



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวกนกพร พลหินกอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

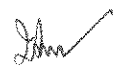
ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายชัยวัฒน์ ชัยเวชพิสิฐ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

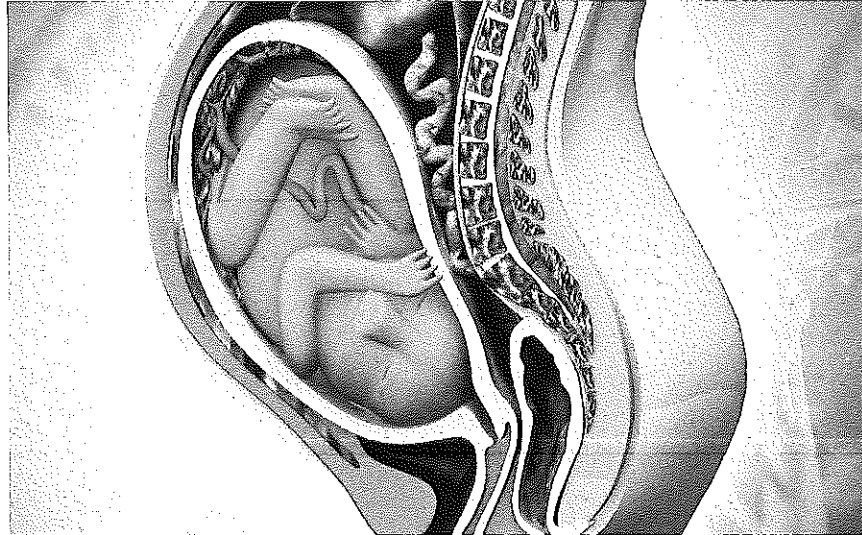
ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวกนกพร พลหินกอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๒๕๒๔๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๕๒๔๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๕”				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “แนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อแผลมีเย็บ”				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”				
				 (นายณรรักษ์ สุทธิประภา) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด :กรณีศึกษา พ.ศ.๒๕๖๕

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๒๓ - ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ภายวิภาคและสรีรวิทยาของมารดาคลอดก่อนกำหนด



รูปภาพที่๑ แสดงกายวิภาคและสรีรวิทยาของมารดาคลอดก่อนกำหนด

ที่มา: <https://www.amarinbabyandkids.com/pregnancy>. (ค้นหาวินาที ๑๑ พ.ย. ๒๕๖๕)

ความหมายการคลอดก่อนกำหนด(Preterm Labor)

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ครบ ๓๗ สัปดาห์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัจจุบันอายุครรภ์ที่นับการคลอดมีชีพ คือ อายุครรภ์ไม่ต่ำกว่า ๒๔ สัปดาห์ ทารกที่คลอดก่อนครบ ๓๒ สัปดาห์ เรียกว่า “Very preterm infants” ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ เรียกว่า “Extremely preterm infants” อันตรายของทารกที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่า ๒๖ สัปดาห์ พบได้สูงถึงร้อยละ ๗๕

นอกจากนี้ยังพบภาวะทุพพลภาพที่สูงมากในทารกกลุ่มนี้ ในทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยพบในกลุ่มการคลอดก่อนกำหนดได้สูง โดยแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑. Low birth weight คือ ทารกแรกคลอดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๒. Very low birth weight คือ ทารกแรกคลอดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม

๓. Extremely low birth weight คือ ทารกแรกคลอดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม

สาเหตุที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด แบ่งได้เป็น ๓ กลุ่มใหญ่ คือ

๑. ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ที่มีผลกระทบรุนแรง ต่อสุขภาพมารดา ทำให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ จำเป็นต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ ๒๕

๒. ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครบกำหนดคลอด และก่อนการเจ็บครรภ์ เป็นภาวะที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดตามมา พบได้ประมาณร้อยละ ๒๕

๓. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยถุงน้ำคร่ำยังอยู่ เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะทำให้อัตราการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพสูง โดยพบว่า ร้อยละ ๗๕ ของอัตราการตายปริกำเนิดเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๓๐ - ๔๐ ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดเกิดก่อนอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ที่พบบ่อยจากการคลอดก่อนกำหนด คือ ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกคลอด เลือดออกในสมอง และการติดเชื้อ ซึ่งพบได้บ่อยในทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจรุนแรงมากจนทำให้ทารกเสียชีวิตได้ หรือเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาวได้ รวมทั้งการเจริญเติบโต การพัฒนาทางด้านร่างกาย และระบบประสาท โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนดมาก โอกาสเกิด Cerebral palsy พบเพิ่มขึ้น ๖๐ - ๘๐ เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่คลอดครบกำหนด

การติดตามระยะยาวทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๗๕๐ กรัม พบความผิดปกติด้านพัฒนาการเกือบทุกชนิด โดยพบความผิดปกติทางด้านสติปัญญา การเจริญเติบโตที่ผิดปกติและความผิดปกติทางด้านการมองเห็น

จากการศึกษาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่า ๑,๖๐๐ กรัม พบอัตราการตายปริกำเนิดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๖๐๐ กรัม นอกจากนี้ น้ำหนักทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่พบว่าเกิดความพิการหรือทุพพลภาพน้อยลง คือ น้ำหนักมากกว่า ๑,๙๐๐ กรัม ดังนั้นถ้าสามารถให้การดูแลรักษาได้ คือ พยายามปรับระดับประคองการตั้งครรภ์ให้ได้น้ำหนักทารกที่ ๑,๙๐๐ กรัมหรือมากกว่าจะทำให้ลดอัตราการทุพพลภาพของทารกได้มากขึ้น

อุบัติการณ์
การคลอดก่อนกำหนดในประเทศที่พัฒนาแล้วพบประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของการคลอดมีชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากร การดูแลทางด้านสูติกรรม การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ การเกิดครรภ์แฝดและยังพบความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางสังคมและสภาวะทางเศรษฐกิจด้วยอัตราการคลอดก่อนอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ พบร้อยละ ๑-๒ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

๑. ปัจจัยทางมารดา

มารดาที่มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน จะมีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมาสูงขึ้น ถ้าครรภ์แรกคลอดก่อนกำหนด โอกาสที่ครรภ์ต่อไปจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดพบได้ร้อยละ ๑๔.๓ และถ้าการตั้งครรภ์สองครั้งแรกคลอดก่อนกำหนดโอกาสที่ครรภ์ต่อไปจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๘.๑

นอกจากนี้ประวัติการสูญเสียทารกในไตรมาสที่ ๒ เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมาได้ โดยพบเกิดร่วมกับ Cervical incompetence ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีประวัติการขยายของปากมดลูกเพื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ หรือมีประวัติการผ่าตัดปากมดลูก ประวัติการทำแท้งพบความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด มารดาตั้งครรภ์แรกอายุ ๒๐-๒๔ ปี โอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดพบต่ำที่สุด ส่วนมารดาอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จะมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น

ปัจจัยทางสังคมที่พบเป็นความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด คือ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษาของมารดา ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับภาวะทุพโภชนาการของมารดา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การไม่ฝากครรภ์หรือการฝากครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ การติดเชื้อในอวัยวะสืบพันธุ์ การทำงานหนัก รวมทั้งปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นต้น

ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม การเกิดการคลอดก่อนกำหนดในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม ลักษณะของ gene ที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด คือ Decidual relaxin นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง

เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดกับ Fetal Mitochondrial trifunctional protein defects หรือ Polymorphism ใน interleukin-I gene complex, β_2 -adrenergic receptor หรือ tumor necrosis factor – C สตรีที่มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น โดยพบความเสี่ยงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ๑.๓ เท่า บางรายงานพบว่าความเสี่ยงอาจเพิ่มขึ้น ๒ เท่า

๒. การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์แฝด

การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์เช่น in – vitro fertilization และ gamete intrafallopian transfer(GIFT)เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยพบเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ สมมุติฐานของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดใน ART พบว่าเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น การบาดเจ็บต่อคอมดลูก การรบกวนต่อกระบวนการฝังตัวของตัวอ่อน ปัญหาภายในตัวมดลูก การติดเชื้อ รวมทั้งสาเหตุอื่นๆ จากภาวะมีบุตรยาก นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์แฝดสูงขึ้นโดยเฉพาะจากการคลอดแฝดที่มากกว่าสอง ประมาณร้อยละ ๑๒- ๒๗ ของการคลอดก่อนกำหนด เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด ซึ่งสาเหตุเกิดได้ทั้งจากการตั้งครรภ์แฝดเอง และจากภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงในมารดา หรือทารกโตช้าในครรภ์ อายุเฉลี่ยปกติของแฝด ๒ คือ ๓๖ สัปดาห์ แฝด ๓ คือ ๓๓ สัปดาห์ และแฝด ๔ คือ ๓๑ สัปดาห์

๓. การติดเชื้อ

การติดเชื้อที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน ภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อภายในโพรงมดลูกด้วย จากการเจาะตรวจน้ำคร่ำและส่งเพาะเชื้อในมารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ถุงน้ำคร่ำไม่แตก พบการเพาะเชื้อให้ผลบวกถึงร้อยละ ๑๒ เชื้อที่เป็นสาเหตุได้บ่อย คือ Mycoplasma hominis และ Ureaplasma urealyticum เชื้ออื่นๆที่พบรองลงไป คือ Gardnerella vaginalis, Peptostreptococci และกลุ่ม Bacteroides

ในช่องคลอดปกติจะพบเชื้อ Hydrogen peroxide-producing lactobacillus ซึ่งเป็น normal flora ในกรณีที่ถูกแทนที่ด้วยเชื้อแบคทีเรีย Anaerobe เช่น Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis และ Mobiluncus species เรียกภาวะนี้ว่า Bacterial ภาวะนี้มักพบร่วมกับการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครบกำหนด Bacterial vaginosis ที่พบในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ เป็นความเสี่ยงของการเกิดการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าของปกติ และทำให้เกิดการแท้งได้

กลไกของ Bacterial vaginosis เกิดจากเซลล์ Monocytes และ Macrophages ถูกกระตุ้นให้สร้างสาร Phospholipase และ Prostaglandin สาร Endotoxin และ Exotoxin ซึ่งถูกปล่อยจากเชื้อแบคทีเรียเหล่านี้จะกระตุ้น Decidua และ Fetal membrane ให้สร้างสาร Cytokines ต่างๆ ซึ่งถูกกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบเฉพาะที่สาร Prostaglandin ถูกปล่อยเข้าสู่ Fetal membrane, Amnion, Chorion และ Deciduas กระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูก สาร Prostaglandin ที่พบ คือ $IL-1\beta$, $IL-\alpha$, $TNF-\alpha$, $IL-๖$, $IL-\delta$ cytokines รวมทั้ง Endothelin-๑

๔. ความผิดปกติของมดลูก รก และทารกในครรภ์

ความผิดปกติของมดลูก เช่น มีเนื้องอกในตัวมดลูก ความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น Septate และ Bicornuate uterus การตั้งครรภ์แฝดน้ำที่กล้ำมเนื้อมดลูกถูกบีบยัดขยายอย่างมาก สาเหตุต่างๆเหล่านี้สามารถกระตุ้นทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

ความผิดจากการเกาะของรก เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกที่มีการลอกตัวก่อนกำหนดเชื่อว่าทำให้การทำงานของรกเสียไป การแยกตัวของเนื้อรกกระตุ้นทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ได้เช่นกัน

ทารกพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เช่น ภาวะ Neural tube defect เป็นต้น

๕. การติดเชื้อหรือโรคร้ายในช่องปาก(Periodontal diseases)

เชื้อแบคทีเรียภายในช่องปาก เช่น *Fusobacterium nucleatum* และ *Capnocytophage species* พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบนของมารดา มีการศึกษาพบว่ามารดาที่มีการอักเสบภายในช่องปาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น

Jeffcoat และคณะ พบว่าการรักษามารดาที่มีช่องปากอักเสบด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ช่วยลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดได้

การวินิจฉัย

๑. ประวัติ

ประวัติการเจ็บครรภ์หรือปวดท้องเป็นอาการนำที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยบางรายอาจให้ประวัติของอาการปวดหลังปวดหน่วงคล้ายปวดกระดูก มีอาการปัสสาวะบ่อย มีน้ำใสหรือมูกเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดก่อนการเจ็บครรภ์เพียง ๒๔ ชั่วโมง ควรซักประวัติเพิ่มเติมให้ได้ลักษณะที่แน่นอนของอาการปวด ประวัติความเสี่ยงต่างๆรวมทั้งทบทวนประวัติการฝากครรภ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ ซึ่งจะช่วยวินิจฉัย โดยต้องแยกออกจากอาการเจ็บครรภ์เตือนจากการหดตัวของมดลูกที่ไม่สม่ำเสมอ ที่พบได้บ่อยในไตรมาสที่สาม

๒. การตรวจร่างกาย

American College of Obstetricians and Gynecologists แนะนำให้ใช้ผลการตรวจร่างกายต่อไปนี้เพื่อวินิจฉัยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

๒.๑ มีการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย ๔ ครั้งในเวลา ๒๐ นาที หรือ ๘ ครั้งในเวลา ๖๐ นาที รวมทั้งความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก

๒.๒ ตรวจภายในพบการเปิดของปากมดลูกอย่างน้อย ๑ เซนติเมตร และมีการบางตัวร้อยละ ๘๐ หรือมากกว่า

นอกจากนี้ควรตรวจด้วย Sterile speculum เพื่อดูภายในช่องคลอด ค้นหาการติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง และต้องแยกภาวะถุงน้ำคร่ำแตกที่อาจเกิดร่วมด้วย

ลักษณะทางคลินิกที่ใช้พยากรณ์การเกิดการคลอดภายใน ๒๔ ชั่วโมง ถึง ๗ วัน ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คือ

๑. การเปิดของปากมดลูก ๓ เซนติเมตร หรือมากกว่า
๒. การบางตัวของคอมดลูกร้อยละ ๘๐ หรือมากกว่า
๓. เลือดออกทางช่องคลอด
๔. ถุงน้ำคร่ำแตก

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติ

๓.๑ การตรวจทางชีวเคมี

ส่งตรวจเพาะเชื้อ Gonorrhea และ Chlamydia จากคอมดลูก ตรวจความเป็นกรด-ด่าง ภายในช่องคลอด ตรวจ Wet smear เพื่อค้นหาภาวะ Bacterial vaginomial vaginosis, trichomoniasis ตรวจหาเชื้อราและทำ Whiff test ส่งเพาะเชื้อ Group B Streptococci จากส่วนกลางของช่องคลอดและจากทวารหนัก ส่งตรวจปัสสาวะและเพาะเชื้อ ควรเก็บปัสสาวะด้วยวิธีการสวนทวาร

