1.6 เตรียมผู้ให้บริการเพื่อตรวจหาตำแหน่งรกเกาะโดยตรวจด้วยเครื่องความถี่สูงตามแผนการรักษา

1.7 ตรวจความเข้มข้นของเลือด กลุ่มเลือด เตรียมเลือดไว้อย่างน้อย 2 ยูนิต

1.8 ตรวจดูจำนวนและลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด

1.8 สังเกตและบันทึกอาการแสดงของทารกจากเครื่องฟังหัวใจทารก ดังต่อไปนี้คือ หัวใจเต้นเร็ว การเคลื่อนไหวอนสเตรสเทส ให้ผลนอนรีแอคทีฟ (non reactive) และมี เลทซีซีเลอร์เลชั่น ถ้ามีอาการแสดงดังที่กล่าวมาต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

1.9 ให้ออกซิเจน mask with bag แก่มารดา 10 ลิตร/นาที

2. ขึ้นต่อไป ต้องประเมินลักษณะและปริมาณเลือดที่ออก อายุครรภ์ ขนาดและท่าของทารกในครรภ์ ถ้าเลือดออกน้อยลง ยังไม่เจ็บครรภ์ ทารกยังมีชีวิต อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ แพทย์จะให้การรักษาแบบประคับประคอง จะต้องให้การดูแลดังนี้คือ

2.1 ให้อนพัก ห้ามลุกจากเตียงโดยจัดให้อนในท่า ยกหัวเตียงสูง 20-30 องศา (semi-fowler's) เพื่อให้ส่วนของทารกกดรกไว้ ช่วยให้เลือดออกน้อยลง

2.2 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้
การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

2.3 ใส่ผ้าอนามัยหรือผ้าเตี่ยวเพื่อบันทึกปริมาณสีและก้อนเลือดที่ออกทางช่องคลอด

2.4 สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการชืด กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็นให้รีบรายงานแพทย์

2.5 บันทึกเสียงหัวใจทารก สัญญาณชีพ และปริมาณเลือดที่ออก

2.6 บันทึกการหดตัวของมดลูก

2.7 บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก

2.8 ภายหลัง 12-24 ชม. ถ้าไม่มีเลือดออกอีก ให้รับประทานอาหารอ่อนตามแผนการรักษา

2.9 ถ้าเลือดออกไม่มาก แต่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร่วมด้วย แพทย์จะพิจารณายับยั้งการเจ็บครรภ์ ให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ให้บริการที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.10 ในรายแพทย์ที่ให้กลับบ้าน ให้คำแนะนำให้นอนพัก ไม่ทำงานหนัก งดมีเพศสัมพันธ์ หรือสวนล้างช่องคลอด มาตรฐานครรรค์ตามนัด เมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีเลือดออกอีกต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที

ระยะคลอด

กรณีที่มีเลือดออกมากและนาน ไม่สามารถประคับประคองต่อไปได้ แพทย์จะพิจารณาทำให้การตั้งครรรค์สิ้นสุดลงต้องปฏิบัติดังนี้

1. อธิบายให้มารดาเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล
2. เตรียมเลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต ตามแผนการรักษา
3. แพทย์จะเจาะถุงน้ำคร่ำในรายที่ทำได้ ให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ใช้บริการที่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ
5. เตรียมผู้ใช้บริการให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
6. ในกรณีที่ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนหรือคลอดก่อนกำหนด ให้รายงานกุมารแพทย์

ในกรณีที่ตรวจพบรกเกาะต่ำชนิดที่สามารถคลอดช่องทางคลอดเองได้ให้การดูแลดังนี้

- ช่วยเตรียมเครื่องมือสำหรับเจาะถุงน้ำตามแผนการรักษา และให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ใช้บริการที่ได้รับการเจาะถุงน้ำ

- เตรียมให้ออกซิโทซินทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา
- บันทึกการหดตัวของมดลูก และเฝ้าดูความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด
- ดูแลความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ และความสุขสบายทั่วไป
- เมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้ว สอนให้ผู้ป่วยแบ่งตามวิธีที่ถูกต้อง
- เตรียมเครื่องมือสำหรับทำสูติศาสตร์หัตถการไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที
- เตรียมเครื่องช่วยชีวิตทารกให้พร้อม รายงานกุมารแพทย์ ถ้าทารกอยู่ในสถานะที่ไม่ดี

ระยะหลังคลอด

1. หลังรกคลอด รีบวัดความดันโลหิต และนิตเมเธอร์ยีน
2. ตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีต้องกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น
3. คลึงมดลูกในรายคลอดปกติ คลอดด้วยวิธีใช้เครื่องดูดสุญญากาศและคีมและสอนมารดาให้

คลึงมดลูก

4. ดูแลไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม และบอกให้ผู้ใช้บริการทราบถึงผลดีของการที่กระเพาะปัสสาวะว่าง
5. บันทึกการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
6. บันทึกปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด
7. บันทึกสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในวรพงษ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 145-157). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑูมิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 51-74). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในเยื่อน ต้นตินิรันดร, วรพงษ์ ภู่งศ์, และเอกชัย โควาริสารัช (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 107-129). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 237-253). กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง จำกัด.
- อธิตา จันทเสนานนท์, และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า. (2554). การตกเลือดก่อนคลอด. ในคมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 59-84). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
- Cashion, K. (2016). Hemorrhagic disorder. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier.
- Hutcherson, A. (2012). Bleeding in pregnancy. In S. Macdonald, & J. Magill-Cuerden (Eds.), *Mayer's midwifery* (4th ed.). (pp 753-770). Edinburgh: Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.
- Mallicoat, H. P. (2012). Gestational complication. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans* (2nd ed.). (pp 143-218). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.

- Oats, J., & Abraham, S. (2017) . *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynaecology*. (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. S., Kyle, T, & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sosa, M. E. B. (2014). Bleeding in pregnancy. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *Perinatal nursing* (4th ed.). (pp 143-165). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะ Vasa previa

Vasa previa หมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดของสายสะดือหรือของรกที่ทอดอยู่อยู่บนเยื่อหุ้มทารก ทอดผ่านบริเวณปากมดลูกด้านใน พบในรายที่มีสายสะดือเกาะอยู่ที่เยื่อหุ้มทารก (velamentous insertion) (อิตาและเด่นศักดิ์, 2554; Sosa, 2014)

อุบัติการณ์

พบได้ค่อนข้างน้อย คือประมาณ 1 ต่อ 5,200 รายของการคลอด (สุพัตรา, 2555)

สาเหตุ

ภาวะที่หลอดเลือดของสายสะดือหรือของรกที่ทอดอยู่อยู่บนเยื่อหุ้มทารก เกิดจากการที่สายสะดือมาเกาะบนเยื่อหุ้มทารกที่เรียกว่า velamentous insertion ซึ่งมักเกิดร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะที่มีรคน้อย (placenta succenturiata) หรือครรภ์แฝด เนื่องจากรกของครรภ์แฝดมีโอกาสรกเกาะต่ำได้มาก และการตั้งครรภ์ที่เกิดจาก in vitro fertilization (อิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

พยาธิสรีรภาพ

ปกติสายสะดือจะติดอยู่ตรงกลางรก หรือเอียงไปข้างใดข้างหนึ่งของรก หรือเกาะติดที่ริมรกพอดี ยังถือเป็นการเกาะของสายสะดือที่ปกติ แต่ถ้าสายสะดือเกาะที่เยื่อหุ้มทารกชั้นคลอเรียน ถือเป็นการเกาะของสายสะดือที่ผิดปกติ เรียกว่า Insertio velamentosa หรือ Membranous insertion ภาวะนี้จะมีหลอดเลือดทอดออกจากตำแหน่งที่สายสะดือเกาะไปยังรกอีกทีหนึ่ง และหลอดเลือดนี้ทอดผ่านช่องคลอดเราสามารถตรวจพบโดยการตรวจภายใน หรือตรวจพบด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ เรียกว่า Vasa previa จะเกิดอันตรายเมื่อถุงน้ำแตกตรงบริเวณที่หลอดเลือดทอดขวางอยู่ ทำให้เลือดออกจากตัวทารก จะทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการช่วยเหลือไม่ทันท่วงที

ผลกระทบต่อทารก

ในกรณีที่ถุงน้ำแตกแล้ว ทารกมีโอกาสเสียชีวิตสูง เนื่องจากเลือดที่ออกเป็นเลือดของทารก ซึ่งน้อยรายที่จะสามารถวินิจฉัยภาวะ vasa previa ได้ก่อนถุงน้ำแตกหรือก่อนเจาะถุงน้ำ

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะ vasa previa แบ่งออกเป็นระยะก่อนถุงน้ำคร่ำแตกและระยะหลังถุงน้ำคร่ำแตก ดังนี้ (สุพัตรา, 2555; Oats & Abraham, 2017)

ระยะก่อนถุงน้ำคร่ำแตก

1. การตรวจภายในจะเห็นหรือคลำพบหลอดเลือดที่เต้นเข้าจังหวะกับเสียงหัวใจทารก (synchronous)
2. การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ อาจเห็นหลอดเลือดทอดอยู่ต่ำกว่าส่วนน้ำ
3. อาจตรวจพบเสียงหัวใจทารกมีการเปลี่ยนแปลงจากการที่หลอดเลือดถูกกดโดยส่วน

น้ำ หรือจากการตรวจ non-stress test พบ sinusoidal FHR tracing หรือ variable deceleration โดย FHS จะลดลงใน 30 วินาที

ระยะหลังถุงน้ำคร่ำแตก

1. มีเลือดปนออกมากับน้ำคร่ำ
2. ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (fetal distress) เนื่องจากเลือดที่ออกเป็นเลือดของทารก

การวินิจฉัย

วินิจฉัยภาวะ vasa previa จากอาการและอาการแสดงตามที่ได้กล่าวมา และการตรวจอัลตราซาวด์ (ถวัลย์วงศ์, 2555)

การวินิจฉัยแยกโรค แยกจากภาวะสายสะดือย้อย (prolapse cord) และภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) (สุพิตรา, 2555)

การรักษา

แนวทางการรักษามีดังนี้ คือ (ถวัลย์วงศ์, 2555; สุพิตรา, 2555; อธิตาและเด่นศักดิ์, 2554)

1. ถ้าวินิจฉัยได้ก่อนถุงน้ำคร่ำแตก ให้ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
2. ถ้าวินิจฉัยได้หลังจากถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็ว โดยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ในรายที่ปากมดลูกยังไม่หมด หรือใช้คีม (forceps extraction) ในรายที่ปากมดลูกเปิดหมดแล้ว
3. ทารกที่เสียชีวิตแล้ว ให้คลอดทางช่องคลอด

หลักการพยาบาล:

1. ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษาและจัดนอนตะแคงซ้าย
2. เตรียมการช่วยคลอดหรือเตรียมผ่าตัดตามแผนการรักษาโดยเร็ว พร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม และรายงานกุมารแพทย์

3. เตรียมการช่วยเหลือทารกเมื่อแรกเกิดทันที โดยการเตรียมบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ ให้พร้อม
4. เตรียมเลือดตามแผนการรักษา
5. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการดูแลรักษาที่ได้รับ
6. อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลา เพื่อให้กำลังใจ
7. ถ้าทารกเสียชีวิตแล้ว ให้การพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ เช่น ปลอบโยน และให้ความเอาใจใส่มากขึ้นและดูแลเรื่องเต้านม ไม่มีการกระตุ้นเรื่องการหลั่งของน้ำนม

เอกสารอ้างอิง

- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในวรพงษ์ ภู่งงศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 145-157). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑูมิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 51-74). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในเยื่อน ต้นตินิรันดร, วรพงษ์ ภู่งงศ์, และเอกชัย โควาริราช (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 107-129). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- สุพัทธรา ศิริโชติยะกุล. (2555). การตกเลือดก่อนคลอด. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 237-253). กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด.
- อธิตา จันทเสนานนท์, และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า. (2554). การตกเลือดก่อนคลอด. ในคมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 59-84). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
- Cashion, K. (2016). Hemorrhagic disorder. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier.
- Hutcherson, A. (2012). Bleeding in pregnancy. In S. Macdonald, & J. Magill-Cuerden (Eds.), *Mayer's midwifery* (14th ed.). (pp 753-770). Edinburgh: Elsevier.
- Mallicoat, H. P. (2012). Gestational complication. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans* (2nd ed.). (pp 143-218). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Oats, J., & Abraham, S. (2017). *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynaecology*. (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sosa, M. E. B. (2014). Bleeding in pregnancy. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *Perinatal nursing* (4th ed.). (pp 143-165). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

บทที่ 16

การพยาบาลผู้ใช้บริการทางสูติศาสตร์ที่มีภาวะตั้งครรภ์ไขปลาอูก (Nursing care for pregnant women with molar pregnancy)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะตั้งครรภ์ไขปลาอูกได้ถูกต้อง
2. อธิบายหลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์ไขปลาอูกได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะตั้งครรภ์ไขปลาอูก
2. หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์ไขปลาอูก

มโนทัศน์ของภาวะตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติชนิดหนึ่งในกลุ่มโรคเนื้องอกของรก (gestational trophoblastic disease, GTD) ซึ่งประกอบด้วย gestational trophoblastic tumors และ hydatidiform mole หรือ molar pregnancy มีอาการเริ่มแรกเหมือนการตั้งครรภ์ทั่วไป คือ ขาดประจำเดือนและมีอาการแพ้ท้อง อาจมีอาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง คือ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่าปกติ มีเลือดสีน้ำตาลคล้ำๆ คล้ายเลือดเก่าออกทางช่องคลอด บางครั้งยังอาจมีเม็ดกลมๆ ใสๆ คล้ายกับไข่ปลาอุกหลุดปนออกมาทางช่องคลอดด้วย การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกอาจกลายเป็นมะเร็งเนื้อรก (choriocarcinoma) ได้ เมื่อเนื้องอกกลายเป็นมะเร็งเรียกว่า gestational trophoblastic neoplasia (GTN) (Cashion, 2016)

ความหมาย

การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (hydatidiform mole หรือ molar pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีพยาธิสภาพที่ chorionic villi โดยไข่ที่ถูกผสมแล้วจะตาย และ chorionic villi แต่ละอันเสื่อมสลายกลายเป็นถุงน้ำใสๆ จำนวนมาก และมีขนาดแตกต่างกันแขวนอยู่บนก้านคล้ายพวงองุ่น ถุงน้ำเหล่านี้จะมีการเจริญเติบโตและมี epithelial cells ปกคลุมอยู่ทั่วไป (ชฎาภรณ์, 2558; Rochester, 2016; Johns & Jauniaux, 2017)

ชนิดของการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ (ชฎาภรณ์, 2558; Cashion, 2014)

1. ครรภ์ไข่ปลาอุกแบบสมบูรณ์ (complete mole) โดย chorionic villi กลายเป็นถุงน้ำใสทั้งหมดแต่ละถุงมีขนาดต่างกัน เกิดจากการปฏิสนธิโดย sperm ที่มี 23, X กับไข่ที่ไม่มีโครโมโซม แล้วพัฒนาเป็น 46, XX ส่วน 46, XY พบน้อย จะมีเฉพาะเนื้องอกของเนื้อรกทั้งหมด ไม่มีตัวทารก รกและเยื่อหุ้มรก มีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งเนื้อรกได้ประมาณ 20%

2. ครรภ์ไข่ปลาอุกแบบบางส่วน (partial mole) โดย chorionic villi บางส่วนเจริญเป็นทารกและเยื่อหุ้มรก เกิดจาก sperm 2 ตัว เข้าผสมกับไข่ใบเดียวกัน การเจริญเติบโตของ cells เกือบจะปกติแต่ทารกมักมีความพิการแต่กำเนิด ที่ไม่สามารถมีชีวิตรอดได้ มีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งเนื้อรกได้ประมาณ 5-10%.

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ไขเปลาอูก พบได้ 1 ใน 1,000-1,500 ของการตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา อุตการณ์จะเพิ่มขึ้นในผู้หญิงเอเชีย (Murray & McKinney, 2014; Rochester, 2016)

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไขเปลาอูก มีดังนี้คือ (ชฎาภรณ์, 2558; Mallicoat, 2012; Smith, 2018)

1. อายุมากกว่า 35-40 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี
2. เคยตั้งครรภ์ไขเปลาอูกมาก่อน
3. มีภาวะมีบุตรยาก
4. มีประวัติการแท้งเอง
5. กินยาคุมกำเนิด
6. ภาวะทุพโภชนาการ เช่น ขาดโปรตีน กรดโฟลิกและเบต้าแคโรทีน
7. เศรษฐฐานะสังคมต่ำ

อาการและอาการแสดง

ในช่วงแรกจะมีอาการและอาการแสดงคล้ายการตั้งครรภ์ปกติ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะหลังของเดือนที่ 1-2 จะมีอาการและอาการแสดงดังนี้คือ (ชฎาภรณ์, 2558; อภิธานและจิตติมา, 2555)

1. เลือดออกทางช่องคลอด พบได้ร้อยละ 95 เลือดที่ออกจะเป็นสีน้ำตาลเข้มหรือแดงเข้ม ออกเป็นหยดกะปริบกะปรอยเรื้อรัง หรือออกเป็นจำนวนมากก็ได้ หรือออกแล้วซึ่งอยู่ในโพรงมดลูก การตรวจเลือดอาจพบค่าฮีมาโทคริตต่ำ เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็ก ซึ่งแสดงถึงภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กก็ได้ (Cashion, 2016)

2. ภาวะอาเจียนไม่สงบจากการตั้งครรภ์ (hyperemesis gravidarum) พบได้เกือบทุกราย กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่นอน เชื่อว่าน่าจะเกิดจาก hCG ที่สูงผิดปกติ

3. ขนาดมดลูกโตอย่างรวดเร็วไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ มดลูกมักโตกว่าอายุครรภ์ พบได้ 50%

4. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ในไตรมาสแรกหรือต้นไตรมาสที่ 2 หรือก่อน 24 สัปดาห์ จัดเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้

5. ไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) พบได้ร้อยละ 10 จากการตรวจจะพบระดับ thyroxin ใน plasma สูงขึ้น แต่การแสดงอาการของ hyperthyroidism พบร้อยละ 1 สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมน β -hCG ที่สูงขึ้นไปจับกับ TSH receptor แล้วมีผลกระทบทำให้มีการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนมากกว่าปกติ

6. ถุงน้ำที่รังไข่ (theca lutein cyst) พบได้ร้อยละ 25-60 เชื่อว่าเกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมน β -hCG ลักษณะที่พบด้วยตาเปล่าคือ มีถุงน้ำที่รังไข่ ถุงน้ำมีขนาดแตกต่างกันตั้งแต่ขนาดเล็กมากๆ จนถึงขนาด 10 เซนติเมตร ผิวถุงน้ำเรียบสีเหลือง ภายในมีของเหลวสีเหลืองอำพัน ถุงน้ำเหล่านี้จะยุบหายเองภายหลังการรักษาใน 2-4 เดือน การพยากรณ์โรคพบว่าสตรีตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกและมี theca lutein cyst จะมีอัตราการเป็นมะเร็งเนื้อรกในภายหลังมากขึ้น

การพยากรณ์โรค

ปัจจุบันไม่พบอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก เนื่องจากการวินิจฉัยและการดูแลทำได้เร็วและดีขึ้น แต่ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ซีด เสียเลือดมาก ติดเชื้อในโพรงมดลูก และมีติดเชื้อในกระแสเลือดได้บ้าง ส่วนการกลายเป็นมะเร็งเนื้อรก (choriocarcinoma) พบได้ร้อยละ 15-20 ในสตรีที่เป็นชนิด complete mole ส่วนชนิด partial mole พบได้ 3 ใน 3,000 ราย (ชฎาภรณ์, 2558)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ใช้ข้อมูลจากอาการและอาการแสดงดังที่กล่าวมาแล้วร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ดังนี้ (ชฎาภรณ์, 2558)

1. การตรวจอุ้งเชิงกรานด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (pelvic ultrasonography) การตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะเห็นภาพในโพรงมดลูกมีลักษณะคล้ายพายุหิมะเวลาเกิดพายุหิมะ (snowstorm) และมองเห็นเนื้อเป็นเม็ดๆ อยู่เต็มไปหมด แต่ไม่เห็นตัวทารก ซึ่งเป็นลักษณะค่อนข้างเฉพาะของครรภ์ไข่ปลาอุก

2. การตรวจหาระดับฮอร์โมน β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) ในการตั้งครรภ์ปกติระดับ β -hCG จะสูงมากในสัปดาห์ที่ 8-12 และจะเริ่มลดลงเมื่ออายุครรภ์ได้ 100 วัน เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นหากการตรวจพบระดับ β -hCG ยังอยู่ในระดับสูงขึ้นไปเรื่อยๆ อาจเป็นข้อบ่งชี้ของการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก เนื่องจากมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของ trophoblast การมีระดับ β -hCG titer > 100,000 uIU/ml ร่วมกับขนาดมดลูกโต และมีเลือดออก ถือว่าบ่งชี้สำคัญของครรภ์ไข่ปลาอุก

ลักษณะเฉพาะ	แบบบางส่วน (partial)	แบบสมบูรณ์ (complete)
Karyotype	69, XXX หรือ 69, XXY	46, XX
อาการแสดงทางคลินิก		
- การวินิจฉัยแยกโรค	Missed abortion	Molar gestation
- ขนาดมดลูก	เล็กกว่าอายุครรภ์	มากกว่าร้อยละ 50 ใหญ่กว่าอายุครรภ์
- Theca-lutein cysts	พบได้น้อยมาก	25-30 %
- Initial hCG levels	< 100,000 mIU/mL	> 100,000 mIU/mL
- ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์	พบได้น้อยมาก	พบบ่อย
- การกลายเป็น GTN	1-5 %	15-20 %
พยาธิสภาพ		
- ตัวทารก	ส่วนใหญ่มีจะพบ	ไม่มี
- เยื่อหุ้มรก, fetal erythrocytes	ส่วนใหญ่มีจะพบ	ไม่มี
- การบวมของ villous	มีกระจายเป็นจุด	บวมทั่วรก
- Trophoblastic proliferation	มีกระจายเป็นจุด, เล็กน้อยถึงปานกลาง	กระจายเล็กน้อยถึงมาก
- Trophoblast atypia	เล็กน้อย	พบมาก
- p57 ^{KIP2} immunostaining	ให้ผลลบ	ให้ผลลบ

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกแบบบางส่วนและแบบสมบูรณ์

ที่มา: Cunningham F. G., Leveno K. J., Bloom S. L., Spong C. Y., Dashe J. S., Hoffman B. L., Casey B. M., Sheffield J. S. (2014). Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill.

