

รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ และได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

นายธนาวุฒิ สิงห์เหม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดรุนแรงทั้งต่อมารดาและทารก ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารก การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (Emergency Cesarean Section) ภายใน 30 นาทีหลังการตัดสินใจ เป็นหัตถการหลักที่สามารถลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลเพื่อควบคุมภาวะตกเลือดอย่างทันที่

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ และได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

รูปแบบการศึกษา : ศึกษากรณีแบบเฉพาะเจาะจง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 ราย โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

ผลการศึกษา : หญิงไทย อายุ 32 ปี G4P2A1L2 GA 37⁺4 Wks. รับไว้เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 10.13 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอด ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน เนื่องจากมีประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อนร่วมกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด และเกิดภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ คลอดเวลา 12.25 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,810 กรัม Apgar 9 - 10 - 10 เสียเลือดรวม 650 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดมารดาฟื้นตัวดี สัญญาณชีพปกติ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ อาการปวดแผลลดลงตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 (หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด และนัดตัดไหมวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

สรุปผล : บทบาทพยาบาลห้องคลอดในการจัดการภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) มุ่งเน้นการประเมินภาวะตกเลือดฉุกเฉิน การประสานงานสหวิชาชีพเพื่อผ่าตัดคลอดเร่งด่วน การช่วยเหลือระยะผ่าตัดและจัดการการสูญเสียเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น PPH, การติดเชื้อ อย่างใกล้ชิด เพื่อลดอัตราทุพพลภาพและการเสียชีวิตของมารดาและทารก

คำสำคัญ (Keyword) : ภาวะตกเลือดก่อนคลอด ภาวะรกเกาะต่ำ การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

บทนำ

ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta Previa) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยมีลักษณะสำคัญคือรกจะเกาะบริเวณส่วนล่างของมดลูก และอาจปกคลุมปากมดลูกบางส่วนหรือทั้งหมด ส่งผลให้ช่องทางคลอดถูกปิดกั้น ทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ตามธรรมชาติ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการตกเลือดอย่างรุนแรง ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตกเลือดรุนแรงทางสูติกรรม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำส่วนใหญ่มักจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารก (Jauniaux et al., 2019)

อุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำพบประมาณร้อยละ 0.56 หรือคิดเป็น 5 – 6 รายต่อการตั้งครรภ์ 1,000 ราย และพบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อน เนื่องจากแผลเป็นที่มดลูกส่งผลต่อการฝังตัวของรก (Jauniaux et al., 2019) นอกจากนี้ ภาวะรกเกาะต่ำยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage : PPH) โดยเฉพาะในผู้ที่ต้องผ่าตัดคลอดซึ่งมีรายงานว่ากลุ่มผู้คลอดที่มี Placenta previa อาจมีเลือดออกมาระหว่างคลอดและหลังคลอดสูงถึง 22.4% และ 29% ตามลำดับ (Kayem et al., 2024) จากข้อมูลบริการของห้องคลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2567 พบผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Placenta previa ชนิด low-lying เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 1 ราย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดมดลูกออก เพื่อหยุดเลือด (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางบัวทอง, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าแม้ภาวะนี้จะพบไม่บ่อยนักแต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงสูง สามารถนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์ และอาจคุกคามต่อชีวิตของผู้คลอดได้

ภาวะรกเกาะต่ำไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อการตกเลือดเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกขาดออกซิเจน และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ เพราะเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่สามอาจเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน หากเลือดออกเพียงเล็กน้อยอาจให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่น การนอนพัก งดกิจกรรมหนักหรือเพศสัมพันธ์ และให้ธาตุเหล็กเสริม แต่หากเลือดออกมากจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน และอาจต้องผ่าตัดคลอดทันทีแม้อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อผู้คลอดและทารก ภายหลังการผ่าตัดคลอดหากมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากและไม่สามารถควบคุมภาวะตกเลือดได้ การตัดมดลูก (Hysterectomy) อาจเป็นทางเลือกสุดท้ายเพื่อรักษาชีวิตของผู้คลอด ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ดังนั้น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาของโรค การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจน รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและจัดการภาวะตกเลือดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังคลอด ถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของการดูแล สูติกรรม คือ “แม่ปลอดภัย ลูกเกิดรอด”

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากรกเกาะต่ำ และได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกับภาวะแทรกซ้อนของการคลอด มีความซับซ้อนยุ่งยากของการดูแล ต้องใช้สมรรถนะเฉพาะของพยาบาลห้องคลอดในการดูแลและบริหารจัดการภาวะวิกฤติต่างๆ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นในภาวะฉุกเฉิน 1 ราย

2. รวบรวมข้อมูล โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โปรแกรม HOSxP รวมถึงการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ในการประเมิน วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ ประเมินอาการ วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และติดตามประเมินผล
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลกรณีศึกษา ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ
6. เรียบเรียงเนื้อหา ตรวจสอบ แก้ไข พิมพ์และจัดทำรูปเล่ม เผยแพร่ผลงาน

