

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกร่วมกับ ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน : กรณีศึกษา 2 ราย

อัจฉรา ยาวะสิทธิ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกร่วมกับภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

วิธีการศึกษา: ใช้วิธีการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการถุงน้ำคร่ำแตกและมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล การประเมิน สัมภาษณ์และสังเกตผู้รับบริการ ระหว่าง วันที่ 20 ก.ค. 2566 – 18 ก.ย. 2566 โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา: รายที่ 1 แรกรับ BT=37 °C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, นน. 53 kgs. สูง 165 cms., SPO₂ Sat 95%, PV Cx. Fully dilate, Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams FHS 60 bpm, IUR, On O₂ Mask with bag 10 LPM, On 0.9% NSS 1,000 drip 120 ml/hr. มารดาคลอดปกติ มี slight tear, รกคลอด Complete Cord, ทารกเพศหญิง นน. 1,800 grams, Apgar score 6-6-7, ภาวะแรกเกิด Birth asphyxia with preterm, on ET tube, Incubator ส่งต่อมารดาพร้อมทารก ที่ รพ.ขอนแก่น

รายที่ 2 แรกรับ BT=36.5 °C, P=92 bpm, R=20 bpm, BP 115/82 mm.Hg, น.น. 49 Kgs., สูง 147 cms., SPO₂ 98% Interval 6 min, Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability, U/S EFW 2,100 grams, ตรวจ PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+ 1 ML, Cough test=positive, On O₂ mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 120 ml/hr. หลังให้ยาตามแผนการรักษา, Monitor EFM, แพทย์ให้ Inhibit of labor และ PV พบ Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval 10 min, Duration 30 sec., FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR ส่งต่อ รพ.ขอนแก่น

สรุป: หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล อย่างถูกต้องและแม่นยำ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์, การคลอดก่อนกำหนด, ภาวะถุงน้ำคร่ำแตก, ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชนบท จังหวัดขอนแก่น

Professional nurse, Chonnabot Hospital, Khon Kaen Province

Email: atcharayawasith@gmail.com

The nursing care among pregnancies women with prolonged preterm premature rupture of membranes with fetal distress: 2 Case studies

Atchara Yawasith

Abstract

Purpose: To study and compare nursing care among pregnant women with prolonged preterm premature rupture of membranes with fetal distress.

Methods: The method compared two case studies and purposive sampling of pregnant women who presented with premature rupture of membranes and premature labor pains. Data were collected using data recording forms, assessments, interviews, and observation between 20 July 2023 - 18 September 2023, in Chonnabot hospitals. Khon Kaen Province

Results: Case study number 1, initially received BT= 37 °C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, BW 53 kg., Height 165 cms., SPO₂ Sat 95%, PV Cx. Fully dilate, Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams, FHS 60 bpm, IUR, on O₂ Mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 drip 120 mL/hr. Provide nursing care according to the treatment plan. The mother gave normal labor with a slight tear. The placenta was delivered with a complete cord. The female newborn weighed 1,800 grams, had an Apgar score of 6-6-7, had Birth asphyxia with preterm, was on an ET tube, and incubator, and referral to Khon Kaen Hospital.

Case study number 2, BT=36.5 °C, P=92 bpm, R=20 bpm, BP 115/82 mm. Hg, BW 49 Kgs. Height 147 cms., SPO₂ 98%, Interval 6 min, Duration 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability, U/S EFW 2,100 grams, PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive, on O₂ mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 120 mL/hr. After giving medicine according to the treatment plan and monitoring EFM, the doctor gave an inhibitor of labor and PV found Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval 10 min, Duration 30 sec., FHS 138 bpm, EFM: Cat I, and referral to Khon Kaen Hospital.

Conclusion: Pregnant women receive continuous care according to the standards of obstetric nursing. Nurses should use the nursing process, which consists of assessment, planning, implementation, and nursing evaluation correctly and accurately. This is to increase nursing outcomes and reduce risks that may occur.

