



การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2

(เล่ม 2)

Maternal Newborn Nursing and Midwifery 2

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

วารางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ,

ศศิกานต์ กาละ

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) การพยาบาลมารดาที่มีโรคติดเชื้อมาร่วมกับการตั้งครรภ์ 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 ย่างวนิชเศรษฐ และทีมอาจารย์ผู้เขียน

กรกฎาคม 2562

สารบัญ

หน้า

บทที่ 29	การประเมินสภาวะทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง	1-29
บทที่ 30	การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ	30-41
บทที่ 31	การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว	42-50
บทที่ 32	การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล	51-61
บทที่ 33	การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	62-75
บทที่ 34	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	76-87
บทที่ 35	การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด	88-98
บทที่ 36	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก	99-109
บทที่ 37	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด	110-119
บทที่ 38	การพยาบาลสตรีที่มีสายสะดือย้อย	120-128
บทที่ 39	การพยาบาลสตรีที่ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน	129-136
บทที่ 40	การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ	137-166
บทที่ 41	การพยาบาลผู้คลอดที่มีทารกส่วนนำเป็นก้น	167-174
บทที่ 42	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด	175-189
บทที่ 43	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์	190-200
บทที่ 44	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติดและรกค้าง	201-211
บทที่ 45	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น	212-220
บทที่ 46	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด	221-227
บทที่ 47	การพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	228-234
บทที่ 48	การพยาบาลมารดาที่คลอดทารกมีความพิการแต่กำเนิด	235-266
บทที่ 49	การพยาบาลมารดาที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด	267-252
บทที่ 50	การพยาบาลทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนและการช่วยฟื้นคืนชีพ	253-260

บทที่ 29

การประเมินสภาวะทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง (Assessment of Fetal Well-being)

ผศ.ดร.วรางคณา ชัยเวช

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายหลักการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อประเมินสภาวะทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายวิธีการตรวจเพื่อประเมินสภาวะทารกในครรภ์และการแปลผลตรวจโดยวิธีทางคลินิก วิธีทางชีวเคมี วิธีทางฟิสิกส์ และวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ถูกต้อง
3. อธิบายแนวทางการประเมินภาวะสภาวะของทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้ถูกต้อง
4. อธิบายหลักการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. หลักการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อประเมินสภาวะทารกในครรภ์
2. วิธีการตรวจเพื่อประเมินสภาวะทารกในครรภ์และการแปลผลตรวจโดยวิธีทางคลินิก
วิธีทาง ชีวเคมี วิธีทางฟิสิกส์ และวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์
3. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
4. หลักการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการประเมินสุขภาพทารก
ในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอด

การประเมินสถานะทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์สามารถติดตามได้จากการตรวจขนาดของยอดมดลูกที่โตขึ้น ในขณะที่ตั้งครรภ์ การฟังและนับอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยหูฟัง หรือการตรวจภาวะซีเทาในน้ำคร่ำเมื่อถุงน้ำคร่ำแตก ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางด้านเวชศาสตร์ทารกในครรภ์ ได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจสอบสุขภาพของทารกในครรภ์เพื่อการตรวจคัดกรอง ประเมินความพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติต่างๆ ได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้นตั้งแต่ในระยะก่อนคลอด ซึ่งมีทั้งการตรวจสอบทางคลินิกและการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการด้วยเครื่องมือต่างๆ โดยแต่ละวิธีการจะมีข้อดี ข้อเสีย และความแม่นยำในการประเมินผลไม่เหมือนกัน สูติแพทย์จึงมักใช้วิธีการตรวจสอบหลายวิธีเพื่อให้ผลดีกว่าการใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง

หลักการตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อประเมินสถานะทารกในครรภ์

การตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์เป็นการตรวจเพื่อให้ทราบล่วงหน้าก่อน เพื่อจะได้วางแผนการดูแลทั้งมารดาและทารกต่อไป (ชเนนทร์ และสุพัตรา, 2555)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความผาสุกของทารกในครรภ์
2. เพื่อค้นหาความผิดปกติหรือความพิการของทารก

ข้อบ่งชี้

มารดาารู้สึกว่าทารกดิ้นน้อยลง มีโรค หรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคไต โรคหัวใจ ภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทารกโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction, IUGR) ครรภ์เกินกำหนด ครรภ์ก่อนหน้ามีประวัติเสี่ยง เช่น สูญเสียทารกโดยอธิบายสาเหตุไม่ได้ ความผิดปกติทางพันธุกรรม มารดาสูบบุหรี่ ตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นต้น

วิธีการตรวจเพื่อประเมินสถานะทารกในครรภ์และการแปลผลตรวจ

วิธีการตรวจเพื่อประเมินสถานะทารกในครรภ์ จำแนกเป็น 4 วิธี คือ

1. การประเมินโดยวิธีทางคลินิก (clinical assessment) ได้แก่ การฟังเสียงหัวใจทารก การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ เป็นต้น
2. การประเมินโดยวิธีทางชีวเคมี (biochemical assessment) ได้แก่ การตรวจเลือดมารดาเพื่อหาระดับฮอร์โมนที่สร้างจากรก การวิเคราะห์น้ำคร่ำ การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ เป็นต้น

3. การประเมินโดยวิธีทางชีวฟิสิกส์ (biophysical assessment) ได้แก่ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นต้น

4. การประเมินโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic assessment) ได้แก่ การตรวจ nonstress test (NST) contraction stress test (CST) biophysical profile (BPP) เป็นต้น

การประเมินโดยวิธีทางคลินิก

การประเมินโดยวิธีทางคลินิก เช่น การฟังเสียงหัวใจทารก และการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ เป็นต้น

การฟังเสียงหัวใจทารก ควรปฏิบัติดังนี้

1. ครรภ์เสียงต่ำ ฟังทุก 30-60 นาทีในระยะที่ 1 และทุก 15 นาทีในระยะที่ 2 ของการคลอด
ครรภ์เสียงสูง ฟังทุก 15-30 นาทีในระยะที่ 1 และทุก 5 นาทีในระยะที่ 2 ของการคลอด

2. เทคนิคในการฟังด้วยหูฟัง (stethoscope) หรือ doppler device

- ตรวจคลำหน้าท้องเพื่อหาท่าและส่วนนำของทารก (Leopold's maneuvers)
- วางเบลล์ของหูฟังตรงที่คาดว่าจะได้ยินชัดเจนที่สุด ซึ่งมักจะเป็นด้านหลังของทารก
- นับจำนวนครั้ง สังเกตจังหวะและความต่อเนื่องของอัตราการเต้นของหัวใจทารก

(Fetal Heart Rate: FHR)

- จำแนกลักษณะของเสียงที่ผิดปกติ จับชีพจรมารดาเพื่อแยกเสียงชีพจรมารดาจากเสียงหัวใจทารก, เสียงจากการไหลเวียนในมดลูก (uterine soufflé) เสียงจากการไหลเวียนเลือดในสายสะดือ (umbilical soufflé) เสียงจากเด็กดิ้น (fetal shocking sound) เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (gurgling sound)

- คลำการหดตัวของมดลูกด้วยในขณะที่ฟังเสียงหัวใจทารก เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเสียงหัวใจทารก กับการหดตัวของมดลูก

- นับเสียงหัวใจทารก ระหว่างที่มีการหดตัวของมดลูกและต่อเนื่องออกไปอีก 30 วินาที
- นับเสียงหัวใจทารก ระหว่างช่วงที่พักของการหดตัวของมดลูก 30-60 วินาที เพื่อ

กำหนด FHR baseline

- ถ้าการนับแต่ละครั้งมีค่าแตกต่างกันอย่างชัดเจน ให้นับซ้ำอีกในช่วงเวลายาวนานขึ้น เพื่อแยกว่ามี periodic change ของเสียงหัวใจทารกหรือไม่

- การนับซ้ำช่วงสั้นๆ หลายๆ ช่วง จะช่วยแยก acceleration ได้ชัดเจนขึ้น

3. ตรวจเสียงหัวใจทารกทุกครั้ง เมื่อ

- เร่งการเจ็บครรภ์ เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ หรือ การเพิ่มขนาดออกซิโตซิน (oxytocin) เป็นต้น
- ลูกเดินเปลี่ยนอิริยาบถ
- ให้อา เช่น ยาชา ยากล่อมประสาท (ได้แก่ pethidine) เป็นต้น

- มดลูกหดตัวมากผิดปกติ
- สว่นปัสสาวะ
- ตรวจทางช่องคลอด

การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ (fetal movement)

การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ เป็นการตรวจการมีชีวิตของทารกเบื้องต้น (antepartum surveillance) ที่มีคุณค่ามาก สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่าย ปลอดภัย ไม่มีข้อห้าม ทำได้ง่ายที่สุดใน การประเมินสุขภาพทารกเบื้องต้น เป็นเทคนิคเดียวที่สามารถตรวจสอบสุขภาพทารกได้ทุกวัน ตรวจสอบได้ด้วยตนเอง รับประกันสุขภาพที่ปกติได้ดี อีกทั้งยังเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของสตรี ตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง

การดิ้นของทารกจะบอกถึง การทำงานของประสาทสมองส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของ กล้ามเนื้อ ทารกจะมีการเคลื่อนไหวที่สามารถตรวจพบได้ด้วยอัลตราซาวด์ตั้งแต่ไตรมาสแรกโดยสัปดาห์ที่ 7-9 จะมีการเคลื่อนไหวแบบกระตุกแขนขา ช่วงแรกๆการดิ้นจะไม่ประสานกับระบบประสาท เมื่อเข้าสู่ สัปดาห์ที่ 16-18 มารดาจะรู้สึกถึงการดิ้นเป็นครั้งแรก (quickening) ระยะไตรมาสที่ 2 ทารกจะเริ่มมีการ เคลื่อนไหวแบบเหยียดแขนขา บิด หมุนตัว

ลักษณะการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ตามความรู้สึกของมารดา

1. มารดาารู้สึกว่าทารกกลิ้ง หมุนตัว/เหยียดตัว (rolling or stretching)
2. มารดาารู้สึกว่าทารกเตะ ต่อย กระตุก ผวา (simple)
3. มารดาารู้สึกว่าทารกสะอึก มีส่วนของแขนขามากกระทบที่หน้าท้องเบาๆ (high frequency)

จำนวนครั้งของการดิ้นของทารก ทารกจะดิ้นมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น แต่เมื่อใกล้ ครบกำหนดคลอด ทารกจะดิ้นน้อยลง เนื่องจากทารกตัวโตขึ้น เนื้อที่ในมดลูกน้อยลง และน้ำคร่ำลดลง (Mangesi & Hofmeyr, 2010)

1. อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ทารกดิ้นประมาณ 200 ครั้ง/12 ชั่วโมง
2. อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ทารกดิ้นประมาณ 575 ครั้ง/12 ชั่วโมง
3. อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ ทารกดิ้นประมาณ 282 ครั้ง/12 ชั่วโมง

วงจรหลับตื่นของทารกในครรภ์ ทารกหลับประมาณ 23 นาที ตื่นประมาณ 40 นาที ช่วงที่ทารก หลับจะไม่มี การเคลื่อนไหว ไม่มี reactivity ไม่มี FHR acceleration (Mangesi & Hofmeyr, 2010)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน ความ พิการของทารก ระดับกลูโคสในเลือด การกระตุ้นด้วยเสียง/ความสั่นสะเทือน/แสง ท่าและการออกกำลังกาย

กาย ภาวะเครียดของมารดา การเจาะน้ำคร่ำ เพศของทารก ตำแหน่งที่รกเกาะ ภาวะแฝดน้ำ จำนวนครั้งของการคลอด ผลของยาบางตัว เช่น เมธาโดน เฮโรอีน โคเคน สุรา บุหรี่ เป็นต้น

วิธีการนับการดิ้นของทารกในครรภ์

1. การตรวจด้วย ultrasound

2. การนับจากความรู้สึกของมารดา โดยการนับผลรวมของจำนวนครั้งของการดิ้น ซึ่งมี

วิธีการหลายวิธี เช่น วิธีการกำหนดช่วงเวลาการนับ วิธีการกำหนดจำนวนครั้งที่ดิ้น เป็นต้น

2.1 วิธีการกำหนดช่วงเวลาการนับ เช่น วิธีของซาตอฟสกี(Sadovsky) ให้นับครั้งละ 1 ชั่วโมง วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ถ้าทารกดิ้นน้อยกว่า 3 ครั้ง/ชั่วโมง ให้นับต่ออีก 1 ชั่วโมง ถ้าพบว่าทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือน้อยกว่า 3 ครั้ง/ชั่วโมง ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติ

2.2 วิธีการกำหนดจำนวนครั้งที่ดิ้น เช่น วิธีของคาร์ดิฟฟ์ (Cardiff) และมัวร์ (Moore) ด้วยวิธีนับถึงสิบ (count-to-ten) โดยนับวันละ 1 เวลา ใน 1 เวลาที่นับจะต้องนับการดิ้นของทารกให้ครบ 10 ครั้ง และถ้าทารกดิ้น 10 ครั้งใช้เวลาเกิน 2 ชั่วโมง ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติ เช่น นับตั้งแต่ 19.00-21.00 น. ทารกดิ้นครบ 10 ครั้งจึงหยุดนับ ถ้าดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้งในเวลา 2 ชั่วโมงติดต่อกัน ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติ

วิธีการนับการดิ้นของทารกในครรภ์จากรู้สึกของมารดา มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องแนะนำมารดาเกี่ยวกับ 1) ความสำคัญของการบันทึกการดิ้น 2) ขั้นตอน วิธีการสังเกต 3) วิธีการบันทึกการดิ้นที่ควรบันทึกจำนวนครั้งอย่างเป็นระบบ 4) ความแตกต่างระหว่างการโก่งตัวของทารกกับการแข็งตัวของมดลูก 5) ให้เริ่มตรวจนับตั้งแต่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์

เกณฑ์ในการตัดสินว่าทารกมีการเคลื่อนไหวลดลง ไม่ดิ้นเลยใน 12 ชั่วโมง หรือ ดิ้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/ชั่วโมง หรือ ดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/12 ชั่วโมง

การปฏิบัติเมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ให้ข้อมูลทารกดิ้นน้อยลง

1. ฟังเสียงหัวใจทารก

2. ชักประวัติ ปัจจัยที่ทำให้ทารกดิ้นน้อยลง เช่น การใช้สารเสพติด ต้มสุรา การ

รับรู้ของมารดา

3. ให้นอนพักสังเกตการดิ้นของทารก 1 ชั่วโมง

4. ถ้ามีการดิ้นน้อยกว่า 3 ครั้ง/1 ชั่วโมง ควรส่ง NST ต่อไป (ซึ่งจะได้กล่าวถึง

ในหัวข้อ การประเมินโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์)

การประเมินโดยวิธีทางชีวเคมี

การประเมินโดยวิธีทางเคมี เช่น การตรวจเลือดสตรีตั้งครรภ์เพื่อหาระดับฮอร์โมนที่สร้างจากรก การวิเคราะห์น้ำคร่ำ การวินิจฉัยทารกในครรภ์ เป็นต้น

การตรวจเลือดสตรีตั้งครรภ์เพื่อหาระดับฮอร์โมนที่สร้างจากรก (maternal serum analysis)

การตรวจร่องทางชีวเคมีก่อนคลอด (prenatal biochemical screening) โดยการเจาะเลือดสตรีเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 16 สัปดาห์ หรือช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ เพื่อหาสารชีวเคมี 3 ตัว (triple test) ได้แก่ alpha-fetoprotein (AFP), human chorionic gonadotrophic hormone (HCG) และ unconjugated estriol (uE_3) เป็นวิธีการที่ใช้วินิจฉัยการตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองความผิดปกติของการตั้งครรภ์ และความพิการของทารกในครรภ์ เช่น ภาวะความผิดปกติของ neural tube (open neural tube defect: NTD) กลุ่มอาการ Trisomy 18 และ Down's syndrome

ไตรมาสแรก จะตรวจหาสารชีวเคมีในเลือดควบคู่กับการทำอัลตราซาวด์ โดยมีการพัฒนาใช้ biochemical makers เพื่อตรวจร่องในช่วงไตรมาสที่ 1 ได้แก่ pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A) และ free β HCG

1. pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A)

PAPP-A complex เป็นไกลโคโปรตีนที่ถูกสังเคราะห์จากโทรโฟบลาสต์ (trophoblast) และขับสู่กระแสเลือดของมารดา สามารถตรวจพบในเลือดสตรีตั้งแต่อายุครรภ์ 28 วันหลังการปฏิสนธิ และจะเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ โดยมีการเพิ่มเป็นสองเท่าทุก 4-5 วันในไตรมาสที่หนึ่ง

ในครรภ์ปกติเริ่มตรวจวัดระดับของ PAPP-A เมื่ออายุครรภ์ได้ 8 สัปดาห์ หน้าที่ทางชีววิทยาของ PAPP-A ยังไม่พบในปัจจุบัน พยาธิวิทยาที่ทำให้ระดับของ PAPP-A ลดลงใน Down syndrome ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่า PAPP-A เป็นฮอร์โมนจากรกตัวเดียวที่มีระดับลดลงในไตรมาสแรกของ Down syndrome ระดับของ PAPP-A เมื่ออายุครรภ์ 8-13 สัปดาห์ ในทารกกลุ่มอาการดาวน์จะลดต่ำกว่าปกติถึง 2-4 เท่า (0.4 multiples of median: MoM) ในขณะที่ฮอร์โมนอื่นจะมีระดับเพิ่มขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลง แต่ระดับ PAPP-A ใน Down syndrome จะกลับมาเป็นปกติในไตรมาสที่สอง

2. free β human chorionic gonadotrophin (free β HCG)

β HCG เป็นไกลโคโปรตีนที่สังเคราะห์ขึ้นที่ syncytiotrophoblast มีอยู่ 2 รูปแบบคือ free form และ intact form

ระดับ HCG ทั้งสองรูปแบบจะมีค่าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆหลังจากการฝังตัว และจะมีค่าสูงสุดช่วงอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะลดลงจนกระทั่งหลัง 20-22 สัปดาห์ ค่าจะคงที่ไปจนครบกำหนดคลอด ระดับของ free β HCG จะสูงขึ้นต่อเนื่องในช่วงอายุครรภ์ 8-13 สัปดาห์ จากการศึกษา พบว่าระดับสูงขึ้นเกือบเท่าตัวในทารกกลุ่มอาการดาวน์ โดยมี median เท่ากับ 1.91 MoM

ไตรมาสที่สอง (อายุครรภ์ 15-20 สัปดาห์) สารเคมีที่นิยมตรวจหา มีดังนี้

1. serum alpha-fetoprotein

alpha-fetoprotein (AFP) เป็นไกลโคโปรตีนที่สร้างขึ้นที่ yolk sac ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ และจากตับและทางเดินอาหารของทารกในระยะหลังของการตั้งครรภ์ โดยสร้างจากตับมากที่สุด สามารถตรวจพบได้ในน้ำคร่ำตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไปและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะสูงสุดที่อายุครรภ์ประมาณ 13 สัปดาห์ และจะเริ่มลดลงหลังจากคลอด ในขณะที่ระดับ AFP ในเลือดมารดา (MSAFP) จะตรวจพบได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ และจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนสูงสุดเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ซึ่งจะตรงข้ามกับระดับ AFP ในทารกที่จะเริ่มลดลง ทั้งนี้การตรวจเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ จะมีความเที่ยงสูง

MSAFP มีหน่วยวัดเป็น ng/ml รายงานผลเป็น multiple of median (MoM) ค่าปกติ 2.0-2.5 MoM

การแปลผล

- ระดับ MSAFP ที่สูง แสดงว่าทารกเสี่ยงต่อภาวะความผิดปกติของท่อระบบประสาท (neural tube defect; NTD) ทารกไม่มีสมอง(anencephaly) ภาวะกระดูกไขสันหลังไม่ปิด (spina bifida; myelomeningocele)

- ระดับ MSAFP ที่ต่ำ จะสัมพันธ์กับกลุ่มอาการดาวน์ ทารกตายในครรภ์ ครรภ์ ไข่ปลาอุก

2. serum free β human chorionic gonadotrophin

เชื่อว่าทารกกลุ่มอาการดาวน์จะมี immature placenta ค่าที่ได้จึงสูงกว่าอายุครรภ์จริง 2 เท่า ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ค่า free β HCG สูงขึ้นในสตรีที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

ระดับ HCG ใช้วินิจฉัยการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์แฝด และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ HCG ได้แก่

- น้ำหนักตัวมารดา หากมารดาน้ำหนักตัวมากจะมีระดับ HCG ต่ำกว่าปกติ ประมาณร้อยละ 13

- เบาหวานชนิด IDDM จะมีผลให้ระดับ HCG ต่ำกว่าปกติประมาณ ร้อยละ 13

- เชื้อชาติ (race) เชื้อชาติ African-American และ Asian-American จะมีระดับสูงกว่าสตรีผิวขาวประมาณร้อยละ 8-9 และร้อยละ 16

- การตั้งครรภ์แฝด ค่าจะสูงกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวประมาณ 1.8-2.4 เท่าในช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 15-19 สัปดาห์

3. Serum unconjugated estriol (uE₃)

ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่รกสร้างขึ้น มีสารต้นกำเนิดที่หลั่งมาจากต่อมหมวกไตของทารก และถูกเปลี่ยนอีกครั้งที่ตับค่าของ uE₃ ในเลือดมารดาจะเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ครรภ์ครบกำหนดจะขับเอสโตรเจน (estriol) ออกทางปัสสาวะ 24 mg/วัน หากมีมากกว่าปกติอาจจะเกิดจาก

กระดูกสันหลังไม่ปิด (spina bifida) แต่ถ้าหากน้อยไปอาจเกิดจากกลุ่มอาการดาวน์ ซึ่งมีการเจริญของ
ตับและต่อมหมวกไตไม่เต็มที่ ค่าเฉลี่ยของ uE_3 จึงต่ำกว่าปกติประมาณร้อยละ 21

การตรวจวัดระดับ uE_3 สามารถตรวจได้ทั้งจากปัสสาวะและในพลาสมา แต่การ
เก็บเอสโตรอล ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (urine 24 hr. for estriol) มาตรวจจะยุ่งยาก จึงใช้ estriol :
creatinine (E:C) แทน

การแปลผล

- ถ้าค่าปกติ (>12 mg/24hr) แสดงว่าทารกปกติ

- ถ้ามีค่าลดลงตั้งแต่ร้อยละ 40 ขึ้นไปจากค่าเฉลี่ยสูงสุดของ 3 วันติดกันที่เคย
ตรวจไว้ก่อน แสดงว่า ผิดปกติ จากการศึกษา พบว่าค่า uE_3 ลดลงในสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เป็นกลุ่ม
อาการดาวน์ แต่ในบางการศึกษา พบว่าการใช้ uE_3 ในการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ไม่มีประโยชน์

4. serum inhibin A จากการศึกษาพบว่า ค่า inhibin A สูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่ทารกใน
ครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

การตรวจกรองทางชีวเคมีในกลุ่มอาการดาวน์มักใช้สารเคมีหลายตัวมาคำนวณหาความ
เสี่ยง เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจพบ และมีชื่อเรียกต่างกัน เช่น

Double test คือ ตรวจ PAPP-A และ free β HCG ในไตรมาสที่หนึ่ง หรือ AFP และ
HCG (total HCG หรือ free β HCG) ในไตรมาสที่สอง

Triple test คือ ตรวจ AFP + uE_3 + HCG (total HCG หรือ free β HCG) ในไตรมาสที่สอง

Quadruple test คือ ตรวจ AFP + uE_3 + HCG (total HCG หรือ free β HCG) +
inhibin A ใน ไตรมาสที่สอง

Serum integrated test คือ ตรวจ PAPP-A ในไตรมาสที่หนึ่งร่วมกับ Quadruple
test ในไตรมาสที่สอง และคำนวณหาความเสี่ยงเพียงครั้งเดียว

Integrated test เป็นการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ ที่ใช้ค่าต่างๆ ของการตรวจกรอง
ในไตรมาสที่หนึ่ง ร่วมกันกับ Quadruple test ในไตรมาสที่สอง และนำมาคำนวณความเสี่ยงครั้งเดียว
เป็นวิธีที่กำลังศึกษาวิจัยกันในต่างประเทศ ซึ่งมีบางรายงานว่าให้อัตราการตรวจพบสูงที่สุด

การตรวจระดับ human placental lactogen (hPL)

hPL เป็นฮอร์โมนที่ผลิตจากรก เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆตั้งแต่ 3-36 สัปดาห์จึงคงที่
(จากระดับ 1 mcq/ml – 7 mcq/ml) และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อคลอด จึงใช้บอกถึงการทำงานของรก
และขนาดรก มีประโยชน์ในการตรวจหาการเสื่อมของรกแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง
เรื้อรัง ทารกมีภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ครรภ์เกินกำหนด

การแปลผล

- ถ้า serum hPL เท่ากับหรือต่ำกว่า 4 mcq/ml หลังอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ แสดงว่าทารกอาจอยู่ในภาวะอันตราย รกขนาดเล็กหรือมีการทำงานลดลง

- ถ้าสูงกว่าปกติ พบในภาวะเบาหวาน Rh-isoinmunization เพราะมีรกขนาดใหญ่ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือด

1. ชักประวัติการตั้งครรภ์ หาอายุครรภ์ ความผิดปกติ ปัจจัยที่อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการตรวจ

2. ให้ข้อมูลการตรวจเลือดว่าเป็นการตรวจเพื่อคัดกรอง ไม่ใช่การตรวจวินิจฉัย ไม่สามารถบอกความผิดปกติได้ทุกประเภท และอาจต้องใช้การตรวจสอบอื่นๆ เพิ่มเติมที่จำเป็นต่อไป

3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพราะสตรีตั้งครรภ์มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตรวจได้
การวิเคราะห์น้ำคร่ำ (amniotic fluid analysis)

เป็นการตรวจความสมบูรณ์ของปอด (fetal lung maturity) โดยดูจากปริมาณสารเคลือบผิวถุงลมปอด (surfactant) ซึ่งจะมีมากขึ้นเมื่อใกล้คลอด สารเคลือบผิวถุงลมปอดประกอบด้วยโปรตีนร้อยละ 10 และ ฟอสโฟไลปิด (phospholipids) ร้อยละ 90 ฟอสโฟไลปิดประกอบด้วยเลซิทีน (lecithin) ฟอสฟาติดีล กลีเซอรอล (phosphatidyl glycerol) สฟิงโกไมอีลิน (sphingomyelin) เป็นต้น ถ้าสารเคลือบผิวถุงลมปอดทารกมีไม่เพียงพอ เมื่อทารกหายใจอาจเกิดการแพบของปอด (respiratory distress syndrome: RDS) ได้ ซึ่งมักพบในทารกคลอดก่อนกำหนด

ประโยชน์ของการตรวจ fetal lung maturity

1. ช่วยวินิจฉัยแยกระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกับทารก IUGR
2. ช่วยพิจารณาตัดสินใจในการคลอดก่อนกำหนด โดยไม่เสี่ยงต่อภาวะ RDS

ข้อบ่งชี้ในการตรวจ

1. ภาวะเสี่ยงที่อาจมีอันตรายถึงชีวิต เช่น ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ไทรอยด์เป็นพิษรุนแรง

2. เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

วิธีการตรวจสารเคลือบผิวถุงลมปอด (ซึ่งปะปนอยู่ในน้ำคร่ำ) ได้แก่

1. การหาอัตราส่วนปริมาณ lecithin/sphingomyelin (L/S Ratio) ในน้ำคร่ำ โดยวิธี thin layer chromatography ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางเคมีที่สารผสมจะถูกแยกออกเป็นส่วนๆ โดยผ่านชั้นบางของวัตถุเหนียว

ในอายุครรภ์ก่อน 30 สัปดาห์ lecithin/sphingomyelin มีปริมาณใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นระดับ sphingomyelin จะเริ่มคงที่ในขณะที่ระดับ lecithin เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราส่วน L/S มีการเปลี่ยนแปลงไป

การแปลผล

- L/S Ratio มากกว่า 2 แสดงว่าปอดทารกมีความสมบูรณ์ สารเคลือบผิวถุงลมปอดมีมากพอ มีโอกาสเกิด RDS น้อยมาก นอกจากรายมารดาที่เป็นเบาหวาน

- L/S Ratio 1.5-2 แสดงว่าปอดทารกยังไม่สมบูรณ์ มีโอกาสเกิด RDS ร้อยละ 40

- L/S Ratio ต่ำกว่า 1.5 มีโอกาสเกิด RDS มากกว่าร้อยละ 70

2. วิธี Shake test (bubble or foam stability test) เป็นการประเมินคุณสมบัติการลดความตึงผิวของน้ำคร่ำ โดยดูความสามารถของน้ำคร่ำในการรักษาฟองอากาศที่เกิดเมื่อเขย่าน้ำคร่ำที่ผสม 0.9% normal saline และ 95% ethanol ในสัดส่วนต่างๆอย่างแรง นาน 15 วินาที และตั้งทิ้งไว้ นาน 15 นาที ถ้ามี lung surfactant มาก ความตึงผิวต่ำ จะมีฟองอากาศครบรอบวงที่ผิวของน้ำรอบผนังหลอดแก้ว

การแปลผล

- ผลบวก (เกิดฟองใน 3 หลอดแรก จาก 5 หลอด) แสดงว่าปอดสมบูรณ์ดี

- ผลลบ (เกิดฟองในหลอดแรกหรือไม่เกิดทุกหลอด) แสดงว่าปอดยังไม่สมบูรณ์

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยทารกในครรภ์ (prenatal diagnosis)

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยทารกในครรภ์ เป็นการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยความผิดปกติของโครโมโซมของทารกในครรภ์และความพิการต่างๆ ได้แก่

1. non-invasive technique เช่น maternal serum analysis, ultrasonography ซึ่งจะกล่าวถึงในการประเมินทางชีวฟิสิกส์

2. invasive technique เช่น การเก็บตัวอย่างเนื้อรกส่งตรวจ (chorionic villus sampling; CVS), การเจาะน้ำคร่ำส่งตรวจ (amniocentesis) การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ส่งตรวจ (fetal blood sampling)

การเก็บตัวอย่างเนื้อรกส่งตรวจ (chorionic villus sampling: CVS)

การนำเนื้อรกมาตรวจ โดยการเก็บเนื้อรกผ่านทางหน้าท้องหรือทางปากมดลูก อาศัยเครื่องอัลตราซาวด์เป็นตัวชี้แนะและใส่ท่อเจาะผ่านเพื่อดูดเก็บชิ้นเนื้อรกเข้าไปในกระบอกที่มีน้ำยาเพาะเลี้ยงเซลล์ แล้วนำไปวิเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) เพื่อการค้นหาความผิดปกติของโครโมโซม สารพันธุกรรม และความผิดปกติอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของฮีโมโกลบิน ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ คือ อายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อน คือการติดเชื้อ การแท้ง ความผิดปกติของแขนขาทารก (limb reduction defects: LRD) หากทำก่อนอายุครรภ์ 10 สัปดาห์

การดูแล ฟัง FHR วัดสัญญาณชีพ ให้ RhoGam ในมารดา Rh negative เพื่อลดความเสี่ยงของ Rh sensitization

การเจาะน้ำคร่ำส่งตรวจ (amniocentesis)

การเจาะถุงน้ำคร่ำผ่านทางผนังหน้าท้องหรือทางช่องคลอด แล้วดูต้นน้ำคร่ำซึ่งมีเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (fibroblast) ของทารกออกมาตรวจ โดยอาศัยเครื่องอัลตราซาวด์เป็นตัวชี้แนะ และใช้เข็มเบอร์ 22 ดูดจากถุงน้ำคร่ำบริเวณที่ไม่มีส่วนต่างๆของทารก แล้วนำน้ำคร่ำใส่หลอดเก็บที่มีฝาเกลียวปิดได้สนิท ปลอดเชื้อ ปลอดสารพิษ (ไฟโรเจน) และมีกั้นแหลมสามารถปั่นด้วยแรงเหวี่ยงได้ขนาด 15 ml ใส่หลอดละ 10 ml จำนวน 2 หลอด นำส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการที่หน่วยมนุษย์พันธุศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ในกรณีที่อยู่ไกลต้องรักษาตัวอย่างน้ำคร่ำไม่ให้ร้อน และไม่กระเทือนเกินไป อาจต้องใส่กล่องแช่เย็น แต่ไม่แช่แข็ง บรรจุกล่องไม่ให้หลอดเก็บแตกรั่วซึมได้

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำการตรวจ ช่วงอายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะมีน้ำคร่ำ 200 ml มีอัตราส่วนของเซลล์ที่มีชีวิตมากพอดี

ประโยชน์ของการเจาะน้ำคร่ำส่งตรวจ น้ำคร่ำจะถูกนำมาเพื่อการวินิจฉัยภาวะผิดปกติทางโครโมโซมของทารก ได้แก่

1. ภาวะผิดปกติทางโครโมโซมของทารก เช่น trisomy 21, trisomy 18, Turner's syndrome เป็นต้น
2. ภาวะผิดปกติในการเอาผลาญสารอาหารของทารก โดยการหาระดับเอนไซม์ เช่น G6-PD deficiency
3. ตรวจหาระดับแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส
4. วินิจฉัยเพศทารก
5. ตรวจหาความสมบูรณ์ของการเจริญเติบโตของปอดทารก

ข้อบ่งชี้ ครรภ์แรก อายุ 35 ปี มีประวัติคลอดบุตรที่มีความพิการทางโครโมโซม ฝ่ายบิดาและ/หรือมารดามีความผิดปกติทางโครโมโซม มีประวัติ Neural tube defects (NTDs) ในครอบครัว เช่น anencephaly, spina bifida hydrocephalus

การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ส่งตรวจ (fetal blood sampling)

การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ส่งตรวจ สามารถทำได้ 3 วิธี คือ การดูดเลือดจากรก (placentocentesis) การเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์โดยใช้ฟีโตสโคป และการเก็บตัวอย่างเลือดจากสายสะดือของทารกในครรภ์โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ (cordocentesis) ทำเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 22

สัปดาห์ขึ้นไปทำในกรณีรักษาหรือดูแลภาวะ Rh disease, genetic studies วินิจฉัยความผิดปกติทางโครโมโซม โดยเฉพาะกลุ่มดาวน์ วินิจฉัยการขาดปัจจัยที่ช่วยการแข็งตัวของเลือด และภาวะกรด-ด่างของทารก ตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อแต่กำเนิด เช่น ติดเชื้อหัดเยอรมัน ติดเชื้อพยาธิ toxoplasma

ภาวะแทรกซ้อน

การเต้นของหัวใจทารกช้าลง เลือดออกไม่หยุด สายสะดือมีรอยถลอก/เลือดคั่ง เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (premature ruptured of membranes: PROM)

การดูแลสตรีที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยวิธีทางชีวเคมี

เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยวิธีทางชีวเคมี เป็นวิธีการตรวจที่ค่อนข้างอันตรายต่อทารกในครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ที่ให้การดูแลสตรีกลุ่มนี้ควรยึดตามแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลที่ชัดเจน รอบด้าน และตอบข้อซักถาม
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. ซักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การเจ็บป่วย ประวัติหมู่เลือด Rh
4. การจัดทำ: การเจาะผ่านทางช่องคลอดให้นอนท่า lithotomy การเจาะผ่านทางหน้าท้องให้นอนหงายราบ

5. อยู่เป็นเพื่อนขณะตรวจ
6. วัดสัญญาณชีพ ฟัง FHR ก่อนและหลังการตรวจ
7. แนะนำให้นอนพักหลังทำ 1 วัน งดการออกกำลังกาย 1-2 วัน งดเพศสัมพันธ์ 2-3 วัน
8. ให้ข้อมูลอาการที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดมาก เป็นลิ่มเลือด

เนื้อเยื่อ น้ำคร่ำรั่ว ท้องแข็งเป็นพักๆ เจ็บครรภ์ ทารกดิ้นลดลง มีไข้ ให้รีบมาตรวจ

การประเมินโดยวิธีทางชีวฟิสิกส์

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography: USG)

คลื่นเสียงความถี่สูงที่ใช้ตรวจเป็นคลื่นเสียงที่เกิดจากการสั่นของผลึกควอทซ์ มีความถี่ในช่วง 3 – 5 megahertz เป็นพลังงานที่ต่ำกว่าขีดที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อมารดาและทารกในครรภ์มาก เมื่อผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าไปในผลึกจะเกิดคลื่นเสียงความถี่สูงแผ่กระจายไปในเนื้อเยื่อที่ต้องการตรวจ เช่น กล้ามเนื้อ เลือด ปัสสาวะ น้ำ กระดูก เป็นต้น คลื่นเสียงจะผ่านด้วยความเร็วที่แตกต่างกัน และมีการสะท้อนกลับที่ต่างกันด้วย ขึ้นกับความแน่นทึบของส่วนที่กระทบและระยะห่างระหว่างส่วนที่คลื่นเสียงกระทบกับเครื่องตรวจ ทำให้เกิดภาพที่มีความชัด แตกต่างกันบนจอภาพ จะทำให้ทราบถึงตำแหน่ง ขนาด และความทึบได้ ปัจจุบันมีทั้งชนิดสองและสามมิติ

ชนิดของหัวตรวจ ส่วนใหญ่มีความถี่เสียง 3-7.5 MHz. การตรวจทางหน้าท้องใช้ความถี่ 3-7.5 MHz ส่วนการตรวจทางช่องคลอดใช้ความถี่ 5-7.5 MHz.

การเกิดภาพ ภาพที่เห็นเคลื่อนไหวได้บนจอภาพเรียกว่า real time เป็นภาพแบบ B- mode ที่นำมาทำให้เกิดภาพต่อเนื่องกันบนจอภาพแบบขาวดำตามเข้มของแสง ความเข้มของแสงลดลงเป็นสัดส่วนกับระยะทางที่เสียงผ่าน อวัยวะที่อยู่ไกลจากหัวตรวจหรือ ดูดกลืนเสียงมาก เช่น อากาศ กระดูก ภาพที่ได้จะไม่คมชัด อวัยวะที่อยู่หลังจากนั้นจะมองไม่เห็นกลายเป็นเงาดำเป็นทางลงไป



ภาพ 2-1 การตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

Note. From <http://www.ibspro.net/tag/demand/page/2>

ประโยชน์ของการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

American college of obstetricians and gynecologists กำหนดมาตรฐานของการตรวจ USG ทางสูติศาสตร์ต้องสามารถประเมิน จำนวนทารก ส่วนนำทารก ท่าของทารก ตำแหน่งการเกาะของรก ปริมาณน้ำคร่ำ อายุครรภ์ รวมถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ก้อนผิดปกติในอุ้งเชิงกราน ความผิดปกติของอวัยวะของทารก เป็นต้น

- การตั้งครรภ์ปกติไตรมาสแรก: ตรวจ gestational sac, yolk sac, crown rump length , การเต้นของหัวใจ, จำนวนทารก

- การตั้งครรภ์ปกติไตรมาสที่สองและสาม: ตรวจ biparietal diameter (BPD), occipito frontal diameter, cephalic index, head circumference, abdominal circumference, femur length, estimated fetal weight, amniotic fluid index, รกและสายสะดือ, เพศ

- การตั้งครรภ์ผิดปกติ: blighted ovum, ectopic pregnancy, molar pregnancy, multifetal pregnancy missed abortion or DFIU

- ความผิดปกติของทารก: ความพิการแต่กำเนิดของสมองและไขสันหลัง เช่น anencephalus, hydrocephalus, encephalocele เป็นต้น

- ความผิดปกติทางนรีเวช: ความพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อ ก้อนในอุ้งเชิงกราน

เวลาที่เหมาะสมในการตรวจ ขึ้นกับจุดประสงค์ของการตรวจ เช่น

- อายุครรภ์ ประเมินในไตรมาสแรก และต้นไตรมาสที่สอง
- ความพิการ ประเมินเมื่ออายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์
- สุขภาพทารกด้วยปริมาณน้ำคร่ำ ประเมินในท้ายๆ ไตรมาส 3

วิธีการเตรียมสตรีที่ได้รับการตรวจ

1. อธิบายจุดประสงค์ในการตรวจ ความปลอดภัย ข้อจำกัดบางอย่างของการตรวจให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการตรวจ

2. การเตรียมร่างกาย

2.1 การตรวจทางหน้าท้อง สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ให้ดื่มน้ำมากๆ และกลั้นปัสสาวะให้เต็มกระเพาะปัสสาวะ

2.2 การตรวจทางช่องคลอด หรือสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ไม่ต้องกลั้นปัสสาวะให้เต็มกระเพาะปัสสาวะ

2.3 กรณีต้องการดูตำแหน่งรกในภาวะรกเกาะต่ำ อาจต้องตรวจทั้งภาวะที่ไม่มีน้ำปัสสาวะและภาวะที่มีน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะพอสมควร

3. การจัดทำ

3.1 การตรวจทางหน้าท้อง จัดท่านอนหงายให้ศีรษะสูงเล็กน้อย ตะแคงตัวเล็กน้อย เพื่อป้องกัน supine hypotension ให้หันหน้าเอียงดูภาพจากจอได้ คลุมผ้าตั้งแต่ปลายเท้าถึงหัวเหน่า เปิดหน้าท้องตั้งแต่ได้ชายโครงถึงหัวเหน่า

3.2 การตรวจทางช่องคลอด จัดท่านอน lithotomy หรือ นอนหงายชันเข่า หนุนกันสูง

4. ทาสารหล่อลื่น (sono-jelly) บริเวณต้องการตรวจเพื่อให้คลื่นเสียงผ่านได้ดี และเช็ดให้สะอาดภายหลังตรวจเรียบร้อย

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางสูติศาสตร์ ในไตรมาสแรก ใช้ยืนยันการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ตรวจสอบการตั้งครรภ์นอกมดลูกวินิจฉัยจำนวนทารก ความผิดปกติแต่กำเนิด และใช้ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

- gestational sac มองเห็นตั้งแต่ 4 สัปดาห์ 3 วันจากการตรวจทางช่องคลอด (ยืนยันการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ได้ตั้งแต่วันที่ 25 การเดินของหัวใจวันที่ 38 นับจาก LMP)

- crown rump length (CRL) ใช้ประเมินอายุครรภ์ช่วง 11-13 สัปดาห์ เป็นการวัดขนาดความยาวของทารก วัดความหนาของท้ายทอยทารก ตรวจหากระดูกงู ซึ่งช่วยในการทำนายโอกาสที่ทารกจะมีความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ที่เรียกว่าดาวน์ซินโดรมได้กว่าร้อยละ 70 เมื่อรวมกับการตรวจวัดระดับฮอร์โมนของมารดาแล้ว สามารถคำนวณออกมาเป็นโอกาสเสี่ยงที่ทารกจะเป็นดาวน์

ซินโดรมได้แม่นยำมากขึ้นถึงประมาณร้อยละ 78 นอกจากนี้ยังสามารถบอกตำแหน่งที่รกเกาะได้อย่างแม่นยำ ซึ่งจะช่วยในการเฝ้าติดตามตำแหน่งของรกในอนาคตต่อไป

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางสูติศาสตร์ ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ใช้ประเมินสภาพทางกายภาพของทารก สายสะดือ หลอดเลือด รก ตำแหน่งรก การเจริญเติบโตของทารก ปริมาณน้ำคร่ำและใช้ร่วมกับการตรวจ biophysical profile (BPP)

- biparietal diameter (BPD) บอกอายุครรภ์ได้แม่นยำในช่วงต้นไตรมาสที่ 2 ถึง 20 สัปดาห์

- รก จะเห็นชัด 8-10 สัปดาห์ และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเกรดต่างๆ ดังนี้

Grade 0 เนื้อรกสม่ำเสมอเรียบ พบในไตรมาสแรก

Grade I รกเป็นคลื่น รอยขุม พบตั้งแต่ 14-34 สัปดาห์

Grade II รกเป็นลอน หยักมากขึ้น 30-36 สัปดาห์

Grade III รกเป็นลอน รอยหยักชัดเจน พบหลัง 35 สัปดาห์

- amniotic fluid index (AFI) ค่าปกติ 5-24 ซม. หากน้อยกว่า 5 ซม. ถือว่ามีภาวะน้ำคร่ำน้อยผิดปกติ (oligohydramnios) และกรณีที่มีมากกว่า 24 ซม. ถือว่าเป็นครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) (Carr, Ricciotti, Freund, & Scott, 2003)

การประเมินโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์

การประเมินโดยวิธีทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการเฝ้าระวังดูแลทารกในครรภ์ (fetal surveillance) ลักษณะหนึ่ง ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (electronic FHR monitoring: EFM)

EFM เป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์สำหรับการเฝ้าสังเกตดูการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นหัวใจทารก FHR variability และ FHR deceleration ในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นผลจากการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติต่อภาวะเครียดหรือสิ่งกระตุ้น (FHR ปกติ: baseline 120-160 bpm, short term variability > 6 ครั้ง/min, long term variability >3 cycle/min, contraction + acceleration, contraction + DIP type I)

ปัจจัยที่ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจทารก ได้แก่ intrinsic rhythmicity ของหัวใจทารกเอง parasympathetic (vagal) tone, sympathetic tone และ chemoreceptor & baroreceptor reflex

- ปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเต้นหัวใจทารก เช่น atropin, beta adrenergic drug การตื่นของทารก ภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

- ปัจจัยที่ลดอัตราการเต้นหัวใจทารก เช่น congenital heart block, beta adrenergic blocking agent, ยาชาเฉพาะที่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการไหลเวียนเลือดของมดลูก (uterine blood flow) ได้แก่ ท่าของมารดา การออกกำลังกาย การหดตัวของมดลูก พื้นที่ผิวของการแลกเปลี่ยนก๊าซ ยาชา ยาดมสลบ ภาวะความดันโลหิตสูง diffusion distance

การทดสอบใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเต้นหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูก สามารถทำได้ทั้งระยะก่อนคลอดและระยะคลอด

- การทำก่อนการเจ็บครรภ์ เรียกว่า antepartum fetal heart rate testing (AFHRT) ได้แก่ NST, OCT

- การทำขณะเจ็บครรภ์ เรียกว่า intrapartum fetal rate testing

ข้อบ่งชี้ในการตรวจ EFM ในระยะเจ็บครรภ์คลอด (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001)

1. ตรวจพบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติจากการฟัง
2. มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด perinatal death, cerebral palsy และ neonatal encephalopathy อันมีปัจจัยมาจาก

2.1 ปัจจัยทางด้านสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (preeclampsia) เบาหวาน โรคทางอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ภาวะซีด ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ โรคไต เป็นต้น มีเลือดออกจากช่องคลอด มีการติดเชื้อในโพรงมดลูก มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes: PROM) การชักนำการคลอด หรือการเร่งคลอดโดยการให้ยา oxytocin ภาวะมดลูกหดตัวมากกว่าปกติ (hypertonic uterus)

2.2 ปัจจัยทางด้านทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกอายุครรภ์ก่อนกำหนด หรือเกินกำหนด คะเน น้ำหนักทารกในครรภ์น้อยกว่าปกติ ภาวะน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (oligohydramnios) ตั้งครรภ์แฝด ทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นกัน ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ในระยะก่อนคลอดผิดปกติ ตรวจพบซีเทาปนในน้ำคร่ำ

EFM ประกอบด้วย

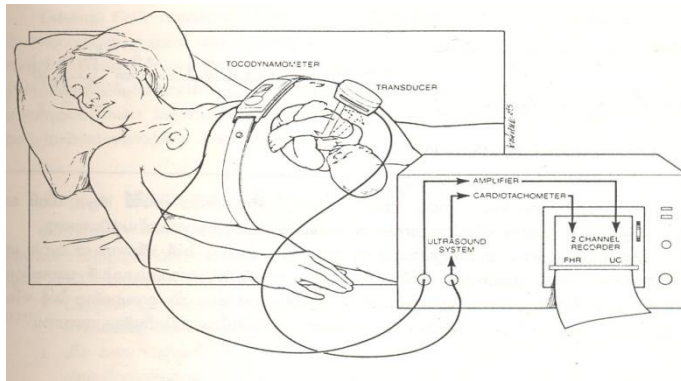
1. เครื่องมือที่ใช้ตรวจอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ มีทั้ง direct (internal) fetal electro – cardiography และ abdominal fetal electrocardiography
2. เครื่องมือที่ใช้วัดการหดตัวของมดลูก มีทั้ง intrauterine pressure monitoring และ external tocodynamometer ดังภาพ 2-2

ในปัจจุบันนิยมใช้ EFM ชนิด abdominal fetal electrocardio- graphy เพื่อติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารก และ external tocodynamometer เพื่อวัดการหดตัวของมดลูก

หลักการอ่าน EFM (Macones, Hankins, Spong, Hauth, & Moore, 2008)

1. baseline fetal heart rate คือค่าเฉลี่ยของ FHR ขณะที่มียัตราการเต้นคงที่ แบ่งเป็น ค่าปกติ 120 – 160 bpm, bradycardia <110 bpm, tachycardia >170 bpm (Malhotra, Puri, & Malhotra, 2012)

2. beat- to- beat variability คือความแปรปรวนของ FHR ปกติมี amplitude 5-25 bpm

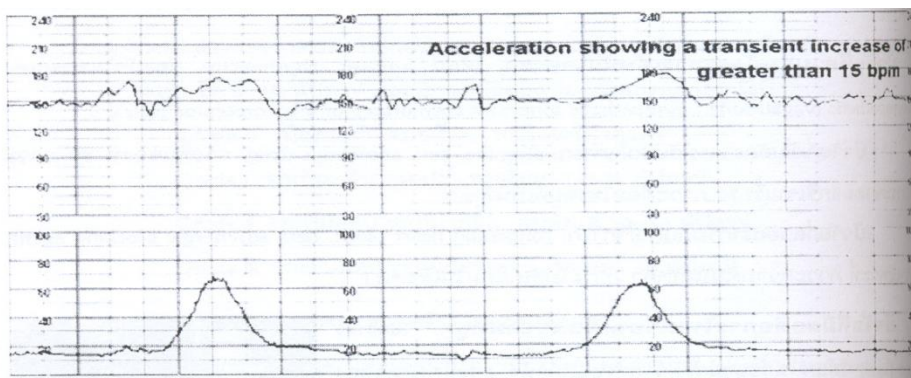


ภาพ 2-2 การตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารก (abdominal fetal electrocardiography) และ วัดการหดตัวของมดลูก (external tocodynamometer)

ที่มา. ตำราตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (หน้า 59), ธีระ ทองสง, 2536, เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

3. periodic chance คือลักษณะของ FHR ที่เบี่ยงเบนไปจาก baseline ช่วงขณะได้แก่ acceleration และ deceleration

3.1 FHR acceleration หมายถึง การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจทารก มากกว่า 15 ครั้ง/ นาที เหนือ baseline FHR เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 15 วินาที แต่ไม่ถึง 2 นาที มัก สัมพันธ์กับการดิ้นของทารก

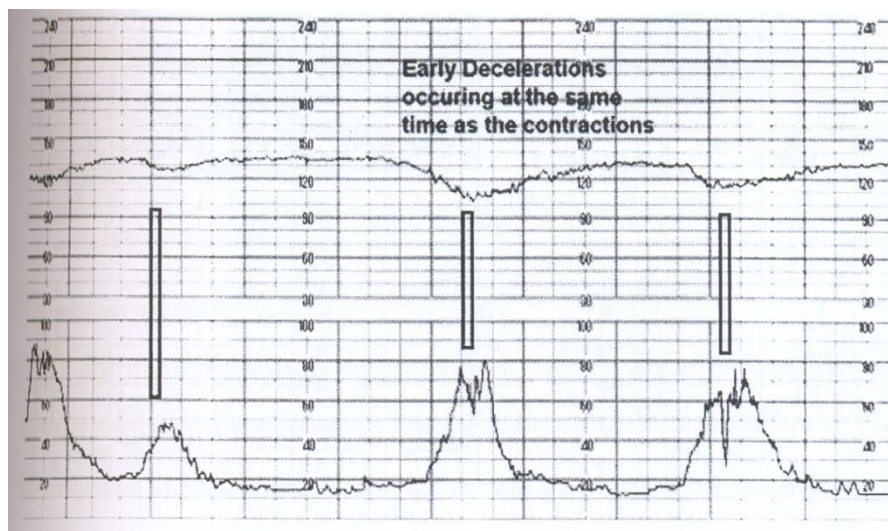


ภาพ 2-3 FHR acceleration

ที่มา. From <http://fce-study.netdna-ssl.com>

3.2 FHR deceleration หมายถึง การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารก จาก baseline ของ FHR อย่างน้อย 15 ครั้ง/นาที เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 15 วินาทีแล้วกลับสู่ baseline เดิม เป็นการลดลงชั่วคราว มักสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก รูปแบบที่พบ ได้แก่

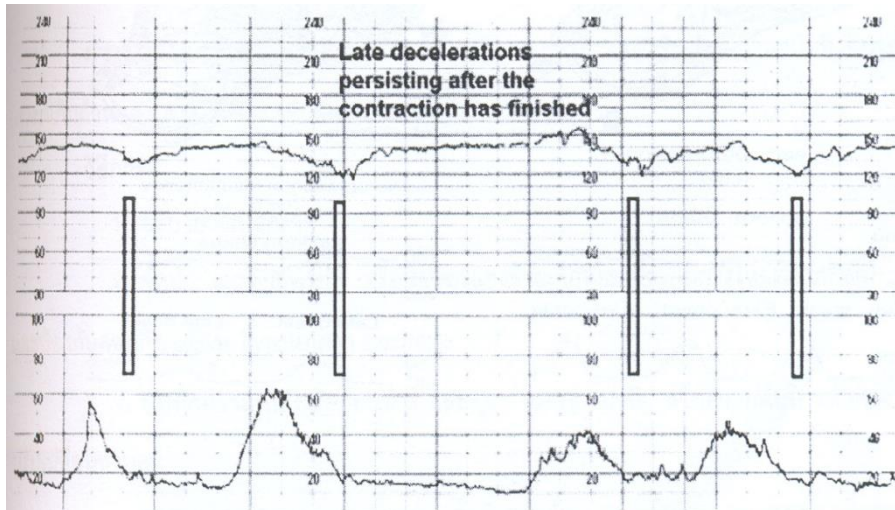
3.2.1 early deceleration (DIP type I) เกิดพร้อมการหดตัวของมดลูก (จุดเริ่มต้น จุดต่ำสุด และจุดกลับคืนสู่ภาวะปกติของ FHR จะเกิดขึ้นพร้อมๆกับจุดเริ่มต้น จุดสูงสุด และจุดสิ้นสุดของการหดตัวของมดลูก) เป็น vagal reflex เกิดจากศีรษะถูกกดกับช่องทางคลอด หลอดเลือดดำในสมองขยายตัว เลือดคั่งในสมองกระตุ้น vagus ผ่าน medulla oblongata จัดเป็นการตอบสนองของทารกที่เป็นปกติ



ภาพ 2-4 early deceleration

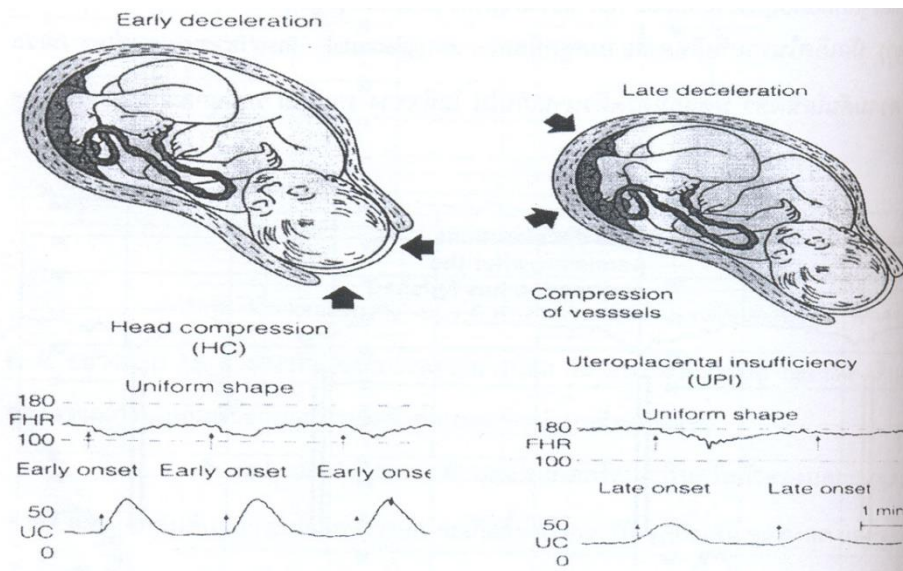
ที่มา. From <http://fce-study.netdna-ssl.com>

3.2.2 late deceleration (DIP type II) เกิดช้ากว่าการหดตัวของมดลูก (จุดเริ่มต้น จุดลดลง ต่ำสุด และจุดกลับคืนสู่ภาวะปกติของ FHR จะเกิดตามหลังจุดเริ่มต้น จุดสูงสุด และจุดสิ้นสุดของการหดตัวของมดลูก) มักเกิดในรายที่เลือดเลี้ยงมดลูกน้อยลง (uteroplacental insufficiency) เช่น ภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตต่ำ มดลูกหดตัวนานเกินไป โลหิตจาง รกเสื่อม รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น



ภาพ 2-5 late deceleration

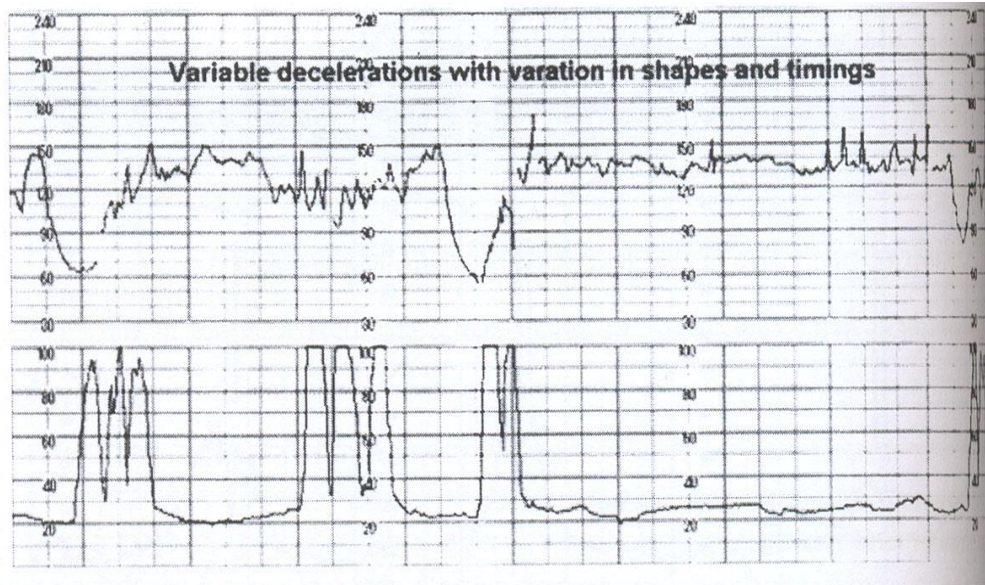
ที่มา. From <http://fce-study.netdna-ssl.com>



ภาพ 2-6 เปรียบเทียบการเกิด early deceleration และ late deceleration

3.2.3 variable deceleration (DIP type III) FHR ช้าลง ไม่สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก เกิดจากสายสะดือ พันคอทารกหรือถูกกดทับ เป็นกลไกตอบสนองต่อ vagal reflex และ chemo & baro receptor

3.2.4 prolong deceleration FHR ลดลงนานกว่า 60-90 นาที



ภาพ 2-7 variable deceleration

ที่มา. From <http://fce-study.netdna-ssl.com>

แนวทางปฏิบัติเมื่อตรวจพบความผิดปกติของทารกในครรภ์จากการตรวจด้วย EFM (Liston, Sawchuck, & Young, 2007)

ในกรณีที่ตรวจพบว่ามี *late deceleration*, *variable deceleration* หรือ *prolong deceleration*

- ทำ *intrauterine resuscitation* โดยหยุดการให้ยา *oxytocin* ให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พิจารณาให้ออกซิเจน ตรวจภายในเพื่อดูว่ามีภาวะสายสะดือย้อยหรือไม่

- ตรวจเพิ่มเติมเพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์
- ในกรณีที่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าทารกในครรภ์ยังอยู่ในภาวะปกติ แนะนำให้คลอด

ในกรณีที่ตรวจพบว่ามี *bradycardia*

- ตรวจคลำชีพจรของสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการสับสนกับเสียงหัวใจทารกในครรภ์
- ทำ *intrauterine resuscitation*

- ในกรณีที่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าทารกในครรภ์ยังอยู่ในภาวะปกติ แนะนำให้คลอด

ในกรณีที่ตรวจพบว่ามี *tachycardia*

- วัดอุณหภูมิกายของสตรีตั้งครรภ์
- ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทารกในครรภ์
- ทำ *intrauterine resuscitation*

- ในกรณีที่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าทารกในครรภ์ยังอยู่ในภาวะปกติ แนะนำให้คลอด
การเฝ้าระวังดูแลทารกในครรภ์ (Fetal surveillance) ที่นิยมทำมี 3 วิธี ได้แก่ nonstress test,
contraction stress test, biophysical profile

nonstress test (NST)

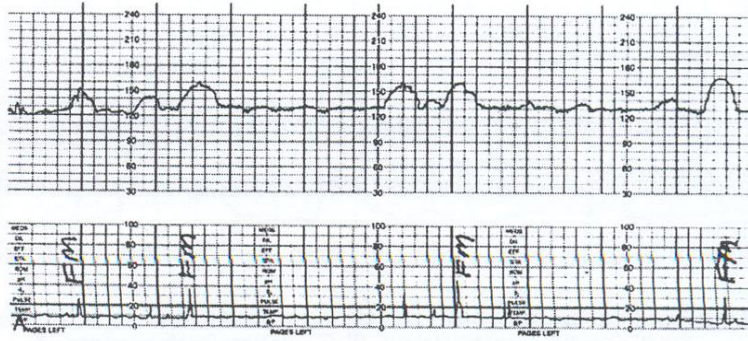
เป็นการดูการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจทารกที่เร็วขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการ
ตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก โดยทารกปกติระหว่างอายุครรภ์ 26 สัปดาห์
ถึงครบกำหนด ที่มี oxygenation ดีพอจะมี baseline FHR 120 – 160 bpm โดยที่ baseline FHR
variability และ acceleration สามารถบอกถึงความสมบูรณ์ของทารกทั้งกายภาพและการทำงานของ
ระบบประสาท ส่วนกลางหัวใจและหลอดเลือด

ข้อบ่งชี้ ครรภ์เกินกำหนด ทารกมีภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เบาหวาน ภาวะ
Rh-isoimmunization ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โลหิตจาง
ธาลัสซีเมีย ทารกเคลื่อนไหวลดลง มีประวัติทารกตาย

ช่วงเวลาที่ทำ อายุครรภ์ที่ควรเริ่มทดสอบควรอยู่ระหว่าง 30-32 สัปดาห์ในครรภ์ที่เสี่ยงสูง
ความถี่ของการทำ โดยทั่วไปประมาณ 7 วัน อย่างไรก็ตามในครรภ์เสี่ยงสูง เช่น
เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินครรภ์เกินกำหนด, IUGR, PIH ควรทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

วิธีการ

1. อธิบายวิธีการตรวจ
2. จัดท่า semi-fowler's หรือนอนตะแคงซ้ายเล็กน้อยเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปรก
เพื่อป้องกันการเกิด supine hypotension syndrome
3. บันทึกความดันโลหิตก่อนทำ และทุก 10 – 15 นาที หากความดันโลหิตลดลงให้
ปรับเปลี่ยนท่านอน
4. คาด external tocodynamometer เข้างับหน้าท้องมารดาที่บริเวณยอดมดลูก
เพื่อดูการหดตัวของมดลูกและการเคลื่อนไหวของทารก (ดังภาพ 3-2)
5. คาด abdominal fetal electrocardiography เข้างับหน้าท้องมารดาบริเวณ
ตำแหน่งที่ได้ยินเสียงหัวใจมารดาในครรภ์ชัดเจน (ดังภาพ 3-2)
6. บันทึกการดิ้นของทารก โดยให้มารดาจดสวิตช์ทุกครั้งที่อยู่สัปดาห์ที่มีการเคลื่อนไหวของทารก
7. บันทึกนาน 20-40 นาที การเต้นของหัวใจทารกและการเคลื่อนไหวของทารกจะถูก
บันทึกในกระดาษกราฟ



การเต้นของหัวใจทารก

การเคลื่อนไหวของทารก

(fetal movement: FM)

ภาพ 2-8 ลักษณะกราฟที่บันทึกการเต้นของหัวใจทารกและการเคลื่อนไหวของทารก จากการทำ NST ที่มว. From www.kmle.co.kr/nboard/files/attach/images/142/848/004/NST.jpg

การแปลผล ทารกต้องตื่นอย่างน้อย 2 ครั้งในการทดสอบ 1 ครั้ง (20 นาที)

1. ผลลบ (reactive or reassuring) หมายถึง ทารกปกติ มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อย 15 ครั้ง/นาทีเหนือ baseline FHR เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 15 วินาที (FHR acceleration) อย่างน้อย 2 ครั้งภายในช่วง 20 นาที

2. ผลบวก (non reactive or non reassuring) หมายถึง ทารกมีความผิดปกติ มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจทารกน้อยกว่า 5 ครั้งเหนือ baseline FHR ไม่มี FHR acceleration หรือมีเพียง 1 ครั้ง มีการลดลงของการเต้นของหัวใจทารกตามหลังการหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นเอง (late deceleration) ควรตรวจซ้ำภายใน 24-28 ชั่วโมง

3. suspicious หมายถึง reactive ที่ไม่ครบเกณฑ์

4. uninterpretation หมายถึง ไม่มีทารกตื่นเลย

กรณีที่ผลทดสอบเป็นบวก อาจเกิดทารกหลับก็ได้ จึงมีเทคนิคต่างๆ ที่ช่วยให้ทารกตื่น เพื่อช่วยยืนยันการตรวจ เช่น การกระตุ้นทารกในครรภ์ด้วยเสียง (fetal vibroacoustic stimulation test; FAST) โดยวาง artificial larynx หรือ vibroacoustic stimulator บริเวณศีรษะ 1-2 วินาที สามารถทำซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที ถ้ามารดายังไม่รู้สึกตัวทารกตื่น แปลว่าทารกอาจมีความเสี่ยงหรือการเย็บท้อง การให้ดื่มน้ำผลไม้เพื่อเพิ่มระดับกลูโคสในเลือด

Contraction stress test (CST)

เป็นการดูการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ขณะที่มดลูกหดตัวเพื่อดูว่า มีเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกพอหรือไม่ และถ้าตั้งครรภ์ต่อไปจะทนต่อการหดตัวของมดลูกได้หรือไม่ โดยอาศัย หลักการทางสรีระวิทยาาระดับออกซิเจนในทารกที่เมื่อเพิ่มความเครียด คือ การหดตัวของมดลูกให้แก่ทารกที่มีระดับออกซิเจนสำรองน้อย จะทำให้ทารกขาดออกซิเจนมากขึ้น อาจให้อาการแสดงทางชีวฟิสิกส์บางอย่างของภาวะพร่องออกซิเจน คือ การเต้นของหัวใจที่ช้าลง (FHR deceleration)

ข้อบ่งชี้ เหมือน NST

ข้อห้าม น้ำคร่ำรั่ว รกเกาะต่ำ vasa previa ประวัติการผ่าตัดคลอด ประวัติการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ มดลูกพิการ

วิธีการ

1. จัดท่า semi – fowler’s หรือนอนตะแคงซ้าย
2. บันทึกความดันโลหิตเป็นค่าพื้นฐานและทุก 10 นาที เพื่อป้องกันการเกิด supine hypotension
3. คาด external tocodynamometer เข้ากับหน้าท้องมารดาที่บริเวณยอดมดลูก (ดังภาพ 1-2)
4. คาด abdominal fetal electrocardiography เข้ากับหน้าท้องมารดาที่บริเวณตำแหน่งที่ได้ยินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ชัดเจน (ดังภาพ 3-2)
5. ฝ้าสังเกต 15–20 นาที ประเมิน FHR reactivity และการหดรัดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกมีการหดรัดตัว 3 ครั้งใน 10 นาที นานครั้งละ 40-60 วินาที ไม่ต้องกระตุ้นการหดรัดตัวอีก
6. ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่เพียงพอ ให้การกระตุ้นโดยเริ่มหยดออกซิโทซิน (oxytocin) ทางหลอดเลือดดำ (5%NSS 1,000cc.+ syntocinon 5 unit ปรับ 0.5–1.0 milliunit /min เพิ่ม 2 เท่า ทุก 15–20 นาที) หรือนวดคลึงหัวนมเบาๆ ผ่านเสื้อข้างละ 2 นาทีหลังประคบด้วยน้ำอุ่น 2-3 นาที จนมดลูกมีการหดรัดตัว 3 ครั้งใน 10 นาที นานครั้งละ 40-60 วินาที

การแปลผล

1. ปกติ (negative) ไม่มี late deceleration แสดงว่าทารกจะปลอดภัยเมื่อได้รับความกดดันจากการหดรัดตัวของมดลูก
2. ผิดปกติ (positive) มี late deceleration เกิดมากกว่า ร้อยละ 50 ของการหดรัดตัว แสดงว่า ทารกทนต่อความกดดันจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ได้
3. Equivocal มี 3 ชนิด ได้แก่
 - 3.1 suspicious มี late deceleration บางครั้งหรือมี variable deceleration
 - 3.2 hyperstimulation มี deceleration ร่วมกับมดลูกหดรัดตัวนานเกิน 90 นาที ความถี่ทุก 2 นาที หรือเกิด tetanic contraction
 - 3.3 unsatisfactory การหดรัดตัวของมดลูกไม่พอ ไม่สามารถอ่านผลการเต้นหัวใจทารกได้

Biophysical Profile (BPP)

เป็นการศึกษาตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ (biophysical activity) ทารกในครรภ์ 5 อย่างคือ (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013).