การรักษา

การรักษาการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก แบ่งเป็น 2 ระยะคือ (ชฎาภรณ์, 2558)

1. การรักษาทันทีในระยะแรก โดยการยุติการตั้งครรภ์ ทำได้ 2 วิธี คือใช้การดูดออกและขูดมดลูก (suction curettage) และการตัดมดลูก (hysterectomy) เป็นวิธีที่มีความปลอดภัยสูงสุด การดูด

ออกและขูดมดลูกทำได้โดยการสอดแท่ง suction curettage ขนาด 10-12 มิลลิเมตร ผ่านปากมดลูก เพื่อดูดออกด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ และตามด้วย curettage เบอร์ใหญ่ขูดมดลูกเบาๆ เพื่อเอา moles ออกให้หมด ส่วนการตัดมดลูกอาจทำในสตรีที่อายุมากและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เพียงพอแล้ว โดยเฉพาะอายุที่มากกว่า 40 ปี เนื่องจากกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อ malignant trophoblastic disease สูง

2. การติดตามเพื่อประเมินการเหลืออยู่ของ trophoblast หรือการกลายเป็นมะเร็งเนื้อรกเพื่อรักษาด้วยวิธีการให้เคมีบำบัดต่อไป การให้เคมีบำบัดเพื่อการป้องกัน (prophylactic chemotherapy) มีคำแนะนำจาก ACOG (2004) ว่าไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งเนื้อรกได้ จึงไม่แนะนำให้เคมีบำบัดในสตรีหลังเป็นครรภ์ไขปลาอุกทุกราย วิธีการติดตามประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

2.1 ป้องกันการตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ปี โดยการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (estrogen-progestin contraceptive) ได้อย่างปลอดภัย

2.2 ประเมินระดับฮอร์โมน β -hCG ใน serum ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีและไวที่สุดสำหรับครรภ์ไขปลาอุกหลังการยุติการตั้งครรภ์ภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อเป็นค่าพื้นฐานในการประเมิน (baseline) และประเมินซ้ำทุก 1-2 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าค่าฮอร์โมนจะกลับสู่ภาวะปกติภายใน 7 สัปดาห์ในชนิด partial mole และ 9 สัปดาห์ในชนิด complete mole การตรวจค่าฮอร์โมน β -hCG ควรติดตามไปจนกระทั่งตรวจไม่พบ (negative) คือน้อยกว่า 5 mIU/ml ติดต่อกัน 2 ครั้ง จากนั้นจึงตรวจทุก 1 เดือน แนะนำผู้ให้บริการว่าไม่ควรตั้งครรภ์จนกว่าระดับ β -hCG จะเป็นปกติ ถ้าได้รับยาเคมีบำบัด ไม่ควรตั้งครรภ์ในเวลา 1 ปีหลังหยุดการรักษา แนะนำให้คุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ในกรณีไม่ต้องการมีบุตรแล้วแนะนำให้ทำหมัน (จุฑาวดี, 2555) หากไม่พบว่าผิดปกติจะยุติการติดตามและสามารถตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้

ข้อบ่งชี้ที่ว่าการคงอยู่ (persistent) หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง (malignant GTN) มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. ค่า β -hCG ไม่กลับสู่ปกติ หรือมีค่าคงที่ (plateau) ภายในระยะ 3 สัปดาห์หลังการยุติการตั้งครรภ์

2. มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนมากกว่าร้อยละ 10 ในช่วง 3 สัปดาห์แรก หลังการยุติการตั้งครรภ์ ติดต่อกันนานมากกว่า 2 สัปดาห์

2.3 ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) เพื่อใช้ตรวจการกระจายของมะเร็งเนื้อรกชนิด choriocarcinoma มาที่ปอดซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด

หลักการพยาบาล

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไข้ปลาอูก มีดังนี้ (ชฎาภรณ์, 2558; Ricci, 2017; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

1. ให้การสนับสนุนดูแลด้านจิตใจ รับฟัง ให้เวลาระบายความรู้สึก
2. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา
3. ควรวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไข้ปลาอูก วิธีการดูแลรักษาในระยะแรก เช่น เตรียมการดูตออกและชูดมดลูก
4. หลังการดูตออกและชูดมดลูก ควรประเมินสัญญาณชีพและเลือดที่ออกจากช่องคลอด อาการปวดท้อง การหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที
5. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้ ปวดท้อง เลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ
6. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ไข้ปลาอูกมักมีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กร่วมด้วย
7. ให้คำแนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม และอย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี
8. อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดตามระดับฮอร์โมน β -hCG ในเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินการกลายเป็นมะเร็งเนื้ออูก

เอกสารอ้างอิง

- จุฑาทวี วุฒิมวงค์. (2555). ภาวะเลือดออกในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 20-50). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2558). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด*. กรุงเทพฯ: บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- อภิธาน พวงศรีเจริญ, และจิตติมา รุจิเวชพงศธร. (2555). เลือดออกในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์. ในวรวงศ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 17-29). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- Cashion, K. (2014). Pregnancy at risk: Gestational conditions. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed.). (pp 623-675). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Cashion K. (2016). Hemorrhagic disorders. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics*. (24th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Johns, J., & Jauniaux, E. R. M. (2017). Molar pregnancy. In R. G. Farquharson, & M. D. Stephenson (Eds.), *Early pregnancy*. (2nd ed.). (pp 220-228). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mallicoat, H. P. (2012). Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursingcare plans*. (2nd ed.). (pp 143-218). London: Jones & Bartlett Learning.
- Murray, S. S., & McKinney E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's*

- health nursing. (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Perry, S. E., Cashion, K., Lowdermilk, D. L., & Alden, K. R. (2012). *Clinical companion: Maternity & newborn nursing*. (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. S., Kyle, T., & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rochester, V. W. (2016). Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans*. (3rd ed.). (pp 147-222). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier

บทที่ 17

การพยาบาลผู้ใช้บริการทางสูติศาสตร์ที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก (Nursing care for pregnant women with ectopic pregnancy)

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ถูกต้อง
2. อธิบายหลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยยา methotrexate ได้ถูกต้อง

หัวข้อ:

1. มโนทัศน์ของภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยยา methotrexate

มโนทัศน์ของภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) เป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตมากกว่าจากการตั้งครรภ์และการคลอด โอกาสที่จะตั้งครรภ์และคลอดบุตรมีชีวิตในครรภ์ต่อมา น้อยลง ดังนั้นการให้การวินิจฉัยในระยะแรก จะทำให้การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ลดลง และรักษาความสามารถในการมีบุตรไว้ได้ดีขึ้น (จุฑาวดี, 2555)

ความหมาย

การตั้งครรภ์นอกมดลูก หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วนอกโพรงมดลูก ร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ บางครั้งจึงเรียกว่าการตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ (tubal pregnancy) นอกจากนั้นอาจพบได้ที่รังไข่ปากมดลูกและในช่องท้อง (ชฎาภรณ์, 2558; อภิธานและจิตติมา, 2555; Rochester, 2016)

อุบัติการณ์

การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในครั้งแรกของการตั้งครรภ์ ที่พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของการตั้งครรภ์ (ชฎาภรณ์, 2558; Cashion, 2016)

สาเหตุ

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังต่อไปนี้ (จุฑาวดี, 2555; Perry, Cashion, Lowdermilk, & Alden, 2012; Rochester, 2016; Kirk, 2017)

1. ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดที่ท่อนำไข่ การตั้งครรภ์หลังการทำหมัน ประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้รับ Diethylstilbestrol (DES) ตั้งแต่อายุในครรภ์มารดา การใส่ห่วงคุมกำเนิด
2. ปัจจัยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ การตั้งครรภ์จากการใช้ยาหรือวิทยาการช่วยการเจริญพันธุ์ อังเชิงกรานอักเสบ เคยแท้งมาก่อน อายุมากกว่า 40 ปี และมีคู่นอนหลายคน
3. ปัจจัยที่มีความเสี่ยงน้อย ได้แก่ การผ่าตัดในอังเชิงกราน สูดบุหรี่ มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยกว่า 18 ปี การสวนล้างช่องคลอด การใช้ยาคุมกำเนิดที่มีเฉพาะ progestin

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังนี้ (ชฎาภรณ์, 2558; Murray & McKinney, 2014; Ricci, Kyle, & Carman, 2017; Rochester, 2016)

1. ปวดท้องและอุ้งเชิงกราน อาการปวดเฉียบพลันและปวดแบบเสียดแทงบริเวณท้องน้อยสัมพันธ์กับการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หากเลือดที่ออกไประคายเคืองต่อกระบังลม จะมีอาการเจ็บหน้าอกและร้าวไปที่หัวไหล่ได้

2. ประจำเดือนผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการมักมีประวัติขาดประจำเดือน การตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะให้ผลบวก (positive pregnancy test) ร่วมกับมีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอด (spotting) หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด บางครั้งทำให้สับสนกับประจำเดือนปกติ ส่วนใหญ่เลือดที่ออกมาเป็นเลือดเก่าๆ ปริมาณเล็กน้อย อาจออกเป็นครั้งคราวหรือออกติดต่อกันก็ได้

3. กดเจ็บที่ท้องและอุ้งเชิงกราน (abdominal and pelvic tenderness) จะมีการกดเจ็บที่หน้าท้องหรือขณะที่ตรวจทางช่องคลอด โดยเฉพาะเมื่อเคลื่อนไหวปากมดลูก ซึ่งพบอาการนี้ในผู้ป่วย 3 ใน 4 ที่การตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก

4. การเปลี่ยนแปลงที่มดลูกในช่วง 3 เดือนแรก มดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเหมือนการตั้งครรภ์ปกติ เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเทอโรน

5. ความดันโลหิตต่ำและช็อกจากปริมาณเลือดลดลงเมื่อมีการแตกของท่อนำไข่ ก่อนครรภ์นอกมดลูกแตกสัญญาณชีพจะปกติ แต่การตอบสนองแรกของการแตกนั้นสัญญาณชีพอาจไม่เปลี่ยนแปลง หรือจะมีการตอบสนองของระบบประสาท vasovagal คือความดันโลหิตเพิ่มเล็กน้อย ร่วมกับมีหัวใจเต้นช้าลง แต่ถ้ายังมีเลือดออกต่อไปเรื่อยๆ ความดันโลหิตจะต่ำลงร่วมกับชีพจรเร็วขึ้น

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกทำได้โดย (จุฑาวดี, 2555; อภิธานและจิตติมา, 2555)

1. การซักประวัติ ประวัติที่ควรซักคือ ประวัติประจำเดือน การตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ประวัติการมีบุตรยาก การคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงและอาการปัจจุบัน Classical clinical triad คืออาการปวดท้อง ขาดประจำเดือน และมีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งมีปริมาณน้อยหรือ spotting อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด อาการปวดท้องไม่มีลักษณะจำเพาะ อาจปวดข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง อาจมีอาการปวดร้าวมักเกิดในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังขาดประจำเดือน อาการปวดเริ่มด้วยอาการปวดบิดและระบุตำแหน่งได้ไม่

ชัดเจน ต่อมาจะมีอาการปวดแบบเฉียบพลันเมื่อมีการแตกของท่อนำไข่ บางรายอาจมีอาการของการตั้งครรภ์ระยะแรก เช่นคลื่นไส้ หน้าอกรัด เหนื่อยง่าย ปวดท้องน้อย และเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ (Cashion, 2016)

2. การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน

การตรวจหน้าท้อง มีการกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง อาจมีอาการกดปล่อยแล้วเจ็บ (rebound tenderness) หรือไม่ก็ได้ ในรายที่ยังไม่มีการแตกของท่อนำไข่ อาจมีอาการตรวจพบที่ไม่จำเพาะเจาะจง การตรวจภายใน พบอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เมื่อโยกมดลูกอาจมีการเจ็บบริเวณท้องน้อย (cervical motion tenderness) ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้ใช้บริการที่มีการแตกของท่อนำไข่ แต่อาจไม่พบถ้ายังไม่มีการแตก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 หลังจากมีเลือดออกจากการแตกของครรภ์นอกมดลูก เพื่อรักษาปริมาณเลือดให้เท่าเดิม จะทำให้ เกิด hemodilution แต่ใช้เวลานาน ดังนั้นเริ่มต้นอาจพบเพียง hemoglobin และ Hematocrit ลดลงเล็กน้อย ส่วน Leukocytosis ก็พบได้ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้บริการ $wbc > 30,000 /\mu L$

3.2 β -Human chorionic gonadotropin (β -hCG) ให้ผลบวก

3.3 Serum progesterone เพื่อประเมินการมีชีวิตของตัวอ่อนของทารกในครรภ์ ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ปกติ serum progesterone จะมากกว่า 25 ng/ml ถ้าน้อยกว่า 25 ng/ml แสดงว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือการแท้งที่เกิดขึ้นเอง ถ้าน้อยกว่า 5 ng/ml แสดงว่าตัวอ่อนของทารกในครรภ์ตาย

3.4 Transvaginal sonography (TVS) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงทางช่องคลอด พบว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าการตรวจทางหน้าท้อง

3.5 การทำ Culdocentesis เพื่อตรวจหา hemoperitoneum โดยใช้ tenaculum จับมดลูกยกไปด้านหน้า เข้าหา pubic symphysis และใช้ เข็มยาวเบอร์ 16 หรือ 18 เจาะไปที่ posterior fornix เข้าไปใน cul-de-sac แล้วดูดเลือดออกมา หากพบว่าเป็นเลือดเก่า หรือเมื่อตั้งทิ้งไว้แล้วเลือดไม่แข็งตัวเป็นก้อน แสดงว่าเป็นเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การวินิจฉัยแยกโรค

วินิจฉัยแยกโรคกับภาวะต่างๆ ได้ดังนี้

1. ปีกมดลูกอักเสบ อุ้งเชิงกรานอักเสบแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง
2. แท้งคุกคาม แท้งไม่ครบสมบูรณ์
3. การแตกของถุงน้ำรังไข่
4. การบิดตัวของถุงน้ำรังไข่
5. ไข่ตึงอักเสบ
6. ลำไส้อักเสบ

การรักษา

การรักษาภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายวิธี ตั้งแต่รักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรุนแรงของพยาธิสภาพ สัญญาณชีพของผู้ใช้บริการ ความต้องการการมีบุตรในอนาคต รวมถึงข้อบ่งชี้และข้อบ่งห้ามของการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้คือ (ชฎาภรณ์, 2558; อภิธานและจิตติมา, 2555)

1. การผ่าตัดโดยการเป็นรายที่ clinical stable ไม่มีอาการ ขนาดก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตรระดับ β -hCG ไม่เกิน 1,000 mIU/mL ซึ่งพบว่าร้อยละ 88 อาการจะดีขึ้นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับ β -hCG น้อยกว่า 200 mIU/mL แต่ต้องมาตรวจติดตาม β -hCG เป็นระยะ เช่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยระดับ β -hCG ควรลดลงมากกว่า 50% ในแต่ละสัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่พบได้ก่อนจะมีการแตกของท่อ นำไข่ทำได้มากขึ้น จึงเริ่มมีการใช้ยาเข้ามาทดแทนการผ่าตัด โดยพบว่าการใช้ methotrexate (MTX) เป็นยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งชนิดต่างๆ MTX เป็น folic acid antagonist ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ dihydrofolate reductase ส่งผลให้มีการยับยั้งการสร้างกรดอะมิโนชนิดใหม่ ซึ่งจำเป็นต่อขบวนการสังเคราะห์ดีเอ็นเอและการเจริญเติบโตของเซลล์ trophoblast สามารถเลือกใช้ในกรณีที่มียาระดับ β -hCG ไม่เกิน 5,000 mIU/mL ร่วมกับสัญญาณชีพของผู้ใช้บริการปกติ ขนาดก่อนการตั้งครรภ์นอกมดลูกน้อยกว่า 3.5 เซนติเมตรก้อนยังไม่แตก ไม่พบการเต้นของหัวใจทารก การให้ยา methotrexate ต้องเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และตรวจติดตามระดับ β -hCG จนกว่าจะกลับคืนสู่ระดับปกติ การรักษาด้วยยา methotrexate มีความปลอดภัยสูง อาจมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผอมร่าง กดการทำงานของไขกระดูก ปากอักเสบ ปอดอักเสบ ฟังผืดที่ปอด ตับแข็ง ไตวาย และแผลที่กระเพาะอาหาร อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ท้องอืด มีแผลที่ปากและค่าตับสูงขึ้น (อิสรินทร์, 2560)

ข้อบ่งห้ามในการใช้ MTX ในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกคือ

1. มีลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีการแตกของก้อนการตั้งครรภ์ เช่น ตรวจพบเลือดออกในช่องท้องหรือมีของเหลวคั่งอยู่ใน cul de sac

2. ตรวจพบการเต้นของหัวใจของทารก

3. ค่า beta-hCG ในซีรัม มากกว่า 5,000-10,000 mIU/mL

4. ก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร จากการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด

5. มีการทำงานของตับและไตผิดปกติ

6. ผู้ใช้บริการไม่สามารถมาตรวจติดตามการรักษาได้

ก่อนที่จะให้ยา MTX ควรมีการตรวจคัดกรองหาความเข้มข้นของเลือด นับเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว การทำงานของตับ ไต และถ่ายภาพรังสีทรวงอก เนื่องจากในรายที่มีพยาธิสภาพภายในปอดจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด interstitial pneumonitis ได้ โดยทั่วไปใช้เวลาในการรักษา 2-3 สัปดาห์ แต่มีบางรายต้องใช้เวลาราว 6-8 สัปดาห์ ในกรณีที่ระดับ β -hCG ตั้งต้นสูง วิธีการบริหารยามี 2 แบบ คือให้ครั้งเดียวและการให้ยาแบบหลายครั้ง หลังจากให้การรักษาแล้วควรติดตามระดับ β -hCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะเป็นผลลบ

1. การผ่าตัด ทำในกรณีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีอื่น หรือมีการแตกของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีภาวะเลือดออกในช่องท้อง วิธีการผ่าตัดมีหลายอย่าง เช่น

1.1 Salpingectomy เป็นการผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออก

1.2 Salpingotomy เป็นการผ่าตัดด้าน antemesentric เพื่อเอาชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ออก และเย็บปิด หากไม่เย็บปิดเรียกว่า Salpingostomy

1.3 Segmental resection and reanastomosis เป็นการผ่าตัดท่อนำไข่บางส่วนเพื่อ

นำมาเชื่อมต่อใหม่หรือเพื่อต่อวันหลัง วิธีนี้ยุ่งยากกว่าและผู้ใช้บริการต้องทนการผ่าตัดนาน

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก มีดังนี้คือ (ชฎาภรณ์, 2558)

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ ตามสภาพของหญิงตั้งครรภ์

2. ประเมินอาการแสดงถึงการเสียเลือดภายใน (internal hemorrhage) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สีผิว และปวดท้องมากขึ้น

3. เจาะเลือด ตรวจหาหมู่เลือด เฮโมโกลบิน ฮีมาโทคริต และเตรียมเลือด

4. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ

5. ใส่ฝ้ายอนามัยเพื่อประเมินปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออก แต่จากพยาธิสภาพเมื่อมีการแตกของท่อ นำไข่ เลือดที่ออกจะมีบางส่วนที่ขังอยู่ภายในอุ้งเชิงกรานโดยที่ไม่สามารถผ่านออกทางช่องคลอดได้ ดังนั้นถึงแม้จะประเมินแล้วพบว่าปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มากหญิงตั้งครรภ์อาจมีภาวะช็อกได้โดยประเมินพบจากค่าความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น เป็นลมหน้ามืดได้

6. ในรายที่เกิดภาวะช็อก ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะช็อก ดังนี้

6.1. รายงานแพทย์ทราบ

6.2. ให้ออนราบและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

6.3. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตราที่เร็วขึ้น

6.4. ให้ออกซิเจน nasal cannula จำนวน 4-5 ลิตรต่อนาที

7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่

7.1. แนะนำวิธีการดูแลความสะอาดของแผลผ่าตัด

7.2. พักผ่อนให้เพียงพอ สามารถทำงานบ้านได้ในระยะหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ และทำงานตามปกติได้ในระยะหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์

7.3. แนะนำการคุมกำเนิดประมาณ 2-4 เดือนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ

7.4. หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีการแนะนำให้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการเหลือค้างของ trophoblast

8. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที เช่น มีไข้ ปวดท้อง เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ

9. หญิงตั้งครรภ์และสามีควรได้รับการพูดคุยและอธิบายถึงความรู้สึกของการสูญเสียการตั้งครรภ์ หรือการสูญเสียท่อ นำไข่ไปข้างหนึ่ง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจรู้สึกขาดความมั่นใจในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปได้

10. อธิบายเกี่ยวกับโอกาสของการปฏิสนธิ ซึ่งทฤษฎีการตกไข่จะมีโอกาสปฏิสนธิเพียงร้อยละ 50 เนื่องจากไข่จะตกสลับข้างกันทุกเดือน ดังนั้นหากเกิดการตกไข่ในรังไข่ข้างที่ถูกตัดท่อนำไข่ไปแล้ว การปฏิสนธิจะไม่เกิดขึ้นในข้างนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม การทดลองในหนูทดลองพบว่า แม้มีการตกไข่ด้านขวา แต่ไข่สามารถเดินทางในอุ้งเชิงกรานข้ามไปเข้าท่อนำไข่ด้านซ้ายได้ และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำให้มีบุตรยากหรือการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ มีโอกาสเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น โอกาสของการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปยังคงมีอยู่ตามปกติ

11. หากตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ควรมาฝากครรภ์ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วย methotrexate

หลักการพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วย methotrexate มี 3 ระยะคือ ระยะเตรียมให้ยา ระยะให้ยาและระยะติดตามการรักษา (Perry, Cashion, Lowdermilk, & Alden, 2012)

1. ระยะเตรียมให้ยา

1.1 ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงผู้ใช้บริการ

1.2 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พร้อม ได้แก่ CBC, blood type, Rh-antibody status, liver and renal function test, serum β -hCG levels (should be < 5,000 mIU/mL), transvaginal ultrasound confirming size of mass and absence of fetal cardiac activity

1.3 ให้ยา methotrexate 50 mg/m² IM. ตามแผนการรักษา

1.4 ให้ Rh₀ (D) immunoglobulin (50 mcg to 300 mcg IM. ตามแผนการรักษา ในกรณีที่ใช้บริการมี Rh-negative

2. ระยะให้ยา ให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว ดังนี้คือ

1.1 อธิบายว่าอาจจะเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น gas pain, stomatitis, conjunctivitis เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อย ผลข้างเคียงที่พบน้อยคือ pleuritis, gastritis, dermatitis, alopecia, enteritis, increased liver enzymes, and bone marrow suppression

1.2 ไม่กิน folic acid

1.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส

1.4 หลีกเลียงการโดนแสงแดด

1.5 หลีกเลียงการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก

1.6 หลีกเลียงการมีเพศสัมพันธ์ การสวนล้างช่องคลอดและการใส่ผ้าอนามัยแบบสอด

1.7 แจ้งพยาบาลทันทีถ้ามีอาการปวดท้องมาก ซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าท่อนำไข่อาจจะแตก

3. ระยะติดตามการรักษา

3.1 ให้มาตรวจตามนัดทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามระดับ β -hCG จนกระทั่ง β -hCG <15

mIU/mL

3.2 ถ้าระดับ β -hCG ไม่ลดลง อาจต้องให้ methotrexate ต่อ

เอกสารอ้างอิง

- จุฑาทวี วุฒิมวงศ์. (2555). ภาวะเลือดออกในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 20-50). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2558). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด*. กรุงเทพฯ: บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- อภิธาน พวงศรีเจริญ, และจิตติมา รุจิเวชพงศธร. (2555). เลือดออกในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์. ในวรพงศ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 17-29). สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- อิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์. (2560). แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พงษ์ส จันทรประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานานุกรักษ์, สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, ตรีภาพ เลิศบรรณพงษ์, และคณะ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค* (หน้า 309-323). กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- Cashion, K. (2014). Pregnancy at risk: Gestational conditions. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed.). (pp 623-675). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Cashion K. (2016). Hemorrhagic disorders. In In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity and women's health care* (11th ed.). (pp 669-686). St. Louis: Elsevier.
- Kirk, E. (2017). Tubal ectopic pregnancy and pregnancy of unknown location. In R. G. Farquharson, & M. D. Stephenson (Eds.), *Early pregnancy*. (2nd ed.). (pp 179-186). Cambridge: Cambridge University Press.
- Murray, S. S., & McKinney E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Perry, S. E., Cashion, K., Lowdermilk, D. L., & Alden, K. R. (2012). *Clinical companion: Maternity & newborn nursing*. (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Ricci, S. S., Kyle, T, & Carman, S. (2017). *Maternity and pediatric nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rochester, V. W. (2016). Gestational complications. In C. J. Green (Eds.), *Maternal newborn nursing care plans*. (3rd ed.). (pp 147-222). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

บทที่ 18

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (Nursing Care of Pregnant Women with Diabetes Mellitus)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

สตรีตั้งครรภ์อาจเป็นโรคเบาหวานมาก่อนตั้งครรภ์ หรือได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเบาหวาน ในระยะตั้งครรภ์ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อตั้งครรภ์ สุขภาพของ สตรีตั้งครรภ์และทารก การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการฉีดอินซูลินตามแผนการรักษาเพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

มโนทัศน์ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์อธิบายเกี่ยวกับความหมาย การแบ่งชนิด ความชุก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการ รักษา ดังนี้

ความหมาย

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) หมายถึงภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดขึ้น เนื่องจากร่างกายมีการสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอ หรือร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (American Diabetes Association [ADA], 2015)

การแบ่งชนิด

โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์แบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ADA, 2015)

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 มาก่อนตั้งครรภ์ โดยอาจได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในวัยเด็ก หรือวัยรุ่น

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มาก่อนตั้งครรภ์ โดยได้รับการวินิจฉัยในช่วงวัยผู้ใหญ่

3. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเอ 1 (GDM A1) กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดรับประทานอาหาร ต่ำกว่า 105 มก./ดล. และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ต่ำกว่า 120 มก./ดล.

