

ตอนที่ 3 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 15 มิถุนายน 2559 - 17 มิถุนายน 2559
3. สัดส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ 100 %
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน ไม่มี
5. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ ประกอบด้วย

5.1 บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาโดยศึกษากับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 1 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา หญิงตั้งครรภ์ อายุ 15 ปี อาชีพ แม่บ้าน สถานภาพ สมรสคู่ วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา วันที่ 15 มิถุนายน 2559 เวลา 10.25 น. ถึงวันที่ 17 มิถุนายน 2559 มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 3 วัน มาด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินออกจากช่องคลอด ตั้งแต่ เวลา 08.00 น. อาการแรกเริ่ม ขอดมดลูก 3/4 มากกว่าสัปดาห์ ตรวจการหดตัวของมดลูก พบว่าไม่มีการหดตัวของมดลูก ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร Effacement หนานุ่ม Station -1 ML น้ำคร่ำสีใส อัตราการเต้นของหัวใจทารก 136 ครั้ง/นาที ให้นอนพักและคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อคลอด ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ทำ Non Stress Test ผล Reactive ตรวจ Hct 39.7% รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อส่งเสริมการคลอด หลังคลอดผู้ป่วยไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เสียเลือด 200 มิลลิลิตร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วันมารดามีเลือดออกทางช่องคลอดลดลง น้ำขาวปลาและแผลฝีเย็บปกติ แพทย์

อนุญาตให้กลับบ้านได้ เนื่องจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้น ต้องเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งทารก

แรกคลอด โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ปราศจากเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจการหดตัวของมดลูก การสังเกตลักษณะ จำนวนของน้ำคร่ำ ด้านทารก เช่น การตรวจฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารก เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม จึงทำการศึกษาเพื่อนำไปประกอบการประกอบข้อมูลในการต่อยอดเพื่อหาแนวทางป้องกันในการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

6. บทนำ

ปกติถุงน้ำคร่ำจะแตกเองเมื่อมีครรภ์ครบกำหนด กล่าวคือ เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์และจะแตกในระยะคลอด ซึ่งส่วนใหญ่จะแตกในระยะเร่ง(active phase)แต่บางรายมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์ ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะติดเชื้อทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด สายสะดือทารกถูกกด ทารกตายในครรภ์หรือแรกเกิด การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยให้สามารถให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ตั้งครรภ์ต่อไปจนครบกำหนดคลอด ทารกมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

7. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล มารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหา และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐาน การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ต่อไป

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

1. เลือกกรณีศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง ขณะรับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12
2. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลความรู้วิชาการจากตำรา เอกสารต่าง ๆ และจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน
3. ให้การพยาบาลที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ตามแนวทางการรักษาของแพทย์โดยใช้กระบวนการพยาบาล
4. ปรึกษาทีมแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติศาสตร์ และวิเคราะห์กรณีศึกษา เปรียบเทียบกับความรู้ทางวิชาการ
5. วางแผนการจำหน่าย
6. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล เขียนรายงาน
7. นำเสนอกรณีศึกษาต่อคณะกรรมการพัฒนาวิชาการศูนย์อนามัยที่ 12
8. ปรับปรุงแก้ไข จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

แนวคิดทฤษฎี

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature rupture of membrane :PROM) หมายถึง การแตกรั่วของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่จำกัดเวลาหรืออายุครรภ์

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดนานเกิน 24 ชั่วโมง เรียกว่า ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดนาน (prolonged rupture of the membranes)

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์แตกต่างกันมากแล้วแต่คำจำกัดความ ตามรายงานต่างๆ พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 3 -18.5 ของการคลอด แต่โดยทั่วไปถือคำจำกัดความของส่วนใหญ่ คือ ไม่จำกัดเวลาพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ โดยที่ร้อยละ 94 ของผู้ป่วยจะเป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Term Premature Rupture of Membranes) ประมาณร้อยละ 5 จะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก 1,000–1,500 กรัมและน้อยกว่าร้อยละ 0.5 จะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม(ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2543)

ความสำคัญ

ภาวะแทรกซ้อนของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือ การกระตุ้นให้มีการเจ็บครรภ์คลอดและการติดเชื้อ อัตราตายของทารกใน Term Premature Rupture of Membranes เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ แต่ใน Preterm Premature Rupture of Membranes สาเหตุการตายมักมาจาก Prematurity ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrom =RDS) และ ภาวะมีเลือดออกในห้วงหัวใจ (Intraventricular Hemorrhage) นอกจากนี้ในกลุ่มที่มีการอักเสบติดเชื้อยังอาจทำให้มีการอักเสบติดเชื้อต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดซึ่งเป็นปัญหาของมารดาด้วย(ธีระ ทองสง, 2543)

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงของการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนการเจ็บครรภ์ยังไม่เป็นที่ทราบ แต่จากการศึกษารวบรวมจากหลายรายงานพบว่ามีภาวะหรือโรคที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะนี้ได้

- การอักเสบติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำที่มีอยู่ก่อนแล้วอาจเป็นเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ซึ่งรวมทั้งการติดเชื้อซ่อนเร้น (Occult) ในน้ำคร่ำด้วย
- มีการอักเสบติดเชื้อที่ปากมดลูกหรือช่องคลอด เช่น Group B Streptococcus, Bacteroides Neisseria Gonorrhea, Chlamydia Trachomatis , Trichomonas Vaginalis , Bacterial Vaginosis
- มีการกระตุ้นระบบเอนไซม์บางอย่างมากเกินไป เช่น Collagenase
- เคยมีผู้พบว่าการขาดวิตามินซีอาจเป็นสาเหตุ
- มีการขาด Tensile Strength ของถุงน้ำคร่ำอันเนื่องมาจากพันธุกรรม
- การร่วมเพศอาจเป็นสาเหตุเพราะใน Semen มี Prostaglandins อยู่

- Cervical Incompetence มีการฉีกขาดหรือบาดเจ็บที่ปากมดลูก
- การตั้งครรภ์แฝดมาก่อน
- ครรภ์แฝดน้ำ
- ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและรกเกาะต่ำ
- เสรีฐานะต่ำ
- การสูบบุหรี่

แม้ว่าสาเหตุที่แน่ชัดยังไม่ทราบ แต่เหตุนาดังกล่าวข้างต้นก็เป็นส่วนหนึ่งที่เรพบได้เมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์เกิดขึ้น เราจะทำให้การดูแลรักษาอย่างไรมากกว่าค้นหาสาเหตุ ปัญหาที่ทำนายมากที่สุด คือ การตัดสินใจในการรักษา Preterm Premature Rupture of Membranes เพราะต้องชั่งใจระหว่างอัตราเสี่ยงของการตายของเด็กไม่ครบกำหนดจาก RDS และการอักเสบติดเชื้อ