1. fetal movement (FM)
2. fetal breathing movement (FBM) โดยระยะที่ใช้ทดสอบการหายใจต้อง 30 นาที ขึ้นไป บางครั้งนานถึง 100 – 120 นาที เพื่อให้ครอบคลุมรอบการหายใจของทารกให้ครบวงจร โดยปกติทารกในครรภ์จะมีการหายใจประมาณร้อยละ 30-40 ของเวลาทั้งหมด ซึ่งในช่วง 28 สัปดาห์แรกทารกจะต้องใช้เวลาในการหายใจร้อยละ 12 ของเวลาทั้งหมด ส่วนหลังจาก 28 สัปดาห์ จะใช้เวลาในการหายใจเพิ่มขึ้นเป็นเกือบร้อยละ 50 ของเวลาทั้งหมด ชนิดของการหายใจจะสัมพันธ์กับระยะของการหลับของทารก

3. fetal tone (FT) หมายถึง ทารกมีการหดกลับอย่างรวดเร็วของแขน ขา และลำตัว ภายหลังจากยืดของกล้ามเนื้อ ซึ่งถ้ามีแรงดึงของกล้ามเนื้อปกติทารกจะจัดแขน ขา และลำตัวในสภาพอู๋เข้าหาตัว

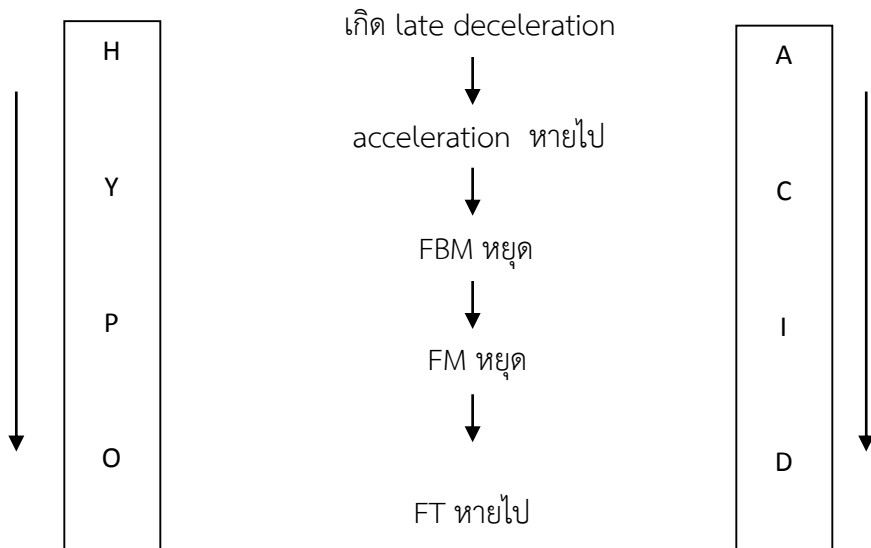
4. amniotic fluid volume ปริมาณน้ำคร่ำที่ลดลงจะบ่งชี้ถึงความผิดปกติความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ หากทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนชนิดเรื้อรัง น้ำคร่ำจะลดน้อยลง

5. FHR acceleration ใช้ในการตรวจภาวะ hypoxia โดยอาศัยหลักการลำดับการตอบสนองทางสรีรวิทยาของทารกต่อการขาดออกซิเจนและภาวะความเป็นกรดในเลือด

การคิดคะแนน กำหนดให้ค่าคะแนนตัวแปรต่างๆ ดังนี้ ให้ 2 คะแนน เมื่อผลปกติ ให้ 0 คะแนนเมื่อผิดปกติ คะแนนรวมจะมีค่าระหว่าง 0-10

วิธีการ

1. ทดสอบ NST นานประมาณ 10 นาที เพื่อดู FHR acceleration
2. ใช้เครื่อง USG ตรวจความผิดปกติแต่กำเนิดส่วนหน้าอก ส่วนท้อง ส่วนแขนขา สังเกตการเคลื่อนไหว การหายใจ การตั้งตัวของกล้ามเนื้อ และปริมาณน้ำคร่ำ



การแปลผล

- คะแนน 10 ทารกมีความสมบูรณ์ที่สุด
- คะแนน 8-10 ปกติ ถ้าไม่มีน้ำคร่ำน้อย
- คะแนน 6 เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ให้ทดสอบซ้ำใน 4-6 ชั่วโมง
- คะแนน 4 มีภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง
- คะแนน 0-2 มีภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังอย่างรุนแรง ให้สิ้นสุดการคลอดทันที

แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

1. การซักประวัติต่างๆ

- การตั้งครรภ์: GPA, GA ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
- ประวัติการเจ็บป่วย: ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ
- การแพทย์ ใช้สารเสพติด

2. ประเมินในเรื่องดังต่อไปนี้

- การรับรู้ภาวะเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์ หรือทารกในครรภ์
- ความวิตกกังวล ภาวะทางอารมณ์ที่มีผลต่อการตรวจต่างๆ
- ความคิดเห็น ความรู้สึก ความคาดหวังเกี่ยวกับการตรวจ การให้ความหมายต่อผลของ

การตรวจ

- ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจ เหตุผลการตรวจ ขั้นตอนการตรวจ
- การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ สัญญาณชีพและ FHR
- ระยะเวลาที่รับประทานอาหารและน้ำ และการขับถ่ายปัสสาวะ

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอด

หลักการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอด ประกอบด้วยหลักการพยาบาลก่อนและหลังการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง รวมถึงตัวอย่างแผนการพยาบาล

หลักการพยาบาลก่อนการตรวจ

1. ให้การปรึกษาก่อนตรวจ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีการตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับการตรวจและเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการตรวจ เช่น ผลการตรวจพบความผิดปกติ

2. ให้ข้อมูลอย่างละเอียดในเรื่อง

- จุดประสงค์ และประโยชน์/ข้อมูลที่จะได้จากการตรวจ

- ขั้นตอน / กระบวนการตรวจที่จะได้รับ ทำอย่างไร เมื่อไร และทำไมต้องทำ
 - ข้อจำกัดในการตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ ค่าใช้จ่าย
 - ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนของการตรวจ
 - การเตรียมก่อนตรวจและการปฏิบัติตนหลังการตรวจ
 - อาการแสดงความผิดปกติที่ต้องรายงาน
 - ระยะเวลาที่จะทราบผลการตรวจ
3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและข้อมูลที่ต้องการเพิ่ม และมีสิทธิ์ที่ตอบรับหรือปฏิเสธการตรวจได้
 4. การตรวจที่มีการสอดใส่เครื่องมือเข้าสู่ร่างกายต้องเซ็นต์ชื่ออนุญาตยินยอมรับการรักษา
 5. จัดทำที่ที่ใช้ในการตรวจ ระวังการเปิดเผยส่วนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
 6. ตรวจสัญญาณชีพ เสียงหัวใจทารกในครรภ์
 7. อยู่เป็นเพื่อนและตรวจเย็บเป็นระยะๆ
 8. ฝ้าสังเกตการณ์ตอบสนองทางด้านอารมณ์และความวิตกกังวล
 9. ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ รับฟังปัญหาอย่างสนใจ กระตือรือร้นในการที่จะช่วยเหลือ ช่วยให้ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมที่สุดตามความต้องการของตนเอง
 10. ลดความวิตกกังวลให้การประคับประคองจิตใจเมื่อต้องตรวจซ้ำ หรือมีการตรวจอื่นๆอีกที่จำเป็น

หลักการพยาบาลหลังตรวจ

1. อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการตรวจ
2. สังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก FHR
3. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น การเจ็บครรภ์ ภาวะน้ำทุนหัวรั่ว/แตก

ตัวอย่างแผนการพยาบาล

แผนการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ได้รับการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอด มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: 1. มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ข้อมูลสนับสนุน: - ถามว่าการตรวจทำอย่างไร ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

- หลังจากแนะนำการกลั้นปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์บอกว่าปวดถ่ายปัสสาวะมากเกินไปแล้ว

วัตถุประสงค์การพยาบาล: มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

เกณฑ์การประเมินผล: - แสดงสีหน้าท่าทางบอกถึงความเข้าใจในขั้นตอนการตรวจ

- สามารถกลั่นปัสสาวะได้จนเสร็จสิ้นการตรวจ

กิจกรรมการพยาบาล:

1. บอกว่าการตรวจนี้ไม่รบกวนทารกในครรภ์ ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด
2. บอกว่าจากการตรวจจะทำให้ทราบเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
3. เน้นย้ำให้ดื่มน้ำ 500 – 1,000 มิลลิเมตร และกลั่นปัสสาวะไว้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: 2. วิตกกังวลต่อการได้รับการดูหน้าคร่ำออกมาตรวจ

ข้อมูลสนับสนุน: - ซักถามว่าการตรวจนี้เขาทำอย่างไร

- สีหน้าวิตกกังวล ท่าทางกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่งบ่อย
- ถามว่าลูกจะได้รับอันตรายจากการตรวจหรือไม่

วัตถุประสงค์การพยาบาล: วิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: สีหน้าสดชื่น ท่าทางสงบลง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. เปิดโอกาส และรับฟังการระบายความรู้สึกด้วยท่าทาง เต็มใจ
2. อธิบายให้ทราบว่า การตรวจวิธีนี้สามารถบอกถึงความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์
3. อธิบายให้ทราบว่า จะดูเฉพาะหน้าคร่ำออกมาตรวจเท่านั้น และจะดูออกมาปริมาณเล็กน้อย ทั้งยังมีการใช้ USG เป็นเครื่องตรวจเพื่อให้เกิดความปลอดภัยยิ่งขึ้น
4. ให้ความมั่นใจว่า ระหว่างการตรวจจะอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ถ้าต้องการข้อมูลใดๆ สามารถซักถามได้ตลอด

สรุป

การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และการวินิจฉัยทารกก่อนคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เป็นเรื่องสำคัญต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์ ทารก และทีมสุขภาพ เพราะเป็นการตรวจที่มีความละเอียด และแม่นยำ จึงช่วยเป็นทางออกที่ดีในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ ลดอัตราพิการ อัตราตาย และการรักษาที่ไม่จำเป็นลง ดังนั้นทีมสุขภาพที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ควรศึกษาและทำความเข้าใจถึงวิธีตรวจแบบต่างๆ ข้อบ่งชี้ และการแปลผลที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, และสุพัตรา ศรีโชติยะกุล. (2555). การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยก่อนคลอด. ในธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (เรียบเรียงครั้งที่ 5, หน้า 679-688). กรุงเทพฯ: ลักขมีรัฐ.
- วีระวิทย์ ปิยะมงคล, และธีระ ทองสง. (2555). การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์. ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (เรียบเรียงครั้งที่ 5, หน้า 689-707). กรุงเทพฯ: ลักขมีรัฐ.
- ธีระ ทองสง. (2536). *ตำราตรวจสุขภาพทารกในครรภ์*. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Carr, P. L., Ricciotti, H., Freund, K., & Scott, K. (2003). *Ob/Gyn & Women's Health*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Chudleigh, T., Smith, A., & Cumming, S. (2017). *Obstetric and Gynecological Ultrasound: How, Why and When (4th ed.)*. Toronto, Elsevier.
- Freeman, K. R., Garite, J. T., Nageotte, P. M., & Miller, A. L. (2012). *Fetal Heart Rate Monitoring (4th ed.)*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Liston, R., Sawchuck, D., & Young, D. (2007). Fetal heart surveillance: Antepartum and intrapartum consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(9 Suppl 4), 53-56.
- Macones, G. A., Hankins, G. D., Spong, C. Y., Hauth, J., & Moore, T. (2008). The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: Update on definitions, interpretation, and research guideline. *Obstetrics & Gynecology*, 112(3), 661-666.
- Malhotra, N., Puri, R. & Malhotra, J. (2012). *Manual of Practical Problems in Obstetrics*. Jaypee Brothers Medical Pub.
- Mangesi, L. & Hofmeyr, G. J. (2010). *Fetal Movement Counting for Assessment of Fetal Wellbeing (Review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing (4th ed.)*. St Louis, MO: Elsevier Saunders.

McKinney, E. S., James, S. From <http://www.ibspro.net/tag/demand/page/2> Retrieved June 30, 2010.

บทที่ 30

การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ (Dysfunctional Labor/Dystocia)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของการคลอดผิดปกติได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดผิดปกติตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีการคลอดผิดปกติได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของการคลอดผิดปกติ
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ

การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ

การคลอดผิดปกติ บางครั้งเรียกว่า การคลอดยาก เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การใช้สูติศาสตร์หัตถการที่มีข้อบ่งชี้ (Cunningham et al., 2010) การคลอดยาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก พยาบาลจึงต้องตระหนักความสำคัญของการเฝ้าคลอด สังเกตและประเมินความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด หากมีความผิดปกติ ต้องรีบให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมอย่างเร่งด่วน

มโนทัศน์ของการคลอดผิดปกติ

ความหมาย

การคลอดผิดปกติ หรือการคลอดยาก (dysfunctional labor or dystocia) หมายถึง การที่ความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นไปตามปกติ ซึ่งประเมินได้จาก ความบางของปากมดลูก การถ่างขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ (Murray & McKinney, 2014) ซึ่งรวมถึงลักษณะการคลอดล่าช้า ไม่เป็นไปตามกราฟดูแลการคลอด (labor curve) (พรรณีและธีระ, 2555)

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของการคลอดผิดปกติมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยการคลอดที่สำคัญ 4 ประการซึ่งอาจเป็นความผิดปกติของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือมีความผิดปกติร่วมกันหลายปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติของแรง (power) ความผิดปกติของแรง อาจเกิดจากการหดตัวของมดลูก (primary force) หรือ แรงเบ่งของมารดา (secondary force) ที่ไม่มีประสิทธิภาพ (พรรณี และธีระ, 2555; Murray & McKinney, 2014)

1.1 มดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพ เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ มารดาอ่อนล้า ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ น้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้รับยาแก้ปวดมากเกินไป มีการหลั่งของสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ในร่างกายจากความเครียดและความปวด สาเหตุมดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพที่พบบ่อย คือ การผิดสัดส่วนของศีรษะทารกกับเชิงกรานของมารดา (cephalopelvic disproportion หรือ CPD) และการที่กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากกว่าปกติ เช่น จากครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ (Murray & McKinney, 2014) ท่าและส่วนนำผิดปกติ มารดาครรภ์แรก สภาพจิตใจที่มีความกลัวและขาดกำลังใจ (พรรณีและธีระ, 2555) เป็นต้น นอกจากนี้ มดลูกหดตัวไม่ดี อาจเกิดจากการที่ลำไส้มีอุจจาระเต็ม และกระเพาะปัสสาวะไม่ว่าง (Pillitteri, 2010)

ลักษณะการหดตัวของมดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพมี 2 รูปแบบ คือ

- *มดลูกหดรัศตัวน้อยกว่าปกติ* (hypotonic dysfunction) เป็นภาวะที่มดลูกหดรัศตัวเป็นจังหวะ แต่หดรัศตัวสั้นเกินไป มีระยะห่างมากเกินไป หรือมีความถี่สั้นเกินไป หรือความแรงของการหดรัศตัวน้อยเกินไป โดยที่การหดรัศตัวของมดลูกไม่เกิน 2-3 ครั้งใน 10 นาที ความดันในมดลูกประมาณ 10-25 มิลลิเมตรปรอท (Pillitteri, 2010) หรือต่ำกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท (พรรณี และธีระ, 2555) มักเกิดขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิดประมาณ 4 เซนติเมตรไปแล้ว (Murray & McKinney, 2014) เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ส่งผลให้การคลอดล่าช้า

- *มดลูกหดรัศตัวมากกว่าปกติ* (hypertonic dysfunction) เป็นภาวะที่มดลูกมีการหดรัศตัวถี่กว่าปกติ แต่เป็นการหดรัศตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ มักเกิดในระยะปากมดลูกเปิดช้าในระยะที่หนึ่งของการคลอด (Murray & McKinney, 2014; Pillitteri, 2010) โดยทั่วไป พบว่า ความดันในช่วงมดลูกหดรัศตัวมากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือหดรัศตัวถี่ทุก 2 นาที (พรรณี และธีระ, 2555) และมักเป็นการหดรัศตัวที่ไม่ประสานกัน กล่าวคือ มีการหดรัศตัวบริเวณส่วนกลางของมดลูกแทนที่จะมีการหดรัศตัวบริเวณยอดมดลูก ทำให้ไม่สามารถส่งผ่านแรงไปดันส่วนนำของทารกให้ไปกระตุ้นการเปิดของปากมดลูกได้ และในระยะพักมดลูกมีการคลายตัวไม่สมบูรณ์ (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson., 2014) โดยพบว่าความดันของมดลูกในระยะพักสูงกว่าปกติ คือมากกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท (Murray & McKinney, 2014; Pillitteri, 2010) ส่งผลให้หญิงระยะคลอดมีอาการเจ็บปวดมาก เหนื่อยล้า และไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า มักพบในรายที่มารดามีความวิตกกังวลโดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก (Perry et al., 2014) ในรายที่มดลูกหดรัศตัวมากกว่าปกติ หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจะสามารถผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัย

1.2 แรงเบ่งของมารดาไม่มีประสิทธิภาพ โดยปกติมารดาจะรู้สึกมีแรงเบ่งเมื่อส่วนนำของทารกมาชนกับพื้นผิวเชิงกราน (pelvic floor) ของแม่ ในระยะที่สองของการคลอด อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยหลายประการที่เป็นสาเหตุให้แรงเบ่งของมารดาไม่ดีพอ ได้แก่ ท่าเบ่งและการออกแรงเบ่งไม่ถูกวิธี ความกลัวการคลอด มารดาไม่เบ่ง ความอ่อนล้า ผลจากการได้รับยาแก้ปวด หรือสภาพจิตใจที่ไม่พร้อม

2. ความผิดปกติของช่องทางคลอด (passage) อาจเกิดจากความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน (bony pelvis) ได้แก่ เชิงกรานแคบ เชิงกรานมีรูปร่างผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด หรือเกิดจากอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บ และความผิดปกติของช่องทางคลอดอ่อน (soft tissue) เกิดจากการมีสิ่งขัดขวางช่องทางคลอด ได้แก่ รกเกาะต่ำ มีก้อนขัดขวางช่องทางคลอด ปากมดลูกบวม (Perry et al., 2012) แต่สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ ภาวะเยื่อช่องคลอดให้แคบลง (Murray & McKinney, 2014)

3. ความผิดปกติของตัวทารก (passenger) สาเหตุ เกิดจากทารกตัวโต น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ทำให้เกิดการคลอดไหล่ยากตามมา ทารกมีส่วนนำ หรือท่าผิดปกติ (พรรณีและธีระ, 2555; Murray

& McKinney, 2014) ได้แก่ ทารกมีท่ายทอยอยู่ด้านหลัง หรือท่ายทอยอยู่ในแนวขวาง ทารกมีหน้าหรือคางเป็นส่วนนำ ทารกทำก้น และครรภ์แฝด (Murray & McKinney, 2014; Pillitteri, 2010)

4. ความผิดปกติด้านจิตใจของผู้คลอด (psyche) เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บครรภ์คลอดเป็นสิ่งที่มารดาทุกคนกลัวอยู่แล้ว เมื่อการเจ็บครรภ์เพิ่มมากขึ้น การที่ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด ยิ่งทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น ทำให้รู้สึกอ่อนล้า และความเครียดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี (Murray & McKinney, 2014) ดังนั้น ความกลัว ความปวด และความเครียดของมารดาจึงทำให้การคลอดล่าช้าตามมาได้

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้มีความผิดปกติของการคลอด สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกัน อาการและอาการแสดงที่สำคัญ มีดังนี้

1. มดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก เชิงกรานแคบ ท่าหรือส่วนนำของทารกผิดปกติ หรือสาเหตุอื่นๆ (พรธณี และธีระ, 2555; Ricci, 2017) จึงต้องหาสาเหตุว่ามดลูกหดตัวไม่ดีเกิดจากปัจจัยใด โดยมดลูกอาจจะมีการหดตัวน้อยกว่าปกติ หรือ แรงกว่าปกติ ก็เป็นไปได้ ในรายที่มีรอยคอดใกล้สะดือ (Bandle ring หรือ pathological reaction) เป็นการบ่งชี้ว่ามีภาวะ CPD เสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกตามมา (พรธณี และธีระ, 2555) การสังเกต การเปลี่ยนแปลงของมดลูก และการหดตัวของมดลูกอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ

2. ความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นไปตามปกติ ซึ่งปัจจุบัน มีการใช้กราฟดูแลการคลอด เพื่อเฝ้าระวังการคลอดผิดปกติ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ทันท่วงที โดยปกติการคลอดยากจะเกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งก็ได้ เช่น ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หรือระยะที่สองของการคลอด เป็นต้น (Pillitteri, 2014) ดังนั้นการคลอดผิดปกติ หรือการคลอดยากอาจเกิดขึ้นในระยะใดของการคลอดก็ได้ และจะส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า การคลอดที่ผิดปกติจะมีลักษณะของระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของการคลอดตามกราฟการคลอดของฟริดแมน (Friedman labor curve) ไม่เป็นไปตามปกติ (Cunningham et al., 2010) ดังนี้

2.1 การคลอดยาวนานในระยะปากมดลูกเปิดช้า (prolonged latent phase) ในครรภ์แรกมากกว่า 20 ชั่วโมง ครรภ์หลัง มากกว่า 14 ชั่วโมง

2.2 ปากมดลูก หรือส่วนนำมีความก้าวหน้าล่าช้าในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (protraction disorder) มีลักษณะ คือ

2.2.1 ปากมดลูกเปิดช้า ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (protracted active phase) ในครรภ์แรกเปิด น้อยกว่า 1.2 เซนติเมตร/ ชั่วโมง ครรภ์หลังเปิด น้อยกว่า 1.5 เซนติเมตร/ ชั่วโมง

2.2.2 ส่วนนำของทารกมีการเคลื่อนต่ำล่าช้า ครรภ์แรกเคลื่อนต่ำ น้อยกว่า 1 เซนติเมตร/ ชั่วโมง ครรภ์หลังเคลื่อนต่ำ น้อยกว่า 2 เซนติเมตร/ ชั่วโมง

2.3 ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม หรือส่วนนำไม่มีการเคลื่อนต่ำ (arrest disorders) มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

2.3.1 ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มในช่วงปลายของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 8-9 เซนติเมตร (prolonged deceleration phase) ในครรภ์แรก มากกว่า 3 ชั่วโมง ครรภ์หลัง มากกว่า 1 ชั่วโมง

2.3.2 ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (secondary arrest of dilatation) มากกว่า 2 ชั่วโมง ในครรภ์แรก หรือครรภ์หลัง

2.3.3 ส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มากกว่า 2 ชั่วโมง ในครรภ์แรกหรือครรภ์หลัง

2.3.4 ส่วนนำไม่สามารถเคลื่อนต่ำได้ในช่วงที่ปากมดลูกเปิดเกือบหมด หรือในระยะที่ปากมดลูกเปิดหมดแล้ว หรือเมื่อเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอดแล้ว

นอกจากนี้ ผู้คลอดยังมีอาการอื่นๆ ที่พยาบาลผู้ดูแลควรสังเกต และติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด เพราะอาจเป็นอาการแสดงว่า มีความผิดปกติของการคลอดได้ ได้แก่ เจ็บครรภ์มากกว่าปกติ ปวดหลังและต้นขามาก อ่อนเพลีย อ่อนล้า และไม่สามารถปรับตัวในระยะคลอดได้ นอกจากนี้ สามารถประเมินร่วมกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ โดยการติดเครื่องตรวจการหดตัวของมดลูกและติดตามการเต้นของหัวใจทารก (electronic fetal monitoring [EFM]) ในรายที่เสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติ อาจพบลักษณะที่บ่งชี้ว่า ทารกอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน (fetal distress) ร่วมด้วย

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบของการคลอดผิดปกติต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก อันตรายที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารก เพิ่มตามระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด ดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ผลกระทบของการคลอดผิดปกติต่อสตรีตั้งครรภ์มีหลายประการ ได้แก่ (นันทพรและฉวี, 2555; พรรณีและธีระ, 2555; Perry et al., 2014)

1. สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล เครียด และอ่อนล้า ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับการคลอดได้

2. ติดเชื้อ โดยเฉพาะในรายที่น้ำคร่ำแตกมาแล้วหลายชั่วโมง การติดเชื้ออาจเกิดในมดลูก น้ำคร่ำ ในช่องท้อง แผลผ่าตัด หรือแผลฝีเย็บก็ได้

3. มีความเสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหดรั้ว การช่วยคลอดด้วยคีม เครื่องดูดสุญญากาศ หรือการผ่าตัดคลอด เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

4. มีการบาดเจ็บและการฉีกขาดของช่องทางคลอด อาจเกิดจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด

5. ตกเลือดจากมดลูกหดรั้วไม่ดี

6. เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากการคลอดที่ยาวนาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น มดลูกแตก คอมดลูกฉีกขาด และตกเลือด เป็นต้น

ผลกระทบต่อทารก ผลกระทบของการคลอดผิดปกติต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ได้แก่ (นันทพรและฉวี, 2555; พรรณีและธีระ, 2555)

1. ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (fetal distress) การหดรั้วตัวของมดลูกที่รุนแรงและถี่มาก อาจทำให้ออกซิเจนผ่านเข้าไปในมดลูกน้อยลง ทำให้ทารกขาดออกซิเจน

2. การติดเชื้อของทารก ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีน้ำคร่ำแตกเป็นเวลานาน น้ำคร่ำมีสีขุ่น เหลือง หรือมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ มารดามีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ซึ่งการติดเชื้อของทารกอาจเกิดระหว่างเจ็บครรภ์คลอด และมาแสดงอาการหลังคลอดก็ได้

3. บาดเจ็บจากการคลอด เลือดออกในสมอง ปัญญาอ่อนพิการของระบบประสาท กล้ามเนื้อ หรือกระดูกหัก เช่น ในรายที่การคลอดยาวนาน การคลอดไหล่ยาก และใช้สูติศาสตร์หัตถการ เป็นต้น

4. เสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด ทารกอาจเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจนในครรภ์ การบาดเจ็บ และติดเชื้อจากการคลอด

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยการคลอดผิดปกติ เป็นการวินิจฉัยจากสาเหตุของการคลอดผิดปกติร่วมกัน ได้แก่ ความผิดปกติของแรง ช่องทางคลอด ตัวทารก และจิตใจของผู้คลอด แต่การวินิจฉัยที่สำคัญ พบได้จากการตรวจพบภาวะ CPD และความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นไปตามปกติ ซึ่งสาเหตุจากความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นไปตามปกตินั้น วิทยาลัยสูตินรีแพทย์ของอเมริกันแนะนำว่า ควรวินิจฉัยเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรเป็นต้นไป หลังจากการวินิจฉัยดังกล่าว นำไปสู่การรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทารกออกทางหน้าท้อง อย่างไรก็ตาม คุณนิงแฮมและคณะ (Cunningham et al., 2010) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากความก้าวหน้าของการคลอดไม่ดี มีอัตราสูงถึงร้อยละ 68 ของการผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าในกรณีทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ซึ่งอาจเป็นการตั้งข้อวินิจฉัยการคลอดผิดปกติที่เกินความจริง เพราะเป็นการรวมเหตุผลอื่นๆ อยู่ด้วย เช่น กลัวการถูกฟ้องร้อง และความ

สะดวกของผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก เป็นต้น และในอเมริกา พบว่า ร้อยละ 25 ของการผ่าตัดคลอดด้วยเหตุผล ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า มีการวินิจฉัยตั้งแต่ช่วงปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร ซึ่งไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน

การป้องกันและการรักษาการคลอดผิดปกติ

การป้องกันและรักษาการคลอดผิดปกติ การดูแลเพื่อป้องกันและรักษาการคลอดผิดปกติ มีดังนี้ (พรณี และธีระ, 2555; McKinney, James, Murray, Nelson., & Ashwill., 2013; Perry et al., 2014)

1. ให้การดูแลที่ดีในระยะตั้งครรภ์และให้คำแนะนำที่เหมาะสม
2. ไม่กระตุ้นให้มีการเจ็บครรภ์คลอด ก่อนที่ปากมดลูกจะพร้อม
3. ในรายที่มีอาการเจ็บครรภ์เตือน รักษาโดยการพักผ่อน
4. ระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด ให้กำลังใจและคำแนะนำที่ดี ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ระวังภาวะ กระเพาะปัสสาวะคั่ง ให้ยาระงับปวดที่เหมาะสม ได้แก่ มอร์ฟิน และให้ยาลดการหดตัวของมดลูก ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในตามความเหมาะสม และระมัดระวังการติดเชื้อ
5. หากมีการติดเชื้อส่วนหนึ่งของศีรษะทารกกับเชิงกรานของมารดา พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
6. หากประเมินแล้วไม่น่าจะมี CPD หรือส่วนนำผิดปกติ อาจพิจารณาให้ออกซิโตซิน (oxytocin) หยด เข้าหลอดเลือดดำ ร่วมกับการเจาะน้ำคร่ำ (amniotomy) เพื่อชักนำการคลอด

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีการคลอดผิดปกติ

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีการคลอดผิดปกติตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพการดูแลสุขภาพ: การรับรู้ความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันการคลอดผิดปกติ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การได้รับยาช่วยให้มดลูกหดตัว การ ได้รับการเตรียมช่วยเหลือทางสูติศาสตร์หัตถการ เป็นต้น
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน การงดน้ำและ อาหารทางปาก (NPO) อาการขาดน้ำผิวแห้ง มีไข้ต่ำๆ บางรายที่ขาดน้ำและเกลือแร่มากๆ จะมีเลือดเป็น กรด หายใจเร็ว มีกลิ่นอะซิโตน บางรายมีภาวะท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ควรประเมินการได้รับสารน้ำทาง หลอดเลือดดำและระดับน้ำตาลในเลือด
3. การขับถ่าย: การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การมีอุจจาระ หรือปัสสาวะคั่ง อาจทำให้ มดลูกหดตัวไม่ดี ส่งผลให้การคลอดล่าช้าผิดปกติได้ การขาดน้ำอาจทำให้ปัสสาวะขุ่น และมีการติดเชื้อ ของระบบทางเดินปัสสาวะได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจทารก ประเมินภาวะอ่อนเพลีย อ่อนล้า หรือไม่มีเรี่ยวแรง

5. การพักผ่อนนอนหลับ: นอนหลับพักผ่อนได้หรือไม่ คุณภาพของการนอนหลับพักผ่อนเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดช้า หากมีความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า อาจได้รับยาที่ช่วยให้พักผ่อนได้ (sedative)

6. สติปัญญาและการรับรู้: ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก การรับฟังภาวะเสียงของการคลอดผิดปกติ และแผนการรักษา

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์อาจมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ท้อแท้ รู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ความพร้อมในการตั้งครรรภ์และมีบุตร และการรับรู้ประสบการณ์ในการคลอด เป็นต้น

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และบุคลากรที่มสุขภาพ

9. เพศและการเจริญพันธุ์: การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ระดับส่วนนำ ความบางของปากมดลูก และถุงน้ำ หลังการเปิดของปากมดลูกเกิน 4 เซนติเมตร หากได้รับการเจาะถุงน้ำ หรือการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ควรมีความก้าวหน้าของการคลอดเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์สังเกตรอยคอดผิดปกติบริเวณมดลูก (Bandle ring) เมื่อตรวจภายในควรประเมินการเกยกันของรอยต่อกระดูกศีรษะทารก (moulding) รอยนูนที่เกิดจากการคั่งของน้ำบริเวณหนังศีรษะทารก (caput succedaneum) ซึ่งบ่งชี้ว่าศีรษะถูกกดบีบมากกว่าปกติจากเชิงกรานแคบ

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ความเครียดความวิตกกังวลจากการที่การคลอดยาวนาน ล่าช้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมถึงการปรับตัวต่อแผนการรักษา รวมถึงความเศร้าโศกหากทารกคลอดทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

11. คุณค่าความเชื่อ: สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ การให้คุณค่าต่อทารกในครรภ์ และการตั้งครรรภ์ครั้งนี้ รวมถึง ความเชื่อต่อภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดการคลอดผิดปกติ

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรรภ์ที่มีการคลอดผิดปกติ

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรรภ์ที่มีการคลอดผิดปกติ (ศิริวรรณ, 2558; Perry et al., 2012; Ricci, 2017) มีดังนี้

1. ระยะตั้งครรรภ์ มุ่งเน้นการคัดกรองความเสี่ยง โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดผิดปกติ ยกตัวอย่างเช่น ปัจจัยที่เสี่ยงกับ ภาวะ CPD ได้แก่ สตรีตั้งครรรภ์ที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรมาก่อน ความสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรรภ์มากกว่า 26 กิโลกรัม./ตารางเมตร และน้ำหนักทารกมากกว่า 3,500 กรัม เป็นต้น (ศศิธร

และคณะ, 2553) สังเกตท่าเดิน หากผิดปกติควรซักประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณอุ้งเชิงกราน มารดาที่เป็นเบาหวาน เสี่ยงต่อทารกตัวโต ต้องส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด เพื่อช่วยให้มารดามีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. ระยะคลอดเมื่อรับไว้ในห้องคลอด ควรมีการดูแล ดังนี้

2.1 ประเมินความเสี่ยงของการคลอดผิดปกติ เช่นเดียวกับในระยะตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดผิดปกติ

2.2 ขณะเฝ้าคลอด ควรติดตามประเมินภาวะผิดปกติของการคลอดอย่างใกล้ชิด โดยการเปรียบเทียบกับกราฟการคลอดปกติ ส่วนใหญ่ใช้กราฟดูแลการคลอด (labor curve หรือ partogram) ซึ่งเป็นมาตรฐานการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอด

2.3 หากพบความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก หรือความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นไปตามปกติ ให้ประเมินหาสาเหตุเบื้องต้น เช่น ภาวะปากแข็งเต็ม ทารกตัวโตกว่า 3,500 กรัม มีรอยคอดบริเวณหน้าท้องใกล้สะดือ ตรวจภายในพบศีรษะทารกเกยกันมากผิดปกติ มีการบวมของยอดศีรษะทารก ให้ส่งสัญญาณ CPD และรายงานแพทย์เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2.4 ติดตามประเมินสภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดด้วย EFM หากพบความผิดปกติของสภาพทารกในครรภ์ร่วมด้วย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจทารกมากกว่า 160 ครั้ง/ นาที ควรให้นอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจนและติดตามประเมินต่อเนื่อง หากพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจมีลักษณะกลับขึ้นสู่ระดับปกติช้าหลังมดลูกคลายตัว (late deceleration) ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างทันที่

2.5 ดูแลความสบายในระยะเจ็บครรภ์ แนะนำวิธีการผ่อนคลายและลดปวดโดยไม่ใช้ยา และดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การหายใจถูกกด คลื่นไส้ อาเจียน หรือมดลูกหดตัวน้อยกว่าปกติ เป็นต้น

2.6 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพราะการขาดน้ำทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี

2.7 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด แผนการรักษาและแนวทางการปฏิบัติตัวในระยะคลอดเป็นระยะๆ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้คลอด และครอบครัว เพื่อให้มีสภาพจิตใจที่พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ในระยะคลอด

2.8 ในรายที่มดลูกหดตัวน้อยกว่าปกติ และได้รับยากระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น ร่วมกับการเจาะถุงน้ำคร่ำ ควรดูแลให้มดลูกหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ คือ หดตัวทุก 2-3 นาที (interval) หดตัวนาน 40-60 วินาที (duration) ในระยะที่มดลูกเปิด 4-6 เซนติเมตรแล้ว และความบางของปากมดลูกร้อยละ 80 ขึ้นไป มดลูกหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพมาแล้วเกิน 2 ชั่วโมง แต่ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม

หรือส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำ ให้สงสัยว่ามีภาวะ CPD และรายงานแพทย์ เพื่อช่วยเหลือให้มารดาและทารกปลอดภัย หากพบว่ามีภาวะ CPD จริง จะได้รับการช่วยเหลือโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.9 เตรียมพร้อมร่างกายและจิตใจของผู้คลอด และให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับแผนการรักษา ในกรณีที่ต้องช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เพื่อการตัดสินใจของมารดาและครอบครัว และการเซ็นยินยอมตามแผนการรักษา

3. ระยะหลังคลอด ในระยะหลังคลอด มารดาหลังคลอด มักมีอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการคลอดที่ยาวนาน บางรายมีการบาดเจ็บจากการคลอด และสูติศาสตร์หัตถการพยาบาลควรดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสุขสบาย ดูแลเพื่อลดปวด ให้ข้อมูล ให้กำลังใจ และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก กรณีที่ทารกพิการ หรือเสียชีวิตต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลที่ครอบคลุม ติดตามประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ ตกเลือดหลังคลอด ความเครียด ประสิทธิภาพการคลอด เป็นต้น ทารกหลังคลอด ควรได้รับการประเมินดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในภายหลัง เช่น การหายใจผิดปกติ การติดเชื้อ ระบบประสาท กล้ามเนื้อและกระดูก เป็นต้น

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะคลอดผิดปกติ มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการคลอดยากเนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
2. เสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เนื่องจากทารกตัวโต
3. มีโอกาสติดเชื้อในระยะคลอดเนื่องจากการคลอดเนิ่นนาน

และถ่วงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วก่อนการเจ็บครรภ์

4. เสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตกเนื่องจากมดลูกหดตัวแรงและถี่กว่าปกติ
5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดจากภาวะผิดปกติของศีรษะทารกกับเชิงกราน
6. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากการคลอดในระยะที่สองยาวนาน
7. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีจากการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการคลอดยากเนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ข้อมูลสนับสนุน S: เจ็บอยู่หลายชั่วโมงแล้ว ทำไมปากมดลูกเปิดไม่หมดสักที

O: G1P0, labor curve อยู่ระหว่างเส้น alert line และ action line

ผลการตรวจภายใน 10.00 น. Cx. dilate 10 เซนติเมตร eff. 80%
station 0 เวลา 11.30 ตรวจภายในไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด
การหดตัวของมดลูก I = 2-3 นาที D = 30-40 วินาที EFW = 3,000 กรัม

วัตถุประสงค์ ความก้าวหน้าของการคลอดดำเนินต่อไปเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล - มดลูกหดตัวมีประสิทธิภาพ I = 2-3 นาที D = 40-60 วินาที
- มีความก้าวหน้าของการคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินกระเพาะปัสสาวะ กระตุ้นขับถ่ายปัสสาวะและสวนปัสสาวะกรณีขับถ่ายเองไม่ได้เพื่อลดสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก
2. จัดทำนอนศีรษะสูงหรือท่า PSU cat เพื่อให้ส่วนหน้ามีการเคลื่อนต่ำดีขึ้น และช่วยให้เกิดกลไกการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น
3. รายงานแพทย์เพื่อดูแลแก้ไข หากได้รับออกซิโตซินหรือเจาะถุงน้ำร่วมด้วย ต้องดูแลให้การหดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากมดลูกหดตัวผิดปกติ
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและงดน้ำและอาหารทางปาก ตามแผนการรักษา
5. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด โดยบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30-60 นาที ตรวจภายในทุก 1-2 ชั่วโมง และรายงานแพทย์หากไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด
6. ประเมินสุขภาวะทารกในครรภ์และลงบันทึก ทุก 15-30 นาที พร้อมทั้งสังเกตลักษณะสีของน้ำคร่ำ เพื่อเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจน หากมีความผิดปกติดูแลให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากออกซิเจน (oxygen mask with bag) 10 ลิตร/นาที
7. ดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจและแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด เช่น การควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ
8. เตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กรณีการคลอดไม่มีความก้าวหน้า และแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ CPD

สรุป

การคลอดผิดปกติ เป็นภาวะที่เสี่ยงอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก การประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก การติดตาม ดูแล ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน รวมทั้งการหาสาเหตุหรือปัจจัยการคลอดที่ผิดปกติในกรณีที่การคลอดไม่เป็นไปตามปกติ จะช่วยให้การดูแลรักษาถูกต้องเหมาะสม ทันทีที่ มารดาและทารกมีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติของการคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การผดุงครรภ์: เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 177-216). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้ง.
- พรรณณี ศิริวรรณธนาภา และธีระ ทองสง. (2555). การคลอดยาก. ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 341-366). กรุงเทพฯ: ลักขมีรัฐ.
- ศศิธร หมอยาดี, บุปผา สมานชาติ, วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, และสินาท พรหมมาศ. (2553). การให้คะแนนความเสี่ยงเพื่อทำนายโอกาสการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกราน. *วารสารแพทยสารทหารอากาศ*, 56(1), 20-29.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). *การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Murray, S. S., Mckinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. C. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

บทที่ 31

การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว (Precipitate Labor)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของการคลอดเร็วได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดเร็วตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็วได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีการคลอดเร็วได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของการคลอดเร็ว
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดเร็ว
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว

การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว

การคลอดเร็วเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ที่เสี่ยงอันตรายต่อมารดาและทารก มารดาอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการฉีกขาดของช่องทางการคลอด การตกเลือดและการติดเชื้อ ส่วนทารกอาจได้รับบาดเจ็บจากการคลอด อุณหภูมิร่างกายต่ำ การติดเชื้อจากการไม่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างถูกวิธี ซึ่งการคลอดอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในและนอกสถานพยาบาล พบได้ร้อยละ 2 ของการคลอด ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 93) (พรรณีและธีระ, 2555) การป้องกันการคลอดเร็วในรายที่มีประวัติการคลอดเร็ว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเร็วของทั้งมารดาและทารก เป็นสิ่งที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญ

มโนทัศน์ของการคลอดเร็ว

ความหมาย

การคลอดเร็ว (precipitate labor) หรือบางครั้ง เรียกว่า การคลอดเร็วเฉียบพลัน หมายถึง การคลอดที่เร็วผิดปกติ ที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงสิ้นสุดการคลอดไม่เกิน 3 ชั่วโมง (Davidson, Ladewig, & London, 2008; Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2014) หรือมีปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร/ชั่วโมงในครรภ์แรก หรือ 10 เซนติเมตร/ชั่วโมงในครรภ์หลัง (พรรณีและธีระ, 2555; Pillitteri, 2014) ซึ่งเป็นผลมาจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรง แต่มารดาบางรายอาจไม่รู้สึกรู้สีกว่าเจ็บครรภ์มาก

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของการคลอดเร็วไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง มีดังนี้

1. การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างรุนแรง (พรรณี และธีระ, 2555; Pillitteri, 2014)
2. เนื้อเยื่อบริเวณช่องทางการคลอด มีแรงต้านทานต่ำ (พรรณีและธีระ, 2555; สุภาพ, 2556)
3. การได้รับยากระตุ้นการคลอด (oxytocin) (Pillitteri, 2014)
4. ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่า 4 ครั้ง (grand multiparity) (Pillitteri, 2014)
5. มารดาที่มีประวัติการคลอดเร็วมาก่อน (สุภาพ, 2556; Pillitteri, 2014)
6. มีการใช้สารเสพติดประเภทโคเคน (cocaine) มาเมื่อเร็วๆ นี้ (Perry et al., 2014)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง จะพบได้จากผลการตรวจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โดยพบว่าปากมดลูกมีการเปิดขยาย 5 เซนติเมตร/ชั่วโมง (เปิดขยาย 1 เซนติเมตรทุกๆ 12 นาที) ในครรภ์แรก หรือ มีการเปิดขยาย 10 เซนติเมตร/ชั่วโมง (เปิดขยาย 1 เซนติเมตรทุกๆ 6 นาที) ในครรภ์หลัง (Pillitteri, 2014) มีอาการเจ็บครรภ์มาก มดลูกหดตัวอย่างรุนแรงและถี่มากกว่า 5 ครั้งใน 10 นาที (สุภาพ, 2556) แต่บางรายมีอาการเจ็บครรภ์เพียงเล็กน้อยก็คลอด อาจเป็นเพราะเนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดมีแรงเสียดทานต่ำ

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลกระทบของการคลอดเร็วต่อมารดาและทารก ดังนี้

ผลกระทบต่อมารดา ได้แก่

1. ปากมดลูก และช่องทางคลอดฉีกขาด จากการคลอดเร็วเฉียบพลัน (Perry et al., 2014) และไม่ได้มีการช่วยประคองเนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดขณะทารกคลอด
2. อาจเกิดน้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด (พรรณีและธีระ, 2555; Perry et al., 2014)
3. มดลูกแตก เกิดเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างรุนแรง (Perry et al., 2014; Ward & Hisley, 2016)
4. ตกเลือดหลังคลอด เกิดเนื่องจากการบีบตัวของมดลูกที่หดตัวรุนแรงขณะคลอด ทำให้มดลูกอ่อนล้า และหดตัวไม่ดีในภายหลัง (Perry et al., 2014) หรือจากการที่รกลอกตัวก่อนกำหนด และจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Pillitteri, 2014; Ward & Hisley, 2016)
5. ติดเชื้อเกิดเนื่องจากการบาดเจ็บและการฉีกขาดของช่องทางคลอด
6. เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากการที่มดลูกแตก คอมดลูกฉีกขาด ตกเลือด และติดเชื้อ

ผลกระทบต่อทารก ได้แก่

1. มีการบาดเจ็บของศีรษะ เช่น เลือดออกในสมองทารก (subdural hemorrhage) (Perry et al., 2014; Pillitteri, 2014; Ward & Hisley, 2016) จากการเข้าสู่ช่องเชิงกรานเร็วโดยที่ไม่มีการปรับตัวตามกลไกปกติก่อน และจากการกระแทกกับพื้น เพราะได้รับการช่วยเหลือไม่ทัน
2. มดลูกหดตัวอย่างรุนแรง ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกไม่ดี ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Perry et al., 2014; Ward & Hisley, 2016)
3. ทารกอาจมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ หากคลอดนอกโรงพยาบาล และได้รับการช่วยเหลือช้า

4. เสี่ยงต่อภาวะสายสะดือขาด (นันทพร, 2555) ทำให้ทารกเสียชีวิตมาก หลังได้รับการช่วยเหลือให้พ้นขีดอันตราย อาจพบภาวะช็อคในระยะต่อมา

5. เสี่ยงต่อการสำลักน้ำคร่ำ กรณีที่คลอดออกมาทั้งถุงน้ำคร่ำ (นันทพร, 2555)

6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพราะไม่ได้รับการเตรียมคลอดที่สะอาดปราศจากเชื้อ

7. เสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด

การตรวจวินิจฉัย

สามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการซักประวัติระยะเวลาเจ็บครรภ์จนกระทั่งคลอด น้อยกว่า 3 ชั่วโมง การเปิดขยายของปากมดลูก 5 เซนติเมตร/ชั่วโมงในครรภ์แรก หรือมีการเปิดขยาย 10 เซนติเมตร/ชั่วโมงในครรภ์หลัง มดลูกมีการหดรัดตัวรุนแรงมากกว่า 5 ครั้งใน 10 นาที

การรักษาการคลอดเร็ว

รักษาการคลอดเร็ว มีแนวทาง ดังนี้

1. หากได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์อยู่ ให้รีบหยุดยาทันที (พรรณีและธีระ, 2555)

2. ดูแลให้ได้รับยาช่วยให้มดลูกคลายตัว (tocolytic agent) โดยเร็วหากมดลูกมีการหดรัดตัวรุนแรง (พรรณีและธีระ, 2555)

3. ช่วยดูแลควบคุมการคลอดอย่างระมัดระวัง (พรรณีและธีระ, 2555) เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด (ward & Hisley, 2016)

4. หลังคลอดตรวจดูการบาดเจ็บของช่องทางคลอดอย่างละเอียด (พรรณีและธีระ, 2555; Ward & Hisley, 2016) อาจพบมีการฉีกขาดทั้งบริเวณช่องคลอด และปากมดลูก ต้องเย็บซ่อมให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันการตกเลือด

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดเร็ว

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดเร็ว มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพการดูแลสุขภาพ: การรับรู้ความเสี่ยงต่อการคลอดเร็ว การดูแลตนเองเพื่อเตรียมคลอด ป้องกันการคลอดนอกโรงพยาบาล และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การได้รับยาช่วยให้มดลูกหดรัดตัว การคลึงมดลูกป้องกันการตกเลือด การรักษาความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน การดื่มน้ำและอาหารทางปาก อาการขาดน้ำ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระดับน้ำตาลในเลือด

3. การขยับถ่าย: การขยับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การมีอุจจาระ หรือปัสสาวะค้าง อาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี การบาดเจ็บบริเวณช่องคลอดทำให้ปัสสาวะลำบากหรือไม่
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: สัญญาณชีพ ประเมินภาวะอ่อนเพลีย อ่อนล้า หรือไม่มีเรี่ยวแรง การสูญเสียเลือดจากการคลอด อาจทำให้เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ: นอนหลับพักผ่อนได้หรือไม่ คุณภาพของการนอนหลับพักผ่อนเป็นอย่างไร มีอะไรที่ขัดขวางการนอนหลับพักผ่อน เช่น วิตกกังวล ปวดแผล เป็นต้น
6. สติปัญญาและการรับรู้: ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับการคลอดเร็ว และอาการของทารก รวมทั้งแผนการรักษา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์อาจมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น ขาดความภาคภูมิใจในตนเองท้อแท้ รู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประสบการณ์ในการคลอด เป็นต้น
8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ
9. เพศและการเจริญพันธุ์: การหดตัวของมดลูก ระยะเวลาในการเปิดขยายของปากมดลูก ระยะเวลาการเจ็บครรภ์ จนกระทั่งคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด
10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ความเครียดความวิตกกังวลจากการที่มีการคลอดเร็ว ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกแรกเกิด การปรับตัวต่อแผนการรักษา รวมถึงความเศร้าโศก หากทารกคลอดทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต
11. คุณค่าความเชื่อ: สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ การให้คุณค่าต่อทารกในครรภ์ และการตั้งครรภ์ครั้งนี้ รวมถึงความเชื่อต่อภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดการคลอดเร็ว การโทษตัวเองว่ามาโรงพยาบาลช้า เป็นต้น

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว (Perry et al., 2014; Ward & Hisley, 2016) มีดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ควรซักประวัติความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และการคลอด หากมีประวัติการคลอดเร็วในครรภ์ก่อน ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด การวางแผนการเดินทางมาโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน โดยเมื่อเริ่มรู้สึกเจ็บครรภ์ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที การแก้ปัญหาและการขอความช่วยเหลือหากจำเป็นต้องคลอดนอกโรงพยาบาล และอธิบายให้มารดาเข้าใจความจำเป็นที่ต้องแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับประวัติการคลอดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม ทันทีทั้งที่

2. ระยะคลอด เมื่อรับไว้ในห้องคลอด ควรบันทึกและแจ้งให้แพทย์ทราบกรณีผู้คลอดมีประวัติการคลอดเร็ว เพราะการได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดอาจทำให้เกิดการคลอดเร็วได้เพิ่มขึ้น ประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดอย่างต่อเนื่อง ติดเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารก (EFM) อย่างต่อเนื่อง หากพบภาวะมดลูกหดรัดตัวแรงและถี่มากกว่าปกติ หรือปากมดลูกขยายเร็วกว่าปกติ ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาด้วยยาช่วยยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก และเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยคลอด โดยช่วยควบคุมการคลอดอย่างมีสติ นุ่มนวล ดูแลให้มีการฝึกหายใจของช่องทางคลอดน้อยที่สุด รวมถึงไม่ควรถอดเตียงคลอด เพราะหากคลอดเร็วเฉียบพลันเกิดขึ้น ทารกอาจบาดเจ็บจากการคลอดได้ เช่น ทารกตกลงกระแทกพื้น ทำให้เลือดออกในสมอง กระดูกหัก พิการ หรือเสียชีวิต เป็นต้น หลังจากการคลอด ต้องตรวจเช็คการฝึกหายใจของช่องทางคลอดอย่างละเอียด และเย็บซ่อมแซมฝีเย็บอย่างประณีต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดเร็ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ผู้คลอด และแนะนำการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จะเห็นได้ว่าความไวต่อสิ่งผิดปกติ ตระหนักถึงความเสี่ยงอันตรายต่อการคลอดเร็ว และการตัดสินใจให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันท่วงที เป็นคุณลักษณะสำคัญของพยาบาล ที่สามารถดูแลให้มารดาและทารกคลอดอย่างปลอดภัย

3. ระยะหลังคลอด ในระยะหลังคลอดต้องเฝ้าระวังภาวะตกเลือดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี แนะนำมารดาหลังคลอดรักษาความสะอาดร่างกายและแผลฝีเย็บเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในรายที่มีการฝึกหายใจของช่องทางคลอดมากกว่าปกติ บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา อบแผลฝีเย็บและสังเกตความผิดปกติของแผลบริเวณช่องคลอด นอกจากนี้ การดูแลระดับประคองด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ยาบาลต้องให้ความสำคัญ เพราะบางรายอาจมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร และไม่มั่นใจต่อความสามารถของตนเอง

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับสตรีที่มีภาวะคลอดเร็ว มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการฝึกหายใจของช่องทางคลอดจากการคลอดเร็ว
2. เสี่ยงต่อติดเชื้อเนื่องจากมีแผลฝึกหายใจกะรุ่งกะริ่งบริเวณแผลฝีเย็บถึงทวารหนักจากการคลอดเร็ว
3. เสี่ยงต่อภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอดจากการคลอดเร็ว
4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอดเร็ว
5. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงและถี่มาก
6. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีจากการที่มดลูกอ่อนล้าภายหลังคลอด

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดเร็ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลฉีกขาดกะรุ่งกะริ่งบริเวณแผลฝีเย็บถึงทวารหนักจากการคลอดเร็ว

ข้อมูลสนับสนุน

S: เจ็บบริเวณแผลมากเลย ไม่อยากถ่ายปัสสาวะ และไม่อยากโดนน้ำ แสบ

O: มารดา G4P3 หลังคลอด 4 ชั่วโมง, bladder full ปวดถ่ายปัสสาวะแต่กลั้นไว้
แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4 เย็บด้วย cat gut มีรอยแผลที่ฝีหนังปิดไม่สนิท
บวมเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมินผล - บริเวณแผลปิดสนิท ไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม

- อุณหภูมิร่างกายปกติ T= 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

- ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอด และครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีกขาดของบาดแผลที่เกิดจากการคลอดเร็ว และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2. แนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอนามัย ทุก 2-4 ชั่วโมงหรือเปลี่ยนทันทีเมื่อชุ่ม แนะนำไม่กลั้นปัสสาวะเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3. ติดตามประเมินคุณลักษณะของแผล หากผิดปกติ เช่น ปวดมาก บวม ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติจากแผล ให้รายงานแพทย์เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม

4. ดูแลยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความปวดโดยไม่ใช้ยา

5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

6. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

สรุป

การคลอดเร็วเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้คลอดอาจไม่ทันตั้งตัว ทำให้มารดามีความเสี่ยงต่อการฉีกขาดของช่องทางคลอด มดลูกหดตัวไม่ดี เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่วนภาวะเสี่ยงที่สำคัญของทารก คือ การบาดเจ็บของศีรษะ กรณีช่วยคลอดไม่ทัน ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากการคลอดเร็วได้ แต่หากเกิดขึ้นเฉียบพลัน โดยไม่มีอาการแสดงที่เด่นชัด และไม่มีประวัติการคลอดเร็วมาก่อน ต้องดูแลควบคุมให้การคลอดผ่านพ้นไปโดยดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติของการคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 177-216). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ดีง.
- พรรณณี ศิริวรรณภา และธีระ ทองสง. (2555). การคลอดยาก. ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 341-366). กรุงเทพฯ: ลักขมีรัฐง.
- Davidson, M. R., Ladewig, P. A. W., & London, M. L. (2008). *Clinical handbook for Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan* (8th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk., D. L., & Wilson, D. (2014). *Maternal child nursing care* (5th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer
- Ward, S., & Hisley, S. (2016). *Maternal-Child Nursing Care* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

บทที่ 32

การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Birth Before Arrival)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ที่เสี่ยงอันตรายต่อมารดาและทารกมากกว่าการคลอดในโรงพยาบาล เพราะเป็นการคลอดที่ไม่มีการเตรียมพร้อมดูแลช่วยเหลือ มารดาอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการฉีกขาดของช่องทางการคลอด การตกเลือดและการติดเชื้อ ส่วนทารกอาจได้รับบาดเจ็บจากการคลอด อุณหภูมิร่างกายต่ำ การติดเชื้อจากการไม่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างถูกวิธี และอัตราตายปริกำเนิดของทารกสูงกว่าปกติ ปัจจุบันพบได้บ่อยขึ้น โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองเนื่องจากการจราจรติดขัด สิ่งสำคัญในการดูแลแก้ไข คือ ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้งที่ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารก

มนทัศน์ของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ความหมาย

การคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล (birth before arrival or birth before admission or born before arrival) หมายถึง การคลอดที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล คลอดระหว่างการเดินทางมาโรงพยาบาล และเป็นการคลอดที่ไม่ได้วางแผนว่าจะคลอดที่บ้าน (Vik, Haukeland, & Dahl, 2016) ได้แก่ คลอดในรถยนต์ คลอดในห้องน้ำ การคลอดดังกล่าว ถือว่าเป็นการคลอดที่ไม่ปกติ เนื่องจากการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม หรือบริเวณที่คลอดไม่สะอาดปราศจากเชื้อ การตัดสายสะดือทารกด้วยอุปกรณ์ไม่ปราศจากเชื้อ เสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งมารดาและทารก (Mama expert team, 2015) การคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นการคลอดในสถานที่นอกเหนือการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ มีอุบัติการณ์ อยู่ในช่วง 0.08%-1.99% เมื่อเทียบกับการคลอดในโรงพยาบาล (McLelland, Morgans, & McKenna, 2014) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เป็น 2 เท่า (McLelland, McKenna, & Archer, 2013) การคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลจึงเป็นการคลอดฉุกเฉินที่มีการวางแผนว่าจะคลอดที่โรงพยาบาล แต่ไปไม่ทันทำให้มีการคลอดเกิดขึ้นที่บ้าน ที่ทำงาน ระหว่างการเดินทางโดยไม่มีความพร้อมด้านบุคลากรการแพทย์ จึงอาจทำให้มีผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีทั้งต่อมารดาและทารก

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีดังนี้

1. ครรภ์หลัง (พัฒนาวไล, ม.ป.ป.; วิทยา, 2551)

2. ไม่ฝากครรภ์ (พัฒนาวิไล, ม.ป.ป.)
3. มีประวัติการคลอดเร็วในครรภ์ก่อน (Loughney et al., 2006)
4. อายุครรภ์ก่อนครบกำหนดคลอด และน้ำหนักตัวน้อย (McLelland et al., 2014)
5. ปัญหาการเดินทาง (Loughney et al., 2006) บ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลทำให้คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล (วิทยา, 2551) ซึ่งจากรายงานวิจัยในประเทศออสเตรเลีย (Kildea, McGhie, Gao, Rumbold, & Rolfe, 2015) พบว่า ระยะทางที่ไกลจากสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล ในประเทศไทย จะเห็นว่าการคลอดก่อนมาโรงพยาบาลจะพบได้สูงในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากการจราจรติดขัด

อาการและอาการแสดง

มารดาส่วนใหญ่มีอาการเจ็บครรภ์ที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถคาดคะเนว่าจะคลอดจริงหรือไม่ และส่วนใหญ่มีอาการเจ็บครรภ์รุนแรง ในมารดาครรภ์หลังระบุว่าการเจ็บครรภ์ในการคลอดเร็วมีความแตกต่างจากครั้งก่อนๆ ที่คลอดปกติ (Vik et al., 2016) จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การคลอดก่อนถึงโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นการคลอดเร็วเฉียบพลัน มีการเจ็บครรภ์ที่ไม่รุนแรง เจ็บๆ หายๆ และหลังจากมีถุงน้ำแตกจะคลอดอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงเท่านั้น บางรายมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Alabi, O'Mahony, Wright, & Ntsaba, 2015)