Keywords: Pregnant women, Premature labor, Premature rupture of membrane, Fetal distress

บทนำ

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด (Premature rupture of membranes; PROM) คือการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (Dayal S. & Hong PL, 2023) ส่วนใหญ่มักพบในภูมิภาคที่มีระบบการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอนามัยมารดาที่ค่อนข้างลำบาก เช่นในประเทศแถบแอฟริกา พบความชุกของการเกิดภาวะ PROM สูงถึง ร้อยละ 9.2 (95% CI 5.0-16.4) ส่วนใหญ่พบปัจจัยเสี่ยง เช่น การไม่ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ (OR = 2.87, 95% CI 1.34, 6.14) การมีประวัติเคยเกิด PROM มาก่อน (OR = 4.09, 95% CI 2.82, 5.91) มีประวัติการทำแท้ง (OR = 3.13, 95% CI 1.63, 6.01) มีปัญหาการตกขาวผิดปกติ (OR = 6.78, 95% CI 4.11, 11.16) และมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (OR = 3.04, 95% CI = 1.21, 7.63) (Tiruye, G. et al, 2021) สิ่งที่สำคัญปัญหานี้ยังพบอุบัติการณ์ของการเกิดสูงขึ้นมากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางร่วมด้วย ในภูมิภาคเอเชียพบการเกิดสูงถึง ร้อยละ 64 (Mahjabeen, N., Nasreen, S. Z. A., & Shahreen, S., 2021) เมื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงพบว่า กลุ่มที่ยังทำงานอยู่ต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์และกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีและมากกว่า 35 ปี ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

ผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และภาวะดังกล่าวส่งผลให้มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการอักเสบติดเชื้อตามมาได้ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2556) สำหรับในประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการรวบรวมข้อมูลไว้พบความชุกของการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงถึง ร้อยละ 16.8 โดยมีปัจจัยเสี่ยงเช่น ดัชนีมวลกาย(BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ต่ำกว่า 18.5 kg/m² (OR = 1.89; 95% CI, 1.28–2.81), น้ำหนักเพิ่มขึ้น < 5 kg (OR = 5.11; 95% CI, 2.96–8.81), ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ (OR = 5.16; 95% CI, 3.50–7.61), PROM (OR = 4.22; 95% CI, 2.20–8.11), และมีประวัติทารกคลอดน้ำหนักน้อย (OR = 46.56; 95% CI, 13.15–164.88) (Intaraphet S. et al, 2021) ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อทั้งด้านมารดาและทารก เช่น ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะสายสะดืออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อในทารก หากพบในมารดาที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดทารกที่คลอดออกมาจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากภาวะ Respiratory Distress Syndrome และ Intraventricular Hemorrhage ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือการแตกตัวของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่จำกัดเวลาหรืออายุครรภ์ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2560) อุตติการณ์ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์แตกต่างกันมากแล้วแต่คำจำกัดความ ตามรายงานต่างๆ พบได้ตั้งแต่ ร้อยละ 3 -18.5 ของการคลอด โดยที่ร้อยละ 94 ของผู้ป่วยจะเป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Term Premature Rupture of Membranes) ประมาณร้อยละ 5 จะเป็นทารกก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก 1,000 – 1,500 กรัมและน้อยกว่า ร้อยละ 0.5 จะเป็นทารกก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม

การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคลอด โดยการรับไว้ในโรงพยาบาล ร่วมกับการตรวจท่าและฟังเสียงหัวใจเด็ก หลีกเลี่ยง PV หรือ PR เพราะทำให้เกิดการติดเชื้อลูกกลมเข้าโพรงมดลูกง่ายขึ้น ยกเว้นเริ่มมีการเจ็บครรภ์ ให้นอนพักบนเตียงใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตลักษณะจำนวนของน้ำคร่ำ วัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงหัวใจมารดา ทุก 4 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาสนับสนุนว่าในกรณีครรภ์ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดควรชักนำการเจ็บครรภ์เร็วกว่า โดยทั่วไปแนะนำให้ชักนำการคลอดเลยโดยใช้ Oxytocin ถ้าปากมดลูกไม่พร้อม (Bishop < 6) อาจให้ยาพ羅斯ตาแกลนดินช่วย การชักนำคลอดเลยจะช่วยลดปัญหาการติดเชื้อหลังคลอดและการติดเชื้อในทารก (Dayal S. & Hong PL, 2023) (มณีนภรณ์ โสมานุสรณ์, 2560) การให้สเตียรอยด์ใน Preterm PROM การให้ยาสเตียรอยด์เพื่อช่วยเร่งพัฒนาการของปอดทารกและลดอุบัติการณ์ของ Respiratory Distress Syndrom นั้น จะได้ผลดีเมื่อมีการคลอดภายหลังเริ่มให้ยาไปแล้ว 24 ชั่วโมงและได้ผลดีที่สุดเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ (Restuning W. et al, 2018) มีรายงานว่า การให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในราย Preterm Premature Rupture of Membranes จะช่วยลดอัตราการตายของทารกแรกคลอดลง ลดอัตราการเกิด Sepsis และ Respiratory Distress Syndrome และเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการให้เฉพาะคอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับการการให้ยาปฏิชีวนะใน Preterm Premature Rupture of Membranes นั้นยังถือว่าเป็นเรื่องที่สรุปได้ยากในขณะนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ร่วมกับภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกร่วมกับทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 2 ราย ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลชนบท ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม – 18 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองราย อายุ 26 ปี และ 29 ปี มีน้ำเดินและเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาลทั้งสองราย และรายที่ 1 กำหนดคลอด 28 สิงหาคม 2566 อายุครรภ์ 34⁺³ สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว แต่มีความเสี่ยงสูงก่อนตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (BMI = 16.52) สามีมีประวัติสูบบุหรี่และมีประวัติผลการตรวจปัสสาวะพบสารแอมเฟตามีน ส่วนรายที่ 2 กำหนดคลอด 18 พฤศจิกายน 2566 อายุครรภ์ 31⁺¹ สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว มีประวัติมาฝากครรภ์ช้า สามีมีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ

ผู้รับบริการรายที่ 1 วินิจฉัย PROM with Preterm labor with Fetal Distress GA 34+3 wks by U/S G2P1A0L1, Plan of management : Cx. Fully dilate Go on labor และรายที่ 2 วินิจฉัย PROM

with Preterm Labor GA 31+1 wks.by U/S G2P1A0L1, Plan of management: Inhibit of labor and Refer โรงพยาบาลขอนแก่น

หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 26 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ภู่งน้ำคร่ำแตก เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนมาร.พ. 2 ช.ม. นำส่ง โดย รพ.สต. มารดา G2P1A0L1 last 2 ปี GA 34+3 wks. by U/S ANC ร.พ.ชนบท ไม่ครบเกณฑ์ LMP 20/11/65 EDC 28/08/66

ประวัติเจ็บป่วย: ปฏิเสธโรคประจำตัว High risk BMI น้อยก่อนตั้งครรภ์ 16.52 /สามีสูบบุหรี่และมีประวัติ Urine Amphetamine positive

ตรวจร่างกายแรกรับ: T=37 C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, BW 53 kg. สูง 165 cms., SPO₂ Sat 95% PV Cx. Fully dilate FHS 60-80 bpm., Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams

ผลLab ANC

VDRL= Non-Reactive, Anti HIV = Non-Reactive

HBsAg= Negative DCIP= Negative

HCT= 36%, 34.4%

Blood group= A Rh positive MCV 71.6 ft

ขณะฝากครรภ์ ตรวจพบ UA Leukocytes 3+, WBC 30-50 cell/HPF GA 17-32 wks.

Pap smear = Candida spp.

การวินิจฉัยแรกรับ: PROM with Preterm labor with Fetal Distress GA 34+3 wks. by U/S G2P1A0L1 , Plan of management : Cx. Fully dilate Go on labor

การพยาบาลก่อนคลอดและหลังคลอด Admit 20 ก.ค.66 (17.30-19.00น.)