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาลที่สำคัญ

ในการตั้งครรภ์ปกติตัวอ่อนในระยะบลาสโตซิสต์ จะฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกบริเวณส่วนบนของมดลูก ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีการไหลเวียนเลือดสมบูรณ์ เหมาะต่อการเจริญของรกและทารกในครรภ์ ในภาวะรกเกาะต่ำตัวอ่อนจะเลื่อนลงมาฝังตัวที่ผนังมดลูกส่วนล่างอันเป็นตำแหน่งที่ผิดปกติ มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของเยื่อโพรงมดลูก การบาดเจ็บของมดลูกจากเคยขูดมดลูก ผ่าตัดคลอด ซึ่งทั้งรอยแผลเป็นไว้ในโพรงมดลูก ส่งผลให้การฝังตัวของตัวอ่อนผิดตำแหน่งและเกิดภาวะรกเกาะต่ำในที่สุด แบ่งออกเป็น 4 ชนิดคือ

1. Total placenta pre หมายถึง รกเกาะต่ำที่คลุมรูเปิดภายในของปากมดลูก (Internal OS) ทั้งหมด
2. Partial placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่คลุมรูเปิดภายในของปากมดลูกบางส่วน
3. Marginal placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำที่มีขอบรกเกาะที่ริมรูเปิดภายในของปากมดลูก
4. Low - lying placenta หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาส่วนล่างของมดลูกแต่ไม่คลุมถึงปากมดลูกด้านใน

เมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น รกจะมีการขยายตัวตามการเจริญของทารก ทำให้รกที่ฝังอยู่บริเวณส่วนล่างของมดลูกขยายเข้ามาปิดคลุมรูเปิดของปากมดลูกภายใน (Internal os) ส่งผลให้ขัดขวางทางออกของทารกในขณะคลอด ระยะหลังของการตั้งครรภ์มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น และการหดตัวแต่ละครั้งจะดึงรั้งผนังมดลูกส่วนล่างให้ยืดออกและบางตัวลง ปากมดลูกอาจเริ่มมีการเปิดขยาย ส่งผลให้มีการฉีกขาดของชั้น Decidua basalis ซึ่งเป็นบริเวณที่รกเกาะอยู่ ทำให้เกิดการลอกตัวของรกและมีเลือดออกจากผนังมดลูกบริเวณดังกล่าว อาการเลือดออกมักไม่มีอาการแสดงอื่นๆ นำมาล้วงหน้า เลือดมักมีสีแดงสด อาจมีปริมาณน้อยหรือมากก็ได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีรกเกาะต่ำชนิดสมบูรณ์ (Total placenta previa) มักมีอาการเลือดออกเร็วกว่ารกเกาะต่ำบางส่วน และรกเกาะติดขอบ (Partial and Marginal placenta previa) เลือดที่ออกในครั้งแรกมักไม่รุนแรง แต่ในครั้งต่อไปปริมาณมักจะมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกและผนังมดลูกส่วนล่างเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและหลังคลอดเลือดจะหยุดยาก เนื่องจากการหดตัวของผนังมดลูกส่วนล่างไม่ดี จึงไม่สามารถกดหลอดเลือดที่ฉีกขาดให้หยุดไหลได้ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2564)

1. เลือดออกโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ เนื่องจากระยะหลังของการตั้งครรภ์ มดลูกหดตัวบ่อยขึ้น ส่งผลให้เลือดออกซ้ำ ๆ จากบริเวณที่รกเกาะ และมีแนวโน้มเลือดออกมากขึ้นเรื่อย ๆ
2. ภาวะติดเชือกจากช่องคลอด เกิดขึ้นได้ง่าย เพราะเลือดที่ออกจากการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณที่รกเกาะเป็นแหล่งเพาะเชื้อ ส่งผลให้เชื้อจากช่องคลอดสามารถลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูกได้
3. ทารกผิดปกติ (Malpresentation) เนื่องจากรกที่เกาะบริเวณส่วนล่างของมดลูกขัดขวางไม่ให้ทารกกลับศีรษะลงเป็นส่วนนำ ทำให้ทารกอาจอยู่ในท่าก้นหรือท่าขวาง

4. ความผิดปกติของรกและสายสะดือ เช่น รกมีขนาดใหญ่และบางกว่าปกติ ซึ่งอาจส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและสารอาหารระหว่างมารดากับทารก

อาการและอาการแสดง ของภาวะรกเกาะต่ำ มีดังนี้คือ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2564)

1. มีเลือดออกโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ (Painless bleeding) มักไม่มีอาการนำมาก่อน เกิดได้ตลอดเวลา แม้ขณะพักผ่อนนอนหลับ หรือทำกิจกรรมต่างๆ เลือดที่ออกจากรกเกาะต่ำมักมีสีแดงสด เลือดที่ออกครั้งแรกมักมีปริมาณไม่มากและหยุดได้เอง ในรายที่รกเกาะต่ำแบบ Low-lying อาจมีเลือดออกเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอดและมีการเปิดช่องปากมดลูก ซึ่งอาการอาจคล้ายกันกับภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

2. จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดได้สัดส่วนหรือสัมพันธ์กับอาการของหญิงตั้งครรภ์
3. มดลูกนุ่มปกติ กดไม่เจ็บ คลำทารกในครรภ์ และฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ได้ปกติ
4. ทารกมีส่วนนำผิดปกติ หรืออยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ส่วนหน้าเป็นก้น หรือทารกอยู่ในท่าขวาง
5. ในรายที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ตรวจพบว่าศีรษะไม่ลงสู่อุ้งเชิงกราน