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลกระทบของการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลต่อมารดาและทารก มีดังนี้

ผลกระทบต่อมารดา ได้แก่

1. ระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน (Loughney et al., 2006) บางรายรูดค้าง ต้องทำหัตถการล้วงรก (McLelland et al., 2013)
2. ตกเลือดหลังคลอด มีรายงานว่าพบอัตราการตกเลือดของมารดาที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 34 (McLelland et al., 2014) โดยพบว่า สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่มาจากระยะที่สามของการคลอดยาวนาน (Kildea et al., 2015)
3. ปากมดลูก และช่องทางคลอดฉีกขาด (McLelland et al., 2013) เพราะไม่มีการช่วยประคองเนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดขณะทารกคลอด

4. เสี่ยงต่อติดเชื้อเนื่องจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด และไม่ได้รับการเตรียมคลอดที่สะอาดปราศจากเชื้อ

5. ด้านจิตใจ มีความกลัวและวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด

ผลกระทบต่อการรก ได้แก่

1. อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) (Loughney et al., 2006) เป็นภาวะแทรกซ้อนของทารกจากการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลที่พบบ่อยที่สุด (McLelland et al., 2014; Kildea et al., 2015)

2. เม็ดเลือดแดงเข้มข้นกว่าปกติ (polycythemia) ซึ่งน่าจะมีสาเหตุจากการตัดสายสะดือช้ากว่าปกติ (พัฒนาชวไล, ม.ป.ป.; วิทยา, 2551; McLelland et al., 2013)

3. การติดเชื้อ (พัฒนาชวไล, ม.ป.ป.) จากสายสะดืออักเสบ โดยเฉพาะในรายที่มีการตัดสายสะดือด้วยอุปกรณ์ที่สะอาดไม่เพียงพอ ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล (วิทยา, 2551)

4. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (พัฒนาชวไล, ม.ป.ป.; วิทยา, 2551; Kildea et al., 2015)

5. เยื่อぶตาอักเสบ (วิทยา, 2551)

6. ต้องเข้ารับการรักษาเพื่อดูแลเป็นพิเศษในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit [NICU]) โดยพบว่า ต้องเข้ารับรักษาเพื่อการดูแลเป็นพิเศษมากกว่าเด็กที่คลอดในโรงพยาบาลประมาณ 2-6 เท่า (Kildea et al., 2015)

7. เสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด โดยเฉพาะในรายที่ครรภ์เกินกำหนด ทารกมีส่วนนำมดปกติ ครรภ์แฝด เพราะทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน และได้รับการช่วยเหลือไม่ทัน (วิทยา, 2551) ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกทำกัน (Vik et al., 2016) โดยอัตราการตายของทารกสูงกว่าการคลอดในโรงพยาบาล 6-11 เท่า (McLelland et al., 2013) โดยพบว่ามีอัตราการตายของทารกปริกำเนิดที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล 8.5-27.9 ต่อ 1,000 การคลอด

การตรวจวินิจฉัย

สามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการซักประวัติการเจ็บครรภ์ และการคลอดที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน ในห้องน้ำ ลานจอดรถ เป็นต้น ร่วมกับการตรวจสุขภาพมารดาและทารก ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารก

การป้องกันและรักษาสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การป้องกันและการรักษา สตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีดังนี้

การป้องกัน สามารถทำได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ บุคลากรสุขภาพควรให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะการเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง ให้ข้อมูลการเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดอยู่เสมอ โดยมีการเตรียมอุปกรณ์ สิ่งจำเป็นสำหรับการอยู่โรงพยาบาลให้พร้อม วางแผนการเดินทางให้ชัดเจนสำหรับผู้ที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาล หรืออยู่ในชุมชนที่การจราจรติดขัด โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีประวัติการคลอดเร็วในครรภ์ก่อน และให้มาฝากครรภ์ตามนัด นอกจากนี้ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการที่ช่วยเหลือการคลอดในภาวะฉุกเฉิน และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือการคลอดที่ปลอดภัยมากที่สุด

การรักษา การดูแลรักษาที่สำคัญ คือ การดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกให้ปลอดภัยโดยเร็วที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2002) เสนอแนะแนวทางการดูแลทารกดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือเรื่องภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของทารกโดยเร็ว
2. ตรวจสอบสภาพสายสะดือว่ามีการผูกเพื่อป้องกันเลือดออกจากทารกแล้ว
3. ตรวจสอบสภาพเบื้องต้น
4. ตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเก็บส่งตรวจจากสายสะดือ หู จมูก ปาก เป็นต้น
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (crystalline penicillin 50,000 IU/kg BD และ gentamicin 2.5 mg/kg BD)
6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะป้ายตาทั้งสองข้าง (1% tetracycline ointment)

สำหรับการดูแลช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอด มีการดูแลช่วยเหลือเช่นเดียวกับสตรีที่คลอดเร็ว เพราะมีลักษณะของความเสียว/แทรกซ้อนต่อสุขภาพใกล้เคียงกัน

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพการดูแลสุขภาพ: การรับรู้ความเสี่ยงต่อการคลอดเร็ว การดูแลตนเองเพื่อเตรียมคลอด ป้องกันการคลอดนอกโรงพยาบาล การมาฝากครรภ์ตามนัด และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือด และการติดเชื้อ เป็นต้น
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน การงดน้ำและอาหารทางปาก อาการขาดน้ำการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระดับน้ำตาลในเลือด
3. การขับถ่าย: การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การมีอุจจาระหรือปัสสาวะค้างอาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บบริเวณช่องคลอดทำให้ปัสสาวะลำบากหรือไม่
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินภาวะอ่อนเพลีย อ่อนล้า หรือไม่ มีเรี่ยวแรง การสูญเสียเลือดจากการคลอด อาจทำให้เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย
5. การพักผ่อนนอนหลับ: นอนหลับพักผ่อนได้หรือไม่ คุณภาพของการนอนหลับพักผ่อนเป็นอย่างไร มีอะไรที่ขัดขวางการนอนหลับพักผ่อน เช่น วิตกกังวล ปวดแผล เป็นต้น
6. สถิติปัญหาและการรับรู้: ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล และการรับรู้ภาวะสุขภาพของทารก รวมทั้งแผนการรักษา
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์อาจมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสบการณ์ในการคลอด และการโทษตัวเอง หรือบุคคลอื่นที่เป็นสาเหตุให้ต้องคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล และทารกต้องรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นต้น
8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดา สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และบุคลากรที่มสุขภาพ
9. เพศและการเจริญพันธุ์: การหดตัวของมดลูก การฉีกขาดของช่องทางคลอด ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์
10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ความเครียดความวิตกกังวลจากการที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกแรกเกิด และการปรับตัวต่อแผนการรักษา
11. คุณค่าความเชื่อ: สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ การให้คุณค่าต่อทารกในครรภ์ และการตั้งครรภ์ครั้งนี้ รวมถึงการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่เกิดขึ้นก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นต้น

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล (McLelland et al., 2013) มีดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ควรซักประวัติความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์และการคลอด หากมีประวัติการคลอดเร็วในครรภ์ก่อน ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด การวางแผนการเดินทางมาโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน โดยเมื่อเริ่มรู้สึกเจ็บครรภ์ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที การแก้ปัญหา และการขอความช่วยเหลือหากจำเป็นต้องคลอดนอกโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือได้เหมาะสม ทันที

2. ระยะหลังคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลควรให้การดูแล ดังนี้

2.1 หากทารกคลอดแล้ว แต่รกยังไม่คลอด และยังไม่ตัดสายสะดือ ให้รีบผูกสายสะดือด้วยยางรัด หรือวัสดุสำหรับผูกสายสะดือที่สะอาด ทำความสะอาดสายสะดือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และตัดสายสะดือด้วยกรรไกรที่สะอาดปราศจากเชื้อ

2.2 กรณีทารกคลอดแต่ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ให้ฉีกถุงน้ำคร่ำเพื่อป้องกันทารกสำลักน้ำคร่ำ

2.3 รีบเซ็ดตัวทารก ให้ความอบอุ่น ประเมินการหายใจ และดูสิ่งคัดหลั่งจากปากและจมูกของทารก หากทารกไม่หายใจ หรือหัวใจหยุดเต้นให้ช่วยฟื้นคืนชีพตามขั้นตอน

2.4 หากรกยังไม่คลอด ให้ช่วยทำคลอดรกตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ประเมินการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกกรณีรกคลอดสมบูรณ์แล้ว

2.5 รีบส่งมารดาและทารกไปยังโรงพยาบาล โดยส่งทารกไปยังห้องฉุกเฉิน หรือหออภิบาลทารกแรกเกิดตามความเหมาะสม ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

3. ระยะหลังคลอด เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ต้องมีการตรวจสอบสุขภาพของมารดาและทารกอย่างละเอียด เพื่อประเมินภาวะเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลของมารดาและทารก และช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การให้คำแนะนำและการดูแลทั่วไป เช่น เกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะคลอดเร็ว โดยเฉพาะการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการดูแลระดับประคองด้านจิตใจของมารดาและครอบครัว

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับสตรีที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการฉีกขาดของช่องทางคลอดจากการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

2. เสี่ยงต่อติดเชื้อเนื่องจากมีแผลฉีกขาดกะรุ่งกะริ่งบริเวณแผลฝีเย็บถึงทวารหนักจากการคลอดเร็ว

3. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีและการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ
4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด
5. ทารกมีโอกาสเกิดเสียชีวิตเนื่องจากอุณหภูมิกายต่ำ
6. ทารกหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองจากการตัดสายสะดือล่าช้า

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่คลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเนื่องจากทารกมีการหายใจไม่ดี และต้องรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ลูกยังหายใจไม่ดี ต้องส่งไปรักษาห้องเด็ก ไม่รู้เป็นไงบ้าง

O: มารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง สีหน้าเศร้า ตาแดงจากการร้องไห้

วัตถุประสงค์ มารดาคลายความวิตกกังวลและสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม
เกณฑ์การประเมินผล - สีหน้าสดชื่นขึ้น
- มีการเตรียมพร้อมไปเยี่ยมและดูแลลูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอด และครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและความจำเป็นของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
2. แนะนำการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง และมีความพร้อมที่จะไปเยี่ยมลูก พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติกรไปเยี่ยมทารกของโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาและครอบครัวรับทราบ และกระตุ้นให้มารดาไปเยี่ยมลูกเมื่อมีความพร้อม โดยให้ญาติมีส่วนร่วมพาไป
3. แนะนำมารดาให้บีบเก็บน้ำนมไว้ให้ลูกทุก 2-3 ชั่วโมง พร้อมบอกเหตุผล ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่ป่วย
4. ดูแลช่วยเหลืออย่างเอาใจใส่ และให้กำลังใจมารดาและครอบครัว
5. ช่วยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอ

สรุป

การคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการทุพพลภาพและเสียชีวิตโดยเฉพาะของทารก ส่วนมารดาที่มีความเสี่ยงที่สำคัญ คือ การตกเลือดหลังคลอด และการ

ติดเชื่อ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกตาม
มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนมาถึง
โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- พัฒนาวัลไล พิณฑุ์นันท์. (ม.ป.ป.). *ความชุกของภาวะแทรกซ้อนของทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า*. ค้นจาก www.thaipediatrics.org/abstract/24082006/monking.doc
- วิทยา วัฒนเรืองโกวิท. (2551). การคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล อุบัติการณ์และวิเคราะห์ย้อนหลัง 5 ปี ที่โรงพยาบาลโยธธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(ฉบับเพิ่มเติม 2), 369-78.
- Alabi, A. A., O'Mahony, D., Wright, G., & Ntsaba, M. J. (2015). Why are babies born before arrival at health facilities in King Sabata Dalindyebo Local Municipality, Eastern Cape, South Africa? A qualitative study. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7(1), 881. <http://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.881>
- Kildea, S., McGhie., A.C. Gao, Y., Rumbold, A., & Rolfe, M. (2015). Babies born before arrival to hospital and maternity unit closures in Queensland and Australia. *Women and Birth*, 28(3), 236-245. doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.003
- Loughney, A., & Rhona Collis AndSaleem, D. (2006). Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences. (Cover story). *British Journal of Midwifery*, 14(4), 204-208.
- Mama expert Team (2015). *คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล ทำอย่างไร*. ค้นจาก <http://www.mamaexpert.com/posts/content-775>
- McLelland, G., McKenna, L., Archer, F. (2013). No fixed place of birth: Unplanned BBAs in Victoria, Australia. *Midwifery*, 29(2), e19-e25 <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.002>
- McLelland, G. E., Morgans, A. E., & McKenna, L. G. (2014). Involvement of emergency medical services at unplanned births before arrival to hospital: a structured review. *Emergency Medicine Journal*, 31(4), 345-50. [doi:10.1136/emmermed-2012-202309](http://doi.org/10.1136/emmermed-2012-202309)
- Vik, E. S., Haukeland, G. T., & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10-15. doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.012

World Health Organization [WHO]. (2002). *Clinical Guidelines for Diagnosis and Treatment of Common Conditions in Kenya: Born before arrival (BBA)*. ค้นจาก <http://collections.infocollections.org/whocountry/en/d/Jh4329e/19.4.html#Jh4329e.19.4>

บทที่ 33

การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดกำหนดตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญทางสูติศาสตร์ เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกทุพพลภาพและเสียชีวิตได้สูง อุบัติการณ์ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ 10 ในสหรัฐอเมริกา (Tharpe, Farley, & Jordan, 2013) ร้อยละ 7 ในประเทศอังกฤษ (Wales, 2012) ซึ่งใกล้เคียงกับที่พบในประเทศไทยร้อยละ 9-10 (จรินทร์ทิพย์, 2554) ที่สำคัญพบว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตของทารกอย่างมาก (ชเนนทร์และธีระ, 2555) ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การดูแลรักษาและการพยาบาล จะช่วยให้สามารถดูแลทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิดได้ปลอดภัยยิ่งขึ้น

มโนทัศน์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ความหมาย

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour) หมายถึง ภาวะที่มีการเจ็บครรภ์ มดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ และมีการบางตัว หรือการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (จรินทร์ทิพย์, 2554) หากมีการเจ็บครรภ์สม่ำเสมอ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก เรียกว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคุกคาม (threatened preterm labour) (จรินทร์ทิพย์, 2554) ดังนั้น สถานการณ์ในคลินิกจะพบได้ทั้ง 2 ลักษณะ ดังกล่าว

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่

1. เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเอง โดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ร้อยละ 40 ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ (จรินทร์ทิพย์, 2554; Wales, 2012)
2. การคลอดก่อนกำหนดเมื่อมีข้อบ่งชี้จากการมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคไต และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์รุนแรง (Wales, 2012)
3. ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด พบร้อยละ 20 (พัญญา, 2553; Wales, 2012)

4. การคลอดก่อนกำหนดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด (พัญญ, 2553) ภาวะช้ำจากความดันโลหิตสูง มารดาติดเชื้อ และสายสะดือย้อย เป็นต้น (จรินทร์ทิพย์, 2554; Wales, 2012)

ปัจจัยเสี่ยงการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุน้อยกว่า 16 ปี มารดา น้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 กิโลกรัม มีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย เช่น โรคไต เบาหวาน เป็นต้น หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน (เพิ่มความเสี่ยงถึงร้อยละ 70) พบว่ามีประวัติการมีเลือดออกในครรภ์ก่อน มีความผิดปกติของมดลูก มีภาวะแทรกเสียง หรือภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ มารดามีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีความผิดปกติทางจิต การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และติดเชื้อเสพติด (จรินทร์ทิพย์, 2554; Wales, 2012) เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่ทราบพยาธิสรีรวิทยาแน่ชัด แต่เชื่อว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการที่ฮอโมนโปรเจสเตอโรนลดลง เอสโตรเจน ออกซิโตซิน และพรอสตาแกลนดิน เพิ่มขึ้น (มโนภรณ์, 2554) ผลจากการเปลี่ยนแปลงฮอโมนดังกล่าว ส่งผลให้ปากมดลูกนุ่ม ยืดขยายได้ง่าย และกระตุ้นให้มดลูกหดตัว ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

อาการและอาการแสดง

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีลักษณะการเจ็บครรภ์เหมือนการเจ็บครรภ์จริง คือมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก อาจมีอาการปวดถ่วงท้องน้อย คล้ายปวดประจำเดือน ปวดแหว่ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดถ่วงในช่องคลอด ผิเย็บและทวารหนัก ปวดเกร็งบริเวณท้องจากการบีบตัวของลำไส้ ท้องเสีย ถ่ายปัสสาวะบ่อย มีมูก มูกปนเลือด (ฉวี, 2555; ชเนนทร์และธีระ, 2555) ในรายที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ อาจมีตกขาว มีกลิ่นเหม็น และคันช่องคลอด (ศรีเกียรติ, 2555) ส่วนใหญ่พบสตรีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอาการท้องแข็งตึง และปวดถ่วงท้องน้อย

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก มีดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่

1. สตรีตั้งครรภ์ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ให้นอนบนเตียงเท่านั้น เพื่อลดการกระตุ้นของมดลูก ทำให้ไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. สตรีตั้งครรภ์อาจมีความเครียดและวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย การที่ต้องนอนโรงพยาบาล และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

3. อาจเกิดความรู้สึกไม่สบาย และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น ภาวะลมหายใจ หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ น้ำคั่งในปอด น้ำตาลในเลือดสูงจากการได้รับยากลุ่มเบตาอะดรีเนอร์จิก รีเซปเตอร์ อะโกนิส (beta-adrenergic receptor agonists) ได้แก่ เทอร์บูทาลิน (terbutaline) ซัลบูตามอล (salbutamol) แต่หากได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต จะมีอาการร้อนวูบวาบ ปากแห้ง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน น้ำคั่งในปอด เจ็บหน้าอก และความดันลดลงได้ (จรินทร์ทิพย์, 2554)

ผลกระทบต่อทารก (จรินทร์ทิพย์, 2554) ได้แก่

1. ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome/RDS) ภาวะเลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage [IVH]) การติดเชื้อในทางเดินอาหาร (necrotizing enterocolitis [NEC]) การติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) การชัก และเสียชีวิตในที่สุด

2. ภาวะแทรกซ้อนจากยา เนื่องจากยาผ่านรกได้ ยากลุ่มเบตาอะดรีเนอร์จิก ส่งผลให้หัวใจทารกเต้นเร็ว ภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกคลอด ตัวเหลือง และแคลเซียมต่ำ ยาแมกนีเซียมซัลเฟตอาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลง การหายใจของทารกถูกกดได้

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องมีการแยกจากการเจ็บครรภ์หลอก (Braxton Hicks) ซึ่งตามวิทยาลัยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists) ได้เสนอเกณฑ์ในการวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไว้ดังนี้ (จรินทร์ทิพย์, 2554; พัญูญ, 2553)

1. มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้ง ใน 60 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2. ปากมดลูกบางตัว อย่างน้อยร้อยละ 80

3. ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเกิด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการชักประวัติ สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการประเมินจาก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากตรวจพบในระยะแรก มีแนวทางการป้องกัน ได้แก่ การประเมินการหดตัวของมดลูก การให้ยาป้องกันการหดตัวของมดลูก การเย็บผูกปากมดลูก การ ให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาโปรเจสเตอร์โรน (พัญญู, 2553) การแก้ไขภาวะโลหิตจาง ทูโปซนาการ การ หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก และภาวะเครียดจัด (ชเนนทร์และธีระ, 2555) รวมถึงการงดมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 20-36 สัปดาห์ ในรายที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(จรินทร์ทิพย์, 2554) เป็นต้น การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเพื่อช่วยให้ การดูแลรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การรักษา

การดูแลรักษาเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นแล้ว มีแนวทาง ดังนี้

1. การหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการชักประวัติ และการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ได้แก่ complete blood count, cervical swab culture, urine analysis (จรินทร์ ทิพย์, 2554; Wales, 2012) รวมถึง การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อหาความผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝดน้ำ ครรภ์แฝด รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น (จรินทร์ทิพย์, 2554)

2. การประเมินอายุครรภ์และสุขภาพทารกในครรภ์ การทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน รวมถึงการ ทราบสภาวะทารกในครรภ์ จะช่วยให้การวางแผนการดูแลรักษามีความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น วิธีการ ประเมิน ได้แก่ การชักประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย การได้รับการตรวจยืนยันอายุครรภ์ตั้งแต่ไตรมาส แรกจะช่วยยืนยันอายุครรภ์ได้ การวัดปริมาณน้ำคร่ำ และการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (cardiotocography) (จรินทร์ทิพย์, 2554)

3. การรักษาด้วยยายับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolytic drugs) เพื่อยับยั้งการหดตัวของ มดลูก หรือยืดระยะเวลาของการคลอดออกไปอย่างน้อย 48 ชั่วโมง กรณีให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อยืด ระยะเวลาการคลอดก่อนส่งต่อ (จรินทร์ทิพย์, 2554) หรือยืดเวลาให้ทารกคลอดครบกำหนด 37 สัปดาห์ ยาที่ใช้บ่อยๆ ได้แก่ ไนฟิดิพิน (nifedipine) อินโดเมทาซิน (indomethacin) และเทอบูทาลิน (terbutaline)

ข้อห้ามการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

ข้อห้ามการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก โดยเฉพาะกลุ่มเบต้าอะดรีเนอร์จิก รีเซปเตอร์ อะ โทนิส (ชเนนทร์และธีระ, 2555) ได้แก่ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะคอ พอกเป็นพิษ และโรคตับรุนแรง

ข้อห้ามใช้อื่นๆ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ที่ต้องพิจารณาให้คลอด เช่น เลือดออกก่อนคลอด การติดเชื้อในโพรงมดลูก การติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ ทารกพิการ ทารกเจริญเติบโตช้า ในครรภ์ เป็นต้น (พัญญู 2553) รวมทั้งรายที่ปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร (ฉวี, 2555)

4. การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโตของปอดทารกทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ขึ้น โดยให้ในกรณีอายุครรภ์ก่อนครบ 34 สัปดาห์ (Mckinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill; 2013) โดยทั่วไปจะให้โดยการฉีดทางกล้ามเนื้อ 2 ครั้งใน 24 ชั่วโมง หรือ 4 ครั้ง ใน 48 ชั่วโมง ซึ่งพบว่ายาจะมีประสิทธิภาพดีภายหลังการฉีด 24 ชั่วโมงไปแล้ว (Ricci, 2013) ในปัจจุบันมีการแนะนำให้ใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในสตรีที่มีอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปแล้ว ด้วย โดยสามารถให้ได้ถึงก่อนครบ 37 สัปดาห์ ในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหากยังไม่เคยได้รับยานี้มาก่อน ในขณะที่ตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาระบบทางเดินหายใจของทารกแรกเกิด (American College of Obstetricians and Gynecologist [ACOG], 2017)

5. การให้สารน้ำและการให้ยานอนหลับ (พัญญู, 2553)

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพการดูแลสุขภาพ: การรับรู้ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะของทารกคลอดก่อนกำหนด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก การได้รับยากระตุ้นการเจริญเติบโตของปอด เป็นต้น

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน การดื่มน้ำและอาหารทางปาก อาการคลื่นไส้อาเจียน สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระดับน้ำตาลในเลือด

3. การขับถ่าย: การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: สัญญาณชีพ, อัตราการเต้นของหัวใจทารก ประเมินภาวะปอดบวมในรายที่ได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

5. การพักผ่อนนอนหลับ: นอนหลับพักผ่อนได้หรือไม่ คุณภาพของการนอนหลับพักผ่อนเป็นอย่างไร บางรายอาจจะนอนไม่หลับจากอาการใจสั่น มือสั่น หรือ แน่นหน้าอก จากยาที่ได้รับ

6. สถิติปัญญาและการรับรู้: ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก อาการไม่สุขสบายจากยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์อาจมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น ขาดความภาคภูมิใจในตนเองต่อแท้ รู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่มารดา/ภรรยา สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และบุคลากรที่มสุขภาพ

9. เพศและการเจริญพันธุ์: การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ระดับส่วนนำ ความบางของปากมดลูก ผนังน้ำร้ว/แตก หากการเปิดของปากมดลูกเกิน 3 เซนติเมตร การยับยั้งการหดตัวของมดลูกอาจจะไม่ได้ผล

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ความเครียดความวิตกกังวลจากการต้องนอนพักในโรงพยาบาล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมถึงการปรับตัวต่อความไม่สุขสบายหรืออาการข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงความเศร้าโศกหากทารกคลอดก่อนกำหนดทุพพลภาพหรือเสียชีวิต

11. คุณค่าความเชื่อ: สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ การให้คุณค่าต่อทารกในครรภ์ และเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมี 4 ลักษณะดังต่อไปนี้ (จรินทร์ทิพย์, 2554; ฉวี, 2555; ชเนนทร์และธีระ, 2555; พัญญู, 2553; Mckinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013)

การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มุ่งเน้นการคัดกรองความเสี่ยง และการให้ความรู้เป็นหลัก ดังนี้

1. การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากพบสตรีที่มีความเสี่ยงสูงให้ส่งพบแพทย์เพื่อดูแลรักษาตามสาเหตุ เช่น รักษาอาการติดเชื้อ การเย็บปากมดลูกกรณีปากมดลูกสั้น การให้ ยาโปรเจสเทอโรน (progesterone) เป็นต้น

2. การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังตัวอย่างงานวิจัยของ ทิพสุดา, จีระเนาว์, และศศิกานต์ (2554) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ การแจกคู่มือให้อ่าน ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ ในโปรแกรม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งพยาบาลสามารถนำงานวิจัยดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่ตั้งครรภ์เสี่ยงได้

3. การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง เพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดังนี้

3.1 ให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง ได้แก่ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ หรือปากมดลูกไม่แข็งแรง แนะนำให้นอนพัก งดทำงานหนัก อาจเริ่มตั้งแต่ก่อนอายุครรภ์ 25 สัปดาห์

3.2 สตรีที่มีภาวะทุพโภชนาการ แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และในรายที่มีภาวะโลหิตจางแนะนำรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

3.3 สตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนะนำให้งดหรือลดปริมาณลง รวมถึงใช้สารเสพติด เพราะจะส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.4 สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูง ได้แก่ มีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อน แนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุครรภ์ 20-36 สัปดาห์ เนื่องจากมดลูกจะหดตัวเมื่อมีความรู้สึกถึงจุดสุดยอด (orgasm) และแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตการหดตัวของมดลูกใน 2-3 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ ถ้ามดลูกหดตัวแม้จะไม่เจ็บครรภ์ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

3.5 แนะนำการทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงภาวะเครียดจัด

3.6 เน้นย้ำเรื่องการมาฝากครรภ์ตามนัด อาการและอาการแสดงของการคลอดก่อนกำหนด ถ้ามีให้มาโรงพยาบาลทันที และเตรียมคลอดในโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อมสำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

3.7 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวทางประยุกต์ใช้ผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ปิยนุช, ศศิกานต์, และโสเพ็ญ, 2555) ซึ่งพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การประเมินสิ่งเร้า และการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีขึ้นทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การป้องกันการติดเชื้อ และด้านการฝากครรภ์และการสังเกตอาการผิดปกติ

3.8 ก่อนการจำหน่ายสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พยาบาลอาจประยุกต์ใช้แนวทางการวางแผนก่อนจำหน่ายที่ใช้แนวคิด M-E-T-H-O-D มาให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้ในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ การสังเกตการหดตัวของมดลูก และการติดตามเย็บม (นวรรตน์และอาภรณ์, 2558) ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมห่วงการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

การพยาบาลกรณีสตรีตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรณีสตรีตั้งครรภ์มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้การพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ดังนี้

1. ยืนยันอายุครรภ์ที่ถูกต้องจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย การตรวจครรภ์ และจากประวัติการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง
2. รับไว้ในโรงพยาบาล ไม่ตรวจภายใน
3. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนการดูแลรักษา และแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Hoglund & Dykes, 2016) พบว่า การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้สตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
4. ตรวจสอบภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และหาสาเหตุการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแผนการรักษา เช่น การเจาะเลือด การเก็บปัสสาวะส่งตรวจและเพาะเชื้อ การเพาะเชื้อจากปากช่องคลอดและทวารหนัก การส่งตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นต้น
5. บันทึกสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก และติดตามการเต้นของหัวใจทารก (EFM)
6. ช่วยแพทย์ตรวจดูสภาพของถุงน้ำคร่ำโดยใช้เครื่องมือปราศจากเชื้อ (sterile)
7. ดูแลการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารก เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกในกลุ่มกระตุ้นเบต้าอะดรีเนอร์จิก ต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยเฉพาะในช่วงแรกที่มีการปรับอัตราการให้ยา ควรบันทึกชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ทุก 10 นาทีหลังจากนั้นจึงเปลี่ยนเป็น 30 นาที และ 1 ชั่วโมงเมื่ออัตราที่ให้ยาอยู่ในระดับคงที่แล้ว และต้องบันทึกเสียงหัวใจทารกในครรภ์ด้วย ถ้ามามากกว่า 180 ครั้ง/นาที ต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราหรือหยุดการให้ยา และต้องรายงานแพทย์ทันที ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มเป็น 120-140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันตัวบน (systolic) ลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ความดันตัวล่าง (diastolic) ลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที สตรีตั้งครรภ์มีอาการหายใจแบบสั้นๆ แน่นหน้าอก หรือเจ็บหน้าอก ต้องรายงานแพทย์ทราบ ในรายที่มีอาการดังกล่าว แพทย์อาจหยุด หรือปรับยาใหม่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการข้างเคียงของยาไม่มาก เช่น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย คลื่นไส้ แพทย์อาจลดปริมาณยาให้เล็กน้อย นอกจากนี้ พยาบาลต้องบันทึกปริมาณน้ำเข้าออก และฟังเสียงปอดอย่างน้อยทุก 6-12 ชั่วโมง

8. ดูแลให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกตามแผนการรักษา
9. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

การพยาบาลในระยะคลอด

เพื่อการดูแลให้ทั้งมารดาและทารกปลอดภัยมากที่สุด มีแนวทางการพยาบาล ดังนี้

1. ในรายที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ต้องเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกให้พร้อม และรายงานกุมารแพทย์
2. เตรียมสตรีตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในรายที่มีข้อบ่งชี้ได้แก่ ทารกอยู่ในภาวะอันตราย ทารกท่าก้น อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ทารกท่าขวาง หรือท่าเฉียง หรือมีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์อื่นๆ เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น
3. ในรายที่คลอดทางช่องคลอด ต้องลดการกระทบกระเทือนต่อทารกในขณะที่คลอด โดยตัดฝีเย็บให้กว้าง
4. กรณีมารดาได้รับยาแก้ปวด และยานอนหลับ ให้เฝ้าระวังการถูกกดทางเดินหายใจของทารก

การพยาบาลมารดาหลังคลอด

การพยาบาลในระยะหลังคลอด มีดังนี้

1. ภายหลังการคลอดควรส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก โดยเฉพาะในรายที่คะแนนแอฟการ์ปกติ (7-10 คะแนน) ถ้าลูกต้องอยู่หน่วยปริบาลทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน แนะนำให้มารดาไปเยี่ยมและให้นมมารดา ถ้าทารกดูดกลืนเองไม่ได้ แนะนำให้มารดาบีบนมใส่ภาชนะสะอาด หรืออุ้งเก็บน้ำนมไปให้พยาบาล เพื่อดูแลให้ทารกได้รับนมแม่ต่อไป
2. อธิบายและให้ข้อมูลการดูแลรักษามารดา แผนการรักษาของทารก ให้มารดา บิดาและญาติรับทราบ
3. ดูแลสภาพจิตใจของมารดา บิดาและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต ส่งหน่วยให้คำปรึกษากรณีที่มีมารดาและครอบครัวต้องการ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกหดตัวก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด
3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

4. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกหดรั้งตัวก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

ข้อมูลสนับสนุน

S: ปวดท้องบ่อย เหมือนตึ๊งๆ และหน่วงๆ ท้องน้อย
อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ จากการตรวจอัลตราซาวด์

O: มดลูกหดรั้งตัว I= 8-10 นาที D= 10-20 วินาที

วัตถุประสงค์ ยึดอายุครรภ์ออกไปให้นานที่สุด

เกณฑ์การประเมินผล - มดลูกหดรั้งตัวห่างออกจนไม่มีการหดรั้งตัว
- ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้นอนพักบนเตียงพร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเหตุผล และประโยชน์ของการนอนพัก พร้อมทั้งดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และการขับถ่ายปัสสาวะ

2. บันทึกการหดรั้งตัวของมดลูกทุก 30-60 นาที

3. งดตรวจภายใน งดสวนปัสสาวะ เพราะจะกระตุ้นให้ความก้าวหน้าของการคลอดมีมากขึ้น

4. หากถุงน้ำแตกต้องรีบรายงานแพทย์

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

6. ดูแลให้ได้รับยาบัยยั้งการหดรั้งตัวของมดลูก ตามแผนการรักษา

7. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับ ตามแผนการรักษา

8. ในรายที่มีการติดเชื้อดูแลให้ยาปฏิชีวนะ เช่น แอมพิซิลิน 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

9. ดูแลด้านจิตใจ และแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด เช่น การควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงของยาบัยยั้งการหดรั้งตัวของมดลูก (กลุ่มกระตุ้นเบต้าอะดรีนอร์จิก)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ไม่เคยได้รับยาบัยยั้งการหดรั้งตัวของมดลูก

O: มีแผนการรักษาให้ยา Bricanyl 2.5 มิลลิกรัม (5 amp) ผสมใน 5%

D/W 500 มิลลิลิตร (1 มิลลิลิตร = 5 ไมโครกรัม)

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล - อัตราการเต้นของหัวใจไม่มากกว่า 120 ครั้ง/นาที

- ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงไม่เกิน 20 มม.ปรอทและไดแอสโตลิก

ลดลงไม่เกิน 10 มม.ปรอท

- อัตราการหายใจไม่มากกว่า 30 ครั้ง/นาที

- ไม่มีอาการหายใจสั้นๆ แน่นหรือเจ็บหน้าอก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา

2. ประเมินสัญญาณชีพในระยะแรกทุก 10 นาทีหลังจากนั้นเป็น 30 นาที และ 1 ชั่วโมงเมื่ออัตรา
ยาที่ให้อยู่ในระดับคงที่แล้ว

3. ประเมินอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น ชีพจรเร็วกว่า 120 ครั้ง/นาที ภาวะน้ำตาล
ในเลือดสูง

4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก

5. ฟังเสียงปอดทุก 6-12 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดภาวะน้ำท่วมปอดจากยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

6. ถ้ามีอาการข้างเคียงของยาให้รีบรายงานแพทย์

สรุป

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่เสี่ยงต่อการทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารก การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยให้การดูแลรักษาถูกต้องเหมาะสม พยาบาลจึงควรตระหนักความสำคัญในการนำความรู้ ความเข้าใจ ไปประยุกต์ใช้เพื่อการให้ความรู้ แนะนำสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นแล้ว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารกมีความปลอดภัยมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. (2554). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, และ เต็นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 217-233). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ฉวี เบาทรวง. (2555). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 128-138). เชียงใหม่: ครอบช่างพริ้นท์ติ้ง.
- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง. (2555). การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด. ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 221-235). กรุงเทพฯ: ลักษมีรุ่ง.
- ทิพสุดา นุ่มมั่น, จีรเนาว์ ทศศรี, และศศิกานต์ กาละ. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม. *วารสารพยาบาล*, 60(2), 22-30.
- นวรรตน์ ไชยมณี, และอาภรณ์ คงช่วย. (2558). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(3), 114-127.
- ปิยะนุช เมฆฉาย, ศศิกานต์ กาละ, และโสเพ็ญ ชูนวน. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2555 เรื่อง Nursing Research and Innovation : Make It Easy*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ วันที่ 5-6 กันยายน 2555.สงขลา: โรงแรมไดมอนด์ พลาซ่า.
- พัญญา พันธุ์บุรณะ. (2553). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 92-130). กรุงเทพฯ:พิมพ์ดี.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2554). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, ปราชญาวดี ยมานันตกุล, ปราณี แสดคง, และวัจมัย สุข

- วนวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 60-81). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- Hoglund, E., & Dykes, A.-K. (2016). Living with uncertainty: A Swedish qualitative interview study of women at home on sick leave due to premature labour. *Midwifery, 29*(5), 468-473. doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.003
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Ricci, S .S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Tharpe, N. L., Farley, C. F. & Jordan, R. G. (2013). *Clinical practice guidelines for midwifery & women's health*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- The American College of Obstetricians and Gynecologist [ACOG]. (2017). Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation: ACOG committee opinion. Retrieved from <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Antenatal-Corticosteroid-Therapy-for-Fetal-Maturation?IsMobileSet=false>
- Wales, J. (2012). Pre-term labour. In S. Macdonald&J. Magill-Cuerden (Eds.). *Mayes' Midwifery* (14th ed., pp. 831-837). Bailliere Tindall: Elsevier.

บทที่ 34

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature Ruptured of Membrane, Preterm Premature Rupture of Membrane)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ภาวะน้ำคร่ำแตก รั่ว ก่อนการเจ็บครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนจากการที่สายสะดือถูกกดทับ ทารกติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิด และการทุพพลภาพของทารกแรกเกิด สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับผ้าตัดคลอดทางหน้าท้อง การติดเชื้อในโพรงมดลูก และเยื่อโพรงมดลูกอักเสบหลังคลอด (Tharpe, Farley, & Jordan, 2013) พบได้ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (Pillitteri, 2014) และอาจพบได้ร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (ชเนนทร์และธีระ, 2555) ดังนั้นการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกได้

มโนทัศน์ของภาวะน้ำคร่ำแตก รั่ว ก่อนการเจ็บครรภ์

ความหมาย

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (premature rupture of membrane [PROM]) หมายถึง ภาวะที่ถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือแตกก่อนที่จะเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่คำนึงถึงเวลาหรืออายุครรภ์ และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm premature rupture of membrane [PPROM]) หรือการเริ่มเจ็บครรภ์เมื่อถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (ชเนนทร์และธีระ, 2555; ปราชญาวดี, 2554)

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุที่แท้จริงของการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนการเจ็บครรภ์ยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่ามีปัจจัยส่งเสริมให้เกิด PROM (ชเนนทร์และธีระ, 2555; ปราชญาวดี, 2554) ได้แก่

1. การอักเสบติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำที่มีอยู่ก่อนแล้วอาจเป็นเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสซึ่งรวมทั้งการติดเชื้อซ่อนเร้นในน้ำคร่ำด้วย
2. การติดเชื้อที่ปากมดลูกหรือช่องคลอด อาจเป็นเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. ถุงน้ำคร่ำไม่แข็งแรงจากสาเหตุทางพันธุกรรม
5. ปากมดลูกไร้สมรรถภาพ (incompetent cervix) มีการเปิดของปากมดลูก การฉีกขาดหรือการบาดเจ็บที่ปากมดลูก

6. มดลูกที่มีความตึงตัวมาก พบในสตรีตั้งครรภ์แฝดและครรภ์แฝดน้ำ)
7. ทารกอยู่ในท่าที่ส่วนนำผิดปกติ ได้แก่ ท่าก้น ท่าขวาง
8. เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด หรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน
9. การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดรกเกาะต่ำ แท้งคุกคาม
10. เศรษฐฐานะไม่ดี
11. การสูบบุหรี่และดื่มเหล้า

พยาธิสรีรวิทยา

ถุงน้ำคร่ำในช่วงแรกของการตั้งครรภ์มีความแข็งแรง ต่อมาเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น เนื้อเยื่อถุงน้ำคร่ำจะถูกยึดออกจากการยึดขยายของมดลูก เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อที่ปากมดลูก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้มีการย่อยสลายของโปรตีน คอลลาเจนบริเวณเยื่อหุ้มถุงน้ำคร่ำลดลง ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงลดลง ส่งผลให้ถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตก (ธีระพงศ์, 2551; ปราชญาวดี, 2554; อุ๋นใจ, 2549)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือ มีน้ำใสๆ ออกจากช่องคลอด อาจจะมีปริมาณเล็กน้อยเลอะกางเกงใน เป็นวงใหญ่ๆ ออกมาเรื่อยๆ หรือปริมาณมากเปียกชุ่มผ้าอ้อม โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ แต่โดยปกติหลังน้ำคร่ำรั่วแตกไม่นานจะเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ตามมา

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

1. การติดเชื้อในโพรงมดลูก และเยื่อโพรงมดลูกอักเสบหลังคลอด หากได้รับการดูแลล่าช้าหรือไม่เหมาะสมทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องผ่าตัดมดลูก หรือเสียชีวิตได้
2. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
3. เกิดการคลอดก่อนกำหนดหลังจากเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ส่วนใหญ่จะมีการคลอดตามมาภายใน 24 ชั่วโมง

ผลกระทบต่อทารก

1. การคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกแรกเกิดมีปัญหาการหายใจลำบาก เนื่องจากปอดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ (Respiratory distress syndrome [RDS]) ภาวะเลือดออกในสมอง (intra ventricular hemorrhage [IVH]) และภาวะลำไส้เน่า (necrotizing enterocolitis [NEC]) (ชเนนทร์และธีระ, 2555) ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกพิการและเสียชีวิตในเวลาต่อมา

2. ทารกมีการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

3. ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากสายสะดือถูกกดทับจากการที่น้ำคร่ำลดน้อยลง หรือจากภาวะสายสะดือย้อย

4. ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ หรือมีความพิการแต่กำเนิด มักพบในกรณีที่มีถุงน้ำแตกตั้งแต่อายุครรภ์อ่อนๆ ทำให้ทารกอยู่ในสภาพที่น้ำคร่ำน้อยเป็นเวลานาน จึงถูกกดทับโดยผนังมดลูกจนทำให้ข้อต่อของทารกมีการหดเกร็ง ทารกมีความพิการเกิดขึ้น เช่น เท้าปุก เท้าแป หน้าท้องโหว่ เป็นต้น (ชเนนทร์และธีระ, 2555)

5. เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น สายสะดือย้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ (ชเนนทร์และธีระ, 2555) อาจเป็นอันตรายต่อทารก คือ ทารกตายปริกำเนิด และทารกพิการแต่กำเนิด

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกได้ แนวทางการตรวจวินิจฉัย มีดังนี้

1. การซักประวัติ ส่วนมากสตรีตั้งครรภ์มักให้ประวัติว่ามีน้ำใสๆ คล้ายปัสสาวะออกทางช่องคลอด ออกมาเรื่อยๆ บางรายมีปริมาณน้ำคร่ำออกมาไม่มากพอเป็นองก้างใน เป็นวงขนาดใหญ่ (น้ำคร่ำรั่ว) บางรายให้ประวัติน้ำคร่ำออกปริมาณมากชุ่มผ้าที่นุ่ง (น้ำคร่ำแตก) อย่างไรก็ตามการซักประวัติต้องวินิจฉัยแยกน้ำคร่ำรั่ว แตก กับสารคัดหลั่งทางช่องคลอด เช่น ตกขาว มูก มูกเลือด น้ำปัสสาวะ เป็นต้น (ชเนนทร์และธีระ, 2555; Mckinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013) ดังนั้นการซักประวัติที่ละเอียด และถูกต้อง จะช่วยให้ได้ข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้การดูแลช่วยเหลือถูกต้องและรวดเร็ว

2. การตรวจร่างกาย เมื่อสังเกตบริเวณปากช่องคลอด จะเห็นปากช่องคลอดเปื่อยขึ้น มักได้รับการใส่เครื่องมือปราศจากเชื้อ (sterile speculum) เข้าไปในช่องคลอด เพื่อสังเกตของเหลวบริเวณปากช่องคลอด โดยให้ผู้ป่วยไอ หรือออกแรงเบ่ง (cough test) หรือกดบริเวณยอดมดลูก จะเห็นน้ำใสๆ

ออกมาจากปากมดลูก (ธีระพงศ์, 2551; ชเนนทร์และธีระ, 2555; Mckinney et al., 2013) กรณีน้ำคร่ำออกมาน้อยอาจจะสังเกตไม่เห็น ต้องใช้การวินิจฉัยด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีที่เห็นน้ำคร่ำที่ช่องคลอดหรือปากมดลูกไม่ชัดเจน สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยนำของเหลวบริเวณแอ่งด้านหลังปากมดลูก (posterior fornix) มาตรวจตามขั้นตอนและวิธีการ ดังนี้

3.1 การตรวจความเป็นกรดและด่าง (ตรวจ pH หรือ nitrazine paper test) ปกติในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์มีค่าเป็นกรด (pH 4.5-6) แต่ น้ำคร่ำมีค่าเป็นด่าง (pH 7.0-7.5) เมื่อใช้กระดาษไนตราซีนสัมผัสกับน้ำในช่องคลอด กระดาษจะเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีฟ้าหม่นหรือสีน้ำเงินเข้ม เรียกว่าได้ผลบวก แต่หากกระดาษไม่เปลี่ยนสีแสดงว่าผลการทดสอบเป็นลบ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบอาจให้ผลบวกได้ในกรณีที่มีเลือดปน มีน้ำอสุจิ น้ำสบู่มาก ยาฆ่าเชื้อ หรือช่องคลอดอักเสบ (ธีระพงศ์, 2551; Pillitteri, 2014) ดังนั้นในการตรวจวินิจฉัยอาจใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย

3.2 ตรวจการตกผลึกรูปใบเฟิร์นของน้ำคร่ำ (fern test/arborization) เป็นการตรวจโดยใช้ไม้พันสำลีที่ป้ายน้ำคร่ำบริเวณด้านหลังปากมดลูกมาป้ายบนสไลด์ ทิ้งไว้จนแห้ง (5-7 นาที) แล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ หากเป็นน้ำคร่ำจริงจะเห็นผลึกเป็นรูปใบเฟิร์นซึ่งเป็นผลึกของเกลือโซเดียมคลอไรด์ที่อยู่ในน้ำคร่ำ (ธีระพงศ์, 2551) การทดสอบนี้จะมีผลลบลงได้ร้อยละ 5-30 กรณีปนกับเลือด ชี้เทา มูกจากปากช่องคลอด น้ำยาหล่อลื่น (ชเนนทร์และธีระ, 2555)

3.3 การย้อมสีด้วยสารเคมี (nile blue sulfate test) ตรวจโดยใช้น้ำจากแอ่งด้านหลังปากมดลูก 1 หยดผสมกับสารเคมี (1% nile blue sulfate) 1 หยดบนสไลด์ ปิดด้วยกระจกใสนำไปลงไฟเล็กน้อยเพื่อให้ติดสีดี แล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ หากเป็นน้ำคร่ำจะพบเซลล์ไขมันของทารกติดสีแสด ไม่มีนิวเคลียส เซลล์ที่เห็นอาจเป็นเซลล์เดี่ยว หรือเซลล์เป็นกลุ่มก็ได้ แต่หากเป็นเซลล์อื่นๆ เช่น เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เยื่อผนังช่องคลอดจะติดสีน้ำเงิน เป็นต้น ซึ่งวิธีการนี้ให้ผลแน่นอน ไม่มีผลบวก (ชเนนทร์และธีระ, 2555; ธีระพงศ์, 2551)

3.4 การตรวจสารเคมีของน้ำคร่ำที่รั่วออกมาในช่องคลอด (fetal fibronectin) เป็นการตรวจวิธีพิเศษทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสารโปรตีนในน้ำคร่ำ (ELISA) ให้ผลแม่นยำสูง แต่อาจให้ผลลบลงในกรณีมีชี้เทาปนน้ำคร่ำ (ชเนนทร์และธีระ, 2555; ธีระพงศ์, 2551)

3.5 การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) กรณีผลการซักประวัติและตรวจร่างกายไม่ชัดเจน อาจใช้วิธีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อดูปริมาณน้ำคร่ำในถุงน้ำคร่ำ หากตรวจพบมี

ปริมาณน้ำคร่ำน้อย แสดงว่าอาจจะเป็นน้ำคร่ำรั่ว หรือแตกจริง โดยใช้การวัดค่าบ่งชี้ของน้ำคร่ำ (AFI) รวมทั้งช่วยประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอนและตรวจดูความพิการของทารกได้ (ธีระพงศ์, 2551; Mckinney et al., 2013) การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ยืนยันภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

การรักษา

เมื่อวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริง การรักษา มีแนวทางเป็นขั้นตอน (ธีระพงศ์, 2551; ชเนนทร์และธีระ, 2555; Mckinney et al., 2013) ดังต่อไปนี้

1. รับไว้ในโรงพยาบาล
2. ตรวจสอบประวัติการตั้งครรภ์ จากการซักประวัติและเอกสารการฝากครรภ์เพื่อสอบถามประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย ประวัติการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ข้อมูลดังกล่าวใช้ยืนยันอายุครรภ์ที่แน่นอน ประกอบเป็นแนวทางตัดสินใจวางแผนการดูแลรักษา
3. ตรวจหน้าท้องเพื่อหาส่วนนำ คะเนขนาดของทารก ฟังเสียงหัวใจทารก หากยังสงสัยเกี่ยวกับอายุครรภ์และขนาดของทารก ควรตรวจยืนยันด้วยการใช้เครื่องอัลตราซาวด์
4. หลีกเลี่ยงการตรวจภายใน และการตรวจทางทวารหนัก เพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าไปในโพรงมดลูก
5. วางแผนการรักษา ซึ่งต้องพิจารณาจากปัจจัย 2 ประการ คือ การติดเชื้อ และ อายุครรภ์ของทารก
 - 5.1 กรณีที่มีการติดเชื้อ จะมีการเพาะเชื้อดูว่าเป็นเชื้อชนิดใด และให้ยาปฏิชีวนะในรายที่อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (ปราชญาวดี, 2554; สุปราณี, 2546) หากมีอาการ หรืออาการแสดงว่าติดเชื้อ หรือตรวจยืนยันว่ามีการติดเชื้อในโพรงมดลูก เช่น มดลูกกดเจ็บ น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น สีขุ่น เจ็บเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจทารกเร็วกว่าปกติ เป็นต้น หรือมีหลักฐานที่แสดงว่าทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายจากสายสะดือถูกกดทับ เนื่องจากภาวะน้ำคร่ำน้อยลง แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็ว เช่น แอมพิซิลลิน (ampicillin 2 gm) ทุก 4-6 ชั่วโมง ร่วมกับเจนตาไมซิน (gentamicin 1.5 mg/kg) ทางหลอดเลือดดำ และมักตัดสินใจให้คลอดโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ (ชเนนทร์และธีระ, 2555; ธีระพงศ์, 2551) ซึ่งการตัดสินใจว่าจะให้คลอดทางช่องคลอดหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องขึ้นอยู่กับ อายุครรภ์ ทำทารก ขนาดของทารก และความพร้อมของปากมดลูก

5.2 กรณีที่ไม่มีการติดเชื้อ มีแนวทางการรักษา (ชเนนทร์และธีระ, 2555) ดังนี้

5.2.1 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์หรือมากกว่า ให้คลอด หรือชักนำการคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5.2.2 อายุครรภ์ 32-33 สัปดาห์ ดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ป้องกันการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่แนะนำให้กลูโคติคอร์สเตียรอยด์ และยายับยั้งการหดตัวของมดลูกในรายที่มีภาวะน้ำคร่ำแตก

5.2.3 อายุครรภ์ 24-31 สัปดาห์ ดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ป้องกันการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์ ให้กลูโคติคอร์สเตียรอยด์ 1 คอร์ส ส่วนใหญ่ไม่แนะนำให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก

5.2.4 อายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และสามีถึงทางเลือกในการดูแล ติดตามอย่างใกล้ชิด หรือชักนำการคลอด ไม่แนะนำให้กลูโคติคอร์สเตียรอยด์และยายับยั้งการหดตัวของมดลูก และไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อยืดอายุครรภ์

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

การประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพการดูแลสุขภาพ: การรับรู้ภาวะเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ การดูแลสุขภาพและทารกในครรภ์เมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ การดูแลสุขภาพตามแผนการรักษา เช่น การได้รับยากระตุ้นการคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ปริมาณและสารอาหารที่รับประทานเป็นประจำ การงดน้ำงดอาหาร การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุณหภูมิของร่างกาย

3. การขับถ่าย: การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ อาการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: การนอนพักบนเตียง การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

5. การพักผ่อนนอนหลับ: คุณภาพและปริมาณของการพักผ่อนนอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้: ความเจ็บปวด ปริมาณ ลักษณะน้ำคร่ำที่ออกทางช่องคลอด

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: ภาพลักษณ์ความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: สัมพันธภาพกับสามีและบุคคลในครอบครัวความขัดแย้งในบทบาท รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม

9. เพศและการเจริญพันธุ์: การหดตัวของมดลูก ปริมาณ ลักษณะ สีและกลิ่นของน้ำคร่ำ สภาพทารกในครรภ์ การมีเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ รวมถึงวิธีการที่ใช้ในการเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล

11. คุณค่าความเชื่อ: สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การให้คุณค่าต่อทารกในครรภ์

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

หลักการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติดูแลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

มีแนวทางการดูแลเพื่อประคับประคองให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป ดังนี้

1. ดูแลให้อ่อนพริ้วผ่อนคลาย ห้ามลุกเดินโดยไม่จำเป็น พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล เพราะการลุกเดินจะส่งผลให้มดลูกหดตัวทำให้เกิดการเจ็บครรภ์มากขึ้นและคลอดก่อนกำหนดได้ และในรายที่ส่วนน้ำยังไม่เข้าสู่ช่องเชิงกราน อาจส่งผลให้สายสะดือย้อยและถูกกดทับ ทำให้ทารกขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้

2. งดการตรวจภายในทางช่องคลอด หรือทวารหนัก ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์วินิจฉัยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดโดยการซักประวัติดูปริมาณน้ำคร่ำที่เปื้อนผ้าปูหรือกระโปรง เตรียมเครื่องมือตรวจ บอกให้สตรีตั้งครรภ์นอนหงายชันเข่าและไอ หรือแบ่งเพื่อดูว่ามีน้ำคร่ำไหลออกมาหรือไม่

3. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ รักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเปลี่ยนผ้าซับน้ำคร่ำเมื่อชุ่ม พร้อมทั้งทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย

4. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตสิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางช่องคลอด ปริมาณ สีของน้ำคร่ำ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น แสดงถึงการติดเชื้อ

5. ติดเครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกทุก 1/2-1 ชั่วโมงขณะพัก รักษาในโรงพยาบาล กรณีกลับไปพักที่บ้านแนะนำมารดาสังเกตการดิ้นของทารก และการฝากครรภ์ตามนัด

6. อธิบายข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา สนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจ

การพยาบาลระยะคลอด

มีแนวทางการดูแลเพื่อให้การคลอดสิ้นสุดลง โดยมารดาและทารกปลอดภัย ทารกไม่เกิดการติดเชื้อ และไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ดังนี้

1. ตรวจภายในเมื่อจำเป็นและใช้หลักปราศจากเชื้อให้มากที่สุด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการคลอดตามแผนการรักษา ส่วนใหญ่จะได้รับยาออกซิโตซิน ประเมินการหดตัวของมดลูก และความก้าวหน้าของการคลอด ปกติคลอดภายใน 24 ชั่วโมง

3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ถ้าอุณหภูมิมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์

4. รักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ แนะนำเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง หรือเปลี่ยนผ้าซับน้ำคร่ำเมื่อชุ่ม พร้อมทั้งทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายทุกครั้ง

5. ใส่ผ้าซับน้ำคร่ำเพื่อสังเกตปริมาณ สี และกลิ่นของน้ำคร่ำ หากมีสีขี้เทาปนในน้ำคร่ำแสดงว่าทารกเริ่มมีภาวะขาดออกซิเจน ให้รายงานแพทย์

6. ดูแลติดตามบันทึกการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกทุก 30-60 นาที ควรติดตามประเมินด้วยเครื่องตรวจการหดตัวของมดลูกและติดตามการเต้นของหัวใจทารก (EFM) อย่างต่อเนื่อง

7. ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ส่งตรวจเลือด ปัสสาวะ ให้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

8. เตรียมสตรีตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น มีภาวะทารกขาดออกซิเจน มีการติดเชื้อ สายสะดือพลัดต่ำ หรือสายสะดือถูกกดเนื่องจากมีน้ำคร่ำน้อย

9. ดูแลสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เช่น เผชิญกับการเจ็บครรภ์ ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น เพราะหากปล่อยให้สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ หรือระยะคลอด ต้องเผชิญกับความรู้สึกด้านลบ จะส่งผลต่อการมีประสบการณ์ในการคลอดที่ไม่ดี และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ (Gausia, Ryder, Ali, Fisher, Moran, & Koblinsky, 2012) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจ

การพยาบาลระยะหลังคลอด

มีแนวทางเพื่อป้องกันการติดเชื้อดังนี้

1. สังเกตลักษณะสีและกลิ่นของน้ำคาวปลา หากน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ปริมาณน้ำคาวปลาไม่ลดลง หรือมีปริมาณเพิ่มขึ้น แสดงถึงการติดเชื้อ

2. วัดระดับมดลูกทุกวัน ปกติจะลดระดับ วันละครึ่งถึงหนึ่งนิ้ว และคลำไม่พบทางหน้าท้องหลังคลอดสิบวันไปแล้ว หากมีความผิดปกติต้องตรวจหาสาเหตุ และส่งพบแพทย์

3. ขณะอยู่โรงพยาบาลตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำมารดาสังเกตอาการติดเชื้อของตนเอง หากพบอาการอาการแสดงของการติดเชื้อให้รายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา

4. ให้ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ แนวทางการป้องกันและรักษาการติดเชื้อ การรับประทานยา ปฏิชีวนะ

5. สนับสนุนด้านจิตใจ มารดามักจะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารก ในครรภ์ พยาบาลต้องเข้าใจความรู้สึกและยอมรับการแสดงออกของมารดาและครอบครัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา และให้ความรู้ในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกเป็นระยะเวลานาน
2. การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการรักษา
3. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา
4. โศกเศร้าเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤติ

ตัวอย่างแผนการพยาบาลภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์และทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตก เป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ถุงน้ำคร่ำแตกมากกว่า 8 ชั่วโมง

O: อุณหภูมิร่างกายปกติ

อ่อนเพลีย

เกณฑ์การประเมินผล - อุณหภูมิปกติ

- เสียงหัวใจทารกปกติ 120-160 ครั้ง/นาที

- น้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. ติดตามประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 4 ชั่วโมง หรือต่อเนื่องในช่วงที่ยังมีน้ำคร่ำออก (on EFM)
3. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นของน้ำคร่ำ ระวังภาวะสายสะดือย้อยในรายที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด และศีรษะยังไม่เคลื่อนสู่อุ้งเชิงกราน
4. ดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ใส่ผ้าซับน้ำคร่ำและเปลี่ยนทุกครั้งเมื่อชุ่มหรือหลังขับถ่าย
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
6. ติดตามผลการเพาะเชื้อ และผลการตรวจเลือดจำนวนเม็ดเลือดขาว
7. อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว รับทราบสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการรักษา
8. ในรายที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ดูแลช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาปวดตามความเหมาะสม
9. เตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในรายที่มีน้ำคร่ำแตกเกิน 48 ชั่วโมงแล้วยังไม่คลอด โดยการทำความสะอาดหน้าท้อง โกนขน งดน้ำงดอาหาร เตรียมเจาะเลือดหาหมู่เลือดและจางเลือด
10. สนับสนุนดูแลด้านจิตใจ สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลที่ต้องการและดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

สรุป

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ รวมถึง ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในครรภ์ก่อนครบกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีการประเมินสภาพที่ถูกต้องชัดเจน จะช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็ว มารดาและทารกได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างถูกต้องรวดเร็ว การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

- ชเนนทร์ วนาภีรักษ์, และธีระ ทองสง. (2555). ภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์. ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 230-235). กรุงเทพฯ: ลักขมีลักข.
- ธีระพงษ์ เจริญวิทย์. (2551). ภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์. ใน ธีระพงษ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ ศักนันทน์ มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 330-340). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮาส์.
- ปราชญาตี ยมานันตกุล. (2554). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนกำหนด. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, ดวงหทัย ศรีสุจริต, ปราชญาตี ยมานันตกุล, ปราณี แสสดคง, และวิัจฉัย สุขวนวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 45-57). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2551). ภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนครรภ์ครบกำหนด. ใน อุ๋นใจ กอนันตกุล. (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (หน้า 218-242). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- Gausia, K., Ryder, D., Ali, M., Fisher, C., Moran, A., & Koblinsky, M. (2012). Obstetric Complications and Psychological Well-being: Experiences of Bangladeshi Women during Pregnancy and Childbirth. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 30(2), 172–180.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Tharpe, N. L., Farley, C. F. & Jordan, R. G. (2013). *Clinical practice guidelines for midwifery & women's health*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

บทที่ 35

การพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด (Post Term, Prolonged Pregnancy)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของการตั้งครรภ์เกินกำหนดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนดตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนดได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลในสถานการณ์ตัวอย่างได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของการตั้งครรภ์เกินกำหนด
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด

การพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด

การตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นภาวะเสี่ยงอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเสี่ยงต่อทารกที่มากขึ้นตามอายุครรภ์ที่เกินกำหนดมากขึ้น ได้แก่ ทารกน้ำหนักน้ำคร่ำ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ (McGeown, 2012) และบางรายงานกล่าวว่าพบร้อยละ 3-12 (Pillitteri, 2014) ดังนั้นอุบัติการณ์การตั้งครรภ์เกินกำหนด พบได้ประมาณ ร้อยละ 3-12 สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์น้อยลงเพราะมักได้รับการดูแลให้คลอดก่อนเกินกำหนด

มโนทัศน์ของการตั้งครรภ์เกินกำหนด

ความหมาย

การตั้งครรภ์เกินกำหนด (post term, prolonged pregnancy, or postdate) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์หรือมากกว่า 294 วันนับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (McGeown, 2012; Pillitteri, 2014) หรือการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์หรือ 280 วันนับจากวันตกไข่ (ชเนนทร์และธีระ, 2555)

ทารกคลอดเกินกำหนด (postmaturity, postmaturity syndrome and dysmaturity) หมายถึง ลักษณะของทารกที่คลอดหลังอายุครรภ์ 42 สัปดาห์ หรือมีลักษณะของการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation) กล่าวคือ ผิวหนังแห้งแตก เหี่ยวยุ่น และหลุดลอก เนื่องจากสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง มีซีเทาเคลือบติดตามตัว รูปร่างผอม มีลักษณะขาดสารอาหาร แต่ตื่นตัว (alert) หน้าตาดูแก่กว่าเด็กทั่วไป และเล็บยาว (อรพิน, 2557) การประเมินจากลักษณะดังกล่าวของทารก จึงเป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยทารกคลอดเกินกำหนด

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง มีได้จากหลายประการ ได้แก่ ครรภ์แรก มีประวัติครรภ์เกินกำหนดในครรภ์ก่อน ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิดซ้ำ 2-3 เท่า ทารกเพศชาย สตรีตั้งครรภ์อ้วน ความผิดปกติของทารก เช่น ทารกไม่มีสมองและกะโหลกศีรษะ (anencephaly) ต่อมหมวกไตฝ่อ ไม่มีต่อมใต้สมอง การทำงานของรกผิดปกติ และการตั้งครรภ์ในช่องท้อง (ชเนนทร์และธีระ, 2555) นอกจากนี้ อาจเกิดจากการที่มารดาได้รับยาซาลิไซเลต (salicylates) เพื่อรักษาอาการปวดศีรษะจากไซนัสอักเสบ หรือรักษาข้ออักเสบรูมาตอยด์

(Pillitteri, 2014) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่สุด คือ การนับอายุครรภ์ที่ผิดพลาด (Galal, Symonds, Petraglia, & Smith, 2012) ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงของการคลอดเกินกำหนดจากปัจจัยดังกล่าว

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์เกินกำหนด ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากรกขาด เอนไซม์ซัลฟาเตส (sulfatase) มีผลทำให้ระดับเอสโตรเจนต่ำกว่าการตั้งครรภ์ปกติ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกทำให้ปากมดลูกไม่สุก (สมสิญจน์และบุรยา, 2551) หรือไม่พร้อมสำหรับการคลอด

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง ได้แก่ ตรวจพบมดลูกมีขนาดเล็กลง ปริมาณน้ำคร่ำน้อยทำให้คลำพบทารกชัดเจน น้ำหนักมารดาลดลงมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของการตั้งครรภ์ ทารกตื่นน้อยลง และในระยะคลอดตรวจภายในอาจพบรอยต่อกระดูกศีรษะทารกแข็ง แต่ไม่มีการเกยกันของกระดูกศีรษะ (ศรีเกียรติ, 2555)