Premature Rupture of Membranes ที่ครรภ์ครบกำหนดส่วนใหญ่จะเกิดการเจ็บครรภ์เองตามมาใน 6 ชั่วโมง ถ้า 18 ชั่วโมงแล้วยังไม่เกิดการเจ็บครรภ์เองจะเรียกว่า Prolong Premature Rupture of Membranes ร้อยละ 60 คลอดใน 24 ชั่วโมงและประมาณร้อยละ 90 คลอดใน 72 ชั่วโมง(ธีระ ทองสง , 2543)

พยาธิสภาพ (พิชัย เจริญพานิช , 2540)

1. กลไกเกี่ยวกับการสร้าง Prostaglandin การคลอดครบกำหนดเชื่อว่าอาศัยปฏิกิริยาของน้ำคร่ำและ Chorionic Phospholipase A2 ซึ่งจะ Hydrolyzes Phospholipid ในเนื้อเยื่อรก ทำให้เกิด Free Arachidonic $\hat{a}$ มากขึ้น และมีการสังเคราะห์ Prostaglandin ทำให้มดลูกหดตัว การสร้าง Prostaglandin ที่ชักนำไปเกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์อธิบายได้ดังนี้

1.1 ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียไปทำให้ Phospholipase A2 มี Activate ขึ้นจนเป็นเหตุให้มีการสังเคราะห์ Prostaglandin ออกมา

1.2 สาร Interleukin-1 ในตัวแม่จะผลิต Prostaglandin E2 ออกมา

1.3 ปริมาณ Endotoxin ที่เข้มข้นของเชื้อแบคทีเรียทะลุ Chorion เข้าไปยัง Amnion และ Endotoxin นี้สังเคราะห์และปล่อยเอนไซม์ที่สามารถแยก Arachidonic $\hat{a}$ ออกจากเยื่อหุ้มเด็กได้เป็น Free Arachidonic $\hat{a}$ ทำให้มีการสังเคราะห์ Prostaglandin ขึ้น

ดังนั้น Prostaglandin ที่ถูกสร้างขึ้นก่อนเกิดการเจ็บครรภ์นี้เองทำให้มดลูกมีการหดตัวและชักนำไปถุงน้ำคร่ำรั่วในเวลาต่อมา

2. กลไกเกี่ยวกับสารคอลลาเจน เยื่อหุ้มเด็กระหว่างด้าน Amnion และ Chorion จะมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบรรจุอยู่ ซึ่งในไตรมาส 3 ของการตั้งครรภ์ ด้าน Amnion มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เป็นคอลลาเจนชนิดที่ 3 น้อยลงคือหนาประมาณ 0.05 – 0.11 มม. ดังนั้นแรงด้านการยึดตัวของเยื่อหุ้มเด็กจะลดลงเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คอลลาเจนที่ 3 ของด้าน Chorion จะลดลงเรื่อยๆ เช่นกัน

3. กลไกของระบบ Antimicrobial เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นเม็ดเลือดขาวชนิด Macrophage ของเยื่อ

Amnion Chorion จะออกมาจับกินเชื้อแบคทีเรียมากจะทำให้เกิดการไฮโดรไลต์ของโปรตีนในเนื้อเยื่อหุ้มเด็กถูกไฮโดรไลต์โปรตีนออกไปมากขึ้น ทำให้ผนังเยื่อหุ้มเด็กอ่อนแอลงเกิดการแตกรั่วในที่สุด

การวินิจฉัย

ประวัติ อาศัยจากประวัติว่ามีน้ำเดินไหลออกจากช่องคลอดและไหลออกมาเรื่อยๆ น้ำมีลักษณะใสแต่อาจมีเลือดปนได้ จากประวัติต้องวินิจฉัยแยกออกจาก น้ำปัสสาวะ เนื่องจากช่องคลอด ช่องคลอดอักเสบ การเพิ่มน้ำคั่งหลังในช่องคลอดขณะตั้งครรภ์และการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การตรวจร่างกาย เมื่อจะทำการตรวจภายในจะพบว่าบริเวณฝีเย็บเปิดขึ้นมีน้ำขังอยู่ในช่องคลอด เมื่อให้ผู้ป่วยไอหรือเบ่ง หรือกดขยอคมดลูกอาจพบว่ามีการไหลออกจากปากมดลูก ถ้าปากมดลูกเปิดแล้วก็อาจเห็นว่าส่วนนำของเด็กไม่มีถุงน้ำหุ้มแล้ว ในกรณีที่น้ำคร่ำในช่องคลอดน้อยเกินก็อาจมองไม่เห็นได้ต้องใช้การตรวจอย่างอื่น ๆ ช่วยในการวินิจฉัย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Nitrazine Paper Test : เป็นกระดาษชุบ Sodium Dinitrophenylazonaphthal Disulphonate ใช้ทดสอบความเป็นกรดด่างของช่องคลอด ปกติในช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์จะมี pH อยู่ระหว่าง 4.5 - 6 และ pH ของน้ำคร่ำมีค่าประมาณ 7.0 - 7.5 เมื่อกระดาษ Nitrazine นี้สัมผัสกับน้ำในช่องคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงสีดังในตารางที่ 1

ถุงน้ำคร่ำอาจยังไม่แตก	ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว
สีเหลือง Yellow pH 5.0	สีเขียวทะเล Blue Green pH 6.5
สีเขียวอ่อน Olive Yellow pH 5.5	สีฟ้าหม่น Blue Grey pH 7.0
สีเขียวขี้ม้า Olive Green pH 6.0	สีกรมท่า Deep Blue pH 7.5

ตารางที่ 1 แสดงสีของกระดาษ Nitrazine เมื่อสัมผัสน้ำในช่องคลอด

ที่มา : ชีระ ทองสง, 2543

2. Fern Test (Arborization) : นำน้ำที่ขังในแอ่งหลังช่องคลอด (ควรให้ห่างจากปากมดลูก 2 - 3 ซม.) ไปป้ายบนแผ่นสไลด์ทิ้งไว้ให้แห้ง ในน้ำคร่ำมีอิเล็กโตรไลต์โดยเฉพาะ เมื่อแห้งจะจับตัวเป็นผลึกรูปไบเฟิร์นโดยการส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ การทดสอบนี้มีผลลงได้ร้อยละ 5 - 30 จากการที่มีเลือด จี้ทะมาจากช่องคลอดและปากมดลูกมากเกินไป น้ำยาหล่อลื่นหรือมีน้ำคร่ำน้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกมานานแล้ว

3. Nile Blue Sulfate Test : นำน้ำที่ขังในแอ่งหลังช่องคลอด 1 หยดผสมกับ 0.1% Nile Blue Sulfate 1 หยดบนสไลด์ปิดด้วย Cover Slip ถ้าน้ำไฟเล็กน้อยจะติดสีดีขึ้น อ่านผลใน 5 นาที ดูด้วย