3.2 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเอ 2 (GDM A2) กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดรับประทานอาหาร สูงกว่า 105 มก./ดล. และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง สูงกว่า 120 มก./ดล.

ความชุก

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 จะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) โดยพบได้ร้อยละ 2.1 ของสตรีที่มาฝากครรภ์ และร้อยละ 5.8-10.1 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (มาลินี และจำรัส, 2552)

สาเหตุ

โรคเบาหวานเกิดขึ้นเนื่องจากเบตาเซลล์ของตับอ่อนสร้างอินซูลินได้ไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยสาเหตุของโรคเบาหวานแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ดังนี้

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เบตาเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายจากการติดเชื้อไวรัส rubella หรือปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายจนกระทั่งไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เลย (Holt & Hanley, 2012)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของเบตาเซลล์ลดลง เนื่องปัจจัยเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม ภาวะดื้อต่ออินซูลินของร่างกาย และความไวในการทำงานของอินซูลินลดลง (Holt & Hanley, 2012)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขึ้นเนื่องจากตับอ่อนมีการสร้างอินซูลินได้ไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน เนื่องจากความไวในการทำงานของอินซูลินลดลง และฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์ เช่น เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน ฮอร์โมนจากรก (human placental lactogen) อินซูลิเนส โพรเลคติน คอร์ติซอล เป็นต้น มีการทำงานต้านกับการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (Chatterjee, 2015)

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พันธุกรรม อายุ ภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย

1. พันธุกรรม การทำงานของฮอร์โมนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเมตาบอลิซึม การเผาผลาญสารอาหาร การใช้พลังงานของร่างกาย การควบคุมระดับน้ำตาล และไขมันในเลือด ควบคุมโดยสารพันธุกรรม (DNA) ดังนั้นผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานจึงมีความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติพันธุกรรมในครอบครัว

2. อายุ ผู้ที่มีอายุสูงขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานสูงขึ้นเนื่องจากการสะสมของพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลทำให้ความไวในการทำงานของอินซูลินลดลง หรือร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้น โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี สูงกว่าในวัยรุ่น หรือเด็ก

3. ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 จะมีภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน โดยเนื้อเยื่อไขมันทำให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้น และผู้หญิงที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม.² ร้อยละ 23.4 เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Lim et al., 2014)

4. พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย เช่น เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลชนิดต่างๆ ผลไม้รสหวานที่มีน้ำตาลฟรุคโตส อาหารสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ (trans fat) ทำให้มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมัน และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน

5. การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ เนื่องจากพลังงานส่วนเกินจะสะสมเป็นเนื้อเยื่อไขมันซึ่งทำให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และความไวในการทำงานของอินซูลินลดลง

พยาธิสรีรวิทยา

โรคเบาหวานมีพยาธิสรีรวิทยาเกี่ยวกับกระบวนการควบคุมระดับน้ำตาลของร่างกายซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมอง ระบบทางเดินอาหาร ตับอ่อน ตับ กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อไขมัน ฮอร์โมนและสารชีวเคมีต่างๆที่เกี่ยวข้อง (endocannabinoid system) ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม และภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยสมองจะเสียสมดุลในการควบคุมเกี่ยวกับความอยากรับประทานอาหารและความรู้สึกอิ่ม ทำ

ได้รับประทานอาหารมากกว่าปกติ เบตาเซลล์ของตับอ่อนทำหน้าที่สร้างอินซูลินได้น้อยลง และอินซูลินมีความไวในการทำงานน้อยลง มีการสร้างเซลล์ adipocytes มากขึ้น และเซลล์เนื้อเยื่อไขมันมีขนาดโตขึ้น ตับมีการสร้างกรดไขมันมากขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อมีการใช้กลูโคสน้อยลง ซึ่งพยาธิสภาพเหล่านี้มีผลทำให้มีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง

อาการและอาการแสดง

อาการ (signs) ที่สำคัญของโรคเบาหวานได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานแต่ละชนิด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร 8 ชั่วโมง สูงกว่า 126 มก./ดล.

อาการแสดง (symptoms) ที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ รู้สึกเพลีย น้ำหนักลดลง ถ่ายปัสสาวะมาก ถ่ายปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ และมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การมองเห็นแย่ง มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า หรือมีบาดแผลที่หายช้า เป็นแผลเรื้อรัง (Casey, 2011)

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

โรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และทารก ดังนี้ (Gilbert, 2011)

1. การแท้งบุตร (abortion) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 30-60 จะเกิดการแท้งบุตรได้ โดยเฉพาะในช่วง 7 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิต

2. ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (hypertensive disorder) ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีผลทำลายเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง มีความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น จึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้ โดยพบได้ร้อยละ 40 ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 18.7 ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 9.2 ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM)

3. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือการคลอดก่อนกำหนด (preterm labor/birth) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 6.5 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

4. ทารกมีขนาดใหญ่ (macrosomia) กรณีมารดามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวานมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์เนื่องจากได้รับกลูโคสจากเลือดมารดามาก จึงทำให้

ตัวอ่อนของทารกสร้างและหลังอินซูลินออกมามากเพื่อนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์และนำไปสร้างเป็นเนื้อเยื่อไขมันสะสมอยู่บริเวณใบหน้าและลำตัวส่วนบน โดยพบทารกมีขนาดใหญ่ได้ร้อยละ 17.3-42.1 และพบอุบัติการณ์ทารกมีขนาดใหญ่ได้บ่อยในมารดาที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) (Scifres, Feghali, Althouse, Caritis, & Catov, 2014)

5. ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth restriction) ในกรณีที่มารดาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนตั้งครรภ์ หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ทารกอาจมีการเจริญเติบโตช้า และมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ได้ เนื่องจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดมารดา ส่งผลให้มีเลือดและสารอาหารไหลเวียนไปเลี้ยงทารกในครรภ์น้อยลง หรืออาจเกิดขึ้นในกรณีที่มารดามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากการควบคุมการรับประทานอาหาร หรือการได้รับอินซูลิน

6. ทารกแรกเกิดมีภาวะการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) เนื่องจากทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวานมีการสร้างสารเคลือบถุงลมปอด (pulmonary surfactant) ได้สมบูรณ์ช้ากว่าทารกที่มารดาไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

7. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (congenital malformation) ในกรณีที่มารดามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงก่อนตั้งครรภ์ และในช่วง 5-8 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ ร้อยละ 9.8-14.7 มีความพิการแต่กำเนิด เช่น ภาวะกระดูกสันหลังไม่ปิด (anencephaly) ภาวะกระดูกสันหลังไม่ปิด (spina bifida) ความพิการของหัวใจ (congenital heart disease) แขนสั้นผิดปกติ (reduction defects of upper limb) หรือมีความผิดปกติของร่างกายหลายระบบ (Bismuth et al., 2012)

8. ทารกแรกเกิดมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (neonatal hypoglycaemia) ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 10.8-26.0 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เนื่องจากขณะอยู่ในครรภ์มารดาทารกได้รับกลูโคสจากเลือดมารดาสูง ทำให้มีการสร้างอินซูลินสูงด้วย ในช่วงแรกเกิดทารกไม่ได้รับกลูโคสจากมารดา แต่ยังคงมีอินซูลินสูงอยู่ จึงเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ (Sonja, Lucie, Jocelyne, & Evelyne, 2014)

9. การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะน้ำตาลรุ่มมากกว่าปกติ หรือมดลูกมีการขยายตัวมากกว่าปกติ เนื่องจากทารกมีขนาดใหญ่ ทำให้มดลูกมีการหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด จากการศึกษาพบว่าสตรี

หลังคลอดที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 16.0 มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Knight, Pressman, Hackney, & Thornburg, 2012)

10. การติดเชื้อ (infection) สตรีที่เป็นเบาหวานเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของมดลูกหลังคลอด การติดเชื้อของแผลผ่าตัด เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี 2 ขั้นตอน คือ การตรวจคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัย

การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน มีภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน มีประวัติคลอดทารกมีขนาดใหญ่ มีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ จะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก หรือเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ตามระดับความเสี่ยง และแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล โดยการทดสอบด้วยการดื่มน้ำตาล 50 กรัม (50-g glucose challenge test) และเจาะระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาล 1 ชั่วโมง กรณีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 140 มก./ดล. หรือสูงกว่า ต้องตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน (Gilbert, 2011)

การตรวจวินิจฉัยภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

สตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานอาจได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน หลังจากผลการตรวจคัดกรองพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานด้วยการทดสอบโดยการดื่มน้ำตาล 75 กรัม หรือ 100 กรัม ในขั้นตอนเดียวกันได้ แนวปฏิบัติในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้การทดสอบด้วยการดื่มน้ำตาล 100 กรัม (100-g oral glucose tolerance test: OGTT) เป็นการตรวจในตอนเช้า หลังอดอาหารเป็นเวลา 8-12 ชั่วโมง โดยเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ 4 ครั้ง คือ 1) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดื่มน้ำตาล 2) เจาะเลือดหลังดื่มน้ำตาล 1 ชั่วโมง 3) เจาะเลือดหลังดื่มน้ำตาล 2 ชั่วโมง และ 4) เจาะเลือดหลังดื่มน้ำตาล 3 ชั่วโมง

การแปลผล กรณีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 2-4 ค่า ถือว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มี 2 เกณฑ์ ดังนี้ (ADA, 2015)

ชนิดของระดับน้ำตาลในเลือด	การกำหนดค่าระดับน้ำตาลในเลือด	
	เกณฑ์การวินิจฉัย 1*	เกณฑ์การวินิจฉัย 2**
หลังอดอาหาร	105 มก./ดล.	95 มก./ดล.
1 ชม. หลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม	190 มก./ดล.	180 มก./ดล.
2 ชม. หลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม	165 มก./ดล.	155 มก./ดล.
3 ชม. หลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม	145 มก./ดล.	140 มก./ดล.

1* เกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Diabetes Data Group)

2** เกณฑ์การวินิจฉัยของคาร์เพนเตอร์ และคูสตัน (Carpenter and Coustan)

การรักษา

การรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มี 3 แนวทางคือ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนบำบัด การออกกำลังกาย และการฉีดอินซูลิน ดังนี้ (Gilbert, 2011)

1. การรับประทานอาหารตามหลักโภชนบำบัด

การให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักโภชนบำบัด มีดังนี้

1.1 สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานซึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ ($18.5-24.9$ กก./ม.²) แนะนำให้รับประทานอาหาร 30-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก. กรณี มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย $25.0-29.9$ กก./ม.²) แนะนำให้รับประทานอาหาร 25-30 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก. และกรณีมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 30.0 กก./ม.²) แนะนำให้รับประทานอาหาร 12-15 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กก.

1.2 แนะนำให้รับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ในอัตราส่วน ดังนี้ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 35-45 โปรตีน ร้อยละ 20-35 และไขมัน ร้อยละ 15-20 (Ruth, 2011)

1.3 ควรแบ่งมื้ออาหารหลัก เป็น 3 มื้อ และอาหารว่างระหว่างมื้อ 2-3 มื้อ และควรรับประทานอาหารแต่ละมื้อให้ตรงเวลา ไม่ควรงดรับประทานอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง เพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.4 แนะนำให้รับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) เช่น ข้าวกล้อง ถั่ว และธัญพืชต่าง ควรดื่มน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล และฟรุคโตส เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

1.5 แนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ (low glycemic index) เช่น บรอกโคลี แดงควา ผักใบเขียวชนิดต่างๆ ฝรั่ง แอปเปิล พุทรา ชมพู

1.6 แนะนำให้รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ หรือปรุงด้วยวิธีที่ไม่เพิ่มแคลอรี เช่น แองกัส แองปา ปลาเนื้อ ปลาเผา แองจีด แองเลียง ผักต้ม ผักลวก ผักสดต่างๆ

1.7 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ หรือมาการีน เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ โดนัท มันฝรั่งทอดกรอบ ขนมปังต่างๆ

1.8 แนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารแลกเปลี่ยนในหมวดต่างๆ และแนวทางในการคำนวณพลังงานที่ได้รับจากสารอาหารแต่ละหมวด

2. การออกกำลังกาย

ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานออกกำลังกายในระดับเบา หรือปานกลาง ในรูปแบบต่างๆ เช่น การเดิน กายบริหาร โยคะ การเดินแอโรบิกในน้ำ ครั้งละ 10-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที เพื่อส่งเสริมให้กล้ามเนื้อใช้กลูโคสมากขึ้น ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ในกรณีที่มีภาวะผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีเลือดออกทางช่องคลอด มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น ควรแนะนำให้หยุด หรืองดการออกกำลังกาย นอนพัก หรือไปตรวจรักษา (Prather, Spitznagle, & Hunt, 2012)

3. การรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1, ชนิดที่ 2, หรือเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเอ 2 (GDM A2) จำเป็นต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้

3.1 การเลือกใช้ชนิดอินซูลิน

3.1.1 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็ว (rapid-acting insulin) เช่น lispro (Humalog), aspart (Novorapid) เป็นต้น

3.1.2 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น (short-acting regular insulin) เช่น Actrapid, Humulin R, Novolin R PenFill เป็นต้น

3.1.3 อินซูลินชนิดออกฤทธิ์ระยะปานกลาง (intermediate-acting insulin) เช่น NPH, Humulin N, Insulatard เป็นต้น

3.2 วิธีการฉีดอินซูลิน

การฉีดอินซูลิน อาจเลือกใช้การฉีดด้วยกระบอกฉีดอินซูลินชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (disposable syringe) หรือฉีดด้วยกระบอกฉีดที่บรรจุหลอดอินซูลินสำหรับฉีดได้หลายครั้ง (insulin pen) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อาจได้รับการรักษาด้วยการฝังเครื่องให้อินซูลินไว้ในชั้นใต้ผิวหนังเพื่อควบคุมการให้อินซูลินอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา (insulin pump)

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ตามแบบแผนสุขภาพ มีแนวทาง ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการรักษา และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฉีดอินซูลิน

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ควรประเมินเกี่ยวกับน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ชนิด และปริมาณของอาหารที่รับประทานในแต่ละวันเพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักโภชนบำบัด

3. การขับถ่าย

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอาจมีการถ่ายปัสสาวะบ่อย ปริมาณมาก หรือมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ ควรประเมินเกี่ยวกับลักษณะ ปริมาณของปัสสาวะ และอาการผิดปกติต่างๆ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอาจมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือไม่ได้ออกกำลังกาย ควรประเมินเกี่ยวกับลักษณะกิจกรรมประจำวัน เช่น การทำงานประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน ชนิด รูปแบบ และระยะเวลาในการออกกำลังกาย

5. การพักผ่อน นอนหลับประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

6. สติปัญญาและการรับรู้

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน อาจมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือ สูง หรือมีภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนในเลือดสูง ควรประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และวัน เวลา

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 อาจมีผลกระทบต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฉีดอินซูลิน

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนต่างๆที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นเบาหวานในครรภ์ก่อน ประวัติการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกที่มีขนาดใหญ่ มีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฉีดอินซูลิน

11. คุณค่าและความเชื่อ

ควรประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตรของครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ทารก

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด มีดังนี้
การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

1. ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตรวจ และผลการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานตามแนวปฏิบัติ
2. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาบำบัด ประสานงานในการส่งไปพบนักโภชนาการ หรือพยาบาลผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
3. แนะนำเกี่ยวกับรูปแบบของการออกกำลังกายที่เหมาะสม
4. แนะนำ และสอนเกี่ยวกับทักษะการฉีดอินซูลินด้วยตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
5. แนะนำและสอนเทคนิคการเจาะเลือดจากหลอดเลือดฝอยปลายนิ้วมือเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (self-monitoring of blood glucose)
6. บอกให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
7. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในระบบการบันทึกของโรงพยาบาลและสมุดบันทึกประจำตัว
8. ให้คำแนะนำในการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น การนับทารกดิ้น การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ การตรวจด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (NST)
9. แนะนำให้มาตรวจครรภ์ตามนัดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินสุขภาพของมารดาและทารก

การพยาบาลระยะคลอด

1. แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมคลอดปกติ การชักนำการคลอด หรือการผ่าตัดคลอดตามแนวปฏิบัติ
2. กรณีเตรียมผ่าตัดคลอด แนะนำให้ฉีดอินซูลินในตอนเย็น หรือก่อนนอนตามปกติ และให้งดอินซูลินในตอนเช้าของวันผ่าตัด
3. เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติ โดยค่าระดับน้ำตาลในเลือด ควรอยู่ระหว่าง 80-120 มก./ดล. (Visser & de Valk, 2015)
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เช่น NSS, 5% D/NSS, 5% D/N/2 เป็นต้น

5. กรณีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายในการรักษา ดูแลให้ได้รับการฉีดอินซูลิน หรือให้อินซูลินทางหลอดเลือดดำ 1-2 ยูนิตต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา
6. ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก และติดตามประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ตามแนวปฏิบัติ
7. วางแผนช่วยเหลือการคลอดเพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) และการบาดเจ็บจากการคลอด

การพยาบาลระยะหลังคลอด

1. ติดตามประเมินการเสียเลือดในระยะคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก และภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด
2. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าปกติ
3. ประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที, 30 นาที, 1 ชั่วโมง และ 2-4 ชั่วโมงตามอาการเปลี่ยนแปลง
4. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพหลังคลอด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการฉีดอินซูลินในมารดาหลังคลอดที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 ซึ่งยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ
5. แนะนำให้มาตรวจสุขภาพหลังคลอดตามนัด 6 สัปดาห์ และตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่คลินิกเบาหวาน กรณีมารดาหลังคลอดที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) แนะนำให้มาตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานหลังคลอด ด้วยการทดสอบโดยการดื่มน้ำตาล 75 กรัม และเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำหลังดื่มน้ำตาล 2 ชั่วโมง
6. บอกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอดให้ทราบ กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลอยู่ระหว่าง 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล 75 กรัม อยู่ระหว่าง 140-199 มก./ดล. ถือว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (pre-diabetes) กรณีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลเท่ากับ 126 มก./ดล. หรือสูงกว่า และระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังการดื่มน้ำตาล 75 กรัม เท่ากับ 200 มก./ดล. หรือสูงกว่า ถือว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus)

7. กรณีมีปัจจัยเสี่ยง บอกให้ทราบเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

8. ให้คำแนะนำในการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การวางแผนการตั้งครรภ์ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนตั้งครรภ์

สรุป

สตรีตั้งครรภ์อาจเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 มาก่อนตั้งครรภ์ เป้าหมายของการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ โดยการควบคุมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาบำบัด การออกกำลังกาย หรือการฉีดอินซูลิน เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ และสุขภาพของมารดาและทารก

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

1. สตรีตั้งครรภ์ ครรภ์แรก อายุ 28 ปี น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ มีประวัติมารดาเป็นโรคเบาหวาน ได้ไปฝากครรภ์ตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติ ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท เมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ได้ตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยการดื่มน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม หลังจากนั้น 1 ชั่วโมง ตรวจน้ำตาลในเลือดได้ 145 mg/dl

คำถาม

- 1.1 สตรีตั้งครรภ์รายนี้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานอะไรบ้าง?
- 1.2 คำแนะนำสำหรับสตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอะไรบ้าง?
2. หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ แพทย์นัดตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี 100-g 3 hr-glucose tolerance test
 - 2.1 คำแนะนำในการเตรียมตรวจสำหรับสตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอะไรบ้าง?
 - 2.2 เกณฑ์การแปลผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด และการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์คืออะไร?
3. ผลการตรวจน้ำตาลในเลือดพบว่า fasting blood sugar 110 mg/dl 1 hr blood sugar 195 mg/dl, 2 hr blood sugar 165 mg/dl และ 3 hr blood sugar 150 mg/dl

- 3.1 สตรีตั้งครรภ์รายนี้เป็นเบาหวานประเภทใด
- 3.2 แนวทางในการดูแลสตรีรายนี้ในระยะตั้งครรภ์มีอะไรบ้าง
4. เมื่ออายุครรภ์ 32 รู้สึกทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง ได้ไปตรวจที่คลินิกฝากครรภ์ แพทย์ได้ทำ ultrasound พบว่าทารกมีความพิการไม่มีสมอง (anencephaly) หลังจากนั้นสองสัปดาห์ได้คลอดทารก แต่ทารกได้เสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์
 - 4.1 ทารกในครรภ์มีความพิการ และตายในครรภ์เนื่องจากปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุใด
 - 4.2 คำแนะนำสำหรับสตรีรายนี้มีอะไรบ้าง
5. หลังจากนั้น 1 ปี สตรีรายนี้ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง
 - 5.1 สตรีตั้งครรภ์รายนี้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานอะไรบ้าง?
 - 5.2 เมื่อสตรีรายนี้ไปฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ มีแนวทางในการดูแลสตรีรายนี้อย่างไรบ้าง
6. เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ แพทย์นัดชักนำให้เกิดการคลอด โดยการให้ oxytocin 10 unit ใน 5%D/N/2 1,000 ml iv drip
 - 6.1 เพราะเหตุใดสตรีรายนี้จึงต้องชักนำให้เกิดการคลอด?
 - 6.2 แนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอะไรบ้าง
7. หลังคลอด normal labor ทารกน้ำหนัก 3,800 กรัม
 - 7.1 ทารกแรกเกิดรายนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะใดได้บ้าง?
 - 7.2 ท่านจะวางแผนจำหน่ายสตรีหลังคลอดรายนี้อย่างไร?

เอกสารอ้างอิง

- มาลินี ไพบูลย์ และจำรัส วงศ์ดำ. (2552). การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24, 186-189.
- Abayomi, J., Wood, L., Spelman, S., Morrison, G., & Purewal, T. (2013). The multidisciplinary management of type 2 diabetes and gestational diabetes in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 21, 236-242.
- American Diabetes Association [ADA]. (2015). Standards of Medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care*, 38, S8-S16.
- Bismuth, E., Bouche, C., Caliman, C., Lepercq, J., Lubin, V., Rouge, D., & Vambergue, A. (2012). Management of pregnancy in women with type 1 diabetes mellitus: Guideline of the French-speaking diabetes society. *Diabetes and Metabolism*, 38, 205-216.
- Casey, G. (2011). The sugar disease-understanding type 2 diabetes mellitus. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 17, 16-21.
- Chatterjee, S. (2015). Pathogenesis of gestational diabetes mellitus. In V. Seshiah (Ed.), *Contemporary topics in gestational diabetes* (pp.18-24). Philadelphia: Jaypee Brothers.
- Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Holt, R. I., & Hanley, N. A. (2012). *Essential endocrinology and diabetes* (6th ed.). New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Kim, S. Y., Sharma, A. J., Sappenfield, W., Wilson, H. G., & Sahhu, H. M. (2014). Association of maternal body mass index, excessive weight gain and gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and Gynecology*, 123, 737-744.