-เวลา 17.30 น. PV Cx. Fully Dilate with Fetal distress ย้ายเข้าห้องคลอดเตรียมคลอด รายงานแพทย์เวร และทีมรับคลอด Interval= 1 นาที Duration=60 วินาที FHS 60 bpm IUR On O2 Mask C bag 10 LPM, On 0.9% NSS 1000 120ml/hr. เชียร์เบ่งคลอด เตรียม ทีมรับเด็กแพทย์ พยาบาล และเตรียมพร้อมNCPR

-17.37 น. มารดาคลอดปกติ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 grams Apgar score 1 min=6, 5min=6, 10min=7 หักTone, RR, Appearance ภาวะแรกเกิด Non Vigorous Complication Birth Asphyxia with Preterm On ET tube No.3 Deep 7.5 ,On Incubator ประสานส่งต่อ NICUร.พ.ขอนแก่น

- 17.37 น. คลอด Normal labor with slight tear
- 17.45 น. ฉีด Oxytocin 10 unit IM หลังคลอดไหล่น้ำคุดร Complete total blood loss 200 ml รกคลอด Complete Cord ,Anus Normal
- 17.50 น. มี Uterine Atony On 5%D/N/2 1,000ml+ Synto 40 unit Rate 120 ml/hr.
- 17.55 น. ฉีด Methergin 1 amp IV Stat คลื่นมดลูกต่อเนื่อง
- 18.00 น. คลื่นมดลูกต่อเนื่องหดตัวดี Estimate blood loss 200 ml
- 19.00 น. ประสานส่งต่อ รพ.ขอนแก่น มารดาพร้อมทารก Birth Asphyxia with Preterm นำส่งโดยพยาบาลห้องคลอด 2 คน

หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 หญิงไทย อายุ 29 ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 17 กันยายน 2566

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ฤกษ์น้ำคร่ำแตก ก่อนมาร.พ. 3 ช.ม. ให้ประวัติ มีน้ำเดิน 08.00 น. แต่ไม่มาร.พ.ทันทีเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บครรภ์ พอมีอาการเจ็บครรภ์ถี่เลยมาโรงพยาบาล มารดา G2P1A0L1 Last 1.6 ปี GA 31+1 wks by U/S ANC ร.พ. ชนบท ไม่ครบเกณฑ์, LMP ต้น ม.ค. 66, EDC 18/11/66

ประวัติเจ็บป่วย: ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้อาหารและยา, High risk Late ANC, สามีสูบบุหรี่

ตรวจร่างกายแรกรับ: T=36.5 C P=92bpm R=20bpm BP115/82 mmHg BW 49 Kgs. สูง 147 cms. SPO2 98% Interval = 6 min Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability U/S EFW 2,100 grams, PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive

ผล Lab ANC

VDRL= Non-Reactive, Anti HIV = Non-Reactive HBsAg= Negative DCIP=Negative

HCT= 33.1%, 39.1% Blood group= O Rh positive MCV 11.7 fl ขณะฝากครรภ์ ตรวจ Stool Occult blood positive Plan repeat หลังคลอด

การวินิจฉัยแรกรับ: PROM with Preterm Labor GA 31+1 wks. by U/S G2P1A0L1, Plan of management: Inhibite of labor and Refer Khonkaen Hospital

การพยาบาลก่อนคลอด Admit 17 ก.ย.66 (11.00-12.15น.)

-เวลา 11.00 น. PV Cx. Dilate 5cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval = 6 นาที Duration = 30 วินาที, Monitor FHS 144 bpm., EFM: Minimal variability IUR, On O₂ Mask C bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1000 120 ml/hr. ต่อเนื่อง, SPO₂ 98% รายงานแพทย์เวรและทีม LR Refer เพื่อเตรียมความพร้อม, เจาะ Lab CBC, Lab2 และ U/A, แพทย์ให้ Bricanyl ½ amp.SC stat ตามแผนการรักษา , Cough test positive, จุ่มน้ำเดิน PH 8.0, Fern test: Not found

-เวลา 11.05 น. ให้ยา Dexamethasone 6 mg IM stat, Monitor EFM

-เวลา 11.10 น. ให้ยา Ampicillin 2gm IV stat ,Retained Foley catheter

-เวลา 11.15 น. แพทย์โทร Consult แพทย์ Staff รพ.ขอนแก่น ให้ Inhibit of labor by

1. ให้ 10% MgSo4 4 mg IV slowing push at 12.00 น.

2. ให้ 50%MGS04 20mg+5%D/W 500 ml IV rate 25 ml/hr at 12.10น.