กล้องจุลทรรศน์จะพบเซลล์ไขมันซึ่งเข้าใจว่ามาจาก Sebaceous Gland ของทารกติดสีแดงไม่มี Nucleus ส่วนเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ผนังช่องคลอด เม็ดเลือด จะติดสีน้ำเงิน วิธีนี้ไม่มีผลบวกดวงแต่อาจมีผลลบดวงได้ถ้าตั้งครรภ์น้อยกว่า 32 – 34 สัปดาห์ จะพบเซลล์เหล่านี้ได้ด้วย

4. Papanicolaou Smear : ย้อมเพื่อดู fetal Cell ได้ผลแม่นยำร้อยละ 89 แต่วิธีการยุ่งยากมาก จึงไม่ค่อยนิยมทำ

5. Enzyme assay : สามารถตรวจหา Diamine Oxidase ในน้ำคร่ำที่ตกค้างในช่องคลอดได้ พบผลบวกดวงและผลลบดวงน้อยมาก แต่เลือดแม่ น้ำอสุจิ และน้ำยาฆ่าเชื้อบางอย่างอาจทำให้ผลผิดพลาดได้ วิธีนี้ใช้ได้แม้ว่าน้ำคร่ำมีน้อยก็ตาม แต่เนื่องจากวิธีการยุ่งยากจึงไม่ได้ใช้กันแพร่หลาย จะใช้กรณีที่ผลการตรวจอื่น ๆ ไม่แน่นอน

6. Pinacyanol Stain : เป็นการย้อมดู Vernix Caseosa ซึ่งเป็น Fetal Squamous cell เพื่อดูว่ามีสีออกมาทางช่องคลอดหรือไม่

7. การฉีดสีเข้าถุงน้ำคร่ำ ฉีดสี Evans Blue Methylene Blue เพื่อดูว่ามีสีออกมาทางช่องคลอดหรือไม่

8. การตรวจหา Alpha-Fetoprotein ด้วยวิธี Latex – Agglutination ซึ่งจะแม่นยำมากโดยเฉพาะก่อน 35 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ เพราะหลังจาก 35 สัปดาห์ระดับ Alpha-Fetoprotein ในน้ำคร่ำจะลดลง อาจทำให้พบว่าได้ผลลบได้

หลักการในการวินิจฉัย Premature Rupture of Membranes จะต้องไม่เป็นการทำให้เพิ่มการอักเสบติดเชื้อ การตรวจจะใช้ Sterile Speculum ภายหลังการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างดี เพื่อป้องกันการพาเชื้อโรคขึ้นไปยังโพรงมดลูกจากการตรวจ นอกจากนี้ยังไม่ควรสอดนิ้วมือเข้าไปเพื่อตรวจปากมดลูก เพราะเคยมีผู้รายงานว่าภาวะการติดเชื้อในเด็กที่มี Premature Rupture of Membranes มาก่อนไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก แต่สัมพันธ์กับระยะเวลาหลังการสอดนิ้วมือเข้าไปตรวจปากมดลูก ดังนั้นในผู้ป่วย Premature Rupture of Membranes ที่ตัดสินใจให้การรักษาแบบประคับประคองควรหลีกเลี่ยงการสอดนิ้วมือเข้าไปตรวจปากมดลูกควรใช้เพียง Sterile Speculum เพื่อบอกการเปิดขยายของปากมดลูกหรือภาวะสายสะดือหย่อน การสอดนิ้วเพื่อตรวจปากมดลูกควรกระทำเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดหรือเมื่อวางแผนจะให้คลอดได้ภายใน 24 ชม. แต่ก็ยังแนะนำให้ตรวจน้อยครั้งที่สุด

การวินิจฉัยแยกโรค

1. สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอดจะเป็นเมือกมีฤทธิ์เป็นกรดมีค่า pH 5-6 ไม่ตกผลึก ไม่มีไข่หรือขนของเด็กปน

2. ของเหลวคล้ายน้ำที่ไหลจากช่องคลอดในไตรมาสที่ 2 ของเหลวดังกล่าวจะมีสีคล้ายสีเหลือง (Yellowish) มักมีลักษณะคล้ายหนองปนและจะมีปริมาณมากและเป็นขี้คราว เชื่อว่าของเหลวนี้น่าจะเป็นสิ่งคัดหลั่งหลังจากชั้นของเยื่อบุมดลูก (Endometrium) หรือของเหลวนี้ซึมผ่านมาจากชั้น Decidua Capsularis

หลักการในการวางแผนรักษา (ธีระ ทองสง, 2543)

1. ต้องยืนยันการวินิจฉัยตามวิธีดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

2. หาอายุครรภ์ที่แน่นอนเพราะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยวางแผนการรักษา เริ่มจากการซักประวัติ ประจำเดือน การตรวจร่างกาย การตรวจภายในเพื่อดูขนาดมดลูกในช่วงฝากครรภ์ระยะต้น ๆ การดูระดับยอดมดลูกตามลำดับที่มาฝากครรภ์หรือใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการช่วยหาอายุครรภ์

3. การทดสอบการเจริญของปอดทารก นำน้ำคร่ำไปทดสอบความเจริญของปอดทารก สำหรับการเลือกผู้ป่วยว่ารายใดควรทำการเจาะน้ำคร่ำมีดังนี้

3.1 ถ้าตั้งครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์ ไม่ต้องทำเพราะโอกาสที่ปอดจะสมบูรณ์มีน้อยและถ้าปอดสมบูรณ์การเอาทารกออกมาก็จะมีปัญหาเรื่องอื่นมากจึงยังไม่เอาทารกออก ดังนั้นการตรวจเจาะถุงน้ำคร่ำจึงไม่จำเป็น

3.2 ตั้งครรภ์ระหว่าง 32–34 สัปดาห์ การทำจะมีประโยชน์ช่วยในการตัดสินใจได้

3.3 ตั้งครรภ์เกิน 34 สัปดาห์ การทำจะมีประโยชน์เฉพาะในรายที่สงสัยว่าอาจมี ปัญหา Respiratory Distress Syndrom เช่นในรายมารดาที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น สำหรับรายอื่นๆ ไม่จำเป็น เพราะส่วนมากจะเจริญดีแล้วและถ้ามีปัญหา Respiratory Distress Syndrom ก็จะไม่รุนแรงดูแลรักษาได้ง่าย

3.4 ปัญหาเรื่องการติดเชื้อ ในกรณีที่มารดามีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อชัดเจน การตรวจร่างกายทางคลินิกจะบอกได้ เช่น มีไข้ ชีพจรเร็ว น้ำคร่ำที่ไหลออกมาขุ่นมัวกลิ่นเหม็น กดเจ็บบริเวณมดลูก มี Fetal Tachycardia และถ้าเจาะเลือดจะพบว่าเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นมาก แต่ในบางกรณีได้แก่พวก Occult หรือ Subclinical infection จะมีปัญหามากในการวินิจฉัย