- Knight, K. M., Pressman, E. K., Hackney, D. N., & Thornburg, L. L. (2012). Perinatal outcomes in type 2 diabetic patients compared with non-diabetic patients matched by body mass index. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25, 611-615.
- Lim, W. Y., Kwek, K., Chong, Y. S., Lee, Y. S., Yap, F., Chan, Y. H., ...Pan, A. (2014). Maternal adiposity and blood pressure in pregnancy: varying relations by ethnicity and gestational diabetes mellitus. *Journal of Hypertension*, 32, 857-864.
- Prather, H., Spitznagle, T., & Hunt, D. (2012). Benefits of exercise during pregnancy. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4, 845-850.
- Roth, R. A. (2011). *Nutrition and diet therapy* (10th ed.). Clifton Park, NY: Delmar.
- Scifres, C. M., Feghali, M. N., Althouse, A. D., Caritis, S. N., & Catov, J. M. (2014). Effects of excess gestational weight gain on pregnancy outcomes in women with type 1 diabetes. *Obstetrics and Gynecology*, 123, 1295-1302.
- Sonja, B. R., Lucie, M., Jocelyne, C., & Evelyne, R. (2012). Pregnancy outcomes in women with and without gestational diabetes mellitus according to the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups Criteria. *Obstetrics and Gynecology*, 120, 746-752.
- Visser, G. H. A., & de Valk, H. W. (2015). Management of diabetes in pregnancy: Antenatal follow-up and decisions concerning timing and mode of delivery. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29, 237-243.

บทที่ 19

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Nursing Care of Pregnant Women with Cardiac Disease)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

มโนทัศน์โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์

โรคหัวใจที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ หัวใจพิการแต่กำเนิด และลิ้นหัวใจตีบ มโนทัศน์โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์อธิบายเกี่ยวกับการแบ่งชนิดของโรคหัวใจ ความชุก สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

การแบ่งชนิดของโรคหัวใจ

โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และลิ้นหัวใจตีบจากไข้วรูมาติก

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เช่น ผนังหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect) ผนังหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect) หลอดเลือดแดงใหญ่ไม่ปิด (Patent ductus arteriosus) โรคหัวใจพิการ 4 อย่าง (Tetralogy of Fallot) เป็นต้น

2. ลิ้นหัวใจตีบจากไข้วรูมาติก (Rheumatic heart disease) เช่น ลิ้นหัวใจไมตรอลตีบ (Mitral stenosis) เป็นต้น

ความชุก

สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 1-2 เป็นโรคหัวใจ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจรูมาติก และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ

พยาธิสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด และพยาธิสภาพของโรคหัวใจแต่ละชนิดมีผลต่อความดันในหัวใจห้องล่างในช่วงคลายตัว (diastolic filling pressure) กรณีความดันในหัวใจห้องล่างก่อนที่จะหดตัวครั้งต่อไป (preload) ต่ำ กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างจะยืดตัวได้น้อย มีผลทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้ง (stroke volume) น้อย นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคหัวใจมีผลต่อความต้านทานในหลอดเลือดแดงใหญ่ในขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว (systemic vascular resistance) กรณีมีความต้านทานในหลอดเลือดสูง ทำให้ปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจน้อย และอาจทำให้เกิดหัวใจวายได้

อาการ อาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจอาจรุนแรงขึ้นในช่วงอายุครรภ์หลัง 28 สัปดาห์ซึ่งมีปริมาตรเลือดสูงสุด และในระยะหลังคลอดซึ่งมีปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจปริมาณมาก โดยโรคหัวใจแต่ละชนิดมีอาการและอาการแสดง ดังนี้ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014)

1. โรคหัวใจชนิดผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect) กรณีมีความดันในปอดสูง อาจมีเลือดไหลผ่านผนังรั่วจากหัวใจห้องบนขวาไปยังหัวใจห้องบนซ้ายได้ (reverse existing shunts) มีอาการแสดงของหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว (right-sided heart failure) อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias)

2. โรคหัวใจชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect) มีอาการแสดงของลิ้นหัวใจรั่ว (aortic valve leakage) ความดันในหลอดเลือดปอดสูง (Pulmonary hypertension) และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (endocarditis)

3. โรคหัวใจชนิดเอออร์ตาตีบ (Coarctation of aorta) มีความดันโลหิตสูงในแขน และความดันโลหิตต่ำในช่วงขา อาจมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้

4. โรคหัวใจชนิดมีความผิดปกติ 4 อย่าง (Tetralogy of Fallot) คือ 1) หลอดเลือดเอออร์ตาผิดรูป (overriding aorta) 2) ลิ้นหัวใจตีบ (pulmonary stenosis) 3) มีผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (VSD) และ 4) หัวใจห้องล่างขวาหนา (right ventricular hypertrophy) ทำให้มีเลือดไหลย้อนจากหัวใจห้องล่างขวาไปยังหัวใจห้องล่างซ้าย (right-to-left shunt) และมีภาวะเขียว (cyanosis) กรณีมีความดันในปอดสูงอาจทำให้เกิดภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลวได้ (right cardiac failure)

5. โรคลิ้นหัวใจยื่นโพล (Mitral valve prolapse) ลิ้นหัวใจไมตรอลจะยื่นโพลขึ้นไปในหัวใจห้องบนซ้ายเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว ทำให้มีเลือดบางส่วนไหลย้อนขึ้นไปยังหัวใจห้องล่างบน ทำให้มีเสียงหัวใจผิดปกติ (systolic murmur)

6. โรคลิ้นหัวใจไมตรอลตีบ (Mitral stenosis) ลิ้นหัวใจไมตรอลจะแข็งและตีบเนื่องจากการติดเชื้อ (beta-hemolytic streptococcal throat infection) ทำให้เลือดไหลจากหัวใจห้องบนซ้ายลงสู่หัวใจห้องล่างซ้ายได้ไม่หมด จึงเกิดอาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย หัวใจห้องบนซ้ายบีบตัวแบบสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) มีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism) หัวใจห้องล่างขวาวาย (right-sided heart failure) น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ไอมีเลือดปน (massive hemoptysis) และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (infective endocarditis)

7. โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ (Aortic stenosis) ทำให้มีเลือดคั่งอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้าย
 8. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) มีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain) เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ
 9. โรคหัวใจวายในระยะหลังคลอด (Peripartum cardiomyopathy) มีอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) หลังอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ หรือภายใน 5 วันหลังคลอด
- อาการแสดงของโรคหัวใจจำแนกระดับความรุนแรงตามความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการแสดงของโรคหัวใจได้ เป็น 4 ระดับ (New York Heart Association) ดังนี้

ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ	ความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการ
ระดับหนึ่ง (Class I)	ไม่มีอาการแสดงของโรคหัวใจในขณะพักหรือเมื่อทำกิจกรรม
ระดับสอง (Class II)	มีอาการแสดงของโรคหัวใจเมื่อทำกิจกรรมมากกว่าปกติ
ระดับสาม (Class III)	มีอาการแสดงของโรคหัวใจเมื่อทำกิจกรรมตามปกติ
ระดับสี่ (Class IV)	มีอาการแสดงของโรคหัวใจในขณะพัก

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

โรคหัวใจมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ในกรณีที่มีการลดลงของปริมาตรเลือดที่ไหลเวียน และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ดังนี้ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014)

1. การแท้งบุตร (spontaneous abortion) กรณีมีปริมาตรไหลเวียนไปที่มดลูกและรกน้อยลงในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดการแท้งบุตรได้
2. ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (Intrauterine growth retardation) กรณีได้รับเลือดและสารอาหารน้อยลง
3. ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) กรณีในเลือดมารดามีออกซิเจนน้อยลงจากภาวะน้ำท่วมปอด หรือ cyanotic heart disease) ทารกในครรภ์อาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้ทารกเสียชีวิต หรือมีพัฒนาการทางสมองช้าได้ (mental retardation)
4. การคลอดก่อนกำหนด (preterm delivery) กรณีมารดามีอาการแสดงของโรคหัวใจรุนแรงหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากรักษาโรคหัวใจอาจเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดคลอด

5. การเสียชีวิต (maternal death) โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรกของมารดา โดยแบ่งระดับความเสี่ยงของการเสียชีวิตตามพยาธิสภาพของโรคหัวใจ ดังนี้ (Gilbert, 2011)

5.1 ความเสี่ยงในการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 1 เช่น ASD, VSD, PDA, corrected TOF, Pulmonic valve disease, Mitral valve prolapse, Mitral stenosis class I and II เป็นต้น

5.2 ความเสี่ยงในการเสียชีวิตร้อยละ 5-20 เช่น Mitral stenosis class III and IV, Aortic stenosis, uncorrected TOF, Coarctation of aorta without valve involvement, Artificial heart valve เป็นต้น

5.3 ความเสี่ยงในการเสียชีวิตร้อยละ 50 เช่น Pulmonary hypertension, Endocarditis, Coarctation of aorta with valvular involvement, Peripartum cardiomyopathy เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย

โรคหัวใจในสตรีตั้งครรภ์มีแนวทางในการตรวจวินิจฉัยตามอาการและอาการแสดงของโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram, ECG)
2. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง (echocardiogram)
3. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest radiograph)
4. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)
5. การตรวจเลือด เช่น ระดับยา digitalis ในเลือด, cardiac enzymes, electrolytes, coagulation

การรักษา

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจควรได้รับการตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ สูติแพทย์ และ วิทยาลัยแพทย์ ซึ่งมีแนวทางในการให้การรักษา ดังนี้ (Cunningham, 2014)

1. จำกัดการทำกิจกรรม หรือให้นอนพักเพื่อลดการทำงานของหัวใจ กรณีมีอาการแสดงของโรคหัวใจระดับสอง, สาม หรือสี่ เพื่อให้มารดาและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. ให้ออกซิเจน 5-6 ลิตร/นาที กรณีมีอาการแสดงของการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ
3. การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เช่น heparin warfarin

4. ยาขับปัสสาวะ (furosemide, Lasix) 40-80 mg ทางหลอดเลือดดำ หรือเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง ให้เพื่อขับน้ำออกจากร่างกายกรณีมีภาวะน้ำท่วมปอด หรือการทำงานของหัวใจล้มเหลว
5. ไตจิทาลิส (digitalis, Digoxin) ให้เพื่อเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ
6. ยาลดความดันโลหิต เช่น Propranolol, labetalol โดยยากลุ่มนี้อาจมีผลทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (cardiac output) และปริมาตรเลือดที่ไหลเวียนไปที่รক্তน้อยลง อาจทำให้กล้ามเนื้อตลุกบีบตัว และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้
7. ในระยะคลอดควรให้ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ และวางแผนการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยลดระยะที่สองของการคลอด ลดการทำงานของหัวใจ และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
8. ระยะหลังคลอดแนะนำให้ใช้ยาออกซิโทซินเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ไม่แนะนำให้ใช้ methergine เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
9. ยาปฏิชีวนะ กรณีสตรีตั้งครรภ์เป็นโรคลิ้นหัวใจตีบ หลังผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic valve) หรือมีประวัติเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (endocarditis) จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในระยะคลอดและหลังคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อของเยื่อหุ้มหัวใจ โดยยาปฏิชีวนะที่ใช้ ได้แก่ Ampicillin, gentamicin, amoxicillin

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจตามแบบแผนสุขภาพมีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเป็นโรคหัวใจของสตรีตั้งครรภ์ ประวัติการตรวจรักษา การผ่าตัด และการดูแลสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ และในระยะตั้งครรภ์
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และโพแทสเซียมเนื่องจากภาวะโลหิตจางมีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น
3. การขับถ่าย ประเมินเกี่ยวกับลักษณะและปริมาณของปัสสาวะโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะน้ำท่วมปอด การทำงานของหัวใจล้มเหลว หรือได้รับยาขับปัสสาวะ และอาการท้องผูก
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการแสดงของโรคหัวใจในขณะพักและเมื่อทำกิจกรรมต่างๆเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ

5. การพักผ่อน นอนหลับ ประเมินช่วงเวลาและระยะเวลาในการพักผ่อน นอนหลับ เนื่องจาก การนอนพักช่วยลดการทำงานของหัวใจได้

6. สถิติปัญหาและการรับรู้ กรณีมีอาการเจ็บครรภ์ หรือปวดแผลผ่าตัดควรประเมินระดับความ ปวดเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ประเมินภาพลักษณ์และการรับรู้ต่อตนเองเมื่อตั้งครรภ์ร่วมกับ เป็นโรคหัวใจ

8. บทบาทและสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ในครอบครัว และผู้ให้การช่วยเหลือดูแลขณะ ตั้งครรภ์และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

9. เพศและการเจริญพันธุ์ ประเมินจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจต่อ การตั้งครรภ์และการคลอด

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด ประเมินเกี่ยวกับการปรับตัวเมื่อเป็นโรคหัวใจ ร่วมกับการตั้งครรภ์ และความเครียดในชีวิตประจำวัน

11. คุณค่าและความเชื่อ ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตรและความเชื่อเกี่ยวกับการวางแผน ครอบครัวและการคุมกำเนิด

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ มีดังนี้

1. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ การพักผ่อนให้เพียงพอ สังเกตอาการแสดงของ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ และส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยสูติแพทย์ และอายุรแพทย์โรคหัวใจ

2. ในรายที่เป็นโรคลิ้นหัวใจ หรือหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ แนะนำให้ป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก ทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (bacterial endocarditis)

3. แนะนำในการสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคหัวใจ ซึ่งทำให้เจ็บครรภ์คลอดก่อน กำหนดได้ เช่น propranolol, digitalis เป็นต้น

4. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและโพแทสเซียมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางซึ่ง มีผลต่อการช่วยลดการทำงานของหัวใจ

5. ให้คำแนะนำในการจำกัดเกลือในอาหารที่รับประทาน โดยรับประทานได้วันละประมาณ 2.5 กรัม/วัน

6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงเพื่อป้องกันอาการท้องผูก
7. ในรายที่ได้รับยาขับปัสสาวะ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มี โปแตสเซียมสูง เช่น ลูกพรุนแห้ง ลูกเกด เมล็ดทานตะวัน อินทผาลัม ถั่วฝักยาว ถั่ว เห็ด ถั่ว และธัญพืช เป็นต้น
8. แนะนำให้มาฝากครรภ์ตามนัด และติดตามประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์
9. วางแผนช่วยเหลือการคลอดเพื่อลดการทำงานของหัวใจ และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ให้นอนในท่าศีรษะสูง ตะแคงซ้าย หลีกเลี่ยงการยกขาสูงในท่าชันขาหยั่ง (lithotomy) แนะนำการเบ่งคลอดโดยไม่กลั้นหายใจเป็นเวลานาน (open glottis pushing)
10. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนในรายที่มีอาการแสดงของภาวะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและช่วยลดการทำงานของหัวใจ
11. ในระยะหลังคลอด ฝ้าระวังการเกิดภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลวจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ และภาวะ peripartum cardiomyopathy
12. ให้คำแนะนำในการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ไม่ควรแนะนำให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเนื่องจากทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้

สรุป

โรคหัวใจที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคของลิ้นหัวใจ เช่น ASD, VSD, PDA, TOF, Mitral stenosis เป็นต้น การตั้งครรภ์อาจทำให้อาการแสดงของโรคหัวใจรุนแรงขึ้นจาก class I เป็น Class II หรือจาก class II เป็น class III class IV ได้ การรักษาพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดการทำงานของหัวใจ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง การทำงานของหัวใจล้มเหลว การติดเชื้อของเยื่อหุ้มหัวใจ และป้องกันการเสียชีวิตของมารดา

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

1. สตรีตั้งครรภ์ G1P0 อายุ 23 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ มีประวัติเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิด tetralogy of fallot ไม่เคยได้รับการผ่าตัดรักษา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจระดับ I ผลการตรวจร่างกาย ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท

1.1 ข้อมูลใดจำเป็นต้องประเมินสภาพเพิ่มเติม

1.2 มีแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์รายนี้อย่างไรบ้าง

2. เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ สตรีรายนี้มาฝากครรภ์ตามนัด มีอาการบวมที่หลังเท้ากดบวม 1+ ซีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ให้ประวัติว่ารู้สึกเหนื่อยเมื่อทำงาน บ้านตามปกติ

2.1 สตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอาการแสดงของโรคหัวใจระดับใดถ้าจำแนกตาม New York Heart Association Functional Classification

2.2 มีแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์รายนี้อย่างไรบ้าง

3. เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สตรีรายนี้มาฝากครรภ์ตามนัด มีอาการบวมที่หลังเท้า และขา กดบวม 2+ ซีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอท มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่นริมฝีปากเขียว (cyanosis) แพทย์รับไว้ในหอผู้ป่วยสูติกรรม

3.1 สตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอาการแสดงของโรคหัวใจระดับใดถ้าจำแนกตาม New York Heart Association Functional Classification

3.2 มีแนวทางในการวางแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์รายนี้อย่างไรบ้าง

เอกสารอ้างอิง

- Brooks, R. (2011). Pregnancy and heart disease: An introduction. *British Journal of Midwifery, 19*, 763-772.
- Burlingame, J., Ohana, P., Aaronoff, M., & Seto, T. (2013). Noninvasive cardiac monitoring in pregnancy: Impedance cardiography versus echocardiography. *Journal of Perinatology, 33*, 675-680.
- Gilbert, E. S. (2011). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Lafranchi, T., & Lincoln, P. (2015). Prenatal counseling and care for single ventricle heart disease: One center's model for care. *Critical Care Nurse, 35*, 53-61.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2014). *Maternity Nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- McCarthy, D. H. (2013). Ischemic heart disease in pregnancy. *Journal of Legal Nurse Consulting, 24*, 36-38.
- Nanda, S., Nelson-Piercy, C., & Mackillop, L. (2012). Cardiac disease in pregnancy. *Clinical Medicine, 12*, 553-560.
- Rocha, L. A., Junior, E. A., Rolo, L. C., & Barros, F. S. B. (2014). Screening of congenital heart disease in the second trimester of pregnancy: Current knowledge and new perspectives to the clinical practice. *Cardiology in the Young, 24*, 388-396.
- Sartain, J. B., Anderson, N. L., Barry, J. J., Boyd, P. T., & Howat, P. W. (2015). Rheumatic heart disease in pregnancy: Cardiac and obstetric outcomes. *Internal Medicine Journal, 42*, 978-984.
- Stamatelatou, M., & Walker, F. (2015). A contemporary review of peripartum cardiomyopathy. *British Journal of Midwifery, 23*, 394-400.

Turan, S., Turan, O. M., Desai, A., Harman, C. R., Baschat, A. A. (2014). First-trimester fetal cardiac examination using spatiotemporal image correlation, tomographic ultrasound and color Doppler imaging for the diagnosis of complex congenital heart disease in high-risk patients. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 44, S62-S67.

บทที่ 20

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด (Nursing Care of Pregnant Women with Asthma)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์โรคหอบหืดในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืดได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืดได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์โรคหอบหืดในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืดอธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์โรคหอบหืดในสตรีตั้งครรภ์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

มโนทัศน์โรคหอบหืดในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์โรคหอบหืดในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับ ความหมาย ความชุก การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

โรคหอบหืด (asthma) หมายถึงภาวะที่มีการอักเสบของท่อหลอดลม และมีการตีบแคบหรืออุดตันของทางเดินหายใจทำให้มีการหายใจออกลำบาก แน่นหน้าอก และขาดออกซิเจน

ความชุก

สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 4-8 เป็นโรคหอบหืด (Kelly, Missoumi, & Lazarus, 2015)

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด

โรคหอบหืดแบ่งตามลักษณะความรุนแรงและการควบคุมอาการเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (Nolte, 2015)

ระดับความรุนแรง	ลักษณะอาการ และการควบคุมอาการ
ระดับ 1 (Mild intermittent asthma, symptom control)	มีอาการเล็กน้อย เป็นบางครั้ง น้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือน้อยกว่า 2 คืน/เดือน แต่ควบคุมอาการได้
ระดับ 2 (Mild persistent)	มีอาการ 2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่มีอาการนานตลอดทั้งวัน หรือมีอาการมากกว่า 2 คืน/เดือน
ระดับ 3 (Moderate persistent)	มีอาการมากกว่า 1 คืน/สัปดาห์
ระดับ 4 (Severe persistent)	มีอาการบ่อย และต่อเนื่องตลอดวัน

สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง

โรคหอบหืดเกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต้านทานต่อสารที่ระคายเคือง หรือทำให้เกิดอาการแพ้ในเยื่อหุ้มหลอดลมคอ เช่น ฝุ่น เกสรดอกไม้ ขนสัตว์ต่างๆ ควันบุหรี่ มลพิษในอากาศ ละอองสารเคมีต่างๆ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยา

โรคหอบหืดเป็นพยาธิสภาพที่มีการอักเสบเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาในท่อหลอดลมและถุงลมปอด 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การอักเสบของเยื่อหุ้มหลอดลม (airway inflammation) 2) มีการสร้างมูกออกมาจากเซลล์เยื่อหุ้มหลอดลมมากกว่าปกติ (bronchial hyperresponsiveness) และ 3) มีการตีบแคบหรืออุดตันของท่อหลอดลม (intermittent airflow obstruction) ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอาจเป็นทันที (immediate) มีอาการระยะหลัง (late phase) หรือมีอาการกำเริบ (recurrent asthmatic reaction) เมื่อเยื่อหุ้มทางเดินหายใจได้รับสิ่งระคายเคือง (triggers) จะไปกระตุ้น mast cell และ T-lymphocyte ให้หลั่งสาร immunoglobulin E (IgE) ทำให้เยื่อหุ้มหลอดลมบวม (mucosal edema) มีการสร้างมูก (mucus plug) และกล้ามเนื้อเรียบในท่อหลอดลมให้หดเกร็ง (bronchospasm) ทำให้หายใจออกลำบาก อัตราการหายใจน้อยลง และมีอากาศค้างอยู่ในถุงลมปอดมากขึ้น ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง อาจเกิดภาวะกรดจากการหายใจได้ (respiratory acidosis) โดยจะมีอาการภายใน 15-20 นาที และเป็นอยู่นานประมาณ 1 ชั่วโมง

ปฏิกิริยาของโรคหอบหืดที่เกิดขึ้นในระยะหลัง (late phase) เกิดขึ้นหลังได้รับสิ่งระคายเคืองประมาณ 12-24 ชั่วโมง หลังจากเกิดปฏิกิริยาทันทีในระยะแรกแล้ว โดยการกระตุ้นเม็ดเลือดขาว eosinophils และเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาหลังได้รับสิ่งระคายเคืองหลายวันก็ได้

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหอบหืด ได้แก่ มีอาการหายใจลำบาก (breathlessness) ได้ยินเสียงการหายใจที่ผ่านท่อหลอดลมที่มีการตีบแคบ (wheezing) รู้สึกแน่นในอก (chest tightness) และมีอาการไอในตอนกลางคืน หรือตอนเช้า (coughing) (Nolte, Hastings-Tolsma, & Hoyte, 2015)

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

โรคหอบหืดมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ดังนี้ (Carter, Downs, Bascom, Dyer, & Weisman, 2012)

1. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด (preterm labor and delivery)
2. ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (gestational hypertension)
3. ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (low-birth weight infant)