ปัจจุบันสารที่นิยมใช้ตรวจเพื่อพยากรณ์การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคือ fetal fibronectin (fFN) fFN เป็น glycoprotein ที่ถูกสร้างจากเซลล์หลายชนิด เช่น hepatocytes, เซลล์มะเร็ง Fibroblast enbothium และจาก fetal amnion เชื่อว่ามีหน้าที่เป็น intercellular adhesion ในการฝังตัวเฉพาะระหว่างรกกับ deciduas การพบ fFN ในช่องคลอดหรือปากมดลูกและช่องคลอดโดยที่ถุงน้ำคร่ำยังอยู่แสดงว่ามี stromal remodeling ของคอมมดลูกก่อนการเก็บเจ็บครรภ์ ในการตั้งครรภ์ปกติจะไม่พบ หลังอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ จนถึงใกล้ครบกำหนดคลอด

การวัดปริมาณ fFN ใช้วิธี enzyme-linked immunosobent assay ค่าที่เกิน ๕๐ mg ต่อมิลลิตร ถือเป็นผลบวก การตรวจที่ให้ผลบวกพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าเกิดการคลอดได้ภายใน ๑-๒ สัปดาห์ ประมาณร้อยละ ๒๐ การตรวจไม่พบ fFN พบการคลอดก่อนกำหนดภายใน ๑ สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ ๑ การตรวจที่ให้ผลลบสามารถพยากรณ์ การไม่เกิดการคลอด ก่อนกำหนดได้ดีมารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและการตรวจ fFN ให้ผลลบ พบว่ามารดาเหล่านี้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล และเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า

Leilch และคณะสรุปว่าการตรวจ Fibronectin สามารถพยากรณ์ การคลอดก่อนกำหนด ได้ดี

การศึกษาโดยตรวจฮอร์โมนเอสโตรอลในน้ำลายมารดา พบว่าปริมาณที่เพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรอลสัมพันธ์กับการเกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยฮอร์โมนเอสโตรอลจะเพิ่มขึ้นก่อนการเจ็บครรภ์คลอดประมาณ ๓ สัปดาห์ วิธีนี้พบผลบวกสูงจึงไม่นิยมใช้ในทางปฏิบัติ

๓.๒ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด

ปกติขณะใกล้ครบกำหนดคลอด คอมมดลูกจะสั้นลง นุ่มขึ้น มีการเคลื่อนตำแหน่งไปทางด้านหน้าและขยายตัว กลุ่มที่คลอดครบกำหนดการบางตัวของคอมมดลูกจะเริ่มเกิดที่อายุครรภ์ประมาณ ๓๒ สัปดาห์ กลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดการบางตัวของคอมมดลูกจะเกิดขึ้นเร็วที่อายุครรภ์ประมาณ ๑๖-๒๔ สัปดาห์ การบางตัวของคอมมดลูกจะเริ่มที่ internal cervical os และเคลื่อนไหวทาง external os มีลักษณะที่เรียกว่า “funneling”

ในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความยาวของคอมมดลูกจะสั้นกว่ามารดาตั้งครรภ์ปกติค่าเฉลี่ยปกติของความยาวคอมมดลูกเท่ากับ ๓๕ มิลลิเมตร ที่อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ความยาวที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๑๐ เท่ากับ ๒๕ มิลลิเมตร และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๙๐ เท่ากับ ๔๕ มิลลิเมตร อัตราเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มขึ้น ถ้าความยาวของคอมมดลูกลดลง ถ้าคอมมดลูกยาวน้อยกว่า ๒๕ มิลลิเมตร ที่อายุครรภ์ ๒๒-๒๔ สัปดาห์ จะพบความเสี่ยงของการคลอดก่อนอายุครรภ์ ๓๕ สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเป็น ๖ เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่มีความยาวของคอมมดลูกอยู่ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๗๕ ที่อายุครรภ์เดียวกัน นอกจากความยาวที่สั้นลงจากสาเหตุทางชีวภาพแล้ว สาเหตุจากการอักเสบเนื่องจากเลือดออก การติดเชื้อ และการหดตัวของมดลูกที่ไม่แสดงอาการทำให้คอมมดลูกสั้นลงเกิดการคลอดก่อนกำหนดตามมาได้

วิธีตรวจความยาวของมดลูกด้วยคลื่นความถี่สูง นิยมการตรวจทางช่องคลอด โดยมองเห็นลักษณะทั้ง ๔ ข้อ จึงสามารถให้การวินิจฉัยได้ คือ

๑. เห็นความยาวของคอมมดลูกทั้งหมด
๒. เห็นคอมมดลูกด้านในเป็นรูปแบน (flat) หรือเป็นรูปสามเหลี่ยม (Triangular of funneling)
๓. ภาพของคอมมดลูกที่เห็น ต้องอยู่ในสภาพสมดุลง คือ ความกว้าง จากขอบด้านหน้าของคอมมดลูกมาถึงแนวกลางคอมมดลูก และจากด้านหลังมาถึงแนวกลางคอมมดลูกต้องเท่ากัน
๔. เห็นภาพที่สมมาตรของคอมมดลูกด้านนอก

หลังจากนั้นจึงวัดความยาวจากคอมดลูกด้านในไปถึงคอมดลูกด้านนอก การตรวจความยาวคอมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบความไวไม่สูงในกลุ่มมารดาที่มีเสียงต่ำ จึงเป็นวิธีไม่เหมาะสมในการนำมาตรวจคัดกรองทั่วไป การตรวจที่พบลักษณะของ “funneling” หรือความยาวของคอมดลูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๘ มิลลิเมตร พบความไวและความจำเพาะสูงในการวินิจฉัย

Owen และคณะ สรุปว่าการตรวจวัดความยาวของคอมดลูกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อพยากรณ์การคลอดก่อนอายุครรภ์ ๓๕ สัปดาห์ มีประโยชน์เฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด

การตรวจทั้ง fFN และคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงในการเกิดการคลอดก่อนกำหนด โดยมารดาในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ ประโยชน์ของการตรวจทั้งสองวิธีอีกประการหนึ่ง คือช่วยวินิจฉัยแยกการเจ็บครรภ์เตือนออกจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากการวินิจฉัยโดยรอให้มีการเปิดขยายของปากมดลูกมากขึ้นหรือเกิดการชัดเจนแล้วการรักษาจะเข้าไป หรือถ้าให้การศึกษาไปเลยตั้งแต่เริ่มมีอาการ มารดาที่ไม่ได้เจ็บครรภ์คลอดจริงก็จะได้รับการรักษาโดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตามการตรวจ fFN มีค่าใช้จ่ายสูง ในทางปฏิบัติการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดทำได้ง่ายกว่า แต่ผู้ตรวจต้องมีความชำนาญ มารดาที่ตรวจพบ fetal fibronectin ได้ผลเป็นลบหรือวัดความยาวของคอมดลูกได้มากกว่า ๓๐ มิลลิเมตร โอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดภายใน ๑ สัปดาห์ พบน้อยกว่าร้อยละ ๑ มารดาในกลุ่มนี้สามารถกลับบ้านและให้การดูแลรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอกได้

๓.๓ การประเมินทารกในครรภ์

การประเมินทารกในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนิยมใช้ ๒ วิธี คือ

๓.๓.๑ การประเมินด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

ควรตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อให้ได้อายุครรภ์ที่แน่นอน ประเมินน้ำหนักทารก ปริมาณน้ำคร่ำ ถ้าพบปริมาณน้ำคร่ำลดลงอาจเกิดจากถุงน้ำคร่ำแตก นอกจากนี้การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงอาจพบความผิดปกติอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด เช่น ครรภ์แฝด ความพิการของทารกในครรภ์ หรือความผิดปกติของรก การตรวจด้วยคลื่นเสียงคอพเลอร์พิจารณาตามข้อบ่งชี้ กรณีตรวจพบการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงสายสะดือเป็นแบบย้อนกลับหรือไม่พบการไหลเวียนเลือดในช่วงไดแอสโตลิก แสดงถึงภาวะที่ทารกตกอยู่ในภาวะอันตรายควรพิจารณาสิ้นสุดการตั้งครรภ์

๓.๓.๒ การประเมินสภาพทารกในครรภ์ควรแนะนำให้ตรวจด้วยเครื่อง Electronic fetal monitoring อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดยทำ non stress test กรณีที่ต้องการประเมินทารกอย่างใกล้ชิดอาจต้องใช้วิธีอื่นๆร่วมด้วย เช่น Biophysical profile (BPP) เป็นต้น

๓.๔ การตรวจหาการติดเชื้อ

การติดเชื้อภายในโพรงมดลูก ใช้การตรวจพบอาการไข้ที่มากกว่า ๓๘.๐ องศาเซลเซียส ร่วมกับการตรวจวิธีอื่นๆที่ให้ผลบวก ๒ ใน ๕ ดังนี้ คือ

- การตรวจจำนวนเม็ดเลือดขาวพบมากกว่า ๑๕,๐๐๐ เซลล์ต่อไมโครลิตร
- ซีพีเจเกิน ๑๐๐ ครั้งต่อนาที
- อัตราเต้นของหัวใจทารกมากกว่า ๑๖๐ ครั้งต่อนาที
- ตรวจภายในพบการกดเจ็บของมดลูก
- ตกขาวมีกลิ่นเหม็น

การดูแลรักษา

การดูแลที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง คือ

๑. ลดความเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การติดเชื้อต่างๆ พยายามเพิ่มคุณภาพของการฝากครรภ์ โดยเฉพาะเรื่องโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ หลีกเลี่ยงความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

๒. การตรวจค้นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การสังเกตอาการหดรัศตัวของมดลูก หรือการเปลี่ยนแปลงของคอมดลูกก่อนเกิดการเจ็บครรภ์จริง

แนวทางที่ใช้ในการปฏิบัติ คือ

- ๒.๑ ให้ความรู้แก่มารดาที่ตั้งครรภ์ในเรื่องการดูแลตนเอง เผื่อระวังการหดรัศตัวของมดลูก อาการปวดถ่วงท้องน้อยหรือตกขาวที่ผิดปกติ

- ๒.๒ เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงของคอมดลูก เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดในมารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือการตรวจภายในด้วยความระมัดระวังเป็นระยะ อย่างไรก็ตามการตรวจภายในพบว่ามีภาวะไวต่อ การเผื่อระวังการหดรัศตัวของมดลูกที่บ้าน ช่วยในการวินิจฉัยการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้น้อยและไม่ได้ช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้

การรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

๑. การรักษาทั่วไป

รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ให้สารน้ำหรือยาคลายเครียด การให้ผู้ป่วยนอนพักโดยรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือให้นอนพักที่บ้าน เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุดในการให้การป้องกันหรือดูแลรักษา มารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยทั่วไป แนะนำให้นอนพักประมาณ ๑ สัปดาห์ ถ้ามีอาการเจ็บครรภ์ ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันได้ว่าการนอนพักมีผลดีชัดเจน อย่างไรก็ตามการลดการทำงานหรือการออกกำลังกายต่างๆเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด สำหรับมารดาตั้งครรภ์แฝดการให้นอนพักต่อเนื่องตลอดเวลาอาจเกิดอันตรายขึ้นได้ โดยเฉพาะจากภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือด ซึ่งพบได้บ่อยในรายงานจากต่างประเทศ จึงไม่แนะนำให้ทำเป็นกิจวัตร การให้สารน้ำรับประทานหรือเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นวิธีรักษามารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเบื้องต้นแบบเดิม ยังไม่พบข้อดีของการให้สารน้ำในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้สารน้ำจึงไม่แนะนำให้ทำเป็นกิจวัตร แต่ให้ในกรณีที่มารดา มีภาวะขาดน้ำร่วมด้วย หรือเมื่อต้องการเปิดหลอดเลือดไว้เพื่อให้การรักษารักษาอื่นๆ ยาลดความกังวลหรือยาคลายเครียดนิยมใช้เช่นเดียวกัน แต่ยังไม่พบผลดีที่ชัดเจนเช่นกัน

๒. การรักษาโดยยา

จุดประสงค์ของการใช้ยารักษาในมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อยืดเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอด หรือเพื่อการส่งต่อมารดาไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดได้ดี จากการศึกษาวิธีนี้ได้ผลดีเฉพาะมารดาที่ไม่ได้อยู่ในระยะที่มีความก้าวหน้าไปมากของการเจ็บครรภ์คลอด ยาที่ใช้มี ๓ กลุ่ม คือ

- ๒.๑ ยายับยั้งการหดรัศตัวของมดลูก

- ๒.๒ ยาปฏิชีวนะ

- ๒.๓ ยากระตุ้นการเจริญพัฒนาของปอดทารก (สเตียรอยด์)

การใช้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

การใช้ยาพบว่ามียาช่วยยับยั้งการหดตัวของมดลูกในช่วงเวลาสั้นๆ ยึดเวลาคลอดออกไปได้ แต่ไม่สามารถหยุดการคลอดได้ ไม่ทำให้อัตราการตายปริกำเนิดดีขึ้น ข้อเสนอแนะการใช้ยา คือ ให้ใช้ร่วมกับยาสแตียรอยด์ โดยการยับยั้งการหดตัวของมดลูกเพื่อรอเวลาให้ยาสแตียรอยด์ ออกฤทธิ์กระตุ้นการเจริญพัฒนาของปอดทารก ไม่แนะนำให้ยาเมื่ออายุครรภ์ที่หรือมากกว่า ๓๔ สัปดาห์ ส่วนอายุครรภ์น้อยกว่าไม่ถึง ๓๔ สัปดาห์ ยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน ปัจจุบันไม่มีหลักฐานชัดเจนที่แสดงว่ายาในกลุ่มใดมีประสิทธิภาพดีที่สุดในการยับยั้งการหดตัวของมดลูก

การเลือกให้ยาควรพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ทราบข้อบ่งห้ามของการใช้ยาแต่ละชนิด ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ต้องเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดขณะได้รับยาและให้หยุดยาทันทีเมื่อพบมีอันตรายเกิดขึ้น

ยาปฏิชีวนะ

ยังไม่พบหลักฐานที่แสดงว่าการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันมารดาในกลุ่มเสี่ยงสามารถลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดได้

สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนอายุครรภ์ ๓๐ สัปดาห์ มักพบร่วมกับการติดเชื้อโดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์