การรักษา (ศรีนวล โอสธเสถียร, 2543)

1. รับไว้ในโรงพยาบาล

2. ตรวจท่าและฟังเสียงหัวใจเด็ก

3. หลีกเลี่ยง PV PR เพราะทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าโพรงมดลูกง่ายขึ้น ยกเว้นเริ่มมีการเจ็บครรภ์

4. นอนพักบนเตียงใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตลักษณะ จำนวนของน้ำคร่ำ

5. วัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงหัวใจเด็กทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการติดเชื้อ

การดูแลรักษา (Premature Rupture of Membranes) (ศรีนวล โอสธเสถียร, 2543)

การดูแลรักษาผู้ป่วย Premature Rupture of Membranes ที่การตั้งครรภ์ครบกำหนดไม่ค่อยมีปัญหา มากนัก คือ มักจะชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์เลย แม้มีบางท่านแนะนำให้รอได้ 12 ชม. เพื่อว่า Bishop score ของปากมดลูกจะดีขึ้นและเกิดการเจ็บครรภ์เอง หรือทำให้การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดทำได้ง่ายขึ้นและลดอัตราการการคลอดยึดเชื้อได้ อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาสนับสนุนว่าในกรณีครรภ์ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดควรชักนำการเจ็บครรภ์เลยมากกว่า โดยทั่วไปแนะนำให้ชักนำการคลอดเลย โดยใช้ Oxytocin ถ้าปากมดลูกไม่พร้อม (Bishop < 6) อาจให้ยาพอสตาเกลนดินช่วย การชักนำคลอดเลยจะช่วยลดปัญหา การติดเชื้อหลังคลอดและการติดเชื้อในทารกลง

การให้สเตียรอยด์ใน Preterm PROM (ศรีนวล โอสธเสถียร, 2543)

การให้ยาสเตียรอยด์เพื่อช่วยเร่งพัฒนาการของปอดทารกและลดอุบัติการณ์ของ Respiratory Distress Syndrom นั้น จะได้ผลดีเมื่อมีการคลอดภายหลังเริ่มให้ยาไปแล้ว 24 ชั่วโมงและได้ผลดีที่สุดเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์

การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อในทารกกรณี Preterm Premature Rupture of Membranes พบว่าลดโอกาสเกิด Chorioamnionitis การมี Sepsis ในทารกคลอดคลดลงและช่วยยืดอายุครรภ์ได้นานขึ้น (ประมาณสองสัปดาห์) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายปริกำเนิดลดลง มีรายงานว่า การให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในราย Preterm Premature Rupture of Membranes จะช่วยลดอัตราการตายของทารกแรกคลอดลง ลดอัตราการเกิด Sepsis และ Respiratory Distress Syndrome และเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการให้เฉพาะคอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับการการให้ยาปฏิชีวนะใน Preterm Premature Rupture of Membranes นั้นยังถือว่าเป็นเรื่องที่สรุปได้ยากในขณะนี้

การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ในราย Preterm Premature Rupture of Membranes ไม่มีประโยชน์ประการใดเพราะไม่สามารถยืดอายุครรภ์ได้จริง แม้แต่การยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่ระยะแรกได้ผลก็ไม่พบว่าช่วยยืดอายุครรภ์ได้จริงและไม่พบผลดีต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์แต่ประการใดจึงอาจสรุปได้ว่าไม่แนะนำให้ Tocolysis ในกรณี Preterm Premature Rupture of Membranes เว้นเสียแต่อาจเลือกพิจารณาชะลอเวลาเพื่อให้สเตียรอยด์เร่งปอดทารก แต่ต้องแน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้ออยู่

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

ด้านมารดา

1. Chorioamnionitis มีการอักเสบของเยื่อหุ้มเด็กหรือรก พบมารดามีไข้มากกว่า 38°C เพาะเชื้อจากเด็ก รก น้ำคร่ำให้ผลบวกถือว่าติดเชื้อแน่นอน

2. Endometritis มารดามีไข้มากกว่า 38°C ใน 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อยทุก 6 ชม. หลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก

3. Amnionitis พบบ่อยในรายถุงน้ำคร่ำแตกก่อนในขณะที่ตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด โดยเฉพาะรายที่มีการคลอดยาวนานและในรายที่ผ้าท้องคลอดจะเกิด Amnionitis มากขึ้น

ด้านทารก

1. การตายปริกำเนิด : ขึ้นกับอายุครรภ์เมื่อมีการแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นสำคัญ ปัจจุบันนี้มีอัตราการตายปริกำเนิดลดลงกว่าแต่ก่อนมาก พบว่าทารกครบกำหนดที่ต้องคลอดเพราะปัญหา Premature Rupture of Membranes มีอัตราการตายต่ำกว่าทารกคลอดก่อนกำหนด

2. การติดเชื้อของทารกในครรภ์ : ทารกแรกคลอดและมารดา พบภาวะ Sepsis ในทารกแรกคลอดประมาณร้อยละ 1 ในรายถุงน้ำคร่ำแตกนานเกิน > 24 ชั่วโมงและขึ้นไปถึงร้อยละ 10 ถ้ามีภาวะเชื้อหุ้มทารกติดเชื้ออักเสบร่วมด้วย การติดเชื้ออักเสบของเชื้อหุ้มทารกพบได้ประมาณร้อยละ 10 ในรายถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดยาวนาน

3. Perinatal Asphyxia : Premature Rupture of Membranes มีกลไกที่ทำให้เกิด Perinatal Asphyxia ได้หลายทาง เช่น จากภาวะน้ำคร่ำน้อยเกิดการกดสายสะดือ ทำทารกผิดปกติ ภาวะมีไข้ของมารดา ในบรรดาการตายของทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่าร้อยละ 44.9 มีสาเหตุจาก Anoxia

4. การเจริญเติบโตของทารก : ใน Premature Rupture of Membranes มีรายงานว่าอัตราการเจริญของ เส้นรอบศีรษะเป็นปกติ

5. ความผิดปกติโดยกำเนิด : พบได้หลายชนิดซึ่งสัมพันธ์กับการมีน้ำคร่ำน้อยเป็นเวลานาน

- Pulmonary Hypoplasia เนื่องจากการขยายของปอดเป็นไปได้น้อย ไม่มีการไหลเวียนของน้ำคร่ำในทางเดินหายใจ ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งมีโอกาสเกิดสูงและสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณน้ำคร่ำที่เหลืออยู่

- มีการหดเกร็ง (Contracture) ของข้อต่อที่พัฒนาการดีมาก่อน ซึ่งเรียกว่า Arthrogryposis ซึ่งพบได้บ่อย