การตรวจวินิจฉัย

โรคหอบหืดตรวจวินิจฉัยได้โดยการทดสอบประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของปอดจากปริมาตรอากาศที่หายใจออกแต่ละครั้ง หรือใน 1 นาที โดยใช้เครื่อง spirometer หรือ peak flow meter นอกจากนี้อาจตรวจวินิจฉัยด้วย chest X-ray หรือทดสอบปฏิกิริยาภูมิแพ้สารต่างๆ

การรักษา

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหอบหืดในสตรีตั้งครรภ์ มีดังนี้ (Rance, & O'Laughlen, 2013)

1. ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (Short-acting bronchodilators) เช่น Albuterol, Levabuterol, Terbutaline เป็นต้น
2. ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (Long-acting bronchodilators) เช่น Salmeterol, Formoterol เป็นต้น
3. ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ที่ใช้พ่นสูดดม (Inhaled corticosteroids) เช่น Budesonide nebulized, Beclomethasone, Triamcinolone เป็นต้น
4. ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (Systemic corticosteroids) เช่น Methyprednisolone, Prednisone เป็นต้น

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ ประวัติการเกิดอาการหอบหืดกำเริบ และการตรวจรักษาต่างๆ
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป
3. การขับถ่าย ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ควรประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม หรือการออกกำลังกายต่างๆเมื่อมีอาการแสดงของโรคหอบหืด

5. การพักผ่อน นอนหลับ ควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของอาการหอบหืดต่อการพักผ่อน นอนหลับ บางรายอาจมีอาการหายใจลำบาก หรือไอในเวลากลางคืน

6. สถิติปัญหาและการรับรู้ กรณีมีอาการแสดงของโรคหอบหืดรุนแรง อาจมีคาร์บอนไดออกไซด์ คั่ง หรือได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวได้

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อตนเอง ภาพลักษณ์ และอัตมโนทัศน์เมื่อเป็นโรคหอบหืดขณะตั้งครรภ์

8. บทบาทและสัมพันธภาพ ควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพในครอบครัวเมื่อเป็นโรคหอบหืดขณะตั้งครรภ์

9. เพศและการเจริญพันธุ์ ควรประเมินเกี่ยวกับประวัติการกำเริบของโรคหอบหืดในครรภ์ก่อน หรือหลังคลอด ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การคลอด และทารก

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด ควรประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวเมื่อมีอาการแสดงของโรคหอบหืดในระยะตั้งครรภ์ และการตรวจรักษา

11. คุณค่าและความเชื่อ ควรประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด มีดังนี้

1. ให้คำแนะนำในการสังเกตสิ่งระคายเคืองต่อทางเดินหายใจที่กระตุ้นให้มีอาการโรคหอบหืดกำเริบ

2. ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการแสดงของโรคหอบหืด เช่น ไอ มีอาการหายใจออกลำบาก แน่นในอก ได้ยินเสียง wheezing ริมฝีปาก หรือเล็บมีสีคล้ำ

3. ประเมินลักษณะการหายใจ และสัญญาณชีพต่างๆ ทุก 1-2 ชม, ทุก 4-6 ชม. ตามอาการเปลี่ยนแปลง

4. ติดตามประเมินผลการตรวจความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (pulse oximeter) กรณีความอิ่มตัวของออกซิเจน ต่ำกว่าร้อยละ 90 ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการตรวจรักษา

5. ประสานงานในการส่งตรวจประสิทธิภาพของปอด chest X-ray, arterial blood gas, หรือ electrolyte และติดตามผลการตรวจ

6. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา หรือการใช้ยาพ่นกลุ่มสเตียรอยด์ หรือยาขยายหลอดลม ตามแผนการรักษา

7. แนะนำให้มาตรวจครรภ์ตามนัดเพื่อติดตามประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์

8. ในรายที่มีประวัติรับประทานยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน มากกว่า 1 เดือน ระยะเวลาตลอด ดูแลให้ได้รับยา methylprednisolone 100 mg ทุก 6 ชม. เป็นเวลา 24 ชม. เพื่อป้องกันการกดการทำงานของต่อมหมวกไต

สรุป

โรคหอบหืดเป็นภาวะที่มีการอักเสบเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาในท่อหลอดลมและถุงลมปอด 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การอักเสบของเยื่อบุท่อหลอดลม 2) มีการสร้างมูกออกมาจากเซลล์เยื่อบุท่อหลอดลมมากกว่าปกติ และ 3) มีการตีบแคบหรืออุดตันของท่อหลอดลม โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ เช่น อาการหายใจออกลำบาก รู้สึกแน่นในอกหายใจมีเสียง wheezing ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม หรือยาสเตียรอยด์เพื่อควบคุมการอักเสบในทางเดินหายใจ หลักการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่การให้คำแนะนำในการลด หรือหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองเยื่อบุทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการติดเชื้อ ซึ่งจะกระตุ้นให้อาการหอบหืดกำเริบได้ การประเมินลักษณะการหายใจ อาการแสดงของโรคหอบหืด ให้คำแนะนำในการรับประทานยา หรือพ่นยาขยายหลอดลม หรือสเตียรอยด์ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

สตรีตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ มีประวัติเป็นโรคหอบหืดในวัยเด็ก การตรวจร่างกาย มีไข้ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส มีอาการเจ็บคอ มีเสมหะสีเหลืองๆ เล็กน้อย หายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท

คำถาม

1. หญิงตั้งครรภ์รายนี้เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบหืดกำเริบเพราะเหตุใด
2. ข้อมูลใดจำเป็นต้องประเมิน หรือซักประวัติเพิ่มเติม
3. จงบอกข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล สตรีตั้งครรภ์รายนี้

เอกสารอ้างอิง

- Carter, R. M., Downs, D. S., Bascom, R., Dyer, A. M., & Weisman, C. S. (2017). The moderating influence of asthma diagnosis on biobehavioral health characteristics of women of reproductive age. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 448-455.
- Gilbert, E. S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. St. Louis, MO: Mosby.
- Hansen, C., Joski, P., Freiman, H., Andrade, S., Toh, S., Dublin, S., ...Davis, R. (2018). Medication exposure in pregnancy risk evaluation program: The prevalence of asthma medication use during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal, 17*, 1611-1621.
- Kelly, W., Missoumi, A., & Lazarus, A. (2017). Asthma in pregnancy: Physiology, diagnosis, and management. *Postgraduate Medicine, 127*, 349-358.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity Nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- McLaughlin, K. (2017). Barriers preventing Australian midwives from providing antenatal asthma management. *British Journal of Midwifery, 23*, 116-123.
- Nolte, A. G. W., Hastings-Tolsma, M., & Hoyte, F. (2018). Midwifery management of asthma and allergies during pregnancy, birth, and postpartum. *British Journal of Midwifery, 23*, 260-267.
- Odedra, K. M. (2017). Treatment of asthma in pregnancy: A case study. *Nurse Prescribing, 12*, 185-188.
- Rance, K., & O'Laughlen, M. (2018). Managing asthma during pregnancy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 25*, 513-521.

บทที่ 21

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

(Nursing Care of Pregnant Women with Anemia)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ
หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่างสตรีที่มีภาวะโลหิตจาง

มโนทัศน์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับความหมาย การแบ่งชนิด ความชุก
สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจ
วินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

ความหมาย

ภาวะโลหิตจาง (anemia) หมายถึง ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง
(hematocrit) ต่ำกว่า 33% หรือมีฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ในช่วงไตรมาสที่ 1 และ 3 ของการ
ตั้งครรภ์ต่ำกว่า 11 g/dl หรือต่ำกว่า 10.5 g/dl ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ กรณีภาวะโลหิตจาง
รุนแรง (severe anemia) มีฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 6-8 g/dl (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014)

การแบ่งชนิด

ภาวะโลหิตจางที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron-
deficiency anemia) และโลหิตจางจากการขาดโฟเลต (Folate deficiency)

ความชุก

สตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 20-60 มีภาวะโลหิตจาง โดยส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก

สาเหตุ

1. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหาร
หรือยาเสริมธาตุเหล็กไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในการนำไปใช้สร้างเม็ดเลือดแดง
2. ภาวะโลหิตจางจากการขาดโฟเลต เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับสารโฟเลตจากสารอาหารไม่
เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในการนำไปใช้สร้างเม็ดเลือดแดง โฟเลต เป็นวิตามินที่ละลายได้ใน
น้ำ พบได้ใน ไข่ ผักใบเขียว เผือก มัน แครอท ธัญพืช สัมชนิดต่างๆ

ปัจจัยเสี่ยง

สตรีที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์ที่เว้นระยะห่างการมี
บุตร น้อยกว่า 2 ปี สตรีตั้งครรภ์ที่อาจได้รับโฟเลตจากสารอาหารไม่เพียงพอ เช่น มีประวัติดื่มสุรา
รับประทานยากันชัก ตั้งครรภ์แฝด มีฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยา

สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเนื่องจากทารกในครรภ์ต้องการธาตุเหล็กจากมารดาเพื่อนำไปใช้ในการเจริญเติบโตและสร้างเม็ดเลือด สตรีที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะมีปริมาณธาตุเหล็กสำรองในร่างกายไม่เพียงพอ ในกรณีที่มีสารเฟอร์ริตินในเลือด (serum ferritin) ต่ำกว่า 12 ไมโครกรัม/ดล. ร่วมกับมีฮีโมโกลบินต่ำ โดยจะตรวจพบว่าเม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็ก (microcytic) และติดสีจาง (hypochromic)

อาการและอาการแสดง

สตรีตั้งครรภ์ที่มีโลหิตจางจะมีอาการซีด เหนื่อย เหนื่อง่าย ปวดศีรษะ และมีอาการง่วงนอน ริมฝีปากหรือลิ้นอักเสบ และติดเชื้อง่าย

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารก เช่น แท้งบุตร การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ตรวจวินิจฉัยจากผลการตรวจระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ฮีโมโกลบิน และสารเฟอร์ริตินในเลือด

การรักษา

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ รักษาโดยการให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียม และให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เช่น Ferrous sulfate 325 mg วันละ 1-2 ครั้ง ซึ่งยาแต่ละเม็ดมีธาตุเหล็ก (elemental iron) ประมาณ 60 mg, FBC 1 เม็ด ประกอบด้วย ferrous fumarate 200 mg (elemental iron 66 mg), Triferdine 1 เม็ด ประกอบด้วย Iodine 0.15 mg + Ferrous fumarate 60.81 mg + Folic acid 0.4 mg

โดยอาจให้ยา Triferdine วันละ 1 เม็ด หรือ Triferdine 1 เม็ด + FBC วันละ 1-2 เม็ด หรือ FBC วันละ 2 เม็ด + Obimin 1 เม็ด ก่อนนอน ซึ่งธาตุเหล็กที่ได้จากการรับประทานยานี้จะดูดซึมผ่านทางระบบทางเดินอาหารได้เพียงร้อยละ 10-30 ในรายที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรง อาจจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการฉีดธาตุเหล็กทางกล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ หรือให้เลือดทดแทน

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หรือขาดโฟเลต และการดูแลสุขภาพในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก หรือโฟเลตสูง และการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และโฟเลต และอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

3. การขับถ่าย

ประเมินอาการท้องผูก และการถ่ายอุจจาระลักษณะสีดำ คล้ำหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ หรือง่วงนอนในระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ

5. การพักผ่อน นอนหลับ

กรณีพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือง่วงนอนในระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆได้ ควรประเมินจำนวนชั่วโมงที่ได้นอนหลับในเวลากลางคืนเพื่อค้นหาหรือแยกสาเหตุจากภาวะโลหิตจาง

6. สติปัญญาและการรับรู้

ภาวะโลหิตจางรุนแรงอาจทำให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงควรประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการจำ หรือการทำงานของสมองและระบบประสาทอาจช้าลงได้

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะซีด และโลหิตจางต่อการรับรู้ตนเอง หรือภาพลักษณ์

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะเหนื่อยง่าย ง่วงนอน ต่อการปฏิบัติหน้าที่และบทบาทในครอบครัว

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินเกี่ยวกับอายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการมีบุตร ประวัติการตั้งครรภ์แฝด การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย และภาวะโลหิตจางในครรภ์ก่อน

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินเกี่ยวกับความทนทานกับความเครียด และการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จากภาวะเหนื่อยง่ายหรืออ่อนเพลีย

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุมาก หรือมีประวัติโลหิตจาง

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง มีดังนี้

1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโฟเลตสูงเพื่อให้ได้รับโฟเลต วันละ 600 ไมโครกรัม
2. บอกให้ทราบว่ายาเสริมธาตุเหล็ก เช่น Ferrous sulfate อาจทำให้คลื่นไส้ อาเจียน
3. แนะนำให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ร่วมกับน้ำผลไม้ที่มีวิตามิน ซี สูง เช่น ส้ม น้ำมะเขือเทศ แดง โสม สตรอเบอร์รี่
4. แนะนำให้รับประทานอาหารเนื้อ และตับหมู หรือไก่ ซึ่งมีธาตุเหล็กสูง (heme iron)
5. แนะนำให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กในเวลาท้องว่าง ก่อนอาหาร ระหว่างมื้ออาหาร หรือก่อนนอนโดยรับประทานร่วมกับเครื่องดื่ม เช่น น้ำผลไม้ต่างๆ
6. ห้ามรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับ นม ชา กาแฟ หรือไข่แดง เพราะจะทำให้มีการดูดซึมธาตุเหล็กจากทางเดินอาหารได้น้อยลง
7. กรณีลิ้มรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ให้รับประทานได้ภายใน 13 ชม. แต่ไม่ควรรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า
8. บอกให้ทราบว่าหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอาจทำให้ท้องผูก และถ่ายอุจจาระมีสีดำหรือสีเขียวดำๆ
9. แนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้ที่มีใยอาหารเพียงพอ และดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร
10. ตรวจสอบความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ หรือในระยะคลอด

สรุป

สาเหตุของภาวะโลหิตจางที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การขาดธาตุเหล็ก และโฟเลท ทำให้มีอาการซีด อ่อนเพลีย ติดเชื้อง่าย เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม การรักษาที่สำคัญ คือให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เช่น ferrous sulfate, ferrus fumarate, Obimin AF, FBC, triferdine เป็นต้น

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

สตรีตั้งครรภ์ ครรภ์แรก อายุ 17 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ น้ำหนัก 48 กิโลกรัม ผลการตรวจเลือดฮีโมโกลบิน 9.9 g/dl ฮีมาโตคริต 31 % เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็ก (microcytic) และติดสีจาง (hypochromic)

1. สตรีตั้งครรภ์รายนี้น่าจะเกิดภาวะโลหิตจางชนิดใด
2. แนวทางในการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอะไรบ้าง?

เอกสารอ้างอิง

- ผ่องศรี แสนไชย, สุรียา สุนันทา ตวงศิริทรัพย์, เสาวนิตย์ สวัสดิ์ และพรสวรรค์ พรหมลักขโณ. (2558). การศึกษาสภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. ขอนแก่น: คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6.
- Baraka, M. A., Steurbaut, S., Laubach, M., Coomans, D., & Dupont, A. G. (2017). Iron status, iron supplementation and anemia in pregnancy: Ethnic difference. *Journal of Maternal and Neonatal Medicine, 25*, 1305-1310.
- Breymann, C., Bian, X., Blanco-Capito, L. R., Chong, C., Mahmud, G., & Rehman, R. (2016). Expert recommendations for the diagnosis and treatment of iron-deficiency anemia during pregnancy and the postpartum period in the Asia-Pacific region. *Journal of Perinatal Medicine, 39*, 113-121.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S.S., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (4th ed). Canada, MO: Saunders Elsevier.
- World Health Organization. (2016). *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Retrieved July 7, 2014 from www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf.

บทที่ 22

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นธาลัสซีเมีย

(Nursing Care of Pregnant Women with Thalassemia)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์โรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมียได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมียได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมียได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์โรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากทำให้มีภาวะโลหิตจาง และทารกอาจเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรือเป็นพาหะธาลัสซีเมีย การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์โรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์โรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับ ความหมาย ความชุก การแบ่งชนิด สาเหตุ พยาธิสภาพ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

โรคธาลัสซีเมีย (thalassemia) หมายถึง ความผิดปกติทางพันธุกรรมที่มีผลทำให้มีการสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงน้อยลง หรือเป็นฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ทำให้เม็ดเลือดแดงผิดปกติ มีอายุสั้น และมีภาวะโลหิตจาง

ความชุก

ความชุกของโรคธาลัสซีเมียของประชากรแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน โดยพบในคนเอเชียมากกว่าคนยุโรป และอเมริกา ในประเทศไทยพบสตรีตั้งครรภ์เป็นพาหะธาลัสซีเมีย ร้อยละ 6.6-25.4

การแบ่งชนิด

โรคธาลัสซีเมียแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ แอลฟาธาลัสซีเมีย และเบตาธาลัสซีเมีย

1. แอลฟาธาลัสซีเมีย มีความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบิน เช่น Hb Bart's hydrops, Hb H disease, Hb-Constant Spring, Homozygous Hb CS, Alpha-thal 1 trait, alpha-thal 2 trait
2. เบตาธาลัสซีเมีย มีความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบิน เช่น Homozygous beta thalassemia, beta-thalassemia/HbE, Homozygous Hb E, beta-thalassemia trait

สาเหตุ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal recessive disorders โดยมีความผิดปกติของดีเอ็นเอของโครโมโซมคู่ที่ 16 และ 11 ซึ่งทำให้มีการสร้างสายฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ

พยาธิสภาพ

โรคแอลฟาธาลัสซีเมีย มีความผิดปกติของยีนส์ 4 ตำแหน่ง บนโครโมโซมคู่ที่ 16

โรคเบตาธาลัสซีเมีย ความผิดปกติของยีนส์ 2 ตำแหน่ง บนโครโมโซมคู่ที่ 11

อาการและอาการแสดง

โรคธาลัสซีเมีย หรือพาหะธาลัสซีเมียแต่ละชนิดจะมีอาการและอาการแสดง แตกต่างกัน

ดังนี้

1. แอลฟา ธาลัสซีเมีย

1.1 Hb Bart's hydrop มีอาการรุนแรงที่สุด ทารกจะมีอาการบวม น้ำ และเสียชีวิต

ในครรภ์

1.2 Hb H disease ผู้ที่เป็นโรคจะมีโลหิตจางปานกลาง

1.3 Alpha-thalassemia 1 trait มีระดับฮีโมโกลบินปกติ หรือโลหิตจางเล็กน้อย

เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็ก

1.4 Alpha-thalassemia 2 trait ระดับฮีโมโกลบิน ปกติ เม็ดเลือดแดงมีขนาดปกติ

2. เบตาธาลัสซีเมีย

2.1 Homozygous beta-thalassemia มีโลหิตจางมาก โดยมีฮีโมโกลบิน 3-6 g/dl

2.2 Beta-thalassemia/HbH มีโลหิตจางปานกลางถึงมาก โดยมีฮีโมโกลบิน 4-6 g/dl

2.3 Hemoglobin E trait ระดับฮีโมโกลบินปกติ เม็ดเลือดแดงมีขนาดปกติ หรือเล็ก

2.4 Beta-thalassemia trait ระดับฮีโมโกลบินปกติ หรือโลหิตจางเล็กน้อย เม็ด

เลือดแดงมีขนาดเล็ก

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย หรือมีพาหะธาลัสซีเมีย จะถ่ายทอดยีนส์ที่ผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบินให้กับทารก โดยโอกาสเสี่ยงของทารกในการเป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมของบิดาทารก ดังนี้

1. คู่สมรส เป็นโรค และเป็นพาหะ ทารกร้อยละ 50 เป็นโรค และร้อยละ 50 เป็นพาหะ
2. คู่สมรส เป็นโรค และปกติ ทารกร้อยละ 100 เป็นพาหะ
3. คู่สมรส เป็นพาหะ และพาหะ ทารก ร้อยละ 25 เป็นโรค ร้อยละ 50 เป็น พาหะ ร้อยละ 25 ปกติ
4. คู่สมรส เป็นพาหะ และปกติ ทารกร้อยละ 50 เป็นพาหะ และร้อยละ 50 ปกติ

การตรวจวินิจฉัย

โรค และพาหะธาลัสซีเมีย มีแนวทางในการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัย ดังนี้

1. การตรวจคัดกรอง มีวิธีการตรวจ 3 ชนิด คือ

1.1 การตรวจเม็ดเลือดแดง MCV (mean corpuscular volume) และ MCH (mean corpuscular hemoglobin) โดยผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียจะมีค่า MCV ต่ำกว่า 80 fl และ MCH ต่ำกว่า 27 pg

1.2 การทดสอบความเปราะของเม็ดเลือดแดง (one-tube osmotic fragility test, OF) เป็นการตรวจวัดปริมาณการแตกของเม็ดเลือดแดงในน้ำเกลือเข้มข้น ร้อยละ 0.36 ซึ่งในคนปกติ เม็ดเลือดแดงจะแตกหมด แต่เม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียจะแตกไม่หมด โดยรายงานผล เป็น positive

1.3 การทดสอบฮีโมโกลบินโดยการตกตะกอนด้วยสาร dichlorophenol-indolphemol (DCIP) โดยสารนี้ทำให้โมเลกุลของฮีโมโกลบินไม่เสถียร เกิดการละลายตัว และตกตะกอน ซึ่งรายงานผลการตรวจเป็น positive

2. การตรวจวินิจฉัย เพื่อยืนยันการเป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย โดยการตรวจ 3 วิธี คือ

2.1 การตรวจวิเคราะห์ชนิดของฮีโมโกลบิน (hemoglobin analysis) ใช้ในการตรวจวัดปริมาณ HbA₂ กรณค่า HbA₂ มากกว่าร้อยละ 3.5 รายงานผลว่าเป็นพาหะของเบตาธาลัสซีเมีย

2.2 การตรวจเลือดเพื่อวัดปริมาณ serum ferritin เพื่อแยกภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

2.3 การตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) ใช้ในการตรวจวินิจฉัยผู้ที่เป็นพาหะของ เบตาธาลัสซีเมีย

การรักษา

การรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย มีแนวทางดังนี้

1. ให้รับประทานยากรดโฟลิก (folic acid) วันละ 5 มก. เพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง

2. ให้เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (leukocyte-poor PRC) ในรายที่มีภาวะซีดรุนแรง โดยให้ครั้งละไม่เกิน 2 ยูนิต

3. การให้ยาขับธาตุเหล็ก (iron chelation) ในผู้ที่มีธาตุเหล็กในร่างกายมากกว่าปกติ เช่น มีระดับ serum ferritin สูงกว่า 1,000 ng/ml เคยได้รับเลือดเป็นประจำมากกว่า 1 ปี หรือได้รับ PRC มาแล้ว ประมาณ 15 ครั้ง

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และทารก ประวัติการตรวจรักษาของตนเอง และสามี

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก หรือโฟเลตสูง ซึ่งมีผลต่อการสร้าง ฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดง

3. การขับถ่าย

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาจมีอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อการพักผ่อน นอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของโรคธาลัสซีเมียต่อการปฏิบัติหน้าที่บทบาทในครอบครัว

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของโรคธาลัสซีเมียต่อการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมียของบุตร

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินเกี่ยวกับการปรับตัว และการเผชิญความเครียดที่เกิดจากกระบวนการตรวจรักษา

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย มีดังนี้

1. ให้ความรู้ แก่สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวในการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย
2. ในกรณีที่ผลการตรวจคัดกรองมีความผิดปกติ ต้องให้คำแนะนำในการตรวจวินิจฉัยโรค หรือพาหะธาลัสซีเมียในขั้นตอนต่อไป
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะเป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมีย ตามผลการตรวจยืนยันการเป็นโรค หรือพาหะธาลัสซีเมียของสตรีตั้งครรภ์ และสามี
4. ให้คำแนะนำในการรับประทานยากรดโฟลิกตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง
5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโฟเลตสูง เช่น ผักใบเขียว ไข่ ธัญพืชต่างๆ
6. ดูแลให้ได้รับเลือด (PRC) หรือยาขับธาตุเหล็กตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน

สรุป

โรคธาลัสซีเมีย หรือพาหะธาลัสซีเมีย เป็นปัญหาสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ โดยทำให้มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากมีความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบิน ทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด หรือมีประวัติธาลัสซีเมียในครอบครัวตนเอง หรือสามี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดทารกที่เป็นโรคธาลัสซีเมียรุนแรง และมีการให้ความรู้ในการวางแผนครอบครัว การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม และการยุติการตั้งครรภ์กรณีทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมีย

สตรีตั้งครรภ์ ครรภ์ที่สอง อายุ 30 ปี มีประวัติคลอดทารกเป็น Bart's hydrops fetalis มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือดฮีโมโกลบิน 10.2 g/dl ฮีมาโตคริต 32.5 % เม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็ก (microcytic)และติดสีจาง (hypochromic)

คำถาม

1. สตรีตั้งครรภ์รายนี้น่าจะเกิดภาวะโลหิตจางชนิดใด ?
2. แนวทางในการให้คำแนะนำ ปรีกษาทางพันธุกรรมสำหรับสตรีตั้งครรภ์รายนี้มีอะไรบ้าง ?