-เวลา 12.15 น. PV ก่อน refer Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval= 10 นาที Duration=30 วินาที FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR ขณะส่งต่อ นำส่ง รพ.ขอนแก่น โดยทีมแพทย์ 1 คนพยาบาลวิชาชีพ LR 2 คน, Monitor vital sign and FHS ถึง ร.พ. ขอนแก่น

-เวลา 13.00 น. PV Cx. dilate 8 cms. Effacement 100% Station +1 ML Clear, Interval= 3 นาที Duration=45 วินาที FHS 130 bpm, vital sign stable

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
1. ปัจจัย เสี่ยงต่อการ เกิดโรค	ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์, ก่อนตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวล กายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (BMI = 16.52) สามมีมี ประวัติสูบบุหรี่และมีประวัติ ผลการตรวจปัสสาวะพบสาร แอมเฟตามีน	ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์, มาฝากครรภ์ช้า, สามมีมี ประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ	ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่ คล้ายคลึงกันคือ การไม่ได้รับ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์ คุณภาพ สมาชิกในครอบครัว มีการใช้สารเสพติดคือบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 ยังมี ประวัติค่าดัชนีมวลกายก่อน การตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ด้วย
2. พยาธิ สภาพ อาการและ อาการแสดง	-ถุงน้ำคร่ำแตก เจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ก่อน มาร.พ. 2 ช.ม. นำส่งโดย รพ.สต. มารดา G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ last 2 ปี GA 34 ⁺ 3 wks. by U/S ANC ร.พ.ชนบท ไม่ ครบเกณฑ์	-ถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนมาร.พ. 3 ช.ม. ให้ประวัติ มีน้ำเดิน 08.00 น. แต่ไม่มาร.พ.ทันที เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บ ครรภ์ พอมีอาการเจ็บ ครรภ์ก็เลยมาโรงพยาบาล มารดา G ₂ P ₁ A ₀ L ₁ Last 1.6 ปี GA 31 ⁺ 1 wks. by U/S	-ถุงน้ำคร่ำและน้ำคร่ำที่ ล้อมรอบตัวทารกอยู่มีหน้าที่ หลักในการป้องกันไม่ให้ทารก ได้รับอันตรายจากแรง กระแทกและส่งเสริมให้ทารก มีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการตามปกติ หากมี การแตกของถุงน้ำคร่ำก็

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	LMP 20/11/65 EDC 28/08/66 - BT=37 °C, P=100 bpm, R= 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, น.น. 53 kg. สูง 165 cms., SPO ₂ Sat 95% PV Cx. Fully dilate FHS 60-80 bpm., Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams	ANC ร.พ. ชนบท ไม่ครบ เกณฑ์, LMP ต้น ม.ค. 66, EDC 18/11/66 - BT=36.5 °C P=92 bpm R=20bpm BP115/82 mm. Hg, น.น. 49 Kgs. สูง 147 cms., SPO ₂ 98% Interval = 6 min Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability U/S EFW 2,100 grams, PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive	อาจจะทำให้การทำหน้าที่ ต่างๆ เหล่านี้ของถุงน้ำคร่ำ และน้ำคร่ำเสียไปได้ ถือว่า เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติ ศาสตร์และภาวะดังกล่าว ส่งผลให้มีการเจ็บครรภ์คลอด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อใน โพรงมดลูกได้ -ภาวะน้ำคร่ำเดินก่อนครบ กำหนดครรภ์คลอด ถ้าเป็น เวลานาน มีผลให้ทารกขาด ออกซิเจนในครรภ์ได้ เนื่องจากภาวะสายสะดือ พลัดต่ำ อาจจะมีได้ทั้งแบบ ไหลออกมาเหนือส่วนน้ำให้ เห็น หรือแนบอยู่ด้านข้าง ส่วนน้ำไม่ไหลออกมาให้เห็น ซึ่งภาวะนี้จะสัมพันธ์กับ จังหวะการเต้นของหัวใจ ทารกแบบ Variable deceleration pattern ทารกจำเป็นต้องได้รับการ ช่วยคลอดฉุกเฉินเพื่อ ช่วยชีวิต
3. การรักษา	Admit 20 ก.ค.66 (17.30- 19.00น.) -เวลา 17.30 น. PV Cx Fully Dilate with Fetal distress ย้ายเข้าห้องคลอด เตรียมคลอด รายงานแพทย์ เวร และทีมรับคลอด	Admit 17 ก.ย.66 (11.00- 12.15น.) -เวลา 11.00 น. PV Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval = 6 นาที Duration = 30 วินาที,	ผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กรณีศึกษา ได้รับการ ประเมิน การตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษที่ เกี่ยวข้องกับทางสูติศาสตร์ อย่างครบถ้วน และได้รับการ ดูแลเบื้องต้นตามมาตรฐาน