- Potter Syndrome : เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากทารกอยู่ในสภาพแออัดขยับตัวลำบากเป็นเวลานาน มีลักษณะหดเกร็งผิดปกติรูปร่างของข้อต่อ ผิวหนังเหี่ยวย่น หน้าตามีลักษณะจำเพาะ (Potter Facies) มีรอยย่นมากโดยเฉพาะใต้ตา หูติดต่ำ จมูกแบน

- Craniosynostosis : แต่จะหายภายหลังได้

- Amniotic Bands Syndrome : การฉีกขาดของ Amnion ทำให้เกิดเป็น Band ขึ้นและอาจไปรัดอวัยวะทารกบางส่วนจนแน่นหรือตัดขาดได้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ที่หน้า หน้าอก หน้าท้อง แขนและขา

- Respiratory Distress Syndrom : พบได้บ่อยขึ้น คือประมาณร้อยละ 10-40 ของ Premature Rupture of Membranes ที่มีอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งเกิดมาก การให้กลูโคติคอยด์อาจมีประโยชน์ในการช่วยลดปัญหานี้โดยเฉพาะการให้ในรายที่อายุครรภ์น้อยกว่า 30-32 สัปดาห์

การพยาบาล

1. สอนหญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงอาการและอาการแสดงของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกและให้แจ้งพยาบาลเมื่อเกิดถุงน้ำคร่ำแตกขึ้น
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของ Chorioamnionitis ซึ่งได้แก่
 - วัดอุณหภูมิและชีพจรทุก ๆ ชั่วโมงหรือบ่อย ๆ
 - ประเมินกลิ่นหรือการมีหนองของสิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด
 - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC เพื่อวินิจฉัยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่ว
 - สังเกตอัตราการเต้นของหัวใจทารกซึ่งอาจเต้นเร็วผิดปกติ
3. ช่วยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น Nitrazine Test, Fern Test, Amniocentesis, Ultrasound เป็นต้น
4. หลีกเลี่ยงหรืองดการตรวจทางช่องคลอด ถ้าจำเป็นต้องตรวจทางช่องคลอดให้ตรวจด้วยด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อโรคมากที่สุดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
5. ช่วยดูแลในการให้ Oxytocin เพื่อเร่งคลอดในรายที่จำเป็นตามแผนการรักษา
6. อำนวยความสะดวกสบายและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลให้สะอาดเสมอ โดยการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 ชม. หรือเมื่อจำเป็น
7. ในรายที่ระบุว่าให้การรักษาแบบประคับประคองให้การดูแลดังนี้
 - สังเกตอาการและอาการแสดงของ Chorioamnionitis ทุก 6 ชม. ดูแลการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด
 - สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์และแจ้งให้พยาบาลเมื่อมีอาการดังกล่าว
 - แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนพักผ่อนบนเตียง
 - ดูแลให้ได้รับยา Glucocorticoids Tocolytics หรือ Antibiotics ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงและผลการรักษาของยาที่ได้รับ

9.2 กรณีศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 15 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

วันที่รับไว้ในความดูแล 15 มิถุนายน 2559 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 17 มิถุนายน 2559

อาการสำคัญ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 15 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 21 สัปดาห์ ฝากครรภ์รวม 8 ครั้ง อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 3 วัน คณะวันคลอด วันที่ 15 มิถุนายน 2559 แรกรับเวลา 10.25 น. ตรวจร่างกายวัดระดับข้อมดลูก 3/4 มากกว่าสะดือ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร Effacement หนานุ่ม Station-2 ML น้ำคร่ำสีใส ตรวจสภาพทารกในครรภ์ทำ Non Stress Test ผล Reactive ตรวจ Hct 39.7% แพทย์วินิจฉัย PROM (ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริง) พิจารณาให้ Oxytocin 10 unit in 5% D/N/2 1000 ml. 48cc/hr หยดทางหลอดเลือดดำ ตรวจการหดตัวของมดลูก Interval 1 นาที 15 วินาที Duration 45 วินาที รายงานแพทย์ พิจารณาให้ off Oxytocin เปลี่ยนสารน้ำเป็น 5% D/N/2 1000 ml. 100cc/hr เวลา 01.35 น. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดหมด ผู้ป่วยอยากเบ่ง ย้ายเข้าห้องคลอด เบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมง เวลา 02.35 น. วันที่ 16 มิถุนายน 2559 ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนัก 3,130 กรัม ตัวยาว 54 เซนติเมตร รอบศีรษะ 33 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส APGAR Score ที่ 1 นาที ได้ 8 คะแนน 5 นาที ได้ 9 คะแนน และ 10 นาที ได้ 10 คะแนนตามลำดับ ให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดโดยการดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ให้ออกซิเจน กระตุ้นให้ร้อง ให้ความอบอุ่น เช็ดคราบเลือด หลังคลอดผู้คลอดเสียเลือด 200 มิลลิลิตร มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินพบการหดตัวของมดลูกดี ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดปกติ และวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 4 ครั้ง ทุก 15 นาที 2 ครั้ง ดูแลให้ได้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังคลอดแพทย์มีแผนการรักษาให้รับประทานอาหารธรรมดา Amoxy 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ดหลังอาหาร เข้า-เย็น Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ดเวลาปวดหรือมีไข้ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด 2 ครั้ง อาการดีขึ้น น้ำคาวปลาไหลปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น มดลูกหดตัวดี แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง มารดาสามารถให้นมบุตรได้ นำนมเพียงพอดูแลอาบนํ้า และทราบวิธีการคุมกำเนิด ระหว่างให้การดูแล ผู้คลอดมีความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด วันที่จำหน่ายทารกแข็งแรงดี ผิวสีชมพู หายใจปกติ ตาและสะดือไม่และ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 17 มิถุนายน 2559 รวมระยะเวลาการรักษา 3 วัน นัดมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา มารดา G₁ P₀ ขณะตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยที่ 12 จำนวน 8 ครั้ง รับวัคซีนบาดทะยักครบ 2 ครั้ง โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 21 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ในครอบครัวไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคเลือด โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติครรภ์แฝดในญาติสายตรง

การวินิจฉัยโรค PROM

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

VDRL	Non-Reactive,
HIV	negative
HBsAg	Non-Reactive
Hematocrit	39.7%
Blood Grop	O
Urine Albumin	Negative
Urine Sugar	Negative

มารดาได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ครบทั้ง 2 เข็ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลของมารดา

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภาวะถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือข้อยึดเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
3. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ Fetal distress เนื่องจากการหดตัวของมดลูกถี่และรุนแรงขึ้น
4. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด
5. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและแผนการพยาบาลของทารกแรกเกิด

1. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ Birth Asphyxia เนื่องจากได้รับยาเร่งคลอด
2. ทารกมีโอกาสเกิดการขาดออกซิเจนและอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายยังไม่สมบูรณ์
3. ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากความต้านทานโรคต่ำ

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ด้านมารดา

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภาวะถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

S: ให้ประวัติน้ำเดินเมื่อวันที่ 15 มิ.ย.2559 เวลา 08.00 น.