เอกสารอ้างอิง

- ประกายกุล แสงนาค. (2558). ความชุกของธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์
โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 26, 38-43.
- Leung, T. Y., Lao, T. T. (2016). Thalassaemia in pregnancy. *Best Practice and Research
Clinical Obstetrics and Gynecology*, 26, 37-51.
- Merchant, R., Italia, K., Ahmed, J., Ghosh, K., & Colah, R. B. (2018). A successful twin
pregnancy in a patient with HbE-beta thalassaemia in western India. *Journal of
Postgraduate Medicine*, 61, 203-205.
- Tsianakas, V., Atkin, K., Calnan, M. W., Dormandy, E., Marteau, T. M. (2017). *Health
Expectations*, 15, 115-125.
- Laurent, C. (2016). Screening for sickle cell disease and thalassaemia in primary care.
Primary Health Care, 22, 22-24.

บทที่ 23

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน (Nursing Care of Pregnant Women with Hemolytic Incompatibility)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน

ภาวะหมู่เลือด ABO และ Rh ของมารดา และทารกไม่เข้ากัน มีผลทำให้ร่างกายมารดามีการสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือดของทารก ซึ่งมีผลทำให้ทารกมีภาวะซีด หรือตัวเหลืองจากเม็ดเลือดแดงแตกได้ การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์ภาวะหมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน อธิบายเกี่ยวกับความหมาย การแบ่งชนิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

ความหมาย

ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกจากหมู่เลือดไม่เข้ากัน (hemolytic incompatibility) หมายถึงภาวะที่มารดาและทารกมีหมู่เลือด ABO หรือ Rh ไม่เหมือนกัน ทำให้ร่างกายมารดามีการสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือดของทารก ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปแอนติบอดีในร่างกายมารดาจะเข้าไปสู่ร่างกายทารกและทำให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตกได้ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014)

การแบ่งชนิด

ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกในทารกจากแอนติบอดีต่อหมู่เลือดไม่เข้ากันของมารดาและทารก แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะหมู่เลือด ABO ไม่เข้ากัน และหมู่เลือด Rh ไม่เข้ากัน (Gilbert, 2011)

สาเหตุ

1. ภาวะหมู่เลือด ABO ไม่เข้ากัน เกิดขึ้นกรณีมารดามีหมู่เลือด O และทารกมีหมู่เลือด A, B, หรือ AB
2. ภาวะหมู่เลือด Rh ไม่เข้ากัน เกิดขึ้นกรณีมารดามีหมู่เลือด Rh negative และทารกมีหมู่เลือด Rh positive

ปัจจัยเสี่ยง

ภาวะหมู่เลือด ABO ไม่เข้ากัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างแอนติบอดีในร่างกายมารดา และเม็ดเลือดแดงของทารกุนแรงน้อยกว่าปฏิกิริยาของหมู่เลือด Rh โดยมารดาที่มีหมู่เลือด Rh negative ที่

แต่งงานกับสามีที่มีหมู่เลือด Rh positive ทารกที่เกิดมาจากการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกได้

พยาธิสรีรวิทยา

กรณีมารดามีหมู่เลือด O จะมีแอนติบอดีต่อหมู่เลือด A, B, หรือ AB และทารกมีหมู่เลือด A, B, หรือ AB ในระยะตั้งครรภ์เมื่อเม็ดเลือดของทารกเข้าไปสู่ระบบไหลเวียนเลือดของมารดาก็จะกระตุ้นให้สร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือด A, B, หรือ AB ซึ่งมีผลทำให้เม็ดเลือดแดงของทารกแตกได้

กรณีมารดามีหมู่เลือด Rh negative และทารกในครรภ์มีหมู่เลือด Rh positive ในระยะตั้งครรภ์ หรือในระยะคลอดเมื่อเม็ดเลือดของทารกเข้าไปสู่ระบบไหลเวียนเลือดของมารดาก็จะกระตุ้นให้ร่างกายมารดาสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือด Rh ของทารก โดยแอนติบอดีนี้จะมีผลไปทำลายเม็ดเลือดแดงของทารกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

อาการและอาการแสดง

ทารกที่มีหมู่เลือด Rh positive ในการตั้งครรภ์ที่ 2 เป็นต้นไปของมารดาที่มีหมู่เลือด Rh negative และมีแอนติบอดีต่อหมู่เลือด Rh จะมีเม็ดเลือดแดงแตกช่วงอยู่ในครรภ์ โดยจะมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกสูงกว่าปกติ (เท่ากับ 180 ครั้ง/นาที หรือสูงกว่า) ตรวจพบภาวะ late deceleration ทารกตื่นน้อยลง จากการตรวจอัลตราซาวด์อาจพบทารกมีภาวะบวมน้ำจากการทำงานของหัวใจล้มเหลว ทารกแรกเกิด มีอาการตัวเหลืองจากภาวะสารบิลิรูบินสูงในเลือด หรือมีภาวะซีด

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

ภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันของมารดาและทารกไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อการตั้งครรภ์ของมารดา

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะหมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน วินิจฉัยได้จากการตรวจหมู่เลือด ABO และ Rh ของมารดาและทารก และการตรวจแอนติบอดีต่อหมู่เลือดในมารดา (indirect Coombs test) และในทารก (direct Coombs test) การเจาะดูน้ำตาลำมาตรวจสารบิลิรูบิน การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกมาตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

การรักษา

การรักษามีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้อาการมารดาสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือด Rh positive ของทารก โดยการฉีด Rh D immunoglobulin 200-300 microgram (1,000-1,500 IU) ให้มารดาในช่วงตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ และหลังคลอดภายใน 72 ชั่วโมง

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากันกับทารก ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินการรับรู้ของมารดา และครอบครัวเกี่ยวกับหมู่เลือด Rh negative และ Rh positive และประวัติการได้รับการฉีด Rh D immunoglobulin ในระยะตั้งครรภ์ หรือหลังคลอด

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

3. การขับถ่าย ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

5. การพักผ่อน นอนหลับ ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

6. สติปัญญาและการรับรู้ ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินการรับรู้ตนเอง และภาพลักษณ์ที่มีหมู่เลือด Rh negative

8. บทบาทและสัมพันธภาพ ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ควรซักประวัติเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ผ่านมา ประวัติหมู่เลือด Rh ของบุคคลในครอบครัวตนเอง และสามี

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินระดับความเครียด และความสามารถในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ หรือการตรวจวินิจฉัยจากภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน เช่น การแท้งบุตร การเจาะดูดน้ำคร่ำ การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ ภาวะตัวเหลืองของทารก ภาวะซีด หรือทารกเสียชีวิต

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน มีดังนี้

1. ตรวจหมู่เลือด ABO และ Rh ของสตรีตั้งครรภ์ และสามีทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

2. อธิบายสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวให้ทราบเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพทารก กรณีมารดามีหมู่เลือด Rh negative และ ทารกมีหมู่เลือด Rh positive
3. แนะนำให้ฉีด Rh D immunoglobulin ในระยะตั้งครรภ์ หลังแท้งบุตร หลังการเจาะดูดน้ำคร่ำ หรือเนื้อมรก และหลังคลอดภายใน 72 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือด Rh
4. กรณีมีปัญหาภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน หรือสงสัยว่าทารกมีภาวะเม็ดเลือดแดงแตก อธิบายมารดา และครอบครัวให้ทราบเกี่ยวกับการเจาะเลือดมารดาและทารกตรวจ เช่น การเจาะดูดน้ำคร่ำตรวจสารบิลิรูบิน การตรวจแอนติบอดี Coombs test เป็นต้น
5. ให้คำปรึกษาในการวางแผนการตั้งครรภ์ และมีบุตรครั้งต่อไป

สรุป

ภาวะหมู่เลือด ABO และ Rh ไม่เข้ากันระหว่างมารดาและทารก มีผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกในทารกได้ โดยเฉพาะทารกที่คลอดจากมารดาที่มีหมู่เลือด O Rh negative และทารกมีหมู่เลือด A, B, AB Rh positive เนื่องจากแอนติเจนจากผิวเม็ดเลือดแดงไปกระตุ้นให้ร่างกายมารดาสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือดของทารก ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป แอนติบอดีในร่างกายมารดาเข้าไปในระบบไหลเวียนเลือดของทารก ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกได้ ทารกจะมีภาวะตัวเหลืองจากสารบิลิรูบินสูง ซีด การทำงานของหัวใจล้มเหลว หรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงต้องป้องกันไม่ให้อาหารมารดาสร้างแอนติบอดีต่อหมู่เลือด Rh positive ของทารก โดยการฉีดสาร Rh D immunoglobulin ให้มารดา หลังแท้งบุตร หลังการเจาะดูดน้ำคร่ำ ในช่วงตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ และหลังคลอด ภายใน 72 ชั่วโมง

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะหมู่เลือดไม่เข้ากัน

สตรีตั้งครรภ์ G₁P₀ อายุ 32 ปี อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ ตรวจพบหมู่เลือด O Rh negative เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ได้รับการเจาะดูดน้ำคร่ำเพื่อตรวจทางพันธุกรรม เมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ได้คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,250 กรัม ทารกมีภาวะตัวเหลือง เมื่ออายุ 36 ชั่วโมง ผล MB 14.5 mg/dl Hct. 36%

คำถาม

1. หลังเจาะดูดน้ำคร่ำตรวจ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ ควรได้รับการฉีดสาร Rh D immunoglobulin หรือไม่ เพราะเหตุใด

2. สตรีตั้งครรภ์รายนี้ ควรได้รับการฉีดสาร Rh D immunoglobulin ในช่วงใดของการตั้งครรภ์
3. ในระยะหลังคลอด สตรีรายนี้ ควรได้รับการฉีดสาร Rh D immunoglobulin เมื่อไหร่
4. ทารกรายนี้ มีภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) เพราะเหตุใด
5. มารดารายนี้ควรได้รับการตรวจแอนติบอดี ด้วยการตรวจชนิดใด
6. ทารกรายนี้ควรได้รับการตรวจแอนติบอดี ด้วยการตรวจชนิดใด

เอกสารอ้างอิง

- Gilbert, E.S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Evans, R. J., Evan, M. K., & Brown, Y. M. R. (2018). *Canadian Maternity, Newborn & Women Health Nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- McKinney, E.S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2016). *Maternal child health nursing care* (5th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.

บทที่ 24

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์

ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

(Nursing Care of Pregnant Women with Thyroid Dysfunction)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

การทำงานของต่อมไทรอยด์มีความสำคัญต่อการเผาผลาญสารอาหาร การใช้พลังงานของร่างกาย การเจริญพันธุ์ และพัฒนาการทางสติปัญญาของทารก การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับความหมาย การแบ่งประเภท ความชุก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

ความหมาย

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ (thyroid dysfunction) หมายถึงภาวะที่ต่อมไทรอยด์มีการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนมาก หรือน้อยกว่าปกติซึ่งมีผลต่อเมตาบอลิซึมของร่างกายและระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การแบ่งประเภท

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ และภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ

1. ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ (Hyperthyroidism)
2. ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ (Hypothyroidism)

ความชุก

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ พบได้ร้อยละ 7.0-10.9 และภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ พบได้ร้อยละ 1.6-2.7 (Wang et al., 2011)

สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60-80) คือโรคของต่อมไทรอยด์ชนิด Graves' disease ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะ autoimmune ทำให้มีแอนติบอดีไปกระตุ้นต่อมไทรอยด์ให้สร้างและหลั่งฮอร์โมนออกมามากกว่าปกติ สาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น subacute thyroiditis, postpartum thyroiditis (5-10%), toxic multinodular goiter (5%), toxic adenoma เป็นต้น

สาเหตุของภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ คือ Hashimoto's thyroiditis ซึ่งต่อมไทรอยด์เกิดการอักเสบจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายตนเอง (autoimmune)

พยาธิสรีรวิทยา

ต่อมไทรอยด์ทำงานโดยการควบคุมของไฮโปทาลามัส ซึ่งหลั่งฮอร์โมน TRH ไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ให้หลั่งฮอร์โมน TSH เพื่อไปกระตุ้นต่อมไทรอยด์ให้สร้างและหลั่งฮอร์โมน triiodothyronine (T3) และ thyroxine (T4)

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติที่เกิดจาก Graves' disease เซลล์ของต่อมไทรอยด์จะถูกกระตุ้นจากแอนติบอดีจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายตนเอง จะทำให้ขนาดของต่อมไทรอยด์โตขึ้น

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ เป็นภาวะที่ต่อมไทรอยด์ผลิตฮอร์โมน thyroxine น้อยลง เนื่องจากมีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ เช่น มีการอักเสบเรื้อรัง (chronic autoimmune thyroiditis) จาก Hashimoto disease โดยเซลล์ของต่อมไทรอยด์จะถูกทำลายโดยแอนติบอดี หรือเม็ดเลือดขาว (lymphocytes) เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ อาจพบได้ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยสารกัมมันตรังสีไอโอดีน (radioactive iodine) ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ หรือได้รับสารไอโอดีนจากอาหารไม่เพียงพอ

อาการและอาการแสดง

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ มีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ต่อมไทรอยด์โต (Goiter) เหนือออกมากกว่าปกติ หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกใจสั่น กระจกตาขุ่น มือสั่น ความดันโลหิตสูง มีภาวะวิกฤตของต่อมไทรอยด์ (thyroid storm) และการทำงานของหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) กรณีไม่ได้รับการรักษา รักษาไม่ต่อเนื่อง หรือมีการติดเชื้อรุนแรง อาจเกิดภาวะวิกฤตของต่อมไทรอยด์ (thyroid storm) โดยจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ มีไข้สูง มีอาการสับสน ใจสั่น และการทำงานของหัวใจล้มเหลว (Khoo & Lee, 2013)

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ มีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเพิ่มขึ้น เหนื่อยง่าย ท้องผูก ผอมลง นอนไม่หลับ ความคิดช้า เสียงเปลี่ยน และทนต่ออากาศหนาวไม่ได้

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) ที่ควบคุมไม่ได้ และภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อยกว่าปกติ (hypothyroidism) มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารกได้ โดยภาวะการทำงานของต่อม

ไทรอยด์มากกว่าปกติ มีผลทำให้เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าปกติในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (hyperemesis gravidarum) การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (preeclampsia) ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ มีผลทำให้เกิดการแท้งบุตร และการคลอดก่อนกำหนด (Kilpatrick, 2015)

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยการทำงานของต่อมไทรอยด์ในสตรีตั้งครรภ์ ใช้การตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ (TSH) ในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น และตรวจวินิจฉัยโรคของต่อมไทรอยด์จากระดับฮอร์โมน TSH และ free T4 ดังนี้ (Gyamfi-Bannerman, 2012)

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ จะตรวจพบระดับของ free thyroxine สูงกว่าปกติ (>1.8 ng/dL) และมีระดับของฮอร์โมน TSH ต่ำกว่าปกติ (<0.45 mU/L) ค่าปกติของ TSH ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เท่ากับ 2.5 mU/L

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ จะตรวจพบระดับของ free thyroxine ต่ำกว่าปกติ และมีระดับของฮอร์โมน TSH สูงกว่าปกติ (0.4-4.5 microunit/ml) ค่าปกติของ free thyroxine ในสตรีตั้งครรภ์จะเท่ากับสตรีทั่วไป คือ 0.7-1.8 ng/dL

การรักษา

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ ต้องได้รับการรักษาด้วยยา Propylthiouracil (PTU) 50-300 mg ต่อวัน (50-150 mg ทุก 8 ชม.) หรือ Methimazole (MMI) 5-20 mg ต่อวัน หรือ Carbimazole 40 mg ต่อวัน เพื่อควบคุมให้มีระดับ total T4 12-18 microgram/dL, free T4 2.0-2.5 ng/dL และ TSH 0.1-0.4 mU/L กรณีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นปกติ อาจหยุดรับประทานยาได้ในช่วงอายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะ hypothyroidism ในทารกแรกเกิด

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ ต้องได้รับการรักษาด้วยยา levothyroxine (LT4) 1.8-2.0 microgram/kg เพื่อควบคุมให้มีระดับ total T4 12-18 microgram/dL, free T4 2.0-2.5 ng/dL และ TSH 0.5-2.0 mU/L

ในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยยา PTU หรือ levothyroxine ควรได้รับการตรวจระดับฮอร์โมน TSH และ free T4 เดือนละครั้งเพื่อใช้ในการพิจารณาปรับระดับยาให้เหมาะสม

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการมีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ หรือต่ำกว่าปกติ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ประวัติการตรวจรักษาที่ผ่านมา และตรวจขนาดของต่อมไทรอยด์

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ควรประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานอาหาร น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวเกี่ยวข้องกับการทำงานของต่อมไทรอยด์ด้วย

3. การขับถ่าย

ควรประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ และประวัติการถ่ายอุจจาระเหลว เนื่องจากภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ ทำให้มีอาการท้องเสีย (diarrhea) ได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ควรประเมินเกี่ยวกับแบบแผนการทำกิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกายเนื่องจากการทำงานของต่อมไทรอยด์มีผลต่อการเผาผลาญสารอาหาร และการใช้พลังงานของร่างกาย

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ หรือต่ำกว่าปกติมีผลต่อการนอนหลับ ทำให้นอนหลับยากในเวลากลางคืน ซึ่งมีผลทำให้มีอาการเหนื่อย เพลียในเวลากลางวันได้ จึงควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบต่อแบบแผนการพักผ่อน นอนหลับด้วย

6. สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินเกี่ยวกับระดับการรับรู้ และสติปัญญาเนื่องจากไทรอยด์ฮอร์โมนมีผลต่อการทำงานของสมอง ความจำ ในกรณีที่มีภาวะวิกฤตของต่อมไทรอยด์อาจมีอาการสับสน (confusion) ได้

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

กรณีมีต่อมไทรอยด์โต หรือมีอาการตาโปน (Grave's ophthalmopathy) ควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อตนเอง ภาวลักษณะ และอัตมโนทัศน์

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติมีผลต่อการตกไข่ การเจริญพันธุ์ และสมรรถภาพทางเพศ ควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ควรประเมินเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร เนื่องจากภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่มากกว่าปกติ หรือต่ำกว่าปกติมีผลต่อการแท้งบุตร และการคลอดก่อนกำหนดได้

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ควรประเมินเกี่ยวกับระดับของความเครียด และการปรับตัวในชีวิตประจำวัน เนื่องจากความเครียดที่รุนแรงมีผลทำให้เกิดภาวะวิกฤตของต่อมไทรอยด์ได้

11. คุณค่าและความเชื่อ

ควรประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตรของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ หรือต่ำกว่าปกติ มีดังนี้ (Mestman, 2012)

1. แนะนำให้สตรีที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ โดยเฉพาะจาก Graves disease วางแผนการตั้งครรภ์ โดยรักษาให้มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์เป็นปกติก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกัน และลดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์
2. ควรซักประวัติภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติในครรภ์ก่อน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติได้อีกในครรภ์ต่อไป
3. บอกให้ทราบว่าภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติอาจกำเริบขึ้นได้ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และในช่วง 1 ปี หลังคลอด ควรสังเกตอาการแสดงต่างๆของโรค และไปตรวจรักษาเพื่อควบคุมไทรอยด์ฮอร์โมนให้อยู่ในช่วงปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. แนะนำให้รับประทานยาทดการทำงานของต่อมไทรอยด์ตามแผนการรักษา เช่น PTU, methimazole เพื่อควบคุมไทรอยด์ฮอร์โมนให้อยู่ในช่วงปกติ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาในระยะคลอดควรรับประทานยาต่อไปในระยะหลังคลอดเพื่อป้องกันอาการ hyperthyroidism กำเริบในช่วง 3 เดือนแรก - 1 ปี หลังคลอด จาก Graves disease หรือ postpartum thyroiditis

5. กรณีได้รับการรักษาด้วยยา Methimazole (Tapazole) แนะนำไม่รับประทานร่วมกับยาต่างๆ เช่น digoxin, warfarin, propranolol, theophylline เพราะจะทำให้มีอาการข้างเคียงมากขึ้น และไม่แนะนำให้รับประทานยา Methimazole ในระยะให้นมบุตร กรณีจำเป็นต้องรับประทานยา ควรปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนเป็นยา PTU ซึ่งสามารถรับประทานได้ในช่วงให้นมบุตร

6. กรณีมารดาคลอดทารกที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ ควรได้รับการตรวจระดับ TSRAb ก่อนตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เนื่องจาก TSRAb เป็นสาเหตุทำให้เกิด neonatal hyperthyroidism

7. สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติได้รับสารกัมมันตรังสีไอโอดีนเพื่อรักษาภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ และได้รับการรักษาด้วยยา levothyroxine (LT4) ควรแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยาในการควบคุมไทรอยด์ฮอร์โมนให้อยู่ในช่วงปกติก่อนตั้งครรภ์ หรือในช่วงแรกของการตั้งครรภ์

8. มารดาหลังคลอดที่มีภาวะ hyperthyroidism และได้รับการรักษาด้วยยา PTU ต่ำกว่าวันละ 300 mg หรือ MMI ต่ำกว่าวันละ 20 mg แนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ ซึ่งผลการติดตามทารก เมื่ออายุ 6 ขวบ พบว่าไม่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางสติปัญญา

9. ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะ hyperthyroidism ควรได้รับการตรวจประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์ โดยการตรวจระดับ TSH ในเลือด กรณีมารดารับประทานยากดการทำงานของต่อมไทรอยด์ เช่น PTU ทารกอาจมีภาวะ hypothyroidism ได้

สรุป

ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ (hyperthyroidism) ในสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60-80) เกิดจาก Graves disease โดยจะตรวจพบระดับฮอร์โมน free T3, free T4 สูงกว่าปกติ และ TSH ต่ำกว่าปกติ มีอาการน้ำหนักลด ใจสั่น หนาวอากาศร้อนไม่ได้ นอนไม่หลับ และอาจมีอาการแสดงของภาวะวิกฤตของต่อมไทรอยด์ (thyroid storm) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยากดการทำงานของต่อมไทรอยด์ เช่น PTU, MMI, Carbimazole สตรีตั้งครรภ์ที่มีการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ (hypothyroidism) มีสาเหตุจาก Hashimoto's thyroiditis โดยจะตรวจพบระดับฮอร์โมน free T3, free T4 ต่ำกว่าปกติ และ TSH สูงกว่าปกติ โดยจะมีอาการน้ำหนักเพิ่ม เหนื่อยง่าย ผอมลง นอนไม่หลับ ความคิดช้า ท้องผูก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาไทรอยด์ฮอร์โมน

(LT4) ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์จากภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ เช่น การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรือมีการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ

1. สตรี อายุ 24 ปี มีประวัติเป็น Graves's disease และมีภาวะ hyperthyroidism มาขอคำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ มีแนวทางในการให้คำแนะนำสตรีรายนี้อย่างไรบ้าง ?