ลักษณะการติดเชื้อที่กระตุ้นให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด คือ

๑. มักไม่มีอาการแสดงทางคลินิก

๒. เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่อยู่ในช่องคลอด เชื้อกลุ่ม anaerobes หรือ genital mycoplasma

๓. การติดเชื้อมักกลุ่กลามาจากระบบอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง แต่อาจกระจายมาจากกระแสโลหิตได้เช่นกัน

การให้ยาปฏิชีวนะแบ่งตามลักษณะผู้ป่วยได้เป็น ๓ แบบ คือ

๑. เพื่อรักษาการติดเชื้อหรือภาวะ colonization ในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง

๒. ในมารดาเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ถุงน้ำคร่ำยังอยู่

๓. ในมารดาถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครรภ์ครบกำหนด

การรักษาการติดเชื้อหรือภาวะ Colonization ในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง

เชื้อที่พบบ่อยในช่องคลอดและพบร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น *Ureaplasma urealyticum*, Group B streptococci, *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, Bacterial vaginosis และจากภาวะ bacteriuria

๑. *Ureaplasma urealyticum* ภาวะ colonization ของเช่น *Ureaplasma urealyticum* ในช่องคลอดไม่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่การพบเชื้อในถุงน้ำคร่ำที่มารดามีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พบเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้และทารกแรกคลอดมักมีผลไม่ดี โดยเชื้อที่อยู่ในโพรงมดลูกก่อให้เกิดพยาธิสภาพได้ การตรวจค้นหรือให้การรักษาเชื้อนี้ในมารดาที่มีภาวะ colonization พบว่าไม่มีประโยชน์ในการลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด

๒. *Chlamydia trachomatis* การตรวจพบเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ในช่องคลอดก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ พบโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าของปกติ แต่ถ้าพบเชื้อที่อายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ ไม่พบการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ การวินิจฉัยโดยการเพาะเชื้อทำได้ยาก จึง เป็นเชื้อที่พบได้ไม่บ่อยในภาวะที่มีการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก CDC (The centers for Disease Control) แนะนำให้ตรวจคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เนื่องจากการตรวจพบเชื้อในระยะแรกของการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และตรวจซ้ำในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในช่วงไตรมาสที่ ๓ จุดประสงค์เพื่อรักษาสตรีที่ติดเชื้อ ช่วยป้องกันการติดเชื้อ ในทารกแรกคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังคลอด

๓. *Trichomonas vaginalis* การติดเชื้อ *Trichomonas vaginalis* ขณะตั้งครรภ์เกิดรวมกับการคลอดก่อนกำหนดได้ มักพบเชื้อจากการตรวจเชื้อคมะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการ มีการศึกษาพบว่า การรักษาเชื้อนี้ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อยในอัตราที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อ *Trichomonas* มักพบร่วมกับ *Mycoplasma hominis* การรักษาเชื้อ *Trichomonas* จะทำให้เชื้อ *Mycoplasma hominis* มีจำนวนเพิ่มขึ้นจึงไม่แนะนำให้รักษา *Trichomonas* ถ้าไม่มีอาการ แต่ให้การรักษาหลังคลอดแล้ว ในขณะที่ยังไม่ได้รับการรักษาแนะนำให้ใส่ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศ ส่วนสตรีที่มีอาการให้รักษาด้วยยา metronidazole รับประทานเพื่อช่วยลดอาการ ยามีความปลอดภัยแม้ใช้ในวงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

๔. **Bacterial vaginosis** ข้อแนะนำในการดูแลรักษาการติดเชื้อกลุ่มนี้ คือ

๔.๑ ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองหรือให้การศึกษาในสตรีที่ไม่มีอาการ หรือมีความเสี่ยงต่ำ ต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด

๔.๒ ควรตรวจคัดกรองในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด

๔.๓ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการของ Bacterial vaginosis ควรได้รับการรักษาทุกช่วงเวลาของการตั้งครรภ์

๔.๔ ยาที่แนะนำ คือ metronidazole ซึ่งใช้ได้อย่างปลอดภัยในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์

๔.๕ การรักษากลุ่มที่เป็น Bacterial vaginosis ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือมีอาการให้ยา metronidazole รับประทานวันละ ๑ กรัม นาน ๗ วัน ไม่แนะนำการรักษาโดยใช้ยาสอดทางช่องคลอด

๔.๖ ตรวจติดตามและให้การศึกษาซ้ำเมื่อจำเป็น การรักษาจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย และภาวะของน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๕. **Group B streptococci (GBS)**

จุดประสงค์ของการรักษา GBS คือ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหรือการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ โดยเฉพาะกรณีที่เป็น GBS bacteriuria ต้องให้การรักษา การรักษาสามารถป้องกันการเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การเพาะเชื้อทาง rectovaginal ที่ให้ผลบวก ควรให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเช่นกัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทารกแรกคลอด

๖. *Neisseria gonorrhoea* ควรตรวจคัดกรองเชื้อมันในสตรีที่มีความเสี่ยง และให้การรักษาความเสี่ยงป้องกันการแพร่กระจายโรคและการแพร่เชื้อไปสู่ทารกในขณะคลอด

๗. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะส่วนบน ควรตรวจคัดกรองการติดเชื้อในกลุ่มที่มีความเสี่ยง การให้การศึกษาทุกรายเพื่อป้องกันการลุกลามของเชื้อ ซึ่งทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การใช้ยาปฏิชีวนะรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก

กลุ่ม ORACLE II ได้ศึกษาสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์ โดยถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ๖,๒๕๕ ราย โดยแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่ม กลุ่มแรกได้ยา erythromycin กลุ่มที่ ๒ ได้ยา co-amoxiclav กลุ่มที่ ๓ ได้ยาทั้ง ๒ ชนิด และกลุ่มที่ ๔ ได้ยาหลอก (placebo) ทั้ง ๔ กลุ่ม ได้ยารวันละ ๔ ครั้ง เป็นเวลานาน ๑๐ วัน หรือจนกระทั่งคลอด ผลของการศึกษาวัดที่อัตราการตายของทารกแรกคลอด การเกิดโรคปอดเรื้อรังหรือมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารก ผลการรักษาทั้ง ๔ กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะพบการติดเชื้อหลังคลอดในโพรงมดลูกลดลง

สรุปข้อแนะนำ คือ ไม่ให้ยาปฏิชีวนะในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ถุงน้ำคร่ำไม่แตก ด้วยเหตุผลเพื่อลดการติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากหลักฐานยังไม่เพียงพอ การให้ยาก่อนการคลอดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิดมาก

ขึ้น ยกเว้นการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อของทารกแรกคลอด จาก GBS ในมารดาที่เจ็บครรภ์ก่อนคลอด ยาที่แนะนำคือ Penicillin G หรือ Ampicillin

ขนาดของยาที่ใช้รักษา GBS คือ Penicillin G ๕ ล้านยูนิต ให้ทางหลอดเลือดดำครั้งแรกหลังจากนั้นให้ขนาด ๒.๕ ล้านยูนิต ทุก ๔ ชั่วโมง จนคลอด หรือ Ampicillin ขนาด ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำครั้งแรกหลังจากนั้นให้ ๑ กรัม ทุก ๔ ชั่วโมงจนคลอด หรือ ๒ กรัม ทุก ๖ ชั่วโมง จนคลอด ถ้าผู้ป่วยแพ้ Penicillin แนะนำให้รักษา ดังนี้

๑. ถ้าไม่แพ้แบบ Anaphylaxis ให้ cefazolin ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำตามด้วยขนาด ๑ กรัมทุก ๘ ชั่วโมงจนคลอด

๒. ถ้าผู้ป่วยแพ้แบบ Anaphylaxis ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

๒.๑ Erythromycin ๕๐๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๖ ชั่วโมง

๒.๒ Clindamycin ๙๐๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๘ ชั่วโมงจนคลอด

๓. กรณีที่ดื้อยา Clindamycin หรือ Erythromycin หรือไม่ทราบความไวของเชื้อพิจารณาให้ยา vancomycin ๑ กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๑๒ ชั่วโมงจนคลอด

ยาสเตียรอยด์

การให้ยาสเตียรอยด์ในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าช่วยลดอัตราการตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาโดย Liggins และ Howie ซึ่งให้ยาสเตียรอยด์ในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๔ สัปดาห์ พบอุบัติการณ์ของภาวะหายใจลำบากแรกคลอดของทารก และอัตราการตายจากภาวะนี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ถ้าสามารถยืดการคลอดออกไปได้ ๒๔ ชั่วโมง หรือคลอดภายใน ๗ วันหลังได้รับยา

ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์ กระตุ้นโปรตีนที่ควบคุมระบบชีวเคมีภายในเซลล์ pneumocyte type II ของปอดทารกในครรภ์ ทำให้มีการสร้างสาร surfactant เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ compliance และ maximal lung volume เพิ่มขึ้น

การบริหารยามี ๒ วิธีตามชนิดของยา คือ

๑. Betamethasone ให้ขนาด ๑๒ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก ๒๔ ชั่วโมง ๒ ครั้ง

๒. Dexamethasone ให้ขนาด ๖ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก ๑๒ ชั่วโมง ๔ ครั้ง

แนะนำให้ยาในมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง ๒๔-๓๔ สัปดาห์ยังไม่มีรายงานส่งผลดีของการให้ยาก่อนอายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ ยาสเตียรอยด์ทำให้เกิดผลดีหลังได้ยานาน ๒๔ ชั่วโมง เริ่มจากเวลาให้ยา ประสิทธิภาพสูงสุดหลังได้ยา ๔๘ ชั่วโมง โดยผลของยาจะคงอยู่นานประมาณ ๗ วัน

การให้ยาสเตียรอยด์ซ้ำภายหลังจาก ๗ วันไปแล้ว ไม่ได้ลดภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอด เนื่องจากผลเสียของการใช้ยาสเตียรอยด์ต่อทารกที่กำลังเจริญเติบโตไม่ชัดเจน จึงไม่แนะนำให้ยาสเตียรอยด์ซ้ำกรณีที่ยังไม่คลอดหลังได้ยาครั้งแรก ผลเสียในระยะสั้นของยาสเตียรอยด์ที่พบได้ คือ ภาวะปอดบวมน้ำ การติดเชื้อ นอกจากนี้การควบคุมระดับกลูโคสในเลือดทำได้ยากขึ้นในมารดาที่เป็นเบาหวาน ยาสเตียรอยด์อาจกระตุ้นทำให้มดลูกเกิดการหดตัวและเกิดอาการเจ็บครรภ์ได้ ผลการให้ยาสเตียรอยด์ในมารดาตั้งครรภ์แฝดที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ชัดเจน ปัจจุบันการให้ยาสเตียรอยด์แนะนำให้แบบชุดเดียวโดยต้องไม่มีข้อห้ามของการใช้ยา

สรุปการใช้ยาสเตียรอยด์ในการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ

๑. สามารถลดภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอดได้ เช่น ภาวะหายใจลำบากแรกคลอดได้ Periventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis และลดอัตราการตายปริกำเนิดได้อย่างมีนัยสำคัญ

๒. แนะนำการใช้ระหว่างอายุครรภ์ ๒๔-๓๔ สัปดาห์

๓. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงเกิดการคลอดที่ได้ผลการรักษาที่ดี คือ การคลอดระหว่าง ๒๔ ชั่วโมง ถึง ๗ วันหลังได้รับยาครั้งแรก

๔. แนะนำให้ยาแบบชุดเดียว (single course) ไม่แนะนำให้ยาซ้ำ ถ้ายังไม่คลอดหลัง ๗ วันเนื่องจากพบภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกแรกคลอด

การรักษาตามอายุครรภ์

๑. อายุครรภ์น้อยกว่า ๒๔ สัปดาห์

มารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๒๔ สัปดาห์ เป็นระยะวัยก่อนเลี้ยงรอด คือ ทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ถ้าคลอด การเกิดถุงน้ำคร่ำแตกในช่วงเวลานี้เกิดอันตรายได้ ๒ ประการ คือ การติดเชื้อในน้ำคร่ำและการเกิดภาวะ pulmonary hypoplasia ในทารก อัตรารอดชีวิตขึ้นอยู่กับน้ำหนักทารก ประมาณร้อยละ ๒๔-๗๑ ต้องคลอดเนื่องจากการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำร้อยละ ๕๐ จะเกิดการเจ็บครรภ์ขึ้นเอง อัตราตายของทารกกลุ่มนี้พบสูงมาก

การรักษาด้วยยา เช่น ยาสตีรอยด์ ยาปฏิชีวนะ หรือยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ไม่มีผลต่อการรอดชีวิตของทารก การดูแลรักษา คือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แนะนำทางเลือกต่างๆแก่มารดาและครอบครัวให้ร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งได้แก่การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ หรือ การตั้งครรภ์ต่อ โดยการเฝ้ารอและดูแลอย่างใกล้ชิด

๒. อายุครรภ์ ๒๔ ถึง ๓๑ สัปดาห์

ถ้าทารกในครรภ์สุขภาพดี มารดาไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ไม่มีอาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อในน้ำคร่ำ ให้มารดานอนพักในโรงพยาบาลประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะ ถ้ามารดามีอาการเจ็บครรภ์เริ่มให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ยาสตีรอยด์และยาปฏิชีวนะ

๓. อายุครรภ์ ๓๒ ถึง ๓๓ สัปดาห์

ในอายุครรภ์นี้ควรเจาะตรวจน้ำคร่ำทางหน้าท้อง เพื่อประเมินการเจริญพัฒนาของปอดทารก และตรวจค้นการติดเชื้อในน้ำคร่ำ การเก็บน้ำคร่ำในช่องคลอดเพื่อตรวจดูการทำงานของปอดทารก สามารถทำได้เช่นกันแต่มีข้อจำกัด คือ น้ำคร่ำที่ได้มีปริมาณน้อยและมีการปนเปื้อนสูง ถ้าตรวจพบการทำงานของปอดทารกที่เจริญพัฒนาแล้วควรสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กรณีที่ไม่สามารถตรวจได้อาจให้ยาสตีรอยด์และยาปฏิชีวนะก่อน

การรักษาแบบประคับประคองหลังอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ พบว่าไม่มีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

๔. อายุครรภ์ ๓๔ ถึง ๓๖ สัปดาห์

การรักษาแบบประคับประคองโดยการเฝ้ารอการเจ็บครรภ์คลอดเอง พบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก การติดเชื้อของทารกแรกคลอดและเพิ่มระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลจึงควรสิ้นสุดการตั้งครรภ์