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	Interval =1 นาที Duration=60 วินาที FHS 60 bpm, on O ₂ Mask C bag 10 LPM, On 0.9% NSS 1,000 120 ml./hr. เชียร์แบ่งคลอด เตรียม ทีม รับเด็กแพทย์ พยาบาล และ เตรียมพร้อม NCPR -17.37 น. มารดาคลอด ปกติ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 grams Apgar score 1 min=6, 5min=6, 10min=7 หัก Tone, RR, Appearance ภาวะแรกเกิด Non Vigorous Complication Birth Asphyxia with Preterm on ET tube No. 3 Deep 7.5 ,on Incubator ประสานส่งต่อ NICU ร.พ.ขอนแก่น -17.37 น. คลอดNormal labor with slight tear -17.45 น. ฉีด Oxytocin 10 unit IM หลังคลอดไหล หน้าคลอดรก Complete total blood loss 200 ml รกคลอด Complete Cord ,Anus Normal -17.50 น. มี Uterine Atony On 5%D/N/2	Monitor FHS 144 bpm., EFM: Minimal variability IUR, On O ₂ Mask C bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1000 120 ml./hr. ต่อเนื่อง , SPO ₂ 98% รายงานแพทย์ แหวและทีม LR Refer เพื่อ เตรียมความพร้อม, เจาะ Lab: CBC, Lab 2 และ U/A, แพทย์ให้ Bricanyl ½ amp. SC stat ตาม แผนการรักษา, Cough test positive, จุ่มน้ำเดิน PH 8.0, Ferm test: Not found -เวลา 11.05 น. ให้ยา Dexamethasone 6 mg IM stat, Monitor EFM -เวลา 11.10 น. ให้ยา Ampicillin 2gm IV stat ,Retained Foley catheter -เวลา 11.15 น. แพทย์โทร Consult รพ.ขอนแก่น แพทย์ Staff รพ.ขอนแก่น ให้ Inhibited of labor by 1. ให้ 10% MgSo4 4 mg IV slowing push at 12.00 น. 2. ให้ 50%MGSo4 20mg+5%D/W 500 ml	การดูแลผู้ป่วยทางสูติกรรม ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และ เหมาะสม ได้รับการพยาบาล และแก้ไขปัญหาที่มีคุณภาพ

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	1,000ml+ Synto 40 unit Rate 120 ml/hr. -17.55 น. ฉีด Methergin 1 amp IV Stat คลื่นมดลูก ต่อเนื่อง -18.00 น. คลื่นมดลูก ต่อเนื่องหดตัวดี Estimate blood loss 200 ml -19.00 น. ประสานส่งต่อ รพ.ขอนแก่น มารดาพร้อม ทารก Birth Asphyxia with Preterm นำส่งโดย พยาบาลห้องคลอด 2 คน	IV rate 25 mL/hr. at 12.10น. -เวลา 12.15 น. PV ก่อน refer Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval= 10 นาที Duration=30 วินาที FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR ขณะส่งต่อ นำส่ง รพ. ขอนแก่น โดยทีมแพทย์ 1 คนพยาบาลวิชาชีพ LR 2 คน, Monitor vital sign and FHS ถึง ร.พ. ขอนแก่น -เวลา 13.00 น. PV Cx. dilate 8 cms. Effacement 100% Station +1 ML Clear, Interval = 3 นาที Duration = 45 วินาที FHS 130 bpm, vital sign stable	
4. ปัญหา และข้อ วินิจฉัย ทางการ พยาบาล 4.1 ระยะ ก่อนคลอด	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติด เชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจาก ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 2. เสี่ยงต่อการคลอดก่อน กำหนดเนื่องจากมีภาวะถุง น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 3. เสี่ยงต่อทารกมีภาวะ Fetal distress เนื่องจากมี ภาวะถุงน้ำแตกก่อนกำหนด	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติด เชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจาก ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 2. เสี่ยงต่อการคลอดก่อน กำหนดเนื่องจากมีภาวะถุง น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 3. เสี่ยงต่อทารกมีภาวะ Fetal distress เนื่องจากมี ภาวะถุงน้ำแตกก่อนกำหนด	กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้รับบริการได้รับการ พิจารณาให้ทำคลอดได้ และ ได้รับการรักษาและการ พยาบาลตามมาตรฐานการ พยาบาลผู้คลอด กรณีศึกษา รายที่ 2 แพทย์พิจารณาและ ลงความเห็นว่าเป็นเหตุสมควร ควรได้รับการยับยั้งการคลอด เนื่องจากอายุครรภ์ละทารก