ผลกระทบ เกิดขึ้นได้ทั้งกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีดังนี้ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2564)

ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์

1. ตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากบริเวณส่วนล่างของมดลูกมีการหดตัวไม่ดี
2. เสียชีวิตจากการตกเลือด
3. ติดเชื้อ
4. มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ
5. รกเกาะลึก (Placenta accrete) พบร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำได้บ่อย
6. โลหิตจางเนื่องจากเสียเลือดมากและเสียแบบเรื้อรัง

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

1. คลอดก่อนกำหนด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นสาเหตุสำคัญให้ทารกมีอัตราตายสูง
2. อัตราตายปริกำเนิดสูง พบได้ประมาณร้อยละ 1
3. ภาวะ Birth Asphyxia จากมารดาเสียเลือดมาก

การวินิจฉัย

สามารถวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำได้โดย (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2564)

1. ประวัติอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ การมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ พบประมาณร้อยละ 70 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ อาการซีดสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ออก ถ้าไม่มีอาการเจ็บครรภ์ หน้าท้องจะนุ่มไม่แข็งตึง คลำทารกได้

2. การตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องเป็นวิธีที่ท้ง่าย ปลอดภัย ถูกต้องแม่นยำในการดูตำแหน่งของรก มีความถูกต้องในการวินิจฉัยประมาณร้อยละ 96 การตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด มีความถูกต้องแม่นยำสูง สามารถเห็นปากมดลูกด้านในได้ทุกราย

3. การตรวจภายในหญิงตั้งครรภ์ที่สงสัยว่ามีรกเกาะต่ำ เป็นวิธีวินิจฉัยโรคได้แน่นอน แต่ต้องทำการตรวจในท้องผ่าตัด (Double set up) โดยเตรียมพร้อมที่จะทำการผ่าตัดคลอดได้ทันทีที่วินิจฉัย ดังนั้น ในรายที่อายุครรภ์ยังน้อยและยังสามารถให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองได้ จะไม่ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ ในปัจจุบันไม่นิยมใช้วิธีนี้ เนื่องจากมีการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ ซึ่งสามารถบอกตำแหน่งรกได้เกือบทั้งหมด

การรักษา

ขึ้นอยู่กับปริมาณของเลือดที่ออก อายุครรภ์ ความสมบูรณ์ของทารก ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด มีหลักการดูแลรักษาดังต่อไปนี้ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2564)

1. การรักษาเบื้องต้น เพื่อสังเกตอาการตกเลือดโดย

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

2. การรักษาขั้นต่อไป ขึ้นอยู่กับสภาวะของสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้คือ

2.1 อายุครรภ์น้อย (Preterm) และไม่มีข้อบ่งชี้ให้คลอด หากเลือดออกไม่มาก สภาวะของหญิงตั้งครรภ์และทารกยังดีอยู่ ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง ฝ้าระวังเลือดออกซ้ำ หากเลือดหยุดแล้ว อาจให้กลับบ้านได้ อธิบายว่ามีโอกาสเลือดออกซ้ำได้อีก และจำเป็นต้องรับมาโรงพยาบาล เนื่องจากเลือดออกครั้งต่อไปอาจรุนแรง แนะนำให้พักผ่อน ไม่ทำงานหนัก งดมีเพศสัมพันธ์สวนล้างช่องคลอด ในรายที่อายุครรภ์ 24 - 34 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้ Steroid เพื่อเร่งการเจริญของปอด

2.2 อายุครรภ์ครบกำหนด หรือปอดทารกในครรภ์เจริญดีพอที่จะคลอดได้แล้ว ควรพิจารณาให้คลอด เนื่องจากการยืดอายุครรภ์ต่อไปไม่มีประโยชน์ต่อทารก หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการตกเลือด

2.3 มีการเจ็บครรภ์คลอด หากอายุครรภ์ยังน้อย เลือดออกไม่มาก ให้อย่ายับยั้งการหดตัวของมดลูก

2.4 เสียเลือดมาก อาจเป็นอันตรายต่อมารดา จำเป็นต้องให้คลอดโดยด่วนไม่ว่าอายุครรภ์เท่าใดก็ตาม

3. การเลือกช่องทางคลอด

3.1 การผ่าตัดคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำเกือบทั้งหมด ควรคลอดโดยการผ่าตัดคลอด

3.2 การคลอดทางช่องคลอด อาจเลือกทำในรายที่มีรกเกาะต่ำ ชนิด Low lying หรือ Marginalis ที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำและเลือดออกไม่มาก เมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากจะกดขอบรก ทำให้เลือดออกลดลงได้ กรณีเช่นนี้การตรวจภายใน และการเจาะถุงน้ำคร่ำควรทำแบบ Double set up หากมีเลือดออกมาก จะได้ผ่าตัดคลอดได้ทันที

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นการประคับประคองเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป หรือการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่มียข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดและภาวะโลหิตจาง