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยรายนี้

๑. Syntocinon คือฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่มีหน้าที่กระตุ้นการทำงานของมดลูก ซึ่งทางการแพทย์ได้นำมาใช้เพื่อกระตุ้นการคลอดหรือเพิ่มการบีบตัวของมดลูกในระหว่างการคลอดบุตร รวมทั้งใช้รักษาอาการตกเลือดหลังคลอด

๒. Ampicillin เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่มเพนิซิลลิน ออกฤทธิ์โดยกำจัดหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียบางชนิดในร่างกาย อาจใช้รักษาโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หลอดลมอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือใช้ป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัสกรู๊ปบีในทารกแรกเกิด

๓. Paracetamol เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป อาการปวดศีรษะ หรือไข้หวัดใหญ่ ทั้งนี้ ยาพาราเซตามอลยังสามารถใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดของโรคข้ออักเสบได้อีก

ด้วย โดยยาชนิดนี้จัดเป็นยาสามัญประจำบ้านเพราะสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์ แต่ต้องใช้ในปริมาณที่เหมาะสม

๔. Dexamethasone ด้วยยาจะยับยั้งการเพิ่มปริมาณผิดปกติของเม็ดเลือดขาว (Leukocytes) ในบริเวณที่มีการอักเสบ อีกทั้งมีกลไกทำให้ของเหลวถูกดูดกลับคืนเข้าในหลอดเลือด เป็นเหตุให้ลดอาการบวมของร่างกาย และกวดการตอบสนองของร่างกายต่อระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค

๕. Nifedipine เป็นยาในกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (Calcium Channel Blocker) มีกลไกการออกฤทธิ์ช่วยคลายกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น ยาในเฟดปีนนำมาใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือป้องกันการเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด และอาจนำมาใช้รักษาโรคและอาการอื่นๆได้ เช่น รักษาโรคเรเนาด์ (Raynaud's Syndrome) ป้องกันป้องกันอาการไมเกรน หรือการคลอดก่อนกำหนด

๖. Bricanyl เป็นยาที่ใช้ในภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

๗. Obimin เป็นยาบำรุงร่างกายสตรี สตรีมีครรภ์ สตรีก่อน และหลังคลอด ระหว่างให้นมบุตร สตรีหลังหมดประจำเดือน และผู้สูงอายุ

กรณีศึกษา: การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลทั่วไป

๑. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ หญิงตั้งครรภ์ไทย อายุ ๑๘ ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน ระดับการศึกษาสูงสุด มัธยมศึกษาตอนต้น ที่อยู่ปัจจุบัน ๑๕๗ หมู่ ๒ ตำบลเกิง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ๒๓ - ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕ (๑๕.๐๕ น.)

๒. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บครรภ์ ท้องป็นแข็ง ก่อนมา ๗ ชั่วโมง

๓. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

๑ วันก่อนเดินทางมาเยี่ยมบ้านสามี ที่อำเภอสุวรรณภูมิ พบลูกดิ้นน้อยลง มีท้องป็นแข็งห่างๆ ๗ ชั่วโมง เจ็บครรภ์ ท้องป็นแข็ง จึงมาโรงพยาบาล

๔. ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ปัจจุบัน

มารดาครรภ์แรก ไม่เคยแท้งบุตร (GoPoPoAoLo) ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ๙ มกราคม ๒๕๖๕ กำหนดคลอด ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๕ อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๕ วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๙ ครั้ง ครบเกณฑ์ ๕ ครั้ง คุณภาพ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักกระตุ้น ๑ ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ ๗ สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด โรคทางเพศสัมพันธ์ผลปกติ

๕. ประวัติการคลอดและการแท้งบุตร

ครรภ์แรก ไม่มีประวัติการแท้ง

๖. ประวัติการคุมกำเนิด

ไม่มีประวัติการคุมกำเนิด

๗. ประวัติการมีประจำเดือน

มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๔ ปี มาครั้งละ ๓ - ๕ วัน สม่าเสมอ

๘. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีบุคคลใดในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคเบาหวาน วัณโรค โรคทางพันธุกรรม และไม่มีประวัติโรคจิต โรคประสาท

๙. ประวัติส่วนตัว

เป็นบุตรสาวคนสุดท้อง ในจำนวนพี่น้อง ๒ คน สมรสแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดาของสามีและสามีที่จังหวัดมหาสารคาม

๑๐. แผนการดำเนินชีวิต

ตื่นนอนประมาณ ๐๗.๐๐ น. ทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยจัดเตรียมอาหารเช้าให้คนในครอบครัว รับประทานอาหารพร้อมครอบครัวประมาณ ๐๘.๐๐ น. แล้วทำงานบ้านทั่วไป เวลาประมาณ ๑๒.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลาว่างก็นอนพัก ไปคุยกับเพื่อนบ้านหรือญาติ จนถึงเวลาประมาณ ๑๗.๐๐ น. จึงจัดเตรียมอาหารเย็น รับประทานอาหารเย็นประมาณ ๑๙.๐๐ น. แล้วดูรายการโทรทัศน์พูดคุยกันในครอบครัว เข้านอนประมาณ ๒๓.๓๐ น. ไม่เคยใช้ยานอนหลับ

๑๑. สุขนิสัยส่วนบุคคล

อาหาร	รับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำ รับประทานข้าวสวยบางครั้ง รับประทานอาหารพื้นบ้าน ต้มน้ำประมานวันละ ๑ - ๒ ลิตร ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราเมื่อมีงานเลี้ยงเป็นบางครั้ง แต่ไม่ดื่มเมื่อตั้งครรภ์ ไม่ใช้ยาเสพติด
การนอนหลับพักผ่อน	กลางคืนนอนหลับวันละ ๖ - ๘ ชั่วโมง นอนกลางวันวันละ ๑ - ๒ ชั่วโมง
การออกกำลังกาย	ทำงานบ้านเล็กน้อย ไม่ชอบการออกกำลังกาย
การขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑-๒ ครั้ง ปัสสาวะวันละ ๒-๓ ครั้ง

๑๒. สัมพันธภาพในครอบครัว

อาศัยอยู่ที่บ้านกับสามีและครอบครัว ในครอบครัวรักใคร่กันดี มีบ้านญาติอยู่ใกล้เคียง ไปมาหาสู่กัน
ประจำบางครั้งจะรับประทานอาหารร่วมกัน

การประเมินสภาพและการตรวจร่างกาย

การประเมินสภาพแรกรับ

มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๕ วัน มีอาการเจ็บครรภ์ ท้องบั้นแข็ง ก่อนมา ๗ ชั่วโมง จึงมา
โรงพยาบาล น้ำหนัก ๕๓ กิโลกรัม สูง ๑๖๐ เซนติเมตร แรกรับอุณหภูมิกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้น
ของชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตแรกรับ ๑๑๐/๖๐
มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางหน้าท้องพบเด็กท่า LOA เด็กตื่นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที
สม่่าเสมอ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก ๒.๕ เพอร์เซ็นต์ ระดับของ
ส่วนน้ำ -๒ พบถุงน้ำ

การประเมินสภาพทั่วไป

หญิงไทยรูปร่างสมส่วน อายุ ๑๘ ปี กังวล ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร น้ำหนัก ๕๓ กิโลกรัม เจ็บครรภ์เป็นพักๆ ท้องบั้นแข็ง สีหน้าวิตกกังวล	
ศีรษะและใบหน้า	ผอมยาวสีดำ ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ
ตา	มองเห็นชัดเจน เยื่อบุตาเป็นสีชมพูจางๆ ตาไม่เหลือง รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อ แสงดีเท่ากันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวของตาทั้งสองข้างปกติ
หู	รูปร่างปกติ การได้ยินชัดเจน ไม่มีการอักเสบ ต่อม้ำเหลืองหลังใบหูไม่โต
จมูก	ลักษณะจมูกอยู่ในแนวตรง การได้กลิ่นปกติ ไม่มีน้ำมูก เยื่อบุจมูกไม่บวมแดง
ช่องปาก	ไม่มีฟันผุ เหงือกและลิ้นเป็นสีชมพู ต่อมทอนซิลไม่โต
คอ	หลอดลมอยู่ในแนวตรง ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอไม่โต ไม่มีคอแข็ง
ทรวงอกและทางเดินอาหาร	รูปร่างทรวงอกสมมาตรกันทั้งสองข้าง การขยายของทรวงอกเท่ากัน หายใจปกติ
หัวใจและหลอดเลือด	ลักษณะทรวงอกเรียบ ไม่มีอกไก่ หัวใจเต้นแรงสม่่าเสมอ
หน้าท้องและทางเดินอาหาร	ตบม้ามไม่โต ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบไม่โต ไม่มีริดสีดวงทวาร
ผิวหนังและเล็บ	ผิวเรียบ ไม่มีแผล หรือผื่นคัน ไม่บวม

ระบบประสาท	ประสาทคู่ที่ ๑ - ๑๒ ปกติ Motor กล้ามเนื้อแข็งแรงดี ไม่ลีบฝ่อ Sensory การรับรู้ต่อความเจ็บปวดปกติ Reflex normal
กล้ามเนื้อและกระดูก	กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและร่างกายได้ดี ไม่มีข้อติด
เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	เต้านมสองข้างไม่คัดตึง หัวนมปกติ ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ไม่โต อวัยวะเพศภายนอกปกติ
การตรวจครรภ์	ระดับยอคมดลูกอยู่ที่ ๓/๔ เหนือระดับสะดือ วัดจากยอดมดลูกถึง หัวหน้าได้ ๒๔ เซนติเมตร คลำได้แผ่นเรียบและแน่นด้านซ้ายมือ ของมารดา เหนือหัวหน้าคลำได้ก้อนกลมแข็ง โยกส่วนนำไม่ได้ ฟังเสียงหัวใจทารกได้ทางด้านซ้ายต่ำกว่าสะดือ อัตราการเต้นของ หัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที คะเน่น้ำหนักประมาณ ๒,๓๐๐ กรัม มีการหดรัดตัวของมดลูกเป็นพักๆ
การตรวจภายใน	ปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก ๒๕% ระดับของส่วนนำ -๒ พบถุงน้ำ สภาพเชิงกรานปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ URIN ANALYSIS (วันที่ ๒๓ ก.ย. ๒๕๖๕)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Color		Yellow	ปกติ
Turbidity		Clear	ปกติ
Urine protein	Negative	Negative	ปกติ
Urine sugar	Negative	Negative	ปกติ
Urine sp.gr.	๑.๐๑๕-๑.๐๒๕	๑.๐๑๕	ปกติ
Urine Urobilinogen	Normal	Negative	ปกติ
Urine Bilirubin	Negative	Negative	ปกติ
Urine Nitrite	Negative	Negative	ปกติ
Urine Blood	Negative	Negative	ปกติ
Urine Leukocyte	Negative	๑+	ปกติ
RBC		๐-๑	ปกติ
WBC		๑-๒	ปกติ
Squamous Epi cell		๐-๑	ปกติ
Urine pH	๕-๘	๗	ปกติ
Urine ketone	Negative	๒+	ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (วันที่ ๒๓ ก.ย. ๒๕๖๕)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	การแปลผล
Hemoglobin	๑๒-๑๖ g/dl	๑๑.๘	ต่ำเล็กน้อย
Hematocrit	๓๖-๔๘%	๓๖.๗	ปกติ
RBC count	๔.๒-๕.๕	๔.๒๓	ปกติ
Platelet count	๑๔๐-๔๐๐	๓๒๘	ปกติ
WBC count	๔.๕-๑๐	๙.๙๘	ปกติ
Lymphocyte	๒๐-๕๐	๒๒.๒	ปกติ
Monocyte	๓.๐-๑๒	๕.๖	ปกติ
Neutrophil	๕๐-๗๕	๗๐.๓	ปกติ
Eosinophil	๐.๕-๕	๑.๗	ปกติ
Basophil	๐-๑	๐.๒	ปกติ
Normochromia	Normal	Normal	ปกติ
Normocyte	Normal	Normal	ปกติ
MCV	๘๐-๙๐	๘๖.๘	ปกติ
MCH	๒๘-๓๓	๒๘	ปกติ
MCHC	๓๓-๓๖	๓๒.๓	ปกติ
RDW	๐-๑๕	๑๑.๙	ปกติ
MPV	๐.๐-๙๙.๙	๗.๗	ปกติ

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยแรกรับ

การวินิจฉัยโรคสุดท้าย

Preterm labor with delivery

Spontaneous Preterm delivery.

Single Preterm Birth

แผนการรักษาที่ได้รับขณะดูแล

Date	Order for one day	Order for continuation
๒๓/ก.ย./๖๕	Diagnosis G๑P๐ GA ๓๖+๕ Wks. with Preterm labor	
เวลา ๑๕.๐๐ น.	-Admit LR -CBC,U/A -On EFM -U/S : EFW ๒,๒๐๐ gm. Vx. -Nifedipine ๑๐ mg. ๑ tab oral q ๑๕ min * ๔ dose then ๒ tab oral q ๔ hr. Keep BP >= ๙๐/๖๐ mmHg. ก่อนให้ยา -Dexamethasone ๖ mg. IM q ๑๒ hr.* ๔ dose if no sign Infection -Observe uterine contraction and fetal heart sound -Consult กุมารแพทย์ -Consult สูติแพทย์	Record V/S
เวลา ๑๗.๓๐ น. EFM หลัง Load Nifedipine ๑๐ mg. ๑ hr. IPM Cat I Interval ทุก ๗ นาที Duration ๒๕ วินาที FHS ๑๕๐ /min รายงานแพทย์เวร รับทราบ	-Bricanyl ½ amp SC stat -NST หลังฉีด ๑ hr.	
เวลา ๑๙.๐๗ น. EFM IPM Cat II Fetal tachycardia FHS ๑๖๐-๑๘๐ /min รายงานแพทย์เวร รับทราบ	-Ringer-lactate solution ๑,๐๐๐ ml. IV load ๓๐๐ ml/hr. -On O๒ mask with bag ๑๐ LPM -ดูแลนอนตะแคงซ้าย -Off Nifedipine ๑๐ mg.	