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	และก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด	และก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด	ในครรภ์ยังไม่พร้อมที่จะสามารถคลอดได้ จึงได้รับการดูแลติดต่อประสานงานและได้รับการส่งต่อไปดูแลที่โรงพยาบาลตติยภูมิ
	4. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์จากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	4. มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์จากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	
	- ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ข้อ สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาล	- ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 4 ข้อ สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาล	
4.2 ระยะ คลอด และ การส่งต่อ	1. ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia with Preterm เนื่องจากมีภาวะถุงน้ำแตกก่อนกำหนดและก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลการยับยั้งการคลอดและได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น	ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดและหลังคลอด โดยกรณีศึกษารายที่ 1
	2. มารดาเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังคลอดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด	-หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์เป็นพักๆ PV Cx. dilate 8 cms. Effacement 100%	มารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการช็อคจากการเสียเลือดหลังคลอดและทารกมีภาวะ Birth Asphyxia with Preterm แพทย์และพยาบาลให้การดูแลเบื้องต้นและพิจารณาส่งต่อ
	-ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด 2 ข้อ สามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาล	Station +1, ML Clear, Interval = 3 นาที - Duration = 45 วินาที FHS 130 bpm., vital sign stable PR=90 bpm, RR=20 bpm, BP 115/64 mm. Hg, SPO ₂ 98%, FHS 148 bpm.	โรงพยาบาลขอนแก่น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์พิจารณายับยั้งการคลอดและส่งโรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีทีมนำส่งและให้การดูแลต่อเนื่องตลอดการส่งต่อ
	-เวลา 17.50 น. วัดสัญญาณชีพหลังรกลคลอด PR=90 bpm, RR=20 bpm, BP117/68 mm.Hg มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี Uterine Atony	เคลื่อนย้ายลงจากรถ Refer 2 คนนำส่งห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น	

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	Active bleed 200 ml. ไม่ มีอาการวิงเวียน SPO₂ 99% room air ดูแลคสิ่งมดลูก ต่อเนื่อง ให้ 5%D/N/S 1,000 ml. + oxytocin 40 Unit rate 120 ml./hr. -ดูแลนิต Methergin 1 amp. IV Stat ตามแผนการ รักษาและคลั่งมดลูกให้ O₂ Mask with bag 10 LPM -Intermittent Cath urine ออก 200 ml. สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน -ดูแลคสิ่งมดลูกต่อเนื่อง ให้ 5%D/N/S 1,000 ml. + oxytocin 40 Unit rate 120 ml./hr., Hct stat 35% -PV speculum ไม่มี Tear Cervix -คลั่งมดลูกต่อเนื่อง, observe bleeding per vagina ใส่ pad 2 ผืน observe bleeding per vagina -Monitor vital sign -แพทย์โทรประสานส่งต่อ ทารก Birth Asphyxia พร้อมมารดา ติดตามทารก มารดาหลังคลอดและบุตร ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น		