2. เมื่อสตรีรายนี้มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ มีแนวทางในการประเมินสภาพและให้การพยาบาลอย่างไร ?

3. สตรีตั้งครรภ์ G₁P₀ อายุ 32 ปี มาฝากครรภ์มีอาการใจสั่น ชีพจร 120 ครั้ง/นาที มีไข้ 39 องศาเซลเซียส มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3.1 สตรีตั้งครรภ์รายนี้อยู่ในภาวะใด ?

3.2 มีแผนการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์รายนี้อย่างไร ?

4. สตรีหลังคลอด มีประวัติ hyperthyroidism และได้รับการรักษาด้วยยา PTU

4.1 มีแผนการพยาบาลสำหรับสตรีหลังคลอดรายนี้อย่างไร ?

4.2 ควรให้คำแนะนำในการดูแลทารก และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างไร ?

เอกสารอ้างอิง

- Abbouda, A., Trimboli, P., & Bruscolini, A. (2014). A mild Grave's ophthalmopathy during pregnancy. *Seminars in Ophthalmology*, *29*, 8-10.
- Beh, T. H. K., & Canty, D. J. (2015). Hyperthyroidism and propylthiouracil-induced liver failure in pregnancy. *Anaesth Intensive Care*, *43*, 793-794.
- Fumarola, A., Di Fiore, A., Dainelli, M., Grani, G., & Carbotta, G. (2011). Therapy of hyperthyroidism in pregnancy and breastfeeding. *Obstetrical and Gynecological Survey*, *66*, 378-389.
- Gyamfi-Bannerman, C. (2012). Screening for thyroid disease during pregnancy. *Contemporary OB/GYN*, *37*, 45-47.
- Khoo, C. M., & Lee, K. O. (2013). Endocrine emergencies in pregnancy. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *27*, 885-891.
- Kilpatrick, S. J. (2015). Thyroid disease in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, *125*, 996-1005.
- Mestman, J. H. (2012). Hyperthyroidism in pregnancy. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, *19*, 394-401.
- Stagnaro-Green, A. (2011). Overt hyperthyroidism and hypothyroidism during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *54*, 478-487.
- Trumptf, C., Vandevijvere, S., Moreno-Reyes, R., Vanderpas, J., Tafforeau, J., van Oyen, H., De Schpper, J. (2015). Neonatal thyroid-stimulating hormone level is influenced by neonatal, maternal, and pregnancy factors. *Nutrition Research*, *35*, 975-981.
- Tuija, M., Pauline, M., Jagteshwar, G., Yunlong, X., Zhen, C., & Laughon, S. K. (2013). Thyroid disease and adverse pregnancy outcomes in a contemporary US cohort. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *98*, 2725-2733.

- Thomas, S. K., Sheffield, J. S., Roberts, S. W. (2013). Thionamide-induced neutropenia and ecthyma in a pregnant patient with hyperthyroidism. *Obstetrics and Gynecology*, 122, 490-492.
- Wang, W., Teng, W., Shan, Z., Wang, S., Li, J., Zhu, L., ...Liu, W. (2011). The prevalence of thyroid disorders during early pregnancy in China: The benefits of universal screening in the first trimester of pregnancy. *European Journal of Endocrinology*, 164, 263-268.

บทที่ 25

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี

(Nursing Care of Pregnant Women with Hepatitis B Infection)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์การติดเชื้อตับอักเสบ บี ในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี ได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี ได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์การติดเชื้อตับอักเสบ บี ในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบ บี

การติดเชื้อตับอักเสบบี ในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์การติดเชื้อตับอักเสบบี ในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์การติดเชื้อตับอักเสบบี ในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับความหมาย ความชุก การแบ่งประเภท สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

การติดเชื้อตับอักเสบบี (Hepatitis B infection) หมายถึงภาวะที่มีการตรวจพบแอนติเจนของผิวเซลล์ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ในเลือด ซึ่งอาจมีอาการแสดงของการติดเชื้อ หรือไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อก็ได้

ความชุก

การติดเชื้อตับอักเสบบี ในสตรีตั้งครรภ์ พบได้ร้อยละ 3.6-12.5 และมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากทารกแรกเกิดได้รับการฉีดวัคซีนตับอักเสบบี

การแบ่งประเภท

การติดเชื้อตับอักเสบบี แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การติดเชื้อเฉียบพลัน (acute hepatitis) และการติดเชื้อเรื้อรัง (chronic hepatitis) หรือเป็นพาหะตับอักเสบบี (carrier)

สาเหตุ

การติดเชื้อตับอักเสบบี เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Hepatitis B

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อตับอักเสบบี ได้แก่ ทารกที่คลอดจากมารดาที่มี HBsAg positive, การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อตับอักเสบบี หรือการสัมผัสกับเลือด น้ำลาย สารคัดหลั่งจากร่างกายที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถมีชีวิตอยู่ในเลือด น้ำอสุจิ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายในสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อน ประมาณ 1 สัปดาห์

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อติดเชื้อตับอักเสบบี เข้าสู่กระแสเลือด จะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และกระตุ้นให้ T lymphocyte สร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยจะตรวจพบแอนติบอดี ได้เป็นเวลานาน

และเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะทำให้ผู้ที่ติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 25 เป็นตับแข็ง (cirrhosis) มะเร็งตับได้ (hepatocellular carcinoma)

อาการและอาการแสดง

การติดเชื้อตับอักเสบบี เฉียบพลัน จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำๆ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดบริเวณลิ้นปี่ หรือหน้าท้องด้านบนขวา (right upper quadrant) บางรายอาจมีอาการตัวเหลือง (jaundice) นาน 1-3 เดือน

การติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง หรือเป็นพาหะ ผู้ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการ แต่ยังคงตรวจเลือดพบ HBsAg, anti-HBc, anti-HBe

ผลกระทบต่อการทำงานของตับ

ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อตับอักเสบบี มีโอกาสติดเชื้อจากมารดา ได้ ประมาณ ร้อยละ 5-15 ถึงแม้ว่าจะได้รับการฉีด HBIG และ HBV ครบตามกำหนดแล้ว

การตรวจวินิจฉัย

การติดเชื้อตับอักเสบบี ตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจแอนติเจน และแอนติบอดีของไวรัสตับอักเสบบี ในเลือดเช่น HBsAg, HBeAg, anti-HBc, anti-HBe

การรักษา

ในรายที่มีอาการแสดงของตับอักเสบบีเฉียบพลัน ให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่น นอนพัก ให้อาหารอ่อน บริโภคอาหารปวดเมื่อย ให้รับประทานอาหารเหลวที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ เป็นต้น กรณีติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง ต้องให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการเป็นตับแข็งและมะเร็งตับ โดยยาที่แนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน เช่น interferon, lamivudine, Adefovir, Telbivudine, Entecavir, Tenofovir

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการติดเชื้อตับอักเสบบี เฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง และประวัติการตรวจรักษา

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
ประเมินเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดบริเวณลิ้นปี่ หรือหน้าท้องด้านบนขวา และอาการตัวเหลือง ตาเหลือง
3. การขับถ่าย
ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
ประเมินเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย ที่อาจมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน
5. การพักผ่อน นอนหลับ
ประเมินผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาอักเสบ ปี ต่อการพักผ่อน นอนหลับ
6. สติปัญญาและการรับรู้
ประเมินอาการปวดบริเวณลิ้นปี่ หรือหน้าท้องด้านบนขวา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
กรณีมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีน้ำในช่องท้อง ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อตนเอง และภาพลักษณ์
8. บทบาทและสัมพันธภาพ
ประเมินผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาอักเสบ ปี ต่อการปฏิบัติหน้าที่ ตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว
9. เพศและการเจริญพันธุ์
ประเมินเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อดื้อยาอักเสบ ปี ในครรภ์ ก่อน และประวัติการติดเชื้อดื้อยาอักเสบ ปี ของสามี
10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด
ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาอักเสบ ปี ที่อาจทำให้เกิดความเครียด และความสามารถในการปรับตัวเผชิญกับสภาพการติดเชื้อ
11. คุณค่าและความเชื่อ
ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี มีดังนี้

1. ตรวจสอบคัดกรองการติดเชื้อตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยการตรวจ HbsAg ในเลือด
2. กรณีผลการตรวจ HBsAg positive ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารก และบุคคลอื่น
3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ HBIG และ วัคซีน HBV เพื่อป้องกันทารกติดเชื้อตับอักเสบบีรวมทั้งบอกให้ทราบว่าถึงแม้ทารกจะได้รับการฉีดอิมมูโนโกลอบบูลิน และวัคซีน แล้ว ทารกมีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 5-15 ที่จะติดเชื้อตับอักเสบบีจากมารดา ได้
4. ทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อตับอักเสบบี ต้องได้รับ HBIG 0.5 ml IM และ HBV 5-10 microgram IM ภายใน 12 ชั่วโมงแรกเกิด และหลังจากนั้นให้วัคซีน HBV อีก 2 ครั้ง เมื่ออายุ 1-2 เดือน และ 6 เดือน
5. แนะนำให้มารดานำทารกไปตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อตับอักเสบบี เมื่ออายุ 9-18 เดือน กรณีตรวจพบแอนติบอดี สูงกว่า 10 IU/ml แสดงว่าการฉีดวัคซีนได้ผลในการป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบี จากมารดา กรณียังไม่มีแอนติบอดี ต้องฉีดวัคซีนซ้ำ แต่ในรายที่ตรวจพบ HBsAg แสดงว่าทารกติดเชื้อตับอักเสบบี จากมารดา
6. แนะนำให้มารดาหลังคลอดที่มีประวัติติดเชื้อตับอักเสบบี เรื้อรัง (HBsAg positive) ปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาดัวยาคานาไวรัสเพื่อป้องกันการเป็นตับแข็ง และมะเร็งตับ

สรุป

การติดเชื้อตับอักเสบบี ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ และถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกได้ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ต้องได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อตับอักเสบบี กรณีมารดามี HBsAg positive ทารกแรกเกิดต้องได้รับ HBIG 0.5 ml IM ภายใน 12 ชั่วโมงแรกเกิด และ HBV 5-10 microgram IM 3 ครั้ง เมื่อแรกเกิด, 1-2 เดือน และ 6 เดือน

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อตับอักเสบบี

สตรีตั้งครรภ์ G₁P₀ อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ ผลการตรวจเลือดพบ HBsAg positive
จึงวางแผนให้การพยาบาลสตรีรายนี้ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และทารกที่คลอดจาก
มารดารายนี้

เอกสารอ้างอิง

- Apuzzio, J., Block, J. O., Cullison, S., Cohen, C., Leong, S. L., London, W.T., ...McMahon, B. J. (2016). Chronic hepatitis B in pregnancy: A workshop consensus statement on screening, evaluation, and management, Part 1. *The Female Patient, 37*, 22-30.
- Chisari, F. V., Isogawa, M., & Wieland, S. F. (2017). Pathogenesis of hepatitis B virus infection. *Pathology and Biology, 58*, 258-266.
- Gilbert, E. S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. St. Louis, MO: Mosby.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity Nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.

บทที่ 26

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน

(Nursing Care of Pregnant Women with Rubella Infection)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์การติดเชื้อหัดเยอรมันในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมันได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมันได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมันได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์การติดเชื้อหัดเยอรมันในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน

การติดเชื้อหัดเยอรมัน ในสตรีตั้งครรภ์ มีผลทำให้ทารกติดเชื้อหัดเยอรมัน และมีความพิการแต่กำเนิด การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์การติดเชื้อหัดเยอรมันในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน อธิบายเกี่ยวกับ ความหมาย ความชุก สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

การติดเชื้อหัดเยอรมัน (rubella infection) หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อสัมผัสกับเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน ทางระบบหายใจ หรือการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายผู้ติดเชื้อ

ความชุก

การติดเชื้อหัดเยอรมันในสตรีตั้งครรภ์ประเทศต่างๆมีแนวโน้มลดลง เหลือประมาณ ร้อยละ 0.4-0.9

สาเหตุ

การติดเชื้อหัดเยอรมัน เกิดจากการติดเชื้อ rubella virus หรือ German measles

พยาธิสภาพ

เมื่อเชื้อไวรัสรูเบลลา เข้าสู่ร่างกายทางระบบหายใจ หรือการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดี มีผลทำให้ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลัง หูโต มีผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า ลำตัว และแขน ขา และมีไข้

อาการและอาการแสดง

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมันจะมีอาการไข้ต่ำๆ เจ็บคอ มีผื่นขึ้นเริ่มจากบริเวณหลังใบหู และแพร่กระจายไปยังใบหน้า คอ ลำตัว และแขน ขา และมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลังใบหูโต บางรายอาจมีอาการปวดเมื่อยข้อต่างๆร่วมด้วย

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

การติดเชื้อหัดเยอรมัน มีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์เล็กน้อย ซึ่งอาการแสดงต่างๆจะหายไปได้เอง ภายใน 7-10 วัน หลังติดเชื้อ แต่มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ซึ่งความเสี่ยงจะมากที่สุดในการตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ในช่วงก่อนตั้งครรภ์ 8-10 สัปดาห์ โดยทารกในครรภ์ร้อยละ 90 จะติดเชื้อหัดเยอรมันแต่กำเนิด กรณีติดเชื้อในช่วงอายุครรภ์ 11-16 สัปดาห์ ทารกจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ร้อยละ 10-20 โดยกลุ่มอาการแสดงของ

การติดเชื้อหัดเยอรมันแต่กำเนิด (congenital rubella syndrome) เช่น ตาต่อกระจก หัวใจพิการ หูหนวก มีพัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้า และกรณีติดเชื้อในช่วงอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ อาจทำให้มีหูหนวกได้ แต่ความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ(Watkins, 2014)

การตรวจวินิจฉัย

การติดเชื้อไวรัส วินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง เช่น มีไข้ต่ำๆ มีผื่นบริเวณผิวหนัง มีต่อมน้ำเหลืองโต หรือมีอาการปวดเมื่อยตามข้อ และอาการจะหายไปเองภายใน 7-10 วัน

การรักษา

การติดเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน ในสตรีตั้งครรภ์ ไม่ต้องให้การรักษาที่เฉพาะ แต่ในสตรีวัยรุ่นทุกคนควรได้รับการตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหัดเยอรมัน กรณีไม่มีภูมิคุ้มกัน ต้องฉีดวัคซีนหัดเยอรมันให้ทุกคนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ และหลังฉีดวัคซีน ต้องคุมกำเนิด 1-3 เดือน

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อหัดเยอรมัน ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการติดเชื้อหัดเยอรมัน ประวัติการสัมผัสโรค และผลกระทบต่อทารกในครรภ์

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ในระยะหลังติดเชื้อ 7-10 วัน อาจมีไข้ต่ำๆ ได้ ควรประเมินเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย

3. การขับถ่าย

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

6. สติปัญญาและการรับรู้

ควรประเมินเกี่ยวกับอาการปวดข้อต่างๆ ในระยะหลังติดเชื้อ 7-10 วัน

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

กรณีทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการมีความพิการแต่กำเนิด หรือทารกแรกเกิดมีความพิการ เช่น ตาต่อกระจก หัวใจพิการ หูหนวก ควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่บทบาทมารดา และสัมพันธภาพในครอบครัว

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินเกี่ยวกับประวัติการสัมผัสเชื้อหัดเยอรมันในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

กรณีทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการมีความพิการแต่กำเนิด ควรประเมินเกี่ยวกับ ความเครียด และความวิตกกังวล ต่อการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน มีดังนี้

1. จัดโครงการให้ความรู้ และฉีดวัคซีนหัดเยอรมันให้สตรีวัยรุ่นทุกคน
2. ให้คำแนะนำสตรีก่อนตั้งครรภ์ในการตรวจภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหัดเยอรมัน กรณีไม่มีภูมิทำนตานแนะนำให้ฉีดวัคซีน และคุมกำเนิด 1-3 เดือน
3. ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ให้หลีกเลี่ยง และป้องกันการติดเชื้อหัดเยอรมัน
4. กรณีสตรีตั้งครรภ์มีประวัติสัมผัสเชื้อ หรือมีอาการแสดงของการติดเชื้อหัดเยอรมัน ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่ทารกจะติดเชื้อ และมีความพิการแต่กำเนิด และให้คำปรึกษาในการยุติการตั้งครรภ์ โดยให้สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวได้ตัดสินใจเอง
5. กรณีทารกมีความพิการแต่กำเนิดจากการติดเชื้อหัดเยอรมัน ให้คำแนะนำมารดา และครอบครัวเกี่ยวกับการตรวจรักษา และการส่งเสริมพัฒนาการของทารก

สรุป

ปัจจุบันอัตราการติดเชื้อหัดเยอรมันในสตรีลดลง เนื่องจากมีการฉีดวัคซีนให้กับเด็ก และสตรีวัยรุ่น แต่ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อหัดเยอรมันในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ทารกอาจติดเชื้อ และมีความพิการแต่กำเนิดได้ เช่น ตาต่อกระจก หัวใจพิการ หูหนวก พัฒนาการทางสติปัญญาช้า กรณีมารดามีประวัติการสัมผัสเชื้อ และมีอาการแสดงของการติดเชื้อหัดเยอรมัน ในช่วง 8-16 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ควรแนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์ ควรจัดโครงการให้ความรู้ และฉีดวัคซีนหัดเยอรมัน ให้กับสตรีวัยรุ่น และสตรีหลังคลอดที่ไม่มีภูมิต้านทานต่อเชื้อหัดเยอรมัน ทุกราย

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อหัดเยอรมัน

สตรีตั้งครรภ์ G₁P₀ อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ ตรวจร่างกาย มีไข้ 37.9 องศาเซลเซียส มีต่อมน้ำเหลืองหลังใบหูโต มีผื่นบริเวณใบหน้า ลำตัว และขา ทั้ง 2 ข้าง

คำถาม

1. สตรีตั้งครรภ์รายนี้ อาจเกิดการติดเชื้อใด
2. อาการแสดงของการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์รายนี้ มีภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์อย่างไรบ้าง
3. จงวางแผนให้การพยาบาล และคำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์รายนี้

เอกสารอ้างอิง

- Gilbert, E. S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity Nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Matthews, L., Gray, S., Gray, D., & Lawrence, L. M. (2017). Postpartum MMR immunization rates in rubella-susceptible antenatal women. *British Journal of Midwifery*, *21*, 16-20.
- Watkins, J. (2016). Rubella: An overview of the symptoms and complications. *British Journal of School Nursing*, *9*, 284-286.

บทที่ 27

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Nursing Care of Pregnant Women with Urinary Tract Infection)

รศ.ดร.สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดิน

ปัสสาวะได้ถูกต้อง

3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ เนื่องจากมดลูกที่โตขึ้นไปกดเบียด กระเพาะปัสสาวะ และอาจมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอธิบายเกี่ยวกับความหมาย การแบ่งชนิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

ความหมาย

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) หมายถึง ภาวะที่มีแบคทีเรียในปัสสาวะซึ่งเกิดจากมีเชื้อโรคเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ และไต (Gilbert, 2011)

ความชุก

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบได้ในสตรีตั้งครรภ์ ร้อยละ 20

การแบ่งชนิด

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract infection) เป็นการติดเชื้อ และมีการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ (cystitis)
2. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน (upper urinary tract infection) เป็นการติดเชื้อ และมีการอักเสบของกรวยไต (pyelonephritis)

สาเหตุ

เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ *Escherichia coli* (85%), *Klebsiella pneumonia*, *Proteus species*, group B streptococci, enterococci, staphylococci, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น คลามัยเดีย หนองใน เอช ไอ วี เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีการอักเสบของเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ และตรวจพบเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะ โดยในระยะแรกประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการ (asymptomatic bacteriuria) กรณีไม่ได้รับการรักษา หรือมีการติดเชื้อซ้ำอาจมีการติดเชื้อเรื้อรัง หรือเชื้อโรคเข้าสู่กรวยไตได้

อาการและอาการแสดง

ภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ มีอาการและอาการแสดง เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปวดเมื่อถ่ายปัสสาวะ ปวดบริเวณเหนือหัวหน่าว หรือมีเลือดปนในปัสสาวะ เป็นต้น

ภาวะกรวยไตอักเสบ มีอาการและอาการแสดง เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดหลังหรือบริเวณด้านข้างลำตัว ถ่ายปัสสาวะมีสีเหลืองขุ่นคล้ายหนอง เป็นต้น

ผลกระทบต่อการทำงานของไต

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมีผลทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

การตรวจวินิจฉัย

การติดเชื้อในปัสสาวะวินิจฉัยโดยการส่งปัสสาวะตรวจวิเคราะห์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (urinary analysis) หรือตรวจเพาะเชื้อในปัสสาวะ (urine culture) กรณีตรวจพบเม็ดเลือดขาว (WBC) ในปัสสาวะ มากกว่า 8 cells/HDF หรือเป็นจำนวนมาก (numerous) แสดงว่ามีการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะ กรณีตรวจพบเชื้อแบคทีเรียชนิดใดชนิดหนึ่ง มากกว่า 1,000 -10,000 cfu/ml แสดงว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2014)

การรักษา

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในระยะแรกที่ตรวจพบแบคทีเรียในปัสสาวะแต่ยังไม่มีอาการแสดงอื่น (asymptomatic bacteriuria) ต้องให้การรักษาด้วยการรับประทานยาปฏิชีวนะ เช่น Amoxicillin (500 mg) วันละ 3 ครั้ง, Keflex 250-500 mg วันละ 4 ครั้ง, Bactrim DS 160/800 mg วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3-7 วัน เป็นต้น

กรณีมีการติดเชื้อของกรวยไต ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เช่น Amoxicillin clavulanate (Augmentin) 875/125 mg วันละ 2 ครั้ง, trimethoprim + sulfamethoxazole (Bactrim DS) 160/800 mg วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน เป็นต้น

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พฤติกรรมเสี่ยง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และประวัติการตรวจรักษา

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหารโปรตีน ผัก และผลไม้ต่างๆ ที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน

3. การขับถ่าย

ประเมินเกี่ยวกับลักษณะ และปริมาณของปัสสาวะ อาการปวดเมื่อถ่ายปัสสาวะ อาการปวดบริเวณเหนือหัวเหน่า

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ประเมินเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะบ่อย หรืออาการปวดบริเวณเหนือหัวเหน่า ปวดหลังที่อาจมีผลต่อการพักผ่อน นอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินเกี่ยวกับอาการปวดบริเวณเหนือหัวเหน่า ปวดหลัง หรือปวดบริเวณด้านข้างลำตัว จากภาวะกรวยไตอักเสบ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง หรือภาพลักษณ์เมื่อติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินผลกระทบต่อปฏิบัติหน้าที่บทบาทในครอบครัวจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะจากภาวะกรวยไตอักเสบ

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินผลกระทบจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในครรภ์ก่อน และครรภ์ปัจจุบัน เช่น ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินเกี่ยวกับการปรับตัว และความสามารถในการเผชิญความเครียดต่างๆในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคของร่างกายได้

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินเหมือนสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีดังนี้

1. อธิบายเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะต่อการตั้งครรภ์ และทารก
2. ตรวจสอบคัดกรองการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก หรือเมื่อมีอาการผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ
3. บอกให้ทราบเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องรักษาภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่ในระยะแรกที่ตรวจพบแบคทีเรียในปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเรื้อรัง
4. อธิบายเกี่ยวกับการรับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบตามแผนการรักษา
5. แนะนำให้รับประทานอาหารโปรตีน ผัก และผลไม้ต่างๆที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้อโรค ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และดื่มน้ำวันละ 3,000 มล.
6. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป หรือก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
7. บอกให้สังเกต และเฝ้าระวังภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด หรือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สรุป

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด หรือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อมาฝากครรภ์ หรือมีอาการผิดปกติในการถ่ายปัสสาวะ ควรได้รับการตรวจปัสสาวะ กรณีพบแบคทีเรียในปัสสาวะ หรือมี

อาการแสดงของกระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือกรวยไตอักเสบ ควรแนะนำให้รับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาให้ครบ และติดตามผลการตรวจปัสสาวะจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อโรค

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

สตรีตั้งครรภ์ G₃P₁ A₁ อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ ให้ประวัติว่ามีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และคลอดก่อนกำหนด เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ การตรวจร่างกาย น้ำหนัก 52 กก. มีไข้ 37.9 องศาเซลเซียส มีอาการปวดบริเวณหัวเหน่า และปวดหลัง

คำถาม

1. ข้อมูลใดจำเป็นต้องประเมินเพิ่มเติม ในสตรีตั้งครรภ์ รายนี้
2. จงระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร นทีธนสมบัติ. (2556). การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะในสตรีตั้งครรภ์. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 16, 141-153.
- Cochrane Nursing Care Field. (2017). Treatments for urinary tract infections during pregnancy. *International Journal of Evidence-based Health Care*, 10, 415-416.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity Nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray,S.S., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5th ed). Canada, MO: Saunders Elsevier
- Ullah, A., & Ahmed, I. (2016). Materno-Fetal complications of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: A longitudinal cohort study. *International Medical Journal*, 17, 141-146.