แผนการรักษาที่ได้รับขณะดูแล(ต่อ)

Date	Order for one day	Order for continuation
<p>๒๓/ก.ย./๖๕ เวลา ๒๐.๔๕ น. EFM IPM Cat II Fetal tachycardia FHS bassline ๑๗๐/min รายงานแพทย์เวรรับทราบ ๒๑.๓๐ น. แพทย์เวรตรวจเยี่ยม อาการ Consoul สูติแพทย์ off inhibit ปล่อย expectant</p> <p>เวลา ๒๒.๑๕ น.</p>	<p>-Ringer-lactate solution ๑,๐๐๐ ml. IV load ๓๐๐ ml/hr. then ๑๒๐ ml/hr. -On O๒ mask with bag ๑๐ LPM -จัดท่านอนตะแคงซ้าย</p> <p>-off Nifedipine</p> <p>-NPO เมื่อเข้า Active phase</p>	
<p>๒๔/ก.ย./๖๕ เวลา ๐๖.๕๐ น. Interval ทุก ๔ นาที Duration ทุก ๒๐ วินาที Cx. ๒ cm. MI ๗๕% S-๑</p> <p>เวลา ๐๘.๒๐ น. ท้องป็นทุก ๕ นาที ยังไม่มึ่น้ำเดิน G๑Po GA ๓๖+๖ Wks.</p> <p>เวลา ๐๘.๓๕ น.</p>	<p>-Ampicillin ๒ gm IV stat then ๑ gm IV q ๔ hr. เมื่อเข้า Active phase</p> <p>-Go on labor -๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml. IV ๘๐ ml/hr.</p> <p>-Off ๐.๙% NSS -Ringer-lactate solution ๑,๐๐๐ ml. IV ๘๐ ml/hr.</p> <p>Postpartum Medication one day -Syntocinon ๑๐ u IM -Methergin ๑ amp. IV -ยาสมุนไพร ๑ ห่อ</p>	<p>Medication continuous -Paracetamol ๕๐๐ mg. ๑ tab oral prn for pain -Obimin AZ ๑ tab oral OD pc</p>

แผนการรักษาที่ได้รับขณะดูแล(ต่อ)

Date	Order for one day	Order for continuation
๒๕/ก.ย./๖๕ เวลา ๐๙.๓๐ น. G๑P๑ GA ๓๖+๖ Wks. Post op day๑ ดีขึ้นดี	-Promote ambulate -Promote feeding	
๒๖/ก.ย./๖๕	D/C today -F/U ๑ wk. ดูแล และ ๖ wk. PP clinic	-Paracetamol ๕๐๐ mg. ๑ tab oral prn for pain q ๔-๖ hr. -Obimin AZ ๑ tab oral OD pc

บันทึกรายงานการคลอด

๑. การฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๕ ครั้ง ที่ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ๑ ครั้ง อายุครรภ์ที่ฝากครั้งแรก ๗ สัปดาห์ ครบตามเกณฑ์ GA ๓๖ สัปดาห์ LMP ๙ ม.ค. ๖๕ EDC ๑๖ ต.ค. ๖๕ By LMP G๑P๑P๐A๐L๐ LAB VDRL : NR Anti HIV : NR HBsAg : Neg HCT : ๓๔.๒ Thalassemia : DCIP Neg ,Bl.gr. O+			
๒. อาการแรกเริ่ม : อาการสำคัญ เจ็บครรภ์ มีท้องป็นแข็งก่อนมา ๗ ชั่วโมง น้ำหนัก ๕๓ กก. ส่วนสูง ๑๖๐ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตแรกเริ่ม ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางหน้าท้องพบเด็กท่า LOA เด็กดีันดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก ๒๕ เปอร์เซ็นต์ ระดับของส่วนน้ำ -๒ พบถุงน้ำ			
๓. ระยะรอกคลอด :	เริ่มเจ็บครรภ์เวลา	๑๒:๐๐ น.	๒๓ /ก.ย./๕๖
	ปากมดลูกเปิดหมดเวลา	๑๗:๑๐ น.	๒๔ /ก.ย./๕๖
	เด็กเกิดเวลา	๑๗:๒๓ น.	๒๔ /ก.ย./๕๖
	รอกคลอดเวลา	๑๗:๒๗ น.	๒๔ /ก.ย./๕๖
รวมระยะเวลาการคลอด ๒๙ hr. ๒๗ min			
๔. Episiotomy : แผล perineum RML episiotomy การเย็บ All cat gut ๒-๐ subcutaneous			
๕. รกและสายสะดือ : การคลอดรกโดยวิธี Controlled cord traction น้ำหนัก ๖๕๐ กรัม ชีตริมี ๕ ซม. ท่างริมี ๑๐ ซม.สายสะดือยาว ๖๐ cm ลักษณะของรก Normal placenta Blood loss ๑๐๐ cc			
๖. The child : เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๑๐ กรัม วันเกิด ๒๔ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๗:๒๓ น. วิธีคลอด Normal ความยาว ๔๖ ซม. รอบหัว ๓๐ ซม. รอบอก ๒๙ ซม. อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ อัตราการหายใจ ๕๐ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๕๖ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๗๒/๕๒ มิลลิเมตรปรอท O๒ sat Room air ๑๐๐ % Apgar Score ๙-๑๐-๑๐ ยาที่ได้รับ Hep.B. ,Vit K๑ ยาป้ายตา ,ลักษณะน้ำคร่ำ Clear			

สรุปการวินิจฉัยการพยาบาล

ระยะยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การพยาบาลมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

S : “คุณหมอฉันปวดท้องเหมือนใกล้จะคลอดแล้ว”

O : จับ Uterine contraction Interval ๗ นาที Duration ๒๕ วินาที

O : อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๕ วัน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยับยั้งอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้

๒. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการให้ยา วิธีให้ยา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้สังเกตอาการแทรกซ้อน ได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ หายใจลำบาก ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที

๒. ให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด Nifedipine ๑๐ mg. ๑ tab oral q ๑๕ min, Bricanyl ๑/๒ amp SC และยาสเตียรอยด์ Dexamethasone ๖ mg. IM q ๑๒ hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

๓. ให้คำแนะนำหลังให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด สังเกตอาการ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ให้แจ้งพยาบาลทันที

๔. เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลง และสังเกตการหดตัวของมดลูกซึ่งอาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดที่ไม่อาจยับยั้งได้

๕. จัดสภาพแวดล้อมให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

๖. จัดท่านอนให้ในท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยลดแรงดันต่อมดลูก และเพิ่มปริมาณเลือดมาเลี้ยงมดลูก

๗. ประเมินสัญญาณชีพ หลังจากให้ยา พร้อมทั้งซักถามอาการใจสั่น และอาการผิดปกติอื่นๆ สังเกตอาการและจังหวะการเต้นของชีพจรตลอดระยะเวลาที่ปรับเพิ่มขนาดยา

๘. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์

การประเมินผล

สามารถยับยั้งการคลอดได้ ๑ วัน สัญญาณชีพหญิงตั้งครรภ์ปกติ สัญญาณชีพทารกในครรภ์ปกติ อยู่ระหว่าง ๑๖๐-๑๗๐ ครั้งต่อนาที แพทย์สั่งให้ปล่อยคลอดในวันถัดไป ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

ระยะที่ ๑ ของการคลอด

การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกหดรั้งตัว

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

การพยาบาลด้านทารก

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรั้งตัว

การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกหดรั้งตัว

ข้อมูลสนับสนุน

S : เมื่อมดลูกหดรั้งตัวมารดาทำหน้านิ้วคิ้วขมวด ร้องครวญคราง กระสับกระส่ายพลิกตัวไปมา

O : จับ Uterine contraction Interval ๗ นาที Duration ๒๕ วินาที

O : ประเมินด้วย Pain score=๖ คะแนน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
๒. เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด

เกณฑ์การประเมินผล

๓. มารดาสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้เหมาะสม
๔. ปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรั้งตัวด้วยเทคนิคการผ่อนคลายได้ถูกต้อง
๕. ให้ความร่วมมือขณะให้การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความเจ็บปวดของมารดาโดยสังเกตลักษณะท่าทาง การแสดงออกและสอบถามอาการ บริเวณที่เจ็บปวด ประเมินด้วย Pain score
๒. ให้กำลังใจ ปลอบโยน อธิบายให้ทราบว่าอาการเจ็บครรภ์เป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ปากมดลูกเปิดมากขึ้น การคลอดดำเนินไปด้วยดี ภายหลังคลอดอาการเจ็บปวดจะหายไป และบอกถึงความก้าวหน้าของการคลอด ว่าอยู่ในระยะใด และเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด
๓. สังเกตการหดรั้งตัวของมดลูกโดยการจับ Uterine contraction เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการหดรั้งตัวและติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในทุก ๑-๒ ชั่วโมงพร้อมแจ้งมารดาและญาติทราบ
๔. ในขณะที่มดลูกมีการหดรั้งตัวมารดาจะเจ็บปวดแนะนำให้มารดาใช้เทคนิคการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวด คือ เมื่อมดลูกเริ่มหดรั้งตัวให้มารดาหายใจเข้าออกลึกๆ ขณะมดลูกหดรั้งตัวให้หายใจตื้น และก่อนการหดรั้งตัวของมดลูกใกล้สิ้นสุดให้หายใจเข้าลึกๆและหายใจออกช้าๆ แนะนำมารดาสูบหน้าท้องรอบๆในแนวเดียวกันเพื่อผ่อนคลายและลดความเจ็บปวด
๕. หากมารดามีอาการปวดหลัง แนะนำมารดานอนตะแคงซ้ายและใช้มือกดนวดลึกๆบริเวณ Sacrum หรือนวดบริเวณต้นขา หรือพยาบาลช่วยนวดให้ถ้ามารดาเจ็บครรภ์มากทำไม่ไหว หรือถ้ามีญาติก็แนะนำญาติช่วยนวดให้มารดา
๖. ดูแลให้มารดาพักผ่อนในท่าสบายเพื่อช่วยลดความเครียดและทำให้สบายขึ้น

๗. หากมารดามีอาการเจ็บปวดมากไม่สามารถทนความเจ็บปวดได้ รายงานสูติแพทย์อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวด ดูแลให้ยาถูกต้องตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ให้ โดยเฉพาะอาการของการหายใจถูกกด

การประเมินผล

ขณะมดลูกหดตัว มารดาผ่อนคลายสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือดีไม่ร้องตื่นไปมา ประเมินด้วย Pain score=๔ คะแนน

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ยังไม่ครบกำหนดคลอด ถ้าคลอดแล้วลูกจะแข็งแรงมั๊ย”

O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิดครุ่นคิด แสดงอาการท่วงโยทารกในครรภ์ตลอดเวลา

O : ญาติซักถามอาการเจ็บครรภ์ของมารดาอยู่บ่อยๆ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น

๒. มารดาคลายความวิตกกังวลและมีความมั่นใจในการคลอด

๓. มารดาให้ความร่วมมือและบอกวิธีปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความวิตกกังวลจากสีหน้า ลักษณะท่าทางและคำพูดของมารดาที่ แสดงออก

๒. สร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยแนะนำตนเอง พูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพน่าฟังไม่ใช้คำพูดหรือกิริยาไม่

เหมาะสมแสดงท่าทีพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ

๓. เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก และซักถามปัญหาที่สงสัยและต้องการให้ช่วยเหลือ

๔. ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและสิ่งที่ต้องเผชิญในขณะคลอดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

๕. แจ้งความก้าวหน้าของการคลอดและ ทารกในครรภ์เป็นระยะตามความเป็นจริง

๖. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลโดยเคารพสิทธิและคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้คลอด

แจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลและอธิบายถึงเหตุผล ของการพยาบาลทุกครั้งเมื่อจำเป็นต้องมีการตรวจทางช่องคลอดควรกันม่านให้ มิดชิด

๗. อยู่เป็นเพื่อนดูแลอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจ ปลอบใจและคอยเป็นที่ปรึกษาอมรับพฤติกรรม

ที่แสดงออกมา

การประเมินผล

มารดาบอกรู้สึกสบายใจ รู้สึกมั่นใจขึ้นคลายความวิตกกังวลลง ยิ้มแย้มขณะพูดคุยกับพยาบาล ขณะไม่เจ็บครรภ์ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติตัวขณะรอคลอดได้เหมาะสม

การพยาบาลด้านทารก

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน

- : อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๕ วัน
- : อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง ๑๕๐ - ๑๘๐ ครั้ง/นาที
- : การหดตัวของมดลูก Interval ๗ นาที Duration ๒๕ วินาที

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ระหว่าง ๑๓๐ - ๑๖๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ และชัดเจน
๒. ทารกในครรภ์ตื่นอย่างน้อย ๓-๔ ครั้ง/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้การทานอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ และทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
๒. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยฟังการเต้นของหัวใจทารก และลงบันทึกทุกระยะ Latent phase ทุก ๓๐-๖๐ นาที ระยะ Active phase ทุก ๑๕-๓๐ นาที หากพบเสียงหัวใจทารกมากกว่า ๑๖๐ ครั้ง/นาที หรือต่ำกว่า ๑๒๐ ครั้ง/นาที ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น โดยการทำให้ Intrauterine resuscitation ดังนี้
 - ๒.๑ ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag ๑๐ LPM เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
 - ๒.๒ จัดท่านอนตะแคงซ้าย
 - ๒.๓ ให้ Ringer-lactate solution ๑,๐๐๐ ml. IV ๘๐ ml/hr. ตามแผนการรักษา
 - ๒.๔ ติดเครื่องบันทึกการเต้นของหัวใจทารกตลอดเวลา
 - ๒.๕ แนะนำการหายใจอย่างถูกวิธี
 - ๒.๖ รายงานแพทย์ทราบ
๓. บันทึกการตื่นของทารกในครรภ์ใน ๑ ชั่วโมง ถ้าการตื่นของทารกในครรภ์ต่ำกว่า ๓ ครั้ง/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ
 ๔. สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูก ดูความรุนแรงและระยะห่างของการหดตัวของมดลูกเพื่อประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ของมารดา ซึ่งมีผลต่อการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ โดยการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้งไม่นานเกิน ๖๐ วินาที และระยะห่างไม่น้อยกว่า ๒-๓ นาที ถ้าพบมดลูกมีการหดตัวถี่หรือนานกว่านี้ ให้รายงานแพทย์
 ๕. เตรียมทีมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมใช้ ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอด

การประเมินผล

ในระหว่างมารดาคลอดให้มารดานอนตะแคงซ้าย อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง (fetal monitor) อยู่ระหว่าง ๑๕๐ - ๑๗๐ ครั้ง/นาที มารดารู้สึกทารกในครรภ์ยังตื่นดี ๔ - ๕ ครั้ง/ชั่วโมง แสดงว่าในระยะรอคลอดทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน

ระยะที่ ๒ ของการคลอด

การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มีความเจ็บปวดรุนแรงจากการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ ๒

การพยาบาลด้านทารก

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากศีรษะเคลื่อนต่ำกดช่องเชิงกราน

