

การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับมีระยะการเบ่งคลอดยาวนาน

จำเริญ รุกขชาติ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นการปวดที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการเบ่งคลอดที่ยาวนานจะก่อให้เกิดความปวดในระดับที่รุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และยังทำให้มารดาารู้สึกท้อ เกิดความกลัว ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา โดยเฉพาะผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน ความเครียดจะทำให้อาการของโรคเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดถึงขั้นทำร้ายตัวเองและบุตรได้ พยาบาลในห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงโดยการสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงบทบาทในการช่วยลดอาการเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวล การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) ตั้งแต่ระยะแรกรับในห้องคลอดจึงมีความสำคัญ ถ้าพบว่าผู้คลอดมีผลการประเมินผิดปกติ ให้ดำเนินการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ถ้าผลที่ได้มีระดับคะแนนความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป รีบประสานทีมจิตเวชมาช่วยดูแล เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลด้านจิตใจที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารก

ผลการศึกษา กรณีศึกษา ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทองมา 5 ปี หยุดยา Sertraline ขณะตั้งครรภ์ ประเมินภาวะเครียดโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q ผลปกติ ในช่วงเบ่งคลอดมีระยะการเบ่งคลอดที่ยาวนานใช้เวลา 2 ชั่วโมงกับ 29 นาที ผู้คลอดรู้สึกท้อและอ่อนเพลีย แพทย์ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ หลังคลอดมารดาและทารกมีอาการปกติ ย้ายไปตึกพิเศษหลังคลอดได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้นมบุตรได้ จำหน่ายกลับบ้านได้ นอนโรงพยาบาล จำนวน 3 วัน

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นกระบวนการดูแลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าเข้ารับการคลอดบุตร ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่แรกได้รับจนถึงจำหน่าย โดยเฉพาะระยะแรกรับเป็นระยะที่สำคัญผู้คลอดต้องได้รับการประเมินด้านจิตใจที่ถูกต้องและได้รับการแก้ไขทันที ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการคลอด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะ ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้คลอดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การพยาบาล, โรคซึมเศร้า, การเบี่ยงคลอดยาวนาน

Abstract

Labor pain is a pain that causes great suffering to the mother. Especially long time of labor pain which will cause severe pain maybe result in complications and danger to the mother and the baby. Causing the mother to feel discouraged, resulting in fear and resulting in stress especially those who have depression before the stress will make the symptoms of the disease more severe and can cause danger to the mother and to the point of injuring herself and the child. Nurses in the labor room is an important role in assessing risks by observing behavioral and emotional changes to prevent complications that may occur including the role in helping to reduce feelings of pain, fear and anxiety. Depression screening using 2 question assessment (2Q) since the first step in the labor room is important if it is found that the mother has abnormal screening. Secondary questionnaire 9 questions (9Q) will be used for evaluate severity if the result is obtained with a severity more than the level, quickly coordinate the psychiatry team to help take care for the mother get to correct and appropriate psychological care. Resulting in mother having physical and mental readiness and can go through the labor process safety, both for the mother and the baby.

Outcome

Case study: 31 years old Thai woman with primigravida was admitted in labor room from labor pain for 3 hours. Her gestational aged was 39 weeks. She was MDD patient who follow up with a psychologist at the Angthong hospital for 5 years. Sertraline was her medication and stop it during pregnancy. The outcome of 2Q was normal. Vacuum extraction was route of delivery with 2 hours and 29 minutes for 2nd stage of labor. During time of the 2nd stage, she was tried and discouraged. No complications, breastfeeding, can be sold back home, and stay in hospital for 3 days.

Conclusion

In this study show that at the time of admission, pregnant women will be a screening of 2Q especially MDD patient for evaluation depressive mood and closed observation for behavioral change. Personal health care should have skill and knowledge in high risk pregnant women for decrease complication and good outcome.

Keyword Nursing, Major depressive disorder, Prolong second stage

บทนำ

การเบ่งคลอด คือระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-120 นาที ในครรภ์แรก และ 30-60 นาที ในครรภ์หลัง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อชีวิตของมารดาและทารก ต้องมีการเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้คลอดเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงแก่ชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้¹ จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลผู้คลอดและทารกให้ปลอดภัยเป็นการช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของมารดาและทารก² ผู้คลอดที่มีระยะการเบ่งคลอดยาวนานจะได้รับความทุกข์ทรมานและมีความเครียดสูงจากการเจ็บครรภ์คลอด มีความเหนื่อยล้าจากการใช้พลังงานอย่างมากในการเบ่งคลอด อาจเกิดการติดเชื้อจากการตรวจภายในหลายครั้ง และจากน้ำเดินเป็นเวลานาน¹ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้คลอดที่ไม่สามารถเบ่งคลอดเองทางช่องคลอดได้ เนื่องจากไม่มีแรงเบ่ง แต่ยังมีการหดตัวของมดลูก จึงจำเป็นต้องใช้หัตถการในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ² การใช้หัตถการในการช่วยคลอดอาจทำให้มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด การเจ็บครรภ์ที่ยาวนานอาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีภายหลังคลอด ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น ทารกอาจเกิดการติดเชื้อได้รับบาดเจ็บจากการใช้หัตถการช่วยคลอดและขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์หรือภายหลังคลอดได้¹ ความกลัวในระยะคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 20.34 โดยเฉพาะในครรภ์แรก ความผิดหวังในเรื่องของการคลอด เช่น คลอดยาก ใช้เวลาเบ่งคลอดที่ยาวนาน ใช้เครื่องมือช่วยคลอด ความผิดหวังและความเจ็บปวดจากการคลอดที่เกิดขึ้นจึงอาจเปลี่ยนเป็นความเครียดได้ การเจ็บแผลฝีเย็บที่ปากช่องคลอด แม้จะรับประทานยาแก้ปวดแล้วแต่อาการเจ็บปวดก็ยังมียอยู่ จึงทำให้มารดารู้สึกทุกข์ทรมาน ลูกร้องกวนตลอดเวลา มารดาไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้มารดารู้สึกเครียด³ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้โรคซึมเศร้าที่มีอยู่เดิมสามารถกำเริบและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นได้ทุกระยะของการคลอดตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด⁴ ซึ่งโรคซึมเศร้าพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นสองเท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.34 ทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จนองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย⁵

จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ปี 2560-2562 จำนวน 1 ราย 2 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ในปี 2560 เป็นโรคไบโพลาร์ ปี 2561 เป็นโรคไบโพลาร์กับโรคจิตเภท ปี 2562 คนแรกเป็นโรคไบโพลาร์ ส่วนอีกรายเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นรายที่นำมาศึกษาและเป็นรายแรก⁶ แรงจูงใจที่นำผู้คลอดโรคซึมเศร้านำมาศึกษาเพราะถึงแม้จะมีจำนวนน้อยแต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นตามการคาดการณ์ของอนามัยโลก และอาการของโรคซึมเศร้าอาจเป็นเรื้อรังหรือซ้ำได้ และมีความรุนแรงมากกว่าอีก 2 โรค อาจถึงขั้นสูญเสียชีวิตได้ โดยที่โรคซึมเศร้าจะรู้สึกเบื่อหน่ายและเศร้าแทบจะตลอดเวลา ส่วนไบโพลาร์จะมีภาวะซึมเศร้าสลับกับอารมณ์ร่าเริงเกินปกติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญนำมาวางแผนการพยาบาล โดยเน้นเรื่องการประเมินทางด้านจิตใจด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ให้ความร่วมมือในการคลอดมีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับมีระยะการแบ่งคลอดยาวนาน

รายงานกรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ รับราชการครู

อาการสำคัญ

เจ็บครรภ์คลอด 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายที่ 15 มิถุนายน 2562 กำหนดคลอดจากอัลตราซาวด์ วันที่ 3 เมษายน 2563 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิก 13 ครั้งครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์กับอีก 3 วัน ผลเลือด Anti HIV =Negative, VDRL=No reactive, HBsAg=Negative, Hct 46%, 40.3%, MCV=80, DCIP= Negative อาการระหว่างการตั้งครรภ์ปกติ ให้ประวัติเจ็บครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 OPD ตรวจโรคทั่วไปส่ง Consult คลินิกจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โดยให้ประวัติว่าเมื่อประมาณ 8 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกว่าใจเต้นแรง กังวลใจง่าย มาอยู่ที่โรงเรียนแห่งใหม่ รู้สึกไม่ค่อยมีความสุขกับเพื่อนร่วมงานใหม่ รู้สึกถูกเอาเปรียบจากผู้ร่วมงานหลายคน คิดว่าตัวเองทำงานแล้ว ความดีไม่ปรากฏ เวลาเดือดร้อนจากการทำงาน รู้สึกว่าตัวเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ไม่มีคนคอยปกป้อง อยากร้องไห้ รู้สึกน้อยใจผู้ร่วมงาน ตอนนี้รู้สึกเศร้า บ้าง ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อสังคมในโรงเรียน บางครั้งรู้สึกว่าตัวเองจะทนไม่ไหว อยากลาออก แต่ครอบครัวคอยให้กำลังใจ ทำงานช้าลง ประเมินโรคซึมเศร้า 9Q = 7 คะแนน (เศร้าเล็กน้อย) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง รักษาโดยทานยา Sertraline (50)½ tab ก่อนนอน ร่วมกับการฝึกหายใจ คลายเครียด ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือโรคติดต่อทางพันธุกรรมใด ๆ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่แพ้อาหาร หรือสารเคมีใด ๆ

ประวัติการมีประจำเดือน

สตรีตั้งครรภ์เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน มาครั้งละ 3-4 วัน มีอาการปวดท้องเล็กน้อยขณะมีประจำเดือน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาเป็นโรคเบาหวาน

ประวัติการฝากครรภ์

ผู้คลอดเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ กับ 3 วัน ที่คลินิกสูติแพทย์ประจำโรงพยาบาลอ่างทอง 13 ครั้ง ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ได้รับการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมินความเครียด (ST -5) 2 ครั้ง ได้คะแนน 2 และ 7 คะแนน

อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ มีประวัติ Admit ด้วย Preterm labor 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ได้ 33 สัปดาห์กับ 3 วัน นอนโรงพยาบาลอยู่ 2 วัน ได้รับยา Nifedipine 20 mg ทาน ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด ได้ Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครบ 4 เข็ม เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารกในครรภ์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ นอนโรงพยาบาลอยู่ 1 วันด้วยอาการเจ็บครรภ์หลอก ผู้คลอดมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามา 5 ปี ขณะตั้งครรภ์หยุดยาจิตเวช Sertraline และมาตรวจตามนัดของคลินิกจิตเวชทุกครั้งรวม 3 ครั้ง ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น

ประวัติส่วนตัวและแผนการดำเนินชีวิต

ผู้คลอดแต่งงานกับสามีเมื่ออายุ 23 ปี อาศัยอยู่กับสามี ประกอบอาชีพครูอัตราจ้างสอนที่โรงเรียนในอำเภอบางปะหัน ย้ายมาสอนที่โรงเรียนในจังหวัดอ่างทองเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชมา 5 ปี อาการดีขึ้นเรื่อยๆ อารมณ์ปกติ ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ผู้คลอดและสามีมาปรึกษาจิตแพทย์เรื่องการกินยาจิตเวชเนื่องจากผู้คลอดตั้งครรภ์ได้ 4 สัปดาห์ และหยุดกินยาจิตเวชมา 5 วัน จิตแพทย์ประเมินความเครียดปกติให้หยุดยาและให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ ปัจจุบันผู้คลอดอาชีพรับราชการครู รายได้ 20,000 บาท/เดือน สามีประกอบอาชีพค้าขาย การดำเนินชีวิตประจำวันนอนวันละ 6 ชั่วโมง ขณะตั้งครรภ์ออกกำลังกายบ้างบางครั้ง ทำงานบ้านเล็กน้อย รับประทานอาหารเป็นเวลา การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

ประวัติครอบครัวและสภาพแวดล้อม

เป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยตนเองและสามี บ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ปลุกอยู่ใกล้ๆกับบ้านญาติของสามี มีลักษณะเป็นบ้านปูนสองชั้น มีห้องน้ำและห้องส้วมภายในตัวบ้าน ใช้น้ำประปา มีไฟฟ้าใช้ เส้นทางคมนาคมสะดวก อยู่ในแหล่งชุมชน สามีสุขภาพแข็งแรง

การประเมินด้านจิตสังคม

เป็นคนเงียบ ๆ เฉย ๆ พุดช้า ๆ ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช้า เจ็บครรภ์คลอด สีหน้าวิตกกังวลต้องการให้การพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการให้บุตรคลอดด้วยความปลอดภัย

การวินิจฉัยครั้งแรก

Maternal major depressive disorder with prolong second stage of labor

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

Maternal major depressive disorder with vacuum extraction delivery

สรุปอาการที่รับไว้ในความดูแล

วันที่ 27 มีนาคม 2563 เวลา 07.30 น. รับใหม่ด้วยอาการเจ็บครรภ์ 3 ชั่วโมงก่อนมา แรกรับฟังเสียงหัวใจทารก 156 ครั้ง/นาที แพทย์ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางตัว 70 เปอร์เซนต์, ส่วนน้ำอยู่ระดับ -1, ผนังน้ำคร่ำยังอยู่ มารดารู้สึกเจ็บครรภ์ มีท้องแข็งเป็นพัก ๆ มีมูกเลือดออก มดลูกหดตัวนาน 35 วินาที นานทุก 6 นาที ความรุนแรง 1+ สูติแพทย์ให้ Admit observe progression of labor ประเมินภาวะเครียดโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ เวลา 12.00 น.