ในระยะรอคลอด ควรดูแลให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักบนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูง และใส่ผ้าอนามัย เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอด และทวารหนักเพื่อลดความเสี่ยงต่อการตกเลือด พร้อมเจาะเลือดตรวจระดับฮีมาโตคริตและหมู่เลือด เพื่อประเมินภาวะโลหิตจางและเตรียมความพร้อมในการให้เลือด แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีน และธาตุเหล็กสูง รวมถึงยาบำรุงเลือดตามแผนการรักษา ในระยะคลอด พยาบาลควรเตรียมความพร้อม

ด้านอุปกรณ์ และทีมสำหรับการช่วยคลอดหรือการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินอย่างเหมาะสม และในระยะหลังคลอด ควรเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยติดตามสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก และปริมาณเลือดที่ออก พร้อมดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์

2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์

ควรเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยสังเกตลักษณะ ปริมาณ สี และกลิ่นของเลือดที่ออกทางช่องคลอด อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุกชั่วโมงในระหว่างที่มีความเสี่ยง แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างถูกวิธี และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งหลังการขับถ่าย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่าจำนวนเม็ดเลือดขาว เพื่อประเมินภาวะติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การให้การพยาบาลทุกขั้นตอนควรยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3. เพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตตามวัยและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ในระยะรอคลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจน โดยประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดอย่างใกล้ชิด ฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 4 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันทีและให้ออกซิเจน พร้อมแนะนำให้สังเกตการดิ้นของทารกและจัดทำนอนตะแคงซ้ายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและรก ในระยะคลอดควรเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด โดยบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาที เตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือทารกให้พร้อม และหากพบภาวะทารกขาดออกซิเจน ให้รายงานกุมารแพทย์ทันทีพร้อมเตรียมการช่วยฟื้นคืนชีพ

4. เพื่อส่งเสริมให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด

ในระยะรอคลอด ควรดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักบนเตียง เพื่อลดการหดตัวของมดลูกและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ให้ได้รับสารน้ำและยาลดการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์ และหลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนักเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกระตุ้นมดลูกและการตกเลือด เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกทางช่องคลอดหรือทารกดิ้นน้อยลง หากพบอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์ทันที พร้อมแนะนำให้งดการทำงานหนัก งดการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการสวนล้างช่องคลอด และมาตรวจครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

5. เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์

พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยใช้การสื่อสารที่สุภาพ เป็นกันเอง ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ แผนการรักษา อาการแสดงที่ควรเฝ้าระวัง พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเงียบสงบ เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและลดความเครียด นอกจากนี้ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อเสริมสร้างกำลังใจและลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์

การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินในหญิงตั้งครรภ์ (Emergency Cesarean Section)

เป็นกระบวนการผ่าตัดเร่งด่วนที่ดำเนินการเมื่อการคลอดทางช่องคลอดอาจก่อให้เกิดอันตราย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซึ่งต้องยุติการตั้งครรภ์ทันทีเพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารก เช่น ภาวะทารกเครียดในครรภ์ (Fetal distress) การตกเลือดก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) การคลอดติดขัด (Obstructed labor) ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed umbilical cord) ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินควรเริ่มดำเนินการภายใน 30 นาที หลังจากการตัดสินใจ หรือเร็วกว่านั้น (Tashfeen et al., 2017)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 3 ระยะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นและขั้นตอนการผ่าตัดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อลดความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถาม รับฟัง และให้กำลังใจ พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติ ด้านการเตรียมความพร้อมทางร่างกาย พยาบาลควรเจาะเลือดและเตรียมเลือดสำรอง ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดูแลการทำ ความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด งดน้ำและอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะ และดำเนินการตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อมและเกิดความปลอดภัย สูงสุดก่อนการผ่าตัด

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตรวจสอบ ชื่อ - นามสกุล และชนิดการผ่าตัด ของผู้คลอดเพื่อความถูกต้องก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด ดูแลย้ายขึ้นเตียงผ่าตัดอย่างปลอดภัย ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด จัดเตรียมและ ส่งเครื่องมือผ่าตัดให้ครบถ้วนตามลำดับขั้นตอน เฝ้าระวังแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด ภายหลังผ่าตัดดูแลความเรียบร้อย เปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินภาวะตกเลือด และนำส่งผู้คลอดไปยังห้องพักฟื้น

3. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประเมินสภาพผู้คลอดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอด ผ่านการติดตามสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ระดับความเจ็บปวด และอาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม โดยกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง และเริ่มเดินเมื่อสภาพร่างกายเอื้อ เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้และลดอาการท้องอืด นอกจากนี้ ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลความสะอาดร่างกายและแผลผ่าตัด โดยหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลเปียกน้ำภายใน 7 วัน การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจหลังคลอดตามนัด แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. “ทฤษฎีการดูแลตัวเอง” ของโอเร็ม (Orem, 2001)

การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลทำขึ้นด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ซึ่งถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ หากบุคคลไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเพียงพอ จะเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการกระทำแทน หรือทำการสอน ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ โดยทำร่วมกับ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพหรือให้สุขภาพกลับมาดีขึ้น และเป็นปกติสุข

2. “11 แบบแผนกอร์ดอน” (Gordon's functional health) (Gordon, 2010) ประกอบด้วย

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติ ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น สภาพร่างกาย เศรษฐกิจ การเข้าถึงความรู้ และความสามารถในการปรับตัวแก้ปัญหา