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ทารกมีโอกาสเกิดอันตรายต่อศีรษะจากการเบ่งคลอดที่เร็วเกิน

การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑. มีความเจ็บปวดรุนแรงจากการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ ๒

ข้อมูลสนับสนุน

S : เมื่อมดลูกหดตัวมารดาทำหน้าน้ำคิ้วขมวด ร้องครวญคราง กระสับกระส่ายพลิกตัวไปมา

O : จับ Uterine contraction interval ๒ นาที Duration ๔๐ - ๕๐ วินาที

O : ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดหมด ความบาง ๑๐๐% ไม่พบถุงน้ำ ส่วนนำอยู่ระดับ +๑

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ควบคุมการหายใจและเบ่งได้อย่างถูกวิธีขณะมดลูกหดตัว

๒. มารดาให้ความร่วมมือ ไม่ร้องไห้และไม่ดิ้นไปมา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๕ นาที พร้อมทั้งประเมินความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกและความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวดของมารดา เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

๒. ให้คำแนะนำและดูแลให้หายใจและเบ่งอย่างถูกวิธีขณะมดลูกหดตัว เพื่อบรรเทาอาการปวดและทารกสามารถคลอดได้อย่างปลอดภัย

๓. แจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด รวมทั้งแผนการช่วยเหลือการคลอดพร้อมทั้งให้กำลังใจในการเบ่งคลอด เพื่อให้มีความวิตกกังวลและความกลัวต่อการคลอดลดลง

๔. พุดปลอบโยนและแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญ เพื่อให้ผ่อนคลายทางด้านจิตใจ เกิดความอบอุ่นและมีกำลังใจ

การประเมินผล

ให้ความร่วมมือขณะช่วยเหลือการคลอดดี ไม่ร้องไห้และดิ้นไปมา เมื่อมดลูกมีการหดตัวสามารถใช้เทคนิคการหายใจ และเบ่งคลอดอย่างถูกวิธีทุกครั้ง

การพยาบาลด้านทารก

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากศีรษะเคลื่อนต่ำคดช่องเชิงกราน
ข้อมูลสนับสนุน

○ : อายุครรภ์ ๓๕ สัปดาห์ ๕ วัน

○ : อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง ๑๕๐ - ๑๗๐ ครั้ง/นาที ในช่วงมดลูกคลายตัว และอยู่ในช่วง ๑๐๐ - ๑๓๐ ครั้ง/นาทีในช่วงมดลูกหดตัว

○ : การหดตัวของมดลูก Interval ๒ นาที Duration ๔๐ - ๕๐ วินาที

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ระหว่าง ๑๒๐ - ๑๖๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ และชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยฟังการเต้นของหัวใจทารก และลงบันทึกทุก ๕ นาที ถ้าพบผิดปกติ คือ อัตราการเต้นของหัวใจทารกน้อยกว่า ๑๒๐ ครั้ง/นาที หรือมากกว่า ๑๖๐ ครั้ง/นาที หรือจังหวะไม่สม่ำเสมอดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag ๑๐ LPM ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งรายงานแพทย์

๒. แนะนำการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งเชียร์เบ่งคลอด

๓. สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความรุนแรงและระยะห่างของการหดตัวของมดลูก ซึ่งการหดตัวยาวนานมีผลต่อทารกในครรภ์

๔. อยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ เพื่อให้มารดาเกิดความอบอุ่นใจและสามารถผ่านการคลอดไปได้ด้วยดี

๕. ใช้ผ้าเย็นเช็ดหน้าเพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น

๖. เตรียมทีมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมใช้ ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอด

การประเมินผล

ในขณะที่คลอดอัตราเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง(fetal monitor) อยู่ระหว่าง ๑๑๐-๑๕๖ ครั้ง/นาที ชัดเจนสม่ำเสมอ มารดาคลอดปกติเวลา ๑๗:๒๓ น. วันที่ ๒๔ ก.ย. ๖๕ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๑๐ กรัม Apgar Score ๙-๑๐-๑๐

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ทารกมีโอกาสเกิดอันตรายต่อศีรษะจากการเบ่งคลอดที่เร็วเกิน

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ปากมดลูกเปิดหมดเวลา ๐๙.๕๐ น.(๒๔ ก.ย. ๖๕) ความบางของปากมดลูก ๑๐๐% ระดับส่วนนำ +๑ มารดามีลมเบ่ง และบอกว่าอยากเบ่งตลอดเวลา

○ : Estimated fetal size ๒,๒๐๐ กรัม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มารดาและทารกผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ทารกปลอดภัยจากการคลอด ไม่มีภาวะอันตรายต่อศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. จัดท่ามารดาในท่า Lithotomy และทำความสะอาดอวัยวะเพศ
๒. เตรียมอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆ ในการทำคลอด
๓. สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูกตลอดระยะเวลาของการคลอดและประเมินเสียงหัวใจทารกทุก ๕ นาที ในขณะที่มดลูกคลายตัว
๔. ดูแลสวนปัสสาวะทิ้งเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำ
๕. สอนและแนะนำการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง เพื่อให้มารดาเบ่งคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. เตรียมความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือให้ทันทั่วทั้งที่ถ้าเกิดการคลอดล่าช้า เช่น เตรียมมารดาสำหรับการช่วยเหลือการคลอดด้วยคีม เครื่องดูดสุญญากาศ โดยคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และร่างกาย การเตรียมเครื่องมืออย่างถูกต้องครบถ้วน
๗. เมื่อผู้คลอดเบ่งจนเห็นศีรษะเด็กที่ปากช่องคลอดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๓ เซนติเมตรให้ช่วยตัดฝีเย็บ
๘. เตรียมทีมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก ให้พร้อมใช้ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอด

การประเมินผล

มารดาเบ่งคลอดได้ถูกวิธีตามคำแนะนำ ทารกคลอด Active ดี Apgar Score ๙-๑๐-๑๐ รวมระยะเวลาการคลอด ๒๙ hr. ๒๗ min ทารกคลอดอย่างปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ระยะที่ ๓-๔ ของการคลอด

การพยาบาลด้านมารดา

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการฉีกขาดของช่องทางการคลอด
- ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดามีโอกาสเกิดการขาดสารน้ำและอาหารในระยะหลังคลอดเนื่องจากการสูญเสียเลือดและพลังงานในการคลอด
- ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากมีแผลในโพรง มดลูก และฝีเย็บ
- ข้อวินิจฉัยที่ ๔ ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บมาก

การพยาบาลทารกแรกเกิด

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกมีโอกาสดังกล่าวภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและไขมันสะสมน้อย
- ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ

การพยาบาลด้านมารดา

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการฉีกขาดของช่องทางการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- : มารดาหลังคลอดมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย
- : หลังคลอดมีการสูญเสียเลือดประมาณ ๑๐๐ ซีซี
- : มีแผลฝีเย็บแบบ LML episiotomy ระดับ Second degree tear
- : มารดามีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มดลูกหดรัดตัวดีแข็ง คลำไม่นุ่ม
๒. สัญญาณชีพปกติ
๓. เลือดที่ออกจากโพรงมดลูกมีปริมาณไม่เกิน ๕๐๐ มิลลิลิตร
๔. มารดาไม่มีอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะทั่วไป ผิวหนัง ผิวควรจะอุ่นและแห้ง ไม่ซีดเย็นขึ้นด้วย เทงื่อ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก มีเลือดออกมาก

๒. ดูแลให้ออนศิริขะสูงเล็กน้อยเพื่อความสบาย การหายใจสะดวก ได้รับออกซิเจนเต็มที่

๓. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก คือ Syntocinon ๑๐ ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หลังเด็กคลอดและ Methergin ๑ amp. IV หลังรกคลอด

๔. ตรวจหารอยฉีกขาดโดยเร็วและละเอียดเมื่อพบทำการซ่อมแซมโดยเร็ว

๕. หากรอยฉีกขาดนั้นอยู่สูงให้ปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินซ้ำและช่วยในการเย็บ

๖. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก ๑๕ นาทีในช่วงแรก และทุก ๓๐ นาทีในช่วงต่อมา

ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี ควรกระตุ้นด้วยการคลึงมดลูกเบาๆ และสอนให้มารดาปฏิบัติด้วย ตนเองและหยุดทำเมื่อมดลูกหดรัดตัวดี ป้องกันกล้ามเนื้อมดลูกหดรัดเป็นสาเหตุของมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

๗. ประเมินกระเพาะปัสสาวะและแนะนำถึงผลกระทบจากกระเพาะปัสสาวะเต็ม จะทำให้ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้ กระตุ้นให้มารดาปัสสาวะถ้าไม่สามารถปัสสาวะได้เองก็สวนปัสสาวะให้ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

๘. ประเมินลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดซึ่งปกติจะสูญเสียเลือดในช่วงแรกประมาณ ๖๐ ml. ช่วงต่อมา ๓๐ ml. หรือในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอดประมาณ ๑๐๐ ml. หรือชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ ๒ ชิ้น ถ้าล้นเปื้อนผ้าถุงควรสังเกตอาการเสียเลือด

๙. ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ ต้องตรวจสอบว่ามี Hematoma หรือไม่ เพราะการมี Hematoma แสดงให้ทราบว่ามีเลือดซึมออกในชั้นของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น

๑๐. ตรวจสอบสัญญาณชีพ เพราะการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพจะทำให้ทราบว่าสภาพร่างกายของผู้คลอดอยู่ในภาวะปกติ

๑๑. ถ้าพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือตามอาการ

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดหลัง มีแผล Perineum เป็น LML Episiotomy ระดับ Second degree tear ได้รับการซ่อมแซมบริเวณที่ฉีกขาดแล้ว อ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการวิงเวียน หน้ามืด มดลูกหดรัดตัวดี คลึงมดลูกเค้น blood clot ได้ประมาณ ๑๐๐ ml. ไม่มีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท O₂ sat Room Air ๙๘ %

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดามีโอกาสเกิดการขาดสารน้ำในระยะหลังคลอดเนื่องจากการสูญเสียน้ำและพลังงานในการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : “หิว กระจายน้ำมากกินได้ไหมคะ”
- O : มารดาไม่ได้ดื่มน้ำและรับประทานอาหารในระยะรอคลอดขณะเจ็บครรภ์และระยะคลอด
- O : มารดามีเหงื่อออกมากในระยะคลอด
- O : มารดาปากแห้ง คอแห้ง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

๑. มารดาได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอภายหลังคลอด
๒. ริมฝีปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีการตึงตัวดี
๓. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. จัดให้มารดานอนในท่าที่สบาย
๒. ตรวจสอบสัญญาณชีพ เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
๓. ดูแลมารดาให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ตามความต้องการของมารดาเพื่อทดแทนน้ำและเลือดที่สูญเสียไปในขณะคลอด และเพื่อชดเชยพลังงานที่ใช้ในการเบ่งคลอด
๔. ประเมินลักษณะการขาดน้ำจากสิ่งต่อไปนี้
 - ๔.๑ ความดันโลหิตต่ำกว่าระดับเดิม
 - ๔.๒ อุณหภูมิสูงกว่าระดับปกติ
 - ๔.๓ ชีพจรสูงขึ้นกว่าระดับปกติ
 - ๔.๔ ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ
 - ๔.๕ ริมฝีปากแห้ง การตึงตัวของผิวหนังลดลง
๕. ถ้ามีอาการสูญเสียน้ำมากรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อไป
๖. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้มารดาได้พักผ่อนเต็มที่ ก่อนย้ายไปแผนกหลังคลอด หากต้องการช่วยถ่ายให้มารดาช่วยถ่ายบนเตียง เพราะมารดามีโอกาสเป็นลม หน้ามืด และล้มขาดใจได้

การประเมินผล

มารดาหน้าตาสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด ๑,๐๐๐ ซีซี ได้รับประทานอาหารเป็นข้าวต้ม ๑ ถ้วยและดื่มน้ำ ๑ แก้ว สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท O₂ sat Room Air ๙๘ %

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากมีแผลในโพรง มดลูก และฝีเย็บ
ข้อมูลสนับสนุน

- : มารดาหลังคลอดมีแผลฝีเย็บแบบ RML episiotomy ระดับ second degree tear
- : มีน้ำคาวปลาสีแดงไหลออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ
- : หลังคลอดปากมดลูกยังปิดไม่สนิท
- : มารดามีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. แผลฝีเย็บไม่บวมแดง หรือมีหนอง
๒. น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็น
๓. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

๑. แนะนำการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำสะอาดและฟอกสบู่ทุกครั้งหลังมีการขับถ่าย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ระบบอวัยวะสืบพันธุ์

๒. แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อย ๆ หรือทุกครั้งหลังขับถ่าย เพื่อป้องกันการหมักหมม เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค

๓. บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

๔. กระตุ้นให้มารดามี Early ambulation เมื่อมีอาการทั่วไปปกติ โดยให้ลุกขึ้นและช่วยเหลือตัวเองภายหลังคลอด ๒๔ ชั่วโมงไปแล้วเพื่อให้ น้ำคาวปลาไหลสะดวกดีขึ้น

๕. ตรวจสอบแผลฝีเย็บว่ามีอาการบวม มีเลือดคั่ง หรือมีการอักเสบหรือไม่ เพื่อประเมินการติดเชื้อ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการอักเสบบริเวณแผลฝีเย็บ

๖. วัดและบันทึกระดับยอดมดลูกทุกวัน เพื่อประเมินการติดเชื้อในโพรงมดลูกตามปกติหลังคลอดระดับยอดมดลูกจะอยู่ระดับสะดือหรือต่ำกว่าและจะลดลงวันละ ๑/๒ - ๑ นิ้ว

๗. ดูแลให้มารดาได้รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ ผักผลไม้เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันเชื้อโรค

การประเมินผล

แผลฝีเย็บแห้งดี ไม่มีอาการบวมแดงขอบแผลไม่แยกไม่มีหนอง Normal lochia ไม่มีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท O๒ sat Room Air ๙๙ %

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ไม่อยากขยับตัว ปวดท้องน้อยและปวดฝีเย็บ”

O : มารดาหลังคลอดมีแผลฝีเย็บ

O : Pain score = ๖ คะแนน

วัตถุประสงค์

๑. บรรเทาอาการปวดมดลูกและแผลฝีเย็บลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มารดาหลังคลอดบอกว่าสุขสบายขึ้น อาการปวดมดลูกและแผลฝีเย็บลดลง