มีน้ำเดิน ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางตัว 80 เปอร์เซ็นต์, ส่วนน้ำอยู่ระดับ 0, ฤๅน้ำคร่ำแตก สีน้ำคร่ำใส เสียงหัวใจทารกไม่สม่ำเสมอ 120-150 ครั้ง/นาที On O₂ Cannula 5 LPM เวลา 15.40 น. สูติแพทย์ตรวจเย็บม ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความบางตัว 90 เปอร์เซ็นต์, ส่วนน้ำอยู่ระดับ +1, ฤๅน้ำคร่ำแตก สีน้ำคร่ำใส เสียงหัวใจทารก 144 ครั้ง/นาที มดลูกหดตัวทุก 3 นาที 30 วินาที นาน 35 วินาที แพทย์สั่ง On NSS 1,000 ml + Oxytocin vein drip เวลา 17.00 น. ปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอด เวลา 18.00 น. เบ่งคลอดครบ 1 ชั่วโมง ยังไม่คลอด เสียงหัวใจทารก 132 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทราบ เวลา 18.30 น. เบ่งคลอด 1 ชั่วโมง 30 นาที สูติแพทย์ตรวจเย็บมตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดหมด ความบาง 100%, ส่วนน้ำอยู่ระดับ +2, ฤๅน้ำแตก สีน้ำคร่ำใส ให้เบ่งคลอด ต่อเวลา 19.00 น. เบ่งคลอดครบ 2 ชั่วโมง ยังไม่คลอด ผู้คลอดอ่อนเพลียหมดแรงเบ่ง เสียงหัวใจทารก 140 ครั้ง/นาที สูติแพทย์เตรียมช่วยคลอด Vacuum extraction ทารกคลอด Vacuum extraction เวลา 19.29 น. เพศชาย Apgar score = 9,10,10 คะแนน น้ำหนัก 3,255 กรัม ทารกรูปร่างทั่วไปปกติ O₂ sat 98-99 % อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส กระตุ้น Early bonding skin to skin เวลา 19.33 น. รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ มีแผลฝีเย็บแบบ Right - mediolateral episiotomy suture ด้วย Catgut 2/0 แผลฝีเย็บไม่มีการฉีกขาดเพิ่ม มดลูกมีการหดตัวดี ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกมีการสูญเสียเลือดจากการคลอดรวม 200 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 110/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, Oxygen sat 99-100 %, แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma เวลา 21.30 น. ย้ายมารดาไปตีกพิเศษหลังคลอด มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวม เลือดออกทางช่องคลอดปกติ เต้านมและหัวนมปกติ น้ำนมยังไม่ไหล กระตุ้นทารกดูดนมแม่บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 82 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส วันที่ 28 มีนาคม 2563 มารดาหลังคลอดวันที่ 1 น้ำนมไม่ไหล บุตรดูดนมได้ เต้านมคัดตึง มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Hematoma ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ปวดมดลูก และเจ็บตึงแผลฝีเย็บเป็นพัก ๆ ถ่ายปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีไข้หลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย อยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-119/78 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 29 มีนาคม 2563 มารดาหลังคลอดวันที่ 2 อาการปกติ มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บแห้ง น้ำคาวปลาปกติ เจ็บตึงแผลฝีเย็บพอทนได้ เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมเริ่มไหล บุตรผล Hct 56% MB 12.7 On photo วันที่ 30 มีนาคม 2563 มารดาหลังคลอดวันที่ 3 อาการปกติ มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บแห้ง เจ็บแผลฝีเย็บเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดงจาง เต้านมไม่คัดตึง น้ำนมไหลดี ไม่เจ็บหัวนม บุตรดูดนมได้เจาะ Hct และMB ค่าผล 52% และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ มารดากลับบ้าน เวลา 12.00 น. พร้อมบุตร

การพยาบาลผู้คลอด**แผนการพยาบาลระยะแรก**

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดอาการของโรคซึมเศร้าเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความกลัวแล้วเกิดความเครียดได้

ข้อมูลสนับสนุน O: มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า เคย Admit 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครั้งที่ 2 เจ็บครรภ์หลอก

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจในการคลอดบุตรและไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรง

เกณฑ์การประเมิน: ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย <7 หรือปกติ ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการคลอดบุตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

1.1 ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้งสองข้อ ถือว่าปกติ

1.2 ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

2. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

2.1 ถ้าผลคะแนนรวม <7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าน้อยมาก

2.2 ถ้าผลคะแนนรวม 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย

2.3 ถ้าผลคะแนนรวม 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง

2.4 ถ้าผลคะแนนรวม ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

เมื่อประเมินโรคซึมเศร้าแล้วพบคะแนนรวม <7 พยาบาลต้องพูดคุยสอบถามถึงเรื่องที่ผู้คลอดเครียดและทุกข์ใจพร้อมให้การแก้ไขทันที ถ้าผลคะแนนรวมตั้งแต่ 7-12 ปรึกษาคลินิกจิตเวชเพื่อมาช่วยประเมิน ช่วยเหลือด้านจิตใจและอนุญาตให้สามีและญาติมาช่วยให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้คลอดมีระดับอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นจนไม่ให้ความร่วมมือในการคลอดบุตร

3. พยาบาลต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้คลอดตลอดเวลาของการคลอดบุตร พร้อมให้การช่วยเหลือแก้ไขทันทีเนื่องจากอาการของโรคซึมเศร้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

4. เมื่อพบผู้คลอดอยู่ในอาการกระสับกระส่าย รีบเข้าไปพูดคุยซักถามอาการคอยให้กำลังใจและอยู่เป็นเพื่อน ไม่ปล่อยให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง

การประเมินผล

ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ด้วยดี

แผนการพยาบาลระหว่างการผ่าตัด**ปัญหาที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตกเนื่องจากได้รับยาเร่งคลอด**ข้อมูลสนับสนุน S:** -

O: On 0.9%NSS 1,000 ml+Oxytocin10 unit vein drip เจ็บครรภ์ถี่ ระยะหดรัดตัวของมดลูก 35 วินาที ระยะคลายตัว 1 นาที 50 วินาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันภาวะมดลูกแตก

เกณฑ์การประเมิน: ผู้คลอดไม่มีอาการของมดลูกแตก ระยะคลายตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 2-3 นาที ระยะหดรัดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-120 mmHg ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที สมองใส อัตรการหายใจ 18-24 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถ้าระยะหดรัดตัวของมดลูกนานกว่า 60 วินาที ระยะคลายตัวของมดลูกให้ปรับลดอัตราการไหลของยาเร่งคลอดลง แต่ถ้าระยะคลายตัวของมดลูกนานกว่า 3 นาที โดยที่ระยะหดรัดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ให้ปรับเพิ่มอัตราการไหลของยาเร่งคลอดเพิ่มขึ้น โดยปรับครั้งละ 4 ซีซี จนได้การหดรัดตัวของมดลูกที่ดีตามเกณฑ์

2. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างอยู่เสมอ โดยการกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม หากถ่ายปัสสาวะไม่ออก พิจารณาสวนปัสสาวะให้

3. สังเกตอาการของมดลูกใกล้แตก โดยดูจากรอยต่อของมดลูก ส่วนบนและส่วนล่าง (bandle's ring) หรือผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง จับต้องหน้าท้องไม่ได้ ถ้าพบว่าผิดปกติรีบรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขได้ทันที่

4. วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยประเมินภาวะมดลูกแตกและวัดทันทีเมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงคือเจ็บปวดอย่างรุนแรง จับต้องหน้าท้องไม่ได้ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mm ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที การหายใจมากกว่า 2 ครั้ง/นาที รีบรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

มดลูกไม่แตก ระยะคลายตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 2-3 นาที ระยะหดรัดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ความดันโลหิต 129/72 mmHg ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress เนื่องจากการรั่วของถุงน้ำคร่ำ**ข้อมูลสนับสนุน S:** ผู้คลอดบอกมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด

O: ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ปากมดลูกบาง 80 ระดับ 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ทารกไม่มีภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ อยู่ระหว่าง 110-160 ครั้ง/นาที สมองใส ไม่มี Meconium Stained

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและบันทึกเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารก ถ้าพบว่าผิดปกติเร็วขึ้น หรือช้าลง หรือไม่สม่ำเสมอ รายงานแพทย์ทันที และดูแลให้ออกซิเจน Mask with Bag 8-10 ลิตร/นาทีแก่มารดา เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนในปริมาณมากขึ้น

2. จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคง เพื่อให้ไม่มีการกดทับเส้นเลือด Inferior venacava ทำให้โลหิตไหลเวียนมาที่มดลูกมากขึ้น ทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นด้วย
3. สังเกตลักษณะสีของน้ำคร่ำควรจะมีสีขาวขุ่น ถ้าพบสีน้ำคร่ำเป็นสีเขียวเข้ม แสดงว่าทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน ต้องรีบรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
4. อธิบายความสำคัญของการนอนพักบนเตียง ห้ามลุกเดินเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสายสะดือพลัดต่ำ
5. งดน้ำงดอาหารทางปากเพื่อมีภาวะผูกเดินเช่นสายสะดือพลัดต่ำ เสียงหัวใจของทารกผิดปกติ ซ้ำลงมาก มีน้ำคร่ำเป็นสีเขียวเข้ม อาจต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉินได้

การประเมินผล

อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์อยู่ระหว่าง 140-156 ครั้ง/นาที ไม่มีสายสะดือพลัดต่ำ และไม่มี Moderate หรือ Thick Meconium Stained

ปัญหาที่ 3 เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน S: เจ็บท้องถี่แล้ว จะคลอดตอนไหน

O: ผู้คลอดมีอาการกระสับกระส่าย Pain score 7 คะแนน มดลูกหดตัว Interval = 2 นาที 30

วินาที, Duration = 35 วินาที, Severity = 2+ ปากมดลูกเปิด 8 cm. eff 90% station +1, MR

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน: มารดาสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ และใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้โดยไม่ร้องเอะอะโวยวาย มีอาการกระสับกระส่ายน้อยลง ระดับ Pain score ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยการหายใจเข้า ออก ลึก ๆ ขณะพักหรือมดลูกไม่แข็งตัว ขณะมดลูกหดตัวแข็งให้หายใจเข้าทางจมูกสั้น ๆ 4 ครั้ง กลั้นหายใจ แล้วเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง เหมือนเป่าเทียน การเบี่ยงเบนจุดสนใจ โดยการลูบท้องขณะมดลูกหดตัว และช่วงมดลูกคลายตัวเพื่อให้ผู้คลอดได้สัมผัสกับทารก จะทำให้ผู้คลอดมีกำลังใจ พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้
2. ให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น ควบคุมอุณหภูมิห้องไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป
3. อธิบายให้ทราบว่าการเจ็บครรภ์นั้นปกติเป็นกลไกทางธรรมชาติ เพื่อเป็นการปรับลดมดลูกให้ทารกคลอดออกมา ภายหลังคลอดแล้วอาการเจ็บครรภ์จะหายไป
4. ให้นอนพักบนเตียง นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดี และกล้ามเนื้อมดลูกเกิดการผ่อนคลาย อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ บอกความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเป็นระยะ ๆ

การประเมินผล

เมื่อมดลูกหดตัวสามารถใช้เทคนิคการหายใจของลามาสได้ทุกครั้ง กระสับกระส่ายขณะเจ็บครรภ์เป็นช่วงๆ ไม่ร้องเอะอะโวยวายขณะเจ็บครรภ์ ระดับ Pain score 6 คะแนน

ปัญหาที่ 4 กลัวยุติไม่ปลอดภัยเนื่องจากมีน้ำเดิน

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดบอกมีน้ำใสๆไหลออกทางช่องคลอด ชักถามถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์บ่อยครั้ง