O: มารดา G₁P₀ อายุครรภ์ 38⁺³ สัปดาห์

: มารดามีน้ำเดินก่อนคลอด 18 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

- อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 –37.4 °C
- อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120-160 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติ และบันทึกเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก สีของน้ำคร่ำ คำนวณจำนวน กลิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการในประเด็นๆ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
2. ตรวจวินิจฉัยยืนยันการแตกของถุงน้ำคร่ำโดยใช้ Speculum และทดสอบด้วย Nitrazine Test โดยใช้หลักปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายไม่ควรมากกว่า 37.4 °C หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป
4. ตรวจฟังเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะน้ำเดินก่อนคลอดซึ่งปกติต้องอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน
5. แนะนำผู้ป่วยใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตจำนวน สี ลักษณะของน้ำคร่ำที่ออกมาพร้อมทั้งบันทึกหากผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็น มี Thick Meconium ให้รีบรายงานแพทย์ทราบเนื่องจากเป็นภาวะผิดปกติที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

6. รายงานแพทย์ทราบเมื่อน้ำเดินครบ 12 ชั่วโมงเพื่อให้มารดาได้รับยา Antibiotic เพื่อลดการติดเชื้อภายในร่างกาย

การประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายในช่วง $37.1 - 37.4^{\circ}\text{C}$ อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 146-154 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือช้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

S:ให้ประวัติน้ำเดินเมื่อวันที่ 15 มิ.ย.2550 เวลา 08.00 น.

:ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร Effacement หนานุ่ม Station -2 ML น้ำคร่ำสีใส

O: มารดา G₁P₀ อายุครรภ์ 38⁺³ สัปดาห์

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะสายสะดือช้อย

เกณฑ์การประเมินผล

- ตรวจไม่พบสายสะดือช้อย
- การหดตัวของมดลูกปกติ Interval อยู่ในช่วง 3-4 นาที Duration อยู่ในช่วง 45-50 วินาที
- อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120-160 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักบนเตียงท่านอนหงายก้นสูงเพื่อป้องกันการพลัดต่ำของสายสะดือ
2. ฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น หากผิดปกติ เช่น ต่ำกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ O₂ Canular 5 ลิตรต่อนาที และรับรายงานแพทย์ทราบ
3. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
4. พิจารณาตรวจภายในเท่าที่จำเป็นเพื่อลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่โพรงมดลูก

การประเมินผล

แรกได้รับผลการตรวจภายในไม่พบสายสะดือข้อย่อย อัตราการเต้นของหัวใจทารกทำซ้ำ อยู่ในช่วง 138-154 ครั้งต่อนาที ชัดเจนสม่ำเสมอ

ปัญหาที่ 3 ทารกมีโอกาสดึงภาวะ Fetal distress เนื่องจากการหดตัวของมดลูกถี่และรุนแรงขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

O: มารดาได้รับ 5% D/N/2 1,000 ซีซี + Syntocinon 10 unit ทางหลอดเลือดดำ

:มารดาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด Interval 2'30" Duration 45" Severity ++

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวปกติ Interval 2-3 นาที Duration 45- 60 วินาที
2. FHS อยู่ในช่วง 120-160/min เต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
3. ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกการหดตัวของมดลูก ฟัง FHS ทุก 1 ชั่วโมงในระยะ Latent phase และ ทุก 30 นาทีในระยะ Active phase
2. สังเกตลักษณะน้ำคร่ำเพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะ Fetal distress
3. แนะนำให้นอนตะแคงซ้าย-ขวา หรืออยู่ในท่านั่ง เดิน กระตุ้นมารดาปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันมดลูกกดทับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและรก
4. สังเกตลักษณะสี กลิ่น ของน้ำคร่ำ

การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวปกติ Interval 2' 10" Duration 50" Severity ++
2. FHS อยู่ในช่วง 128-148/min เต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
3. ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำ

ปัญหาที่ 4 มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาบอกว่า “ปวดท้องมากเลย ใกล้จะคลอดหรือยัง”

O: มารดาแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือเจ้าหน้าที่แน่น

: เมื่อมดลูกหดตัวดันไปมาและมีการเกร็งตามส่วนต่างๆของร่างกาย

: Interval 2' 10'' Duration 50'' Severity ++

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดามีความสุขสบายเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำและใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดได้และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมโดย ไม่ร้องเอะอะโวยวายมีอาการกระสับกระส่ายน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. อธิบายให้ทราบถึงกลไกการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งเป็นกลไกทางธรรมชาติที่มารดาทุกคนต้องเผชิญ ความเจ็บปวดจะไม่ลดลงจนกว่าจะผ่านการคลอดไปแล้วเพื่อให้มารดายอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น
3. ดูแลให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย-ขวาหรืออยู่ในท่านั่ง เดินเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่ มดลูกได้ดีและกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย
4. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจและประเมินว่ามารดาปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้มารดาใช้ผ่อนคลายบรรเทาความเจ็บปวด
5. ช่วยนวดบั้นเอว ดูแลความสุขสบายทั่วไป แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย
6. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ โดยรับฟังมารดาระบายความรู้สึกด้วยความสนใจ

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาสามารถใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ถูกต้อง เหมาะสม ไม่ร้องเอะอะโวยวาย กระสับกระส่ายเล็กน้อย

ปัญหาที่ 5 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า “กลัวเมื่อไหร่จะคลอด จะมีอันตรายไหม ลูกจะปลอดภัยไหมคะ”

O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้านี้ว่ คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาคลายความวิตกกังวล พักผ่อนได้ มีสีหน้าสดชื่น พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆให้ทราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ

2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้

3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว

4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์ และการคลอดเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล

5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวลใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดาารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล

6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาคลายความวิตกกังวลลง พักผ่อนได้ในระยะขณะมดลูกคลายตัว มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พุดคุยด้วยท่าทีเป็นกันเองปฏิบัติตามคำแนะนำได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของทารกแรกเกิด

ปัญหาที่ 1 ทารกมีโอกาสดเกิดภาวะ Birth Asphyxia เนื่องจากได้รับยาแรงคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

O: มารดาได้รับยาเร่งคลอด (Syntocinon)

: FHS อยู่ในช่วง 106-108 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี หายใจได้เองสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที

2. APGAR Score ในนาทีที่ 1 และ 5 อยู่ในช่วง 8-10 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจน Mask 8-10 ลิตร/นาที และรายงานแพทย์ทราบ

2. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา และรายงานกุมารแพทย์

เมื่อคลอดศีรษะ คัดเสมหะที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ

3. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่นทารกบนรถพยาบาลทารกที่เตรียมไว้

4. เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เชียงหน้าคุดเสมหะที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง

5. ให้การพยาบาลทารกบนรถพยาบาลทารกที่เปิด warmer เตรียมไว้ จัดให้ทารกนอนศีรษะต่ำ เพื่อให้เสมหะไหลออกได้สะดวก

6. ประเมิน APGAR Score ที่นาทีที่ 1 และให้การช่วยเหลือตามอาการ

7. กระตุ้นทารกโดยการเช็ดตัว ถูบหลังให้เด็กร้อง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น

การประเมินผล

1. ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง หายใจสม่ำเสมอ Active ดี

2. APGAR score นาทีที่ 1 และ 5 เท่ากับ 8 และ 10 คะแนน ตามลำดับ

ปัญหาที่ 2 ทารกมีโอกาสเกิดการขาดออกซิเจนและอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายยังไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

O: ทารกแรกเกิดการทำงานของปอดและระบบการหายใจยังไม่เต็มที่ สังเกตจากการมีมูกในปากและจมูก

: ทารกแรกเกิดการปรับสมดุลของอุณหภูมิกายยังไม่คงที่ สังเกตจากมีปลายมือ ปลายเท้าเย็น

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนและอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่มีภาวะของการขาดออกซิเจน

2. อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมผ้าสำหรับห่อตัว เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดไว้ได้ Radiant Warmer โดยเปิดความร้อน 100 %
2. ดูแลดูดนมจากปาก จมูก ให้ทารกตั้งแต่คลอดศีรษะและหลังคลอดลำตัวเพื่อป้องกันการสำลัก
3. สังเกตสัญญาณเตือนของการขาดออกซิเจน เช่น การเขียวทั้งตัว เป็นต้น
4. ดูแลวัดอุณหภูมิกายทางทวารหนักเพื่อประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและประเมินการมีรูทวารหนักของทารกด้วย หากพบว่ามีอุณหภูมิร่างกายต่ำต้องรีบให้ความอบอุ่นทารกทันที
5. ให้การพยาบาลในการเช็ดตัวทารกอย่างรวดเร็ว
6. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายทารกด้วยการห่อผ้า 2 ชั้น เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด และให้ความอบอุ่นไว้ได้ Radiant Warmer
7. พบอุณหภูมิกายทารกปกติ ดูแลให้มารดาอดนมบุตร เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ทารก

การประเมินผล

1. ทารกไม่มีภาวะการขาดออกซิเจน ตัวแดงดี ปลายมือ ปลายเท้าแดง อัตราการหายใจ 46 ครั้ง / นาที
2. อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 3 ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากความต้านทานโรคต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดามีน้ำเดินก่อนคลอด 18 ชั่วโมง

O : ทารกแรกเกิดมีความต้านทานโรคต่ำ สะดือยังไม่แห้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส
2. สะดือแห้ง ไม่มีการบวมแดง ไม่มี Discharge

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ โดยล้างมือก่อน-หลังให้การพยาบาล
2. ดูแลให้ร่างกายทารกและสิ่งแวดล้อมสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. การเช็ดตาด้วยน้ำสะอาด เมื่อคลอดศีรษะและป้ายตาด้วย Terramycin ointment
4. ดูแล เช็ดสะดือด้วย Betadine Solution ก่อน-หลัง การตัดสายสะดือ

5. ประเมินการติดเชื้อ ได้แก่ สะดือบวมแดง อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.4 องศาเซลเซียส

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส
2. สะดือแห้ง ไม่มีการบวมแดง ไม่มี Discharge

การวางแผนการจำหน่าย

วางแผนร่วมกันกับทีมสุขภาพตามองค์ประกอบในรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้

1. M = Medication คือ ให้ความรู้มารดา ก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับยา ที่ตนเองรับประทานอย่างละเอียดดังนี้ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง เวลาที่ใช้ ยาที่มารดาได้รับ คือ Paracetamol เป็นยาแก้ปวด ลดไข้ รับประทานเมื่อ มีอาการปวด หรือ มีไข้เท่านั้น โดยรับประทานครั้งละ 2 เม็ดแล้วดื่มน้ำตามมาก ๆ รับประทานห่างกัน 4-6 ชั่วโมง น้ำยาที่ใช้สำหรับเช็ดสะดือบุตรหลังอาบน้ำโดยใช้ไม้พันสำลีที่สะอาดชุบน้ำยา Betadine Solution เช็ดสะดือบุตรหลังอาบน้ำ โดยเริ่มต้นเช็ดวนจากโคนสะดือวนขึ้น ไปรอบ ๆ สะดือ ไม่ย้อนกลับที่เดิมแล้วทิ้ง

2. E = Environment Economic คือ ให้ความรู้มารดา ก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ โดยให้คำแนะนำในการดูแลความสะอาด การกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้องการใช้แหล่ง ประโยชน์ในชุมชน เช่น การใช้บริการสวนสุขภาพ ขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพที่สถานอนามัยหรือ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

3. T = Treatment คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในเป้าหมายการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการ ปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้สูง น้ำคาวปลา มีสีแดงสด มีปริมาณมาก มีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บบวมแดง มีหนอง แผลแยก เต้านมอักเสบเป็นฝี หากมีอาการเหล่านี้ ให้รีบ กลับมาพบแพทย์ทันที แนะนำสังเกตอาการผิดปกติของทารก เช่น มีไข้ หายใจหอบ มีผื่นหรือตุ่มหนองขึ้นตาม ตัว แขน ขา และใบหน้า ให้ไปตรวจกับแพทย์ในโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

4. H = Health คือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรเข้าใจถึง ภาวะการเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันให้ เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เพื่อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งส่งเสริม สุขภาพในการป้องกันโรค โดยแนะนำเรื่องการพักผ่อนต้องให้เพียงพอ โดยเฉพาะ หลังคลอด 2 สัปดาห์แรก ควร ได้รับการพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น งดงานหนักหลังคลอด 6-

8 สัปดาห์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจนเกินไป ทำงานบ้านได้ตามปกติ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงดูทารกและส่งเสริมพัฒนาการของลูก โดยการประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพสีชมพูเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการของทารก

5. O = Outpatient Referral คือ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อความเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาสถานที่ ต้องทราบว่าเมื่อใดขอความช่วยเหลือจากใครในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเจ็บปวด รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วย ให้กับหน่วยงานอื่นที่จะช่วยดูแลต่อ โดยการแนะนำความสำคัญของการมาตรวจหลังคลอดตามนัด เพื่อตรวจประเมินภาวะปากมดลูกและความผิดปกติต่างๆ หลังคลอดเมื่อทารกอายุครบเดือนครึ่ง แนะนำให้น้ำทาหมากาฉีวัคซีนป้องกัน ไวรัสตับอักเสบบีชนิด B เข็มที่ 2 เมื่ออายุ 2 เดือน และมาฉีวัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรนบาดทะยัก และหัดโปลิโอเมื่ออายุครบ 2 เดือน การให้นำทารกมารับวัคซีนตามนัด ทุกครั้ง ส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่าง ๆ และเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการทารกโดยศึกษาในสมุดบันทึก สุขภาพ แม่และเด็กเล่มสีชมพู ใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)หากมีปัญหาสามารถติดต่อสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลใกล้บ้านได้

6. D = Diet คือ ผู้ป่วยต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหาร ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงสิ่งเสพติดต่าง ๆ ด้วยโดยให้คำแนะนำการรับประทานอาหารแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ปลา หมู ไก่ ไข่ ผักและผลไม้ ที่หาได้ในท้องถิ่นตามฤดูกาล งดอาหารหมักดอง หรือของมีเน่าบูดหรือกาเฟ เป็นต้น ควรเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างน้อย 6 เดือน การให้อาหารเสริมทารกควรให้เมื่อทารกอายุครบ 6 เดือน การให้ครั้งแรกควรให้ปริมาณน้อย ๆ ร่วมกับนมมารดา ก่อน เมื่อทารกไม่มีอาการท้องร่วงหรืออาเจียนจึงเพิ่มตามความต้องการของทารก

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 15 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 21 สัปดาห์ ฝากครรภ์รวม 8 ครั้ง อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 3 วัน คณะวันคลอด เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559 เวลา 10.25 น. ด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด แรกได้รับขอมดลูก 3/4 มากกว่าสะดือ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร Effacement หนานุ่ม Station -2 ML น้ำคร่ำสีใส ตรวจไม่มีการหดตัวของมดลูก ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา Oxytocin 10 unit in 5% D/N/2 1000 ml. 48 cc/hr ใช้เวลาแบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมง เวลา 02.47 น. วันที่ 16 มิถุนายน 2559 ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนัก 3,130 กรัม ตัวยาว 54 เซนติเมตร รอบศีรษะ 34 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส APGAR Score ที่ 1 นาที ได้ 8 คะแนน 5 นาที ได้ 9 คะแนน และ 10 นาที ได้ 10 คะแนนตามลำดับ ให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดโดยการดูดเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ให้ออกซิเจน กระตุ้นให้ร้อง ให้ความอบอุ่น เช็ดคราบเลือด หลังคลอดผู้คลอดเสียเลือด 200 มิลลิลิตร มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ประเมินพบการหดตัวของมดลูกไม่ดี ให้การพยาบาลโดยการคลึงมดลูก สวนปัสสาวะทิ้งได้ 200 มิลลิลิตร ประเมินการหดตัวของมดลูกปกติ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดปกติ และวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 4 ครั้ง ทุก 15 นาที

2 ครั้ง ดูแลให้ได้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากตกเลือดหลังคลอด ติดตามเช็ชมารดาหลังคลอด 2 ครั้ง อาการดีขึ้น น้ำคาวปลาไหลปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น มดลูกหดตัวดี แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดง มารดาสามารถให้นมบุตรได้ นอนหลับสบาย เพียงพอ ดูแลอาบน้ำ และทราบวิธีการคุมกำเนิด ระหว่างให้การดูแล ผู้คลอดมีความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด วันที่จำหน่ายทารกแข็งแรงดี ผิวสีชมพู หายใจปกติ ตาและสะดือไม่แฉะ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 17 มิถุนายน 2559 รวมระยะเวลาการรักษา 3 วัน นัดมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์

10. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหาร : เป็นแนวทางในการมอบหมายงานในการดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
2. ด้านบริการ : เป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
3. ด้านวิชาการ : เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลในห้องคลอด และผู้ที่สนใจเรื่องการดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและเป็นข้อมูลศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานเพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพลดอัตราภาวะแทรกซ้อนของมารดา

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1. การพยาบาลมารดาที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านและต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหา
2. การจัดทำเอกสารการพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริงและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกต้องศึกษาค้นคว้าจากตำราหลายเล่มทำให้ใช้เวลานาน

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. ส่งเสริมจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูการดูแลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือมารดาภาวะวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ
2. พยาบาลและทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความสามารถ ทักษะและการวางแผนการพยาบาล การประเมินอาการและให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง
3. การให้ข้อมูลและการติดต่อสื่อสาร ที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาและญาติ
4. ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ประเมินประวัติขณะฝากครรภ์ การเข้าโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อเป็นการรักษาอย่างทันถ่วงที

13. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้จัดทำขอขอบคุณ นายแพทย์บุญแสง บุญอำนวยกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา นายแพทย์ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนวิจิตรรา บุรี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่กรุณาให้การช่วยเหลือทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

14. เอกสารอ้างอิง

- เจษฎา ถิ่นคำพร. (2550). **สูติศาสตร์เชิงประจักษ์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ชวนพิศ นรเดชนนท์. (2543). **การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมมารดาในระยะคลอด**. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ 2 คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล.
- ทรงพร จันทรพัฒน์. (2543). **การพยาบาลภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์**. สงขลา: เทพการพิมพ์.
- ธีระ ทองสง. (2555). **สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**
- ปิยะรัตน์ นิลอัยยกา. (2544). **การพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์และครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพเปี่ยงเบนและการติดเชื้อระยะหลังคลอด . พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- พิชัย เจริญพานิช.(2540). **สูติศาสตร์ พื้นฐาน และ ปัญหา = Pregnancy basic knowledge & problems.** กรุงเทพฯ : 21 เซ็นจูรี
- ลาวัญย์ ผลสมภพ. (2547). **การพยาบาลทารกแรกเกิด**. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิพร เสนารักษ์. (2533). **การวินิจฉัยการพยาบาล**. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2544). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.**
- ศรีนวล โอสดเสถียร. (2543). **คู่มือ จุดเน้นทางการพยาบาลแม่-เด็กและการผดุงครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2.** หจก.นำกัการพิมพ์ : กรุงเทพฯ, 2543
- สุกัญญา ปรีดิบุญกุลและพยอม อยู่สวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลในระยะคลอด**. กรุงเทพฯ : โอเอส.พรินต์ติ้งเฮาส์.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสุพายณี สุเรียง)

ผู้เสนอผลงาน

.....เดือน..... พ.ศ.

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์ ประวิทย์ ชัยกองเกียรติ)

ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

.....เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ.....

(นายแพทย์ บุญแสง บุญอำนวยกิจ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 12

.....เดือน..... พ.ศ.