๒. เคลื่อนไหวได้มากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้

๓. ไม่แสดงอาการหน้ามืดวิงเวียน มารดาพักผ่อนได้รู้สึกผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้นอนพักบนเตียงในท่าที่สุขสบาย เพื่อให้ร่างกายมีการผ่อนคลาย ทำให้อาการปวดทุเลา หลีกเลี่ยงการลุกนั่งนานๆ เนื่องจากมีการกดทับบริเวณแผลฝีเย็บ ซึ่งจะทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น

๒. ดูแลให้ได้รับยา Paracetamol ๕๐๐ mg. ๑ เม็ด ทุก ๔ – ๖ ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการปวด

๓. แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ ลึกๆ และใช้สัมผัสนุ่มนวล เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ มีผลทำให้อาการปวดลด

น้อยลง

๔. อธิบายสาเหตุการปวดมดลูก ว่าเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก อธิบายสาเหตุของการปวดแผลฝีเย็บว่ากล้ามเนื้อฝีเย็บ ซึ่งถูกตัดในระยะคลอด เพื่อให้หนทางคลอดกว้างขึ้น และสะดวกแก่การผ่านของทารก นั้น เกิดบาดแผลทำให้เนื้อเยื่อหลุดเลือด และเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาการปวดมักจะเกิดในช่วงแรกหลังคลอด และจะค่อย ๆ ทุเลาลง การให้เหตุผลดังกล่าวเพื่อให้มารดาได้รับทราบถึงสาเหตุยอมรับสภาพความเจ็บปวด ตลอดจนสามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง เพื่อให้อาการปวดลดน้อยลง

๕. อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มารดามีความรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

๖. สังเกตแผลฝีเย็บว่ามีการบวมแดงของแผลหรือไม่ ซึ่งเป็นอาการของการอักเสบและดูว่าแผลเป็น Hematoma เพิ่มขึ้นหรือไม่

๗. แนะนำวิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดโดยการแสดงบทบาทมารดา เช่นการสัมผัสบุตร การให้นมบุตร การดูแลตนเอง การผ่อนคลายด้วยวิธีต่างๆ

๘. ประเมินความเจ็บปวดด้วย Pain score

การประเมินผล

มารดาหลังคลอด มีแผลฝีเย็บไม่มีการบวมแดง หลังได้รับยา Paracetamol ๕๐๐ mg. ๑ เม็ด อาการปวดทุเลาลง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเป็นบางกิจกรรม เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น และนอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ ประเมินความเจ็บปวดด้วย Pain score = ๓ คะแนน

การพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและไขมันสะสมน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

- : ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัว ๒,๓๑๐ กรัม
- : ทารกคลอดก่อนกำหนดศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารกยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์
- : มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์

๑. ทารกไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

๑. ทารกไม่มีอาการ เขียวหรือ ซีด ตัวเย็น
๒. ทารก Active ดี ไม่ซึม ดูดนมมารดาได้
๓. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายไม่ต่ำกว่า ๓๖.๕ องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สังเกตสีผิว อาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า หรือ ตัวลาย หายใจช้า ไม่ Active
๒. ดูแลร่างกายทารกให้ได้รับความอบอุ่นโดยใช้ผ้าห่มและแห้งห่อตัวให้ทารกหลีกเลี่ยงการใช้กระเป๋าน้ำร้อนให้ความอบอุ่นแก่ทารกเพราะอาจเกิดอันตรายได้เนื่องจากผิวทารกไวต่อความรู้สึก ทำให้พองหรือไหม้ได้
๓. ประเมินและบันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก ๓๐ นาทีถ้าอุณหภูมิต่ำกว่า ๓๖.๕ องศาควรได้รับการให้ความอบอุ่นภายใต้ Radiant warmer
๔. ดูแลให้ทารกได้ดูดนมมารดา ให้เนื้อแนบเนื้อมารดาทารกจะได้รับความอบอุ่นไม่มีภาวะตัวเย็น
๕. สวมหมวก ถุงมือ ถุงเท้า เสื้อ ผ้าอ้อมไม่ใช่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพราะจะเป็นการนำความร้อนออกจากร่างกายและห่อตัวด้วยผ้าขนหนู ๒ ผืน ถ้าวัดอุณหภูมิร่างกายทารกพบมีภาวะ Hypothermia ดูแล Keep warm ด้วยถุงผ้าและถุงฉนวนประเมินอุณหภูมิซ้ำทุก ๓๐ นาที หรือในกรณีที่อุณหภูมิห้องต่ำมากอาจป้องกันภาวะ Hypothermia ด้วยถุงผ้าและถุงฉนวน
๖. ดูแลประเมินความเข้มข้นของเลือด Hct. และ ค่า DTX ทารกแรกเกิดในรายที่มีภาวะ Hypothermia ในช่วงแรกหลังคลอดเพื่อประเมินภาวะ Hypoglycemia จากภาวะ Hypothermia ถ้ามี ให้กระตุ้นดูดนมมารดาและรายงานแพทย์ทราบ

การประเมินผล

ทารกแรกเกิดตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ไม่ซีด กล้ามเนื้อตึงตัวดี ดูดนมมารดาได้ดี หายใจสม่ำเสมอไม่หอบ อัตราการหายใจ ๕๐ ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๕๖ ครั้ง/นาที O_๒ sat Room Air ๑๐๐ %

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากทารกมีความต้านทานโรคต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ทารกแรกเกิดมีผลจากการตัดสายสะดือ

○ : มารดามีประวัติน้ำเดินมา ๒ วัน

วัตถุประสงค์

๑. ทารกไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

๑. สะดือแห้งดี ไม่มี Bleeding ซีม สะดือไม่บวมแดง

๒. ตาไม่แฉะ

๓. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อโรค ห้องทารกควรสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก และสามารถควบคุมอุณหภูมิได้

๒. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับทารกให้สะอาดหรือปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งจะใช้งานได้ทันที ไม่วางสิ่งของไว้เกินความจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้ฝุ่นละอองสะสม

๓. การดูแลตา ทารกแรกเกิดทุกราย ต้องได้รับการเช็ดตาทันทีด้วย ๐.๙% NSS และใช้ Terramycin eye oilment ป้ายตาทั้ง ๒ ข้าง เพื่อป้องกันการติดเชื้อหนองใน

๔. การดูแลสายสะดือ ภายหลังจากการตัดสายสะดือ ต้องสังเกตการมีเลือดออกทางสายสะดือเนื่องจากสายสะดือจะแห้งและเหี่ยวลงเรื่อยๆ เชือกที่ผูกไว้อาจหลวมและทำให้มีเลือดออกได้ ถ้ามีเลือดซึมออกมา ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ ๗๐% เช็ดสายสะดือและผูกใหม่ให้แน่น เพื่อป้องกันการเสียเลือด และการติดเชื้อทางสายสะดือ

๕. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโดย ล้างมืออย่างถูกวิธีก่อนและหลังการจับทารกทุกครั้ง ป้องกันการนำเชื้อโรคจากทารกคนหนึ่งไปยังทารกคนอื่นๆ

๖. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่ผิดปกติเช่น อาการซีม ไม่ดูดนม เคลื่อนไหวน้อย อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า ๓๗.๖ องศาเซลเซียส รายงานแพทย์เพื่อหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือต่อไป

การประเมินผล

ทารก Active ดี ไม่ซีม ร้องเสียงดัง สะดือไม่บวมแดงไม่มี Bleeding ซีม ตาไม่แฉะ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๗ - ๓๗.๓ องศาเซลเซียส

คำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับมารดา

๑. การพักผ่อน นอนวันละ ๘-๑๐ ชั่วโมง และนอนในช่วงกลางวันอีก ๑-๒ ชั่วโมง งดการทำงานหนัก ๖ สัปดาห์ ทำงานบ้านได้ตามปกติ
๒. การรักษาความสะอาดของร่างกาย เน้นการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ล้างด้วยสบู่ เช็ดให้แห้ง ใส่ผ้าอนามัยจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมดเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ชุ่มไม่ปล่อยให้แห้งหมกหมม จะทำให้ติดเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูกได้
๓. การรักษาความสะอาดของเต้านม ควรทำความสะอาดด้วยสบู่ในขณะอาบน้ำทำความสะอาดก่อนและหลังจาก บุตรดูดนมแล้วและใส่เสื้อยกทรงขนาดพอดีเพื่อพยุงเต้านม
๔. การสังเกตน้ำคาวปลา ซึ่งจะมีสีจางลงเรื่อยๆ และลดจำนวนลงจนหมดภายใน ๑๐-๑๕ วัน ถ้าน้ำคาวปลาไม่ลดลง สีเข้มขึ้น มีกลิ่นเหม็น ควรกลับมาพบแพทย์
๕. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ไม่ควรแสลงอาหาร ยกเว้นอาหารหมักดอง ของมันเมา บุหรี่ ชา กาแฟ
๖. การมีเพศสัมพันธ์ ควรงด ๖-๘ สัปดาห์หลังคลอด เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกได้
๗. การออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรหักโหมมากเกินไป
๘. หลังคลอด ๖ สัปดาห์ ควรมาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและไปพบคลินิกการวางแผนครอบครัว เพื่อคุมกำเนิด เว้นระยะการมีบุตรประมาณ ๒ ปี
๙. การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ คือ มีไข้ แผลฝีเย็บบวมแดงมีหนอง เต้านมอักเสบหรือเป็นฝี น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น
๑๐. การแจ้งเกิดบุตรควรทำภายใน ๑๕ วันหลังคลอด โดยแจ้งเกิดที่ ที่ว่าการอำเภอ ให้นำบัตรประจำประชาชน ของบิดา-มารดา ใบรับรองการเกิดที่โรงพยาบาลออกให้ และสำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมกับตั้งชื่อบุตรไปด้วยในวันราชการเท่านั้น

สำหรับบุตร

๑. การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา หลังดูดเสร็จให้อุ้มทารกพาดบ่าให้เรอ ป้องกันการท้องอืดและสำรอก ไม่ต้องให้ดูดน้ำตามเพราะนมแม่มีน้ำเพียงพออยู่แล้ว และจะไม่ทำให้เกิดเชื้อราในปาก ควรกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน
๒. การรักษาความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ สระผมวันละ ๑-๒ ครั้ง และเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งหลังการอาบน้ำ และหลังถ่ายอุจจาระปัสสาวะทุกครั้ง
๓. การดูแลความสะอาดของสะดือ เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% ทุกครั้งหลังอาบน้ำ ในระยะที่สะดือยังไม่หลุดห้าม ropy แป้งหรือยาผงใดๆ บนสะดือ เพราะอาจทำให้ติดเชื้อได้
๔. ควรสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ เสื้อผ้าควรซักให้สะอาด ตากให้แห้ง
๕. การพักผ่อนของทารก ควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ ๑๕-๒๐ ชั่วโมง
๖. ควรนำบุตรไปรับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันตามนัดที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
๗. การให้อาหารเสริมควรให้หลังจาก ๖ เดือนไปแล้ว และอาหารเสริมควรเป็นของหาได้ตามท้องถิ่น ในระยะแรกเกิดถึง ๖ เดือน ควรให้ดูดนนมมารดาอย่างเดียวเท่านั้น
๘. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรนำบุตรมาพบแพทย์ คือ มีไข้ ซึม ไม่ดูดนม สำรอกบ่อยตัวและตาเหลือง สะดือเป็นหนอง ท้องอืด อุจจาระเหลวบ่อยครั้ง หายใจลำบากร้องเสียงดังแหลม ชักเกร็ง
๙. สังเกตพัฒนาการบุตร

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

ภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอด แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์เพื่อ ลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนด สามารถทำได้มากมาย เช่น การใช้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก การใช้คลื่นความถี่สูงช่วยวินิจฉัยความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ เป็นต้น แต่อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดยังมีอัตราสูง การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และบุคคลในครอบครัว คือ ทางด้านร่างกายของมารดาอาจมีการฉีกขาดของช่องคลอดเนื่องจากการคลอดเฉียบพลัน (Precipitate labor) เพราะทารกมักจะมีขนาดเล็กและน้ำหนักน้อย หรือทางด้านจิตใจของมารดาอาจรู้สึกกลัว สูญเสียคุณค่าตนเอง รู้สึกผิดและมีความเศร้า เนื่องจากการคลอดทารกที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง ส่วนทารกที่คลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญกับการปรับตัวภายนอกมดลูกก่อนถึงเวลาอันสมควร เกิดภาวะหายใจลำบาก (Idiopathic respiratory distress syndrome : IRDS) เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด และความพิการหรือผิดปกติอื่นๆ นอกจากนี้พบว่าร้อยละ ๑๐-๑๕ ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะเสียชีวิตโดยที่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือให้การดูแลรักษา

จากสถิติโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ ๖.๖๑,๔.๗๗, และ ๑.๙๒ ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ขณะคลอด เช่น รกติด และหลังคลอด เช่น ตกเลือด เป็นต้น ไม่มีมารดาและทารกเสียชีวิต

ดังนั้นในการให้การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดนั้นต้องเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งทารกแรกคลอด โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ปราศจากเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจการหดตัวของมดลูก การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ด้านทารก เช่น การตรวจฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารก เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม พยาบาลจึงต้องศึกษาค้นคว้าเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจทั้งทางกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิสภาพ ตลอดจนแนวทางการรักษาพยาบาล การศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณีจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้บรรลุถึงเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยต้องใช้ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว

๔.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทราบถึงความหมาย สาเหตุการดำเนินโรค พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ถูกต้อง

๒. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนด ทั้งระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๓. เพื่อศึกษาปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ เป้าหมาย

๑. มารดาคลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

๒. มารดาและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต

๓. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนด ทั้งระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งวางแผนการป้องกันได้รวดเร็ว

๔. เป็นข้อมูลสำหรับศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านวิชาการในการพัฒนาตนเอง และวิชาชีพของบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

๔.๓ สารสำคัญ

ภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และบุคคลในครอบครัว คือ ทางด้านร่างกายของมารดาอาจมีการฉีกขาดของช่องคลอดเนื่องจากการคลอดเฉียบพลัน (Precipitate labor) เพราะทารกมักจะมีขนาดเล็กและน้ำหนักน้อย หรือทางด้านจิตใจของมารดาอาจรู้สึกกลัว สูญเสียคุณค่าตนเอง รู้สึกผิดและมีความเศร้า เนื่องจากการคลอดทารกที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ ๑๐-๑๕ ของทารกคลอดก่อนกำหนดจะเสียชีวิตโดยที่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือให้การดูแลรักษาได้