O: มีน้ำเดินเอง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ปมดลูกบาง 80 ระดับ 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล: มีความกลัวลดลง ผู้คลอดมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน : ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เกิดความมั่นใจตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ
2. ให้ผู้คลอดฟังเสียงหัวใจทารกและตัวเลขเสียงหัวใจทารกบนหน้าจอเครื่องติดตามหัวใจทารกในครรภ์
3. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดที่เป็นอยู่ เช่น ปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้นแล้ว ทารกอยู่ในภาวะปกติ และอธิบายให้ทราบถึงแผนการรักษาที่ผู้คลอดจะได้รับ
4. อยู่เป็นเพื่อนเพื่อลดความกลัวที่ต้องนอนเจ็บครรภ์ตามลำพัง
5. ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ และทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาล

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ด้วยดี

ปัญหาที่ 5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลัวการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้คลอดสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการคลอดบ่อยครั้ง

O: ผู้คลอดครรภ์แรก มีสีหน้าวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน: ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้คลอดกล้าซักถามปัญหาจากเจ้าหน้าที่ หรือบอกเมื่อต้องการสิ่งใด ผู้คลอดสามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองให้ผู้คลอดรู้จักก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด โดยการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่สุภาพชัดเจนเข้าใจง่าย ให้ความสนใจและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อข้องใจต่างๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความอบอุ่นมั่นใจ
3. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจกระบวนการคลอดอย่างคร่าวๆว่า การคลอดมี 4 ระยะคือ
 - 3.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง ระยะนี้แบ่งย่อยได้อีกเป็น 2 ระยะคือ
 - ก. ระยะปากมดลูกเปิดช้า คือตั้งแต่ปากมดลูกเปิดเริ่มเปิดจนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ระยะนี้มดลูกจะมีการหดตัวนาน ๆ ครั้ง มีความเจ็บปวดไม่มาก ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวได้ตามปกติ
 - ข. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 7 ชั่วโมง มดลูกจะมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้นและแรงขึ้น จะมีการเจ็บครรภ์มากขึ้น แต่จะมีระยะพักให้ทนต่อความเจ็บปวดได้ ผู้คลอดควรนอนพักคนเดียว

3.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด หรือระยะเบ่ง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด จนถึงเด็กคลอด ครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3.3 ระยะที่ 3 ของการคลอด หรือระยะรกคลอด เริ่มตั้งแต่เด็กคลอดจนถึงรกคลอด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

3.4 ระยะที่ 4 ของการคลอด หรือระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เริ่มตั้งแต่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติ

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และผู้คลอดผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

แผนการพยาบาลระยะคลอด

ปัญหาที่ 1 ความก้าวหน้าในระยะที่ 2 ของการคลอดล่าช้า

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: ภายหลังปากมดลูกเปิดหมด 1 ชั่วโมง แล้วทารกยังไม่คลอด ส่วนน้ำยังไม่เคลื่อนต่ำ เมื่อเบ่งคลอด

วัตถุประสงค์: ความก้าวหน้าในระยะที่ 2 ของการคลอดดำเนินไปเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล: ทารกคลอดทางช่องคลอดภายในเวลา 19.00 น.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างเสมอโดยการกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะเมื่อกระเพาะปัสสาวะเต็ม หากถ่ายปัสสาวะไม่ออก พิจารณาสวนปัสสาวะให้

2. ให้ได้รับยาเร่งคลอด 0.9% NSS 1,000 ML + Oxytocin 10 unit vein drip ปรับลดหรือเพิ่ม อัตราการไหลของยาเร่งคลอด ตามการหดตัวของมดลูกให้ได้ระยะหดตัวของมดลูกอยู่ในช่วง 45-60 วินาที ระยะคลายตัว 2-3 นาที โดยประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 10 นาที

3. เมื่อการเบ่งคลอดครบ 1 ชั่วโมงแล้วทารกยังไม่คลอด รายงานแพทย์รับทราบทันที

การประเมินผล

คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เวลา 19.29 น.

ปัญหาที่ 2 เตรียมผู้คลอดในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: เบ่งคลอดครบ 2 ชั่วโมงทารกยังไม่คลอด ผู้คลอดหมดแรงเบ่ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเตรียมความพร้อมผู้คลอดด้านร่างกายและจิตใจในการช่วยคลอดด้วย เครื่องดูดสุญญากาศ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะคลอด มีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมผู้คลอด แพทย์อธิบายเหตุผลในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศให้ผู้คลอดเข้าใจ และอธิบายขั้นตอนของการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ เพื่อลดความวิตกกังวล

2. สวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก และป้องกันอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ

3. จัดท่าผู้คลอดในท่า Lithotomy เตรียมเครื่องมือทำคลอดโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ

4. ช่วยแพทย์ทำคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศตามขั้นตอนด้วยหลัก Sterile Technique และแนะนำการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี

5. เมื่อเสร็จสิ้นการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ รับนำผู้คลอดลงจากขาหย่างให้นอนท่าที่สบาย

การประเมินผล
มารดาปลอดภัยจากการคลอด ทารกปลอดภัยจากการคลอด APGAR Score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน โดยหักสีผิว นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,255 กรัม รูปร่างทั่วไปปกติ ศีรษะไม่บวมโน O₂ Sat 98-99 % อัตราการหายใจ 56 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 3 ผู้คลอดเบ่งคลอดไม่ถูกวิธี

ข้อมูลสนับสนุน S: ขณะเบ่งคลอดแล้วหน้าแดง เบ่งในช่วงเวลาสั้นๆ ร้องครวญคราง ดิ้นไปมาเมื่อมดลูกหดตัว
O: -

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เบ่งคลอดถูกวิธี

เกณฑ์การประเมินผล: เบ่งแล้วส่วนนำเคลื่อนต่ำ ไม่ร้องและดิ้นไปมา เบ่งแล้วไม่ขึ้นหน้า หน้าไม่แดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง คือสูดลมหายใจเข้าปอดให้เต็มที่ ยกศีรษะขึ้นจนคางชิดอก เบ่งลงกัน ให้เต็มที่คล้ายถ่ายอุจจาระ โดยออกลมเบ่งอย่างสม่ำเสมอในแต่ละครั้งที่มดลูกหดตัว ปิดปากให้สนิท ไม่ให้เสียงออกทางปาก เบ่งซ้ำเมื่อรู้สึกยังมีแรงเบ่ง

2. แนะนำให้ผู้คลอดพยายามผ่อนคลายอวัยวะทุกส่วน ไม่ต้องกังวลเรื่องกลิ่นอุจจาระหรือปัสสาวะขณะเบ่งรวมทั้งพักและผ่อนคลายให้มากที่สุดในช่วงพักจากการเบ่งแต่ละครั้ง เพื่อเก็บแรงใช้เบ่งในครั้งต่อไป

3. ควบคุมและกระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อเบ่งถูกวิธี

การประเมินผล

เบ่งแล้วส่วนนำเคลื่อนต่ำ แต่ยังคงควบคุมไม่ให้ร้องและดิ้นไปมาและต้องกระตุ้นให้เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว เบ่งแล้วไม่ขึ้นหน้า หน้าไม่แดง

แผนการพยาบาลระยะหลังคลอด

ปัญหาที่ 1 มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: มารดาคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีแผลในโพรงมดลูก มีแผลฝีเย็บแบบ Right - Mediolateral Episiotomy

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล: มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่มีเลือดออกหรือเลือดคั่ง ปริมาณเลือดที่ออกจากโพรงมดลูกไม่เกิน 500 มิลลิลิตร สัญญาณชีพปกติและคงที่ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต อยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจน 10unit IV push ซ้ำๆ ภายใน 1 นาที หลังทารกคลอด และให้ Oxytocin 10unit ผสมใน 0.9% NSS 1000 cc IV drip Rate 120 cc/hr
2. ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มทารกอย่างละเอียด ดูว่ามีเศษรกค้างหรือไม่ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกหลังคลอด ดูแลถึงมดลูกให้มดลูกมีลักษณะกลมแข็งอยู่ตลอดเวลา พร้อมกับการไล่ก้อนเลือดในโพรงมดลูกทันที เพื่อให้มดลูกหดตัวดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
3. ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังรกคลอด ถ้าพบผิดปกติรีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือตามอาการ
4. ประเมินจำนวนเลือดที่ออกจากโพรงมดลูก ถ้ามีเลือดออกมากผิดปกติเป็นอาการแสดงของการตกเลือด
5. ตรวจสอบลักษณะของแผลฝีเย็บ ว่ามี Hematoma หรือไม่
6. กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เพราะถ้ามีปัสสาวะคั่งค้างจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มารดาตกเลือดได้

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดปกติ รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ แผลฝีเย็บไม่มีการฉีกขาดเพิ่มมดลูกมีการหดตัวดีไม่มีอาการเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด ใจสั่น ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก มีการสูญเสียเลือดจากการคลอด รวม 200 มิลลิลิตร สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 110/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, Oxygen Sat 99-100% ในระยะ 24 ชั่วโมง หลังคลอด มีเลือดออกทางช่องคลอดปกติ มารดาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือด

ปัญหาที่ 2 มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารก เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค

ข้อมูลสนับสนุน S: ซักถามอาการของบุตร

O: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล บุตร On Phototherapy

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล และมีความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมิน: มารดามีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล มารดาเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการให้การพยาบาล
2. สังเกตภาวะความวิตกกังวลของมารดาและญาติ ที่แสดงออกทั้งสีหน้า และท่าทางเพื่อประเมินภาวะความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลและเหตุผลของการดูแลรักษาเพื่อให้มารดาและญาติเกิดความเข้าใจ มั่นใจ และยอมรับในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้คลายความวิตกกังวล
4. เปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร ให้ญาติได้ระบายความรู้สึก รับฟัง และให้คำแนะนำที่เหมาะสม

5.ส่องไฟที่เตียงมารดาไม่แยกทารกออกจากบิดามารดา ให้ทารกที่นอนนมจากเต้านมมารดา ทุก 2-3 ชั่วโมงและให้ได้บ่อยครั้งเท่าที่ทารกต้องการ และสอนการดูแลทารกขณะส่องไฟอย่างถูกวิธีโดย พยาบาล คอยดูแลให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

6.เมื่อทารกกลับบ้านได้แนะนำบิดามารดาเกี่ยวกับการสังเกตอาการตัวเหลืองที่อาจจะเพิ่มขึ้นได้ และเน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

หลังให้การพยาบาลมารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง มารดาและญาติรับทราบ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ปัญหาที่ 3 มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน S: ปวดตรงบริเวณท้องน้อย และเจ็บแผลฝีเย็บ

O: Pain score 4 คะแนน มีแผลฝีเย็บแบบ Right -Mediolateral Episiotomy มดลูกหด รัดตัวกลมแข็ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายขึ้น ทุเลอาการปวดมดลูก และเจ็บตึงแผลฝีเย็บลดลง
เกณฑ์การประเมิน: อาการปวดมดลูกและเจ็บแผลฝีเย็บลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้นพักผ่อนได้ แผลฝีเย็บไม่มี อาการบวม หรือมีเลือดคั่ง Pain score ลดลง < 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอด เพราะมดลูกต้องหดตัวตามธรรมชาติเพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ การให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ปวดมดลูกมากขึ้น และบริเวณแผลฝีเย็บที่มีการฉีกขาดขณะคลอดและเย็บแผลให้เรียบร้อยแล้ว เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำถูกทำลายจะมีความเจ็บปวดระยะหนึ่งแล้วจะกลับคืนหายเป็นปกติ

2. ประเมินสภาพทั่วไปและระดับความเจ็บปวด (Pain score) ถ้ารุนแรงมากพิจารณาให้ยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Paracetamol (500) 1tab prn ทุก 4-6 ชั่วโมง

3. ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ เพื่อให้แน่ใจว่าอาการปวดแผลฝีเย็บไม่เกิดจากความผิดปกติของแผลฝีเย็บ เช่น การเกิดก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ

4. ประคบด้วยถุงน้ำแข็งบริเวณแผลฝีเย็บ เพื่อลดอาการบวม และเจ็บปวด

5. แนะนำให้ขมิบก้นเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เพราะช่วยให้เลือดไหลเวียนมาบริเวณนี้มากขึ้นและทำให้แผลหายเร็วขึ้น

การประเมินผล

มารดาปวดมดลูกเป็นพักๆ ขณะให้ยา Oxytocin และอาการปวดทุเลาลงหลังหยุดให้ยา มีอาการเจ็บตึงแผลฝีเย็บพอทนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้นเมื่อนอนตะแคง แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มีเลือดคั่ง หลังได้รับยาแก้ปวด Pain score ลดลงเหลือ 3 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 4 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน S: -

O: มีแผลฝีเย็บจากการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ระยะหลังคลอดปากมดลูกยังเปิดอยู่ มีน้ำคาวปลาสีแดงเข้มฟุ้งออกมา