บทที่ 28

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(Nursing Care of Pregnant Women with Sexually-Transmitted Infection)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวิษเศรชฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์
2. การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ คลามัยเดีย หนองใน ซิฟิลิส เริม หูดหงอนไก่ และเอช ไอ วี การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์

มโนทัศน์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์ อธิบายเกี่ยวกับความหมาย การแบ่งชนิด ความชุก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually-transmitted disease) หมายถึง การติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อโรคอื่น ๆ ผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ หรือสัมผัสกับเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในสารคัดหลั่งในช่องคลอด น้ำอสุจิ เลือด หรือน้ำลาย (Cunninham et al., 2014)

การแบ่งชนิด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบในปัจจุบันมีประมาณ 20 ชนิด แต่ที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ คลามัยเดีย หนองใน ซิฟิลิส เริม หูดหงอนไก่ และเอช ไอ วี

ความชุก

ความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์แต่ละชนิด มีดังนี้ คลามัยเดีย ร้อยละ 8.1 หนองใน ร้อยละ 12.9 ซิฟิลิส ร้อยละ 1.02 เริม ร้อยละ 14.0 หูดหงอนไก่ ร้อยละ 6.5 และเอช ไอ วี ร้อยละ 1.3

สาเหตุ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละชนิดเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส ดังนี้

1. คลามัยเดีย เกิดจากการติดเชื้อ Chlamydia Trachomatis
2. หนองใน เกิดจากการติดเชื้อ Neisseria gonorrhoeae
3. ซิฟิลิส เกิดจากการติดเชื้อ Treponema pallidum
4. เริม เกิดจากการติดเชื้อ Herpes simplex virus (HSV-2)
5. หูดหงอนไก่ เกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV)
6. โรคเอดส์ เกิดจากการติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV)

ปัจจัยเสี่ยง

สตรีตั้งครรภ์อาจติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อนตั้งครรภ์ หรือติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ โดยผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น สตรีวัยรุ่น สตรีที่มีคู่อุปสมพันธ์หลายคน หรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีคู่อุปสมพันธ์หลายคน หรือมีประวัติฉีดยาเสพติด สตรีที่มีประวัติติดเชื้อคลาไมเดีย หรือซิฟิลิส จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี ได้สูงกว่าสตรีที่ไม่มีประวัติติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละชนิด มีดังนี้

1. การติดเชื้อคลาไมเดีย

เมื่อเชื้อ *Chlamydia trachomatis* เข้าสู่ช่องคลอด จะผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกและท่อำไข่ ในระยะแรกประมาณร้อยละ 75 ของผู้ที่ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการ (asymptomatic infection) กรณีติดเชื้อเรื้อรัง หรือไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Inflammatory disease) ท่อำไข่อักเสบ และติบตัน ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีการติดเชื้อของมดลูกในระยะหลังคลอด (endometritis)

2. การติดเชื้อหนองใน

เมื่อผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่ติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ร้อยละ 50-90 จะติดเชื้อ โดยมีระยะฟักตัว ประมาณ 3-5 วัน เชื้อโรคจะเข้าสู่ช่องคลอด ผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกและท่อำไข่) กรณีติดเชื้อเรื้อรัง หรือไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Inflammatory) ท่อำไข่อักเสบ และติบตัน ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีการติดเชื้อของมดลูกในระยะหลังคลอด (endometritis)

3. การติดเชื้อซิฟิลิส

เมื่อเชื้อ *Treponema pallidum* เข้าสู่ช่องคลอด จะมีระยะฟักตัวประมาณ 10-90 วัน โดยในระยะแรกจะตรวจเลือดไม่พบแอนติบอดี (sero-nonreactive) หลังระยะฟักตัวจะมีพยาธิสภาพเป็น 4 ระยะ คือ

- 1) การติดเชื้อซิฟิลิสระยะแรก (Primary syphilis) เป็นเวลา 3-6 สัปดาห์
- 2) การติดเชื้อซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) นับตั้งแต่หลังมีอาการระยะที่ 1 เป็นเวลา 2-6 สัปดาห์ ถึง 1 ปี

- 3) การติดเชื้อซิฟิลิสระยะแฝง (Latent syphilis) ระยะนี้เชื้อซิฟิลิสจะเข้าสู่กระแสเลือด และจะแสดงอาการเป็นเวลา 5-20 ปี
- 4) การติดเชื้อซิฟิลิสระยะที่ 4 (Tertiary syphilis) ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ติดเชื้อซิฟิลิส จะมีอาการเข้าสู่ระยะที่ 4 ซึ่งจะมีรอยโรคของการติดเชื้อที่หัวใจ ตา สมอง ระบบประสาท ตับ กระจก และผิวหนังตลอดชีวิต

4. การติดเชื้อเริม

เมื่อเชื้อไวรัสเริม (HSV-2) เข้าสู่ร่างกายทางเยื่อบุริมฝีปาก ช่องคลอด หรือทวารหนัก ในระยะแรกของการติดเชื้อ จะแสดงอาการ เป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะที่เชื้อไวรัสเริมเข้าสู่ร่างกาย (Prodrome) เป็นเวลา 2-10 วัน 2) ระยะตุ่มน้ำใส (Vesicle pustule) เป็นเวลานานประมาณ 6 วัน 3) ระยะตุ่มน้ำแตกเป็นแผลและ (wet ulcer) มีอาการอยู่ประมาณ 6 วัน และ 4) ระยะแผลแห้งเป็นสะเก็ด (dry crust) มีอาการอยู่ประมาณ 8 วัน หลังจากนั้นเชื้อไวรัสเริมจะเข้าไปอยู่ในปมประสาท ซึ่งเชื้อไวรัสเริมจะมีชีวิตอยู่ในร่างกายผู้ติดเชื้อตลอดชีวิต เมื่อร่างกายมีภาวะเครียด หรือมีภูมิคุ้มกันต่ำก็ จะแสดงอาการของการติดเชื้อ แต่จะมีอาการรุนแรงน้อยกว่าการติดเชื้อครั้งแรก

5. การติดเชื้อหูดหงอนไก่

เชื้อไวรัส HPV ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อหูดหงอนไก่ในผู้หญิง เช่น HPV types 6, 11, 16, 18 เมื่อติดเชื้อระยะโรคจะไม่แสดงอาการ (asymptomatic infection) หลังจากนั้นจะมีแผลเป็นตุ่มเดียว หรือเป็นกลุ่มคล้ายหงอนไก่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก หรือภายในปากมดลูก และอวัยวะสืบพันธุ์

6. การติดเชื้อเอช ไอ วี

เชื้อไวรัสเอช ไอ วี มี 2 ชนิดคือ HIV-1, HIV-2 เมื่อเชื้อเอช ไอ วี เข้าสู่ร่างกายจะมีการแบ่งตัวเกิดขึ้นเป็น 6 ระยะ คือ

- 1) เข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดขาว (binding and entry) เมื่อเชื้อไวรัส HIV ไปจับที่เยื่อหุ้มเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด T-helper, lymphocytes, macrophages, monocytes ซึ่งมี glycoprotein antigen (CD₄) และจะเข้าไปภายในเซลล์เม็ดเลือดขาวเหล่านี้

- 2) สร้างสายพันธุกรรม (Reverse transcription) เชื้อ HIV จะแปลง RNA 2 สาย รวมเป็น DNA 1 สาย

- 3) เข้าสู่ nucleus (Integration) HIV-DNA จะเข้าไปจับรวมกับ DNA ของเซลล์เม็ดเลือดขาว

- 4) สร้าง HIV protein (Replication) เชื้อ HIV จะสร้างสารโปรตีนภายในเซลล์เม็ดเลือดขาว
- 5) ออกสู่ภายนอกเซลล์ (Budding) เชื้อ HIV ที่สร้างตัวขึ้นใหม่ จาก HIV protein ร่วมกับ viral RNA จะออกสู่ภายนอกเซลล์เม็ดเลือดขาวผ่านทางเยื่อหุ้มเซลล์ด้วยการแตกหน่อออกไป
- 6) เชื้อไวรัสเติบโตเต็มที่ (maturation) เชื้อไวรัสตัวอ่อนจะเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนขึ้นวันละประมาณ 10 ล้านตัว และไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวอื่นๆ ต่อไป

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละชนิดมีดังนี้

1. การติดเชื้อคลามิเดีย มีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ มีสารคัดหลั่งทางช่องคลอดลักษณะขาวใสหรือเมือกเหลืองๆ ปวดเมื่อยถ่ายปัสสาวะหรือมีเพศสัมพันธ์ กรณีมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มีเลือดหรือสารคัดหลั่งออกทางทวารหนัก

2. การติดเชื้อหนองใน มีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ มีสารคัดหลั่งทางช่องคลอด หรือทวารหนักสีเหลืองๆเขียวๆ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์บวมและคัน ปวดเมื่อยถ่ายปัสสาวะหรือมีเพศสัมพันธ์ ปวดเมื่อยบริเวณข้อและเอ็น

3. การติดเชื้อซิฟิลิส ระยะแรกจะมีแผลริมแข็ง ระยะที่ 2 จะมีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ผื่นร่วน น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีอาการเพสียง มีผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า ฝ่ามือ เท้า หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะแฝงซึ่งไม่มีอาการแสดงแต่ตรวจพบแอนติบอดีต่อการติดเชื้อ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อจะมีอาการเข้าสู่ระยะที่ 4 ซึ่งเชื้อซิฟิลิสจะทำลายหัวใจ ตา สมอง ระบบประสาท ตับ กระดูก และผิวหนัง

4. การติดเชื้อเริม ระยะแรกจะมีอาการปวด ชาผิวหนังตามแนวของเส้นประสาท หลังจากนั้นจะมีไข้ เพสียง มีตุ่มหนอง และแผลแฉะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การตรวจภายในจะพบปากมดลูกอักเสบ (cervicitis)

5. การติดเชื้อหูดหงอนไก่ มีหูดขึ้นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก หรือภายในอวัยวะสืบพันธุ์ ลักษณะแบน หรือเป็นตุ่มนูนขึ้น ขนาดเล็ก หรือขนาดใหญ่ สีชมพู หรือแดง

6. การติดเชื้อเอช ไอ วี ระยะแรกหลังติดเชื้อ 6 สัปดาห์ ถึง 3-6 เดือน จะมีไข้ เพสียง เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองโต ม้ามโต หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการแสดง (asymptomatic phase) ประมาณ 10-15 ปี เมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมาก จะมีอาการของโรคเอดส์ และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น มะเร็งต่อม้ำเหลือง หลอดเลือด ปอดอักเสบ ติดเชื้อราในสมอง

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ และทารก ดังนี้

1. การติดเชื้อคลาไมเดีย ทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ทารกมีเยื่อตาอักเสบ (conjunctivitis) มารดาหลังคลอดมีเยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (endometritis)

2. การติดเชื้อหนองใน มีผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ทุกไตรมาส ทำให้ถุงน้ำคร่ำติดเชื้อ (chorioamnionitis) ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกมีเยื่อตาอักเสบ และมีสารคัดหลั่งคล้ายหนอง (Gonococcal ophthalmia) มารดาหลังคลอดมีเยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (endometritis) และมีอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (PID)

3. การติดเชื้อซิฟิลิส เชื้อ *Treponema pallidum* จะผ่านเข้าสู่รกได้ตลอดช่วงของการตั้งครรภ์ ในกรณีที่มารดาติดเชื้อซิฟิลิสระยะแรก หรือระยะที่ 2 และไม่ได้รับการรักษา ทารกอาจติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด ซึ่งทำให้เกิดการแท้ง (spontaneous abortion) คลอดก่อนกำหนด ตายคลอด (stillbirth) หรือ บวมน้ำ (hydrops fetalis) ทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิส จะมีตับ ม้าม โต การทำงานของหัวใจล้มเหลว มีพัฒนาการทางสมองช้า

4. การติดเชื้อเริม ทำให้แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า มีความพิการแต่กำเนิด ซัก หรือตาบอดได้

5. การติดเชื้อหูดหงอนไก่ กรณีมีหูดหงอนไก่ในช่องคลอดขนาดใหญ่ อาจทำให้ขัดขวางการคลอด อาจต้องผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

6. การติดเชื้อเอช ไอ วี กรณีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อเอช ไอ วี และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทารกประมาณร้อยละ 25 จะติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา กรณีมารดาได้รับประทานยาต้านไวรัสในระยะตั้งครรภ์ครบตามแผนการรักษา อัตราการติดเชื้อในทารกจะลดลงเหลือประมาณ ร้อยละ 0-2.6

การตรวจวินิจฉัย

การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละชนิด วินิจฉัยได้จากการตรวจรอยโรคบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจสารคัดหลั่งภายในช่องคลอด ปากมดลูก และการตรวจเลือด เช่น

VDRL, MHA-TP, FTA-ABS, anti-HIV

การรักษา

การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละชนิด มีแนวทางในการรักษา ดังนี้

1. การติดเชื้อคลาไมเดีย รักษาโดยการรับประทานยา azithromycin 1 g ครั้งเดียว หรือ erythromycin 500 mg วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน
2. การติดเชื้อหนองใน รักษาโดยการรับประทานยา cefixime 400 mg หรือ ceftriaxone 125 mg IM กรณีมีการติดเชื้อคลาไมเดีย ร่วมด้วย ให้การรักษาด้วย spectinomycin 2 g IM
3. การติดเชื้อซิฟิลิส กรณีติดเชื้อไม่เกิน 1 ปี ให้การรักษาด้วย benzathine penicillin G 2.4 million units IM, กรณีติดเชื้อนานกว่า 1 ปี อยู่ในระยะแฝง หรือไม่ทราบระยะเวลาที่ติดเชื้อ ให้การรักษาด้วย benzathine penicillin G 2.4 million units IM 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์
4. การติดเชื้อเริม ไม่มียาใดที่รักษาการติดเชื้อเริมให้หายขาดได้ แต่สามารถบรรเทาอาการปวด แสบ ปวดร้อน หรือช่วยให้ตุ่มหนองแห้งเร็วขึ้นได้ โดยการรับประทานยา หรือทาบริเวณที่มีอาการด้วยครีม Acyclovir แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในระยะตั้งครรรภ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อทารกได้ กรณีมีแผลเป็นตุ่มหนองและ แนะนำให้ผ้าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
5. การติดเชื้อหูดหงอนไก่ ภูมิต้านทานในร่างกายสามารถรักษากำจัดเชื้อ HPV ได้ ภายใน 1-2 ปี หลังติดเชื้อ หูดหงอนไก่ที่พบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก รักษาโดยการป้ายด้วยยา trichloroacetic acid (TCA), bichloroacetic (BcA), การจี้ด้วยไฟฟ้า (electrocautery) หรือจี้ด้วยไนโตรเจนเหลว (cryotherapy)
6. การติดเชื้อเอช ไอ วี มีแนวทางในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในสตรีระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และทารก ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)
 - 6.1 กรณีสตรีตั้งครรรภ์ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ให้เริ่มรับประทานยาเร็วที่สุด ไม่ว่าจะอายุครรรภ์เท่าใด โดยไม่ต้องรอผลการตรวจเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 T-lymphocyte) โดยมีข้อแนะนำให้รับประทานยาต้านไวรัส 3 สูตรดังนี้
 - 6.1.1 ยาต้านไวรัสสูตร 1 ประกอบด้วย Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300 mg + Lamivudine (3TC) 300 mg + Efavirenz (EFV) 600 mg วันละครั้ง
 - 6.1.2 ยาต้านไวรัสสูตร 2 ประกอบด้วย Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) 1 เม็ด + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) (200/50) 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

6.1.3 ยาต้านไวรัสสูตร 2 ประกอบด้วย Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300 mg + Lamivudine (3TC) 300 mg วันละครั้ง + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) (200/50) 2 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

6.2 กรณีสตรีตั้งครรภ์เคยรับประทานยาต้านไวรัส สูตร HAART มาก่อน ให้รับประทานยาเดิมต่อไปได้

6.3 ในระยะคลอด ให้รับประทานยาต้านไวรัสชนิดเดิมต่อ และเพิ่มยา Zidovudine (AZT) 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ 600 mg ครั้งเดียวจนกระทั่งคลอดเสร็จ

6.4 กรณีไม่ได้ฝากครรภ์ และคาดว่าน่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง ให้รับประทานยา Zidovudine (AZT) 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง หรือ 600 mg ครั้งเดียวจนกระทั่งคลอดเสร็จ

6.5 ในระยะหลังคลอด ให้รับประทานยาสูตรเดิมต่อไป หรือปรับสูตรยาตามแนวทางการรักษาในผู้ใหญ่

6.6 ทารกแรกเกิดให้งดนมมารดา และเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสดังนี้

6.6.1 กรณีมารดาได้รับประทานยาต้านไวรัสในระยะตั้งครรภ์ เริ่มให้รับประทานยาต้านไวรัสภายใน 1 ชั่วโมง แรกเกิดคือ Zidovudine (AZT syr) 4 mg/kg ทุก 12 ชั่วโมง นาน 4 สัปดาห์

6.6.2 กรณีมารดาไม่ได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนในระยะตั้งครรภ์ ให้ทารกเริ่มรับประทานยา AZT (syr) 4 mg/kg ทุก 12 ชม. + 3TC (syr) 2 mg/kg ทุก 12 ชม. + NVP (syr) 4 mg/kg) ทุก 24 ชม. นาน 6 สัปดาห์

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้ต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการตรวจรักษาของตนเอง และสามี

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินการได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ครบ 5 หมู่ เพื่อส่งเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อต่างๆ

3. การขับถ่าย

ประเมินอาการปวดขณะปัสสาวะ หรือถ่ายอุจจาระ การมีสิ่งคัดหลั่ง หรือหนองออกจากท่อปัสสาวะ หรือทวารหนัก

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย และความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ประเมินเกี่ยวกับความเพียงพอในการพักผ่อน นอนหลับ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

6. สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินเกี่ยวกับอาการปวดเมื่อย ข้อ เอ็น หรือปวดตามแนวเส้นประสาทจากการติดเชื้อเริ่ม

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อตนเอง และภาพลักษณ์เมื่อติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆ โดยเฉพาะการติดเชื้อ เอช ไอ วี

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และสัมพันธภาพในครอบครัว

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในครรภ์ก่อน ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และทารก

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัว และความทนทานกับความเครียดเมื่อเผชิญกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆ มีดังนี้

1. ให้คำแนะนำคู่สมรสในการตรวจร่างกาย และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงาน หรือก่อนตั้งครรภ์
2. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ และตรวจการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์ เพื่อจะได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่ระยะแรก
3. บอกให้ทราบเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆต่อการตั้งครรภ์ และทารก
4. แนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ทราบ และติดตามประเมินให้ได้รับการรักษาครบ และต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาชนิดต่างๆ
5. บอกให้ทราบว่า การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดใดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น การติดเชื้อไวรัสเริม หรือ เอช ไอ วี
6. แนะนำให้สามีรับการตรวจรักษาด้วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และเรื้อรัง
7. แนะนำให้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น เช่น การใส่ถุงยางอนามัย
8. กรณีติดเชื้อเอช ไอ วี แนะนำให้งดการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โดยขอรับนมผสมจากสถานบริการพยาบาลได้ ในช่วง 1 ปี แรก และติดตามตรวจการติดเชื้อ เอชไอ วี ของทารกเป็นระยะๆ ในช่วง 1-2 ขวบ

สรุป

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ คลามัยเดีย หนองใน ซิฟิลิส เริม หูดหงอนไก่ และเอช ไอ วี ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ การแท้งบุตร ภูมุน้ำคร่ำติดเชื้อ หรือแตกก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เสียชีวิตในครรภ์ หรือติดเชื้อแต่กำเนิด ดังนั้นจึงควรแนะนำให้คู่สมรสตรวจ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ก่อนตั้งครรภ์ หรือในช่วงแรกของการตั้งครรภ์เพื่อป้องกัน และลดผลกระทบต่อมารดา และทารก

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. สตรีตั้งครรภ์ G₁P₀A₁ อายุ 23 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือดพบว่า VDRL reactive 1: 8

1.1 ผลการตรวจเลือดนี้แปลผลได้อย่างไร

1.2 ข้อมูลสำคัญใดที่พยาบาลต้องซักประวัติ หรือประเมินสภาพต่อไป

1.3 ควรวางแผนการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์รายนี้อย่างไร ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. สตรีตั้งครรภ์ G₂P₁ อายุ 30 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือดพบว่า anti-HIV positive หลังทราบผลเลือดบอกพยาบาลว่าต้องการทำแท้ง ไม่อยากตั้งครรภ์ต่อไป เพราะกลัวว่าลูกจะติดเชื้อด้วย

2.1 ข้อมูลสำคัญใดที่พยาบาลต้องซักประวัติ หรือประเมินสภาพต่อไป

2.2 ควรวางแผนการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์รายนี้อย่างไร ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2561*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ชนิตา บวรศักดิ์สิทธิ์. (2559). HIV 2013-current issues and future directions. *วารสารเพื่อการวิจัย และพัฒนาองค์การเภสัชกรรม*, 20, 8-12.
- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ. (2559). สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ลักษณ์
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Sheffield, J. S. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Juniaux, E. R. M., & Driscoll, D. A. (2016). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (6th ed.). Canada: Elsevier Saunders.
- Gilbert, E.S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Evans, R. J., Evan, M. K., & Brown, Y. M. R. (2018). *Canadian Maternity, Newborn & Women Health Nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2016). *Maternity nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- McKinney, E.S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal child health nursing care* (5th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Ruhl, C. (2018). Update on chlamydia and gonorrhea screening during pregnancy. *Nursing for Women's Health*, 17, 143-146.

Walker, C. K., & Sweet, R. L. (2017). Gonorrhea infection in women: Prevalence, effects, screening and management. *International Journal of Women's Health, 13*, 197-206.

Workowski, K. A., & Berman, S. (2016). Sexually transmitted disease treatment guidelines. *MMWR Recommendation and Reports, 59*, 1-110.