ประเด็น เปรียบเทียบ	ข้อมูลกรณีศึกษา		การวิเคราะห์
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	โดยรพโรงพยาบาลพร้อม พยาบาลนำส่ง 2 คน เวลา 19.00 น. -ขณะส่งต่อคลังมดลูก ต่อเนื่อง, observe bleeding per vagina -Monitor vital sign ขณะ ส่งต่อ อย่างต่อเนื่อง		

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้คลอด กรณีศึกษารายที่ 1 LMP 20/11/65, EDC 28/08/66 เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีถุงน้ำคร่ำแตก มารดา G₂P₁A₀L₁ last child 2 ปี, GA 34⁺³ wks. by U/S, ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว มีความเสี่ยงสูงก่อนตั้งครรภ์น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ BMI =16.52 และสามีสูบบุหรี่ ร่วมกับมีประวัติ urine Amphetamine positive ตรวจร่างกายแรกรับ BT=37 °C, P = 100 bpm, R = 20 bpm., BP 102/77 mm. Hg, น.น. 53 kg. สูง 165 cms., SPO₂ Sat 95%, PV Cx. Fully dilate FHS 60-80 bpm., Interval = 1 min Duration = 60 min, EFW 2,000 grams, on O₂ Mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 drip 120 ml/hr. จากนั้นมารดาคลอดปกติ ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 grams, Apgar score 6-6-7, มีภาวะ Birth Asphyxia with Preterm, on ET tube and Incubator นำส่งโรงพยาบาลขอนแก่นโดยพยาบาลห้องคลอด 2 คน

กรณีศึกษารายที่ 2 มารดา G₂P₁A₀L₁, Last child 1.6 ปี, GA 31⁺¹ wks by U/S, EDC 18/11/66 ฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้อาหารและยา, high risk late ANC และสามีสูบบุหรี่ ตรวจร่างกายแรกรับ BT = 36.5 °C, P = 92 bpm, R = 20 bpm, BP 115/82 mm. Hg, น.น. 49 Kgs. สูง 147 cms., SPO₂ 98%, Interval = 6 min, Duration = 30 min, FHS 130 bpm, EFM = Minimal variability U/S EFW 2,100 grams, ตรวจ PV Cx. dilate 5 cms., Effacement 80% Station+1 ML, Cough test=positive, on O₂ mask with bag 10 LPM, on 0.9% NSS 1,000 120 ml/hr. ต่อเนื่อง, รายงานแพทย์เวรและให้ยาตามแผนการรักษา และให้ยา Inhibit of labor พยาบาล PV ก่อน refer Cx. Dilate 5 cms. Effacement 80% Station +1 ML, Interval = 10 นาที, Duration = 30 วินาที, FHS 138 bpm, EFM: Cat I, IUR และส่งต่อ รพ.ขอนแก่น

หญิงตั้งครรภ์ที่ 2 ราย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลควร
ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติและการ
ประเมินผล อย่างถูกต้องและแม่นยำ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Dayal S, Hong PL. Premature Rupture of Membranes. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls
[Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2023; Jan-. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>
- Tiruye, G., Shiferaw, K., Tura, A. K., Debella, A., & Musa, A. Prevalence of premature rupture of
membrane and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A
systematic review and meta-analysis. SAGE open medicine. 2021; 9:
20503121211053912.
- Mahjabeen, N., Nasreen, S. Z. A., & Shahreen, S. The Prevalence of Premature Rupture of
Membranes (PROM) in Anemic and Non-anemic Pregnant Women at a Tertiary Level
Hospital. European Journal of Medical and Health Sciences. 2021; 3(4): 25–27.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเซนต์
หลุย; 2556.
- Intaraphet S, Kongpechr S, Mahawerawat S, *et al*. Risk Factors and Outcomes of Preterm
Birth among Northeastern Thai Teenage Mothers in Thailand. J South Asian Feder
Obst Gynae. 2021; 13(2): 111–116.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3.(พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลสูติศาสตร์. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราช
ชนก; 2560.
- Restuning W., Mira T., Ida M., Yanti H. Nursing Care of Premature Rupture of Membranes
in Pregnancy: Roy Adaptation Model. Journal of Maternity Care and Reproductive
Health. 2018; 1(1): 87-99.