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาหลังคลอดไม่เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส แผลฝีเย็บไม่มีเลือดคั่ง ไม่บวม น้ำคาวปลามีกลิ่น สีสปกติ ไม่เหม็น ปัสสาวะเองได้ไม่แสบขัด ลักษณะปัสสาวะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการและการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น แผลฝีเย็บบวมแดง มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลฝีเย็บ เพื่อวินิจฉัยภาวะติดเชื้อระยะเริ่มแรก และให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

2. แนะนำให้รักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างถูกวิธี โดยให้อาบน้ำทุกวัน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำสะอาด แล้วซับให้แห้งจากด้านหน้าไปด้านหลัง เพื่อหลีกเลี่ยงเชื้อโรคจากบริเวณทวารหนักมาที่ช่องคลอด แนะนำเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ และเปลี่ยนทุกครั้งหลังขับถ่าย ไม่ปล่อยให้ชุ่มเกินไป

3. ให้ผู้คลอดได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Amoxycillin (500) 2 caps หลังอาหาร เข้า และเย็น เพื่อป้องกันและรักษาภาวะติดเชื้อ

4. ให้ผู้คลอดได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น เนื้อ นม ไข่ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

5. แนะนำและกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีไข้

6. สังเกตการกดเจ็บบริเวณท้องน้อยสองข้างทุกวัน เพื่อประเมินการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ แผลฝีเย็บแห้งดี ไม่บวม แผลไม่มี Hematoma น้ำคาวปลาออกปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ถ่ายปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีไข้หลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย อยู่ในช่วง 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60- 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 5 มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เนื่องจากผ่านการคลอดด้วยประสบการณ์ที่ไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาเป็นโรคซึมเศร้า เหนื่อยและอ่อนเพลียจากการเบ่งคลอด

O: การคลอดระยะที่ 2 ยาวนานเบ่งคลอด 2 ชั่วโมงกับ 29 นาที ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้คลอดไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน: สีน้าสดชื่น สนใจสภาพแวดล้อม เลี้ยงดูบุตรได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
2. ส่งเสริมให้มารดามีการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ เพื่อเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร
3. สอนมารดาเรื่องท่านอนให้นมบุตร เพื่อมารดาจะได้มีเวลาพักผ่อนโดยให้สามีและญาติคอยช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน
4. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลง สังเกตพฤติกรรม ภาวะอารมณ์ของมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ตลอดจนแนะนำให้สามีและญาติเฝ้าสังเกตพฤติกรรม ภาวะอารมณ์ของมารดาหลังคลอดที่บ้าน หากพบอาการผิดปกติต้องรีบพามาโรงพยาบาล
5. นัดมารดาหลังคลอดมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินความผิดปกติหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 4 หลังคลอดบุตรซึ่งเป็นการนัดตรวจตามปกติ แต่พยาบาลต้องคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ด้วย

การประเมินผล

มารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เลี้ยงดูและให้นมบุตรได้ มารดาไปตรวจหลังคลอดที่คลินิกเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563 และพึงผล PAP Smear วันที่ 11 พฤษภาคม 2563 ผลปกติ มารดามาตรวจตามนัดคลินิกจิตเวชผลแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ปกติ เหนื่อยจากการเลี้ยงบุตรแต่ไม่เครียด นอนหลับได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 31 ปี รูปร่างสมส่วน ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์อ่างทอง 13 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ 3 วัน ผลเลือดซีฟิลิส ตับอักเสบบี เอ็ดส์ปกติ ได้รับวัคซีนบาดทะยักครบ 3 เข็ม ประวัติเป็นโรคซึมเศร้า (MDD) ระดับความซึมเศร้าเล็กน้อย (คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ได้ 7 คะแนน) รักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลอ่างทอง มาตั้งแต่ 20 สิงหาคม 2557 โดยทานยา Sertraline (50) ½ tab ๑ hs ร่วมกับฝึกหายใจและฝึกคลายเครียด อาการดีขึ้นเรื่อยๆ จนมาถึงวันที่ 2 สิงหาคม 2562 ผู้คลอดมาปรึกษาเรื่องกินยา Sertraline ที่คลินิกจิตเวชเนื่องจากตั้งครรภ์ได้ 4 สัปดาห์ แพทย์จิตเวชให้หยุดยาขณะตั้งครรภ์ได้เนื่องจากผู้คลอดมีอาการดีขึ้นในช่วงระยะปี พ.ศ. 2559- พ.ศ. 2562 ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติมาตลอด อารมณ์ปกติ ไม่มีประวัติอยากฆ่าตัวตาย ระหว่างตั้งครรภ์มีนัดมาตรวจจิตเวชเป็นระยะๆ 2 เดือน 3 เดือนและ 4 เดือน จนคลอด ผู้คลอดมาตรวจตามนัดทุกครั้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ปกติ จิตแพทย์ให้คลอดทางช่องคลอดได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2563 เวลา 07.30 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 3 ชั่วโมงก่อนมา แรกรับตรวจระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ฟังเสียงหัวใจทารก 156 ครั้ง/นาที คาคคเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ 3,000 กรัม มดลูกหดรัดตัวทุก (Interval) 6 นาที มดลูกหดรัดตัวนาน (Duration) 30 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 70% 궁น้ำคร่ำยังอยู่ระดับส่วนนำ -1 ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ผลปกติ สูติแพทย์ให้ Admit Observe Progression of Labor เวลา 12.00 น. มีน้ำเดินเองตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบาง 80% 궁น้ำคร่ำแตกสีน้ำคร่ำใส ระดับส่วนนำ 0 เฝ้าระวังภาวะสายสะดือพลัดต่ำ งดน้ำงดอาหารทางปาก

เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพราะอาจเกิดภาวะ Fetal Distress และ Prolapsed Cord ได้ เวลา 15.40 น. มดลูกหดรัดตัวห่างขึ้น Interval = 4 นาที Duration = 35 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความบาง 90% ผนังคร่ำแตกสีน้ำคร่ำใส ระดับส่วนน้ำ +1 แพทย์สั่ง On NSS 1,000 ml +Oxytocin 10 unit vein drip 12cc/hr ปรับ rate ทุก 30 นาที ครั้งละ 4 cc จนได้มดลูกหดรัดตัวดี Controlled drip ด้วย Infusion pump ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาโดยใช้เครื่องติดตามหัวใจทารกในครรภ์ (Continuous electronic fetal monitoring) ฝ้าระวังภาวะมดลูกแตก เวลา 17.00 น.ปากมดลูกเปิดหมด เริ่มเบ่งคลอด สอนการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี และเชียร์เบ่ง คอยให้กำลังใจ เวลา 18.00 น.เบ่งคลอดครบ 1 ชั่วโมงยังไม่คลอด รายงานแพทย์ทราบ อยู่เป็นเพื่อนเพื่อลดความกลัว เวลา 19.00 น. เบ่งคลอดครบ 2 ชั่วโมงผู้คลอดหมดแรงเบ่ง อ่อนเพลีย ท้อในการเบ่งคลอด แพทย์ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ อธิบายเหตุผลและขั้นตอนในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ทารกคลอดเวลา 19.29 น. เพศชาย น้ำหนัก 3,255 กรัม ประเมินสภาพทารกแรกเกิด ประเมิน APGA Score นาทีที่ 1 ได้ 9 คะแนนหักสีผิวและประเมินนาทีที่ 5 ได้ 10 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส หายใจ 56 ครั้ง/นาที กระตุ้น Early Bonding Skin To Skin เพื่อสร้างสายสัมพันธ์แม่-ลูก หลังคลอดมารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ หลังให้การพยาบาลมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำนมยังไม่ไหล เวลา 21.20 น.ย้ายมารดาและทารกไปตึกพิเศษหลังคลอด มารดารักษาตัวในห้องพิเศษหลังคลอด 3 วัน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า อารมณ์ปกติ สามารถเลี้ยงดูบุตรและให้นมบุตรได้ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาไหลปกติ สีแดงจาง ไม่มีไข้ น้ำนมไหลดี คัดตึงเต้านมเล็กน้อย แผลฝีเย็บแห้งดีไม่บวม วันที่ 29 มีนาคม 2563 บุตรมีภาวะตัวเหลือง ค่า MB 12.7 Hct 56% ส่งไฟท์ข้างเตียงมารดา ให้ข้อมูลและเหตุผลของการดูแลรักษาเพื่อให้มารดาและญาติเกิดความเข้าใจ มั่นใจ และยอมรับในการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง บุตรเจาะ Hct และ MB ข้างผล 52% และ 11.1 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ มารดากลับบ้านวันที่ 30 มีนาคม 2563 เวลา 12.00 น. พร้อมบุตร เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563 มารดาไปตรวจหลังคลอดที่คลินิกผลปกติ และวันที่ 11 พฤษภาคม 2563 พังผล PAP Smear ผลปกติ นัดอีก 3 ปี วันที่ 21 พฤษภาคม 2563 มารดามาตรวจตามนัดคลินิกจิตเวชผลแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ปกติ เนื่องจากการเลี้ยงบุตรแต่ไม่เครียด นอนหลับได้ นัด Follow up อีก 3 เดือน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้คลอดรายนี้มี Prognosis ที่ดี เนื่องจากผู้คลอดยอมรับโรคซึมเศร้าที่เป็นและเห็นความสำคัญในการมาตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ จนอาการดีขึ้น จึงตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือให้สูติแพทย์และทีมจิตเวชดูแลร่วมกันเป็นอย่างดี ผ่าครรภ์สม่ำเสมอ และมาตรวจตามนัดจิตเวชสม่ำเสมอ เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดผลการประเมินด้านจิตใจด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผลปกติ ผู้คลอดมีความพร้อมทางด้านจิตใจ จึงสามารถผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ทำให้เห็นแนวทางการดูแลผู้คลอดโรคซึมเศร้าโดยเน้นที่การประเมิน ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและเศร้าแทบจะตลอดเวลา อาจเป็นเรื้อรังหรือซ้ำได้ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นการเจ็บปวดที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดเป็นอย่างมาก ถ้าการคลอดเป็นการคลอดที่ยาวนานยิ่งจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดในระดับที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้มารดารู้สึกท้อ เกิดความกลัว ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา

โดยเฉพาะผู้คลอดที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน ความเครียดจะทำให้อาการของโรคเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดถึงขั้นทำร้ายตนเองและบุตรได้ ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดต้องให้ความสำคัญในการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในผู้คลอดทุกราย โดยเฉพาะระยะแรกรับเป็นระยะที่สำคัญผู้คลอดต้องได้รับการประเมินด้านจิตใจที่ถูกต้องและได้รับการแก้ไขทันที ในผู้คลอดบางรายที่มีอาการกลัว เร็วร้อนและเจ็บครรภ์มากกระสับกระส่ายต้องอนุญาตให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจในห้องรอลคลอดได้

บทสรุป

ผู้คลอดโรคซึมเศร้าถ้าจะมีการตั้งครรภ์ต้องปรึกษาจิตแพทย์ให้มีความพร้อมด้านจิตใจก่อน ระหว่างการตั้งครรภ์ต้องให้สูติแพทย์เป็นผู้ดูแล โดยจะมีการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ถ้าคะแนนมากกว่า 8 จะส่งให้ทีมจิตเวชประเมินต่อ ช่วงระหว่างการคลอดเป็นช่วงที่สำคัญเพราะการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยทางกายสามารถส่งผลกระทบถึงจิตใจอาจทำให้โรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่เดิมกลับมาเป็นซ้ำ อาจทำให้ผู้คลอดไม่ให้ความร่วมมือหรือชั้นรุนแรงอาจทำร้ายตนเองและบุตรได้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะมีต่อเนื่องถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน สังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้คลอดอย่างใกล้ชิดและตลอดระยะเวลาของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการแก้ไขทางภาวะจิตใจ รวมถึงบทบาทในการช่วยลดอาการเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้คลอดมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คลอดบุตรด้วยความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก พยาบาลหลังคลอดต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการต่อ แนะนำให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งของหลังคลอดและจิตเวช การดูแลร่วมกันด้วยทีมสหวิชาชีพทำให้ผู้คลอดโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทำให้เกิดลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิดา ชัยติกุล และคณะ. ผลของวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับทำนัยยงๆบนนวัตกรรมเบาะนั่งรองคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ns.mahidol.ac.th>.
2. วณิดา ล้อพสุภิญญาภาพ. การพยาบาลมารดาที่คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักการแพทย์; 2549 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.msdbankok.co.th>.
3. Medthai. 10วิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด α โรคซึมเศร้าหลังคลอด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://medthai.com/อาการซึมเศร้าหลังคลอด/>.
4. แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ และคณะ. บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารทหารบก. 2561; 19: 29-31.
5. สุกัญญา รักษ์ชิจกุล. ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556; 58(4): 359-370.
6. ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคซึมเศร้า-โรคไบโพลาร์ ปีงบประมาณ 2560-2562. 2562.