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก มีดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดยากเนื่องจากทารกตัวโตในรายที่รกยังเจริญปกติ รอยต่อกระดูกศีรษะแข็งและไม่มีการเกยกัน ทำให้การเคลื่อนต่ำของส่วนนำล่าช้า ทำให้ระยะที่ 1 และที่ 2 ของการคลอดล่าช้า (ศรีเกียรติ, 2555) และเมื่อส่วนนำออกมาได้ อาจมีการคลอดติดไหล่ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด เช่น เครื่องดูดสุญญากาศ หรือผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ อาจเกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลในระยะคลอด ทำให้สารแคทิตโคลามีนหลั่งออกมา ซึ่งส่งผลให้มดลูกหดตัวและการคลอดล่าช้าไปอีก นอกจากนี้ สตรีหลังคลอดยังเสี่ยงต่อการตกเลือด ในระยะที่ 2 และระยะต่อมา เนื่องจากการคลอดที่ยาวนานทำให้มดลูกอ่อนล้า หดตัวไม่ดี หรืออาจเป็นผลมาจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น ช่องทางคลอดฉีกขาดมากกว่าปกติ ส่งผลให้มีการตกเลือดจากแผลฉีกขาดดังกล่าว นอกจากนี้ ภาวะน้ำคร่ำน้อย อาจทำให้ระยะการคลอดนาน อาจทำให้มารดาอ่อนล้า และหากสภาพทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเสี่ยง หรือค้ำขั้น อาจส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้มารดาเครียด หรือวิตกกังวลได้

ผลกระทบต่อการทารก การที่ทารกอยู่ในครรภ์นานกว่าการตั้งครรภ์ปกติ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปัญหาอันตรายต่อทารก ได้แก่ ทารกเกิดภาวะค้ำขั้ว และสำลักซี่เทา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สามารถตรวจพบได้ก่อนคลอด จากเครื่องตรวจการหดตัวของมดลูกและติดตามการเต้นของหัวใจทารก (EFM) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ อาจตรวจพบภาวะ late deceleration (เกิดจากรกเสื่อม), variable deceleration (เกิดจากน้ำคร่ำน้อย สายสะดือถูกกดบ่อย) และปัญหาทารกสำลักน้ำคร่ำ (ชเนนธ์และธีระ, 2555; Pillitteri, 2014) ส่งผลให้ทารกอาจตายปริกำเนิดได้ สามารถสรุปผลกระทบต่อการทารกได้ ดังนี้

1. รกมีการเสื่อมสภาพ (uteroplacental insufficiency [UPI]) และน้ำคร่ำน้อย รกมักจะเปลี่ยนสภาพเป็นเกรด 3 เลือดไปเลี้ยงน้อยลง (ชเนนธ์และธีระ, 2555) ทำให้ขาดออกซิเจน ขาดน้ำและสารอาหาร เกิดปัญหาทารกมีภาวะค้ำขั้ว (fetal distress) โดยเฉพาะในระยะคลอด (Pillitteri, 2014) ส่งผลให้อัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น

2. ทารกตัวโต (macrosomia) ทารกที่อยู่ในครรภ์เกินกำหนด ร้อยละ 2.5-10 มีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ และโตกว่าทารกปกติ เพราะรกยังทำงานปกติ ทำให้คลอดยาก การคลอดติดไหล่ ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (ชเนนธ์และธีระ, 2555; Pillitteri, 2014) ปัญหาระหว่างการคลอดดังกล่าวอาจเกิดอันตรายต่อทารก เช่น ภาวะเลือดออกที่เยื่อหุ้มสมองใต้กะโหลกศีรษะ (cephalhematoma) กระดูกหัก และบาดเจ็บต่อเส้นประสาทเบรเคียลเพลกซัส (brachial plexus) (อรพิน, 2557) อาจส่งผลให้ทารกพิการแต่กำเนิด

3. ทารกมีปัญหาหยุดการเจริญเติบโตในครรภ์ หรือ เจริญเติบโตช้าในครรภ์ (dysmaturity) โดยพบว่า ร้อยละ 20 ของทารก มีปัญหาการเจริญเติบโตหยุดชะงัก พบลักษณะทารกคือ ผิวแห้งแตก เหี่ยว ย่น จากการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง ผิวหนังหลุดลอก ทารกมีลักษณะขาดอาหารแต่ตื่นตัว อาจมีสำลักซี่เทา เขียวเหลืองเคลือบตามตัว บนเยื่อหุ้มรกและสายสะดือ (ชเนนธ์และธีระ, 2555; อรพิน, 2557)

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ คือ การหาอายุครรภ์ที่แน่นอน วิธีที่ทำได้ง่ายและถูกต้องมาก คือการซักประวัติอายุครรภ์จากประจำเดือนครั้งสุดท้าย แต่อาจจะวินิจฉัยยากขึ้น หากประจำเดือนไม่แน่นอน ไข่ตกไม่สม่ำเสมอ รับประทานยาคุมกำเนิดอยู่ (ชเนนธ์และธีระ, 2555) หรือคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอยู่แต่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น จึงต้องอาศัยข้อมูลจากหลายๆ ส่วนมาประกอบในการวินิจฉัยครรภ์เกินกำหนด ดังนี้

1. ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้

2. อาการและอาการแสดง ได้แก่ ตรวจภายในเพื่อประเมินขนาดของมดลูก มารดาารู้สึกว่ามีการดิ้นของทารกในครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ในครรภ์แรก 18-20 สัปดาห์ในครรภ์หลัง การได้ยินเสียงหัวใจทารกต้นด้วยการฟังจากหูฟังเป็นครั้งแรกประมาณ 18-20 สัปดาห์ การวัดระดับมดลูก มารดาารู้สึกว่าท้องลด (lightening) อาการที่บอกว่าอย่างน้อยน่าจะครบกำหนดคลอด ได้แก่ น้ำหนักตัวคงที่หรือลดลง ตรวจทางหน้าท้องพบปริมาณน้ำคร่ำลดลง การตรวจภายในพบปากมดลูกนุ่ม (ชเนนซ์และธีระ, 2555) และในครรภ์เกินกำหนดมักพบมีสีซีเทาปนในน้ำคร่ำ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กล่าวคือ การทดสอบการตั้งครรภ์ได้ผลบวก และการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อยืนยันอายุครรภ์ (ตรวจขณะอายุครรภ์ 20-30 สัปดาห์ มีความแม่นยำสูง) (ชเนนซ์และธีระ, 2555) ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้วเชื่อว่าผลการตรวจยืนยันอายุครรภ์จากการอัลตราซาวด์มีความแม่นยำมากที่สุด (McGeown, 2012) นอกจากนี้ในครรภ์เกินกำหนด การตรวจอัลตราซาวด์จะพบปริมาณน้ำคร่ำน้อย (AFI < 5 เซนติเมตร หรือไม่มีช่องน้ำคร่ำที่ลึกกว่า 1-3 เซนติเมตร) และพบแคลเซียมเกาะที่รกบ่งชี้ว่ารกเสื่อม (สมสิญจน์และบุรยา, 2551) การตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เกินกำหนด

การรักษา

การตั้งครรภ์เกินกำหนดสามารถป้องกันได้ หากมีการตรวจวินิจฉัยอายุครรภ์ได้ตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก และหากมีการตรวจอัลตราซาวด์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ จะช่วยลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์เกินกำหนดลงได้ร้อยละ 4 และการเลาะถุงน้ำคร่ำ (membrane stripping) เมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ ช่วยลดการตั้งครรภ์เกินกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ (ชเนนซ์และธีระ, 2555) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาเป็นที่ยอมรับกันว่า การกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดในช่วง 40-42 สัปดาห์จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด และลดอัตราการผ่าตัดคลอด (Galal, Symonds, Petraglia, & Smith, 2012). แต่หากการตั้งครรภ์เกินกำหนดเกิดขึ้นแล้วสามารถแบ่งการรักษาตามการทราบอายุครรภ์เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. กรณีทราบอายุครรภ์แน่นอน

กรณีที่ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน ส่วนใหญ่จะชักนำให้เกิดการคลอดในช่วงอายุครรภ์ 41-42 สัปดาห์ (near post-term) ภายใต้การประเมินอัตราการดิ้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง หากปากมดลูกยังไม่นุ่มมักใช้ยาพรอสตาแกลนดิน ชนิดรับประทาน หรือเหน็บทางช่องคลอด เพื่อให้ปากมดลูกนุ่ม บางตัว ยืดขยายได้ง่าย และมีการหดตัวของมดลูก ก่อนชักนำการคลอดด้วยยาออกซิโทซินต่อไป (ชเนนซ์

และธีระ, 2555; สายพิณ, 2553; Pillitteri, 2014) ซึ่งพบว่า การชักนำการคลอดช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอด ไม่มีผลเสียต่อทารก และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (ชเนนธ์และธีระ, 2555) จะเห็นได้ว่า การผ่าตัดคลอดไม่ใช่ทางออกแรกของการตั้งครรภ์เกินกำหนด

2. กรณีไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน

ในกรณีที่ไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ทันทีไม่ใช่แนวทางการรักษาที่ถูกต้อง เพราะอาจทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดได้ การรักษาที่เหมาะสม คือ การเฝ้าระวังและติดตามสภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด (nonstress test, contraction stress test) การตรวจสุขภาพทารกทางชีวฟิสิกส์ (biophysical profile [BPP]) สัปดาห์ละสองครั้งไป จนกระทั่งเจ็บครรภ์คลอด หรือแน่ใจว่าครรภ์เกินกำหนดแน่นอน จึงจะชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ (ชเนนธ์และธีระ, 2555) การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ที่สงสัยเป็นการตั้งครรภ์เกินกำหนด

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด

แนวทางการประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพการดูแลสุขภาพ: การรับรู้ภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกต่อการตั้งครรภ์เกินกำหนดและการรับรู้ต่อแผนการรักษา เช่น การคลอดยาก การกระตุ้นการคลอด และวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เกินกำหนด เช่น การนับลูกดิ้น การสังเกตลักษณะ ปริมาณของน้ำคร่ำ

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน การดื่มน้ำ อาหารในรายที่เสี่ยงต่อภาวะคลอดยาก อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปากแห้ง หิวน้ำ หากเจ็บครรภ์คลอดอยู่นาน รวมถึงสารน้ำที่ได้รับเพียงพอหรือไม่

3. การขับถ่าย: การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะในแต่ละวัน ภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางความก้าวหน้าของการคลอด

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและงานอาชีพ ในระยะคลอดหากถุงน้ำยังไม่แตก สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เพื่อให้การคลอดมีความก้าวหน้า

5. การพักผ่อนนอนหลับ: นอนหลับพักผ่อนได้หรือไม่คุณภาพของการนอนหลับพักผ่อนเป็นอย่างไร ในระยะหลังคลอดอาจมีอาการปวดแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดมากกว่าปกติ หรือแผลผ่าตัดทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อกรนอนหลับพักผ่อนได้

6. สถิติปัญหาและการรับรู้: ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและการตอบสนอง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินการรับรู้รสรับกลิ่น ความเจ็บปวด หากสูญเสียเลือดมาก อาจมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลมได้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เช่น ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ประสบการณ์การคลอดด้านลบ
8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว
9. เพศและการเจริญพันธุ์: ประวัติประจำเดือน ระดับยอดมดลูก การลดลงของท้อง การคาดคะเนน้ำหนักของทารก การตื่นของทารก เสียงหัวใจทารก การฉีกขาดของช่องทางคลอดในระยะหลังคลอด
10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ความเครียด ความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน และการคลอดยาก
11. คุณค่าความเชื่อ: สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งที่ยอมรับนับถือ การให้คุณค่าของทารก

หลักการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เกินกำหนด มีดังนี้

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

1. การป้องกันการคลอดเกินกำหนดเป็นวิธีที่ดีที่สุดเริ่มจากการคำนวณอายุครรภ์ที่ถูกต้องแม่นยำ
2. ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 39-40 สัปดาห์อย่างใกล้ชิด ถ้ายังไม่เจ็บครรภ์ให้ส่งพบแพทย์เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ต่อไป
3. สอนการนับการตื่นของทารกในครรภ์ในแต่ละวันถ้าทารกตื่นน้อยลงให้รีบมาพบแพทย์ทันที
4. ทำการตรวจภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจทารก เมื่อทารกตื่น (nonstress test) สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ตามแผนการรักษา
5. แนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้รีบมาโรงพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกเจ็บครรภ์ หรือมีอาการอื่นๆ เช่น มีน้ำเดิน มีมูกเลือดทางช่องคลอด
6. อธิบายให้ทราบถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์เกินกำหนด และให้มาฝากครรภ์ตามกำหนดนัดทุกครั้ง

การพยาบาลระยะคลอด

1. ควรติดเครื่องบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกตลอดเวลา (continuous electronic fetal monitoring) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด
2. ดูแลให้รับยาออกซิโตซินตามแผนการรักษา
3. ให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้ายเพื่อให้การไหลเวียนของเลือดที่มดลูกและรกเป็นไปได้ดีที่สุด
4. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่สตรีตั้งครรภ์ ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปสู่รกให้มากขึ้น (uteroplacental blood flow) ระวังภาวะขาดน้ำ
5. ให้ออกซิเจนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำคร่ำมีซีเทาปนหรือทารกอยู่ในภาวะอันตราย (fetal distress)
6. ในรายที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ต้องเตรียมสตรีตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
7. ดูแลด้านจิตใจ โดยการให้ข้อมูล ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจให้ผ่านระยะคลอดไปได้ด้วยดี ในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาลอาจเนื่องจากปากมดลูกไม่พร้อม กระตุ้นการคลอดไม่สำเร็จ มารดาจะเกิดความเครียดได้สูง จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Kent, Yazbek, Heyns, & Coetzee, 2015) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ต้องการได้รับการสนับสนุนจากญาติ พยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมพูดคุย เพื่อการผ่อนคลายและไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเกินไป อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์ต้องการความเป็นส่วนตัวในการพักผ่อน พยาบาลควรจัดบรรยากาศแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวเหมาะกับการพักผ่อน ตามที่สามารถทำได้ในระหว่างที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อม และรายงานกุมารแพทย์
9. ติดตามการดำเนินการคลอดอย่างใกล้ชิด หากน้ำคร่ำน้อยความก้าวหน้าของการคลอดอาจล่าช้า คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ให้แม่นยำ รายงานแพทย์ทันทีถ้าการคลอดมีแนวโน้มว่าจะติดขัดหรือติดไหล่

การพยาบาลระยะหลังคลอด

1. ป้องกันการสำลักน้ำคร่ำ โดยดูดซีเทาและเสมหะบริเวณปาก จมูกและลำคอทันทีที่เห็นซีเทาหรือทารกคลอตก่อนที่จะคลอดไหล เนื่องจากสำลักซีเทาจะเกิดเมื่อทารกมีการหายใจเกิดขึ้น ซีเทาเกิดเนื่องจากการลดลงของปริมาณน้ำคร่ำตามอายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น และเกิดจากระบบหลอดอาหารมีการพัฒนาเต็มที่ทำให้มีการขับถ่ายซีเทาออกมา นอกจากนี้ภาวะขาดออกซิเจนในทารกและการเสื่อมสภาพ

ของรกก็เป็นตัวกระตุ้นให้ทารกถ่ายขี้เทาออกมาเช่นกัน โดยสังเกตลักษณะน้ำคร่ำในขณะทารกคลอด ดูดเมือก ขี้เทาที่มีเล็กน้อย (mild meconium) ออกจากปากและจมูกของทารกให้มากที่สุด

2. ในรายที่มีขี้เทาเขียวข้น (thick meconium) ทารกอาจสำลักขี้เทาที่เหนียวข้นเข้าไปในทางเดินหายใจทำให้เสียชีวิตได้หลังจากทารกคลอดอย่าเพิ่งกระตุ้นให้ทารกหายใจควรรายงานแพทย์เพื่อทำการใส่ท่อช่วยหายใจ ดูดขี้เทาออกจากหลอดลมทารกจนหมด (สมสิญจน์ และบุรยา, 2551) จึงกระตุ้นให้ทารกหายใจต่อไป

3. ระวังไม่ให้ทารกเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยการเช็ดตัวให้แห้งและห่อผ้าให้อบอุ่น

4. ระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะชกในทารกแรกเกิด

5. ช่วยกุมารแพทย์ในการฟื้นคืนชีพของทารก ในรายที่ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน หรือสำลัก ขี้เทา

6. ดูแลติดตามเรื่องการบาดเจ็บจากการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ และการสูญเสียเลือดจากบาดแผลที่อาจฉีกขาดมากกว่าปกติ โดยเฉพาะในรายที่ทารกตัวโต ต้องดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกร่วมกับการคลึงมดลูกให้ดี เพราะอาจเกิดการตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดีได้ และให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะครรภ์เกินกำหนด มีดังนี้

1. ทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากสายสะดือถูกกดเพราะปริมาณน้ำคร่ำน้อย
2. เสี่ยงต่อการคลอดยากเนื่องจากทารกตัวโต
3. เสี่ยงต่อการฉีกขาดของช่องทางคลอดเนื่องจากทารกตัวโต
4. ทารกเสี่ยงต่อการสำลักขี้เทาในน้ำคร่ำ
5. ทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากคลอดติดไหล่
6. โศกเศร้าเนื่องจากมีแนวโน้มทารกพิการ หรือสูญเสียทารก

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีการตั้งครรภ์เกินกำหนด

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดเกินกำหนดมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากสายสะดือถูกกด เพราะปริมาณน้ำคร่ำน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

S: อายุครรภ์ 42 สัปดาห์ AFI = 4.5 เซนติเมตร

O: FHS = 120-130 ครั้ง/ นาที

- เกณฑ์การประเมินผล**
- เสียงหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที
 - ทารกมีคะแนนแอฟการ์ (APGAR score) 7-9 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้อ่อนตะแคงซ้าย
2. ให้ O₂ cannula 3-5 lit/min หรือ O₂ mask with bag 10 lit/min
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
4. ติดตามการเต้นของหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด ติดเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง (continuous electronic fetal monitoring หรือ EFM) ถ้ามีลักษณะผิดปกติของรูปแบบอัตราการเต้นของหัวใจทารก เช่น late deceleration, variable deceleration เป็นต้น ให้รีบรายงานแพทย์ทันที
5. บันทึกการหดตัวของมดลูกและติดตามความก้าวหน้าของการคลอด หากพบระดับส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำลง อาจเป็นการบ่งชี้ของการคลอดหยุดชะงัก
6. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง
7. เตรียมร่างกายและจิตใจสตรีตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีที่ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะอันตราย สนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจ
8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม

สรุป

การตั้งครรภ์เกินกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติศาสตร์ ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ทั้งในระยะก่อนคลอดและระยะคลอด การดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการรักษาที่เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดของทารก และภาวะแทรกซ้อนของมารดาลงได้

เอกสารอ้างอิง

- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, และธีระ ทองสง. (2555). การตั้งครรภ์คลอดเกินกำหนด. ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 334-339). กรุงเทพฯ: ลักขมีรัฐ.
- สายพิณ พงษธา. (2553). การชักนำการคลอดหรือการเร่งคลอด. ค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=445:induction-of-labor&catid=38&Itemid=480
- สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, และบุรยา พัฒนจินดากุล. (2551). *เวชบันทึกศิริราช*, 1 (3), 165-170.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- อรพิน จิตคุณธรรมกุล. (2557). การตั้งครรภ์เกินกำหนด. ค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=900:postterm-pregnancy&catid=45&Itemid=561
- Galal, M., Symonds, I., Petraglia, F., & Smith, R. (2012). Postterm pregnancy.[Electronic version]. *Facts Views Vision Obstetric Gynaecology and Reproductive Health*, 4(3): 175–187.
- Kent, R. A., Yazbek, M., Heyns, T., & Coetzee, I. (2015). The support needs of high-risk antenatal patients in prolonged hospitalization. *Midwifery*, 31(1), 164-169. doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.003
- McGeown, P. (2012). Induction of labour and post-term pregnancy. In S. McDonald, & J. Magill-Cuerden (Eds.), *Mayes' midwifery* (pp. 851-860). Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

บทที่ 36

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก (Uterine Rupture)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะมดลูกแตกได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตกได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีภาวะมดลูกแตกได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะมดลูกแตก
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก

มดลูกแตก เป็นการฉีกขาดของมดลูกทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อ การเสียชีวิตของมารดาและทารกได้ในอัตราสูง พบอุบัติการณ์ในอัตราต่ำในประเทศที่พัฒนาแล้ว เฉลี่ย 1: 2,000 ของการคลอด แต่พบสูงในประเทศกำลังพัฒนา เฉลี่ย 1: 210 ถึง 1: 1,183 ของการคลอด (อภิชัย, 2551) โดยอาจพบสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วถึง 10 เท่า (Brock, 2012) จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีของประเทศไทยพบประมาณ 1: 1,000 ของการคลอด (เรืองศักดิ์, นิภาภรณ์, และสมชาย, 2541) และพบอุบัติการณ์น้อยลง (อภิชัย, 2551) อาจเป็นเพราะรูปแบบการผ่าตัดเปลี่ยนไป และคนไทยนิยมมีลูกน้อยลง

มโนทัศน์ของภาวะมดลูกแตก

ความหมาย

มดลูกแตก (uterine rupture) หมายถึงภาวะที่มีการฉีกขาด มีรอยปริ หรือทะลุของผนังมดลูกขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอด หรือขณะคลอด (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2011) มักจะทำให้สูญเสียเลือดจำนวนมาก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารก

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (Brock, 2012) โดยร้อยละ 70 ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่เกิดจากมีรอยแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง แต่ในประเทศกำลังพัฒนามักจะเกิดจากการคลอดยากหรือการคลอดติดขัด สามารถแบ่งสาเหตุการเกิดมดลูกแตกได้ 2 ประการ ดังนี้

1. การบาดเจ็บของมดลูกก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่

1.1 รอยแผลเดิมจากการผ่าตัดในช่องท้อง เช่น ผ่าตัดทารกทางหน้าท้องในครรภ์ก่อน ผ่าตัดก้อนเนื้ออกในมดลูก ผ่าตัดปีกมดลูก (Brock, 2012) เป็นต้น จากรายงานวิจัยขององค์การอนามัยโลก (Motomura et al., 2017) ที่ศึกษาจาก 29 ประเทศทั่วโลก พบอุบัติการณ์มดลูกแตกในมารดาที่มีประวัติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 0.2-1.0 เฉลี่ยร้อยละ 0.5 ภาวะมดลูกแตกมีอุบัติการณ์สูงขึ้นในประเทศที่มีค่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ต่ำ (Low Human Development Index [HDI]) พบสูงขึ้นในมารดาที่เคยผ่าตัดคลอดตั้งแต่สามครั้งขึ้นไป

1.2 การบาดเจ็บต่อมดลูก เช่น การชูดมดลูกจากการแท้ง อุบัติเหตุจากการกระแทก การบาดเจ็บในช่องท้อง (เด่นศักดิ์, 2553) เป็นต้น

2. มดลูกมีความผิดปกติ หรือมีการบาดเจ็บในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่

2.1 ปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนคลอด เช่น อาจเป็นการแตกของมดลูกเองตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติ โอกาสมากขึ้นหากได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยเฉพาะในรายที่มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง หรือมีภาวะคลอดยาก (Brock, 2012; Nahum, 2016) การหมุนเปลี่ยนท่าของทารกทางหน้าท้อง มดลูกโตผิดปกติจากครรภ์แฝด และครรภ์แฝดน้ำ (เด่นศักดิ์, 2553) เป็นต้น

ปัจจัยที่เกิดขึ้นขณะคลอด เช่น การหมุนเปลี่ยนท่าทารกในโพรงมดลูก การคลอดด้วยคีมอย่างยาก การคลอดท่าก้น การล้วงรกอย่างยาก การกดที่มดลูกอย่างรุนแรง (เด่นศักดิ์, 2553; Medforth et al., 2011) เป็นต้น

2.2 ปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังทารกคลอด เช่น รกเกาะลึก (increta or percreta) มีเนื้องอกในมดลูก หรือมีมะเร็งเนื้องอก (อภิชัย, 2551) เป็นต้น

ชนิดของมดลูกแตก

มดลูกแตก แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. มดลูกแตกชนิดสมบูรณ์ (complete uterine rupture) หมายถึง การฉีกขาดเกิดตลอดทั้งสามชั้นของผนังมดลูก ได้แก่ เยื่อบุมดลูก กล้ามเนื้อมดลูก และผนังมดลูกด้านนอกที่มีเยื่อช่องท้องคลุมอยู่ และมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ (เด่นศักดิ์, 2553; อภิชัย, 2551) ส่งผลให้ทารกและรกหลุดออกจากโพรงมดลูกเข้าสู่ช่องท้องมารดา การแตกของมดลูกชนิดนี้ทำให้สูญเสียเลือดมาก และทารกมักเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้สูงขึ้น

2. มดลูกแตกชนิดไม่สมบูรณ์ (incomplete uterine rupture) หมายถึง การฉีกขาดของผนังมดลูก ได้แก่ ชั้นเยื่อบุมดลูก กล้ามเนื้อมดลูก แต่ไม่ถึงชั้นผนังมดลูกที่มีเยื่อช่องท้องที่คลุมอยู่ ส่งผลให้ทารกและรกรังคังอยู่ในโพรงมดลูก (เด่นศักดิ์, 2553) และไม่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ โดยเฉพาะในรายที่มีรอยแผลเดิมจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง (dehiscence of uterus) (อภิชัย, 2551) สตรีที่มีภาวะมดลูกแตกชนิดไม่สมบูรณ์ส่วนใหญ่จึงไม่มีอาการตกเลือดในช่องท้อง

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของมดลูกแตก อธิบายการฉีกขาดของผนังมดลูก และการคงอยู่ของทารกและรกในโพรงมดลูกได้ตามชนิดของมดลูกแตก ดังที่กล่าวมาข้างต้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (เรื่องศักดิ์และคณะ, 2541; อภิชัย, 2551) ดังนี้

1. กลุ่มที่มีอาการแสดงน้อยหรือไม่มีอาการแสดงเลย ได้แก่ แผลผ่าตัดที่มดลูกแยกอาจจะมีน้อยมากหรือไม่มีเลย แต่แพทย์อาจตรวจพบภายหลังจากการคลอดบุตร อาจตรวจพบโดยบังเอิญขณะผ่าตัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ได้บันทึกอาการและการตรวจพบไว้ การเฝ้าคลอดไม่ดีพอ การขาดประสบการณ์ของผู้เฝ้าคลอด หรือมารดาได้รับยาแก้ปวดระหว่างรอคลอด ทำให้บดบังอาการแสดงต่างๆ ไว้ ส่งผลให้ได้รับการรักษาล่าช้าได้

2. กลุ่มที่มีอาการเด่นชัด ได้แก่ ปวดท้องอย่างรุนแรง มีรอยคอดกิ่วสะตือ (Bandl's ring) เลือดออกทางช่องคลอด ซีพีจรมารดาเต้นเร็ว อาการของภาวะซ็อก ส่วนอาการอื่นๆ ที่พบได้น้อยคือ การเจ็บครรภ์คลอดหายไป และส่วนนำของทารกลอยสูงขึ้น

การสังเกตอาการและอาการแสดงที่บอกว่ามดลูกแตก

พยาบาล หรือผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะมดลูกแตกได้จากอาการแสดงก่อนมดลูกแตก และอาการแสดงเมื่อมดลูกแตกแล้ว (ศรีเกียรติ, 2555; Mckinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013; Medforth et al., 2011) ดังนี้

อาการและอาการแสดงก่อนมดลูกแตก

1. ปวดมดลูกบริเวณหัวเหน่า
2. ตรวจหน้าท้องพบมดลูกแข็งตึงตลอดเวลา
3. คลื่นไส้ กระสับกระส่าย
4. ซีพีจรมารดาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เสี่ยงต่อภาวะซ็อก
5. ปวดบริเวณเหนือหัวเหน่าอย่างรุนแรง เนื่องจากมดลูกส่วนบนพยายามดึงรั้งมดลูกส่วนล่างให้บางลงทุกที่ เพื่อผลักดันทารกให้คลอดออกมา เมื่อทารกลงมาต่ำไม่ได้มดลูกส่วนล่างจึงบางมาก และบริเวณมดลูกส่วนนี้เองเป็นบริเวณที่มีการฉีกขาด
6. พบรอยคอดระหว่างมดลูกส่วนบนกับส่วนล่างสูงขึ้นเกือบถึงระดับสะดือเนื่องจากมดลูกส่วนบนดึงรั้งมดลูกส่วนล่างให้บางลง
7. อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ (variable deceleration, bradycardia)
8. ตรวจทางช่องคลอด พบว่าการคลอดไม่ก้าวหน้า ส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำลงมาพบกะโหลกศีรษะของทารกเกยกันมาก และพบอาการบวมน้ำใต้ศีรษะของทารก (caput succedaneum)

9. อาจมีเลือดออกทางช่องคลอดหรือไม่ก็ได้

อาการและอาการแสดงเมื่อมดลูกแตกแล้ว

1. ปวดท้องอย่างรุนแรงเนื่องจากเลือด น้ำคร่ำ และตัวทารก ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเยื่อช่องท้อง

2. ปวดไหล่เนื่องจากเลือดในช่องท้องไปดันกะบังลม จึงปวดร้าวไปตามเส้นประสาทพรีนิค (phrenic nerve)

3. ผู้คลอดรู้สึกเหมือนจะเป็นลม ซีด ตัวเย็น เหงื่อออกมาก ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้อง เลือดที่ออกทางช่องคลอดอาจมีเพียงเล็กน้อย

4. คลำที่หน้าท้องมีอาการเจ็บทั่วไปท้องโป่งพองขึ้น ถ้าการฉีกขาดเป็นแบบชนิดสมบูรณ

5. ตรวจทางช่องคลอดพบว่าส่วนของทารกที่ติดแน่นอยู่ลอยสูงขึ้นไป

6. ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน หรือฟังเสียงหัวใจทารกไม่ได้ ถ้าทารกเสียชีวิตแล้ว

7. คลำพบตัวทารกได้ชัดเจนใต้ผนังหน้าท้อง ถ้าการฉีกขาดเป็นแบบชนิดสมบูรณ

8. อาการเจ็บครรภ์หายไป เนื่องจากมดลูกคลายการหดตัว แต่อาการนี้พบได้น้อย

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก มีดังนี้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่มีมดลูกแตกสมบูรณ จะมีอาการตกเลือด ทำให้มีภาวะซีดรุนแรง ช็อก เยื่อช่องท้องอักเสบ ภาวะพิษสภาวะฉีกขาด จำเป็นต้องตัดมดลูกทิ้ง และอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Nahum, 2016) และมีปัญหาด้านจิตใจในรายที่ต้องตัดมดลูกทิ้งหรือสูญเสียทารก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (Motomura et al., 2017) ในสตรีที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ก่อน และมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในครรภ์ต่อมา พบว่า การเสียชีวิตของมารดาที่มีมดลูกแตกร่วมด้วยสูงเป็น 33 เท่าของรายที่ไม่มีมดลูกแตก

ผลกระทบต่อทารก

ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ประเมินได้จากการติดเชื้อแบคทีเรียของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารก เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ หากทารกขาดออกซิเจนรุนแรงอาจเสียชีวิตในครรภ์ ทารกแรกคลอดมีภาวะเลือดเป็นกรด ต้องรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นระยะเวลานาน และหากอาการรุนแรงจะเสียชีวิตในระยะต่อมา (Nahum, 2016) การรักษาที่รวดเร็วที่สุดจึงช่วยป้องกันผลกระทบรุนแรงที่มีต่อทารกได้

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัย สามารถตรวจได้จากอาการและอาการแสดง ดังที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ อาจตรวจวินิจฉัยจากการตรวจทางหน้าท้อง การตรวจทางช่องคลอด และตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรืออัลตราซาวด์ (Nahum, 2016) หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ในกรณีที่อาการและอาการแสดงไม่ชัด เพื่อประโยชน์ในรายที่ต้องการให้คลอดทางช่องคลอดในสตรีที่เคยผ่าท้องคลอดมาก่อน (vaginal birth after cesarean section [VBAC]) โดยในรายที่มีการบางตัวของปากมดลูกส่วนล่างน้อยกว่า 3.5 มิลลิเมตร หรือในรายที่มีการบางตัวของปากมดลูกส่วนล่างน้อยกว่า 2 มิลลิเมตร ภายในหนึ่งสัปดาห์ก่อนคลอด จะมีโอกาสมดลูกแตกจากแผลเดิมได้สูง (อภิชัย, 2551)

การรักษา

การรักษาสตรีที่มีภาวะมดลูกแตกโดยการช่วยเหลือน้อย่างรวดเร็วภายใน 10-37 นาที จะช่วยป้องกันความพิการและเสียชีวิตของทารก (Nahum, 2016) การรักษาจึงต้องทำอย่างรวดเร็วภายหลังการวินิจฉัย ขึ้นอยู่กับสภาวะ อาการ อาการแสดง พยาธิสภาพ และความต้องการมีบุตร มีวิธีการรักษา ดังนี้

1. กรณีเกิดการแยกของแผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกและไม่มีอาการ อาจไม่จำเป็นต้องผ่าตัดอะไร (เด่นศักดิ์, 2553; อภิชัย, 2551)

2. กรณีมีเลือดออกในช่องท้องหลังจากผ่าตัดเอาทารกออกแล้ว การพิจารณาเย็บซ่อมหรือผ่าตัดมดลูก (Brock, 2012) ขึ้นอยู่กับชนิดของการแตก ความยาวของแผล การสูญเสียเลือด ความต้องการมีบุตรในอนาคต ส่วนในรายที่มีการฉีกขาดของเอ็นยึดมดลูก (broad ligament) หรือปากมดลูกร่วมด้วย และมีการสูญเสียเลือดมากจำเป็นต้องตัดมดลูกออก (total hysterectomy) (เด่นศักดิ์, 2553; Mckinney et al., 2013) ทั้งนี้ การผ่าตัดมดลูกออกนับว่าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดในการรักษามดลูกแตกในกรณีที่มดลูกแตก มีการฉีกขาดของมดลูกหลายจุด (Nahum, 2016)

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก

การประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกแตกตามแบบแผนสุขภาพ มีแนวทางดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมดลูกแตก เช่น มีประวัติการผ่าท้องคลอดในครรภ์ก่อน การแตกเองของมดลูก การกดบริเวณมดลูก หรือการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เป็นต้น และการดูแลสุขภาพหลังจากมดลูกแตกและได้รับการผ่าตัด

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ประเมินการรับประทานอาหาร ชนิด และปริมาณอาหาร มีข้อสุดท้าย ก่อนการรักษาภาวะมดลูกแตก เพื่อเตรียมพร้อมก่อนการดมยาสลบ การได้รับเลือด สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ เพราะสตรีที่มีมดลูกแตกเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการสูญเสีย

3. การขับถ่าย: ประเมินปริมาณ ลักษณะ และสีของปัสสาวะ เพราะสตรีอาจมีภาวะช็อกจากมดลูกแตก จะได้รับการสวนคาปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต หากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ปัสสาวะลดลง หากเกิดนานๆ อาจทำให้ไตวายได้ บางรายอาจมีท่อปัสสาวะบาดเจ็บ บวมร่วมด้วย ทำให้ปัสสาวะลำบาก เกิดปัสสาวะคั่งส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินอาการนำไปก่อนมดลูกแตก อาจเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และจากความเจ็บปวด เช่น อาการหน้าซีด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออก รวมทั้งประเมินอาการอ่อนเพลีย ซีด หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น เพราะมดลูกแตกทำให้สูญเสียเลือดในปริมาณมาก ระยะเวลาหลังการรักษามารดาอาจมีอาการอ่อนเพลีย ซีด หน้ามืด เป็นลมได้ง่าย

5. การพักผ่อนนอนหลับ: ประเมินอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด และอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการดมยาสลบ ความเจ็บปวดจากมดลูกแตก ความเครียด หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในรายที่ต้องตัดมดลูกทิ้ง การพักผ่อนนอนหลับของมารดาอาจมีปัญหาได้

6. สติปัญญาและการรับรู้: ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดจากมดลูกแตก อาการปวด อาการแสดงของการสูญเสียเลือดจากภาวะมดลูกแตก อาการแสดงของภาวะช็อก หากได้รับการช่วยเหลือรวดเร็วจะปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ ควรประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของมดลูกแตก และการดูแลสุขภาพตนเองหลังรับการรักษา

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: ประเมินภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง เพราะภาวะมดลูกแตก อาจนำไปสู่การตกเลือดหลังคลอด หรืออาจทำให้ต้องผ่าตัดมดลูกทิ้งในบางราย ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ประเมินหลังได้รับการดมยาสลบ การผ่าตัดเย็บซ่อม หรือตัดมดลูกทิ้ง มารดาอาจรู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือรายที่เสียเลือดมาก อาจรู้สึกเวียนศีรษะ มึนงง ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทการเป็นมารดาได้ตามปกติ การสร้างสัมพันธภาพกับบุตรลำช้า น้ามนมาช้า ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาที่มีประสบการณ์ด้านลบต่อการดูแลที่ทำให้เกิดมดลูกแตก อาจไม่พึงพอใจต่อบุคลากรวิชาชีพ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน

9. เพศและการเจริญพันธุ์: ประเมินอาการบ่งชี้ของมดลูกแตก ได้แก่ ปวดมดลูกบริเวณหัวหน้า หน้าท้องแข็งตึงตลอดเวลา มีรอยคอดใกล้สะดือ Bandl's ring มีรอยแยกจากรอยผ่าตัดเดิม รวมถึงการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ อาจพบทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน กรณีมดลูกแตกแล้วอาจเห็นส่วนของทารกลอยตัวสูงขึ้น

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ประเมินความวิตกกังวล ความเครียดของมารดา เพราะมารดาที่มีภาวะมดลูกแตกจะวิตกกังวล และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาไม่เหมาะสม

11. คุณค่าและความเชื่อ ประเมินความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เป้าหมายในชีวิตของมารดา เพราะสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของมารดา หากปรับตัวไม่ได้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตหลังคลอดตามมาได้

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตกแบ่งเป็นหลักการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะมดลูกแตก และหลักการพยาบาลเมื่อเกิดภาวะมดลูกแตกแล้ว มีดังนี้

หลักการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะมดลูกแตก

1. ชักประวัติเกี่ยวกับภาวะต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการแตกของมดลูก เช่น เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือเคยผ่าตัดคลอดแบบดั้งเดิม (classical caesarean section) มีเนื้องอกในมดลูก เคยได้รับการชูดมดลูกหรือล้วงรก (Nahum, 2016) หากมีความเสี่ยงสูงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

2. แนะนำผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้เว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์อย่างน้อย 2 ปี (นันทพร, 2555)

3. ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด บันทึกและสังเกตการหดตัวของมดลูก โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การหดตัวมากกว่าปกติ หรือมีรอยคอดของมดลูกใกล้สะดือ (Bandl's ring) เป็นสัญญาณที่บอกภาวะเสี่ยงของมดลูกแตก

4. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด หากทารกมีส่วนนำผิดปกติหรือทำผิดปกติไม่ควรให้ระยะการคลอดยาวนาน เพราะอาจเป็นสาเหตุให้มดลูกส่วนล่างบางและแตกได้ หากการคลอดไม่ก้าวหน้า ควรรายงานแพทย์ เพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. สังเกตอาการเตือนล่วงหน้าของมดลูกแตก ถ้าพบรีบรายงานแพทย์

6. หลังคลอดตรวจดูการฉีกขาดของช่องทางคลอดทุกครั้ง

หลักการพยาบาลเมื่อเกิดภาวะมดลูกแตกแล้ว

1. แก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด ดูแลให้ได้รับเลือดและสารน้ำทดแทน ตามแผนการรักษา
2. งดน้ำงดอาหารทางปาก เตรียมพร้อมเพื่อทำผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างรีบด่วน
3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกและรายงานกุมารแพทย์
4. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง
5. ประคับประคองจิตใจทั้งของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว
6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
7. เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด เช่น การตกเลือด การติดเชื้อ เป็นต้น

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตกมี ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตกเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. สตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่าตัดเนื้องอกในมดลูกขาดความรู้ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์
3. สตรีระยะคลอดเสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากมดลูกแตก
4. ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงเนื่องจากมดลูกมีการหดตัวมากผิดปกติ

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกแตก

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะมดลูกแตก มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตกเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: บ่นปวดมดลูกส่วนล่าง

O: มีรอยแผลผ่าตัดทางหน้าท้องตามแนวยาวขนาด 5 นิ้ว

มดลูกหดตัวทุก 5 นาที

อายุครรภ์ 37 สัปดาห์

เกณฑ์การประเมินผล - สตรีตั้งครรภ์ปลอดภัยจากการคลอดและการผ่าตัด

- ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการบาดเจ็บจากการคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกการหดรั้วตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการเตือนของมดลูกแตกอย่างใกล้ชิด
2. ติดตามประเมินลักษณะการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง
3. เตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยการทำความสะอาดหน้าท้อง โกนขน งดน้ำงดอาหาร เตรียมเจาะเลือดหาหมู่เลือดและจองเลือด
4. อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวรับทราบปัญหา และแนวทางการรักษา
5. สนับสนุนให้กำลังใจ

สรุป

ภาวะมดลูกแตกแม้จะพบได้น้อย แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของทั้งมารดาและทารกและทารก การป้องกัน การสังเกตและดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งการช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยให้มารดาและทารก มีโอกาสปลอดภัยมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย

เอกสารอ้างอิง

- เด่นศักดิ์ พงศ์โรจนเฝ้า. (2553). มดลูกแตก. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, จิตติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 268-272). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เรืองศักดิ์ ตั้งชีวินศิริกุล, นิภาภรณ์ ลิ้มพงศานุรักษ์, และสมชาย ธนารักษ์. (2541). มดลูกแตก: ใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. 12(2), 75-85. ค้นจาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/MNRHMB/article/view/25301>
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- อภิชัย วสุรัตน์. (2551). มดลูกแตก. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 407-414). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮาส์.
- Brock, M. (2012). Disproportion, obstructed labour, and uterine rupture. In S. Macdonald, & J. Magill-Cuerden. *Mayes' Midwifery* (4th ed., p 899-906). Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Medforth, J., Battersby, S. Evans, M., Marsh, E. & Walker, A. (2011). *Oxford handbook of midwifery* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Motomura, K., Ganchimeg, T., Nagata, C., Ota, E., Vogel, J. P., Betran, A. P., ... Mori, R. (2017). Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Scientific Reports*, 7, 44093. <http://doi.org/10.1038/srep44093>
- Nahum, G. G. (2016). *Uterine rupture in pregnancy*. Retrieve from <http://reference.medscape.com/article/275854-overview#a1>

บทที่ 37

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด (Amniotic Fluid Embolism)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลในสตรีที่มีน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ แม้จะพบอุบัติการณ์ไม่บ่อยเพียง 1: 8,000 ถึง 1: 80,000 ของการคลอด (ศุภวิทย์, 2553) แต่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20-60 (Shamshirsaz & Clark, 2016) บางรายงานพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 61-86 (Jones & Clark, 2013) ทารกอาจมีความพิการทางสมองและเสียชีวิตได้ในอัตราที่สูง (ศุภวิทย์, 2553; Jones & Clark, 2013) พยาบาลจึงต้องมีความรู้ และสามารถช่วยเหลือในภาวะวิกฤติได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

มนทัศน์ของภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

ความหมาย

ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด (amniotic fluid embolism หรือ anaphylactoid syndrome) เป็นกลุ่มอาการแพ้ที่เกิดจากการที่น้ำคร่ำรั่วเข้าสู่กระแสเลือดของมารดา (Jones & Clark, 2013) จากภาวะที่มีการฉีกขาดของถุงน้ำคร่ำ แล้วน้ำคร่ำไหลเข้าไปในหลอดเลือดเล็กๆ ที่บริเวณปากมดลูกและส่วนล่างของมดลูกที่มีการฉีกขาด (ศุภวิทย์, 2553; Pillitteri, 2010) ทำให้หลอดเลือดในปอดอุดตัน มีผลกระทบทำให้เกิดการขาดออกซิเจน (hypoxia) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ภาวะช็อกจากระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจล้มเหลว (cardiovascular collapse) และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) (Jones & Clark, 2013; Murray & Mckinney, 2014) จึงเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตของมารดา

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด การผ่าท้องทำคลอด การฉีกขาดของปากมดลูก การชักจากครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ อาจเกิดในขณะที่ทำแท้งหรือการเจาะน้ำคร่ำ (ศุภวิทย์, 2553) การให้ออกซิโตซิน รกลอกตัวก่อนกำหนด และครรภ์แฝดน้ำ (Jones & Clark, 2013) เกิดขึ้นได้บ่อยในระยะเจ็บครรภ์คลอด หรือเพิ่งคลอดใน 30 นาที (ศุภวิทย์, 2553) หรืออาจเกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2011) เป็นภาวะที่ไม่สามารถทำนายหรือป้องกันการเกิดได้ (ศุภวิทย์, 2553; Medforth, et al., 2011) ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดจึงเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์

พยาธิสภาพ

น้ำคร่ำที่รั่วเข้าสู่กระแสเลือดของมารดา โดยไหลเข้าไปในหลอดเลือดเล็กๆ ที่บริเวณปากมดลูก และมดลูกส่วนล่างที่มีการฉีกขาด เมื่อน้ำคร่ำและสารในน้ำคร่ำไหลเข้าไปในกระแสเลือดของมารดา จะเกิดการปฏิกิริยาตอบสนองของมารดากับสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้ (anaphylactoid reaction) แบบเดียวกับการเกิดช็อกจากการแพ้ (anaphylactic shock) และช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) (ศุภวิทย์, 2553; Jones & Clark, 2013) หลอดเลือดที่ปอดเกิดการหดตัว เลือดไหลจากปอดสู่หัวใจซีกซ้าย ลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ ทำให้หัวใจทำงานล้มเหลว และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (นันทพร, 2555; Murray & Mckinney, 2014) ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด ได้แก่ กระสับกระส่าย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หนาวสั่น เหงื่อออกมาก เกิดภาวะหายใจล้มเหลว มีอาการเขียวทั่วร่างกาย มีอาการไอ และเสมหะเป็นฟองสีชมพูจากภาวะน้ำท่วมปอด (นันทพร, 2555; สุภาพ, 2556) ความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็วจากเส้นเลือดหัวใจตีบ ทำให้ชัก หมดสติ และเสียชีวิต (ศุภวิทย์, 2553; Medforth et al., 2011) รายที่ไม่เสียชีวิตจะมีอาการผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ทำให้ตกเลือดรุนแรงและมดลูกหดตัวไม่ดี (ศุภวิทย์, 2553; Pillitteri, 2010) ซึ่งอาจเสียชีวิตได้ในระยะต่อมา

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก มีดังนี้ (ศุภวิทย์, 2553; Medforth et al., 2011; Pillitteri, 2010)

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การหายใจล้มเหลว การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ตกเลือด ช็อก ไตวายเฉียบพลัน และเสียชีวิต หากรอดชีวิตอาจมีการบกพร่องทางระบบประสาทสมองเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง โดยในประเทศอังกฤษพบว่า มารดาที่รอดชีวิตร้อยละ 7 มีปัญหาาระบบประสาทสมองอย่างถาวร ร้อยละ 17 มีปัญหาสุขภาพรุนแรงจากการติดเชื้อ ไตวาย การแข็งตัวของเลือดผิดปกติและปอดบวม ในขณะที่ร้อยละ 27 จำเป็นต้องผ่าตัดมดลูกทิ้ง (Tuffnell & Slemeck, 2017) ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดจึงเป็นอันตรายรุนแรง เสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิตได้สูง

ผลกระทบต่อทารก หากเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และระยะเจ็บครรภ์คลอด จะทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ อาจส่งผลให้ทารกพิการรุนแรง หรือเสียชีวิตปริกำเนิดได้

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัย สามารถประเมินได้ ดังนี้ (นันทพร, 2555; ศุภวิทย์, 2553)

1. อาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการเขียว ระบบหายใจล้มเหลว เลือดออก เส้นเลือดที่หัวใจ หดเกร็ง หมดสติ

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเอกซเรย์ปอดพบภาวะน้ำท่วมปอด การตรวจระบบทางเดินหายใจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (lung scan) ตรวจคลื่นหัวใจพบภาวะหัวใจล้มเหลว การตรวจหาออกซิเจนในหลอดเลือดแดง พบระดับออกซิเจนต่ำ การตรวจหาปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT, platelet count และ fibrinogen level ผิดปกติ) เป็นต้น

3. การชันสูตรศพ พบเซลล์จากน้ำคร่ำในหลอดเลือดปอด

ทั้งนี้กลุ่มสังคมการแพทย์มารดาและทารกของอเมริกา (Society for Maternal-Fetal Medicine [SMFM], USA) ได้เสนอแนะแนวปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยในช่วงที่สตรีตั้งครรภ์ หรือสตรีหลังคลอดกำลังมีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด แนะนำให้ตรวจวินิจฉัยจากอาการแสดงที่พบจากปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างทันทีทันใด ไม่แนะนำให้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน (SMFM, Pacheco, Saade, Hankins, & Clark, 2016) โดยในลำดับแรกต้องให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตเพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพก่อน โดยมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งสูติแพทย์ กุมารแพทย์ ผู้ดูแลทางด้านหัวใจและหลอดเลือด หน่วยดูแลภาวะวิกฤติ และทีมดูแลด้านการระงับความรู้สึก ช่วยกันดูแลเป็นทีมเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของมารดาและทารก

การดูแลรักษา

การดูแลรักษาภาวะภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เฉพาะที่ได้ผลแน่นอน มีเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษา (ศุภวิทย์, 2553; Murray & Mckinney, 2014; Pillitteri, 2014) ดังนี้

1. เพื่อให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ดี (maintain oxygenation) ส่วนใหญ่จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในสตรีที่ตั้งครรภ์อยู่ ควรรักษา ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าร้อยละ 90

2. รักษาระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ (hemodynamic support) โดยรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำ และช็อก ต้องดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดอย่างรวดเร็วและให้เลือด การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เช่น โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และอิพิเนพรีน (epinephrine) และรวมถึงการให้ยาขับปัสสาวะ

3. แก้ไขภาวะความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (correction of coagulopathy) โดยการให้เลือด (เช่น fresh frozen plasma, platelets, packed red blood cell และ cryoprecipitate) รวมถึงการให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกในผู้ป่วยหลังคลอดที่มีการตกเลือดด้วย

4. ดูแลให้คลอดบุตรอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ในรายที่ทารกยังอยู่ในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงได้ หากอายุครรภ์มากพอที่ทารกจะมีชีวิตอยู่ได้ ให้คลอดโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องทันที

5. การลดปฏิกิริยาการตอบสนองจากการแพ้ (anaphylactic reaction) โดยให้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูงเข้าทางหลอดเลือดดำ (เช่น hydrocortisone 500 มิลลิกรัม ทาง IV ทุก 6 ชั่วโมง) หรือ ให้โดยวิธีสูดดม (เช่น nitric oxide, prostacyclin) เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดเลือด

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

การประเมินสภาพสตรีที่มีน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด มีแนวทาง ดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: เมื่อมีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด สตรีตั้งครรภ์จะบอกได้ว่ารู้สึกแน่นอึดอัดเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก อาจจะลุกนั่งอย่างทันทีทันใดเพื่อให้หายใจดีขึ้น ในระยะหลังคลอดเมื่อพ้นระยะซ็อก ประเมินการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. การขับถ่าย: ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ ในรายที่เสียเลือดมากจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดอาจเกิดภาวะไตวายอย่างเฉียบพลันได้ ทำให้ปัสสาวะออกน้อย

3. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะช็อคจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการแสดงของภาวะช็อคในระยะแรก ได้แก่ อาการหายใจเร็ว ผิวหนังเย็นซีด หรือเขียวตามใบหน้าและลำตัว หนาวสั่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย และความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว

4. เพศและการเจริญพันธุ์: ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ เนื่องจากมีภาวะเลือดอุดตันมักทำให้ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ประเมินภาวะเลือดที่ออกจากช่องคลอดเนื่องจากมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มักทำให้ตกเลือดอย่างรุนแรง และมดลูกหดตัวไม่ดี

5. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ประเมินภาวะด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวโดยการสังเกตพฤติกรรม เพราะผู้คลอดอาจตกใจเมื่อมีอาการ และคุมสติไม่อยู่ รวมทั้งวิธีการรักษาพยาบาลที่ได้รับอาจทำให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวลได้ บางรายอาจจะประสบกับความเศร้า โศกสลดเสียจากทารกเสียชีวิตในครรภ์ หรือทารกพิการทางสมอง

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด เน้นการช่วยเหลือระบบทางเดินหายใจ และช่วยฟื้นคืนชีพในช่วงแรก และดูแลผู้ที่รอดชีวิตให้มีการฟื้นฟูสภาพจากภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. ให้ผู้คลอดนอนศีรษะสูงทันทีและให้ออกซิเจนเพื่อแก้ไขภาวะหายใจลำบาก
2. งดอาหารและน้ำทางปาก ให้สารละลายทางหลอดเลือดดำและให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด หากทารกในครรภ์ยังอยู่ ให้ประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง และรายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน
4. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารก
5. ส่งตรวจการแข็งตัวของเลือด หมู่เลือด จงเลือด ตามแผนการรักษา และเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกรณีทารกยังมีชีวิต
6. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยามอร์ฟิน เพื่อให้คลายความวิตกกังวลและความกลัว และให้ยาแอม-มิโนไพรีน เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดเลือด จะช่วยลดการคั่งของหลอดเลือดดำในปอด และลดอาการหอบเหนื่อย ดูแลให้ได้รับยาดีจิตาลิส หรือโดปามีน เพื่อช่วยให้หัวใจบีบตัวช้าลง แต่บีบตัวแรงขึ้น เลือดจะออกจากหัวใจมากขึ้น ดูแลให้ได้รับไฮโดรคอร์ติซอนขนาดสูงเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยแก้ไขภาวะหดเกร็งของหลอดเลือดแดงฝอยของปอด
7. เตรียมเพื่อให้ผู้คลอดได้รับเลือดและสารที่เป็นองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือด (fibrinogen) หรือเพื่อแก้ไขภาวะตกเลือดเนื่องจากมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ภายหลังการแก้ไขภาวะระบบหัวใจและหายใจล้มเหลวได้แล้ว
8. ใส่สายยางสวนคาปัสสภาวะไว้เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะที่แน่นอน เนื่องจากในรายที่เสียเลือดมากอาจเกิดภาวะไตวายอย่างเฉียบพลันได้
9. สังเกตและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากช่องคลอด
10. ดูแลด้านจิตใจ ใช้คำพูดปลอบโยนญาติและครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดความเศร้าโศกหรือสูญเสีย

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

1. หายใจลำบากอย่างเฉียบพลันเนื่องจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

2. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด
3. เสี่ยงต่อการตกเลือดรุนแรงเนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดเสียไปจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด
4. ญาติและครอบครัววิตกกังวลกลัวอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หายใจลำบากอย่างเฉียบพลันเนื่องจากน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S: สตรีตั้งครรภ์บอกว่าแน่นอึดอัดหน้าอก หายใจไม่ออก

O: กระทบกระส่าย

วัตถุประสงค์ หายใจได้สะดวกขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด

- เกณฑ์การประเมินผล**
- การหายใจอยู่ระหว่าง 18-24 ครั้ง/นาที
 - ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที
 - ความดันโลหิต 100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท
 - สตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจนสูง
2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 8-10 ลิตร/นาที
3. เตรียมผู้คลอดสำหรับการใส่เครื่องช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น งดน้ำงดอาหารทางปาก เปิดเส้นดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้รับยามอร์ฟิน แอมมิโนไพรีน ดิจิทาลิส และไฮโดรคลอติโซนตามแผนการรักษา
5. เจาะเลือดส่งตรวจการแข็งตัวของเลือด และจางเลือดเกร็ดเลือด ส่วนประกอบการแข็งตัวของเลือดไว้ให้พร้อมตามแผนการรักษา
6. ประเมินอาการอาการแสดงของภาวะช็อก และสัญญาณชีพสตรีตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด
7. สังเกตและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง
8. เตรียมพร้อมสำหรับการส่งผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พร้อมทั้งรายงานกุมารแพทย์และเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อม

สรุป

ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด เป็นภาวะที่มีอุบัติการณ์เกิดน้อย แต่นับเป็นภาวะวิกฤตเนื่องจากมักทำให้สตรีตั้งครรภ์หรือสตรีหลังคลอดมีอาการรุนแรง ซ็อก เสียชีวิต หรือตกเลือดหลังคลอด ทารกในครรภ์ เสียชีวิต หรือสมองพิการจากการขาดออกซิเจน การสังเกต วินิจฉัยและช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจะช่วยให้ สตรีตั้งครรภ์รอดชีวิต และทารกในครรภ์มีโอกาสปลอดภัยมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ศุภวิทย์ มุตตามระ. (2553). ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และ สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑูมิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 202-209). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 237-241). เชียงใหม่: ครอบคลุมพรินต์ติ้ง.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Jones, R., & Clark, S. L. (2013). Amniotic fluid embolus (anaphylactoid syndrome of pregnancy). In N. H. Troiano., C. J. Harvey., & B. F. Chez (Eds.), *High-risk & critical care obstetrics* (pp. 316-325). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Medforth, J., Battersby, S. Evans, M., Marsh, E., & Walker, A. (2011). *Oxford handbook of midwifery* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Murray, S., & Mckinney, E. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (3th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Shamshirsaz, A. A., & Clark, S. L. (2016). Amniotic Fluid Embolism. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43(4), 779-790. doi.org/10.1016/j.ogc.2016.07.001
- Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Pacheco, L. D., Saade, G., Hankins, G. D.V., & Clark, S. L. (2016). Amniotic fluid embolism: diagnosis and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(2), B16-B24. doi.org/10.1016/j.ajog.2016.03.012

Tuffnell, D. J., & Slemeck, E. (2017). Amniotic fluid embolism. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(3), 86-90. doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.12.006

บทที่ 38

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed Umbilical Cord)

ผศ.ดร.ศศิگانต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะสายสะดือย้อยได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลในสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะสายสะดือย้อย
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย

สายสะดือย้อยเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่เพิ่มอัตราการตายปริกำเนิดของทารกจากการขาดออกซิเจน เนื่องจากสายสะดือถูกกดทับจากส่วนนำของทารก ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่ทารกได้น้อยลง พบอุบัติการณ์ของภาวะสายสะดือย้อย ในต่างประเทศพบร้อยละ 0.1-0.6 (Chebsey, Siassakos, & Draycott, 2012) ในประเทศไทย พบร้อยละ 0.6 (วิบูลย์, 2553) ซึ่งใกล้เคียงกันทั้งในและต่างประเทศ แม้ภาวะนี้จะพบได้น้อย แต่เสี่ยงต่อความพิการ และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

มโนทัศน์ของภาวะสายสะดือย้อย

ความหมาย

สายสะดือย้อย (prolapsed umbilical cord) เป็นภาวะที่สายสะดือของทารกในครรภ์ลงมาอยู่ข้างๆ ส่วนนำหรือลงมาต่ำกว่าส่วนนำของทารก (สุขยา, 2555; Pillitteri, 2014) ซึ่งพบได้ทั้งกรณีถุงน้ำคร่ำแตกแล้วและยังไม่แตก ส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือดจากสายสะดือไปยังทารก (Murray & Mckinney, 2014) ทำให้ทารกขาดออกซิเจน

ชนิดของสายสะดือย้อย

สายสะดือย้อยแบ่งได้เป็น 3 ชนิด (วิบูลย์, 2553; ศรีเกียรติ, 2555; สุขยา, 2555) ดังนี้

1. สายสะดือย้อยลงมาต่ำกว่าปกติ (occult prolapsed cord) โดยอยู่ข้าง ๆ ส่วนนำของทารกในครรภ์ สายสะดือจะถูกกดทับกับช่องทางคลอดได้เมื่อทารกเคลื่อนต่ำลง หรือมดลูกหดตัว ถุงน้ำคร่ำอาจจะแตกหรือไม่แตกก็ได้
2. สายสะดือย้อยมาอยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารก (forelying cord) โดยที่ถุงน้ำยังไม่แตก
3. สายสะดือย้อยลงมาต่ำกว่าส่วนนำของทารกในครรภ์ (overt prolapsed cord หรือ complete prolapsed cord) เกิดในรายที่ถุงน้ำแตกแล้ว พบสายสะดือพันจากปากมดลูกมาอยู่ในช่องคลอด หรือโผล่พ้นปากช่องคลอด

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดาและทารก และปัจจัยด้านการทำหัตถการ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านมารดาและทารก

1.1 ตั้งครรภ์หลายครั้ง กล้ามเนื้อมดลูกขยายมาก ทำให้ส่วนนำทารกไม่เข้าสู่ช่องเชิงกราน (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2011) และท่าของทารกผิดปกติ (สุกัญญา, 2551; Murray & Mckinney, 2014) เกิดภาวะสายสะดือย้อยได้ง่ายขึ้น

- 1.2 อุ้งเชิงกรานผิดปกติ หรือแคบ (ศรีเกียรติ, 2555; สุขยา, 2555)
 - 1.3 ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดก่อนกำหนด (วิบูลย์, 2553; Medforth et al., 2011)
 - 1.4 ทารกมีส่วนนำผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง หรือท่าเฉียง (วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555; Medforth et al, 2011; Murray & Mckinney, 2014)
 - 1.5 ทารกครรภ์แฝด หรือครรภ์แฝดน้ำ (วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555; Medforth et al., 2011)
 - 1.6 รกเกาะต่ำ หรือรกเกาะผิดปกติ (นันทพร, 2555; วิบูลย์, 2553; Pillitteri, 2014)
 - 1.7 สายสะดือยาวกว่าปกติ (Medforth et al., 2011) โดยเฉพาะในรายที่สายสะดือยาวมากกว่า 75 เซนติเมตร (นันทพร, 2555; สุกัญญา, 2551)
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับหัตถการ เช่น การเจาะน้ำคร่ำขณะที่ส่วนนำยังไม่กระทบกับเชิงกราน การใส่สายวัดความดันในโพรงมดลูก การหมุนกลับท่าเด็กทางหน้าท้อง เป็นต้น (วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555; Medforth et al., 2011)

พยาธิสภาพ

เมื่อเกิดภาวะสายสะดือย้อย ส่วนของสายสะดือจะถูกกดทับจากส่วนนำของทารกและช่องเชิงกราน หลอดเลือดหดเกร็ง (vasospasm) ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่ทารกน้อยลง เกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress) อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ (variable deceleration) และหัวใจทารกเต้นช้าลง (bradycardia) (วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555) ตรวจพบความผิดปกติของหัวใจทารกได้จากการติดตามด้วยเครื่องบันทึกการหดตัวของมดลูก และการเต้นของหัวใจทารก

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง มีลักษณะได้หลายประการขึ้นอยู่กับชนิดของภาวะสายสะดือย้อย ดังนี้

1. คลำพบสายสะดือได้จากการตรวจภายใน อาจคลำพบชีพจรเต้นเป็นจังหวะ โดยทั่วไปจะเกิดเมื่อปากมดลูกเปิด 5-6 เซนติเมตร ส่วนนำระดับ -1 ถึง -2 (สุขยา, 2555) การคลำชีพจรอาจทำให้เส้นเลือดสายสะดือหดตัวได้ (สุกัญญา, 2551) การคลำสายสะดือจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง
2. เห็นสายสะดือโผล่มาทางช่องคลอด (วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555)
3. เสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ หรือหัวใจทารกเต้นช้าลง (วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555; Medforth et al., 2011)
4. ตรวจพบด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในรายที่สายสะดือยังไม่โผล่พ้นออกมามากปากมดลูก หรือปากช่องคลอด (นันทพร, 2555; วิบูลย์, 2553; สุขยา, 2555)

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอดด้วยสูติศาสตร์ฉุกเฉิน เช่น การฉีกขาดของช่องคลอด การติดเชื้อในช่องคลอดและโพรงมดลูก เป็นต้น รวมถึงความเครียดและความวิตกกังวลต่อภาวะสายสะดือที่ย้อย และสุขภาพทารกในครรภ์ หรือเศร้าโศกหากทารกพิการ หรือเสียชีวิต

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เกิดจากสายสะดือถูกกดทับ หลอดเลือดสายสะดือหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไปสู่ทารกน้อยลง ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ สมออาจพิการ หรือเสียชีวิตปริกำเนิด ในอดีตก่อนศตวรรษที่ 20 พบอัตราการเสียชีวิตปริกำเนิดสูงถึง ร้อยละ 32-47 (Chebsey et al., 2012) ในปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตปริกำเนิดของทารกลดลง เนื่องจากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็วขึ้น

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัย มีดังนี้

1. การซักประวัติ ประวัติถุงน้ำแตก การดิ้นของทารก
2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การสังเกตบริเวณช่องคลอด พบสายสะดือโผล่ออกมาในรายที่สายสะดือย้อยแบบสมบูรณ์ ตรวจภายในช่องคลอดคลำพบสายสะดือ และชีพจรเต้นเป็นจังหวะ การตรวจด้วยเครื่องตรวจหัวใจทารกทางหน้าท้อง พบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ฟังเสียงหัวใจทารกพบว่าเต้นช้าลง
3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ช่วยในการวินิจฉัยภาวะสายสะดือย้อย กรณีที่ส่วนนำยังไม่โผล่พ้นช่องคลอด