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการปรับตัวด้านโภชนาการในภาวะปกติและเจ็บป่วย รวมถึงผลกระทบของโรคต่อการกิน น้ำหนักตัว ความอยากอาหาร อารมณ์จากการจำกัดอาหาร

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ประเมินการทำงานของระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สมดุลน้ำ – อิเล็กโทรไลต์ คุณลักษณะ ปริมาณ ความถี่ ปัจจัยที่มีผลต่อการขับถ่าย การปรับตัว รวมถึงการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การทำงาน การดูแลบ้าน กิจกรรมยามว่าง รวมถึงมุมมองต่อการออกกำลังกาย ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เช่น เหนื่อยง่าย ไม่มีเวลา

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ประเมินรูปแบบการนอนหลับและการพักผ่อน ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือรบกวนการนอนหลับ ผลกระทบจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ วิธีการผ่อนคลายความเครียด และอาการหรือพฤติกรรมที่บ่งชี้การนอนไม่พอ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

ประเมินการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ความจำ การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการสื่อสาร รวมถึงระดับความรู้สึกตัว การรับรู้บุคคล สถานที่ และเวลา อาการปวดหรือชา และสัญญาณทางระบบประสาท เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ประเมินความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ต่อตนเอง เช่น คุณค่าในตนเอง ความมั่นใจ และภาพลักษณ์ ผลกระทบต่อความรู้สึก ภาวะวิตกกังวล ความท้อแท้ โดยสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า และท่าทาง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ประเมินบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อบทบาทในครอบครัวและการทำงาน แหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลทดแทน ความรู้สึกของครอบครัว

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายและพฤติกรรมทางเพศ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและคู่สมรส รวมถึงประวัติระบบสืบพันธุ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตรวจร่างกายเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

ประเมินความรู้สึกการตอบสนองต่อความเครียดจากการเจ็บป่วย ความสามารถในการปรับตัว การเผชิญปัญหา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยแวดล้อม กระบวนการเรียนรู้การจัดการความเครียดและปัญหา

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ประเมินความเชื่อและความเข้มแข็งทางจิตใจที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การยึดเหนี่ยวทางศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล การปฏิบัติตามความเชื่อระหว่างเจ็บป่วย สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทย อายุ - 2 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 (G4P2A1L2) อายุครรภ์ 37+4 สัปดาห์ อาชีพ แม่บ้าน ระดับการศึกษา ม.3 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ที่อยู่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

แหล่งที่มาข้อมูล : จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน โปรแกรม HOSxP รวมถึงการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์

รับไว้ในความดูแลแผนกห้องคลอด : 2 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 10.13 น. – 5 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 10.00 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 71 ชั่วโมง 47 นาที

สัญญาณชีพแรกรับ : อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 %

การตรวจท้อง : ระดับยอดมดลูก 3/4 > สะดือ FHS 140/min LOA Vertex.

การตรวจพิเศษ : Electronic Fetal Monitoring (EFM) Category 1 : FHR Base Line 140 bpm with Moderate Variability Interval 4 min. Duration 40 sec. Severity ++

การวินิจฉัยของแพทย์ : G4P2A1L2 GA 37⁺⁴ wks. with Previous cesarean section with Placenta previa with severe pelvic adhesion with Lysis pelvic adhesion.

การรักษาของแพทย์ : แพทย์วางแผนรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับการทำหมัน (Cesarean section with tubal resection) แบบฉุกเฉิน โดยสังเกตทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC และ เตรียมเลือดสำหรับให้ Packed Red Cells จำนวน 3 หน่วย ให้สารน้ำ Ringer's acetate solution (ARI) 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย พร้อมเตรียม ผิวหนังบริเวณหน้าท้องและฝีเย็บ ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนลงมีดผ่าตัด หลังผ่าตัดให้ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับให้ยา Transamine 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ติดตามค่าฮีมาโตคริตทุก 6 ชั่วโมง หากค่าลดลง ตั้งแต่ร้อยละ 3 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์ โดยคงระดับฮีมาโตคริตมากกว่าร้อยละ 30 และเฝ้าระวังการตกเลือด หลังคลอดจากทางช่องคลอดอย่างใกล้ชิด

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ

หญิงไทย อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 (G4P2A1L2) อายุครรภ์ 37+4 สัปดาห์ เคยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 ทารกน้ำหนัก 3,000 gms และ 2556 ทารกน้ำหนัก 2,900 gms ครรภ์นี้ฝากครรภ์ล่าช้า ครั้งแรก GA 25+3 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร ปฏิเสธ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และ การใช้สารเสพติด ฝากครรภ์รวม 5 ครั้ง และมาตามนัดทุกครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ เมื่อตนเองมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีเลือดออกทางช่องคลอด จึงมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล รับรู้ตัวดีตลอดการรักษา ให้ความร่วมมือในการซักประวัติและการรักษา และยินยอมเข้ารับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินร่วมกับการทำหมันตามแผนการรักษาของแพทย์