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจและมีปัญหาจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๕ วัน อายุ ๑๘ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ท้องป็นแข็ง ก่อนมา ๗ ชั่วโมง แรกได้รับรู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล ร้องไห้ บ่นเจ็บครรภ์ แรกได้รับอุณหภูมิกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตแรกเริ่ม ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางหน้าท้องพบเด็กท่า LOA เด็กตื่นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก ๒.๕ เซนติเมตร ระดับของส่วนน้ำ -๒ พบถุงน้ำ

๒. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และประเมินสภาพครอบครัวซึ่งพบว่ามีปัญหาทางการแพทย์สามารถรวบรวมได้ดังนี้

๒.๑ ระยะยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

๒.๒ ระยะที่ ๑ ของการคลอด

-การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

-การพยาบาลด้านทารก

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดตัว

๒.๓ ระยะที่ ๒ ของการคลอด

-การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มีความเจ็บปวดรุนแรงจากการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ ๒

-การพยาบาลด้านทารก

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากศีรษะเคลื่อนต่ำ
กดช่องเชิงกราน

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ทารกมีโอกาสเกิดอันตรายต่อศีรษะจากการเบ่งคลอดที่เร็วเกิน

๒.๔ ระยะที่ ๓-๔ ของการคลอด

-การพยาบาลด้านมารดา

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการฉีกขาดของช่องทางการคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดามีโอกาสเกิดการขาดสารน้ำและอาหารในระยะหลังคลอดเนื่องจากการสูญเสีย น้ำและพลังงานในการคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากมีแผลในโพรง มดลูก และฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ ไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บมาก

-การพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับ น้ำหนักตัวและไขมันสะสมน้อย

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ

๓. ศึกษาแนวทางการรักษา การใช้ยา รักษา และการส่งต่อ
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเพื่อให้ข้อมูลชัดเจนถูกต้อง สามารถนำไปใช้กับมารดาและทารกได้อย่างถูกต้อง
๕. พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพกับมารดาและครอบครัวเพื่อสร้างความไว้วางใจ
๖. อธิบายข้อมูล อาการของมารดาคลอดก่อนกำหนด และกระบวนการรักษาต่างๆ ให้ครอบครัวเข้าใจ
๗. ทุกกระบวนการ การดูแลและให้ความรู้ต้องให้ญาติมีส่วนร่วมมากที่สุด และมีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง เจ้าหน้าที่กับมารดาคลอดก่อนกำหนดและครอบครัวทุกระยะ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อใจและไว้วางใจ
๘. ประเมินผลและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

๔.๕ สรุปกรณีศึกษา

รับมารดาไว้รักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๕.๐๕ น. อาการสำคัญที่มาเจ็บครรภ์ ท้องบั้นแข็ง ก่อนมา ๗ ชั่วโมง ประวัติการตั้งครรภ์ มารดาครรภ์แรก ไม่เคยแท้งบุตร (G๑PoPoA๐Lo) ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ๙ มกราคม ๒๕๖๕ กำหนดคลอด ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๕ อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ ๕ วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๙ ครั้ง ครบเกณฑ์ ๕ ครั้งคุณภาพ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักกระตุ้น ๑ ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๗ สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด โรคทางเพศสัมพันธ์ผลปกติ พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ แรกรับอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอดี อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางหน้าท้องพบเด็กท่า LOA เด็กตื่นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๕๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด ๑ เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก ๒.๕ เซนติเมตร ระดับของส่วนน้ำ -๒ พบถุงน้ำ รายงานแพทย์ทราบอาการ ให้รับไว้บนโรงพยาบาลรอกคลอด หลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการให้ Nifedipine ๑๐ mg. ๑ tab oral q ๑๕ min * ๔ dose then ๒ tab oral q ๔ hr. Keep BP >= ๙๐/๖๐ mmHg. ก่อนให้ยา, Dexamethasone ๖ mg. IM q ๑๒ hr.* ๔ dose Observe uterine contraction and fetal heart sound พบ Interval ทุก ๗ นาที Duration ๒๕ วินาที FHS ๑๕๐ /min รายงานแพทย์ ให้ Bricanyl ๑/๒ amp SC stat พยาบาลประเมิน fetal heart sound อีกครั้ง พบ Fetal tachycardia FHS ๑๖๐-๑๘๐ /min รายงานแพทย์เวรรับทราบ ให้ Ringer-lactate solution ๑,๐๐๐ ml. IV load ๓๐๐ vein และ On O๒ mask with bag ๑๐ LPM ดูแลนอนตะแคงซ้าย เวลา ๑๒.๓๐น. แพทย์เวรตรวจเยี่ยมอาการ Consult สูติแพทย์ off inhibit ปล่อย Expectent วันที่ ๒๔ ก.ย. ๖๕ เวลา ๐๖.๕๐ น. ตรวจภายในประเมินอาการ พบ Interval ทุก ๔ นาที Duration ทุก ๒๐ วินาที Cx. ๒ cm. MI ๗๕% S-๑ รายงานแพทย์สั่งให้ Ampicillin ๒ gm IV stat then ๑ gm IV q ๔ hr. เมื่อเช้า Active phase ปากมดลูกเปิดหมดเวลา ๑๗.๑๐ น. คลอดปกติเวลา ๑๗.๒๓ น.วันที่ ๒๔ ก.ย. ๖๕ เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๑๐ กรัม Apgar ๙ - ๑๐ - ๑๐ รกคลอดเวลา ๑๗.๒๗ น. รวมระยะเวลาการคลอด ๒๙ hr. ๒๗ min ด้านมารดามีแผลฝีเย็บแบบ RML episiotomy ระดับ

second degree tear ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆทั้งมารดาและทารกจากการคลอด รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลา ๓ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๑.๐๐ น. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน การกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาอย่างเดียว อย่างน้อย ๖ เดือน และการมาตรวจหลังคลอดตามนัด รวมถึงอาการผิดปกติที่จะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

หลังจากได้ทำกรณีศึกษาเรื่องการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนด ทำให้ผู้ศึกษามีความรู้มากขึ้น มีการให้การพยาบาลดูแลมารดาและทารกที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ทั้งร่างกายและจิตใจ ในปี ๒๕๖๕ มีมารดาที่เข้ามาคลอดทั้งหมดจำนวน ๖๒๖ ราย คลอดก่อนกำหนด ๑๒ ราย ทารกเกิดมีชีพ ๖๒๗ ราย ไม่มีมารดาและทารกเสียชีวิต

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. มารดาคลอดก่อนกำหนดและทารกได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
๒. มารดาคลอดก่อนกำหนดและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น มีความตระหนักในการดูแลตนเอง เช่นการสังเกตอาการที่ผิดปกติได้อย่างถูกต้อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความวิตกกังวล และการดูแลทารกหลังคลอด
๓. มารดาหลังคลอดและญาติมีสีหน้าสดชื่น และพึงพอใจในการมารับบริการ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด
๒. สามารถนำไปใช้เป็นคู่มือทางการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขปฏิบัติเป็นไป ในแนวทางเดียวกัน
๓. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการบริการให้ดียิ่งขึ้น และใช้เป็นเอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษามารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรายนี้ พบว่ามีปัญหาทางการพยาบาลหลายปัญหา ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งบางปัญหาอาจทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ถึงเสียชีวิตได้ และต้นเหตุของปัญหาต่างๆ ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากมารดาไม่ทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการที่มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งที่มารดาไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลถึง ๔ ครั้ง แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละครั้ง เมื่อซักประวัติจึงทำให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และมารดายังตอบข้อคำถามได้ไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาในการซักประวัติ และตรวจประเมินร่างกายนานขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มารดาคลอดก่อนกำหนด อายุ ๑๘ ปี ยังอาจไม่เห็นความสำคัญของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีความวิตกกังวลมาก ทำให้การสื่อสารในการให้การพยาบาลค่อนข้างลำบาก เข้าใจช้าขึ้น ต้องใช้การสื่อสารที่เข้าใจ มารดาหลังคลอดเป็นอย่างมาก อีกทั้งมารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ไม่ครบกำหนด ห้อยปิ่นมา ๗ ชั่วโมง เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์มากจึงมาโรงพยาบาล ทีมห้องคลอดจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งแพทย์และพยาบาล ทีมที่จะช่วยเหลือฟื้นคืนชีพทารกที่คลอดก่อนกำหนด รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือและรถส่งต่อและทีมส่งต่อในกรณีทารกแรกเกิดมีความจำเป็นต้องส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. บุคลากรด้านสาธารณสุขควรตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยกำหนดมาตรฐานในการให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มมาฝากครรภ์เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจนำมาสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์จนครบกำหนด ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในมารดาและทารก ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดความวิตกกังวลของครอบครัว อันจะส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง

๒. เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการตัดสินใจให้การพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพทั้งมารดาและทารก ทำงานเป็นทีม มีการประสานงานที่ดี เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๓. การให้ข้อมูลแก่มารดาและญาติเป็นระยะๆ จะทำให้เกิดความเข้าใจ เชื่อมมั่น คลายความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ได้ทำการเผยแพร่ผลงานโดยเสนอผลงานแก่ที่ประชุมประจำเดือนในหน่วยบริการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นางสาวนกพร พลหินกอง สักส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นกพร พลหินกอง*.....

(นางสาวนกพร พลหินกอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

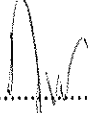
วันที่.....*15*.....เดือน.....*ก.พ.*.....พ.ศ.....*๒5๖๖*.....


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกนกพร พลหินกอง	กนกพร พลหินกอง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (นางสาวสุภาวดี สมทรัพย์)
 ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
 วันที่.....15.....เดือน.....ก.พ.....พ.ศ.2566

ลงชื่อ.....
 (นายชูชัย เต็มธนกิจไพศาล)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
 วันที่.....15.....เดือน.....ก.พ.....พ.ศ.2566

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑.เรื่อง แนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

๒.หลักการและเหตุผล

แผลฝีเย็บเป็นการฉีกขาดของฝีเย็บจากการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยขยายช่องคลอด ช่วยให้ทารกคลอดได้ง่ายขึ้น ป้องกันไม่ให้ศีรษะทารกดันช่องคลอดนานเกินไป ซึ่งจะทำให้มีการหย่อนของกระบังลมตามมาและยังป้องกันการฉีกขาดของหูดและทวารหนัก การตัดฝีเย็บอาจเกิดผลตามมาได้ เช่น การเสียเลือด การสิ้นเปลืองวัสดุในการเย็บ การติดเชื้อ เป็นต้น การติดเชื้อแผลฝีเย็บเกิดได้จากหลายปัจจัยทั้งด้านสุขภาพของมารดาและจากกระบวนการในการทำคลอด การติดเชื้อแผลฝีเย็บมักเป็นการติดเชื้อที่ไม่รุนแรง เป็นเฉพาะบริเวณที่มีการเปิดของผิวหนังหรือเยื่อ จึงเป็นหนทางให้เชื้อแบคทีเรียเข้าไปภายในแผลได้ หากติดเชื้อรุนแรงอาจเกิดผลกระทบต่อมารดาได้ เช่น ความไม่สุขสบายจากการปวดแผล การใช้จ่ายปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา ยาบางชนิดสามารถผ่านน้ำนมมารดาจำเป็นต้องงดการให้นม เป็นต้น

การพยาบาลที่สำคัญและเป็นบทบาทในการให้การพยาบาลคือ การป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บและแผลฝีเย็บแยก เพื่อป้องกันผลกระทบบที่จะตามมาซึ่งสามารถให้ความรู้มารดาได้ตั้งแต่วางไว้ในความดูแลในห้องคลอด การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังคลอด การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว รวมทั้งการส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกและครอบครัว

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบงานป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บและแผลฝีเย็บแยก เพื่อให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาตรฐานและปฏิบัติในแนวเดียวกัน ซึ่งจะเพิ่มคุณภาพของการบริการให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นและพัฒนาระบบบริการตามภาวะการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านความสะดวก ความประหยัดและความคุ้มค่าในการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความพึงพอใจในการให้บริการของทีมบุคลากรทางการพยาบาล

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดเป็นการพยาบาลที่สำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระยะหลังคลอด ลดความเจ็บปวดให้กับมารดาหลังคลอด และทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสบาย แผลติดเร็วและดีขึ้น การดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดจึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องคลอด ที่จะส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดกลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ได้เร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้มารดา ทารก บิดา และบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี เพราะการติดเชื้อแผลฝีเย็บส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อจิตใจและความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ และส่งผลกระทบต่อหน่วยงานที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นด้วย

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ จึงครอบคลุมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลฝีเย็บก่อนคลอด ขณะคลอด และการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ตลอดจนการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสนับสนุนช่วยเหลือมารดาขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บด้วยตนเอง และเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บุคลากรทุกฝ่ายตื่นตัวในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด
๒. เพื่อลดอัตราการเกิดการติดเชื้อแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด
๓. เพื่อให้มารดาตระหนักเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองให้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลทำให้มารดา กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็ว

กลุ่มเป้าหมาย

๑. พยาบาลประจำห้องคลอด
๒. มารดาหลังคลอดและครอบครัว

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนตุลาคม ๒๕๖๕

ขั้นตอนดำเนินงาน

๑. เสนอปัญหาแนวคิดและขอความร่วมมือในการดำเนินงานในที่ประชุม
๒. ศึกษา และรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลมารดาหลังคลอด การดูแลและการปฏิบัติตัวของมารดาที่มีแผลฝีเย็บ
๓. เมื่อมีการรับมารดาคลอดมาที่หอผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและญาติ พร้อมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการการคลอด การรอกคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด
๔. พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ทั้งการรอกคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด
๕. เปิดโอกาสให้มารดาและญาติหรือผู้ดูแลได้ซักถามข้อข้องใจต่างๆ พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง หากได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
๖. การจำหน่ายกลับบ้าน ให้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด พร้อมทั้งมอบเอกสารเกี่ยวกับความรู้และการดูแลแผลฝีเย็บแก่มารดาหลังคลอดทุกราย

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ปฏิบัติสามารถนำแนวทางการดูแลและป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้
๒. มารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อแผลฝีเย็บได้อย่างถูกต้อง
๓. ลดอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อแผลฝีเย็บ

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ เท่ากับร้อยละ ๐
๒. มารดาหลังคลอดได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ร้อยละ ๑๐๐

ลงชื่อ..... กนกพร พลทินกอง..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวกนกพร พลทินกอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

วันที่.....15.....เดือน.....0๗.....พ.ศ.....๒๕๖๕