การดูแลรักษา

การดูแลรักษา มี 2 รูปแบบ (สุขยา, 2555) ดังนี้

1. การช่วยเหลือแบบฉุกเฉิน ได้แก่ การลดการกดทับของสายสะดือโดยการจัดท่ายกกันสูง การสอดมือไปดันส่วนนำของทารกไม่ให้เคลื่อนลงมากดสายสะดือ การให้ออกซิเจน 100% ทางหน้ากาก การป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดสายสะดือโดยทำให้อุ่นและแห้งโดยการใช้ผ้าปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือ (0.9% NSS) คลุมสายสะดือที่โผล่ออกมา ทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งตึงโดยใส่น้ำเกลือ 500-700 มิลลิลิตรทางสายสวนปัสสาวะ หรือให้ยาออกฤทธิ์ลดการหดตัวของมดลูก เพื่อลดความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก
2. การทำคลอด มีแนวทาง ดังนี้
 - 2.1 การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง เป็นวิธีที่ดีที่สุด ยกเว้นกรณีทารกเสียชีวิต หรือทารกพิการ
 - 2.2 ใช้เข็มช่วยคลอดกรณีปากมดลูกเปิดหมด ศีรษะทารกต่ำพอควร เชิงกรานไม่แคบ

2.3 หากเป็นท่าก้นช่วยคลอดท่าก้น ช่วยคลอดทางช่องคลอดกรณีปากมดลูกเปิดหมด ส่วนนำทารกไม่ติดสัดส่วนกับช่องเชิงกราน

2.4 ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ กรณีเป็นครรภ์หลัง ปากมดลูกเปิดเกือบเต็มที่แล้ว ศีรษะทารกไม่ติดสัดส่วนกับช่องเชิงกราน

2.5 กลับท่าทารกทางหน้าท้อง ทำในกรณีแพทย์มีความชำนาญเท่านั้นเพราะอันตรายมาก

2.6 กรณีถุงน้ำยังไม่แตก หัวใจทารกเต้นปกติ ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 7-8 เซนติเมตรแล้ว รอให้คลอดทางช่องคลอดเองโดยไม่เจาะถุงน้ำก่อน

2.7 กรณีทารกเสียชีวิตแล้ว ปล่อยให้คลอดเองทางช่องคลอด กรณีส่วนนำติดสัดส่วนกับช่องเชิงกรานอาจใช้สูติศาสตร์หัตถการทำลายเด็ก หรือการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

นอกจากนี้ จากงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า กรณีปากมดลูกไม่พร้อม การผ่าตัดคลอดทางหน้าทางเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด แต่ในกรณีปากมดลูกเปิดหมด การช่วยคลอดทางช่องคลอดให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า หากได้รับการช่วยเหลือให้คลอดในระยะเวลาที่รวดเร็ว (Chebsey et al., 2012) โดยการคลอดภายใน 10 นาที มีอุบัติการณ์ Apgar scare ของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 7 ในนาทีที่ 5 เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น แต่หากช่วยเหลือให้คลอดใน 10-20 นาที จะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นร้อยละ 30 และจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 71 หากได้รับการช่วยเหลือให้คลอดช้ากว่า 20 นาที ดังนั้น การช่วยเหลือให้คลอดทางช่องคลอดในรายที่ปากมดลูกพร้อม ยิ่งรวดเร็วจะช่วยให้ทารกจะปลอดภัยมากขึ้น

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย

การประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อยตามแบบแผนสุขภาพ สามารถประเมินได้ ดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ประเมินการมารักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสายสะดือย้อย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดสายสะดือย้อย และการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ประเมินการรับประทานอาหาร ทั้งชนิดและปริมาณอาหารมื้อสุดท้ายที่รับประทาน เพราะมีผลต่อการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในกรณีที่ปากมดลูกยังไม่เปิดหมด

3. การขับถ่าย: ในรายที่สายสะดือย้อย หลังผ่านภาวะวิกฤติ ต้องประเมินปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง ลักษณะและสีของปัสสาวะ เพราะการใส่มอดันส่วนนำไว้นาน อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: เมื่อมีภาวะสายสะดือย้อยมีความจำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว จัดท่ายกกันสูง ต้องประเมินดูว่าสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย ให้ความร่วมมือหรือไม่ และสามารถจัดทำได้ถูกต้องหรือไม่

5. การพักผ่อนนอนหลับ: หลังผ่านภาวะวิกฤติในระยะคลอด มารดาบางรายอาจนอนไม่หลับจากความเครียด หรือวิตกกังวลจากการที่ทารกต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด หรือทารกเสียชีวิต

6. สติปัญญาและการรับรู้: การที่ต้องคลอดในภาวะฉุกเฉินเพราะมีสายสะดือย้อย มารดาและครอบครัวมีการรับรู้อย่างไร หลังได้รับการดูแลช่วยเหลือในรายที่ผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดีหรือไม่ จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีหรือไม่

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: ภาวะสายสะดือย้อยทำให้ต้องผ่าตัดหรือช่วยคลอดฉุกเฉิน อาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของทารก ได้แก่ การหายใจไม่ดี เสี่ยงพิการทางสมอง อาจทำให้มารดาบางรายรับรู้ว่าเป็นความผิดพลาดของตนเองที่มาโรงพยาบาลช้า อาจทำให้บางรายโทษตนเอง และรู้สึกผิด ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ภาวะสายสะดือย้อยอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อย่างรุนแรงตามมา หากมารดารับรู้ว่าเป็นข้อผิดพลาดของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ บุคคลในครอบครัว หรือตนเอง อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้น หรือปรับตัวไม่เหมาะสมได้

9. เพศและการเจริญพันธุ์: อาจตรวจพบสายสะดือในช่องคลอด หรือมีสายสะดือโผล่ออกมาจากช่องคลอด อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: การปรับตัวต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้ โดยเฉพาะกรณีทารกมีปัญหารุนแรง หรือเสียชีวิต ทำให้มารดาและครอบครัวเกิดความเครียด

11. คุณค่าและความเชื่อ: ความเชื่อต่อภาวะสายสะดือย้อยที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบต่อทารกที่รุนแรงจะส่งผลต่อการปรับตัวของสตรีหลังคลอด เช่น หากเชื่อว่าเป็นกฏแห่งกรรม มารดาอาจจะปรับตัวได้ โดยการทำบุญตักบาตรมากขึ้น แต่หากไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ปรับตัวไม่ได้ อาจทำให้ท้อแท้ สิ้นหวังได้

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย เน้นการป้องกันภาวะสายสะดือย้อยในรายที่ ถุงน้ำแตกแล้ว และพยาบาลเพื่อช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว หากพบสายสะดือปลัดขี้ พยาบาลจึงต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกอย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยมีหลักการพยาบาล ดังนี้

1. การป้องกันภาวะสายสะดือย้อย ในระยะฝากครรภ์ควรให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ทุกราย ให้รับมาโรงพยาบาลทันทีหากมีถุงน้ำคร่ำแตก พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของน้ำคร่ำ และสิ่งที่ออกมาทางช่องคลอด หากมีสายสะดือย้อยให้นอนยกกันสูงก่อนมาโรงพยาบาล

2. การพยาบาลเมื่อพบสายสะดือย้อย มีหลักการดูแลช่วยเหลือ ดังนี้

2.1 อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะสายสะดือย้อย ญาติและครอบครัว ทราบสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้อธิบายสาเหตุ แนวทางการดูแลรักษา และให้กำลังใจ

2.2 ป้องกัน หรือลดการกดทับสายสะดือ โดยการจัดท่านอนยกกันสูง ศีรษะอยู่ต่ำ (Murray & Mckinney, 2014) เช่น นอนหงายยกกันสูง (Trendelenburg's position) นอนคว่ำยกกันสูง (knee-chest position) หรือนอนตะแคงใช้หมอนรองกันสูง (elevated sim's position) เป็นต้น รวมถึงการใส่ถุงมือปราศจากเชื้อเข้าไปทางช่องคลอด และดันส่วนนำขึ้นไม่ให้เกิดทับสายสะดือในรายที่สายสะดือย้อยชัดเจน โดยดันส่วนนำไว้ตลอดเวลาจนกว่าจะสิ้นสุดการตั้งครรภ์

2.3 ดูแลให้ออกซิเจนแก่สตรีตั้งครรภ์ 10 ลิตร/นาทีทางหน้ากาก เพื่อให้ออกซิเจนไปสู่ทารกได้มากขึ้น

2.4 เตรียมพร้อมช่วยเหลือการคลอดฉุกเฉิน เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือการใช้คีม เป็นต้น รวมทั้งการงดน้ำงดอาหารทางปาก การเจาะเลือดส่งตรวจหมู่เลือดและจางเลือด ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เตรียมพร้อมอุปกรณ์ช่วยกู้ชีพทารก และกุมารแพทย์เพื่อช่วยเหลือทารก

2.5 ประเมินติดตามภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง (electronic fetal monitoring)

2.6 หากสายสะดือโผล่พ้นช่องคลอดให้ดูแลให้อุ่นและไม่แห้งโดยใช้ผ้าปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือคลุมไว้ เพื่อป้องกันหลอดเลือดของสายสะดือหดเกร็ง

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

1. ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงทารกน้อยลงจากการที่สายสะดือถูกกดทับ
2. มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในมดลูกเนื่องจากการที่สายสะดือโผล่พ้นช่องทางคลอด
3. มีความวิตกกังวลเพราะกลัวอันตรายจากการผ่าตัด
4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสายสะดือย้อยและสุขภาพของทารกในครรภ์

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือย้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงทารกน้อยลงจากการที่สายสะดือถูกกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

S: รู้สึกเหมือนมีอะไรออกมาจากช่องคลอด

O: อัตราการเต้นของหัวใจทารก 90-100 ครั้ง/นาที

พบลักษณะการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ (variable deceleration)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล - อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้ง/นาที

- ทารกไม่ถ่ายขี้เทา

- ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อพบภาวะสายสะดือย้อย รีบบอกให้มารดานอนยกกันสูง เช่น นอนหงายยกกันสูง ศีรษะต่ำ หมอนรองส่วนกันให้สูง ท่าโก้งโค้ง หรือท่านอนตะแคงยกกันสูง เพื่อมิให้ส่วนน้ำหนักทับสายสะดือ
2. หากตรวจภายในพบสายสะดือ ให้ใช้มือดันส่วนนำทารกให้สูงไว้ เพื่อไม่ให้ลงมาทับสายสะดือ
3. แจ้งขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อื่นๆ พร้อมรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ออกซิเจน 8-10 ลิตร/นาทีทางหน้ากากออกซิเจน
5. เตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือหัตถการอื่นๆ เช่น คีมช่วยคลอด
6. ระหว่างรอผ่าตัดให้มีผู้ใส่ถุงมือปราศจากเชื้อคอยดันส่วนนำไว้ไม่ให้กดทับสายสะดือ
7. หากสายสะดือย้อยออกมานอกช่องคลอดให้ใช้ผ้ากอซปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือปิดไว้เพื่อป้องกันการหดเกร็งของเส้นเลือดซึ่งไหลเวียนไปสู่ทารก
8. ติดตามประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที พร้อมสังเกตลักษณะการมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ
9. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เตรียมพร้อมเจาะเลือดและจางเลือดสำหรับการผ่าตัด
10. เตรียมพร้อมอุปกรณ์การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด และรายงานกุมารแพทย์รับทารก
11. ให้ข้อมูลมารดา ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น พร้อมบอกแนวทางการดูแลรักษา รวมทั้งช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ

สรุป

ภาวะสายสะดือย้อยเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่เป็นอันตรายต่อทารก ทารกอาจพิการหรือเสียชีวิตปริกำเนิดจากการขาดออกซิเจน การประเมินสภาพเพื่อการวินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้ทารกปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ การฝึกอบรมเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถ และทักษะพร้อมช่วยเหลือผู้ใช้บริการได้อย่างทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะสายสะดือพลัดต่ำ. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 223-227). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นต์ติ้ง.
- วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม. (2553). ภาวะสายสะดือย้อย. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริม, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 190-200). กรุงเทพมหานคร: ราชมวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์. (2551). ภาวะสายสะดือย้อย. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ. ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 415-419). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นต์ติ้ง เฮาส์.
- สุชยา ลีอรรณ. (2555). สายสะดือย้อย. ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 378-381). กรุงเทพฯ: ลักษมีรุ่ง.
- Chebsey, C., Siassakos, D., & Draycott, T. (2012). A review of umbilical cord prolapse and the influence of training on management. *Fetal and Maternal Medicine Review, 23*(2), 120-130. doi: 10.1017/S0965539512000058
- Medforth, J., Battersby, S. Evans, M., Marsh, E., & Walker, A. (2011). *Oxford handbook of midwifery* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Murray, S., & Mckinney, E. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

บทที่ 39

การพยาบาลสตรีที่ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน (Fetal Distress)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

การพยาบาลสตรีที่ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน

ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เป็นภาวะที่ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เสี่ยงอันตรายต่อการเสียชีวิตปริกำเนิดของทารกหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว การประเมินสภาพและวินิจฉัยได้ในระยะแรกเริ่ม และการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันทีจึงมีความสำคัญมาก

มโนทัศน์ของภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

ความหมาย

ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress) หรือทารกในครรภ์มีภาวะคับขัน เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์ที่อยู่ในอันตราย หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจเสียชีวิตได้ (ชเนนทร์, 2553) บางครั้งอาจหมายถึง ภาวะที่ไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยของทารก (nonreassuring) ซึ่งสะท้อนถึงภาวะอันตรายของทารกในครรภ์จากการขาดออกซิเจน โดยเฉพาะเซลล์สมอง หัวใจ (ชเนนทร์, 2553) ทำให้เสียชีวิตได้

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนมาจาก 2 สาเหตุหลัก (นันทพร, 2555) ดังนี้

1. ภาวะที่สายสะดือถูกกดขณะมดลูกมีการหดตัว ทำให้ทารกขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีทั้งพบในรายที่น้ำคร่ำน้อย หรือสายสะดือปลัดต่า
2. ภาวะที่การไหลเวียนเลือดไปสู่รกไม่เพียงพอ ทำให้ทารกขาดออกซิเจน ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกหดตัวรุนแรง สตรีมีภาวะตกเลือด มีภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ หรือรกเสื่อมสภาพจากการตั้งครรภ์เกินกำหนด

พยาธิสภาพ

จากการที่สายสะดือถูกกดทับ หรือเลือดไปเลี้ยงรกลดลงจากสาเหตุใดก็ตาม ทำให้เลือดไหลเวียนสู่ทารกน้อยลง โดยเฉพาะไปที่เซลล์สมอง และหัวใจลดลง ร่างกายทารกจะมีการตอบสนองในช่วงแรกโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ เมื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจนนานๆ ทารกจะมีการเผาผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย หัวใจจะถูกกระตุ้นให้เต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายมีการหดตัว แรงดันเลือดเพิ่มขึ้น (นันทพร, 2555) ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือแก้ไขล่าช้า หัวใจทารกจะเต้นช้าลง ภาวะขาดออกซิเจนทำให้หู

รูดทวารหนักของทารกในครรภ์คล้ายตัวจิ้งจกตรวจพบชี้เทาปนในน้ำคร่ำ เมื่อยังมีภาวะขาดออกซิเจนดำเนินอยู่อีกจะทำให้หัวใจหยุดเต้น และเสียชีวิตในที่สุด

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง (นันทพร, 2555; สุภาพ, 2556) มีดังนี้

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ แสดงถึงการขาดออกซิเจน (late deceleration และ variable deceleration) มีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 160 ครั้ง/นาที

2. มีภาวะชี้เทาปนในน้ำคร่ำ ในระดับเล็กน้อยมีสีเขียวปนเหลืองจางๆ (thin meconium หรือ mild meconium stained) หรือมีชี้เทาปนสีเขียวย่น (thick meconium stained) ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน

3. การเคลื่อนไหวของทารกลดลง สตรีตั้งครรภ์อาจรับรู้ได้ว่าทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง

4. เลือดทารกมีภาวะเป็นกรด ไม่จำเป็นต้องพบร่วมกับภาวะทารกขาดออกซิเจนเสมอไป การตรวจภาวะกรดต่างของทารกในครรภ์ สามารถตรวจด้วยวิธี การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิกของทารก (digital scalp stimulation) หรือวิธีเจาะเลือดจากศีรษะทารกโดยตรง (fetal scalp pH) แต่หากพบภาวะเลือดเป็นกรดแสดงว่าทารกอยู่ในภาวะอันตราย (สุขยา, 2558) แต่ในประเทศไทยมักไม่วินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์โดยวิธีการเจาะเลือด

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อร่างกายสตรีตั้งครรภ์โดยตรงมีน้อย อาจได้รับผลกระทบในกรณีการคลอดฉุกเฉิน แต่จะมีผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลต่อสุขภาพทารกในครรภ์

ผลกระทบต่อทารก ภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ อาจส่งผลให้ทารกพิการรุนแรง หรือเสียชีวิตปริกำเนิดได้

การตรวจวินิจฉัย

1. ตรวจพบชี้เทาปนในน้ำคร่ำ
2. ตรวจพบความผิดปกติของหัวใจทารก เช่น อัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ หรือเร็วกว่าปกติ
3. ตรวจพบรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ จากการใช้เครื่องตรวจบันทึกการเต้นของหัวใจทารกทางหน้าท้อง พบภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกไม่ปลอดภัย (เช่น late deceleration หรือ variable deceleration) บ่งชี้ว่าทารกในครรภ์มีภาวะอันตรายจากการขาดออกซิเจน

4. การตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น ตรวจเลือดจากศีรษะทารก พบเลือดเป็นกรด การตรวจด้วยเครื่องทางหน้าท้องแบบไม่กระตุ้นการหดตัวของมดลูก (non stress test) พบ non-reactive เป็นต้น

การรักษา

การรักษาภาวะทารกขาดออกซิเจน มี 3 แนวทาง (ชเนนทร์, 2553) ดังนี้

1. การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ ให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคง ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก หยุดให้ออกซิโตซินในรายที่ให้อยู่ ให้อาการหดตัวของมดลูก (tocolysis) ในรายที่มดลูกหดตัวรุนแรงหรือระหว่างรอผ่าตัดคลอด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ตรวจภายในค้นหาภาวะสายสะดือย้อย

2. การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ แก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำของสตรีตั้งครรภ์ เปลี่ยนท่านอนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ให้อาเพื่อให้ออกซิเจน (เช่น terbutaline 0.25 มิลลิกรัม ขึ้นได้ผิวหนัง) แก้ไขภาวะตกเลือด ควบคุมภาวะชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง

3. เตรียมช่วยเหลือโดยการผ่าตัดคลอด ควรให้คลอดอย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที ในกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรด มีรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติซึ่งบ่งชี้ว่าทารกไม่ปลอดภัย (เช่น late deceleration, variable deceleration, prolong deceleration หรือ bradycardia ที่ไม่มี variability)

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

การประเมินสภาพสตรีที่ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน มีแนวทาง ดังนี้

1. ชักประวัติภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ การหดตัวของมดลูก น้ำคร่ำมีสีขี้เทาปน ครรภ์เกินกำหนด เพราะมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

2. การตรวจร่างกายและการสังเกตสิ่งผิดปกติ ได้แก่ การหดตัวของมดลูก ลักษณะของน้ำคร่ำ อัตราการเต้นของหัวใจทารก สายสะดือย้อย หรือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลระดับเอสทริโอล (estriol) ในปัสสาวะ เพื่อดูการทำงานของรก ผลการตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น

4. ผลกระทบทางด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวลต่อสุขภาพทารกในครรภ์

หลักการพยาบาลสตรีที่ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

หลักการพยาบาลสตรีที่ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน เพื่อป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และการพยาบาลเมื่อทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน มีดังนี้

การพยาบาลเพื่อป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มีหลักการ ดังนี้

1. ระยะฝากครรภ์ มีแนวทางการพยาบาล ดังนี้

1.1 ชักประวัติและประเมินภาวะเสี่ยงของทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ครรภ์เกินกำหนด น้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

1.2 แนะนำมารดาสังเกตและนับการดิ้นของทารก หากทารกดิ้นน้อยลงให้รีบมาโรงพยาบาล

1.3 แนะนำหากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า บวม น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด น้ำคร่ำมีสีเขียวปน มีเลือดออกทางช่องคลอด ให้รีบมาโรงพยาบาล

1.4 มาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

2. ระยะคลอด มีแนวทางการพยาบาล ดังนี้

2.1 ดูแลให้อุ่นพักบนเตียงสำหรับรายที่น้ำคร่ำแตก แต่ส่วนน้ำยังไม่กระชับช่องเชิงกราน หากตรวจภายในครรภ์ประเมินภาวะสายสะดือปลัดขังร่วมด้วย

2.2 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จัดท่านอนศีรษะสูง

2.3 ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก และการเต้นของหัวใจทารก โดย on EFM อย่างต่อเนื่อง หากทำได้

2.4 ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้กราฟการคลอด หากผิดปกติดูแลให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันทารกขาดออกซิเจนจากการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน

นอกจากนี้จากผลการวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ลักษณะกราฟที่ได้จากการบันทึกด้วย EFM ในช่วงปลายระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดที่มีลักษณะของ baseline FHR ไม่คงที่ ไม่สามารถบอกค่ามาตรฐานของอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในรายนั้นได้ มีความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์มีภาวะเลือดเป็นกรด ($pH \leq 7.05$) ทารกแรกเกิดมี Apgar score ต่ำ และอาจต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (Georgieva, Payne, Moulden, & Redman, 2012) ดังนั้น ทักษะการอ่านและแปลผลกราฟติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ จึงเป็นเรื่องสำคัญของพยาบาล หากพบลักษณะที่บ่งชี้ว่าทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ต้องรีบให้การช่วยเหลือ และรายงานแพทย์เพื่อการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว

การพยาบาลเมื่อทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน มีดังนี้

1. จัดให้ออกซิเจนแก่แม่เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกและทารกได้ดีขึ้น
2. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 8-10 ลิตร/นาที
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
4. หยุดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
5. เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยทำหัตถการ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยกู้ชีพทารกให้พร้อม และพร้อมรายงานกุมารแพทย์เพื่อช่วยเหลือทารก
7. ให้ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ ญาติและครอบครัว เพื่อดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

1. ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง
2. สตรีตั้งครรภ์และทารกอาจได้รับอันตรายจากการช่วยคลอดฉุกเฉิน
3. มีความวิตกกังวลเพราะกลัวอันตรายจากการผ่าตัด
4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะขาดออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์และทารกอาจได้รับอันตรายจากการช่วยคลอดฉุกเฉิน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ทารกอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน แพทย์เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

O: อัตราการเต้นของหัวใจทารกไม่สม่ำเสมอ 90-100 ครั้ง/นาที

พบลักษณะการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ (variable deceleration)

วัตถุประสงค์ ผู้คลอดและทารกไม่เกิดอันตรายจากการคลอดฉุกเฉิน

เกณฑ์การประเมินผล - อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้ง/นาที

- ทารกไม่ถ่ายซีเทา

- สตรีตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ ญาติและครอบครัวเข้าใจภาวะที่เกิดขึ้น และบอกแนวทางการรักษาเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพได้เหมาะสม

2. ชักประวัติการรับประทานอาหารมีรสสุดท้าย โรคประจำตัว ถอดฟันปลอมและเครื่องประดับออกให้ญาติ
3. ทำความสะอาดร่างกายบริเวณที่จะผ่าตัด โขนขนให้เรียบร้อย
4. เตรียมเจาะเลือด หาหมู่เลือดและจางเลือดให้เรียบร้อย
5. ให้การดูแลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอระหว่างรอการผ่าตัด
6. เตรียมพร้อมอุปกรณ์กู้ชีพทารก
7. รายงานกุมารแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมช่วยเหลือทารก

สรุป

ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน เป็นสถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อย เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้สายสะดือถูกกด และปัจจัยที่ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง การเฝ้าระวังภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด และมีการติดตามประเมินสภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสตรีที่มีภาวะเสี่ยง ในระยะคลอด ควรมีการใช้เครื่องประเมินติดตามการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง ทักษะพยาบาลในเรื่องการอ่านผลจากกราฟบันทึกการเต้นของหัวใจทารกมีความสำคัญ การประเมินความผิดปกติได้รวดเร็ว จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการช่วยเหลืออย่างปลอดภัย เหมาะสม และทันสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2553). มดลูกแตก. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วร วุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 176-188). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูติ นรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และ ฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 217-223). เชียงใหม่: ころงช่างพริ้นท์ติ้ง.
- สุชยา ลีอวรรณ. (2558). *การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์*. ค้นจาก http://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1093:2015-02-22-23-15-51&catid=38&Itemid=480
- สุขภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Georgieva, A., Payne, S. J., Moulden, M., & Redman, C. W. G. (2012). Relation of fetal heart rate signals with unassignable baseline to poor neonatal state at birth. *Medical and Biological Engineering*, 50(7), 717–725. doi 10.1007/s11517-012-0923-7
- Medforth, J., Battersby, S. Evans, M., Marsh, E., & Walker, A. (2011). *Oxford handbook of midwifery* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

บทที่ 40

การพยาบาลสตรีระยะคลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ:

คีม เครื่องดูดสุญญากาศและผ่าตัดคลอด

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์ของการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการได้ถูกต้อง
2. บอกผลกระทบของการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการที่มีต่อผู้คลอดและทารกได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ
2. ผลกระทบของการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการที่มีต่อผู้คลอดและทารก
3. หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ

การช่วยคลอดด้วยคีม

มโนทัศน์ของการช่วยคลอดด้วยคีม

ความหมาย

การช่วยคลอดด้วยคีม (forceps extraction หรือ F/E) หมายถึง วิธีช่วยคลอดทารกโดยการหมุนศีรษะและดึงศีรษะทารกออกจากช่องทางคลอดในท่าศีรษะหรือก้น โดยไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อมารดาและทารกในครรภ์ (ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Bambini, 2016)

ส่วนประกอบของคีม

คีมแต่ละชนิดจะแตกต่างกันในรูปร่างและขนาด แต่ทุกชนิดมีส่วนประกอบพื้นฐานเช่นเดียวกัน คีมมี 2 ข้างประกบกัน ออกแบบเป็นข้างซ้ายและข้างขวาตามมือที่ถือ และด้านเชิงกรานของมารดาที่ใส่เข้าไปคีมแต่ละข้างจะมี 4 ส่วน คือ ใบคีม (blade) ก้านคีม (shank) ล็อก (lock) และด้ามคีม (handle) ดังนี้คือ (ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Cashion, 2014)

1. ใบคีม เป็นส่วนที่ใช้จับศีรษะทารก มีลักษณะรีคล้ายรูปไข่ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 แบบมีช่องหน้าต่าง (fenestrated blade) เป็นใบคีมที่มีรูตรงกลาง เพื่อช่วยให้จับศีรษะทารกได้แน่นใช้ดึงได้ดี ไม่กดศีรษะทารก และมีน้ำหนักเบา เช่น คีมซิมป์สัน (Simpson forceps)

1.2 แบบเป็นแผ่นตัน (solid blade) เป็นใบคีมตัน ไม่มีช่อง ช่วยให้หมุนศีรษะทารกได้ง่ายและเป็นอันตรายต่อทารกน้อย เพราะลดปริมาณของแรงกดต่อพื้นที่ แต่จะจับศีรษะทารกไม่แน่น เช่น คีมทักเกอร์-แม็กเลน (Tucker-McLean forceps)

ใบคีมแต่ละอันมีความโค้ง 2 ลักษณะคือ

1. โค้งที่แนวศีรษะทารก (cephalic curve) ส่วนโค้งที่เข้าไปตามรูปร่างศีรษะทารก

2. โค้งตามช่องทางคลอด (pelvic curve) ส่วนโค้งที่เว้าไปตามช่องทางคลอด

2. ก้านคีม เป็นส่วนที่ต่อระหว่างใบคีมกับล็อกมี 2 ชนิด คือ

2.1 แบบที่ก้านคีม 2 ข้างแยกขนานกัน (parallel shank) เป็นก้านแบบขนานกัน เช่น คีมซิมป์สัน คีมไพเพอร์ (Piper forceps)

2.2 แบบที่ก้านคีม 2 ข้างซ้อนกัน (overlapping shank) เป็นก้านแบบซ้อนกัน เช่น คีมเอลเลียต (Elliot forceps) คีมคิลแลนด์ (Kielland forceps)

3. ล็อก คือ ตำแหน่งที่คีม 2 ข้างไขว้กัน เป็นจุดที่ตรึงให้คีมทั้ง 2 ข้างมั่นคง และป้องกันไม่ให้คีมบีบกะโหลกศีรษะทารก มีหลายแบบดังนี้

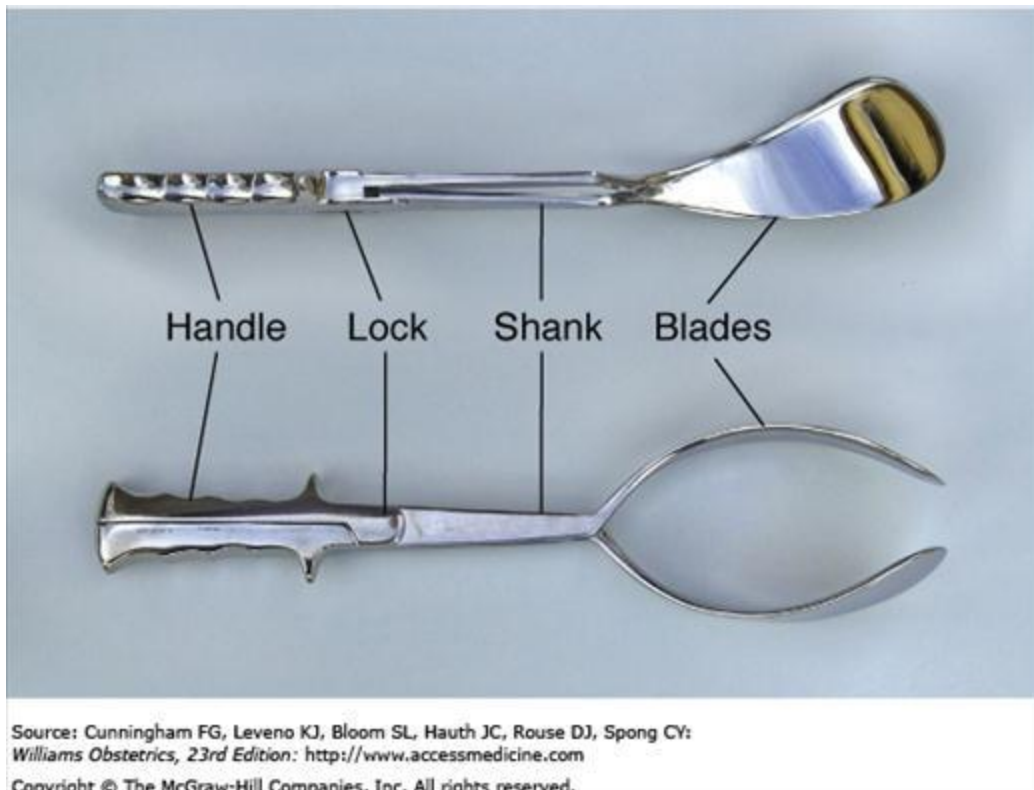
3.1 แบบอังกฤษ (English lock) ทำเป็นเข้าทั้ง 2 ข้างซึ่งจะมาสอดสวมกันได้พอดี เป็นแบบที่ใช้กันแพร่หลายมากที่สุด เช่น คีมซิมป์สัน คีมไฟเพอร์ คีมเอลเลียต

3.2 แบบฝรั่งเศส (French lock) ทำเป็นสกรูติดบนคีมด้านขวา แล้วขันคีมตำแหน่งที่ไขว้กันให้แน่น ช่วยให้จับศีรษะทารกให้กระชับขึ้น ซึ่งพบในคีมแบบเก่า

3.3 แบบเลื่อนได้ (sliding lock) ทำเป็นเข้าอยู่เฉพาะที่คีมซ้าย นำมาสวมกันแล้วสามารถเลื่อนได้อย่างอิสระ ใช้ในการจับศีรษะทารกที่มีลักษณะเบี้ยวเอียงทำมุม เนื่องจากไม่ชนานกับระดับของช่องเชิงกรานเช่น คีมซิลแลนด์

4. ด้ามคีม คือ ส่วนที่ใช้มือจับคีมเพื่อดึงหรือหมุนเป็นส่วนปลายต่อจากล็อก คีมบางชนิดด้ามอาจทำเป็นรอยนูน (finger guard หรือ finger guide) หรือมีร่องนิ้วมือ (finger grip)

รูปที่ 1 ส่วนประกอบของคีม



ที่มา: นภวีร์ จันทวงศ์ และธีระ ทองสง. (2016). เครื่องมือผ่าตัดทางสูติศาสตร์และนรีเวช.

Available

from:http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1222:2016-04-25-14-17-38&catid=45:topic-review&Itemid=561.

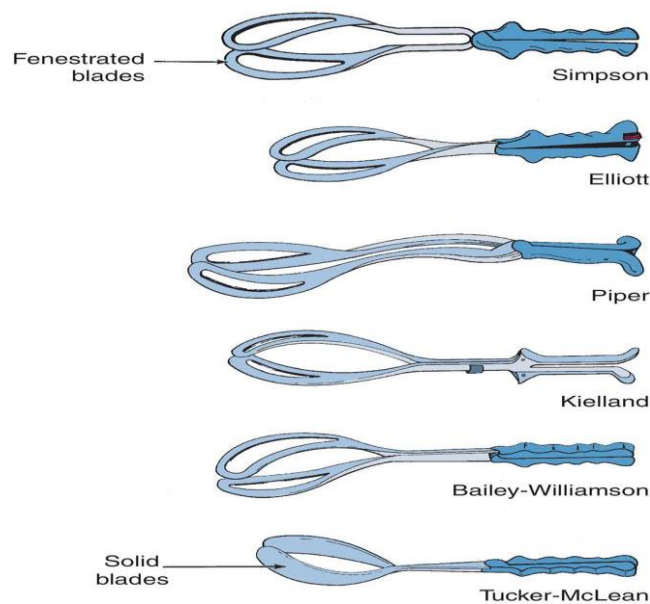
ชนิดของคีม

ชนิดของคีมที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ (ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Hobel, 2016)

1. คีมซิมป์สัน เป็นคีมมาตรฐาน ใช้ในการทำคลอดเมื่อศีรษะทารกอยู่ต่ำกว่าปุ่มอิสเคียล (ischial spine) และกะโหลกศีรษะทารกมีการเกยกัน (molding) หรือมีการบวมน้ำที่ใต้หนังศีรษะทารกมาก (caput succedaneum) โดยมากใช้ในการทำคีมต่ำ (low forceps) ซึ่งมักพบในผู้คลอดที่คลอดบุตรครั้งแรก
2. คีมเอลเลียต ใช้ทำคลอดในรายที่ศีรษะไม่มีการเกยกันของกะโหลกศีรษะ และใช้ในการหมุน
3. คีมคิลแลนด์ เป็นคีมที่นิยมใช้มากที่สุดในการหมุนศีรษะทารก
4. คีมไพเพอร์ ใช้ทำคลอดศีรษะในการคลอดท่าก้น
5. คีมทักเกอร์-แม็กเลน ใช้ทำคลอดศีรษะทารกที่มีลักษณะกลม ซึ่งมักพบในมารดาที่คลอดบุตร

ครรภ์หลัง

รูปที่ 2 ลักษณะ ของคีมชนิดต่างๆ



ที่มา: Mosby's Medical Dictionary, 9th edition. 2009, Elsevier. Available from:

<http://https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/obstetric+forceps>.

ชนิดของการช่วยคลอดด้วยคีม

1. Outlet forceps คือ การช่วยคลอดด้วยคีมเมื่อมองเห็นศีรษะทารกลงมาถึง pelvic floor มองเห็นศีรษะทารกที่ปากช่องคลอด โดยไม่ต้องแหวกช่องคลอด

2. Low forceps คือ การช่วยคลอดด้วยคีมเมื่อกะโหลกศีรษะทารกเคลื่อนลงต่ำกว่าหรือเท่ากับ ระดับ +2 เซนติเมตร

3. Mid forceps คือ การช่วยคลอดด้วยคีมเมื่อศีรษะทารกได้ผ่านช่องเชิงกรานลงมาแล้วแต่ ก็ยังอยู่ระดับสูงกว่า +2 เซนติเมตร (Cashion, 2014)

ข้อบ่งชี้ของการช่วยคลอดด้วยคีม

ข้อบ่งชี้ของการช่วยคลอดด้วยคีม แบ่งตามข้อบ่งชี้ด้านมารดาและทารก ดังนี้คือ (จรรยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Impey & Child, 2017)

1. ข้อบ่งชี้ด้านมารดา

1.1 ระยะที่สองของการคลอดยาวนานกว่าปกติ (prolong second stage of labor) อาจตัดสินใจช่วยคลอดด้วยคีม ถ้าระยะที่สองของการคลอดนานกว่า 1 ชั่วโมง

1.2 มารดาอ่อนเพลีย ไม่มีแรงเบ่ง

1.3 โรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด

1.4 โรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ซึ่งไม่ควรให้มารดาเบ่ง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด เป็นต้น

1.5 มารดาได้รับยาาระงับปวดมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถเบ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อบ่งชี้ด้านทารก

2.1 ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress)

2.2 ทารกมีอาการแทรกซ้อน เช่น สายสะดือย้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด

2.3 การหยุดหมุนของศีรษะทารก (arrest of rotation)

2.4 การทำคลอดทำกันที่มีการติดขัดของการคลอดศีรษะ

ข้อบ่งห้ามของการช่วยคลอดด้วยคีม

ข้อบ่งห้ามของการช่วยคลอดด้วยคีม มีดังนี้คือ (ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556)

1. มีการฉีดสัสนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา

2. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าหน้า ท่าขวาง

ปัจจัยสำคัญที่ต้องมีให้ครบถ้วนก่อนการช่วยคลอดด้วยคีม

ปัจจัยสำคัญที่ต้องมีให้ครบถ้วนก่อนการช่วยคลอดด้วยคีม คือ (จรรยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Bambini, 2016)

1. ไม่มีภาวะผิวดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา
2. ศีรษะทารกต้องอยู่ในอุ้งเชิงกราน
3. ปากมดลูกเปิดหมด
4. รู้ท่าและตำแหน่งที่แน่นอนของศีรษะทารก
5. ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว
6. ทารกมีขนาดไม่โตเกินไป
7. ทารกยังมีชีวิต
8. กระเพาะปัสสาวะว่าง
9. ให้อาชาและยาแก้ปวดให้เพียงพอ
10. ผู้ทำต้องมีความรู้และความชำนาญในการช่วยคลอดด้วยคีม
11. มีความพร้อมของเครื่องมือ บุคลากรและสถานที่

ขั้นตอนการช่วยคลอดด้วยคีม

ขั้นตอนการช่วยคลอดด้วยคีม ประกอบด้วย (จรรยาพร, 2558; สุภาพ, 2556)

1. การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ เตรียมเช่นเดียวกับการคลอดปกติ เพิ่มเติมคือคีมชนิดที่เหมาะสมกับการช่วยคลอด และผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ 2 ผืน

2. การเตรียมผู้คลอด

2.1 จัดให้ผู้คลอดขึ้นขาหยั่ง (lithotomy) ตรวจสอบสภาพการหดรัดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์

2.2 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และคลุมด้วยผ้าสะอาด

2.3 สอนปัสสาวะ

2.4 ทำ pudendal nerve block

3. การทำคลอด

3.1 การใส่คีม (application) นิยมใส่คีมซ้ายก่อน เนื่องจากลืออกอยู่บนคีมซ้ายแล้วจึงตามด้วยคีมขวาใส่ให้ถูกต้องทั้งด้านศีรษะทารก และด้านเชิงกรานโดยให้ใบคีมจับศีรษะทารกในระดับหน้า

ใบหู และมีระยะห่างจากรอยต่อแฉกกลางเท่ากัน เมื่อใส่ถูกต้องแล้วทำการล็อกใบคีมทั้ง 2 ข้าง ภายหลังล็อกคีมแล้วให้ฟังเสียงหัวใจทารก ถ้าฟังไม่ค่อยได้ยินหรือช้า แสดงว่าคีมจับสายสะดือเข้าไปด้วย สามารถคลำสายสะดือที่มาพันรอบคอได้ โดยการสอดนิ้วไปทางด้านหลังของคอทารก ใต้กระดูกหัวหน่าวของผู้คลอด ถ้าสงสัยว่าคีมจับสายสะดือไว้ ให้เอาคีมออกแล้วใส่ใหม่ ถ้าแก้ไขไม่ได้ต้องรีบทำคลอดโดยเร็ว และควรตรวจดูปากมดลูกหรือมือทารกว่าถูกคีมจับไว้หรือไม่

3.2 การดึงและหมุนศีรษะทารก

3.2.1 การดึงทุกครั้งพยายามทำให้เหมือนการหดรัดตัวของมดลูก คือ ค่อยๆ ดึงแต่แรกแล้วเพิ่มแรงขึ้นอย่างเต็มที่ จึงหยุดชั่วคราวแล้วค่อยๆ ผ่อนลง

3.2.2 ควรใช้แรงน้อยเท่าที่จะทำได้ตามการเคลื่อนตัวของศีรษะทารก เอาข้อศอกชิดลำตัวและงอแขน ใช้เฉพาะแรงจากกล้ามเนื้อไบเซ็ปส์เท่านั้น ไม่ควรโยกหรือบิด และควรฟังเสียงหัวใจทารกและหว่างดึง

3.2.3 ดึงจนศีรษะตุงที่ฝีเย็บ จึงตัดฝีเย็บ ยกศีรษะทารกขึ้นให้ใต้ท้ายทอยยันใต้กระดูกหัวหน่าว ศีรษะทารกจะค่อยๆ เยกขึ้นเหมือนการคลอดปกติ

3.3 การถอดคีม เริ่มถอดคีมเมื่อศีรษะทารกกำลังผ่านช่องทางคลอด และเห็นหน้าทารกโผล่ออกมาโดยปลดล็อกคีม และถอดใบคีมขวาก่อนจึงตามด้วยถอดใบคีมซ้าย ในขณะที่ถอดคีมต้องยันศีรษะทารกไว้ เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด หลังจากนั้นทำคลอดต่อไปเช่นเดียวกับการคลอดปกติ

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอดด้วยคีม

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอดด้วยคีม มีทั้งต่อมารดาและทารก ดังนี้คือ (จรรย์พร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Oats & Abraham, 2017; Ricci, 2017; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

1. ต่อมารดา

1.1 การฉีกขาดของช่องทางคลอด ได้แก่ มดลูก ปากมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอด ฝีเย็บอาจจะฉีกขาดถึงทวารหนักได้

1.2 อันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะไม่ออก มีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดการติดเชื้อ

1.3 ตกเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด หรือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

1.4 กระดูกหัวหน่าวแยก ถ้ากระดูกแยกมากอาจจะเดินไม่ได้

1.5 การหย่อนของกล้ามเนื้อ เอ็นยึด จากการดึงคีมอย่างแรง และการเย็บซ่อมแซมไม่ถูกต้อง มีผลให้เกิดภาวะมดลูกหย่อนได้ในภายหลัง

2. ต่อทารก

2.1 อันตรายต่อกะโหลกศีรษะทารก เช่น แดก ร้าว หรือยุบ

2.2 อันตรายต่อสมองทารก เช่น มีเลือดออกในสมอง เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง มีภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) หรือสติปัญญาไม่ดี เป็นต้น

2.3 การบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ เช่น การการมีเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะทารก (cephal hematoma)

2.4 อันตรายต่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) เกิดอัมพาตของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial palsy) ทำให้ปากเบี้ยว หนังตาปิดไม่สนิท

2.5 กระจกตาถูกบีบทำให้มีอาการตาเหล่ หนังตาตก

2.6 หูหนวก เกิดบาดแผล หรือมีเลือดออกในอวัยวะเกี่ยวกับการได้ยิน

2.7 การบาดเจ็บต่อผิวหนัง เช่น รอยขีดหรือแผลจากการทำคลอดด้วยคีม

หลักการพยาบาลผู้คลอดก่อนช่วยคลอดด้วยคีม

หลักการพยาบาลผู้คลอดก่อนช่วยคลอดด้วยคีม แบ่งเป็นการพยาบาลก่อนช่วยคลอดด้วยคีม การพยาบาลขณะช่วยคลอดด้วยคีม และการพยาบาลหลังช่วยคลอดด้วยคีม มีดังนี้ (จริยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Bambini, 2016; Cashion, 2014)

การพยาบาลขณะช่วยคลอดด้วยคีม

1. เตรียมชุดทำคลอดและ tampon sterile 1 ก้อน สำหรับใส่ระหว่างด้ามคีม เพื่อไม่ให้คีมกดศีรษะทารกมากเกินไป

2. เตรียมคีมที่ใช้ให้เหมาะสมกับการช่วยคลอด

3. เตรียมยาชาและชุดทำ pudendal nerve block ในกรณีที่ผู้คลอดไม่ได้รับ spinal analgesia หรือ epidural analgesia

4. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการช่วยคลอดด้วยคีม เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อข้องใจต่างๆ

5. จัดให้ผู้คลอดนอนท่า lithotomy

6. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา
7. ฟังเสียงหัวใจทารกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินการเปลี่ยนแปลง
8. เตรียมเครื่องช่วยชีวิตทารก (resuscitator) ไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันทีเมื่อทารกมีปัญหา

หลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดด้วยคีม

1. อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจผู้คลอดตลอดเวลาที่แพทย์ช่วยคลอดด้วยคีม
2. บอกให้ผู้คลอดทราบแผนการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดร่วมมือและลดความวิตกกังวล
3. โดยสอนให้ผู้คลอดหายใจเข้าออกช้าๆ ขณะที่แพทย์ใส่คีม เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนและไม่เกิดแรงต้าน
4. เมื่อแพทย์ล็อกคีมแล้ว ประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อีกครั้ง ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลง แสดงว่าคีมคีบถูกสายสะดือ แพทย์จะถอดคีมออกแล้วใส่ใหม่
5. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกเป็นระยะๆ หลังจากแพทย์ใส่คีมเรียบร้อยแล้ว และรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อมดลูกหดตัว เพื่อแพทย์จะดึงคีมพร้อมกับการหดตัวของมดลูก
6. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมทำการผ่าตัดเอาทารกทางหน้าท้อง ในกรณีที่มีการช่วยคลอดด้วยคีมไม่ประสบความสำเร็จ และทารกยังมีชีวิตอยู่
7. ตามกุมารแพทย์ เพื่อช่วยเหลือทารกแรกเกิด

หลักการพยาบาลหลังช่วยคลอดด้วยคีม

1. วัดสัญญาณชีพมารดาทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ต่อมาวัดทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ แล้วจึงวัดสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
2. ใส่ผ้าอนามัยและบันทึกจำนวนเลือดที่ออก เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. บันทึกการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้คลึงมดลูกทันทีจนกว่าจะหดตัวและหยุดคลึงเมื่อมดลูกหดตัวดีแล้ว
4. ประเมินการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ บันทึกเวลาและปริมาณที่มารดาถ่ายปัสสาวะครั้งแรก
5. ดูแลกระเพาะปัสสาวะว่าง โดยกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะภายใน 2 – 3 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และให้ถ่ายปัสสาวะเป็นระยะๆ ใน 12 – 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อมิให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
6. สังเกตและแนะนำให้มารดาสังเกตลักษณะ สีและจำนวนของปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อกระเพาะปัสสาวะจากการช่วยคลอดด้วยคีม

7. สังเกตลักษณะสี และกลิ่นของน้ำคาวปลา เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อภายในโพรงมดลูก และวัดมดลูกทุกวันเพื่อประเมินการเข้าสู่ของมดลูก
8. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกให้เร็วที่สุดในระยะหลังคลอด โดยให้มารดามีโอกาสสัมผัสบุตรโอบกอดบุตรตามความเหมาะสม
9. อบแผลฝีเย็บให้เพื่อให้การไหลเวียนของโลหิต ทำให้แผลฝีเย็บแห้งและติดดี
10. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร เช่นเดียวกับรายที่คลอดปกติ

เอกสารอ้างอิง

- จริยาพร ศรีสว่าง. (2558). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต์
สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). (หน้า 407-464).
นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- Bambini, D. R. (2016). Labor and birth complications. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K.
Cashion, & K. R. Alden (Eds.). *Maternity and women's health care*. (11th ed.).
(pp271-288). St. Louis: Elsevier.
- Cashion, K. (2014). Labor and birth at risk. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion
(Eds.). *Maternity nursing*. (8th ed.). (pp 676-722). Missouri: Mosby Elsevier.
- Hobel, C. J. (2016). Obstetric procedures. In N. F. Hacker, J. C. Gambone, & C. J. Hobel
(Eds.). *Essentials of obstetrics & gynecology*. (6th ed.). (pp 224-233). Philadelphia:
Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley
and Sons, Ltd. Oats, J., & Abraham, S. (2017). *Llewellyn-Jones fundamentals of
obstetrics and gynaecology*. (10th ed.). St. Louis: 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.
- Sheibani, L. S., & Wing, D. A. (2017). Abnormal labor and induction of labor. In

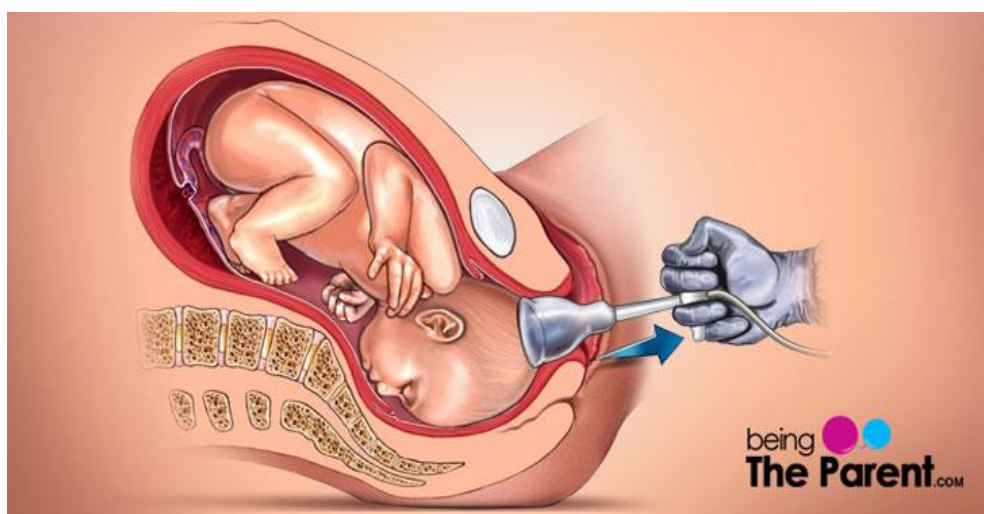
S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M.
Jauniaux, et al. (Eds.),
Obstetrics normal and problem pregnancies. (7th ed.). (pp 271-288).
Philadelphia: Elsevier.

การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

มโนทัศน์ของการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

ความหมาย

การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction หรือ V/E) หมายถึง การใช้เครื่องดูดสุญญากาศในการเสริมแรงจากการหดตัวของมดลูกในขณะเจ็บครรภ์ ร่วมกับแรงเบ่งของผู้คลอดดึงศีรษะทารกออกจากช่องคลอดโดยออกแรงดึงเฉพาะเวลาที่มดลูกหดตัว เพื่อให้สามารถดำเนินการคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย (จரியพร, 2558; Oats & Abraham, 2017)



ภาพที่ 1: การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

ที่มา: <https://www.beingtheparent.com/vacuum-assisted-birth/>.

ส่วนประกอบของเครื่องดูดสุญญากาศ

เครื่องดูดสุญญากาศประกอบของ (จரியพร, 2558; สุภาพ, 2556)

1. ถ้วยสุญญากาศ (vacuum cup) มี 2 แบบ คือ
 - 1.1 ถ้วยโลหะ (metal cup)
 - 1.2 ถ้วยยาง (rubber cup)
2. แผ่นโลหะ (metal plate) และโซ่ (chain)
3. ด้ามจับ (Traction bar or handle)

4. ท่อสายยาง (suction tube)
5. ขวดสุญญากาศ (vacuum bottle) เป็นขวดที่มีเครื่องวัดความดันเป็นกิโลกรัมต่อตารางเซนติเมตร ขวดนี้ต่อกับเครื่องปั๊มสุญญากาศ
6. เครื่องปั๊มสุญญากาศ (vacuum pump)



ภาพที่ 2: ส่วนประกอบของเครื่องดูดสุญญากาศ

ที่มา: <http://www.atmosmedical.com/solutions/gynae/special-suction-devices/atmos-s-351-natal>

ข้อบ่งชี้ในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อบ่งชี้ในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีทั้งข้อบ่งชี้ด้านมารดาและทารก ดังนี้คือ (จรรยาพร, 2558; สุภาพ, 2556; Impey & Child, 2017; Ricci, 2017; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

1. ข้อบ่งชี้ด้านมารดา
 - 1.1 การคลอดระยะที่ 2 ยาวนาน (prolonged second stage of labor)
 - 1.2 มดลูกหดตัวไม่ดี หลังได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกแล้ว
 - 1.3 มารดามีโรคร่วมที่ไม่ควรออกแรงเบ่งคลอดมาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์บางอย่าง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง รกลอกตัวก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูง โรคปอดและโรคหัวใจ
 - 1.4 ผู้คลอดอ่อนเพลีย แรงเบ่งคลอดไม่ดีหรือไม่มีแรงเบ่งคลอด
2. ข้อบ่งชี้ด้านทารก

2.1 ศีรษะทาร์กอยู่ในท่าผิดปกติซึ่งคลอดยาก เช่น ท่าขวาง ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง

2.2 ทาร์กอยู่ในภาวะค้ำชันที่ไม่รุนแรง

ข้อห้ามในการช่วยคลอด้ว้ยเครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อห้ามในการช่วยคลอด้ว้ยเครื่องดูดสุญญากาศ มีดังนี้คือ (จรรยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Hobel, 2016)

1. ทาร์กท่าผิดปกติ เช่น ท่าหน้า ท่าก้น และท่าขวาง
2. ภาวะผิตสัดส่วนระหว่างศีรษะทาร์กกับช่องเชิงกรานอย่างชัดเจน
3. ทาร์กคลอด้ว้ยกำหนดมาก ๆ เพราะทาร์กอาจได้รับอันตรายที่ศีรษะและสมอง
4. ภาวะสายสะดือย้อย
5. ทาร์กที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด
6. ทาร์กที่ได้รับบาดเจ็บที่หนังศีรษะมาก่อน

ภาวะที่ต้องมีพร้อมก่อนช่วยคลอด้ว้ยเครื่องดูดสุญญากาศ

ภาวะที่ต้องมีพร้อมก่อนช่วยคลอด้ว้ยเครื่องดูดสุญญากาศ ได้แก่ (จรรยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556)

1. ทาร์กต้องเป็นท่าศีรษะ ทราบท่าและระดับส่วนนำของทาร์ก
2. ไม่มีการผิตสัดส่วนระหว่างศีรษะทาร์กกับช่องเชิงกรานมารดา
3. ศีรษะทาร์กต้องอยู่ในช่องเชิงกรานถึงระดับ 0 หรือต่ำกว่า
4. ปากมดลูกเปิดหมด
5. ผนังคร่ำแตกแล้ว
6. ทาร์กยังมีชีวิต
7. กระเพาะปัสสาวะว่าง

ขั้นตอนการช่วยคลอด้ว้ยเครื่องดูดสุญญากาศ

ขั้นตอนการช่วยคลอด้ว้ยเครื่องดูดสุญญากาศ มีดังนี้ (จรรยาพร, 2558; สุภาพ, 2556; Bambini, 2016)

1. การเตรียมเครื่องมือ เช่นเดียวกับการคลอปกติ เตรียมเพิ่มคือถ้วยสุญญากาศที่นิยมใช้คือ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 50 มิลลิเมตร สายยาง 2 เส้น ด้ามจับพร้อมหมุดสอดยึดสายไซ้ 1 ชุด และเครื่องสุญญากาศ

2. การเตรียมผู้คลอด

2.1 อธิบายขั้นตอนการทำคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

2.2 จัดให้ผู้คลอดนอนในท่าขบนิ้ว (lithotomy) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและฝีเย็บด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค หลังจากนั้นปูผ้าสะอาดและผ้าสีเหลี่ยมเจาะกลาง สวมปัสสาวะทิ้ง ฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่

3. วิธีทำ

3.1 การต่อเครื่องมือ เลือกขนาดถ้วยสุญญากาศให้เหมาะสมกับศีรษะทารก ร้อยโซ่ผ่านสายยางอันสั้นและด้ามจับ ดึงให้ตึงแล้วสอดหมุดยึดไว้ต่อสายยางอันยาว เข้ากับปลายอีกข้างหนึ่งของด้ามจับ แล้วส่งปลายอีกข้างหนึ่งของสายยางนี้ให้ผู้ช่วยต่อเข้ากับขวดสุญญากาศ ซึ่งมีท่อต่อกับเครื่องดูดสุญญากาศ

3.2 การใส่เครื่องมือ (application of vacuum extraction) ตรวจภายในประหมื่นท่าของศีรษะทารก และตรวจให้แน่ใจว่าปากมดลูกเปิดหมด หล่อลื่นถ้วยสุญญากาศด้วยฮิบิเทนครีม (hibitane cream) สอดถ้วยสุญญากาศผ่านปากช่องคลอดในลักษณะตะแคงด้านข้างเข้าไปจับยึดศีรษะทารก ขยับให้ถ้วยสุญญากาศให้ใกล้ท้ายทอย (occiput) มากที่สุด โดยให้ปุ่มที่ถ้วยสุญญากาศเป็นเครื่องหมายบอกตำแหน่งท้ายทอย ใช้นิ้วคลำรอบๆถ้วยสุญญากาศเพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้จับเอาปากมดลูกหรือผนังช่องคลอดเข้ามาในถ้วยสุญญากาศ แล้วจึงลดความดันของเครื่องดูดสุญญากาศ ครั้งละ 0.2 กก./ตร.ซม. ทุก 2 นาที เพื่อให้ artificial caput succedaneum ค่อยๆ สร้างขึ้นมาให้เต็มถ้วย และค่อยๆ ลดความดันลงไปจนถึงระดับ 0.6 หรือ 0.8 กก./ตร.ซม. ใช้เวลา 6–8 นาที เนื่องจากถ้าใช้เวลาน้อยไป การบวมของหนังศีรษะบริเวณที่ถ้วยสุญญากาศจับกับศีรษะทารก (caput succedaneum) อาจจะไม่เต็มถ้วยและเมื่อดึงจะมีโอกาสหลุดได้ง่าย

4. การดึง ดึงพร้อมกับการหดรัดตัวของมดลูกและการเบ่งของผู้คลอดทิศทางของการดึงค่อยๆ เปลี่ยนไปตามกลไกของการคลอด ระยะเวลาของการดึงไม่ควรเกิน 30 นาที

ภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

ภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีทั้งต่อมารดาและทารก ดังนี้คือ (จริยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Ricci, 2017)

1. ต่อมารดา

- 1.1 การฉีกขาดปากมดลูก ช่องทางคลอด แผลฝีเย็บอาจฉีกขาดถึงทวารหนัก
- 1.2 การตกเลือดหลังคลอด เกิดขึ้นในกรณีมีการฉีกขาดของปากมดลูกและช่องทางคลอด
- 1.3 มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น

2. ต่อทารก

2.1 มีเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มกระดูกกะโหลกศีรษะ (cephal hematoma) ซึ่งภาวะเลือดออกนี้ไม่ข้ามรอยต่อกะโหลกศีรษะ สามารถหายได้เองภายใน 7-10 วัน

2.2 การบวมของหนังศีรษะบริเวณที่ถ่วงสุญญากาศจับกับศีรษะทารก (caput succedaneum) พบในทารกทุกรายเกิดเนื่องจากน้ำเหลืองไหลซึมจากหลอดเลือดเข้ามายังเนื้อเยื่อหุ้มกระดูกกะโหลก พบทันทีหลังคลอด ก่อนจะข้ามร่องต่อกะโหลกศีรษะ และค่อยๆ เล็กลงยุบหายภายใน 2-3 วันหลังคลอด

2.3 มีรอยถลอก (abrasion) และเขียวช้ำ (ecchymosis) บริเวณหนังศีรษะ พบได้เมื่อมีการดึงแล้วถ่วงสุญญากาศหลุด

2.4 ผิวหนังตาย (scalp necrosis) และผมร่วง (alopecia) เกิดจากการใช้เวลาถึงนาน ส่วนใหญ่เกิน 30 นาที

2.5 เลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage) อาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้

2.6 มีเลือดออกที่จอประสาทตา (retinal hemorrhage) ส่วนใหญ่ไม่มีอันตราย สามารถหายเองได้ภายใน 7 วัน

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ประกอบด้วย หลักการพยาบาลก่อนช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ หลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ และหลักการพยาบาลหลังการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ดังนี้คือ (จริยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Bambini, 2016; Cashion, 2014; Ricci, 2017)

หลักการพยาบาลก่อนช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

1. การเตรียมเครื่องมือ
 - 1.1 ชุดทำคลอด
 - 1.2 ชุดเย็บฝีเย็บ

1.3 เครื่องดูดสุญญากาศ

1.4 อุปกรณ์การช่วยเหลือทารกภายหลังคลอด เมื่อมีภาวะขาดออกซิเจน

2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ว่าอาจทำให้รู้สึกมีแรงกดและดึง แต่ไม่ทำให้รู้สึกเจ็บเพราะได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอดและให้การช่วยคลอดเป็นอย่างดี

3. สอนวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง

4. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 15 – 30 นาที เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน

5. ดูแลผู้คลอดให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

6. ดูแลความสบายของผู้คลอดทั่วไป เช่น เช็ดหน้า

หลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

1. อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลา คอยปลอบโยนและให้กำลังใจ รวมทั้งบอกให้ผู้คลอดทราบ ว่าแพทย์กำลังทำอะไร ชมเชยเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. ฟังเสียงหัวใจทารกทุกครั้งที่มีตลุกกลายตัว เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนและถ้าพบความผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

3. เมื่อแพทย์ใส่ถ้วยสุญญากาศในตำแหน่งที่เหมาะสมแล้ว ช่วยต่อสายยางกับขวดสุญญากาศ และช่วยจับเวลาให้แพทย์ทุก 2 นาที ขณะที่แพทย์ลดความดันสุญญากาศลงทีละ 0.2 กก./ cm^2 จนความดันที่ลดครบ 0.6 – 0.8 กก./ cm^2 ใช้เวลาประมาณ 6-8 นาที จึงรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อจะได้ดึงถ้วยสุญญากาศพร้อมกับการหดรัดตัวของมดลูก

4. ตรวจสอบการหดรัดตัวของมดลูกเป็นระยะๆ และรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อแพทย์จะได้ดึงถ้วยสุญญากาศพร้อมกับการหดรัดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอด

5. หลังจากศีรษะทารกเกิดต้องดึงสายยางออกจากขวดสุญญากาศ พร้อมกับการปิดเครื่องสุญญากาศ เพื่อลดความดันบริเวณหนังศีรษะของทารก

6. ตามกุมารแพทย์ไว้คอยช่วยเหลือทารกแรกเกิดและช่วยกุมารแพทย์ในการแก้ไขทารกแรกเกิด

หลักการพยาบาลหลังการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

1. วัดสัญญาณชีพมารดาทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ต่อมาวัดทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพจะ สม่าเสมอ แล้วจึงวัดสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

2. ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดให้ใส่ผ้าอนามัยและบันทึกจำนวนเลือดที่ออก เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. สังเกตการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้คลึงมดลูกทันทีจนกว่าจะหดตัว และหยุดคลึงเมื่อมดลูกหดตัวดีแล้ว หลังจากครบ 24 ชั่วโมงให้วัดความสูงของมดลูก เพื่อประเมินการเข้าอยู่ของมดลูก
4. ดูแลระเพาะปัสสาวะว่าง กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะภายใน 2 – 3 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และให้ถ่ายปัสสาวะเป็นระยะๆ ใน 12 – 24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อมิให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
5. สังเกตลักษณะสี และกลิ่นของน้ำคาวปลา เพื่อประเมินการติดเชื้อ
6. ดูแลความสุขสบายทั่วไปของมารดาภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อให้มารดารู้สึกสบาย และพักผ่อนได้เต็มที่
7. ตรวจสอบแผลฝีเย็บและอบแผลฝีเย็บ เพื่อให้การไหลเวียนของโลหิตดี ทำให้แผลฝีเย็บแห้งและติดดี
8. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและบุตรให้เร็วที่สุดในระยะหลังคลอด โดยให้มารดามีโอกาสสัมผัสบุตร โอบกอดบุตรตามความเหมาะสมกับสภาพของมารดา
9. สังเกตการบาดเจ็บของทารก และอธิบายให้มารดาเข้าใจ
10. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตร เช่นเดียวกับรายที่คลอดปกติ

เอกสารอ้างอิง

- จริยาพร ศรีสว่าง. (2558). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต
สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). (หน้า 407-464).
นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- Bambini, D. R. (2016). Labor and birth complications. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K.
Cashion, & K. R. Alden (Eds.). *Maternity and women's health care*. (11th ed.).
(pp271-288). St. Louis: Elsevier.
- Cashion, K. (2014). Labor and birth at risk. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion
(Eds.). *Maternity nursing*. (8th ed.). (pp 676-722). Missouri: Mosby Elsevier.
- Hobel, C. J. (2016). Obstetric procedures. In N. F. Hacker, J. C. Gambone, & C. J. Hobel
(Eds.). *Essentials of obstetrics & gynecology*. (6th ed.). (pp 224-233). Philadelphia:
Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and
Sons, Ltd.
- Oats, J., & Abraham, S. (2017) . *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and
gynaecology*. (10th ed.). St. Louis: 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.
- Sheibani, L. S., & Wing, D. A. (2017). Abnormal labor and induction of labor. 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 271-288).
Philadelphia: Elsevier.

การผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง (cesarean section)

ความหมาย

การผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง หมายถึง การทำคลอดทารกโดยผ่านทางรอยแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องและผนังมดลูก โดยทารกมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 1000 กรัม ซึ่งไม่รวมถึงการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องในรายที่มดลูกแตก หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก (จரியพร, 2558; สุภาพ, 2556; Berghella, Mackeen, & Jauniaux, 2018)

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ประกอบด้วยข้อบ่งชี้สมบูรณ์และข้อบ่งชี้อื่นๆ ดังนี้ (จரியพร, 2558; สุภาพ, 2556; Impey & Child, 2017; Smith, 2018)

1. ข้อบ่งชี้สมบูรณ์ (absolute indication)

1.1 การมีเลือดส่วนระหว่างทารกและเชิงกรานมารดา

1.2 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติที่คลอดทางช่องคลอดไม่ได้ เช่น ท่าขวาง ท่าหน้าโดยคางของทารกคงอยู่ด้านหลัง (persistent mento-posterior)

1.3 รกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด

1.4 เนื้องอกขวางช่องทางคลอด

1.5 สายสะดือย้อยที่ทารกยังมีชีวิตอยู่และปากมดลูกยังเปิดไม่หมด

1.6 มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

1.7 เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยผ่าตัดที่ตัวมดลูกแบบดั้งเดิม

1.8 กำลังติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะสืบพันธุ์

1.9 ทารกมีส่วนนำผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง ครรภ์แฝด

1.10 ทารกในครรภ์มีภาวะไม่มั่นใจในความปลอดภัย

1.11 ภายหลังการซ่อมแซมปากมดลูกหรือผนังช่องคลอด

1.12 มารดามีภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง

เบาหวาน เป็นต้น

2. ข้อบ่งชี้อื่นๆ (relative indication)

2.1 เคยผ่าตัดที่ผนังมดลูก

2.2 ทารกอยู่ในภาวะคับขัน (fetal distress) เช่น รกเสื่อมสภาพ ทารกเจริญเติบโตช้า

ในครรภ์

2.3 โรคแทรกซ้อนที่ไม่ควรตั้งครรภ์ต่อไป และไม่เหมาะสมที่จะคลอดทางช่องคลอด

2.4 ข้อบ่งชี้อื่นๆ โดยมุ่งที่ความปลอดภัยต่อมารดาและทารกเป็นสำคัญ เช่น ทารกท่าก้นในครรภ์แรก หูดหงอนไก่เมื่อใกล้คลอดหรือขณะคลอด ประวัติมีบุตรยาก และการตั้งครรภ์ด้วยการช่วยเจริญพันธุ์

ข้อห้ามการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

ข้อห้ามการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง มีดังนี้คือ (จรรยาพร, 2558; สุภาพ, 2556)

1. ทารกตายในครรภ์
2. ทารกพิการที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้
3. ทารกมีขนาดเล็กเกินกว่าที่จะมีชีวิตรอดได้
4. ผู้คลอดมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ถ้าจำเป็นต้องทำการผ่าตัดจะต้อง

แก้ไขภาวะนี้เสียก่อน

ประเภทของการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องมี 2 ประเภท คือ การผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า และการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (ศิริวรรณ, 2558)

1. การผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า (elective cesarean section) เป็นการผ่าตัดที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย เช่น การฉีดสัสดส่วนระหว่างทารกและเชิงกรานมารดา รกเกาะต่ำปิดปากมดลูกทั้งหมด และทารกท่าขวาง เป็นต้น ทำให้สามารถเตรียมผู้คลอดก่อนผ่าตัด

2. การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency cesarean section) เป็นการผ่าตัดในรายที่ผู้คลอดไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น ทารกภาวะคับขัน (fetal distress) การคลอดไม่ก้าวหน้า และมดลูกแตก เป็นต้น ทำให้ผู้คลอดไม่ได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจมาก่อน จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูงกว่าการผ่าตัดที่ได้กำหนดล่วงหน้า

ชนิดของการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ประกอบด้วย การผ่าตัดผนังหน้าท้อง และการผ่าตัดบนกล้ามเนื้อมดลูก จึงมีการผ่าตัดหลายแบบ ดังนี้คือ (จரியพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Berghella, Mackeen, & Jauniaux, 2018; Hobel, 2016; Oats & Abraham, 2017)

1. การผ่าตัดผนังหน้าท้อง (abdominal incision) มี 2 ชนิด

1.1 การผ่าตัดผนังหน้าท้องแนวตั้ง (low vertical incision) เป็นการผ่าตัดผิวหนังหน้าท้อง ในแนวตั้งฉากจากใต้สะดือลงมายังกึ่งกลางของกระดูกหัวหน่าว ยาวประมาณ 12–15 เซนติเมตร มีข้อดีคือ สะดวก รวดเร็ว และเสียเลือดน้อย ทำในกรณีฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิตทารกในครรภ์ ข้อเสียคือมีโอกาสเกิดแผลแยกได้ง่าย และเห็นรอยแผลเป็นชัดเจน

1.2 การผ่าตัดผนังหน้าท้องแนวขวาง (transverse skin incision) หรือเป็นแบบแผลโค้งตามแนวร่องผิวหนังเหนือรอยกระดูกหัวหน่าว (pfannenstiel incision) เป็นการผ่าตัดที่ผิวหนังในแนวขวางเหนือระดับกระดูกหัวหน่าวยาวประมาณ 11–14 ซม. ใช้ในรายที่ไม่ฉุกเฉิน มีข้อดีคือ แผลหายเร็ว ลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดได้มากกว่าการผ่าตัดตามแนวตั้ง (vertical incision) มองไม่เห็นแผลผ่าตัดชัดเจน ข้อเสียคือ ใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าวิธีแรก และไม่สามารถเปิดแผลให้กว้างถ้าทารกตัวโต

2. การผ่าตัดบนกล้ามเนื้อมดลูก มี 2 ชนิด คือ

2.1 การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (classical cesarean section) เป็นการผ่าตัดที่ผนังมดลูกตามแนวตั้งที่ส่วนบนของมดลูก (upper uterine segment) ปัจจุบันนิยมใช้น้อย เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้คือ รายที่ต้องการให้คลอดเร็วที่สุด ทารกอยู่ในภาวะคับขัน ทารกในครรภ์อยู่ในท่าขวาง รกเกาะต่ำปิดปากมดลูกทั้งหมด มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม มีโรคหรือพยาธิสภาพที่ส่วนล่างของมดลูก และผู้คลอดที่อ้วนมาก ข้อเสียคือ มีการเสียเลือดมาก มีโอกาสเกิดมดลูกแตกได้มากเมื่อมีการตั้งครรภ์และคลอดครั้งต่อไป และไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดในครรภ์ต่อไปได้

2.2 การผ่าตัดบริเวณส่วนล่างของมดลูก (lower segment cesarean section) เป็นการผ่าตัดบริเวณส่วนล่างของมดลูก เป็นวิธีที่ทำกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แบ่งตามวิธีผ่าตัดที่ผนังมดลูกได้ 2 แบบ คือ

2.2.1 การผ่าตัดตามแนวตั้งที่ส่วนล่างของผนังมดลูก (low vertical cesarean section หรือ Beck's หรือ Kronig's) เป็นการผ่าตัดตามแนวตั้งที่ส่วนล่างของผนังมดลูก

2.2.2 การผ่าตัดตามแนวขวางที่ส่วนล่างของผนังมดลูก (low transverse cesarean section หรือ Kerr's) เป็นการผ่าตัดตามแนวขวางที่ส่วนล่างของมดลูก เป็นที่นิยมแพร่หลายในปัจจุบัน ยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

ยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง มี 2 แบบ คือ (ศิริวรรณ, 2558)

1. ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional anesthesia) อาจเป็น spinal anesthesia หรือ epidural anesthesia ใช้ได้ผลดีในรายที่ไม่ได้ดื่มน้ำและอาหารมาก่อน เพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอด และยาไม่มีผลกดการหายใจของทารกแรกคลอด แต่อาจพบภาวะแทรกซ้อนในบางราย เช่น ปวดศีรษะ และปวดหลัง เป็นต้น

2. ยาสลบ (general anesthesia) ได้ผลดีในการระงับความรู้สึกได้ง่ายและรวดเร็ว แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดในมารดาที่ไม่ได้ดื่มน้ำและอาหารมาก่อน และอาจเสียเลือดมากกว่าเนื่องจากยาสลบบางอย่างมีผลต่อการหดตัวของมดลูก ยาสลบบางชนิดอาจกดการหายใจของทารกแรกคลอด

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ดังนี้ (จริยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; Cashion, 2014)

1. ต่อมารดา

1.1 ตกเลือด

1.2 ติดเชื้อ

1.3 การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ

1.4 อันตรายต่ออวัยวะภายใน

1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึก เช่น กดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ

2. ต่อทารก

2.1 บาดเจ็บขณะผ่าตัดและทำคลอด

2.2 มีภาวะหายใจลำบากในช่วง 1-2 วันหลังคลอด มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ประกอบด้วย หลักการพยาบาลก่อนผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง และหลักการพยาบาลหลังผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง ดังนี้คือ (จரியพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Bambini, 2016; Cashion, 2014; Ricci, 2017; Ricci, Kyle, & Carman, 2017)

หลักการพยาบาลก่อนผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง

1. ด้านร่างกาย

1.1 งดน้ำและอาหารทางปากอย่างน้อย 6–8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลัก ยกเว้นในกรณีการผ่าตัดฉุกเฉิน

1.2 สอนอุจจาระเพื่อให้ลำไส้ว่าง ถ้าผู้คลอดอยู่ในสภาวะเหมาะสมและไม่มีข้อห้าม

1.3 เตรียมความสะอาดบริเวณผิวหนังหน้าท้องโดยโกนขน

1.4 ใส่สายสวนปัสสาวะก่อนไปผ่าตัด

1.5 ดูแลผู้คลอดให้ได้รับสารน้ำ และยาก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

1.6 ตรวจสอบหมู่เลือดและจางเลือดสำรองไว้ 2 ยูนิต เพื่อเตรียมพร้อมในกรณีที่ผู้คลอดเสียเลือดมาก

1.7 ตรวจสอบสัญญาณชีพของผู้คลอดและฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะๆ เพื่อระวังการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้คลอดและทารก

1.8 ถอดฟันปลอม คอนแทคเลนส์ และแหวน และลบสีทาเล็บ

1.9 ให้ผู้คลอดเซ็นยินยอมทำการผ่าตัด

2. ด้านจิตใจ

2.1 ประเมินความวิตกกังวลหรือความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง เพื่อจะได้วางแผนให้การพยาบาลได้ถูกต้อง

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัยและอธิบายให้เข้าใจ

2.3 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องแก่ผู้คลอด เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว

2.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ช่วยป้องกันการคั่งของเสมหะ ลดการอุดตันของทางเดินหายใจ สอนวิธีผ่อนคลายหรือบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เพื่อลดความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การลุกนั่งและการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหว

หลักการพยาบาลหลังผ่าตัดเอาทวารออกทางหน้าท้อง

1. ในรายที่ได้รับยาสลบ จัดให้มารดานอนหงายราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง เพื่อป้องกันลื่นตกไปอุดตันทางเดินหายใจ และให้สิ่งคัดหลั่งไหลออกมาได้ เมื่อมารดารู้สึกตัวดีจึงจัดให้นอนศีรษะสูง 30–45 องศา เพื่อให้หน้าท้องหย่อน แผลไม่ตึง สำหรับในรายที่ได้รับยาชาเฉพาะที่เข้าทางไขสันหลัง (spinal anesthesia) ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง

2. สังเกตและบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากช่องคลอดและแผลหน้าท้อง เพื่อประเมินการเสียเลือด

3. วัดสัญญาณชีพมารดาทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ใน 2 ชั่วโมงแรกที่ย้ายมาหน่วยหลังคลอดและทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะสม่ำเสมอ แล้วจึงวัดสัญญาณชีพตามปกติ

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. ดูแลให้ปัสสาวะไหลดี สังเกตน้ำปัสสาวะว่ามีเลือดปนหรือไม่ ถ้ามีเลือดปนแสดงว่าการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ

6. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย

7. หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะของมารดา รวมทั้งตรวจดูกระเพาะปัสสาวะว่ามีปัสสาวะคั่งค้างอยู่หรือไม่

8. ดูแลให้มารดาได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

9. ตรวจสอบการทำงานของลำไส้ โดยฟังเสียงการทำงานของลำไส้ (bowel sound) และกระตุ้นให้มารดามีการเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุด (early ambulation) เพื่อช่วยให้การทำงานของลำไส้กลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว

10. แนะนำให้มารดาไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเสมหะออก ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในปอดดีขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ

11. ในรายที่ปวดแผลผ่าตัดมาก ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

12. ดูแลให้มารดาได้รับความสุขสบายต่างๆ ไป เช่น ความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

13. สังเกตปริมาณ สี กลิ่นของน้ำคาวปลาเพื่อประเมินความผิดปกติของน้ำคาวปลา
14. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก โดยให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันหลังผ่าตัดเร็วที่สุด และช่วยให้มารดาได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
15. แนะนำมารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย และการสังเกตของน้ำคาวปลา เป็นต้น
16. แนะนำการบริหารร่างกายหลังผ่าตัด
17. แนะนำมารดาให้การดูแลแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง โดยระมัดระวังไม่ให้ถูกน้ำ หลังจากตัดไหมแล้ว แผลติดดีจึงถูกน้ำได้
18. แนะนำมารดาให้คุมกำเนิดประมาณ 1ปีครึ่ง – 2 ปี เพื่อให้กล้ามเนื้อมดลูกกลับสู่สภาพปกติ
19. แนะนำท่าในการให้นมบุตร โดยให้นอนตะแคงไปข้างที่ต้องการให้นมบุตร เพื่อลดอาการปวดตึงแผลผ่าตัดจากการนั่งให้นมบุตร
18. สอนวิธีการเลี้ยงดูทารกทั่วไป เช่น การอาบน้ำ การอุ้มบุตร การนำบุตรมารับวัคซีน และการให้อาหารเสริม เป็นต้น
19. แนะนำให้ให้มารดาเว้นระยะห่างของการมีบุตรอย่างน้อย 2 ปี

เอกสารอ้างอิง

- จริยาพร ศรีสว่าง. (2558). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต
สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). (หน้า 407-464).
นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- Bambini, D. R. (2016). Labor and birth complications. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K.
Cashion, & K. R. Alden (Eds.). *Maternity and women's health care*. (11th ed.).
(pp271-288). St. Louis: Elsevier.
- Berghella, V., Mackeen, D., & Jauniaux, E. R. M. (2018). Cesarean delivery. 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 425-443). Philadelphia:
Elsevier.
- Cashion, K. (2014). Labor and birth at risk. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion
(Eds.). *Maternity nursing*. (8th ed.). (pp 676-722). Missouri: Mosby Elsevier.
- Hobel, C. J. (2016). Obstetric procedures. In N. F. Hacker, J. C. Gambone, & C. J. Hobel
(Eds.). *Essentials of obstetrics & gynecology*. (6th ed.). (pp 224-233). Philadelphia:
Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and
Sons, Ltd.
- Oats, J., & Abraham, S. (2017). *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and
gynaecology*. (10th ed.). St. Louis: 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.

Sheibani, L. S., & Wing, D. A. (2017). Abnormal labor and induction of labor. 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 271-288). Philadelphia: Elsevier.

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

บทที่ 41

การพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีกันเป็นส่วนนำ

รศ.สุรีย์พร กฤษเจริญ

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์ของการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีกันเป็นส่วนนำได้ถูกต้อง
2. บอกหลักการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีกันเป็นส่วนนำได้ถูกต้อง

หัวข้อ

4. มโนทัศน์ของการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีกันเป็นส่วนนำ
2. หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีกันเป็นส่วนนำ

ความหมาย

ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ (breech presentation) หมายถึง การช่วยเหลือให้ทารกในครรภ์ที่ทารกเอาก้นหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของขาผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานก่อนส่วนอื่นๆ โดยเอาศีรษะของทารกอยู่บริเวณยอดมดลูกแทน พบบ่อยที่สุดในทารกที่มีส่วนนำผิดปกติ (จரியพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; Impey & Child, 2017; Smith, 2018)

อุบัติการณ์

พบร้อยละ 3 – 4 ของการคลอดครบกำหนดและประมาณร้อยละ 25 ของการคลอดก่อนกำหนด (Impey & Child, 2017)

สาเหตุของการมีก้นเป็นส่วนนำ

สาเหตุที่ทำให้ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ มีทั้งสาเหตุด้านมารดาและทารก ดังนี้คือ (จரியพร, 2558; Lanni, Gherman, & Gonik, 2017)

สาเหตุด้านมารดา

1. มีสิ่งขัดขวางการเข้าสู่ช่องเชิงกรานของศีรษะทารก เช่น ศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน รกเกาะต่ำ มีก้อนในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น
2. ผนังหน้าท้องหย่อนยาน เช่น ครรภ์หลัง เป็นต้น
3. ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ
4. มดลูกผิดปกติ
5. เคยตั้งครรภ์ที่ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ
6. รกเกาะต่ำหรือรกเกาะที่บริเวณยอดของมดลูก

สาเหตุด้านทารก

1. ทารกคลอดก่อนกำหนด
2. ความผิดปกติของระบบประสาทของทารก เช่น ทารกหัวบาตร (hydrocephalus) หรือทารกไม่มีสมอง เป็นต้น

ชนิดของท่าก้น

ชนิดของท่าก้น มี 3 ชนิด คือ (ศิริวรรณ, 2558; Bambini, 2016; Lanni, Gherman, & Gonik, 2017; Ricci, 2017)

1. ท่าก้นที่เอาก้นเป็นส่วนนำ (frank breech) เป็นท่าก้นที่ทารกอยู่ที่สะโพก ส่วนขาและเข่าเหยียด

ตรงแนบกับหน้าท้องพาดบริเวณหน้าอกขนานไปกับลำตัวทารก

2. ท่าก้นชนิดสมบูรณ์ (complete breech) ทารกจะอยู่ในท่างอสะโพกและงอเข่าทั้ง 2 ข้างหรืออยู่ใน

ท่าขัดสมาธิมือกอดอกและก้นเป็นส่วนนำลงมาในอุ้งเชิงกราน

3. ท่าก้นที่มีเท้ายื่นออกมา (footling breech) แบ่งเป็น มีเท้าข้างหนึ่งยื่นลงมา (single footling) และ มีเท้า 2 ข้างยื่นลงมา (double footling)

การวินิจฉัยท่าก้น

การวินิจฉัยท่าก้น ทำได้โดย (ศิริวรรณ, 2558; Bambini, 2016; Smith, 2018)

1. การตรวจครรภ์ด้วยวิธีลีโพลด์ (Leopold's maneuver)
2. การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์
3. การตรวจภายใน
4. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

วิธีการช่วยคลอดท่าก้น

วิธีการช่วยคลอดท่าก้น คือ การช่วยคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ดังนี้ (จริยาพร, 2558; สุภาพ, 2556; Cashion, 2014; Impey & Child, 2017; Oats & Abraham, 2017)

การช่วยคลอดทางช่องคลอด

1. ทารกคลอดผ่านช่องคลอดออกมาโดยแรงผลักดันตามธรรมชาติเท่านั้น (spontaneous breech delivery) ผู้ช่วยคลอดช่วยพยุงส่วนของทารกที่คลอดออกมา พบในทารกที่ตัวเล็ก ครรภ์หลังมารดาเบ่งดี ทำให้การคลอดสิ้นสุดลงภายใน 8–10 นาทีหลังจากสะดือทารกพ้นปากช่องคลอดออกมา

2. การช่วยคลอดทารกหลังจากทารกคลอดออกมาเองจนถึงระดับสะดือแล้ว (partial breech extraction, breech assisting) เป็นการคลอดท่าก้นที่นิยมปฏิบัติกันมากที่สุด เริ่มช่วยดึงทารกออกตามกลไกพร้อมแรงเบ่งของผู้คลอด

3. การทำคลอดทารกที่มีก้นเป็นส่วนนำโดยดึงตัวทารกลงมาโดยผู้ทำคลอด ให้คลอดทั้งตัวตามกลไกการคลอดตั้งแต่แรก (total breech extraction) เป็นการผ่าตัดคลอดที่หายาก และมี

อันตรายต่อทั้งมารดาและทารกได้มาก จึงควรพิจารณาทำเมื่อมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง การตั้งครรภ์ทำกันในครรภ์แรกเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องอีกคือ อายุมากกว่า 35 ปี ตั้งครรภ์ยาก มีประวัติคลอดยากในครรภ์ก่อนๆ เชิงกรานแคบหรือผิดปกติ ทารกมีขนาดใหญ่คาดคะเนน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม ทารกมีเท้าเป็นส่วนน้ำ ศีรษะแหงน อายุครรภ์เกินกำหนด ระยะของการคลอดยาวนาน ถุงน้ำคร่ำแตกแล้วยังไม่เจ็บครรภ์ภายใน 12 ชั่วโมงหรือยังไม่คลอดภายใน 24 ชั่วโมง มดลูกหดตัวไม่ดี หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดทำกัน

ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดทำกัน มีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา และภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ดังนี้คือ (จริยาพร, 2558; สุภาพ, 2556; Impey & Child, 2017)

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา

1. การติดเชื้อ อาจเนื่องมาจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดเป็นเวลานาน การใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือการเจ็บครรภ์คลอดนานกว่าปกติ
2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด
3. การตกเลือดหลังคลอด

ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก

1. กระดูกหักและข้อเคลื่อน เช่น การหักของกระดูกไหปลาร้า กระดูกแขน ขา กระดูกซี่โครง การเคลื่อนของข้อสะโพกและไหล่ เป็นต้น มักเกิดจากการทำคลอดที่ไม่ถูกต้องและขาดความระมัดระวัง
2. อันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ตับแตก ม้ามแตก เป็นต้น มักเกิดจากผู้ทำคลอดจับทารกบริเวณท้องและกดบริเวณตับและม้ามแรงเกินไปขณะทำคลอด
3. เลือดออกในสมอง เกิดจากการดึงทารกรุนแรง หรือดึงศีรษะทารกออกมาเร็วเกินไปมีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองหรือหลอดเลือดในสมอง
4. ทารกขาดออกซิเจน ซึ่งอาจเกิดจากสายสะดือถูกกดทับกับเชิงกรานเมื่อกันทารกคลอด หรือการช่วยเหลือการคลอดศีรษะทารกช้าเกินไป
5. การที่ส่วนแขนและไหล่เป็นอัมพาต (Erb- Duchenne paralyse) เกิดจากอันตรายต่อ

เส้นประสาทเบรเคียล (brachial plexus) ส่วนมากมักเป็นชั่วคราว

6. กล้ามเนื้อสเตอร์โนมาสตอยด์ (sternomastoid) ฉีกขาด ซึ่งเมื่อหายแล้วจะเกิดเป็นแผลเป็นตึงรั้งให้กล้ามเนื้อหดสั้นกว่าอีกข้าง จึงทำให้คอเอียงและบิดไปข้างนั้น (torticollis)

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ ประกอบด้วย หลักการพยาบาลก่อนช่วยคลอด ทำก้นหลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดทำก้น และหลักการพยาบาลหลังช่วยคลอดทำก้น ดังนี้คือ (จริยาพร, 2558; ศิริวรรณ, 2558; สุภาพ, 2556; Cashion, 2014; Bambini, 2016; Ricci, 2017)

หลักการพยาบาลก่อนช่วยคลอดทำก้น

1. อธิบายวิธีการช่วยคลอดทำก้น และการปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการช่วยคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้และให้ความร่วมมือในการทำสูติศาสตร์หัตถการ

2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้คลอด

3. บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยฟังทุก 30 นาที

4. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที- 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูความก้าวหน้าของการคลอด

5. ตรวจสอบภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ โดยทำด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันถุงน้ำคร่ำแตก

6. ถ้าถุงน้ำคร่ำแตก ให้ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทันที และตรวจสอบภายในเพื่อประเมินภาวะสายสะดือพลัดต่ำ

7. ให้นอนพักบนเตียง เพื่อป้องกันถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา

8. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำและยาตามแผนการรักษา

9. ดูแลให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

10. แนะนำเทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อภาวะความเจ็บปวดได้

หลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดทำก้น

1. ประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจทารกทุกครั้งที่มีมดลูกคลายตัว ถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที

2. สอนการเบ่งที่ถูกวิธี โดยเบ่งพร้อมกับการหดตัวของมดลูก

3. เตรียมการคลอดรวมทั้งคีมไปเปอร์ และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก

4. ตามกุมารแพทย์

5. ช่วยเหลือแพทย์ในการคลอดทารก เช่น ใช้มือกดบริเวณยอดมดลูกหรือเหนือหัวหน้าด้วยแรงปานกลาง เพื่อช่วยให้ศีรษะทารกจมและเคลื่อนออกมาได้ง่ายขึ้น

6. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องตามแผนการรักษา ถ้าการคลอดไม่ก้าวหน้าหรือทารกในครรภ์มีภาวะเครียด

หลักการพยาบาลหลังช่วยคลอดทำกัน

1. วัดสัญญาณชีพผู้คลอดทุกทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนปกติติดต่อกัน 2 ครั้งจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง

2. บันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด จากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้าพบว่าเลือดที่ออกชุ่มผ้าอนามัยมีมากกว่า 1 ชั้น/ชั่วโมง รายงานแพทย์

3. บันทึกการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกจนกว่ามดลูกหดตัวแข็ง เพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอด

4. ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่าง

5. ดูแลให้ได้รับเครื่องดื่มหรืออาหารอ่อนในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6. ดูแลให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และจัดระเบียบการพยาบาล เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปจากการคลอด

7. คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ

การหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์

การหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์เป็นการหมุนเปลี่ยนท่าของทารกในครรภ์จากท่าอื่นมาเป็นการทำศีรษะ โดยทำผ่านทางหน้าท้องมารดา (external cephalic version) หรือใส่มือเข้าไปในโพรงมดลูก (internal version) ซึ่งมักทำเฉพาะการคลอดทารกแฝดคนที่ 2 เท่านั้น (Bambini, 2016; Impey & Child, 2017)

ข้อบ่งชี้ของการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง

การหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้คือ เป็นครรภ์เดียว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป (Cashion, 2014; Impey & Child, 2017)

ข้อบ่งห้ามของการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง

ข้อบ่งห้ามของการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง คือ มดลูกผิดปกติ มีเลือดออกในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แฝด มีภาวะน้ำคร่ำน้อย เลือดไปเลี้ยงรกไม่ดี ทารกมีสายสะดือพันคอ เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องหรือผ่าตัดที่มดลูก มีภาวะคีโระและเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน และคีโระเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้ว (Bambini, 2016; Murray & McKinney, 2014)

ภาวะแทรกซ้อนของการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์

ภาวะแทรกซ้อนของการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ ที่พบบ่อย คือ หัวใจทารกเต้นช้า มารดาและทารกมีเลือดออกผิดปกติ ภาวะอื่นที่อาจพบได้ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก สายสะดือพันกัน (Murray & McKinney, 2014)

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง คือ บันทึกเสียงหัวใจทารก วัดสัญญาณชีพมารดา ดูแลความสุขสบายของมารดา การพยาบาลหลังได้รับการหมุนเปลี่ยนท่าทารกในครรภ์ทางหน้าท้อง คือ วัดสัญญาณชีพมารดา บันทึกการหดตัวของมดลูก สังเกตเลือดออกทางช่องคลอด บันทึกเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (Bambini, 2016)

เอกสารอ้างอิง

- จริยาพร ศรีสว่าง. (2558). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต
สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). (หน้า 407-464).
นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: บริษัทวี. พรินท์ (1991) จำกัด.
- Bambini, D. R. (2016). Labor and birth complications. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K.
Cashion, & K. R. Alden (Eds.). *Maternity and women's health care*. (11th ed.). (pp
271-288). St. Louis: Elsevier.
- Cashion, K. (2014). Labor and birth at risk. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion
(Eds.). *Maternity nursing*. (8th ed.). (pp 676-722). Missouri: Mosby Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and
Sons, Ltd. Lanni, S. M., Gherman, R., & Gonik, B. (2017). Malpresentations. In 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 368-394). Philadelphia:
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.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (4th
ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.

บทที่ 42

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของสตรีทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา (Aden, 2014) ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีร้อยละ 25 (Friedman, 2014) โดยมีอัตราการตกเลือดหลังคลอด ประมาณร้อยละ 5-8 ของการคลอดทั้งหมด (Pillitteri, 2014) สำหรับประเทศไทย มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 4.35 (วิทยา, 2552)

มโนทัศน์ของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ความหมาย

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงภาวะที่มีการเสียเลือดหลังจากทารกคลอดทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือเมื่อมีการลดลงของความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ตั้งแต่ร้อยละ 10 (Pillitteri, 2014) หรือเสียเลือดตั้งแต่ร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา (สุภาพ, 2556)

ชนิดของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด จำแนกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ (โหมพิลาส, 2555; ชำนาญ, 2554; Pillitteri, 2014)

1. การตกเลือดระยะแรก (early postpartum hemorrhage หรือ immediate postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. การตกเลือดระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด

1. แบ่งตามปัจจัยของการตกเลือดหลังคลอดมี 4 ปัจจัยหลัก (4 T) (ชำนาญ, 2554; Pillitteri, 2014) คือ
 - 1.1 Tone หมายถึง มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) พบประมาณร้อยละ 70
 - 1.2 Trauma หมายถึง การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (lacerations of lower Genital tract) พบประมาณร้อยละ 20
 - 1.3 Tissue หมายถึง ส่วนของรกค้างในโพรงมดลูก (retained placenta tissue) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10

1.4 Thrombin หมายถึง ภาวะความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวของเลือด (abnormal of coagulation) พบประมาณร้อยละ 1

2. แบ่งตามสาเหตุของการตกเลือดในระยะแรก และระยะหลัง มีดังนี้

2.1 สาเหตุการตกเลือดระยะแรก มีดังนี้

2.1.1 ภาวะตกเลือดจากภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รองลงมาคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด สาเหตุต่อมา คือ เศษรกค้าง หรือ รกฝังลึก และภาวะกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (โธมบิลาส , 2555; ชำนาญ, 2554) โดยมีบางรายเกิดจากมดลูกแตก หรือมดลูกปลิ้น ภาวะตกเลือดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เกิดจากปัญหาหรืออุปสรรคในกลไกหลักของการหยุดเลือดหลังคลอดซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัว เมื่อมีสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวไม่ดี จะส่งผลตามมา คือ การตกเลือดหลังคลอด

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ (1) การที่มดลูกมีการยืดขยายมากในขณะตั้งครรภ์ เช่น จากการตั้งครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ และทารกตัวโต (2) เกิดจากกล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง เนื่องจากการคลอดเร็ว หรือการคลอดยาวนาน (precipitated หรือ prolonged labor) (3) การติดเชื้อมดลูก เช่น การอักเสบติดเชื้อของเยื่อบุผนังน้ำคร่ำ เป็นต้น (4) การให้ยาที่ทำให้มดลูกคลายตัว (5) รกค้าง และ (6) มดลูกปลิ้น

2.1.2 ภาวะตกเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด การฉีกขาดของช่องทางคลอด อาจมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด ทำให้เลือดออกรุนแรงได้ การฉีกขาดของช่องทางคลอดเกิดได้ ตั้งแต่แผลฝีเย็บด้านนอก ช่องคลอด ปากมดลูก ตัวมดลูก หรืออาจมีการฉีกขาดทะลุไปยังช่องท้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดามากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดได้บ่อย คือ การคลอดที่ใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การคลอดโดยใช้คีม การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เป็นต้น และอาจพบได้ในรายที่เกิดการคลอดเร็วผิดปกติ หรือทารกตัวโต

2.1.3 ภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการมีรกค้าง หรือเศษรกค้าง การมีรกค้าง หรือเศษรกค้างที่ชิ้นส่วนมากพอควรจะทำให้เกิดการตกเลือดในระยะแรกได้ เพราะชิ้นส่วนของรกจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มีเลือดออกในปริมาณมาก

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกค้าง หรือเศษรกค้าง อาจเกิดจาก รกมีการฝังตัวลึก การทำคลอดรกไม่ถูกต้อง ทำให้รกค้างอยู่ในโพรงมดลูกส่วนบน หรือปากมดลูกบีบแน่น (cervical cramp) การให้ยา

กระตุ้นการหดตัวของมดลูกมากเกินไป โดยทั่วไป ห้ามใช้ยาเมเทอร์จิน (methergin) ก่อนรกคลอด เพราะยานี้จะออกฤทธิ์ทำให้มดลูกหดตัวแบบไม่คลาย

2.1.4 ภาวะตกเลือดจากกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ พบได้น้อยแต่การแก้ไขมีความเฉพาะเจาะจง หากได้รับการแก้ไขล่าช้า อาจทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตได้

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ประวัติโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น เลือดแข็งตัวช้าเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด หรือฮีโมฟิลเลีย (hemophilia) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือระบบสาเหตุไม่ได้ (idiopathic thrombocytopenic purpura [ITP]) เกล็ดเลือดต่ำในสตรีที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ทารกตายในครรภ์ รกลอกตัวก่อนกำหนด หรือภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด (amniotic fluid embolism) หรือการติดเชื้อรุนแรง

2.2 สาเหตุการตกเลือดระยะหลัง

การตกเลือดในระยะหลังเกิดขึ้นได้น้อยกว่าการตกเลือดในระยะแรก สาเหตุเกิดจากการที่มดลูกเข้าอู่ช้ากว่าปกติ (subinvolution) เศษรกค้าง (retained placental tissue) และเยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (endometritis) โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการตกเลือดในระยะหลัง คือ มีการล้วงรกมาก่อน และบางรายอาจมีสาเหตุจากเนื้องอกมดลูก (myoma) (ชำนาญ, 2554) สาเหตุเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการตกเลือดหลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว

อย่างไรก็ตาม การตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดจากสาเหตุเดียว หรือมีจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Kerr et al., 2016) ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี การบาดเจ็บของช่องทางคลอด รกค้าง และกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ในรายที่มีอาการรุนแรงมักพบเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน

พยาธิสภาพ

โดยปกติเมื่อรกลอกตัวและรกคลอด ผนังมดลูกตำแหน่งที่มีรกเกาะและมีหลอดเลือดหล่อเลี้ยงอยู่เป็นจำนวนมาก จะถูกบีบรัดตัวทำให้เลือดหยุดไหล โดยอาศัยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งประสานล้อมรอบหลอดเลือด รวมทั้งขบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือด แต่ในกรณีที่เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อมดลูก หรือมีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก จะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี (Pillitteri, 2010) หรือในกรณีมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด หรือกลไกการแข็งตัวของเลือดมีความผิดปกติ ส่งผลให้เกิดสูญเสียเลือดในปริมาณมากกว่าปกติ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดภาวะตกเลือดตามมาได้

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดขึ้นอยู่กับสาเหตุ ปริมาณเลือดที่ออก ระยะเวลาในการสูญเสียเลือด และภาวะสุขภาพของมารดา (ชำนาญ, 2554; สุภาพ, 2556; สุสันหา, 2555; Pillitteri, 2014) โดยมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1. การมีเลือดออก อาจจะมีเลือดออกมาให้เห็นภายนอก หรืออาจมีเลือดขังอยู่ภายในโพรงมดลูก ช่องท้อง หรือช่องทางคลอด ในรายที่มีเลือดออกให้เห็น สามารถสังเกตลักษณะของเลือดที่บ่งบอกสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดได้ เช่น หากมีเลือดไหลพุ่งออกเป็นจำนวนมาก และมีลิ่มเลือดสีแดงคล้ำปนออกมา อาจเกิดจากมดลูกปลิ้น หากเลือดมีสีแดงสดไหลออกมาเรื่อยๆ หรือพุ่งออกตามจังหวะชีพจร มักเกิดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด และหากเลือดมีสีคล้ำและหยุดไหลเมื่อคลึงมดลูก หรือทำให้มดลูกหดตัวดี แสดงว่ามีสาเหตุจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี หากมีเศษรกค้างจำนวนมากพอ จะเกิดการตกเลือดทันที และหากมีเศษรกค้างเล็กน้อยจะตกเลือดในระยะหลัง 6-10 วันหลังคลอดโดยเลือดที่ออกจะมีสีคล้ำ หากมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เลือดจะหยุดไหลช้า เนื่องจากระดับของไฟบริโนเจนต่ำ

2. การหดตัวของมดลูก กรณีที่มีเลือดคั่งอยู่ในมดลูก จะคลำพบว่ามดลูกนิ่ม ไม่ตึงตัว คลำพบว่ามดลูกอยู่เหนือสะดือ หรือขนาดโตกว่าปกติ แต่หากพบมดลูกหดตัวดี แต่ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นจำนวนมาก อาจเกิดจากช่องทางคลอดฉีกขาด เมื่อตรวจภายในจะพบรอยฉีกขาดของช่องทางคลอด

3. อาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ หน้าซีด ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ หนาวสั่นจากการที่มีเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง กระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อยลง หากอาการรุนแรงจะช็อก ไม่รู้สึกตัว และอาจเสียชีวิต

4. อาการแสดงของการติดเชื้อในโพรงมดลูก ได้แก่ น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น มีสีคล้ำหรือสีน้ำตาล และร่างกายมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติ ตรวจภายในอาจพบเศษรกค้าง ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อ

5. อาการแสดงของภาวะมดลูกปลิ้น หากสาเหตุการตกเลือดเกิดจากภาวะมดลูกปลิ้น ผู้รับบริการจะมีอาการปวดท้องน้อยอย่างรุนแรง รู้สึกอึดอัดในอุ้งเชิงกราน หรือมีก้อนจุกอยู่ช่องคลอดมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงใน 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอด บางรายอาจตรวจพบมดลูกโผล่มาทางช่องคลอด

ผลกระทบต่อมารดา

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา (ชำนาญ, 2554; สุภาพ, 2556; สุสันหา, 2555; Pillitteri, 2014) มีดังนี้

1. มีอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ใจสั่น ชีต ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ตัวเย็น ขาดออกซิเจน ถ้าเสียเลือดมากอาจเกิดภาวะช็อก เกิดภาวะไตวาย หัวใจวาย มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด และเสียชีวิตได้

2. การเสียเลือดหลังคลอด การเสียเลือดในปริมาณมาก ทำให้มีสุขภาพอ่อนแอ เป็นโรคโลหิตจาง มีภูมิต้านทานต่ำ ติดเชื้อง่าย ปริมาณน้ำนมน้อย และสุขภาพทรุดโทรม

3. ภาวะเบาจืด (diabetes insipidus) มีอาการถ่ายปัสสาวะมาก (ประมาณ 5-30 ลิตร/วัน) กระหายน้ำและดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย ปากแห้ง คอแห้ง

4. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ได้แก่ มีไข้ ผื่นแพ้ ลมพิษ เม็ดเลือดแดงแตก หัวใจวาย

5. ผลระยะยาวของการตกเลือดหลังคลอด ทำให้มีสุขภาพทรุดโทรม ชีต อ่อนเพลีย ภูมิต้านทานต่ำ และที่รุนแรง คือ เกิดกลุ่มอาการซีแฮน (sheehan syndrome) ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดอย่างรุนแรง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง เมื่อต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ไม่มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน และโพรแลคติน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นเซลล์ของการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้มารดาหลังคลอดไม่มีน้ำนม และไม่มีประจำเดือน

การตกเลือดหลังคลอด นอกจากส่งผลต่อชีวิตและภาวะสุขภาพของมารดาแล้ว ยังส่งผลต่อทารกหลังคลอด คือ ไม่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมมารดา หรือเป็นบุตรกำพร้าหากมารดาเสียชีวิต ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการซื้อนมผสม เกิดปัญหาครอบครัว โดยเฉพาะหากมารดาหลังคลอดมีภาวะซีแฮน ยิ่งเกิดผลกระทบได้สูง

การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด

การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดเป็นเรื่องที่สำคัญมากเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันท่วงที (ประการ, 2554; ประภัทร, 2551) มีวิธีการดังนี้

1. ซักประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และโรคประจำตัวอย่างละเอียด เช่น โลหิตจาง โรคที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เพื่อประเมินหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดของผู้รับบริการ

2. คาดคะเนปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดมีมากกว่า 500 มิลลิลิตร และพิจารณาดูว่าเลือดที่ออก ส่งผลรุนแรงต่อสตรีหลังคลอดเพียงใด

3. การตรวจร่างกาย โดยการคลำมดลูกว่ามีอาการหดตัวดีหรือไม่ หากมดลูกหดตัวดี แต่ยังมีปริมาณเลือดออกมาก แสดงว่าอาจมีเลือดออกมาจากจุดอื่น เช่น จากการฉีกขาดของช่องคลอด เป็นต้น
4. การตรวจอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ สัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือซีดมากหรือไม่ เพื่อคะเนปริมาณเลือดที่เสียไป
5. ตรวจทางช่องคลอด เพื่อดูการฉีกขาดของช่องคลอดและปากมดลูก โดยจัดให้สตรีหลังคลอดอยู่ในท่านอนหงายราบ วางเท้าพาดบนขาหยั่ง 2 ข้าง (lithotomy) เพื่อความสะดวกเหมาะสมในการตรวจ
6. ตรวจรกที่คลอดออกมาว่าครบหรือไม่ ในกรณีที่รกลอกตัวช้า ควรนึกถึงภาวะรกเกาะลึกผิดปกติ เมื่อล้วงรกและตรวจชิ้นส่วนของรกที่คลอดออกมาว่าไม่หมด แสดงว่า น่าจะมีรกค้างในโพรงมดลูก รวมทั้งควรตรวจว่ามีรกน้อยหรือไม่ ในกรณีที่สงสัยว่ามีเศษรกค้าง ควรตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงก่อน
7. ถ้าตรวจทุกอย่างเบื้องต้นแล้วพบว่าปกติให้ตรวจสอบการแข็งตัวของเลือด
8. ถ้ามีอาการช็อกโดยเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มาก และไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณเลือดที่เสียไป แสดงว่าอาจมีเลือดออกในช่องท้อง ควรนึกถึงภาวะมดลูกแตก

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด มีแนวทางที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การดูแลรักษาทั่วไป (สุพัตรา, 2555) (2) การรักษาตามสาเหตุ (ประภัทร, 2551; โฉมพิลาส, 2555) และ (3) การดูแลรักษาเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพในภาวะฉุกเฉิน (ประภัทร, 2551; โฉมพิลาส, 2555) ซึ่งการรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย แต่หากการประเมินและการดูแลรักษาล่าช้า อาจนำไปสู่ภาวะตกเลือดรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

การดูแลรักษาทั่วไป เป็นการป้องกันหรือแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด ดังนี้

1. ประเมินภาวะซีดและสัญญาณชีพ เป็นระยะ
2. ประเมินทางเดินหายใจ การหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต
3. เปิดเส้นเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ (เบอร์ 18) ให้สารน้ำ และเลือดทดแทน
4. ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินปัสสาวะ

5. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) การตรวจการแข็งตัวของเลือด (couagulogram) เป็นต้น

การรักษาตามสาเหตุ มีดังนี้

1. มดลูกหดตัวไม่ดี ใช้การนวดคลึงมดลูกอย่างเต็มที่ ร่วมกับการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ ออกซิโตซิน (oxytocin) จำนวน 20 ยูนิตผสมในสารน้ำ 1,000 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 10 มิลลิลิตร/นาที ถ้ามดลูกหดตัวดีขึ้น ให้ลดลงเหลือ 2 มิลลิลิตร/นาที จนกระทั่งเลือดหยุดดี และให้ต่อในอัตราเดิมอีก 12 ชั่วโมง ยานี้ไม่ควรให้ปริมาณมากอย่างรวดเร็วเพราะอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำรุนแรง หรือหัวใจเต้นผิดปกติได้ (โคมพิลาส, 2555) หรือให้ยาเมทเธอจิน (methergin) 0.2 มิลลิกรัมเข้าทางกล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ ยาตัวนี้อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงรุนแรงได้ หากยังไม่ได้ผลจะรักษาด้วยพรอสตาแกรนดิน (prostaglandin) เช่น ไซโตเทค (cytotec) ขนาด 1,000 ไมโครกรัม หนึ่งพบทวารหนัก ใช้เวลาในการออกฤทธิ์เฉลี่ย 1.4 นาที (โคมพิลาส, 2555) บางรายอาจต้องทำการนวดมดลูกโดยใช้มือทั้งสองข้าง (bimanual uterine compression) หรือกรณีที่การรักษาแบบประคับประคองไม่ได้ผล อาจพิจารณาผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) (ประภัทร, 2551)

2. เศษรกค้าง การตกค้างของเศษรก เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการตกเลือดระยะหลัง การตรวจรกอย่างละเอียดหลังรกคลอดจะช่วยป้องกันได้ หากมีส่วนของรกหายไป หรือสงสัยว่ามีชิ้นส่วนของรกค้างอยู่ จะรักษาโดยการใช้นิ้วมือ หรือเครื่องมือขูดมดลูก

3. รกฝังตัวแน่นผิดปกติ สาเหตุมักเกิดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการขูดมดลูก เมื่อทำคลอดรกไม่สำเร็จ การดูแลที่ได้ผลดีที่สุดคือ การให้เลือดทดแทนร่วมกับการผ่าตัดมดลูก

4. การฉีกขาดของช่องทางคลอด การรักษาทำการเย็บซ่อมด้วยไหมละลาย

5. มดลูกแตก หรือมดลูกปลิ้น ถ้ารอยแตกไม่มาก สามารถเย็บซ่อมมดลูก หรือผ่าตัดผูกเส้นเลือดแดงได้ แต่ถ้ารอยแตกมีมากไม่สามารถซ่อมแซมได้ต้องตัดมดลูกทิ้งเพื่อรักษาชีวิตของผู้รับบริการ และใส่มดลูกกลับคืนในกรณีมดลูกปลิ้น (ประภัทร, 2551)

6. ก้อนเลือดขังในช่องคลอด รักษาด้วยการกรีดที่ช่องคลอด เอาเลือดออกและใช้ก้อนชกไว้

7. ในรายที่มีการอักเสบติดเชื้อในโพรงมดลูก ดูแลรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ

การรักษาเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพในภาวะฉุกเฉิน เมื่อมีการเสียเลือดมากหลังคลอด ต้องมีการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนี้

1. การให้สารน้ำทดแทนทันทีและเพียงพอ สิ่งแรกที่ให้มักเป็นคริสตอลลอยด์ (crystalloids) ได้แก่ ringer lactate, normal saline or glucose 5% เนื่องจากสามารถอยู่ในระบบไหลเวียนได้นานกว่า (half-life 30 นาที) โดยให้ปริมาณ 3 เท่าของเลือดที่สูญเสียไป

2. การให้เลือดทดแทน มักจะเริ่มให้เมื่อฮีมาโตคริตน้อยกว่า 25 เปอร์เซ็นต์ หรือ ฮีโมโกลบินน้อยกว่า 8 กรัม/เดซิลิตร เลือดทดแทนที่ดีที่สุดคือ เลือดทุกส่วน (whole blood) ซึ่ง 1 ยูนิต จะเพิ่มฮีมาโตคริตได้ 3-4 % สำหรับผู้ที่เสียเลือดไม่มาก อาจให้เป็นเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (packed red cells) เพราะหาได้ง่ายกว่า (โคมพิลาส, 2555)

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะอันตรายที่เสี่ยงต่อชีวิตของสตรีหลังคลอด บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ คือ การดูแลอย่างเอาใจใส่ เพื่อป้องกันการตกเลือด และดูแลอย่างทันท่วงที จะช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความปลอดภัย และฟื้นฟูสุขภาพได้จนเข้าสู่สภาวะปกติ การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ประเมินการมาฝากครรภ์ ปังจ่ายส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ถ้าตกเลือดแล้ว ประเมินการดูแลสุขภาพเมื่อมีภาวะช็อค เพสีย การป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้โอกาสเกิดซ้ำ การรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ประเมินการรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณ การรับประทานยาบำรุง การได้รับเลือด สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุณหภูมิของร่างกาย สตรีหลังคลอดรายที่ตกเลือด ทำให้ร่างกายสูญเสียสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรลัยต์เป็นจำนวนมาก ดังนั้นร่างกายจะอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย กระหายน้ำ และอุณหภูมิร่างกายสูง เมื่อร่างกายอ่อนแอและช็อคเป็นเวลานาน ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ และติดเชื้อได้ง่าย

3. การขับถ่าย: ประเมินปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง ลักษณะและสีของปัสสาวะ เพราะภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง มีผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ปัสสาวะลดลง หากเกิดนานอาจทำให้ไตวายได้ ในรายที่มีการฉีกขาดทางช่องคลอด อาจมีท่อปัสสาวะบาดเจ็บ บวม ทำให้ปัสสาวะลำบาก เกิดปัสสาวะคั่ง ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย: การสูญเสียเลือดในปริมาณมาก ทำให้สตรีหลังคลอดอ่อนเพลีย ซีด หน้ามืด เป็นลมง่าย ทำกิจกรรมด้วยตนเองได้น้อย ในรายที่สูญเสียเลือดมากอาจเข้าสู่ภาวะช็อก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีอาการหายใจเร็ว ชีพจรเต้นเบาและเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตได้

5. การพักผ่อนนอนหลับ: อาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด จากความปวดจากช่องทางคลอดฉีกขาด การได้รับยาแก้ปวด ทำให้สตรีหลังคลอดต้องการพักผ่อนอย่างเต็มที่ แต่บางรายอาจนอนไม่หลับจากความเครียด หรือวิตกกังวลได้

6. สติปัญญาและการรับรู้: การสูญเสียเลือดส่งผลต่อความไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ หน้ามืด รายที่มีอาการรุนแรง อาจสับสน ซึม คิดช้า หมดสติ การรับรู้บุคคล เวลา เหตุการณ์ และสถานที่ อาจหลงลืมได้

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: การตกเลือดหลังคลอด อาจทำให้ต้องผ่าตัดมดลูกทิ้งในบางราย ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์และการที่มีภาวะซีแฮนทำให้ไม่มีน้ำนมให้ลูก ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลงไป

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: มารดาที่ภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้สุขภาพกายไม่พร้อมจากอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ สับสน มึนงง ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทการเป็นมารดาได้ตามปกติ การสร้างสัมพันธภาพกับบุตรล่าช้า บางรายน้ำนมไม่ไหล ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้

9. เพศและการเจริญพันธุ์: สตรีหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดรุนแรง อาจต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกทิ้ง และบางรายเกิดภาวะซีแฮน ทำให้ไม่มีการตกไข่

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพสตรีหลังคลอด เพราะทำให้เกิดความเครียด ความกลัวต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผลกระทบต่อครอบครัว รวมถึงความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

11. คุณค่าและความเชื่อ: ความเชื่อต่อการตกเลือดที่เกิดขึ้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของสตรีหลังคลอด เช่น หากเชื่อว่าเป็นกฎแห่งกรรม มารดาอาจจะปรับตัวได้ โดยการทำบุญตักบาตรมากขึ้น แต่หากไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ปรับตัวไม่ได้ อาจทำให้ท้อแท้ สิ้นหวังได้

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือด

หลักการพยาบาลที่สำคัญ คือการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1. ระยะตั้งครรภ์ ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ เบาหวาน น้ำคร่ำมาก ประวัติการผ่าตัดคลอด การตกเลือด และการคลอดยากในครรภ์ก่อน เพื่อเตรียมพร้อมในการดูแล ประวัติโรคเลือด หากมีภาวะซีด ดูแลแก้ไขภาวะซีด เป็นต้น

2. ระยะคลอด จากผลการวิจัย พบว่า การให้ยาออกซิโตซิน การฝึกขาของช่องทางคลอด การใช้เข็มช่วยคลอด ระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเวลาในการเบ่งคลอด มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะระยะเวลาในการเบ่งคลอดนานทุก 10 นาทีจะเพิ่มอัตราการตกเลือดถึงร้อยละ 10 (Dionne et al., 2015) ดังนั้นพยาบาลต้องดูแลเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการคลอดยาวนาน โดยการติดตามระยะเวลาของการคลอดอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่สองของการคลอดต้องสอนทักษะการเบ่งคลอด และดูแลให้สตรีระยะคลอดเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการตกเลือด รวมทั้งการดูแลไม่ให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าในทุกระยะ หรือเฝ้าระวังการเกิดภาวะมดลูกหดตัวผิดปกติ (hyperstimulation) ในรายที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นระยะเวลานาน เตรียมเปิดเส้นเลือดให้สารน้ำด้วยเข็มเบอร์ 18 จองเลือด ตามแผนการรักษา และเตรียมพร้อมทีมแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ในรายที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อให้สามารถช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

3. ระยะที่สามของการคลอด ให้ดูแลแบบมีการตื่นตัวของผู้ดูแล (active management) โดยให้ยาออกซิโตซินหลังคลอดไหล่น้ำ (หรือหลังทารกคลอด) 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือผสมในน้ำเกลือ 10-20 ยูนิต/ลิตร หยอดทางหลอดเลือดดำ 100-150 หยด/ชั่วโมง และให้ต่อไป 1-2 ชั่วโมงหลังคลอด ทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction นวดคลึงมดลูกให้แข็งหลังคลอด และประเมินการหดตัวของมดลูกซ้ำทุก 15 นาที ตรวจรกหลังคลอดอย่างละเอียด เพื่อตรวจสอบว่ามีส่วนของรกค้างในโพรงมดลูกหรือไม่ ตรวจการฝึกขาของช่องทางคลอด และเย็บซ่อมแซมโดยเร็ว ติดตามดูแลใกล้ชิดในรายที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

1. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการคลอดยาวนาน และได้รับการช่วยคลอดด้วย
สูติศาสตร์หัตถการ

2. มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

3. วิตกกังวลว่าตนเองจะได้รับอันตรายเนื่องจากมีเลือดออกมากในระยะหลังคลอด

4. สัมพันธ์ภาพกับบุตรล่าช้าเนื่องจากอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะตกเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน:

S: สตรีหลังคลอดบอกรู้สึกมีเลือดออกมามาก เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น

O: หน้าซีด มือเท้าเย็น เหงื่อออก

เลือดออกชุ่มผ้าถุง ผ้าปูที่นอน ประมาณ 200 มิลลิลิตร ในครึ่งชั่วโมงสูญเสียเลือด
ขณะคลอด 350 มิลลิลิตร รวมเป็น 550 มิลลิลิตร คล้ามดลูกทางหน้าท้องพบมดลูกนิ่ม ลอยเหนือสะดือ

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

สตรีหลังคลอดมีมดลูกหดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดน้อยลง และไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล: - เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

- มดลูกหดตัวกลับมามีขนาด

-ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท

- ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

- ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ซีด และตัวเย็น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. คลึงมดลูกให้กลับมามีขนาด และไล่อ่อนเลือดที่คั่งในโพรงมดลูกออก เมื่อมดลูกหดตัวดีแล้ว
ประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะทุก 15 นาที จนครบ 1 ชั่วโมง

2. สังเกตและประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอดเพื่อประเมินความรุนแรง

3. ตรวจกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นการขับถ่าย เพื่อไม่ให้มีปัสสาวะคั่ง และขัดขวางการหด
ตัวของมดลูก

4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าจะอยู่ในภาวะปกติ
5. ดูแลให้สารน้ำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษา
7. งดน้ำงดอาหารทางปากในรายที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดเพื่อชูดมดลูก ล้างรก ผ่าตัดผูกเส้นเลือดแดง เย็บซ่อมแซม หรือผ่าตัดมดลูก
8. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต
9. ดูแลใกล้ชิด พุดคุยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลญาติ และครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน

สรุป

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่อันตราย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของสตรี มีผลกระทบต่อครอบครัว ตลอดจนสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งในครอบครัวและภาพรวมของประเทศ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด เศษรกค้าง และอาจมีกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การประเมิน ติดตามดูแล และเฝ้าระวังทุกระยะ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ าระยะคลอด และระยะหลังคลอดจึงมีความสำคัญมาก เพื่อช่วยป้องกันและดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันที่

เอกสารอ้างอิง

- โหมพิลาส จงสมชัย. (2555). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, และ บุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *วิกฤตการณ์ทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง* (หน้า 135-147). กรุงเทพฯ: ทรี-ดี สแกน.
- ชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2554). การตกเลือดหลังคลอด. ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฒ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 189-215). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
- ประการ อองอาจบุญ. (2554). *ภาวะตกเลือดหลังคลอด*. ค้นจาก <http://www.phraehospital.go.th/saiyairak/phrae/saiyairak/data/dr.pitsanu/PPH%20copy.pdf>
- ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์. (2551). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน มานี ปิยะอนันท์ ชาญชัย, วันทนาศิริ, และประเสริฐ คันสนียวิทย์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 196-209). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิง.
- วิทยา ถิฐาพันธ์ (บรรณาธิการ). (2552). *เวชศาสตร์ปริกำเนิดข้อถกเถียงในเวชปฏิบัติปริกำเนิด*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. (2555). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน วรพงศ์ ภู่งศ์ (บรรณาธิการ), *ราชวิทยาลัยสูติ นรีแพทย์แห่งประเทศไทย การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์* (หน้า 243-252). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2555). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 295-301). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.
- Aden, K. R. (2014). Postpartum complications. In S. E., Perry, M. J. Hockenberry, D. L., Lowdermilk., & D., Wilson. (Eds.), *Maternity child nursing care* (5th ed., pp. 530-538). St. Louis, MO: Elsevier.
- Dionne, M., Deneux-Tharoux, C., Dupont, C., Basso, O., Rudigoz, R., Bouvier-Colle, M., & Ray, C. L. (2015). Duration of expulsive efforts and risk of postpartum hemorrhage in nulliparous women: A population-based study. *PLoS One*, 10(11) doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0142171>

- Friedman, A. J. (2013). Obstetric hemorrhage. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 27(24S), S44-S48.
- Kerr, R., Eckert, L. O., Winikoff, B., Durocher, J., Meher, S., Fawcus, S., ... The Brighton Collaboration Primary Postpartum Haemorrhage Working Group. (2016). Postpartum haemorrhage: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine*, 34(49), 6102–6109. <http://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.039>
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of childbearing & child rearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pillitteri, A. (2012). *Maternal & child health nursing: Care of childbearing & child rearing family* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

บทที่ 43

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ (Obstetric Shock)

ผศ.ดร.ศศิگانต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะช็อกทางสูติศาสตร์
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อกทางสูติศาสตร์

ภาวะช็อกทางสูติศาสตร์เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของมารดาและทารก ซึ่งเกิดได้ในทุกระยะ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ส่วนใหญ่มักจะมีสาเหตุจากการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นการสูญเสียเลือดจากการตั้งครรภ์ และที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันเวลาที่ จะช่วยให้มารดาและทารกมีชีวิตรอดอย่างปลอดภัย

มนทัศน์ของภาวะช็อกทางสูติศาสตร์

ความหมาย

ภาวะช็อก หมายถึง ภาวะที่เนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย ได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อันสืบเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ มักเกิดจากการสูญเสียเลือด หรือติดเชื้อ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (El-Mowafi, 2008)

สาเหตุ

ภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ มีสาเหตุได้จาก สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มาลี, 2555)

1. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เกิดจากการเสียเลือดจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก เป็นต้น
2. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น โรคเลือด มะเร็งปากมดลูก การแตกของเส้นเลือดขอบบริเวณช่องคลอด และปากมดลูก เป็นต้น โดยสามารถบอกสาเหตุของภาวะช็อกตามชนิดของภาวะช็อก

ชนิดของภาวะช็อกทางสูติศาสตร์ จำแนกได้ 5 ชนิด (Bansal, 2012) ดังนี้

1. ภาวะช็อกจากการสูญเสียปริมาณเลือดในร่างกาย (hypovolemic shock or haemorrhagic shock excessive blood loss) เป็นภาวะช็อกที่พบบ่อยที่สุด สาเหตุเกิดจากการสูญเสียเลือดทางสูติศาสตร์ ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) รกเกาะต่ำ และรกฝังตัวลึก (placenta previa and accrete) มดลูกแตก (uterine rupture) การฉีกขาดของช่องคลอด (genital tract lacerations) รกค้าง (retained placenta) มดลูกหดตัวไม่ดี (atonic uterus) และการติดเชื้อ (infection) ทั้งนี้ อาการจะรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับปริมาณการสูญเสียเลือด กล่าวคือ ระดับเล็กน้อย (blood loss 20%) ระดับปานกลาง (blood loss 20-40%) ระดับมาก (blood loss > 40%) (Ricci, 2017)
2. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ภาวะช็อกชนิดนี้สามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ หลังผ่าตัดเย็บมดลูกอักเสบ การติดเชื้อ เช่น escherichia coli ภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้สูง เช่น น้ำคร่ำแตกหรือร่วนานก่อนคลอด (prolonged rupture of membranes) การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (emergency cesarean section) ขึ้นส่วนของรกค้างในโพรงมดลูกหลังจากการแท้งเอง

(retained products after miscarriage) และการทำแท้ง หรือทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ (termination of pregnancy)

3. ภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (cardiogenic shock) ภาวะช็อกชนิดนี้ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง มีสาเหตุจากโรคหัวใจ (cardiac disease) หัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) หัวใจล้มเหลว (heart failure) และการอุดตันในปอด (pulmonary embolus)

4. ภาวะช็อกจากการมีปฏิกิริยาการแพ้ (anaphylactic shock) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเกิด antigen-antibody reaction เช่น การแพ้ยา หรือได้รับสารแปลกปลอม จึงทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารฮิสตามีนออกมา ทำให้หลอดเลือดหดตัว และส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง ในทางสูติศาสตร์ มักเกิดจาก มักเกิดจากการแพ้ยา และเกิดหลังภาวะหลอดเลือดดำในปอดอุดตัน (amniotic fluid embolism)

5. ภาวะช็อกจากการบาดเจ็บต่อไขสันหลัง (neurogenic shock) ภาวะช็อกชนิดนี้ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic system) ที่ควบคุมหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดคลายตัว ทำให้มีหลอดเลือดขยาย และมีความดันโลหิตลดลง สาเหตุทางสูติศาสตร์ มักเกิดจากความเจ็บปวดรุนแรง ซึ่งเกิดได้จากการตั้งครรภ์นอกมดลูก อุบัติเหตุ หรือได้รับสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้คีม หรือการช่วยเหลือนการคลอดทารกทำกันก่อนปากมดลูกเปิดหมด ภาวะมดลูกแตก เป็นต้น

พยาธิสภาพ

ภาวะช็อกเกิดจากการไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้เซลล์และเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (El-Mowafi, 2008) และสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะช็อก คือ การมีปริมาณเลือดในร่างกายลดลง หรืออาจเกิดจากการขยายของหลอดเลือด โดยปกติพบว่าถ้าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure) ลดลงจากเดิม 5-10 มิลลิเมตรปรอท จะมีการกระตุ้นตัวรับสัญญาณประสาทบาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptors) และจะส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนกลาง ซึ่งจะสั่งการให้ร่างกายมีการตอบสนอง และมีกลไกปรับตัว โดยการทำให้หลอดเลือดของอวัยวะที่มีความสำคัญน้อยเกิดการหดตัว เช่น ไต ผิวหนัง ทางเดินอาหาร เป็นต้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทั้งนี้เพื่อให้อวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ และปอด มีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น นอกจากนี้ จะมีกลไกการปรับตัวโดยกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก เพื่อให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น (วารสาร, 2551)