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ

น้ำหนัก 71.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 29.33 กก./ม² อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ผิวหนังสีสองสี ไม่มีภาวะขาดสารอาหารที่เห็นชัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct = 36%, Hb = 12.0 g/dl ไม่พบภาวะซีด อุณหภูมิร่างกายปกติ ก่อนผ่าตัดได้รับคำสั่งดื่มน้ำและอาหารทางปาก หลังผ่าตัดเริ่มจิบน้ำได้ โดยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และสามารถรับประทานอาหารเหลว ต่อเนื่องจนรับประทานอาหารธรรมดาได้

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

การทำงานของระบบทางเดินอาหารปกติ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มี Guarding หรือ tenderness การขับถ่ายปัสสาวะปกติ (ก่อนใส่สายสวนปัสสาวะ) ภายหลังผ่าตัดได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะปริมาณปัสสาวะออกปกติ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองตามปกติ พบมีน้ำควาปลาเป็นสีแดง (Lochia rubra) ในปริมาณลดลงตามลำดับ ไม่มีลักษณะผิดปกติ ไม่มีภาวะตกเลือด หลังคลอด Blood loss รวม 650 ml. หลังผ่าตัดระยะแรกมีอาการท้องอืดเล็กน้อย ไม่มีอาการปวดท้องรุนแรง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

แรกรับสามารถเดินมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี แขนขาไม่อ่อนแรง ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ขณะรับไว้รักษามีข้อจำกัดด้านกิจกรรม จากอาการเจ็บครรภ์และการเตรียมผ่าตัดคลอด หลังผ่าตัดในระยะแรกมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวจากการระงับความรู้สึกทางสันหลัง ต่อมาสามารถลุกนั่งและเคลื่อนไหวได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถอุ้มทารกและให้นมบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือภาวะหายใจลำบาก

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนและการนอนหลับ

ก่อนผ่าตัดมีอาการเจ็บครรภ์และมีความวิตกกังวล มีแนวโน้มพักผ่อนไม่เพียงพอจากอาการเจ็บครรภ์ต่อเนื่องประมาณ 18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาจส่งผลให้เกิดความอ่อนเพลีย หลังผ่าตัดได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดลดลง สามารถพักผ่อนได้ ไม่มีรายงานการนอนไม่หลับที่รบกวนการฟื้นตัว

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องตลอดการรักษา ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale เท่ากับ E4V5M6 การรับรู้ประสาทสัมผัสปกติ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น สามารถรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเองได้เข้าใจ การรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และตอบสนองต่อยาแก้ปวดได้ดี

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนผ่าตัดมีสื่อน้ำวิตกกังวล สัมพันธ์กับอาการเจ็บครรภ์และจากได้รับแจ้งว่าจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินจากภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับประวัติผ่าตัดคลอดหลายครั้ง หลังคลอดอาการทั่วไปดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะสับสนหรือผิดปกติทางอารมณ์ ยอมรับสภาพร่างกายหลังผ่าตัดและการรักษาที่ได้รับ

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

สถานภาพสมรส อาชีพแม่บ้าน มีบทบาทในการดูแลครอบครัว ขณะเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้ารับการผ่าตัดคลอด ส่งผลให้ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลตนเองและบุตรในระยะสั้น มีสามีและญาติให้การดูแลสนับสนุน หลังคลอดสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ อุ้มทารกและให้นมบุตรได้ มีปฏิสัมพันธ์กับทารกเหมาะสม

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 มีประวัติผ่าตัดคลอด 2 ครั้ง และแท้ง 1 ครั้ง ปัจจุบันอายุครรภ์ 37+4 สัปดาห์ มีภาวะรกเกาะต่ำ ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่วมกับการทำหมัน หลังคลอดมดลูกหดตัวดี น้ำควาปลาเป็นไปตามระยะ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

มีความเครียดและความวิตกกังวลจากการเจ็บครรภ์ เลือดออก และการต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน แต่สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดี มีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนในการตัดสินใจรักษา หลังคลอดไม่พบอาการแสดงของภาวะเครียดรุนแรงหรือภาวะทางอารมณ์ผิดปกติ

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและคุณค่า

นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีความเชื่อหรือค่านิยมที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพตลอดระยะเวลาการรักษา

การวางแผนพยาบาลระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก เนื่องจากมีเลือดออกทางช่องคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน S : “มีเลือดสดออกทางช่องคลอดร่วมกับเจ็บครรภ์นาน 18 ชั่วโมง”

O : Placenta previa posterior marginalis, Previous C/S 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 - 100 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที
3. ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดไม่เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ถ้าพบความผิดปกติ คือ ความดันโลหิต < 90/60 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ > 24 ครั้งต่อนาที, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด < 95 % รีบรายงานแพทย์ทันที
3. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที จนกระทั่งพบว่าปริมาณเลือดออกลดลง ไม่มีการไหลอย่างรวดเร็ว คาดคะเนจากเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย หรือการชั่งน้ำหนัก 1 กรัมเท่ากับปริมาณเลือด 1 ซีซี
4. ให้การพยาบาลเบื้องต้นเมื่อพบภาวะช็อก เช่น จัดให้นอนหงายราบ ศีรษะต่ำ ไม่หนุนหมอน เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมอง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว และให้ออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที
5. เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด ฮีมาโตคริต การนับเม็ดเลือดทุกชนิด การนับเกล็ดเลือดกลุ่มเลือด และจองเลือดไว้ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพราะการหดตัวของมดลูกทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น ควรมีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น ควรนอนตะแคงซ้ายลดการกดทับเส้นเลือดดำ
7. ประเมินปริมาณปัสสาวะ หากออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์
8. งดการตรวจภายในทางช่องคลอดและทางทวารหนัก เพราะจะกระตุ้นให้รกมีการฉีกขาดมากขึ้น ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น รวมทั้งงดการสวนดการสวนอุจจาระในระยะก่อนคลอด

9. ให้งดอาหาร น้ำ และยาทางปากทุกชนิดเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

10. เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไว้ให้พร้อมตลอดเวลา

11. เตรียมอุปกรณ์และบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดให้พร้อม เพื่อสามารถช่วยชีวิตมารดาและทารกได้ทันทีเพราะมีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เลือดออกทางช่องคลอดลดลง และได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Fetal distress เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวถี่ และมีเลือดออกจากภาวะรกเกาะต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน S : “มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีเลือดสดออก 18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล”

O : Interval 4 min. Duration 40 sec. Severity ++

O : มีภาวะ Placenta previa

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการเกิดภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ 110 – 160 ครั้งต่อนาที
2. ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดไม่เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอด้วย Fetal heart monitoring
2. ประเมินลักษณะ ความถี่ และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก รวมทั้งปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดอย่างใกล้ชิด
3. จัดทำให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและรก
4. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อนบนเตียง งดการตรวจภายในทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น เพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและการเสียเลือด
5. เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และประสานแพทย์ทันที หากพบสัญญาณผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจทารกหรือมีเลือดออกเพิ่มขึ้น

การประเมินผล อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบสัญญาณภาวะ Fetal distress ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดไม่เพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : ไม่สบายจากอาการเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวถี่

ข้อมูลสนับสนุน S : “มีอาการเจ็บครรภ์ 18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล” Pain Score 5 คะแนน

O : Interval 4 min. Duration 40 sec. Severity ++

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น กระสับกระส่ายลดลง ไม่ร้องไห้อาววขณะห่มมดลูกหดตัว
2. Pain score ลดลง ≤ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บครรภ์โดยใช้ Pain Score
 2. ประเมินความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดพร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ
 3. แนะนำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด เช่น เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ
 4. ให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถใช้เทคนิคในการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ถูกต้อง
 5. ดูแลให้ได้พักผ่อนเพียงพอ เพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
- การประเมินผล Pain score ลดลงเหลือ 3 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถควบคุมอาการเจ็บครรภ์ได้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 : วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน S : “เลือดออกเยาะแบบนี้จะเป็นอะไรไหม”

O : สีหน้าวิตกกังวล ซักถามถึงอาการของตนเองและทารกในครรภ์บ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีสีหน้าท่าทางแจ่มใสมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
 2. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าทารกในครรภ์จะได้รับการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพตลอดเวลา โดยการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และตรวจด้วยเครื่อง EFM
 3. อธิบายให้ทราบและเข้าใจถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น แผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่จะได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลอดก่อนกำหนด ตกเลือด และโอกาสที่จะต้องตัดมดลูกกรณีตกเลือดรุนแรง ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันอันตราย พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่น และไว้วางใจว่าอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์และพยาบาลที่มีมาตรฐาน
 4. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยคำพูดที่เป็นกันเองและเข้าใจง่าย รับฟังสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์พูดคุยด้วยท่าทีที่สนใจ ปลอดภัย ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจ
 5. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เช่น ช่วยทำความสะอาดของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดกิจกรรมบางอย่างที่รบกวน เพื่อให้เกิดความสบาย และสามารถพักผ่อนได้ รวมถึงการให้สามีญาติหรือครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล
- การประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผิดปกติ ตลอดจนแผนการรักษามากขึ้น สีหน้าแจ่มใสมากขึ้น คลายความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

การวางแผนพยาบาลระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 : หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และความพร้อมในการผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S : “รู้สึกกลัวการผ่าตัดคลอด เนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดแต่ผ่านมาเกือบ 10 ปีแล้ว จำอะไรไม่ได้ และยังไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจในการผ่าตัดวันนี้”

O : หญิงตั้งครรภ์ G4P2A1L2 GA 37⁺4 สัปดาห์ มีภาวะตกเลือดก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ แพทย์พิจารณาให้คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ที่แล้ว

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อเตรียมพร้อมหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เข้าใจเหตุผลในการผ่าตัดคลอด คลายความกลัวและความวิตกกังวลลง ให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนไปผ่าตัดครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทราบและเข้าใจถึงเหตุผลของการที่ต้องผ่าตัดคลอด
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดคลอด
3. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์และญาติอ่านและลงนามในเอกสารยินยอมทำการผ่าตัดคลอด
4. ให้สารน้ำเป็น ARI 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. ให้อาบน้ำด้วย Cefazolin 2 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ก่อนลงมีดตามแผนการรักษา
6. ดูแลคาสาวยสวณปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด
7. ตรวจสอบฟันปลอม ของมีค่า และให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากก่อนไปห้องผ่าตัด
8. ตรวจสอบสัญญาณชีพ และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ก่อนไปห้องผ่าตัด

การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์พึงคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาก่อนผ่าตัดเป็นอย่างดี ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ครบถ้วนบรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล

การวางแผนพยาบาลระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 : เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากภาวะรกเกาะต่ำและผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน ○ : เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดทั้งหมด 650 มิลลิลิตร

○ : มี severe pelvic adhesion with Lysis pelvic adhesion

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวดี ไม่มีอาการของภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว
2. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ อัตราการเต้นของหัวใจ 60 - 100 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที
3. แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือด หรือสารคัดหลั่งซึม น้ำคาวปลาปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก เลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ จากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ยกเว้นอุณหภูมิร่างกายประเมินทุก 4 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น ออกซิโตซิน (Oxytocin) ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
3. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง และใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตปริมาณเลือด และลักษณะน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด เพื่อคาดคะเนการสูญเสียเลือดเพิ่มเติมหลังผ่าตัดคลอด
4. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง
5. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

การประเมินผล ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด สัญญาณชีพปกติ มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ปิดก๊อชไว้ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลังซึมจากแผล น้ำคาวปลาสีปกติ

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 4 (G4P2A1L2) อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 4 วัน มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2 ครั้ง และมีภาวะรกเกาะต่ำ แรกได้รับไว้รักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีเลือดสดออกทางช่องคลอด นาน 18 ชั่วโมง สัญญาณชีพขณะรับไว้รักษาอยู่ในเกณฑ์ปกติ การติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง EFM พบอยู่ในภาวะปกติ แพทย์วินิจฉัยเป็นครรภ์ครบกำหนดร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำ และมีประวัติผ่าตัดคลอดเดิม จึงมีข้อบ่งชี้ให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน ระยะก่อนคลอด พบประเด็นปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก เสี่ยงต่อภาวะทารกเครียดในครรภ์ ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ และขาดความรู้และความพร้อมในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน พยาบาลได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฝ้าระวังสัญญาณชีพและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ จัดทำนอนตะแคงซ้าย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เตรียมเลือดและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ งดการตรวจภายใน ให้การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ด้วยเทคนิคไม่ใช้ยา พร้อมทั้งให้ข้อมูล อธิบายแผนการรักษา และสนับสนุนด้านจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ผลจากการให้การพยาบาลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพคงที่ เลือดออกทางช่องคลอดไม่เพิ่มขึ้น อัตราการเต้นหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาการปวดลดลง และระดับความวิตกกังวลดีขึ้นอย่างชัดเจน สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาและเตรียมผ่าตัดได้เป็นอย่างดี ระยะคลอดและหลังคลอดหญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดตามแผนการรักษา ทารกคลอด เวลา 12.25 น. น้ำหนัก 2,810 กรัม มี Apgar score เท่ากับ 9, 10 และ 10 ตามลำดับ มารดาเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 650 มิลลิลิตร หลังคลอดพบประเด็นปัญหาการพยาบาลคือ เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำและการผ่าตัดคลอด พยาบาลได้ติดตามการหดตัวของมดลูก สัญญาณชีพ ปริมาณน้ำคาวปลา การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ และให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา รวมทั้งบันทึกสารน้ำเข้า – ออกอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลพบว่า มารดาไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการปวดลดลงตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 (หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3) พร้อมให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัดเพื่อตัดไหมในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของภาวะรกเกาะต่ำ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเลือดออกก่อนคลอด และควรพิจารณาภาวะรกเกาะต่ำเป็นสาเหตุสำคัญลำดับต้น ๆ โดยเฉพาะรายที่มีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน เช่น กรณีศึกษา
2. พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์ ได้แก่ การซักประวัติ ปัจจัยเสี่ยง การประเมินอาการเลือดออก การตรวจร่างกายอย่างเหมาะสม และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องในทุกระยะ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ คลอด และระยะหลังคลอด โดยเน้นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือด ภาวะทารกเครียดในครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4. ควรให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การลดความวิตกกังวล และการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดรุนแรงและการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางบัวทอง. (2567). สถิติผู้รับบริการงานห้องคลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
- ประสิทธิ์ วัฒนาภา. (2564). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Obstetrics). (พิมพ์ครั้งที่ 2). ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis* (13th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Jauniaux, E., Grønbeck, L., Bunce, C., Langhoff-Roos, J., & Collins, S. L. (2019). Epidemiology of placenta previa accreta: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(11), e031193. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031193>.
- Kayem, G., Seco, A., Vendittelli, F., Crenn Hébert, C., Dupont, C., Branger, B., Huissoud, C., Fresson, J., Winer, N., Langer, B., Rozenberg, P., Morel, O., Bonnet, M. P., Perrotin, F., Azria, E., Carbillon, L., Chiesa, C., Raynal, P., Rudigoz, R. C., ... Deneux-Tharaux, C. (2024). Risk factors for placenta accreta spectrum disorders in women with any prior cesarean and a placenta previa or low-lying placenta: A prospective population-based study. *Scientific Reports*, 14, 6564. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56964-9>.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Tashfeen, K., Patel, M., Hamdi, I. M., Al-Busaidi, I. H. A., & Al-Yarubi, M. N. (2017). Decision-to-delivery time intervals in emergency caesarean section cases: Repeated cross-sectional study from Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 17(1), e38–e42. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.17.01.008..>