ถ้าสาเหตุของภาวะช็อกได้รับการแก้ไข และร่างกายสามารถปรับตัวได้สำเร็จ เซลล์ได้รับออกซิเจน และสารอาหารอย่างเพียงพอ ร่างกายสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่ถ้าร่างกายปรับตัวไม่ได้ ภาวะช็อกยังดำเนินต่อไป เซลล์จะขาดออกซิเจนมากขึ้น จนทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงระดับรุนแรงขึ้น เช่น มีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) มีการสร้างกรดแลคติก (lactic acid) มีภาวะอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) และภาวะกรด-ด่างไม่สมดุล เป็นต้น ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมาก

ขึ้น ถ้าสาเหตุและผลกระทบดังกล่าว ไม่ได้ได้รับการแก้ไขได้ทันเวลาภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะช็อกเซลล์ และอวัยวะสำคัญหลายๆ อวัยวะจะถูกทำลาย และเสียชีวิตได้ในที่สุด (วรารณ, 2551)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก (พงศเทพ, ม.ป.ป.; มาลี, 2555; El-Mowafi, 2008) มีดังนี้

1. อาการเริ่มแรก สตรีจะมีอาการคล้ายจะเป็นลม คือ หน้ามืด ตาลาย วิงเวียน ใจหวิวๆ มือเท้าอ่อนแรง และอ่อนเพลีย
2. ชีพจรเบาเร็ว อัตรา 100-120 ครั้งต่อนาที รายที่มีอาการรุนแรง ชีพจรจะเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที
3. ความดันโลหิตลดลง ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความต่างระหว่างความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง (pulse pressure) แคบ แสดงว่าอยู่ในภาวะวิกฤต
4. อาการซีด พบว่าผิวหนังซีดเผือด เยื่อบุต่างๆ ซีดขาว ผิวหนังซีดเย็น เหงื่อออก กระจายน้ำ กระสับกระส่าย ปัสสาวะน้อย และหากอาการรุนแรงมากอาจไม่มีปัสสาวะออก
5. การหายใจมีการเปลี่ยนแปลง โดยระยะแรกหายใจตื้นเร็ว ต่อมาอาการรุนแรงมากขึ้น จะหายใจหอบลึก เกิดอาการแสดงของการขาดออกซิเจน
6. ระดับความรู้สึกตัวลดลง จะเริ่มสับสน เลอะเลือน เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง จนไม่รู้สีกตัวในที่สุด

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก จะมีการเปลี่ยนแปลงจากอาการเล็กน้อย ไปสู่อารมณ์รุนแรง ดังนั้น การสังเกตและประเมินได้รวดเร็ว สามารถลดผลกระทบที่รุนแรงทั้งต่อมารดาและทารกได้

ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

ภาวะช็อกเป็นภาวะที่รุนแรง หากสามารถช่วยเหลือได้รวดเร็ว สตรีตั้งครรภ์และทารกมีโอกาสรอดชีวิต เมื่อช่วยเหลือจนมีชีวิตรอดจากภาวะวิกฤติ อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการช็อกตามมา เช่น มารดาในระยะหลังคลอดอาจมีภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure) ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ขาดเลือดไปเลี้ยง (pituitary necrosis) ทำให้เกิดอาการชีแฮน (sheehan's syndrome) และเกิดความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด (disseminated intravascular coagulation) (สุพัตรา, 2555) มีภูมิต้านทานต่ำ ติดเชื้อง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย ส่วนทารกหากยังอยู่ในครรภ์ ขณะที่มารดาช็อก จะเกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress) และอาจจะเสียชีวิต (นันทพร, 2555) แต่หากได้รับการช่วยเหลือจนมีชีวิตรอด ต้องได้รับการประเมินและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะอาจมีความพิการทางสมองจากการขาดเลือดไปเลี้ยงขณะอยู่ในครรภ์ และการช่วยฟื้นคืนชีพในระยะแรกหลังคลอด

การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะช็อก

การวินิจฉัยภาวะช็อก ส่วนใหญ่ดูจากอาการและอาการแสดง ที่แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกาย เซลล์และเนื้อเยื่อของร่างกายมีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งเริ่มจาก อาการที่สตรีรู้สึกได้ เช่น หน้ามืด ตาลาย วิงเวียน ใจหวิวๆ (มาลี, 2555) จนกระทั่งพบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เมื่ออาการรุนแรงขึ้น จะพบภาวะช็อค ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจหอบ ปัสสาวะออกน้อย จนกระทั่งอาการรุนแรงมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Bansal, 2012) ไม่มีการตรวจที่เฉพาะทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยภาวะช็อก แต่จะมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct, CBC, group matching เพื่อเตรียมพร้อมในการช่วยชีวิต

การรักษาภาวะช็อก

มีแนวทางการดูแลรักษาสตรีที่มีภาวะช็อก (พงศเทพ, ม.ป.ป.; วราภรณ์, 2551; EI-Mowafi, 2008) ดังนี้

1. ให้การดูแล ช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว
2. ช่วยฟื้นคืนชีพ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก หรือใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยให้การช่วยเหลือเป็นทีมสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทั้งวิสัญญีแพทย์ (anaesthetist) สูติแพทย์ (obstetrician) ศัลยแพทย์ด้านหลอดเลือด (vascular surgeon) และนักโลหิตวิทยา (haematologist)
3. เปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำเพิ่มการไหลเวียนเลือด บางรายหลอดเลือดดำส่วนปลายตีบ อาจต้องเปิดหลอดเลือดดำส่วนกลาง (cut down) โดยให้สารน้ำประเภท crystalloids ได้แก่ Ringer lactate, normal saline or glucose 5% เนื่องจากสามารถอยู่ในระบบไหลเวียนได้นานกว่า (half-life 30 นาที) (วราภรณ์, 2551) แต่ต้องระวังภาวะน้ำท่วมปอด (โคมพิลาส, 2555; พงศเทพ, ม.ป.ป.)
4. ให้เลือดทดแทน โดยในระยะแรกควรให้ชนิด whole blood เพื่อร่างกายสามารถใช้ได้ทันที
5. หาสาเหตุ และแก้ไขตามสาเหตุของการช็อก
6. ให้การรักษาด้วยยาตามความเหมาะสม เช่น ให้มอร์ฟีน (morphine) 10-15 มิลลิกรัมเพื่อระงับปวด ให้สเตียรอยด์ เช่น เด็กซาเมทาโซน (dexamethasone) 20 มิลลิกรัม ซ้ำๆ ทางหลอดเลือดดำ เพื่อขยายหลอดเลือดเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนปลาย ให้โซเดียมไบคาร์เนต (sodium bicarbonate) 100 mEq ทางหลอดเลือดดำ ในรายที่มีภาวะเลือดเป็นกรด หรือ ในรายที่ความดันโลหิตต่ำจำเป็นต้องให้โดพามีน (dopamine) 2.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/นาที ทางหลอดเลือดดำ (EI-Mowafi, 2008) เป็นต้น

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะช็อก

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ สามารถรวบรวมจากข้อมูล ดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการหน้ามืด ตาลาย ใจหวิวๆ ซีด เพลีย รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อ การรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ในระยะแรกที่ช็อก ร่างกายมีภาวะขาดน้ำ อาหารและอิเล็กโทรไลต์ ต้องประเมินอาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย กระจายน้ำ และอุณหภูมิร่างกาย เพราะอาจจำเป็นต้องให้สารน้ำ และหรือเลือดทดแทน และเมื่อฟื้นภาวะวิกฤติ จำเป็นต้องได้รับอาหารบำรุงเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ เพราะหากปล่อยให้ร่างกายอ่อนแอ และซิดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อง่าย

3. การขับถ่าย ภาวะช็อกมีผลให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ปัสสาวะลดลง หากเกิดนานๆ อาจทำให้ไตวายได้ ให้ประเมินปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมงในระยะแรก หากขาดเลือดไปเลี้ยงต่อม พิทูอิทารีจะทำให้เกิดกลุ่มอาการซีแฮน และอาจเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย สตรีที่อยู่ในภาวะช็อก หรือหลังฟื้นจากภาวะช็อก ให้ประเมินอาการอ่อนเพลีย ซีด ซีพจร การหายใจ อาการเหนื่อยหอบ การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เพราะสตรีที่อยู่ในภาวะช็อก หรือหลังฟื้นจากภาวะช็อก จะเพลีย หน้ามืด เป็นลมง่าย หายใจเหนื่อยหอบ ทำกิจวัตรด้วยตนเองได้น้อย บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดภาวะช็อกซ้ำได้ ต้องประเมินสัญญาณชีพ เช่น ซีพจรเต้นเบาและเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และจากอาการไม่รู้สึกตัว ซึ่งหากช่วยเหลือไม่ทันอาจเสียชีวิตได้

5. การพักผ่อนนอนหลับ ประเมินอาการอ่อนเพลียจากการช็อก หรือความปวดจากการบาดเจ็บ หรือจากการหายใจเหนื่อย ทำให้สตรีไม่สามารถพักผ่อนอย่างเต็มที่ และบางรายอาจนอนไม่หลับเนื่องจากเครียด หรือวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง หรือบุตร

6. สติปัญญาและการรับรู้ ประเมินระดับความรู้สึกตัว มึนงง เวียนศีรษะ เพราะอาการช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง สตรีอาจไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่ยังมึนงง และอาจมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ในรายที่อาการรุนแรง อาจมีภาวะสับสน ซึม คิดช้า การรับรู้บุคคล เวลา เหตุการณ์ และสถานที่ อาจไม่เป็นปกติ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ประเมินภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของสตรี เนื่องจากการช็อกเกิดได้จากหลายสาเหตุ และสตรีที่ช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด บางรายอาจต้องผ่าตัดมดลูกทิ้ง ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง บางรายต้องสูญเสียบุตรในครรภ์ ทำให้โทษตัวเอง หรือรู้สึกด้อยคุณค่า

8. บทบาทและสัมพันธภาพ ประเมินการปรับตัวของสตรีต่อบทบาทการเป็นมารดา การสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ตรวจสอบความเข้าใจและความร่วมมือกับทีมสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล สังเกต

การแสดงออกของสตรีและครอบครัว เพราะสตรีที่ซื้อจากการตกเลือดหลังคลอด สุขภาพกายจะอ่อนแอ เพลีย เวียนศีรษะ สับสน มึนงง อาจไม่สามารถรับบทบาทการเป็นมารดาได้ตามปกติ มีการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรล่าช้า บางรายน้ำหนักไม่ไหล ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ อาจมีความขัดแย้งระหว่างสตรีและครอบครัวกับทีมสุขภาพ อันเนื่องมาจากความเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการเกิดภาวะช็อก และความสูญเสียที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้

9. เพศและการเจริญพันธุ์ ภาวะช็อกอาจส่งผลกระทบต่อสตรีบางรายอาจต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกทิ้ง และบางรายเกิดกลุ่มอาการซีแฮน จากต่อมใต้สมองส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ น้ำนมไม่ไหล เต้านมเล็กลง และไม่มีประจำเดือน

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ภาวะช็อก อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพสตรี บางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวาย เป็นต้น ทำให้สตรีและครอบครัวเกิดความเครียด ความกลัวต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บางรายอาจจะนอนไม่หลับ เก็บตัว และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาภายหลัง

11. คุณค่าและความเชื่อ ความเชื่อต่อภาวะช็อก และความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของสตรี เช่น หากเชื่อว่าเป็นกฎแห่งกรรม มารดาอาจจะปรับตัวได้ โดยการทำบุญตักบาตรมากขึ้น เป็นต้น แต่หากไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอาจทำให้ท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า และเกิดภาวะโรคจิตหลังคลอดได้

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อก

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อก มีหลักสำคัญ 2 ประการ คือ (1) การดูแลอย่างเร่งด่วนเมื่อเกิดภาวะช็อกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการช็อก (วรารณณ์, 2551; Lowdermilk, 2014) และ (2) การดูแลประคับประคองฟื้นฟูสภาพหลังจากการช็อก (วรารณณ์, 2551)

การดูแลเร่งด่วนเมื่อเกิดภาวะช็อก มีดังนี้

1. ให้การดูแลอย่างเร่งด่วน เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพให้พร้อม และช่วยเหลือทีมแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. เปิดเส้น หรือช่วยเหลือแพทย์ในการเปิดเส้นกรณีที่ต้องทำ cut down และดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา
3. ดูแลระบบทางเดินหายใจ และให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 12-15 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา
4. เจาะเลือดหาหมู่เลือด และเตรียมเลือดให้พร้อม รวมทั้งรายงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องโดยด่วน
5. ประเมินหาสาเหตุการเกิดภาวะช็อก

6. ให้การพยาบาลตามผลกระทบจากสาเหตุการช็อก เช่น สูญเสียเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา ประเมินการหดตัวของมดลูก ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ดูแลให้ยาแก้ปวด ยาสแตียรอยด์ ยาเพิ่มความดันโลหิต ตามแผนการรักษา

การดูแลระดับประคอง ฟื้นฟูสภาพหลังจากการช็อก ดังนี้

1. ประเมินและบันทึก อัตราชีพจร หายใจ ความดันโลหิต จำนวนปัสสาวะ ความดันโลหิตต่ำ
2. ถ้ามีเลือดออก หาสาเหตุและหยุดเลือด
3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว รายที่ไม่รู้สึกตัว ดูให้ทางเดินหายใจโล่ง เช่น การดูดเสมหะ
4. กรณีหายใจลำบาก มีอาการขาดออกซิเจน ให้ออกซิเจน
5. จัดท่านอนให้เหมาะสม เช่น นอนตะแคง ศีรษะสูง ควรจัดให้นอนยกปลายเท้าสูง 10-12 นิ้ว (trendelenburg) เป็นต้น เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น
6. ดูแลให้เลือดหรือสารน้ำ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแทรกซ้อนระหว่างได้รับเลือด
7. ฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ เช่น ระดับความรู้สึกตัว กำลังของกล้ามเนื้อและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
8. เขียนบันทึกรายงานอาการ อาการแสดงเป็นระยะๆ
9. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดใน 24 ชั่วโมงหลังจากการรักษาภาวะช็อก เพราะอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาทางลบได้ เช่น ปริมาณน้ำเกินในร่างกาย การทำงานของปอดเสียไป (shock lung) อันตรายจากการได้รับออกซิเจนมากเกินไป เป็นต้น
10. ให้ข้อมูลแผนการรักษา ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว เพื่อความเข้าใจอันดีต่อกัน

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อก

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช็อก
2. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากไม่รู้สึกตัวจากภาวะช็อก
3. เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากเสียเลือดมาก
4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเสียเลือดมาก
5. ช็อกเนื่องจากความเจ็บปวดจากมดลูกปลิ้น
6. ช็อกเนื่องจากมีเลือดออกมากในระยะหลังคลอด

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะช็อก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ช็อกเนื่องจากมีเลือดออกมากในระยะหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ใจหวิวๆ หน้ามืด เหมือนจะเป็นลม

O: หน้าซีด เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเย็น

ความดันโลหิตต่ำ 90/60 มิลลิเมตรปรอท

เลือดออกจากช่องคลอดเรื่อยๆ ปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้สตรีหลังคลอดปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ซีด ตัวเย็น หรือมีอาการ กระสับกระส่าย เป็นต้น
3. ได้รับการแก้ไขภาวะช็อกตามสาเหตุ
4. เลือดออกจากช่องคลอดไม่เกิน 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพเพิ่มเติม ได้แก่ ชีพจร
2. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 12-15 ลิตร/นาที
3. ให้สารน้ำทดแทน ส่วนใหญ่ให้เป็นชนิดแลคเตท รিংเกอร์ โซลูชัน ปล่อยอัตราการหยดให้เร็วที่สุด โดยเปิดเส้นด้วยเข็มเบอร์ใหญ่ เช่น เบอร์ 18 อาจต้องใช้ 2 เส้น หากความดันโลหิตต่ำมาก
4. ขณะเปิดเส้นใหม่ควรเก็บเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct, CBC, coagulogram และ group matching เป็นต้น เพื่อเตรียมพร้อมช่วยเหลือน้อย่างเร่งด่วน และรายงานแพทย์อย่างเร่งด่วน
5. หาสาเหตุของภาวะช็อก ตรวจสอบว่ามดลูกหดตัวดีหรือไม่ หากมดลูกหดตัวดี แสดงว่า อาจมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด
6. สวนคาปัสสาวะไว้ พร้อมทั้งบันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะไม่ควรออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
7. จัดให้อ่อนหงายราบ หรือปลายเท้าสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้ดีขึ้น
8. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และอาการแสดงของภาวะช็อก ยังมีอยู่หรือลดน้อยลงหรือไม่
9. ประเมินอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง หากแก้ไขตรงจุด ชีพจรควรจะช้าลง และแรงขึ้น การหายใจหอบควรลดลง ปัสสาวะออกปกติ เลือดออกจากช่องคลอด

ลดลง หากมีเสียงผิดปกติจากการฟังเสียงหัวใจและปอด แสดงว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย ปอดบวมน้ำ เป็นต้น

10. ดูแลให้ได้รับเลือดทดแทน และให้ได้รับยา ตามแผนการรักษา

11. งดน้ำ งดอาหารทางปาก เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการช่วยเหลือน้ำดับต่อไป หากอาการยังไม่ดีขึ้น เช่น ส่งเข้าห้องผ่าตัดเพื่อเย็บซ่อมแซมมดลูก เป็นต้น

12. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน

สรุป

ภาวะช็อก เป็นภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติได้ตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยให้สตรีได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ทันท่วงที พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกต มีความรู้สึกรวดเร็วต่อสิ่งที่พบเห็น โดยเฉพาะอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นอาการนำไปสู่ภาวะช็อก มีความรู้ ความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์วิกฤติ และการทำงานเป็นทีมได้เป็นอย่างดี คุณสมบัติเหล่านี้จะช่วยให้สตรีที่มีภาวะช็อกได้รับการช่วยเหลืออย่างปลอดภัย ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น ลดความสูญเสียของครอบครัวและรวมถึงประเทศชาติ

เอกสารอ้างอิง

- โคมพิลาส จงสมชัย. (2555). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, และ บุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *วิกฤตการณ์ทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง* (หน้า 135-147). กรุงเทพฯ: ทรี-ดี สแกน.
- พงศ์เทพ ธีระวิทย์. (ม.ป.ป.). *ภาวะช็อก*. ค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Shock.pdf>.
- มาลี เกื้อนพกุล. (2555). บทบาทพยาบาลกับการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะช็อก. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, และบุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *วิกฤตการณ์ทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง* (หน้า 149-170). กรุงเทพฯ: ทรี-ดี สแกน.
- วารภรณ์ นาครัตน์. (2551). *การช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะช็อกในระยะวิกฤติ*. ค้นจาก www.ccne.or.th/.../11Jun200851-AttachFile_12131757.
- Bansal, M. C. (2012). *Obstetrical shock. Presentation transcript*. Mahatma Gandhi Medical College, Jaipur. Retrieved from, <http://www.slideshare.net/drmcbansal/obstetrical-shock>
- EI-Mowafi, D. M. (2008). *Shock in obstetric*. Retrieved from, http://www.gfmer.ch/Obstetrics_simplified/shock_in_obstetrics.htm
- Lowdermilk, D. L. (2014). Postpartum complications. In D. L. Lowdermilk., S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed., pp. 730-732). St. Louis, MO: Elsevier.
- Ricci, S. C. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and women's health* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

บทที่ 44

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง (Retained Placenta)

ผศ.ดร.ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะรกติด และรกค้าง ได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง ล้วงรกตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง ได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะรกติด และรกค้าง
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะรกติดและรกค้าง
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติดและรกค้าง
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติดและรกค้าง

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง

ภาวะรกติด และรกค้าง เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดภาวะตกเลือดหลังจากคลอดทารก หากมารดาไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว อาจนำไปสู่ภาวะช็อก และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต นอกจากนี้การชุดมดลูก หรือล้วงรก ยังส่งผลให้มารดาเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดได้

มนทัศน์ของภาวะรกติด และรกค้าง

ความหมาย

รกติด หรือรกค้าง (Retained placenta) หมายถึง ภาวะที่รก หรือชิ้นส่วนของรกไม่คลอดออกมาภายใน 30 นาทีหลังจากที่ทารกคลอดแล้ว (ศรีเกียรติ, 2555) โดยทั่วไปทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลังรกจะมีการลอกตัวประมาณ 15-30 นาที (สุกัญญาและนันทพร, 2550)

สาเหตุ

ภาวะรกค้างมีสาเหตุ 3 ประการ (ศรีเกียรติ, 2555) ดังนี้

1. ขาดกลไกการลอกตัวของรก (รกไม่ลอกตัว หรือลอกตัวบางส่วน) ซึ่งเกิดได้ทั้งกรณีที่รกปกติ และรกผิดปกติ

1.1 รกปกติ แต่มดลูกไม่หดตัว อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ สตรีมีอาการอ่อนเพลีย การคลอดล่าช้า และสาเหตุที่พบบ่อย คือ ภาวะเย็บแผลที่มดลูก ทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ อาจเกิดจาก มารดาได้รับยาระงับปวดหรือยาสลบมากเกินไป รกเกาะที่บริเวณคอร์นุ (cornu) หรือที่มดลูกส่วนล่าง กล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวมีกำลังการหดตัวไม่ดีเท่าส่วนคอร์ปัส (corpus) และส่วนของยอดมดลูก (fundus) ทำให้เกิดภาวะรกค้างตามมา (จีระภา, 2557)

1.2 รกผิดปกติ แม้มดลูกหดตัวดี แต่รกไม่สามารถลอกตัวได้ เนื่องจากรกเกาะลึก (placenta accreta) หรือรกมีความผิดปกติ ได้แก่ มีรกน้อย แบบที่มีเส้นเลือดเชื่อมต่อกัน หรือไม่มีเส้นเลือดเชื่อมต่อกัน (placenta succenturiata or placenta spurium)

รกเกาะลึก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดรกค้าง จำแนกลักษณะของรกเกาะลึกได้ 3 แบบ (ชำนาญ, 2554; Ward & Hisley, 2016) ดังนี้

1) รกมีการฝังตัวไปตลอดชั้นของเยื่อมดลูก แต่ไม่ผ่านลงไปชั้นกล้ามเนื้อมดลูก (placenta accrete)

2) รกจะฝังตัวผ่านไปถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก (placenta increta)

3) รกฝังลึกลงไปตลอดชั้นกล้ามเนื้อมดลูกจนทะลุผนังมดลูก (placenta percreta) เป็นชนิดที่อันตรายมากที่สุด

2. ขาดกลไกของการขั้บตันให้รกออกมานอกโพรงมดลูก

2.1 รกลอกตัวแล้ว แต่ผ่านออกมาจากโพรงมดลูกส่วนบนได้ มักมีสาเหตุจากการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิด constriction ring และ cervical cramp

2.2 รกลอกตัวแล้ว และผ่านโพรงมดลูกออกมาอยู่ในช่องคลอดแล้ว แต่ไม่ผ่านออกมาภายนอก อันเนื่องมาจากผู้คลอดไม่เบ่งเพื่อขับไล่ออกตามธรรมชาติ หรือ ผู้ทำคลอดไม่ผลักให้รกออกมาจากช่องทางคลอด (ศรีเกียรติ, 2555)

3. สาเหตุส่งเสริม ได้แก่ การทำคลอดรกก่อนรกลอกตัว เคยมีประวัติรกค้ำในครรภ์ก่อน เคยทำหัตถการที่ทำให้มีพื้นที่ในการเกาะของรกจำกัด ส่งเสริมให้เกิดรกค้ำ เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดเนื้องอก และการขูดมดลูกในครรภ์ก่อน นอกจากนี้ อาจเกิดจากมดลูกมีลักษณะผิดปกติ ได้แก่ มีผนังกันภายในโพรงมดลูก ที่เรียกว่า bicornuate uterus (ศรีเกียรติ, 2555) จากรายงานของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะรกค้ำหลังการคลอดบุตร คือ อายุของมารดา การมีประวัติเคยขูดมดลูกมาก่อน และภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (Panpaprai & Boriboonhirunsarn, 2007)

พยาธิสภาพ

หลังจากทารกคลอด มดลูกจะมีการบีบตัว และขับรกที่ลอกตัวแล้วให้ออกมาจากโพรงมดลูกภายใน 30 นาที และโดยทั่วไปใช้เวลา 5-15 นาที (สุภัญญาและนันทพร, 2550) กรณีที่มดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้ปากมดลูกหดเกร็ง รกที่ลอกตัวแล้วจะค้างอยู่ในโพรงมดลูก แต่ในกรณีที่รกไม่ลอกตัวจากความผิดปกติของรก หรือการฝังตัวลึก รกจะเกาะอยู่กับผนังมดลูก ทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวได้ตามปกติ เลือดจะออกมากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจช็อกจากการเสียเลือด แต่ในรายที่เศษรกค้างอยู่หลายวัน จะส่งผลให้มดลูกไม่เข้าอู่ น้ำคาวปลากลับไปมีสีเข้ม และมีกลิ่นเหม็น จากการติดเชื้อหลังคลอดได้

อาการและอาการแสดง

พยาบาลผดุงครรภ์สามารถสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะรกค้ำ จากสิ่งต่อไปนี้ (สุภาพ, 2555)

1. ไม่มีอาการแสดงของรกลอกตัวหรือมีเล็กน้อย
2. มดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด

3. มีบางส่วนของคอตทิลีดอน (cotyledons) หรือผนังถุงน้ำคร่ำ (membranes) ขาดหายซึ่งตรวจพบภายหลังรกคลอดออกมาแล้ว

4. อาการของผู้คลอด ได้แก่ กระสับกระส่าย ซึ่พจรเบาเร็ว ตัวเย็นซีด เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งเป็นอาการของภาวะช็อก

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลกระทบที่สำคัญต่อมารดา ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากรกค้างและมดลูกหดตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกจากรกค้าง และการล้วงรก เสี่ยงต่อการถูกตัดมดลูก (hysterectomy) หากรกฝังตัวลึก (ศรีเกียรติ, 2555) ซึ่งส่งผลทำให้ไม่มีโอกาสตั้งครรภ์ หรือไม่สามารมีลูกได้อีก หากจำเป็นต้องตัดมดลูก ส่วนผลกระทบต่อทารก อาจทำให้สัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและทารกล่าช้า เนื่องจากมารดาต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากภาวะรกค้าง และอ่อนเพลียมากกว่าปกติ และอาจส่งผลต่อปริมาณน้ำนมไหลช้า ทารกจึงได้รับน้ำนมจากมารดาล่าช้า

การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะรกค้าง และรกติด

การตรวจวินิจฉัยภาวะรกค้าง และรกติด สามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงดังที่กล่าวมา และตรวจยืนยันจากการตรวจอัลตราซาวด์

การรักษาสตรีที่มีภาวะรกค้าง และรกติด

การรักษาภาวะรกค้าง มีการรักษา ดังนี้ (กระเชียร, 2551; ศรีเกียรติ, 2555; Aden, 2014)

1. ให้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวและคลายตัวเป็นระยะๆ ได้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมกลไกการลอกตัวของรก ทำให้รกลอกตัวออกมาได้

2. ให้ยาเพื่อให้เกิดการคลายตัวของปากมดลูก ได้แก่ ให้ยาอดรีนาลีน (adrenalin) 1:1,000 จำนวน 0.3-0.5 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือให้ยา 20% แมกนีเซียม ซัลเฟต (20% magnesium sulphate) 20 มิลลิลิตร ฉีดเข้าเส้นโลหิตช้า ๆ

3. ถ้าให้ยาแล้วไม่อาจช่วยให้รกลอกตัวสมบูรณ์ และรกไม่สามารถคลอดออกมาได้ แสดงว่ารกฝังตัวลึกต้องช่วยเหลือด้วยการล้วงรก (manual removal of the placenta)

4. ถัรกติดแน่น แพทย์ทำการล้วงรกออกมาได้ แต่ยังมีบางส่วนค้างอยู่บนผนังมดลูกอาจต้องช่วยเหลือต่อไป โดยการขูดมดลูก และให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่วนในรายที่มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือรกลอกตัวออกมาไม่ได้ มีปัญหาตกเลือดหลังคลอดอาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดมดลูก

แนวทางในการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะรกร้าง เช่น ประวัติการขาดมดลูก การผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือการล้วงรกในครรภ์ก่อน การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกร้าง การรับรู้เกี่ยวกับการล้วงรกหรือการขาดมดลูก การดูแลสุขภาพหลังการล้วงรกเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ประเมินการรับประทานอาหาร ชนิด และปริมาณอาหาร มีข้อสุดท้าย ก่อนการล้วงรก การได้รับเลือด สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มารดาที่มีรกร้างเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้ร่างกายสูญเสียสารน้ำ สารอาหาร และอิเล็กโทรไลต์ ร่างกายอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย กระจายน้ำ และอุณหภูมิร่างกายสูงได้ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการล้วงรกได้

3. การขับถ่าย: ประเมินปริมาณ ลักษณะ และสีของปัสสาวะ เพราะมารดาที่มีรกร้าง และได้รับการล้วงรก จะได้รับการสวนคาปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต หากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ปัสสาวะลดลง หากเกิดนานๆ อาจทำให้ไตวายได้ ในรายที่มีการฉีกขาดทางช่องคลอด อาจมีท่อปัสสาวะบาดเจ็บ บวม ทำให้ปัสสาวะลำบาก เกิดปัสสาวะคั่งส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินอาการนำไปสู่ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เนื่องจากภาวะรกร้างทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี เช่น อาการหน้าซีด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออก รวมทั้งประเมินอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น เพราะมารดาที่มีภาวะรกร้าง และได้รับการล้วงรก หากสูญเสียเลือดในปริมาณมาก จะทำให้มารดาอ่อนเพลีย ซีด หน้ามืด เป็นลมง่าย และทำกิจวัตรด้วยตนเองได้น้อย ประเมินอุณหภูมิร่างกายเนื่องจากอาจมีไข้จากการติดเชื้อทางช่องคลอดจากการล้วงรก

5. การพักผ่อนนอนหลับ: ประเมินอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด และอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการดมยาสลบ ความเจ็บปวดจากประสบการณ์การคลอดที่ไม่เป็นไปตามปกติ ปวดมดลูก รวมถึงความเครียด หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น ไข้ ติดเชื้อ น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นอาจรบกวนการพักผ่อนของมารดาหลังคลอดได้

6. สติปัญญาและการรับรู้: ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดจากการสูญเสียเลือดจากภาวะรกร้าง ส่งผลต่อความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจสับสน ซึม คิดซ้ำ หมดสติ การรับรู้บุคคล เวลา เหตุการณ์ และสถานที่อาจหลงลืมได้ หากได้รับการช่วยเหลือรวดเร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อนมารดาหลังคลอดจะมีการรับรู้เป็นปกติ นอกจากนี้ ควรประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของรกร้าง และการดูแลสุขภาพตนเองหลังจากรกร้าง และการล้วงรกด้วย

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: ประเมินภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง เพราะภาวะรกร้าง อาจนำไปสู่การตกเลือดหลังคลอด หรืออาจทำให้ต้องผ่าตัดมดลูกทิ้งในบางราย ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง รายที่มีการติดเชื้อในช่องคลอด น้ำคาวปลา มีกลิ่นอาจรู้สึก

ไม่มั่นใจในตนเอง แต่ในรายที่ได้รับการช่วยเหลือได้อย่างปลอดภัยและทันท่วงทีอาจจะไม่ได้กระทบต่อการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ในทางลบ

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ประเมินหลังได้รับการดมยาสลบ การชูดมตุลุกหรือล้วงรก มารดาอาจรู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือรายที่เสียเลือดมาก อาจรู้สึกสับสน มึนงง ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทการเป็นมารดาได้ตามปกติ การสร้างสัมพันธภาพกับบุตรล่าช้า บางรายน้ำนมไม่ไหล น้ำนมมาช้า ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาที่มีประสบการณ์ด้านลบต่อการดูแลช่วยเหลือขณะรกค้างและล้วงรก อาจไม่พึงพอใจต่อบุคลากรวิชาชีพ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันได้

9. เพศและการเจริญพันธุ์: ประเมิน สี กลิ่น น้ำคาวปลา เพราะการล้วงรกอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากมีการติดเชื้อหลังคลอดน้ำคาวปลาจะมีกลิ่นเหม็น ในมารดาที่มีรกฝังตัวลึก ไม่สามารถล้วงรกออกมาได้ อาจต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกทิ้ง ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้อีก และในรายที่มีการตกเลือดรุนแรงอาจเกิดกลุ่มอาการซีแฮน จากต่อมใต้สมองส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้น้ำนมไม่ไหล เต้านมเล็กลง และไม่มีประจำเดือน สูญเสียลักษณะของความเป็นเพศหญิง มารดาบางรายที่ปลอดภัยหลังการล้วงรกอาจรู้สึกไม่แน่นอนว่าการตั้งครรภ์และคลอดในครั้งต่อไป จะมีปัญหาเหมือนครั้งนี้หรือไม่ ส่งผลให้เกิดความกลัวต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ประเมินความวิตกกังวล ความเครียดของมารดา เพราะมารดาที่มีภาวะรกค้าง จะวิตกกังวล และกลัวต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมามักจะปรับตัวได้เร็ว แต่หากมีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา เช่น ตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อหลังคลอด ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว และอาจมีความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในอนาคต

11. คุณค่าและความเชื่อ ประเมินความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เป้าหมายในชีวิตของมารดา เพราะสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของมารดา เช่น หากเชื่อว่าเป็นกฎแห่งกรรม และได้รับการช่วยเหลืออย่างปลอดภัยทันท่วงที มารดาจะปรับตัวได้ดี แต่หากสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้มารดารู้สึกว่าตนเองสูญเสียสิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิต ไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยว อาจทำให้ท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิตและมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ และการปรับตัวไม่ได้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตหลังคลอดตามมาได้

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะรกติด และรกค้าง

หลักการพยาบาลที่มีภาวะรกค้าง มีจุดเน้นคือ เพื่อป้องกันรกค้าง หากมีรกค้าง ช่วยเหลือให้รกคลอดโดยเร็ว (จีระภา, 2557; ศรีเกียรติ, 2555) หรือ ช่วยเหลือดูแลในการล้วงรก ฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระวังหลังรกคลอดป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการล้วงรก และให้คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด (สุภาพ, 2556)

การพยาบาลเพื่อป้องกันรกค้ำ และการช่วยเหลือภาวะรกค้ำระยะแรก

สำหรับการพยาบาลในระยะแรกที่มีรกค้ำ ควรให้การดูแล ดังต่อไปนี้ (จีระภา, 2557)

1. ชักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะรกค้ำ เพื่อวางแผนป้องกันการเกิดภาวะรกค้ำ และเตรียมการช่วยเหลือในระยะการคลอดรอกอย่างเหมาะสม

2. ช่วยเหลือการคลอดรกที่ลอกแล้วแต่ค้ำอยู่ในช่องคลอด โดยตรวจดูอาการแสดง (signs) ของรกที่ลอกตัวสมบูรณ์ ถ้ามีอาการแสดงว่ารกลอกตัวแล้ว แต่ขาดกลไกธรรมชาติที่จะให้รกคลอดออกมาเองได้แก่ แรงเบ่งหรือขาดการช่วยเหลือการคลอดรอก ดังนั้น เพียงแต่ช่วยเหลือการคลอดรอกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างถูกวิธี รกจะคลอดออกมาโดยง่าย

3. ช่วยเหลือการคลอดรกที่ยังค้ำอยู่ในโพรงมดลูก เมื่อตรวจแล้วไม่มีอาการแสดงของรกลอกตัวสมบูรณ์ ให้ปฏิบัติตามลำดับดังนี้

3.1 ตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่มีการหดตัว หรือหดตัวไม่แข็งเต็มที่ ควรสวนปัสสาวะ เพราะการมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะทำให้มดลูกหดตัวได้ไม่ดี เป็นเหตุให้รกไม่อาจลอกตัวได้สมบูรณ์ กรณีที่สวนปัสสาวะแล้วมดลูกยังหดตัวไม่ดีขึ้น ควรใช้ฝ่ามือคลึงเบาๆ ที่ยอดมดลูก เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น แต่ห้ามคลึงด้วยความรุนแรงเพราะมดลูกอาจเกิดการหดตัวผิดปกติ

3.2 ถ้าปฏิบัติในข้อ 3.1 แล้ว รกยังไม่คลอดออกมาในเวลาอันสมควรอาจเกิดจากรกลอกตัวแล้ว แต่ไม่อาจผ่านโพรงมดลูกออกมาได้ หรือ รกลอกตัวเองไม่ได้ตามธรรมชาติ ให้ผู้ทำคลอดสอดนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอด เพื่อตรวจดูสภาพของปากมดลูกว่ามีการหดเกร็งของปากมดลูก (cervical cramp) จนขัดขวางการเคลื่อนต่ำของรก การสอดนิ้วมือเข้าไปในช่องคลอดต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และทำด้วยความนุ่มนวล เพราะอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่มารดาได้

3.3 ลองทำคลอดรอกโดยวิธีดึงสายสะดือ (control cord traction) ซึ่งรกจะคลอดได้ในกรณีที่รกลอกตัวแล้ว แต่ปากมดลูกหดเกร็ง หรือปากมดลูกบีบรัดรกเอาไว้ รกจะถูกดึงให้ผ่านส่วนที่บีบรัดไว้ ออกมาได้ แต่ถ้าลองดึงดูแล้วรกยังติดอยู่ ห้ามดึงต่อไปด้วยกำลังแรง เพราะสายสะดืออาจขาดหรือมดลูกปลิ้น หรือมีเศษรกขาดค้ำอยู่ในโพรงมดลูกได้

4. รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาช่วยคลอดรอกโดยการล้วงรก

การพยาบาลสตรีที่ได้รับการล้วงรก มีดังนี้

1. สวนปัสสาวะให้เพื่อช่วยทำให้มดลูกหดตัวดี และรกลอกตัวเร็วขึ้น
2. บอกให้ผู้คลอดทราบว่าจะมีการล้วงรก พร้อมทั้งบอกเหตุผล และวิธีการทำให้ทราบ
3. เตรียมพร้อมวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล
4. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา
5. จอเงเลือดตามแผนการรักษา

6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออก และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังการตกเลือด
8. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
9. ตรวจสอบสภาพรกที่ออกมาและตรวจช่องคลอดอย่างละเอียด พร้อมทั้งแนะนำการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
10. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตลักษณะที่ผิดปกติของน้ำคาวปลา ที่แสดงว่าอาจมีการติดเชื้อ และเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
11. ประเมินและดูแลสภาพจิตใจของผู้คลอด เพราะอาจมีความวิตกกังวลต่อการ ล้วงรก การดมยาสลบ และภาวะสุขภาพหลังการล้วงรก

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสตรีที่ได้รับการล้วงรก

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะมดลูกปลิ้นจากภาวะรกติดแน่น
2. ผู้คลอดอาจได้รับอันตรายจากภาวะรกค้างและการล้วงรก
3. มารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีภาวะรกค้าง
4. มีโอกาสติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากภาวะรกค้าง และจากการล้วงรก
5. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกล่าช้า เนื่องจากมารดาได้รับการล้วงรก
6. นานนมไหลน้อยเนื่องจากมารดาอ่อนเพลียจากเสียเลือดจำนวนมากจากรกค้าง

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่ได้รับการล้วงรก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากรกค้างและการล้วงรก

ข้อมูลสนับสนุน S: หน้ามืด ตาลาย

O: ได้รับการล้วงรก

มีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร

เหงื่อออก ตัวเย็น หน้าซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้วงรก

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการล้วงรก เช่น ไม่มีเลือดสดๆไหลออกจากช่องคลอด ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 80/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น หน้าซีด หรือ กระสับกระส่าย

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ มีระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มดลูกหดตัวดี

กิจกรรมการพยาบาล: ก่อนการล้วงรก

1. หลังจากทารกคลอด 15 นาที แต่รกยังไม่ลอกตัว ให้ประเมินสัญญาณชีพของสตรีหลังคลอด ทุก 5 นาที ถ้าไม่มีเลือดออกมากกว่าปกติ หรืออาการแสดงของการตกเลือด อาจรอได้ถึง 30 นาทีนับจากทารกคลอด

2. รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือโดยการล้วงรก พร้อมกับวิสัญญีแพทย์เพื่อให้ยาสลบขณะล้วงรก

3. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องล้วงรก ขั้นตอนและพูดคุย ให้กำลังใจให้ผู้คลอดคลายความกังวล

4. จัดเตรียมผู้คลอดโดยการจัดทำขบนิ้ว และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และเตรียมอุปกรณ์ในการล้วงรก โดยเตรียมถุงมือยาวสำหรับล้วงรกให้พร้อม

5. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

6. สอนปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

กิจกรรมการพยาบาล: ขณะทำการล้วงรก

1. ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก 5 นาที ตลอดเวลาที่สูติแพทย์ล้วงรก โดยทั่วไปการล้วงรกใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

2. หลังจากแพทย์ล้วงรกเสร็จ ใช้มือคลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออก

3. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก คือ ออกซิโตซิน 20 ยูนิต ในน้ำเกลือ (NSS) 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ หรือบางสถานพยาบาลใช้ยาเออร์โกโนวิน (ergonovine) ทางหลอดเลือดดำร่วมด้วยกรณี que ผู้คลอดไม่มีความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล: หลังล้วงรก

1. คลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นการหดตัว ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง

2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 30 นาทีในช่วงที่สองหลังคลอด และทุก 1 ชั่วโมงใน 4 ชั่วโมงต่อมา เพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด

3. จัดให้ผู้คลอดเอียงหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่ง และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจนกว่าผู้คลอดจะรู้สึกตัว

4. แนะนำสตรีสังเกตการหดตัวของมดลูก โดยคลึงยอดมดลูกด้วยตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

5. แนะนำสตรีและญาติให้สังเกตปริมาณเลือดที่ออก ไม่ควรชุ่มผ้าอนามัยเกิน 1 ชั้นใน 1 ชั่วโมง

6. แนะนำการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
7. ติดตามประเมินภาวะติดเชื้อในระยะหลังคลอด ดูการเข้าอุ้งของมดลูก หลัง 10 วันไม่ควรคลำมดลูกได้ทางหน้าท้อง พร้อมทั้งสังเกตลักษณะน้ำคาวปลา หากกลับมีสีเข้มอีกครั้งหลังจากที่จางไปแล้ว อาจเกิดจากการติดเชื้อ
8. เน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สตรีและครอบครัวมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีภาวะรกค้าง

ข้อมูลสนับสนุน S: บอกว่ากลัวจะหลับไม่ตื่น

O: สตรีและญาติมีสีหน้ากังวล เมื่อทราบว่ารกค้าง และต้องล้างรก

วัตถุประสงค์การพยาบาล ความวิตกกังวลของสตรีและครอบครัวลดลง

เกณฑ์การประเมินผล - สีหน้าสดชื่น

- ไม่มีคำพูดที่แสดงถึงความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้สตรีและครอบครัว เข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนให้การช่วยเหลือ เพื่อให้สตรีร่วมมือในการรักษาพยาบาล และคลายความวิตกกังวล
2. ให้การพยาบาลด้วยท่าที่เป็นมิตร และเต็มใจช่วยเหลือ เพื่อให้สตรีเกิดความมั่นใจ
3. เปิดโอกาสให้สตรีและครอบครัวซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล
4. ปลอบใจ และให้กำลังใจสตรีและครอบครัว

สรุป

ภาวะรกติดหรือรกค้างเป็นภาวะฉุกเฉินในระยะหลังทารกคลอด การป้องกันภาวะรกติด หรือรกค้างโดยการทำคลอดอย่างถูกวิธี การเฝ้าระวังในรายที่มีภาวะเสี่ยง และการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมทันที่ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากรกติดหรือรกค้าง และจากการล้างรก นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการดูแลประคับประคองสตรีที่มีภาวะรกติดหรือรกค้าง ให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สตรีที่มีผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- กระเชียร ปัญญาคำเลิศ (2551). การตกเลือดหลังคลอด. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์*. (หน้า 421-431). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีเมียม เฮาส์.
- จีระภา นະแส (2557). *การพยาบาลภาวะรกค้าง*. ค้นจาก 202.129.38.3/manage/Plan.../20140310193056.docx
- โหมพิลาส จงสมชัย. (2555). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน เอกชัย โควารินทร์, ปัทมา พรหมสนธิ, และ บุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ), *วิกฤตการณ์ทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง* (หน้า 135-47). กรุงเทพฯ: ทรี-ดี สแกน.
- ชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2554). การตกเลือดหลังคลอด. ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 189-215). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี สมุทรสาคร.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สุกัญญา ปรีสัญญากุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Aden, K. R. (2014). *Postpartum complications*. In S. E., Perry, M. J. Hockenberry, D. L., Lowdermilk., & D., Wilson (Eds.), *Maternity child nursing care* (5th ed, pp. 531). St. Louis, MO: Elsevier.
- Panpaprai, P., & Boriboonhirunsarn, D. (2007). Risk factors of retained placenta in Siriraj hospital. *Journal of Medical Association Thai*, 90(7), 1293-1297. Retrieved from http://www.si.mahidol.ac.th/Th/publication/2007/Vol90_No.7_1293_5025.pdf Thai
- Ward S., & Hisley, S. (2016). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & family* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

บทที่ 45

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น (Uterine Inversion)

ผศ.ดร.ศศิگانต์ กาละ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ของภาวะมดลูกปลิ้นได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้นตามแบบแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้นได้ถูกต้อง
4. ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลในสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้นได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ของภาวะมดลูกปลิ้น
2. แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น
3. หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น
4. ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น
5. ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น

มดลูกปลิ้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด มักพบในระยะที่สามของการคลอด เป็นภาวะที่เกิดขึ้นไม่บ่อย แต่เป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงและช็อก พบอุบัติการณ์มดลูกปลิ้นได้ 1: 1,584 ถึง 1: 23,000 ของการคลอด (อภิชาติ, 2553) การประเมินสภาพและการวินิจฉัยที่ถูกต้องจะช่วยให้สตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้นได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

มโนทัศน์ของภาวะมดลูกปลิ้น

ความหมาย

ภาวะมดลูกปลิ้นเป็นภาวะที่ยอดมดลูกยุบตัวเข้าไปในโพรงมดลูก ทำให้ผนังมดลูกปลิ้นออกมาด้านนอก (อภิชาติ, 2553) ซึ่งอาจยุบตัวออกมาบางส่วน หรือยุบตัวออกมาทั้งหมดก็ได้ (Mckinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013) ส่วนใหญ่มักเกิดในระยะคลอดรก

ชนิดของมดลูกปลิ้น

แบ่งชนิดของมดลูกปลิ้นตามความรุนแรง (อภิชาติ, 2553) ได้ดังนี้

1. มดลูกปลิ้นแบบไม่สมบูรณ์ (incomplete uterine inversion) คือ ยอดมดลูกยุบตัวเข้ามาในโพรงมดลูกบางส่วน
2. มดลูกปลิ้นแบบสมบูรณ์ (complete uterine inversion) คือ ยอดมดลูกยุบตัวเข้ามาในโพรงมดลูกและผ่านพ้นปากมดลูกออกมา
3. มดลูกปลิ้นพ้นช่องคลอด (prolapsed uterine inversion) คือ ยอดมดลูกยุบตัวเข้ามาในโพรงมดลูกปากมดลูกและผ่านพ้นปากช่องคลอดออกมา

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุการเกิดมดลูกปลิ้นมีหลายปัจจัย ดังนี้ (Mckinney et al., 2013; Ward & Hisley, 2016)

1. การทำคลอดรกโดยวิธีการดึงสายสะดือในขณะที่รกรยังไม่ลอกตัว
2. การกดบริเวณยอดมดลูกในขณะที่ทำคลอดทารก
3. การกดยอดมดลูกหลังทารกคลอดในขณะที่มดลูกคลายตัว
4. การเพิ่มแรงดันในมดลูกเช่น การเบ่งคลอดรก และการคลอดเร็ว เป็นต้น
5. รกมีการฝังตัวลึกผิดปกติ
6. ผนังมดลูกอ่อนแอ การหดตัวของมดลูกไม่ดี
7. รกฝังตัวในตำแหน่งยอดมดลูก (fundal implantation)

นอกจากนี้อาจพบได้ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ สายสะดือสั้น การตั้งครรภ์ครั้งแรก ทารกตัวโต การไอหรือจามอย่างแรง (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2011) ความผิดปกติของมดลูก เช่น มีเนื้องอกภายในโพรงมดลูก มดลูกรูปร่างผิดปกติ เป็นต้น และรวมถึงการล้วงรกในภาวะรกค้าง (อภิชาติ, 2553) สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะมดลูกปลิ้นจึงเกี่ยวข้องกับการคลอดรกในระยะที่สาม

พยาธิสภาพ

เมื่อเกิดการปลิ้นของมดลูกหลังจากทารกคลอด ขณะทำคลอดรก หรือภายหลังรกคลอดแล้ว ปากมดลูกและมดลูกส่วนล่างจะมีการหดตัวเป็นวงแหวนล้อมรอบส่วนของมดลูกที่ปลิ้นออกมา ทำให้บริเวณนั้นถูกรัดแน่น ขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดการบวม หากไม่ได้รับการแก้ไขโดยเร็วจะทำให้มีเนื้อตาย และมีโอกาสติดเชื้อได้ (สุภาพ, 2556)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง มีดังนี้

1. มีการยื่นหรือปลิ้นออกมาของยอดมดลูกผ่านปากมดลูกและช่องคลอดออกมาให้เห็น(อภิชาติ, 2553)
2. คลำไม่พบยอดมดลูกบริเวณหน้าท้องแต่พบเป็นรอยบวมเหมือนถั่วบริเวณยอดมดลูกกรณีมดลูกปลิ้นไม่สมบูรณ์ (สุภาพ, 2556; อภิชาติ, 2553)
3. ลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุด คือ เกิดการตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง อาจมีภาวะช็อกตามมา (สุภาพ, 2556; ศรีเกียรติ, 2555; อภิชาติ, 2553; Mckinney et al., 2013)
4. กรณีมดลูกปลิ้นไม่สมบูรณ์หากตรวจภายใน เมื่อสอดมือเข้าไปในปากมดลูกจะพบยอดมดลูกบริเวณมดลูกส่วนล่าง (อภิชาติ, 2553)
5. ปวดท้องน้อยรุนแรง (สุภาพ, 2556; ศรีเกียรติ, 2555; Mckinney et al., 2013)

ผลกระทบต่อมารดาและทารก

ผลกระทบต่อมารดา ได้แก่

1. ช็อกจากการสูญเสียเลือด
2. ช็อกจากอาการปวดท้องน้อยรุนแรง
3. อาจต้องตัดมดลูกทิ้งและสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้หญิง
4. อาจเกิดการติดเชื้อ
5. มีภาวะโลหิตจาง
6. เศร้าโศกจากการสูญเสียมดลูก
7. เครียดจากการที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

ผลกระทบต่อทารก ไม่มีผลกระทบที่เป็นอันตรายจากมดลูกปลิ้นต่อทารก เนื่องจากทารกคลอดแล้วจึงจะเกิดภาวะมดลูกปลิ้น แต่จะเกิดปัญหาการเลี้ยงดูทารกด้วยนมแม่ เช่น ในกรณีที่มีมารดามีภาวะตกเลือด หรือซ็อกจะทำให้มีน้ำนมไหลช้า และปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่มักจะตรวจจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ การสังเกตเห็นส่วนของมดลูกผ่านออกมาให้เห็นนอกปากมดลูก หรือช่องคลอด การตรวจโดยคลำมดลูกบริเวณหน้าท้องพบรอยบวม การตรวจภายในช่องคลอดและปากมดลูก อาการของภาวะตกเลือด ซ็อกจากสูญเสียเลือดหรือปวดท้องน้อยรุนแรง (อภิชาติ, 2553; Mckinney et al., 2013) นอกจากนี้ในรายที่ตรวจลักษณะทางคลินิกไม่ชัด อาจมีการตรวจยืนยันภาวะมดลูกปลิ้นด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (อภิชาติ, 2553) ส่วนใหญ่วินิจฉัยได้จากอาการทางคลินิก

การรักษา

การดูแลรักษาภาวะมดลูกปลิ้นจะต้องทำอย่างทันทีและรวดเร็วเพื่อรักษาชีวิตของสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้นไว้ การรักษามีขั้นตอน ดังนี้

1. การทำหัตถการเพื่อดันมดลูกกลับเข้าที่เดิม โดยทั่วไปจะไม่ทำการรักษาโดยดันมดลูกกลับ เพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้นและเจ็บปวดมาก และหากกรยังไม่ลอกตัวไม่ควรพยายามทำคลอดรก เพราะจะทำให้เลือดออกจากตำแหน่งรกเกาะได้มากขึ้น ทำให้มารดาเป็นอันตรายจากการตกเลือด แต่ควรทำคลอดรกหลังจากมดลูกกลับเข้าที่เดิมแล้ว (Pillitteri, 2014) โดยมีการทำหัตถการตามขั้นตอน (อภิชาติ, 2553) ดังนี้

1.1 หยุดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันที เพราะต้องให้มดลูกคลายตัวก่อนการดันมดลูกกลับ

1.2 เตรียมพร้อมวิสัญญีแพทย์และเจ้าหน้าที่ เตรียมพร้อมการผ่าตัดหากดันมดลูกกลับไม่สำเร็จ

1.3 ให้สารน้ำและเลือดทดแทนการสูญเสียเลือด

1.4 ทำหัตถการดันยอดมดลูกกลับทางช่องคลอด (Johnson maneuver) ปกติหากมดลูกคลายตัวอยู่จะทำไม่ยาก แต่หากทำหัตถการนี้เข้าสู่ส่วนล่างของมดลูกและปากมดลูกจะหดตัวเป็นวงแหวนทำให้การดันมดลูกกลับไม่สำเร็จ (อภิชาติ, 2553) การทำหัตถการดันมดลูกกลับมักใช้ร่วมกับการดมยาสลบ หรือให้ยาช่วยให้มดลูกคลายตัว (Pillitteri, 2014) เช่น ไนโตรไกลีเซอรีน (nitroglycerin) 0.25-0.5 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ภายใน 2 นาที เทอบูทาลิน (terbutaline) 0.1-0.25 มิลลิกรัมฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ (อภิชาติ, 2553) เป็นต้น

2. การผ่าตัด การผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบเพื่อแก้ไขมดลูกปลิ้นจะทำในกรณีที่การทำหัตถการตันมดลูกกลับไม่สำเร็จ (อภิชาติ, 2553)
3. ภายหลั้มดลูกกลับเข้าที่เดิมให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (อภิชาติ, 2553; Pillitteri, 2014; Ward & Hisley, 2016) เช่น ออกซิโตซิน 20-40 ยูนิต ผสมในน้ำเกลือหยดในหลอดเลือดดำจนถึง 24 ชั่วโมงหลังการคลอด หรือให้ยาเมทเทอจิน ยาพอสตาแกลนดิน (อภิชาติ, 2553) เป็นต้น
4. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก (อภิชาติ, 2553; Pillitteri, 2014; Ward & Hisley, 2016)

แนวทางการประเมินสภาพสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น

แนวทางการประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะมดลูกปลิ้น เช่น การทำคลอดรกผิดวิธี การเบ่งคลอดรก หรือผ่านการคลอดมาหลายครั้ง การรับรู้อาการของซ็อก ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังมดลูกปลิ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร: ประเมินการรับประทานอาหาร ชนิด และปริมาณอาหาร มีข้อสุดท้าย ก่อนการรักษาภาวะมดลูกปลิ้น การได้รับเลือด สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มารดาที่มีมดลูกปลิ้นเสี่ยงต่อภาวะซ็อกจากการสูญเสียเลือด และเจ็บปวดรุนแรง ทำให้ร่างกายสูญเสียสารน้ำ สารอาหาร และอิเล็กโทรลัยต์ ร่างกายอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย กระหายน้ำ และอุณหภูมิร่างกายสูงได้ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการที่มดลูกปลิ้นออกมาภายนอกและการได้รับหัตถการทางสูติศาสตร์
3. การขับถ่าย: ประเมินปริมาณ ลักษณะ และสีของปัสสาวะ เพราะมารดาอาจมีภาวะซ็อกจากมดลูกปลิ้น จะได้รับการสวนคาปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต หากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้ปัสสาวะลดลง หากเกิดนานๆ อาจทำให้ไตวายได้ บางรายอาจมีท่อปัสสาวะบาดเจ็บ บวม ทำให้ปัสสาวะลำบาก เกิดปัสสาวะคั่งส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินอาการนำไปสู่ภาวะซ็อกจากการสูญเสียเลือด และจากความเจ็บปวด เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เหงื่อออก รวมทั้งประเมินอาการอ่อนเพลีย ซีด หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น เพราะมดลูกปลิ้นทำให้สูญเสียเลือดในปริมาณมาก ระยะเวลาหลังการรักษามารดาอาจอ่อนเพลีย ซีด หน้ามืด เป็นลมง่าย และทำกิจวัตรด้วยตนเองได้น้อย ประเมินอุณหภูมิร่างกายเนื่องจากอาจมีไข้จากการติดเชื้อทางช่องคลอด
5. การพักผ่อนนอนหลับ: ประเมินอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด และอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการดมยาสลบ ความเจ็บปวดจากมดลูกปลิ้น ความเครียด หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในรายที่ต้องตัดมดลูกทิ้ง อาจรบกวนการพักผ่อนของมารดาหลังคลอดได้

6. สติปัญญาและการรับรู้: ประเมินอาการต่างๆ ที่เกิดจากการสูญเสียเลือดจากภาวะมดลูกปลิ้น หลังฟื้นตัวจากภาวะช็อกอาจมีความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เวียนศีรษะหน้ามืด ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจสับสน ซึม คิดช้า หมดสติ การรับรู้บุคคล เวลา เหตุการณ์ และสถานที่อาจหลงลืมได้ หากได้รับการช่วยเหลือรวดเร็วไม่มีภาวะแทรกซ้อนมารดาหลังคลอดจะมีการรับรู้เป็นปกติ นอกจากนี้ ควรประเมินการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของมดลูกปลิ้น และการดูแลสุขภาพตนเองหลังรับการรักษา

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์: ประเมินภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง เพราะภาวะมดลูกปลิ้น อาจนำไปสู่การตกเลือดหลังคลอด หรืออาจทำให้ต้องผ่าตัดมดลูกทิ้งในบางราย ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ: ประเมินหลังได้รับการดมยาสลบ การผ่าตัดหรือดันมดลูกกลับมารดาอาจรู้สึกอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน หรือรายที่เสียเลือดมาก อาจรู้สึกสับสน มึนงง ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทการเป็นมารดาได้ตามปกติ การสร้างสัมพันธภาพกับบุตรล่าช้า บางรายน้ำนมไม่ไหล น้่านมมาช้า ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มารดาที่มีประสบการณ์ด้านลบต่อการดูแลช่วยเหลือ อาจไม่พึงพอใจต่อบุคลากรวิชาชีพ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันได้

9. เพศและการเจริญพันธุ์: ประเมินอาการบ่งชี้ของมดลูกปลิ้น ได้แก่ ปวดท้องน้อยรุนแรง มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก มดลูกไม่หดรัดตัว คล้ายมดลูกทางหน้าท้องพบเป็นรอยบวมหรือแอง ตรวจภายในพบส่วนของมดลูกลงมาใกล้ปากมดลูกส่วนล่าง หรือภายในช่องคลอด เห็นส่วนของมดลูกปลิ้น ออกมานอกโพรงมดลูก ต้องรีบให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที ระยะหลังคลอด เผื่อระวังการติดเชื้อ และในรายที่มีการตกเลือดรุนแรงอาจเกิดกลุ่มอาการซีแฮน จากต่อมใต้สมองส่วนหน้าขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้น้ำนมไม่ไหล เต้านมเล็กลง และไม่มีประจำเดือน สูญเสียลักษณะของความเป็นเพศหญิง

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด: ประเมินความวิตกกังวล ความเครียดของมารดา เพราะมารดาที่มีภาวะมดลูกปลิ้นจะวิตกกังวล และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาไม่เหมาะสม

11. คุณค่าและความเชื่อ ประเมินความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เป้าหมายในชีวิตของมารดา เพราะสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของมารดา หากปรับตัวไม่ได้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตหลังคลอดตามมาได้

หลักการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น

หลักการพยาบาลที่สำคัญเพื่อป้องกันภาวะมดลูกปลิ้น และให้การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะมดลูกปลิ้น

1. การซักประวัติ หากเกิดภาวะมดลูกปลิ้นในครรภ์ก่อน ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาวิธีการคลอดที่เหมาะสม

2. ทำคลอดรกให้ถูกวิธี โดยทำคลอดรกในขณะที่มดลูกหดรัดตัวและรกลอกตัวสมบูรณ์แล้ว

3. เมื่อเกิดภาวะมดลูกปลิ้นต้องรีบรายงานสูติแพทย์และวิสัญญีโดยเร็ว

4. ดูแลป้องกันและแก้ไขภาวะช็อก โดยให้สารน้ำทดแทนการสูญเสียเลือดตามแผนการรักษา เตรียมเจาะเลือดและจองเลือดเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด
5. ดูแลให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตร/นาที
6. ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-10 นาที
7. ช่วยเหลือแพทย์ในการทำหัตถการดันมดลูกกลับ
8. หากการทำหัตถการดันมดลูกกลับไม่สำเร็จ ให้ใช้ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือปิดมดลูกที่โผล่ออกภายนอกไว้และเตรียมพร้อมส่งห้องผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะมดลูกปลิ้นอย่างเร่งด่วน
9. ให้ข้อมูลแก่สตรีหลังคลอดญาติและครอบครัว รวมถึงการดูแลช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ
10. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาช่วยให้มดลูกคลายตัว ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาปวดและยาเสริมธาตุเหล็ก

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีภาวะมดลูกปลิ้น

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่

1. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดมากจากภาวะมดลูกปลิ้น
2. มีภาวะช็อกจากความเจ็บปวดอย่างรุนแรงจากมดลูกปลิ้นในระยะที่สามของการคลอด
3. มีโอกาสเกิดการตกเลือด หรือช็อกจากการสูญเสียเลือดและความปวดอย่างรุนแรงจากมดลูกปลิ้น
4. มีความวิตกกังวลจากการที่ต้องผ่าตัดมดลูกทิ้ง

ตัวอย่างแผนการพยาบาลสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือด หรือช็อกจากการสูญเสียเลือดและอาการปวดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S: หน้ามืดเหมือนจะเป็นลม ใจสั่น

O: มีมดลูกปลิ้นออกมานอกช่องคลอด คล้ายมดลูกพบเป็นรอยปุ่ม

มีเลือดออกทางช่องคลอด 300 มิลลิลิตร

มดลูกไม่หดตัว

มีอาการหน้ามืด ใจสั่น

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะตกเลือด หรือช็อก

เกณฑ์การประเมินผล - ความดันโลหิต > 100/60 มิลลิเมตรปรอท

- ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-80 ครั้ง/นาที
- ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อกเช่นเหงื่อออกตัวเย็นใจสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
2. รายงานสูติแพทย์และวิสัญญีอย่างรวดเร็ว
3. ใช้ผ้าก๊อชปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือปิดคลุมมดลูกที่โผล่ไว้
4. ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 5-10 ลิตร/นาที
5. ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-10 นาที
6. ประเมินเลือดที่ออกจากช่องคลอด
7. เตรียมพร้อมช่วยเหลือด้วยหัตถการดันมดลูกกลับ และการผ่าตัดทางหน้าท้องกรณีที่เกิดการดันกลับไม่สำเร็จ
8. เตรียมเจาะเลือดหาหมู่เลือดและจางเลือดเพื่อทดแทนปริมาณเลือดที่สูญเสีย
9. ดูแลให้ยาบรรเทาปวด หยุดให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกขณะแพทย์ทำหัตถการดันมดลูกกลับ และให้ยาช่วยมดลูกคลายตัวตามแผนการรักษา
10. หลังมดลูกกลับที่เดิม ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาปฏิชีวนะ ยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษา
11. ให้ข้อมูล ดูแลช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่สตรี ญาติและครอบครัว

สรุป

มดลูกปลิ้นเป็นภาวะวิกฤติของสตรีที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วทันที เพราะหากล่าช้าจะเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการตกเลือดและความเจ็บปวดอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตของสตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้น และอาจเกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกในระยะต่อมา พยาบาลจึงต้องมีทักษะในการประเมินสภาพและการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องรวดเร็วเพื่อช่วยเหลือให้สตรีที่มีภาวะมดลูกปลิ้นผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์: ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ จิตต์เจริญ. (2553). มดลูกปลิ้น. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์รุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 273-279). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- Medforth, J., Battersby, S. Evans, M., Marsh, E., & Walker, A. (2011). *Oxford handbook of midwifery* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Mckinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ward S., & Hisley, S. (2016). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, & family* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

บทที่ 46

การพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

(Nursing Care of Postpartum Women with Complications)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวิเศษเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะแทรกซ้อนในสตรีหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะแทรกซ้อนในสตรีหลังคลอด
2. การประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน
3. หลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในสตรีหลังคลอด ได้แก่ การฉีกขาดของช่องทางคลอด ภาวะเลือดออกในช่องทางคลอด การเข้าอุ้งของมดลูกซ้ำ การติดเชื้อของมดลูก เต้านมอักเสบ และภาวะหลอดเลือดดำอักเสบอุดตัน การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด อธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ภาวะแทรกซ้อนในสตรีหลังคลอด

มโนทัศน์ภาวะแทรกซ้อนในสตรีหลังคลอด อธิบายเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด (postpartum complication) หมายถึงความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นในสตรีระยะหลังคลอด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเปลี่ยนทางทางพยาธิสรีรวิทยา

สาเหตุ

ภาวะแทรกซ้อนในสตรีหลังคลอด อาจเกิดจากการบาดเจ็บในระหว่างการคลอด การเปลี่ยนทางทางพยาธิสรีรวิทยา หรือการติดเชื้อต่างๆ

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่ทำให้สตรีหลังคลอดเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ อายุ ภาวะผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์ หัตถการต่างๆ ประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีรกติด เศษรกค้างและได้รับการล้วงรก

พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดแต่ละชนิด มีดังนี้

1. การฉีกขาดของช่องทางคลอด การคลอดปกติจะมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อบริเวณปากช่องคลอด และกล้ามเนื้อเย็บ ระดับที่ 1 หรือ 2 กรณีทารกมีขนาดใหญ่ หรือต้องช่วยคลอดด้วยเครื่องดึงสุญญากาศ หรือคีบ อาจมีภายในผนังช่องคลอดของปากมดลูก กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก หรือเยื่อบุทวารหนัก ซึ่งเป็นการฉีกขาดของเนื้อเยื่อระดับที่ 3 หรือ 4

2. ภาวะเลือดออกในช่องทางคลอด กรณีมีภาวะหลอดเลือดดำบริเวณช่องทางคลอดฉีกขาดในระหว่างการคลอด อาจทำให้มีเลือดคั่งๆซึมออกมาสู่เนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงและคั่งอยู่ในบริเวณนั้นทำให้เสียเลือด และมีอาการปวด

3. การเข้าอู่ของมดลูกช้า ทำให้เยื่อโพรงมดลูกมีการเจริญงอกใหม่กลับเข้าสู่การทำหน้าที่ตามปกติช้า มดลูกมีขนาดโต และมีขนาดเล็กลง ใกล้เคียงขนาดก่อนตั้งครรภ์ช้า

4. การติดเชื้อของมดลูก อาจมีการติดเชื้อของเยื่อโพรงมดลูก หรือลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อด้วย

5. เต้านมอักเสบ เชื้อโรคจะเข้าสู่ท่อน้ำนม และเนื้อเยื่อของเต้านมผ่านทางแผลนอกที่หัวนม ทำให้มีการอักเสบเป็นถุงหนองอยู่ภายในเต้านม

6. ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบและอุดตัน เมื่อมีการอักเสบ และอุดตันภายในหลอดเลือดดำ จะทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการปวด และมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้

อาการและอาการแสดง

1. การฉีกขาดของช่องทางคลอด กรณีมีการฉีกขาดระดับที่ 3 หรือ 4 จะมีอาการปวดบริเวณฝีเย็บมากกว่าปกติ หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลฝีเย็บได้

2. ภาวะเลือดออกในช่องทางคลอด กรณีมีภาวะคั่งของเลือดอยู่ในเนื้อเยื่อช่องทางคลอด และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีสีม่วงคล้ำ คล้ำได้คล้ายมีก้อนเลือดอยู่ภายใน ทำให้เสียเลือด อาจเกิดอาการช็อกได้

3. การเข้าอู่ของมดลูกช้า กรณีมดลูกเข้าอู่ช้าจะคล้ายยอดมดลูกทางหน้าท้องได้สูงกว่าการลดลงของระดับยอดมดลูกตามปกติ

4. การติดเชื้อของมดลูก จะมีสารคัดหลั่งทางช่องคลอดที่ผิดปกติ หรือมี foul lochia มีอาการปวดมดลูก หรือปวดท้องมากกว่าปกติ และทำให้มดลูกเข้าอู่ช้า

5. เต้านมอักเสบ จะมีอาการอักเสบบริเวณด้านนอกของเต้านม คล้ำได้เป็นก้อนคล้ายมีหนองหรือเลือดคั่งอยู่ภายใน

6. ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบและอุดตัน มีลักษณะของเส้นเลือดขอด อาจมีอาการบวมแดงตามแนวของหลอดเลือดที่อุดตัน และมีอาการปวดน่องได้

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ตรวจวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดง การตรวจเพาะเชื้อ หรือการทดสอบ Homan's sign เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดดำอักเสบและอุดตัน

การรักษา

การรักษาภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด แต่ละชนิด มีดังนี้

1. การฉีกขาดของช่องทางคลอด และภาวะเลือดออกในช่องทางคลอด รักษาโดยการระบายเลือด และเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บโดยสูติแพทย์ และอาจต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2. การเข้าอู๋ของมดลูกซ้ำ ให้การรักษาโดยการฉีดยา Methergine 0.2 mg IM เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก กรณีมีประวัติรกติด รกค้าง หรือหลังได้รับการล้วงรก หรือมีการติดเชื้อของมดลูก ต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ
3. เต้านมอักเสบ ต้องให้การรักษาโดยการระบายหนองออก และให้ยาปฏิชีวนะ
4. ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ อุดตัน ให้การรักษาโดยการนอนพัก วางขาบนหมอนให้สูงกว่าระดับหัวใจ พันด้วยผ้ายืด และให้ออกกำลังกายโดยการกระดกข้อเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจ

การประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

การประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยง และประวัติการตรวจรักษา
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
ประเมินเกี่ยวกับการได้รับอาหารโปรตีน ผัก ผลไม้ ที่มีไฟเบอร์ และสารแอนติออกซิแดนท์สูง เพื่อเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน และลดอาการอักเสบติดเชื้อของร่างกาย
3. การขับถ่าย ประเมินเหมือนสตรีหลังคลอดปกติ
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ อุดตัน มีผลทำให้ต้องนอนพักผ่อนบนเตียง ชั่วคราว ควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน และการออกกำลังกาย

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ควรประเมินเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดที่อาจทำให้พักผ่อนนอนหลับได้ไม่เพียงพอ

6. สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินเกี่ยวกับอาการปวดแผลฝีเย็บหรือบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก อาการปวดมดลูก ปวดน่อง ปวดเต้านม

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดต่อการรับรู้ตนเอง และภาพลักษณ์

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอดต่อการรับรู้ตนเอง และภาพลักษณ์

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินประวัติภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอดในครรภ์ก่อน และผลกระทบต่อการจัดครรภ์ครั้งต่อไป

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินความสามารถในการปรับตัว และการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

หลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้

1. ประเมินโอกาสเสี่ยง และเฝ้าระวัง สังเกตการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเลือดออกในช่องทางคลอด ในช่วง หลังคลอด 8 ชั่วโมงแรก การเข้าอู่ของมดลูกช้าในช่วงหลังคลอด 3-4 วัน ถึง 2 สัปดาห์ การติดเชื้อของมดลูก ในช่วง 1-6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นต้น
2. บอกให้ทราบเกี่ยวกับผลกระทบ และแนวทางในการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน โฟเลท ผัก ผลไม้ธัญพืชที่มีสารแอนติออกซิแดนท์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ภูมิคุ้มกันของร่างกาย

5. แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

สรุป

สตรีหลังคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น การฉีกขาดของช่องคลอด ภาวะเลือดออกในช่องคลอด การเข้าอู่ของมดลูกซ้ำ การติดเชื้อของมดลูก เต้านมอักเสบ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการเย็บซ่อมแซม การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก หรือยาปฏิชีวนะ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้คำแนะนำในการป้องกัน การเฝ้าระวัง การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการดูแลสุขภาพในระยะหลังคลอด

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

สตรีหลังคลอด 1 สัปดาห์ G2P2 ไข้ในหอผู้ป่วยสูติกรรมด้วยอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ มีไข้ ปวดท้องมาก และมีน้ำคาวปลาสีแดงเข้ม และมีกลิ่นผิดปกติ (foul lochia) ออกมาเปื้อนผ้าอนามัยมากกว่า 1 ชิ้น/1 ชั่วโมง

ประวัติการคลอด: คลอดปกติ (normal labour with episiotomy) มีประวัติการคลอดรกล่าช้า (prolonged third stage of labour) 40 นาที รกค้าง (retained placenta) และได้รับการล้วงรก (removal of placenta)

การตรวจร่างกาย: อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส หายใจ 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท มดลูกอยู่ระดับ 4 นิ้วเหนือหัวเหน่า ผลการตรวจอัลตราซาวด์พบว่ามีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก

แผนการรักษา: ได้รับการขูดมดลูก และได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะคือ Clindamycin 400 mg IV ทุก 12 ชม.

คำถาม

1. สตรีหลังคลอดรายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนใด?
2. ข้อมูลใดที่ต้องประเมินเพิ่มเติม
3. จงกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

- Anthony, M. (2016). Nursing assessment of deep vein thrombosis. *MedSurg Nursing*, 22, 95-98.
- 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. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Gray, G., & Deanery, L. (2017). Thromboembolic disorders in obstetrics. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 26, 53-64.
- 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.

บทที่ 47

การพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต (Nursing Care of Postpartum Women with Postpartum Depression and Psychosis)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะซึมเศร้าและโรคจิตในสตรีหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิตได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิตได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิตได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะซึมเศร้าและโรคจิตในสตรีหลังคลอด
2. การประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต
3. หลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต
4. สถานการณ์ตัวอย่างสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต

สตรีหลังคลอดอาจมีปัญหาสุขภาพจิตได้ กรณีที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ และการทำหน้าที่บทบาทมารดา หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ โดยความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อยได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระยะหลังคลอด (postpartum blues) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) และโรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) การพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต อธิบายเกี่ยวกับ มโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ภาวะซึมเศร้าและโรคจิตในสตรีหลังคลอด

มโนทัศน์ภาวะซึมเศร้าในสตรีหลังคลอดอธิบายเกี่ยวกับ ความหมาย ความชุก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

ความหมาย

ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด (postpartum depression) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก และการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด ทำให้มีอาการเศร้า และความรู้สึกอื่นๆ เช่น รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิด เป็นต้น

ความชุก

สตรีหลังคลอด ร้อยละ 10-15 มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด และร้อยละ 0.1-2.0 เป็นโรคจิต (Gilbert, 2011)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดมีสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานประกอบอาชีพ การสูญเสียบุคคลในครอบครัว การตั้งครรถ์นอกสมรส การตั้งครรถ์ที่ไม่ได้วางแผนหรือไม่พึงประสงค์ ความวิตกกังวล ความเครียด หรืออารมณ์เศร้าในระยะตั้งครรถ์ ประวัติการมีภาวะซึมเศร้าในครรถ์ก่อน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น กรณีไม่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด อาจกลายเป็นโรคจิต ได้ (Nicklas, Miller, Zera, Davis, Levkoff, & Seely, 2013)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ได้แก่ มีความรู้สึกและอารมณ์เศร้า (depressed mood) วิตกกังวลมากกว่าปกติ (excessive anxiety) มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย (irritability)

รู้สึกเพลีย (fatigue) ความรู้สึกอยากอาหารเปลี่ยนแปลง (changes in appetite) มีอาการเจ็บป่วยทางกาย (somatic complaints) นอนไม่หลับ (insomnia) รู้สึกไม่มีคุณค่า (feelings of worthlessness) รู้สึกผิด (guilt) ไม่มีสมาธิ หรือมีความยากลำบากในการตัดสินใจ (difficulty making decisions or concentrating)

ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด อาจเกิดอาการหลังเผชิญกับปัจจัยเสี่ยง 2-3 เดือน จึงแสดงอาการออกมา โรคจิตในระยะหลังคลอด อาจเกิดขึ้นเฉียบพลันในวันที่ 2-3 หลังคลอด หรือ 2-4 สัปดาห์หลังคลอด โดยมีอาการ เช่น มีอารมณ์ตึงเครียด (agitation) หงุดหงิด (irritability) มีอารมณ์เศร้า หรือกระวนกระวายมากกว่าปกติ (depressed mood or excessive euphoria) มีอาการประสาทหลอน (delusion) บุคคลิกภาพเปลี่ยน (depersonalization) ไม่สามารถนอนหลับได้ (inability to sleep) ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (disorganized behavior) (Kuo, Yang, Kuo, Tseng, & Tzeng, 2012)

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด วินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดง และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เช่น Edinburgh Postnatal Depression Scale, Postpartum Depression Predictors Inventory เป็นต้น

การรักษา

ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ให้การรักษาโดยจิตบำบัด (Psychotherapy) การช่วยเหลือโดยกลุ่มเพื่อน (support groups) และยาต่างๆ ในกลุ่ม serotonin reuptake inhibitors, tricyclic antidepressant เช่น fluoxetine, sertraline, desipramine

การประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต

การประเมินสภาพสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคจิต ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ควรประเมินและซักประวัติเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และความรู้สึกต่างๆในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด และประวัติการตรวจรักษาทางสุขภาพจิต

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติอื่นๆในระบบทางเดินอาหาร

3. การถ่ายภาพ ประเมินเหมือนสตรีหลังคลอดปกติ

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย

5. การพักผ่อน นอนหลับ

ประเมินเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ และความเพียงพอในการพักผ่อน นอนหลับ

6. สติปัญญาและการรับรู้

ประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้เวลา บุคคล และสถานที่ ความรู้สึกสับสน หรืออาการประสาทหลอนต่างๆ

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ต่อตนเองเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินเกี่ยวกับผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่บทบาท สัมพันธภาพในครอบครัว และผู้ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะหลังคลอด

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และภาวะซึมเศร้าในครรภ์ก่อน

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก ความทนทานต่อความเครียดและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ และครรภ์ก่อน

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัว

หลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคจิต

หลักการพยาบาลสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคจิต มีดังนี้

1. ควรประเมิน หรือคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดทุกราย โดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต เช่น 2 Q, 9Q, Edinburg Postnatal Depression Scale เป็นต้น

2. กรณีพบสตรีตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกที่ผิดปกติ ควรรายงานแพทย์ เพื่อส่งปรึกษานักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์
3. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว เกี่ยวกับการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด
4. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา
5. แนะนำให้มาตรวจติดตามประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นระยะๆ

สรุป

สตรีระยะคลอดอาจมีความผิดปกติของอารมณ์ และความรู้สึกได้ เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โรคจิตหลังคลอด ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้อง เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรภ์นอกสมรส สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือภายในครอบครัวไม่ดี ขาดผู้ให้การดูแลช่วยเหลือในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงควรได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพจิตและความผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและป้องกันการเป็นโรคจิต

สถานการณ์ตัวอย่างสตรีหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สตรีหลังคลอด G2P2 อายุ 28 ปี มีประวัติสามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เมื่อตั้งครรภ์ได้ 16 สัปดาห์ หลังคลอดไม่มีใครมาดูแลช่วยเหลือ ขณะอยู่โรงพยาบาล มีอาการนอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อยครั้ง รับประทานอาหารได้น้อย และมีอาการอ่อนเพลีย

คำถาม

1. สตรีหลังคลอดรายนี้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนใด
2. ข้อมูลใดจำเป็นต้องประเมินเพิ่มเติม และใช้แบบประเมินชนิดใด
3. แผนการพยาบาลสตรีหลังคลอดรายนี้ มีอะไรบ้าง

เอกสารอ้างอิง

- Class, Q. A., Verhulst, J., & Heiman, J. R. (2017). Exploring the heterogeneity in clinical presentation and functional impairment of postpartum depression. *Journal of Reproductive and Health Psychology, 31*, 183-194.
- Gilbert, E. S. (2015). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Kuo, S. Y., Yang, Y. L., Kuo, P. C., Tseng, C. M., & Tzeng, Y. L. (2016). Trajectories of depressive symptoms and fatigue among postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing, 41*, 216-226.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity Nursing* (9th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Nicklas, J. M., Miller, L. J., Zera, C. A., Davis, R. B., Levkoff, S. E., & Seely, E. W. (2018). Factors associated with depressive symptoms in the early postpartum period among women with recent gestational diabetes. *Maternal and Child Health Journal, 17*, 1665-1672.
- Selix, N. W., Goyal, D. (2015). Postpartum depression among working women: A call for practice and policy change. *Journal of Nurse Practitioners, 897-902*.
- Shieh, C., & Wu, J. (2016). Depressive symptoms and Obesity weight gain factors among Black and Hispanic pregnant women. *Journal of Community Health, 31*, 8-19.
- Sweeney, A. C., & Fingerhut, R. (2017). Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depressive symptoms. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing, 42*, 551-561.
- Truitt, F. E., Pina, B. J., Person-Rennell, N. H., & Angstman, K. B. (2016). Outcomes for collaborative care versus routine care in the management of postpartum depression. *Quality in Primary Care, 21*, 171-177.

Walker, M. J., Davis, C., Al-Sahab, B., & Tamim, H. (2018). Reported maternal postpartum depression and risk of childhood psychopathology. *Maternal and Child Health Nursing, 17*, 907-917.

บทที่ 48

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด

(Nursing Care of Newborn Infant with Congenital Anomaly)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวิเศษเศรษฐ์

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ความพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ความพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด
2. การประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด
3. หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด
4. สถานการณ์ตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด

ทารกแรกเกิดอาจมีความพิการแต่กำเนิดได้เนื่องจากมีความผิดปกติทางพันธุกรรม มารดามีปัญหาสุขภาพ หรือได้รับสารก่อให้เกิดความพิการของทารกในครรภ์ มโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ความพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด

มโนทัศน์ความพิการของทารกแต่กำเนิด อธิบายเกี่ยวกับ ความหมาย ความชุก การแบ่งชนิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

ความหมาย

ความพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies) หมายถึง ภาวะที่ทารกแรกเกิดมีความผิดปกติของโครงสร้างกายวิภาค และการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆตั้งแต่กำเนิด

ความชุก

อุบัติการณ์ของทารกมีกลุ่มอาการดาวน์พบได้ประมาณ 6.6 ต่อทารก 10,000 ราย หรือ 1 ราย ใน 800 รายของทารกแรกเกิดมีชีวิต โดยอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะนี้จะสูงขึ้นตามอายุของมารดา เช่น ในมารดาที่มีอายุ 45 ปี จะพบอุบัติการณ์ของทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 1 ราย ใน 30 ราย แต่ในมารดาที่มีอายุ 20 ปี พบอุบัติการณ์ของทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์ 1 รายใน 1667 ราย

อุบัติการณ์ของปากแหว่ง เพดานโหว่ พบได้ 0.9 ต่อทารก 10,000 ราย ความพิการของแขนขา 0.7 ต่อทารก 10,000 ราย (Abdullah, Mohammad, Abdullah, Ahmad, Mansour, 2015)

สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง

ความพิการแต่กำเนิดในทารกบางชนิดทราบสาเหตุ แต่บางชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน โดยอาจมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันทั้งด้านพันธุกรรม และการได้รับสารก่อความพิการต่อกำเนิดในทารก (teratogens)

สาเหตุของกลุ่มอาการดาวน์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เชื่อว่าร้อยละ 95 เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติทำให้มีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง (trisomy 21) ร้อยละ 4 เกิดจากการย้ายที่ของโครโมโซม โดยพบว่าโครโมโซมคู่ที่ 14 จำนวน 1 แท่ง มายึดติดกับโครโมโซมคู่ที่ 21 โดยในแต่ละเซลล์ของแต่ละอวัยวะอาจประกอบด้วยโครโมโซมที่ปกติ 46 แท่ง หรือมีโครโมโซมที่ผิดปกติ 47 แท่ง (Bittles, Bower, Hussain, & Glasson, 2010)

ภาวะกระโหลกศีรษะไม่ปิด (anencephaly) พบได้บ่อยในมารดาที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงก่อนตั้งครรภ์ หรือในช่วง 3 เดือนแรก และมักพบร่วมกับการขาดกรดโฟลิกของมารดา

การแบ่งชนิด

ความพิการของทารกที่พบได้บ่อย แบ่งได้เป็น 7 ชนิด ได้แก่ 1) กลุ่มอาการดาวน์ 2) ความพิการของศีรษะและระบบประสาท 3) ความพิการของหัวใจ 4) ความพิการของใบหน้า 5) ความพิการของระบบทางเดินอาหาร 6) ความพิการของแขน และขา และ 7) ความผิดปกติของผิวหนัง และหลอดเลือด

อาการและอาการแสดง

ความพิการแต่ละชนิดในทารกแรกเกิด มีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1. กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome)

ทารกในครรภ์ที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ ร้อยละ 85 จะแท้ง หรือเสียชีวิตในครรภ์ สำหรับทารกกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดมีชีพจะมีความพิการของหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร มีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ และมีพัฒนาการทางสมองช้า โดยอาจมีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลางได้ขึ้นอยู่กับชนิด และปริมาณของโครโมโซมที่ผิดปกติของแต่ละอวัยวะ ทารกแรกเกิดที่มีโครโมโซมที่ผิดปกติมาก จะมีอาการแสดงของกลุ่มอาการดาวน์ที่รุนแรงกว่าทารกแรกเกิดที่มีโครโมโซมส่วนใหญ่ปกติ 46 แห่ง โดยอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์ ได้แก่ (McNally, Rankin, Shirley, Rushton, & Pless-Mulloli, 2010)

1.1 ความผิดปกติของใบหน้า ศีรษะ และลำคอ ทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์จะมีศีรษะเล็ก ใบหน้าค่อนข้างกลม ตาเล็กเป็นรูปวงรี ดวงตาทั้งสองข้างห่างจากกัน หางตาเฉียงขึ้นบน มีหนังตาชั้นเดียว สันจมูกแบน ช่องปากเล็ก แคบ แต่มีลิ้นโต คอสั้น และมีความผิดปกติของการได้ยิน

1.2 ความผิดปกติของหัวใจ ทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์ร้อยละ 40 จะมีความผิดปกติของผนังกันระหว่างหัวใจห้องบนซีกขวา และซ้าย (atrial septal defect) หรือมีความผิดปกติของผนังกันระหว่างหัวใจห้องล่างซีกขวา และซ้าย (ventricular septal defect)

1.3 ไทรอยด์ ทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์จะมีความผิดปกติของการทำงานของต่อมไทรอยด์ โดยต่อมไทรอยด์จะผลิตและหลั่งไทรอยด์ฮอร์โมนออกมาน้อยกว่าปกติ (hypothyroidism)

1.4 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์จะพบความผิดปกติของลำไส้ใหญ่โดยจะไม่มีเซลล์ประสาทในผนังลำไส้ใหญ่ (Hirschsprung's disease) หรือมีการตีบตันของลำไส้เล็ก (duodenal atresia) ทำให้มีการไหลย้อนของกรด และสารคัดหลั่งในระบบทางเดินอาหาร (gastroesophageal reflex)

1.5 ความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือด ทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์พบว่า เป็นมะเร็งของเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute lymphoblastic leukemia) บ่อยกว่าทารกแรกเกิดปกติ 10 เท่า

1.6 ความผิดปกติของระบบโครงสร้าง กล้ามเนื้อ และข้อ ทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์จะมีความยาวของลำตัวสั้นกว่าทารกแรกเกิดปกติทำให้มีตัวเตี้ยเมื่อโตขึ้น กล้ามเนื้อแขน ขาจะอ่อนแรงกว่าทารกแรกเกิดปกติ

2. ความพิการของศีรษะ และระบบประสาท ความพิการของศีรษะ และระบบประสาทที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะกะโหลกศีรษะไม่ปิดและไม่มีสมองส่วนหน้า (anencephaly) ความพิการของเยื่อหุ้มไขสันหลัง (meningomyelocele) และไขสันหลัง (spina bifida)

2.1 ภาวะกะโหลกศีรษะไม่ปิดและไม่มีสมองส่วนหน้า

ภาวะกะโหลกศีรษะไม่ปิด และไม่มีสมองส่วนหน้า เป็นความพิการที่พบบ่อยของทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่มีประวัติขาดกรดโฟลิกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และสตรีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงก่อนตั้งครรภ์ และในระยะตั้งครรภ์ (Martinez de Villarreal, Arredondo, Hernandez, & Villarreal, 2006; Langer, Yogev, Most, & Xenakis, 2005) ทารกแรกเกิดที่มีภาวะกะโหลกศีรษะไม่ปิด และไม่มีสมองส่วนหน้า จะเสียชีวิตภายใน 1-3 วันแรกเกิด

2.2 ภาวะน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus)

ภาวะน้ำคั่งในสมองของทารกแรกเกิดมีสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ 1) ร่างกายสร้างน้ำสมองออกมามากกว่าปกติ เนื่องจากมีเนื้องอกอยู่ในโพรงสมอง 2) การไหลเวียนของน้ำสมองอุดตัน เนื่องจากมีเนื้องอกไปกดทับทำให้ทางเดินน้ำสมองอุดตัน ภาวะน้ำคั่งในสมองสูงชันมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาเพื่อระบายน้ำสมอง

2.3 ความพิการของกระดูกสันหลัง ไขสันหลัง และเยื่อหุ้มไขสันหลัง

ความพิการของกระดูกสันหลัง ไขสันหลัง และเยื่อหุ้มไขสันหลัง อาจพบได้ในกระดูกสันหลังระดับคอ (cervical spine) กระดูกสันหลังระดับอก (thoracic spine) หรือกระดูกสันหลังระดับล่าง (lumbar spine) ความพิการของกระดูกสันหลัง ไขสันหลัง และเยื่อหุ้มไขสันหลังที่พบบ่อยในทารกแรกเกิดมี 3 ชนิด คือ

2.3.1 ภาวะกระดูกสันหลังไม่ปิด (spina bifida occulta) เป็นภาวะที่กระดูกสันหลังไม่ปิด โดยที่ไขสันหลัง และเยื่อหุ้มไขสันหลังอยู่ในตำแหน่งปกติ

2.3.2 ภาวะเยื่อหุ้มไขสันหลังโผล่ (meningocele) เป็นภาวะที่กระดูกไขสันหลังไม่ปิด และมีเยื่อหุ้มไขสันบางส่วนยื่นโผล่ออกมาภายนอก

2.3.3 ภาวะไขสันหลัง และเยื่อหุ้มไขสันหลังโผล่ (meningomyelocele) เป็นภาวะที่กระดูกไขสันหลังไม่ปิด และมีไขสันหลัง เยื่อหุ้มไขสันบางส่วนยื่นโผล่ออกมาภายนอก

3. ความพิการของหัวใจ

ความพิการของหัวใจที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะที่มีรูรั่วระหว่างผนังกันระหว่างหัวใจซีกขวา และซ้าย ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ

3.1 ภาวะที่มีรูรั่วระหว่างผนังกันหัวใจห้องบนซีกขวา และซ้าย (atrial septal defect) ในขณะที่หัวใจบีบตัวแต่ละครั้งจะมีเลือดจากหัวใจห้องบนขวา เข้าไปในหัวใจห้องบนซ้าย หรือจากหัวใจห้องบนซ้ายเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาได้ขึ้นอยู่กับขนาดของรูรั่วทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำลงเล็กน้อย

3.2 ภาวะที่มีรูรั่วระหว่างผนังกันหัวใจห้องล่างซีกขวา และซ้าย (ventricular septal defect) ในขณะที่หัวใจบีบตัวแต่ละครั้งจะมีเลือดจากหัวใจห้องล่างขวา เข้าไปในหัวใจห้องล่างซ้าย หรือจากหัวใจห้องล่างซ้ายเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวาได้ขึ้นอยู่กับขนาดของรูรั่วทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำลงเล็กน้อย

3.3 ภาวะที่มีรูรั่วระหว่างหลอดเลือดแดงที่ไหลเวียนไปปอด และหลอดเลือดแดงใหญ่ (patent ductus arteriosus) ในขณะที่หัวใจบีบตัวแต่ละครั้งทำให้เลือดที่มีออกซิเจนต่ำที่ไหลเวียนไปยังปอดบางส่วนผ่านเข้าไปในหลอดเลือดแดงใหญ่ได้ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และมีความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำลง

3.4 ภาวะที่มีความพิการของหัวใจร่วมกัน 4 ชนิด (tetralogy of fallot) เป็นความพิการของหัวใจแต่กำเนิดที่พบร่วมกัน ได้แก่ 1) มีการตีบแคบของลิ้นหัวใจในหลอดเลือดที่ไปปอด (pulmonary valve) 2) ผนังหัวใจห้องล่างขวาหนา 3) มีรูรั่วระหว่างหัวใจห้องล่างขวา และ 4) หลอดเลือดแดงใหญ่อยู่ใกล้กับรูรั่วระหว่างหัวใจห้องล่างขวา ความพิการของหัวใจที่พบร่วมกันทั้ง 4 ชนิดนี้ มีผลต่อการทำงานของหัวใจค่อนข้างมาก ทำให้ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจน้อยลง และมีความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดค่อนข้างต่ำ

4. ความพิการของใบหน้า

ความพิการของใบหน้าที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ ปากแหว่ง (cleft lip) และเพดานโหว่ (cleft palate) ปากแหว่ง แบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ 1) ปากแหว่งเล็กน้อยข้างเดียว (unilateral incomplete) 2) ปากแหว่งมากข้างเดียว (unilateral complete) 3) ปากแหว่งมากสองข้าง (bilateral complete) (Simpson & Creehan, 2010) ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ มีผลกระทบต่อการดูดกลืนของทารก การพูด และภาพลักษณ์

5. ความพิการของระบบทางเดินอาหาร

ความพิการของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด และมีกระเพาะอาหาร ลำไส้ไหลออกมาภายนอก หรือลำไส้เล็กบางส่วนยื่นโผล่เข้าไปในหลอดเลือดที่สะดือ

5.1 ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด และมีกระเพาะอาหาร ลำไส้ไหลออกมาภายนอก (gastroschisis) ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด และมีกระเพาะอาหาร ลำไส้ไหลออกมาภายนอกพบได้ในทารกแรกเกิด 1: 12,000 รายของการตั้งครรภ์ เป็นความพิการที่ต้องรีบให้การรักษาโดยการผ่าตัดนำกระเพาะอาหาร ลำไส้ใส่กลับเข้าไปในช่องท้อง และนำเนื้อเยื่อผิวหนังมาปกคลุมผนังหน้าท้องส่วนที่ไม่ปิด ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเกิดเป็นเนื้อตาย และติดเชื้อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกได้

5.2 ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด และมีลำไส้เล็กบางส่วนยื่นโผล่เข้าไปในหลอดเลือดที่สะดือ (omphalocele)

ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด และมีลำไส้เล็กบางส่วนยื่นโผล่เข้าไปในสายสะดือพบได้ในทารกแรกเกิด 1: 4,000 รายของการตั้งครรภ์ โดยอาจมีความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นความพิการที่ต้องรีบให้การรักษาโดยการผ่าตัดในระยะเวลา 1-2 วันแรกเกิด

6. ความพิการของแขน ขา

ความพิการของแขน ขาในทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะที่มีแขน ขา สั้น ผิดรูป (dysmelia) เท้าปุก (club foot) มีนิ้วมือ นิ้วเท้าไม่ครบ หรือเกิน (dactyly) ข้อสะโพกเคลื่อนแต่กำเนิด (congenital hip dislocation) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการของแขน ขา นิ้วมือ และนิ้วเท้าของทารกแรกเกิด ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสของสตรีในระยะตั้งครรภ์ เช่น herpes simplex virus, herpes zoster, varicella (Heinonen & Saxen, 2013) รายงานวิจัยที่ผ่านมามีพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานยา thalidomide เพื่อบรรเทาอาการแพ้ท้องจะคลอดบุตรที่มีความพิการของแขนขาได้บ่อย (Stoll, Alembik, Dott, & Roth, 2010) นอกจากนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพิการของแขน ขาทารกในทารก

แรกเกิด ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สตรีที่สูบบุหรี่ หรือมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีความพิการของแขนขา (Honein, Paulozzi, & Moore, 2010)

7. ความผิดปกติของผิวหนัง และหลอดเลือด

ความผิดปกติของผิวหนัง และหลอดเลือดที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ ภาวะเนื้องอกของหลอดเลือดที่ผิวหนัง (hemangiomas) เป็นภาวะที่พบได้ตั้งแต่แรกเกิด หรืออาจจะขยายโตขึ้นให้สังเกตเห็นได้เมื่อทารกอายุมากขึ้น โดยเนื้องอกของหลอดเลือดเหล่านี้จะค่อยๆ ยุบหายไปได้เมื่อทารกโตขึ้น (Simpson & Creehan, 2010)

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจเพื่อการวินิจฉัยทารกในครรภ์ หรือทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์ทำได้โดยการตรวจคัดกรอง และการตรวจเพื่อวินิจฉัย ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ มี 2 วิธี คือ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ และการตรวจสารเคมีในเลือดมารดาขณะตั้งครรภ์ (Baliff & Mooney, 2010)

1.1 การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ เป็นการตรวจเพื่อดูความหนาของเนื้อเยื่อผิวหนังบริเวณท้ายทอย และหลังส่วนบนของทารก (nuchal translucency) เมื่ออายุครรภ์ 11-13 สัปดาห์ ในกรณีที่วัดค่าความหนาของเนื้อเยื่อได้มากกว่า หรือเท่ากับ 3 มม. แพทย์จะแนะนำให้มารดาตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ โดยการเจาะดูดน้ำคร่ำ (amniocentesis) เพื่อค้นหาความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21

1.2 การตรวจทางชีวเคมี 3 ชนิดในเลือดของมารดา (triple screening) เมื่ออายุครรภ์ 10-18 สัปดาห์ สารชีวเคมีสำคัญในเลือดที่ใช้ในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ได้แก่ โปรตีนที่สร้างจากตับของทารกในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ (alpha fetoprotein) ฮอริโมนเอชซีจีที่ไม่ได้จับตัวกับโปรตีนอื่น (free beta hCG) และโปรตีนที่สร้างจากเนื้อมดลูก (estriol) สำหรับการรายงานผลการตรวจสารชีวเคมีนี้จะรายงานเป็นความเสี่ยง เช่น อัตราเสี่ยงที่บุตรจะมีกลุ่มอาการดาวน์เท่ากับ 1: 1,230 โดยต้องเทียบกับโอกาสเสี่ยงของมารดาตามกลุ่มอายุ

2. การตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ตรวจคัดกรองได้ผลบวกโดยมีความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ในทารกมากกว่า หรือเท่ากับ 1: 250 แพทย์จะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ โดยการเจาะดูดน้ำคร่ำมาตรวจวิเคราะห์ความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ต่อไป ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีโครโมโซมคู่ที่ 21 จำนวน 3 แห่ง แพทย์จะให้

คำแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ยุติการตั้งครรภ์ โดยให้สตรีตั้งครรภ์ สามี และครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

การรักษา

ความพิการแต่กำเนิดในทารกแต่ละชนิด มีแนวทางในการรักษา ดังนี้

1. การผ่าตัดแก้ไขความพิการ ปากแหว่ง เพดานโหว่ หัวใจพิการแต่กำเนิด spina bifida, meningocele, omphalocele, gastroschisis, talipes equino varus (club foot)
2. การส่งเสริมพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของทารกตามช่วงวัย

การประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด

การประเมินสภาพทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด และครอบครัว ตามแบบแผนสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
ประเมินการรับรู้ของมารดา และครอบครัวต่อความพิการแต่กำเนิดของทารก ปัจจัยเสี่ยง และการวางแผนในการดูแลทารก
2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร
ประเมินความสามารถในการดูดกลืนของทารก โดยเฉพาะในรายที่มีปากแหว่ง เพดานโหว่
3. การขับถ่าย
ประเมินความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ โดยเฉพาะในรายที่มีความพิการของระบบประสาทและไขสันหลัง
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวแขน ขาของทารก
5. การพักผ่อน นอนหลับ
ประเมินลักษณะ และช่วงเวลาในการนอนหลับของทารก
6. สติปัญญาและการรับรู้
ประเมินการรับรู้ และพัฒนาการทางสติปัญญาของทารกในแต่ละช่วงวัย
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
ประเมินการรับรู้ต่อตนเอง และอัตมโนทัศน์ของมารดาที่มีบุตรพิการแต่กำเนิด
8. บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสัมพันธภาพในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรพิการแต่กำเนิด

9. เพศและการเจริญพันธุ์

ประเมินประวัติความพิการแต่กำเนิดของบุตรในการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา หรือบุคคลในครอบครัวของมารดา และบิดาทารก

10. การปรับตัวและความทนทานกับความเครียด

ประเมินความสามารถของมารดา และครอบครัวในการปรับตัวต่อการเลี้ยงดู และการรักษาความพิการของทารก

11. คุณค่าและความเชื่อ

ประเมินความต้องการมีบุตร และการวางแผนครอบครัวของมารดา

หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด

หลักการพยาบาลทารก และครอบครัวที่มีทารกพิการแต่กำเนิด มีดังนี้

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะความพิการของทารกที่ตรวจพบ และแนวทางในการตรวจรักษา
2. ชักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนป้องกันในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป
3. ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม การยุติการตั้งครรภ์ หรือส่งพบผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง
4. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และระบายความรู้สึก
5. ติดตามประเมินปฏิกิริยาความรู้สึกเศร้าโศก ความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัว
6. ประสานงานในการส่งต่อทารกเพื่อรับการรักษาจากหน่วยงาน โรงพยาบาล หรือสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

สรุป

ความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ ความพิการของศีรษะและระบบประสาท ความพิการของหัวใจ ไบพ่น้ำ ระบบทางเดินอาหาร แขน ขา และความผิดปกติของผิวหนังและหลอดเลือด พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการของทารกที่ตรวจพบในระยะตั้งครรภ์ หรือแรกเกิด ให้คำปรึกษาในการยุติการตั้งครรภ์ แนวทางในการตรวจรักษา และการส่งต่อทารกเพื่อรับการรักษาจากหน่วยงาน โรงพยาบาล หรือสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ

สถานการณ์ตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด

1. ในระหว่างการช่วยเหลือการคลอดพบทารกแรกเกิดมีลักษณะศีรษะโต ใบหน้าผิดปกติคล้ายอาการดาวน์ มีแนวทางในการให้ข้อมูลมารดา และครอบครัวอย่างไร
2. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด และมีลำไส้โผล่ออกมาบริเวณหน้าท้อง มีแนวทางในการส่งต่อทารกเพื่อรับการรักษาอย่างไร
3. ทารกแรกเกิดที่มีปากแหว่ง เพดานโหว่ มีหลักการในการให้ข้อมูลมารดาและครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางในการรักษา อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- ศรีสุตา ทรงธรรมวัฒน์. (2556). ความชุกของความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองภาวะทารกกลุ่มอาการดาวนในสตรีตั้งครรภ์ โดยการวัดค่า nuchal translucency และค่าทางชีวเคมีในโรงพยาบาลอุดรธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 23, 153-160.
- Abdullah, A., Mohammad, E., Abdullah, A., Ahmad, A., Mansour, Q. (2015). Prevalence of selected congenital anomalies in Saudi children: A community-based study. *Annals of Saudi Medicine*, 35, 107-110.
- Bittles, A. H., Bower, C., Hussain, R., & Glasson, E. J. (2017). *The four ages of Down syndrome. European Journal of Public Health*, 17, 221-225.
- Bourdial, H., Jamal-Bey, K., Edmar, A., Caillet, D., Wuillai, F., Bernede-Bauduin, C., ...Randrianaivo, H. (2016). Congenital heart defects in La Reunion Island: A 6-year survey within a EUROCAT-affiliated congenital anomalies registry. *Cardiology in the Young*, 22, 547-557.
- Canbulat, N., Demirqoz, M., Coplu, M. (2017). Emotional reactions of mothers who have babies who are diagnosed with Down Syndrome. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25, 147-153.
- Craig, S. D. (2016). Indicated preterm birth for fetal anomalies. *Seminars in Perinatology*, 35, 270-276.
- de Groot-van der Mooren, M. D., Gemke, R. J. B. J., Cornel, M. C., & Weijerman, M. E. (2017). Neonatal diagnosis of Down syndrome in the Netherlands: Suspicion and communication with parents. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 953-961.
- Fonseca, A., Nazare, B., & Canavarro, M. C. (2018). Clinical determinants of parents emotional reactions to the disclosure of a diagnosis of congenital anomaly. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42, 178-190.

- Gehin, C., & Ragsdale, L. (2013). Congenital heart defects and medical imaging. *Radiologic Technology, 85*, 187-193.
- Irving, C. A., Chaudhari, M. P. (2016). Cardiovascular abnormalities in Down's syndrome: Spectrum, management and survival over 22 years. *Archives of Disease in Childhood, 97*, 326-330.
- Kar, A., Kar, T., Kanungo, S., Guru, L., Rath, J., & Dehuri, P. (2015). Risk factors, organ weight deviation and associated anomalies in neural tube defects: A prospective fetal and perinatal autopsy series. *Indian Journal of Pathology and Micrology, 58*, 285-291.
- Mogra, R., Zidere, V., Allan, L. D. (2018). Prenatally detectable congenital heart defects in fetuses with Down syndrome. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 38*, 320-324.
- Renukaswamy, G. M., Soma, M. A., & Hartley, B. E. J. (2017). Midline cervical cleft: A rare congenital anomaly. *Annals of Otorhinology, Rhinology, and Laryngology, 118*, 786-790.
- Stoll, C., Alembik, Y., Dott, B., & Roth, M. (2016). Associated malformations in patients with limb reduction deficiencies. *European Journal of Medical Genetics, 53*, 286-290.
- Timonen-Soivio, L., Sourander, A., Malm, H., Hinkka-Yli-Salomaki, S., Gissler, M., Brown, A., & Vanhala, R. (2015). The association between autism spectrum disorders and congenital anomalies by organ systems in a Fennish national birth cohort. *Journal of Autism Development Disorders, 45*, 3195-3203.
- Wright, D. (2015). Supporting transitions to parenthood: Bonding with a baby that has Down's syndrome. *Midwifery Matters, 147*, 9-12.

บทที่ 49

การพยาบาลทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด

(Nursing Care of Newborn Infant with Birth Injuries)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์การบาดเจ็บจากการคลอดในทารกได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอดได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอดได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์การบาดเจ็บจากการคลอดในทารก
2. การประเมินสภาพทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด
3. หลักการพยาบาลทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด
4. สถานการณ์ตัวอย่างทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด

ทารกแรกเกิดอาจมีการบาดเจ็บระหว่างการคลอดทางช่องคลอด หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ โดยการบาดเจ็บที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะเลือดออกในชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังหรือเยื่อหุ้มกระโหลกศีรษะ กระดูกไหปลาร้าหัก การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงแขน เป็นต้น การพยาบาลทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอดอธิบายเกี่ยวกับมโนทัศน์ การประเมินสภาพ หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์การบาดเจ็บจากการคลอดในทารก

มโนทัศน์การบาดเจ็บจากการคลอดในทารกแรกเกิด อธิบายเกี่ยวกับความหมาย อุบัติการณ์การแบ่งชนิด การตรวจวินิจฉัย การรักษา ดังนี้

ความหมาย

การบาดเจ็บจากการคลอดของทารก (neonatal birth injuries) หมายถึง ภาวะที่ทารกแรกเกิดมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ หลอดเลือด เส้นประสาท กระโหลกศีรษะแตก หรือกระดูกหัก ระหว่างการช่วยเหลือการคลอดทางช่องคลอด หรือการผ่าตัดคลอดทางช่องคลอด (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014)

อุบัติการณ์

การบาดเจ็บของทารกพบได้ประมาณร้อยละ 2.2 โดยการคลอดทางช่องคลอดทำให้ทารกเกิดการบาดเจ็บ ร้อยละ 3.6 และทารกบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอดร้อยละ 1.2 (Abedzadeh-Kalahroudi, Talebian, Jahangiri, Mesdaghinia, & Mohammadzadeh, 2015)

การแบ่งชนิด

การบาดเจ็บจากการคลอดของทารก แบ่งได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. ภาวะเลือดออกในชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังหรือเยื่อหุ้มกระโหลกศีรษะ

1.1 ภาวะมีเลือดออกในเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ (cephalohematoma)

ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะเกิดขึ้นเนื่องจากศีรษะทารกไปกดเบียดกับช่องช่องกรานที่แคบในระหว่างการคลอดทางช่องคลอด เกิดจากแรงกดของเครื่องดึงสุญญากาศ หรือคีมซึ่งจะตรวจพบว่าศีรษะทารกซีกขวา หรือซ้ายจะนุ่มคล้ายมีเลือด หรือพลาสมาอยู่ภายใน และหนังศีรษะจะมีสีแดงแดงให้เห็นว่ามีเลือดออกอยู่ภายใน โดยเลือดจะถูกดูดซึม และจะหายเป็นปกติได้เองภายใน 6-12 สัปดาห์ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2014)

1.2 ภาวะเลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage)

ภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้นเนื่องจากการฉีกขาดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองในกรณีที่ มีกะโหลกศีรษะแตก หรือเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ตำแหน่งที่มีเลือดออก อาจจะเป็นใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (subdural hemorrhages) ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhages) หรือภายในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhages) ทารกที่มีภาวะเลือดออกใน สมองเหล่านี้จะมีอาการซึม ตึมนมได้น้อย หรือมีอาการชักได้ (London, Ladewig, Ball, & Bindler, 2012)

2. การบาดเจ็บของเส้นประสาท

2.1 การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า (facial nerve injury)

การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้าอาจเกิดขึ้นในกรณีที่การคลอดติดไหล่ ทำ ให้ทำคลอดต้องออกแรงในการดึงเพื่อช่วยคลอดไหล่หน้าออกมา หรือในกรณีที่แพทย์ต้องช่วยเหลือการ คลอดด้วยการใช้คีม (forceps extraction) ทำให้ขอบบนของคีมไปกดทับเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ซึ่งเป็นแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ทำให้ทารกไม่สามารถขยับกล้ามเนื้อใบหน้า ปากข้างนั้น และไม่สามารถกระพริบตาข้างนั้นได้ (London, Ladewig, Ball, & Bindler, 2012)

2.2 การบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงแขน (brachial plexus injury)

การบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงแขนพบได้บ่อย ในกรณีที่ทารกคลอดยาก เนื่องจากติดไหล่ (shoulder dystocia) หรือในกรณีที่ต้องช่วยคลอดทารกท่าก้นออกมาทางช่องคลอดทำ ให้ผู้ทำคลอดต้องออกแรงเพื่อช่วยคลอดไหล่หน้าออกมา ทำให้เส้นประสาทที่ออกมาจากกระดูกคอคู่ที่ 5 และ 6 บาดเจ็บ ทำให้แขนข้างนั้นอ่อนแรง และจะหมุนบิดเข้าด้านใน (internal rotation) ข้อศอกจะ เหยียดออก แต่ทารกจะงอข้อศอก และกำมือไว้ ทารกจะไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนข้างที่มีการบาดเจ็บ ของเส้นประสาทแขนได้ (Erb's palsy) ซึ่งอาการจะหายเป็นปกติได้ภายในเวลา 1 ปี และอาจจำเป็นต้อง รักษาโดยการผ่าตัด หรือทำกายภาพบำบัด (Poyhia, Lamminen, Peltonen, Willamo, & Nietosvaara, 2011)

3. กระดูกแตกหรือหัก

3.1 กระโหลกศีรษะแตก (fracture skull) กรณีทารกคลอดออกมาแล้วตกหล่นบนพื้น หรือ กระแทกกับโลหะอาจทำให้เกิดกระโหลกศีรษะแตกร้าวได้ แต่พบได้ค่อนข้างน้อยเนื่องจากมีมาตรฐานการ ช่วยเหลือการคลอดที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก

3.2 กระดูกไหปลาร้าหัก (fracture clavicle) กระดูกไหปลาร้าหักเป็นอุบัติเหตุกระดูกหักจากการบาดเจ็บจากการคลอตที่พบได้บ่อยที่สุด ในกรณีที่มีการคลอตติดไหล่ จะสังเกตพบว่าบริเวณกระดูกไหปลาร้าผิดปกติ มีเสียงกระดูกเสียดสีกัน (crepitus) ผิวหนังบริเวณไหปลาร้าบวมทำให้ทารกเคลื่อนไหวแขนได้น้อยลง หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนข้างนั้นได้จะต้องใช้ผ้าคล้องพยุงแขนไว้เป็นเวลา 6-12 สัปดาห์

การประเมินสภาพทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอต

การประเมินสภาพทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอต สามารถประเมินได้จากการตรวจร่างกาย จะพบผิวหนัง เยื่อหุ้มศีรษะบวมคล้ายมีน้ำเหลืองหรือเลือดคั่งอยู่ภายใน กระดูกไหปลาร้าผิดปกติ ทารกมีมุมริมฝีปากตก ปากเปี้ยว หรือไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหวแขนข้างที่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาทได้

หลักการพยาบาลทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอต

หลักการพยาบาลทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอต มีดังนี้

1. พยาบาลผดุงครรภ์ และผู้ช่วยเหลือการคลอตต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการช่วยเหลือการคลอตที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก
2. ช่วยเหลือการคลอตตามเทคนิควิธีการที่ถูกต้อง ในกรณีการคลอตติดไหล่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความชำนาญหรือมีประสบการณ์ในการช่วยคลอตติดไหล่
3. บอกให้มารดาทราบเกี่ยวกับความผิดปกติของทารก ทันทีที่ตรวจพบ และอธิบายให้ทราบว่าทารกจะได้รับการตรวจรักษาโดยกุมารแพทย์ หรือศัลยแพทย์ตามความเหมาะสม
4. ให้คำแนะนำมารดาในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารก และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

สรุป

ทารกอาจเกิดการบาดเจ็บในระหว่างการคลอตทางช่องคลอด หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การบาดเจ็บที่พบได้บ่อยเช่น ภาวะเลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มศีรษะ กระดูกไหปลาร้าหัก และการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงแขน การบาดเจ็บเหล่านี้ การบาดเจ็บเหล่านี้จะหายไปตัวเองภายในเวลา 1-6

สัปดาห์ หรือจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด หรือกายภาพบำบัด ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ช่วยเหลือการคลอดจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการช่วยคลอดที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก

สถานการณ์ตัวอย่างทารกที่มีการบาดเจ็บจากการคลอด

1. ทารกแรกเกิด 24 ชั่วโมง น้ำหนัก 4,200 กรัม ไม่สามารถขยับแขนซ้ายได้ บริเวณไหปลาร้า ผิวหนังมีรอยคล้ำ ทารกน่าจะมีการบาดเจ็บจากการคลอดชนิดใด และมีแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างไร

2. ทารก คลอดด้วยเครื่องดึงสุญญากาศ (Vacuum extraction) ผิวหนังบริเวณศีรษะมีรอยถลอก ประมาณ 1 ซม. ภายในเยื่อหุ้มศีรษะคล้ายมีเลือดคั่ง ทารกน่าจะมีการบาดเจ็บจากการคลอดชนิดใด และมีแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Jahangiri, M., Mesdaghinia, E., & Mohammadzadeh, M. (2017). Incidence of neonatal birth injuries and related factor in Kashan, Iran. *Archives of Trauma Research, 4*, e22831.
- London, M. L., Ladewig, P. W., Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2016). *Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach*. Newjersy: Prentice Hall Health.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2018). *Maternity Nursing* (9th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Poyhia, T., Lamminen, A., Peltonen, J., Willamo, P., & Nietosvaara, Y. (2017). Treatment of shoulder sequelae in brachial plexus birth injury. *Acta Orthopaedica, 82*, 482-488.

บทที่ 50

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน

(Nursing Care of Newborn Infant with Birth Asphyxia)

รศ.ดร.สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ

วัตถุประสงค์: หลังอ่านเนื้อหาในบทนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายมโนทัศน์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง
2. บอกแนวทางในการประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนได้ถูกต้อง
3. บอกหลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. มโนทัศน์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด
2. การประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน
3. หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน
4. สถานการณ์ตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน

ทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยงจากด้านมารดา และทารกอาจได้รับสารอาหาร และออกซิเจนไม่เพียงพอตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือมีการคลอดล่าช้า การคลอดยากติดขัด หรือต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้ทารกไม่สามารถเริ่มหายใจได้ และมีภาวะขาดออกซิเจน การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน อธิบายเกี่ยวกับ มโนทัศน์ การประเมินสภาพ การช่วยฟื้นคืนชีพทารก หลักการพยาบาล และสถานการณ์ตัวอย่าง

มโนทัศน์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

มโนทัศน์ทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน อธิบายเกี่ยวกับความหมาย อุบัติการณ์ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรภาพ ผลกระทบ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังนี้

ความหมาย

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) หมายถึง ภาวะที่ทารกแรกเกิดไม่สามารถหายใจได้ ภายใน 1 นาที แรกเกิด ทำให้มีภาวะขาดออกซิเจน โดยมีคะแนน APGAR ใน 1 นาทีแรกเกิด เท่ากับ 7 หรือต่ำกว่า

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด พบได้ 10.0-36.1 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ (live birth) โดยกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการลด อัตราการขาดออกซิเจนลงให้ต่ำกว่า 30 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ทางด้านสูติศาสตร์ของมารดา และทารก เช่น การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น หรือมีอายุมากกว่า 35 ปี การตั้งครรภ์แฝด มีภาวะโลหิตจาง เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ เป็นโรคหัวใจ หอบหืด เป็นต้น

พยาธิสรีรภาพ

ทารกแรกเกิดที่ไม่สามารถหายใจได้ภายใน 1 นาที แรกเกิด หรือมีความผิดปกติในการหายใจ ทำให้สีผิวร่างกายมีลักษณะซีด หรือเขียวคล้ำบริเวณริมฝีปาก ลำตัว และปลายมือ ปลายเท้า อัตราการเต้นของหัวใจ ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที กล้ามเนื้อแขน ขา ไม่มีกำลัง หรือมีกำลังน้อยกว่าปกติ ในกรณีที่มี

APGAR score 0-3 นานกว่า 1 นาที ซึ่งจำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพ นั้น ทำให้สมอง และอวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้

ผลกระทบ

กรณีทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ มีชีวิตรอดอาจมีผลทำให้เกิดอัมพาตของสมอง (cerebral palsy) ซึ่งทำให้มีพัฒนาการทางสติปัญญาช้า และมีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง

การตรวจวินิจฉัย

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์สามารถตรวจวินิจฉัยได้โดยการตรวจด้วยเครื่องประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (electronic fetal monitoring) โดยจะตรวจพบอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที เมื่อมดลูกคลายตัวแล้ว (late deceleration)

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด วินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงของทารก และจากคะแนน APGAR (0-10) ได้แก่ A- appearance (สีผิว), P-Pulse/heart rate (อัตราการเต้นของหัวใจ) G-grimace (ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการดูดเมือกในคอ), A-activity (กำลังกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของแขนขา), R-respiration (การหายใจ)

การรักษา

ทารกแรกเกิดที่ไม่สามารถหายใจได้เอง ใน 1 นาที แรกเกิด จำเป็นต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐาน แนวปฏิบัติ ภายใน 30-60 วินาทีแรก โดยการเช็ดตัวให้แห้ง การกระตุ้นการหายใจ การจัดทำศีรษะ เปิดทางเดินหายใจ

กรณีทารกหายใจได้เอง อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า 100 ครั้ง/นาที แต่มีภาวะเขียวคล้ำ ต้องให้ออกซิเจนอัตราการหายใจต่ำกว่า การให้ออกซิเจน

กรณีทารกไม่หายใจ อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือหลังให้ออกซิเจนแล้วยังมีอาการเขียวคล้ำ ต้องช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ด้วย ambu-bag 40-60 ครั้ง/นาที

กรณีช่วยหายใจด้วยความดันบวก แล้ว อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที ต้องช่วยการกดหน้าอก ร่วมกับการช่วยหายใจ โดยกดหน้าอก 3 ครั้ง และช่วยหายใจ 1 ครั้ง (90:30 ใน เวลา 45-60 วินาที)

กรณีช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกแล้ว ทารกยังมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที ต้องให้ยา epinephrine 1:10,000 (0.1mg/ml) ทาง ET tube ขนาด 0.5-1.0 ml/kg

หรือ umbilical vein ขนาด 0.1-0.3 ml/kg

กรณีทารกไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือมีภาวะช็อก ให้สารน้ำทาง umbilical vein เช่น NSS, Ringer's lactate 10 ml/kg ภายใน 5-10 นาที

กรณีมารดาได้รับยาาระงับปวดก่อนคลอด ให้ยา Naloxone 0.1 mg/kg (1 mg/ml) ทางกล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ

การประเมินสภาพทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน

การประเมินทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน นอกจากประเมินโดยใช้คะแนน APGAR แล้ว จะต้องประเมินว่าทารกมีการสำลักขี้เทาหรือไม่ ประเมินการอุดตันทางเดินหายใจจากภาวะผิดปกติแต่กำเนิด ความผิดปกติของการทำงานของปอด สมอง หรือมารดาได้รับยาาระงับปวดก่อนคลอด

การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ (สุนทร, ประไพศรี, ปรียาพันธ์, แสงแข, สรายุทธ, ผกาพรรณ และคณะ, 2554)

1. เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม ได้แก่

1.1 เตียงทารกพร้อมอุปกรณ์ให้ความอบอุ่น (overhead radiant warmer bed)

1.2 อุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะ เช่น ลูกยาง เครื่องดูดเสมหะ สายดูดเสมหะ ท่อดูดขี้เทา

1.3 อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เช่น ออกซิเจน หน้ากากให้ออกซิเจนขนาดต่างๆ ถูบปีบช่วย

หายใจ (self-inflating bag)

1.4 อุปกรณ์สำหรับใส่ท่อหลอดลมเช่น ท่อหลอดลม laryngoscope และblade เบอร์ 0 หรือ 1

1.5 สารน้ำและยาที่จำเป็นต้องใช้ เช่น 5%D/W, NSS, Ringer's lactate, epinephrine 1:1,000, naloxone 0.4 mg/ml, sodium bicarbonate, sterile water

2. ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด มีดังนี้

2.1 มีการเตรียมพร้อมก่อนโดยตรวจสอบประวัติปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ทารก และการช่วยเหลือการคลอด อายุครรภ์ ลักษณะของน้ำคร่ำ การมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ

2.2 ประเมินทารกแรกเกิดทันที (ไม่ต้องรอให้ครบ 1 นาที) โดยดูลักษณะการหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพื่อประกอบการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพทารก

2.3 เมื่อตัดสายสะดือแล้วควรวางทารกไว้ภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่น จัดให้ทารกนอนหงาย แขนงอเล็กน้อย พิจารณาดูดสารคัดหลั่ง หากมีการอุดตันทางเดินหายใจ โดยดูจากปากให้หมดก่อนที่จะดูดทางจมูก หรืออาจใช้สายดูดเสมหะ การดูดแต่ละครั้งไม่นานเกิน 5 วินาที

2.4 พิจารณาช่วยหายใจด้วยความดันบวก ในกรณีที่ทารกไม่สามารถเริ่มหายใจได้ด้วยตนเอง

2.5 ในกรณีที่มีประวัติซีเทาปนในน้ำคร่ำจำนวนมาก (thick meconium stained amniotic fluid) ควรพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ หรือท่อดูดซีเทา เพื่อดูด ซีเทาให้ออกหมดก่อน ช่วยกระตุ้นการหายใจ เพื่อป้องกันการอุดตันของซีเทา

2.6 ในกรณีที่อัตราการเต้นของหัวใจทารกต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที ควรใส่ท่อหลอดลมคอ

2.7 การประเมินสภาพทารกและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกควรทำเป็นขั้นตอนคือ 1) ประเมินสภาพ ประมาณ 6 วินาที 2) ตัดสินใจให้การช่วยเหลือ 3) ให้การช่วยเหลือ ประมาณ 30 วินาที และ 4) ประเมินซ้ำโดยดูการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ

2.8 ในกรณีทารกหายใจดี และอัตราการเต้นของหัวใจทารกเท่ากับ 100 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า และสีผิวแดงดี ให้ดูแลทารกต่อไปตามขั้นตอนปกติ

2.9 ในกรณีทารกหายใจดี และอัตราการเต้นของหัวใจทารกเท่ากับ 100 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า แต่ยังเขียว ควรให้ออกซิเจน 5 ลิตร/นาที ผ่านทางสายยางใกล้กับจมูก

2.10 ในกรณีทารกไม่หายใจ หรือหายใจเฮือก และอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที ต้องช่วยหายใจด้วยความดันบวก โดยครอบด้วยหน้ากาก (bag and mask)

2.11 หลังช่วยหายใจด้วยความดันบวก 30 วินาทีแล้ว ทารกยังไม่สามารถหายใจได้เอง และอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที ควรพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และช่วยนวดหัวใจโดยกดหน้าอก 3 ครั้งต่อการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก 1 ครั้ง หรือใน 1 นาที กดหน้าอก 90 ครั้ง และช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก 30 ครั้ง โดยอาจกดหน้าอกด้วยนิ้วหัวแม่มือ 2 นิ้ว หรือใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือข้างหนึ่ง

2.12 ยาที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ได้แก่ Epinephrine 1: 10,000 ขนาดยาที่ใช้ทางหลอดเลือดดำ คือ 0.1-0.3 mL/kg โดยต้องเจือจาง Epinephrine 1: 1,000 จำนวน 0.1 มล. ด้วย NSS 0.9 มล. และขนาดยาที่ใช้ทางท่อช่วยหายใจ คือ 0.5-1 mL/kg, สารน้ำ NSS, Ringer's lactate 10 mL/kg, Naloxone (0.4 mg/mL) 0.1 mg/kg, NaHCO₃ (0.5 mEq/mL) 1-2 mEq/kg

หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน

หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน มีดังนี้

1. ตรวจสอบประเมินสุขภาพของมารดาก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และระยะคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยง ภาวะผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ การไหลเวียนของเลือดไปที่รก
2. ให้บริการฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง ครบตามระยะการตั้งครรภ์
3. กรณีพบความผิดปกติต่อสุขภาพของมารดา และทารก จะต้องส่งต่อเพื่อรับการตรวจรักษาจากพยาบาลผดุงครรภ์ หรือสูติแพทย์ ที่มีความเชี่ยวชาญ ในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ
4. ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดตามหลัก natural childbirth, active management of labor และ active management of third-stage of labor
5. ติดตามประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยใช้เทคโนโลยีทางการผดุงครรภ์ และสูติศาสตร์อย่างเหมาะสม เช่น ultrasound, electronic fetal monitoring เป็นต้น
6. มีการฝึกอบรมบุคลากรทางการพยาบาลผดุงครรภ์ให้มีความรู้ และทักษะในการประเมินการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และการช่วยฟื้นคืนชีพทารก
7. มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมพยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์ และกุมารแพทย์ และหน่วยงานที่รับส่งต่อทารก

สรุป

การบริการสุขภาพมารดา ทารก ในการผดุงครรภ์ และสูติศาสตร์ มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราภาวะทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน ให้ต่ำกว่า 30:1,000 ของทารกที่เกิดมีชีพ โดยครอบคลุมการส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ การดูแลสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

สถานการณ์ตัวอย่างทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน

สตรีตั้งครรภ์ อายุ 37 ปี G4P3 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ มีประวัติเป็น gestational diabetes mellitus (GDM A2) และ severe-preeclampsia ได้รับการวางแผนผ่าตัดคลอดคลอด ทารก ทางหน้าท้อง

หลังผ่าตัดคลอด ทารกแรกเกิด มีสีผิวซีด ปลายมือปลายเท้ามีสีคล้ำ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที ตอบสนองต่อการดูดเมื่อกเล็กน้อย มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อแขน ขา โดยงอ แขน ขา (Flexed) และเคลื่อนไหวแขน ขา เล็กน้อย หายใจช้า ไม่สม่ำเสมอ 32 ครั้ง/นาที

คำถาม

1. ทารกรายนี้ มีคะแนน APGAR เท่าไหร่
2. มีแนวทางในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกรายนี้ อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- ชญาศักดิ์ พิศวง และปริศนา พานิชกุล. (2558). ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64, 109-119.
- สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์, ประไพศรี ulyangกูร, ปรียาพันธ์ แสงอรุณ, แสงแข ขำนาญวนกิจ, สราวุธ สุภาพรรณชาติ, ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล และคณะ. (2561). *แนวทางการกู้ชีพทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2561*. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- Bull, A., & Sweet, L. (2018). Midwifery students receiving the newborn at birth: A pilot of the impact of structured training in neonatal resuscitation. *Nurse Education in Practice*, 15, 387-392.
- Kamath-Rayne, B. D., Griffin, J. B., Moran, K., Jones, B., Downs, A., McClure, E. M, ...Jobe, A. H. (2017). Resuscitation and obstetrical care to reduce intrapartum related neonatal deaths: A MANDATE study. *Maternal and Child Health*, 19, 1853-1863.
- Madar, J. (2016). Resuscitation of the newborn. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 15, 126-132.