

การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา

สายชล ชินชัยพงษ์, พย.บ.*

Received: 30 ส.ค.65

Revised: 21 ธ.ค.65

Accepted: 27 ธ.ค.65

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด จัดเป็นภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ สำหรับภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด โดยเฉพาะในรายที่มีอายุครรภ์ < 34 สัปดาห์ ถือว่าเป็นภาวะที่ซับซ้อนและเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด และการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ นำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้ จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ การยืดอายุครรภ์และป้องกันการอักเสบติดเชื้อ โดยการรักษาแบบประคับประคอง มุ่งหวังให้ทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์มากที่สุด แต่เมื่อมีภาวะการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ แพทย์จำเป็นต้องพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด เพื่อลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์

วิธีการศึกษา: ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว ร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย แล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระบุกิจกรรมการพยาบาลและ ประเมินผล ตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: พบว่าผู้คลอดมีภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ชนิด Bicornuate เมื่อทารกมีการเจริญเติบโต จึงชักนำให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกตามมา นำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ คลอดทารกก่อนกำหนด ปัญหาที่พบระยะหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในโพรงมดลูก วิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรที่ต้องแยกจากมารดาและการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา หลังได้รับการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้คลอดสามารถกลับมามีร่างกายแข็งแรงและปรับบทบาทมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดให้นมมารดาได้แม้จะต้องแยกจากทารกที่รักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยผู้คลอดได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 14 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ส่วนบุตรหลังจาก off ventilator สามารถหายใจเองได้ และดูแลนมมารดาได้ดี แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน รวมอยู่รักษาตัวที่โรงพยาบาล 32 วัน

บทสรุป: การพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนกำหนด พยาบาลมีส่วนสำคัญในการค้นหาปัญหา ความเสี่ยง ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะรอคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีในการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยง ช่วยให้การวางแผนการรักษามีความรวดเร็ว ทันเวลา มีประสิทธิภาพ ช่วยให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ครอบครัวมีความมั่นใจ บรรลุเป้าหมายลูกอยู่รอดแม่ปลอดภัย และช่วยให้การพัฒนาศูนย์การพยาบาลมีความยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด, ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว, การอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก, และการคลอดก่อนกำหนด ผ่าตัดคลอด

Nursing care for congenital uterine anomalies woman with preterm premature rupture of membrane included Chorioamnionitis which receiving Caesarean section: A Case study

Saichol Chinchaipong, B.N.S.*

Abstract

Introduction: Congenital uterine anomalies are classified as high-risk conditions in pregnancy, which increase the risk of preterm pregnancy and fetal growth restriction. Preterm premature rupture of membrane, especially in those with a pregnancy of < 37 weeks, is a complex condition and serious problem that can probably result in chorioamnionitis and sepsis into the uterine cavity. Therefore, the aim of the treatment is to extend gestational age by providing supportive treatment to keep maintaining a healthy pregnancy to ensure fetal maturation. However, chorioamnionitis can negatively affect the pregnancy and preterm labor. A doctor may consider termination of the pregnancy by caesarean section in order to reduce complications in the mother and the fetus.

Methods: A case study of a pregnant woman with a congenital uterine anomaly with preterm premature rupture of membrane in conjunction with chorioamnionitis who underwent Caesarean section and was admitted to Saraburi Hospital. Data were collected through interviews, observations, and medical records. Then, data were analyzed using nursing process which included nursing diagnoses, nursing implementation, and evaluation.

Results: The results revealed the pregnant woman had a congenital uterine anomaly (Bicornuate type). While the fetus was continuously growing, the mother suffered from preterm premature rupture of membrane and chorioamnionitis, leading to the termination of pregnancy or preterm labor. The problems after post caesarean section included postpartum hemorrhage, infection in the uterine cavity, surgical pain, urinary tract infection and anxiety on child's condition. After receiving effective treatment and nursing care, the mother became healthier. She was hospitalized for 14 days and later allowed to go home. Meanwhile, the infant was taken off the ventilator since it could breathe and breastfeed on its own. The infant was hospitalized for 20 days before permitted to go home.

Conclusions: To provide nursing care for pregnant women with congenital uterine anomalies with preterm premature rupture of membrane in conjunction with chorioamnionitis who undergo Caesarean section, nurses play an important role in finding problems and risks at the antenatal phase, the attending phase, the labor phase, and the postpartum phase. Nurses must have knowledge and skills of using instruments and refined technology to assess maternal and fetal health status which could predict risks, and help to plan treatment quickly, timely, and effectively. Mothers and babies would be safe and the family would have confidence in the nursing care process leading to the sustainable development of nursing care.

Keywords: Congenital uterine anomalies, Preterm premature rupture of membrane, Chorioamnionitis, Preterm pregnancy, Caesarean section

*Maternity Nurse, Saraburi Hospital

บทนำ

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital uterine anomalies) ชนิด Bicornuate จัดเป็นภาวะเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ เนื่องจากความผิดปกติทำให้พื้นที่ในมดลูกมีจำกัด พบได้ร้อยละ 5.5 ของเพศหญิง¹ ทารกในครรภ์ที่กำลังพัฒนาจึงอาจมีพื้นที่ไม่เพียงพอที่จะเติบโต ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบได้ถึงร้อยละ 21 – 23 และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Fetal growth restriction)² ต้องเฝ้าระวังติดตามสัญญาณของการคลอดก่อนกำหนด หรือความเสี่ยงอื่น ๆ ที่จะเกิดแก่มารดาและทารก

ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Preterm Premature rupture of Membrane) หมายถึง ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนการเจ็บครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 ถึงก่อน 37 สัปดาห์³ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่ซับซ้อนและเป็นปัญหาสำคัญของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ (Chorioamnionitis) โดยภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด พบในช่วงอายุครรภ์ครบกำหนดประมาณ 10% และก่อนอายุครรภ์ครบกำหนดประมาณ 3% ของการคลอดบุตรทั้งหมด⁴

จุดมุ่งหมายของการรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คือ การยืดอายุครรภ์ รักษาแบบประคับประคอง (Expectant Management) เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ ช่วยให้ทารกในครรภ์มีความสมบูรณ์ใกล้เคียงกับกำหนดมากที่สุด แต่เมื่อมีภาวะ Chorioamnionitis ส่งผลกระทบต่อการดำเนินครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด การตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกไม่แข็งตัว รวมถึงเพิ่มอัตราการติดเชื้อหลังคลอดได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอด ไม่ว่าจะแผลผ่าตัดติดเชื้อหรือติดเชื้อภายในมดลูกหลังคลอด หรือเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ หากได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม สำหรับทารก

ภาวะ Chorioamnionitis สามารถส่งผลกระทบต่อทารกได้มากขึ้น 2 ถึง 3.5 เท่าของภาวะปกติ⁵ และการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบได้หลายประการ เช่น น้ำหนักตัวน้อย เติบโตช้าในครรภ์ เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะปอดอักเสบ และมีภาวะหายใจลำบาก ภาวะเลือดออกในช่องสมอง รวมถึงส่งผลกระทบต่อในระยะยาวต่อทารกได้ เช่น ภาวะโรคปอดเรื้อรังในทารกคลอดก่อนกำหนด นำไปสู่อัตราการเสียชีวิต (Mortality) และภาวะทุพพลภาพ (Morbidity) จำเป็นต้องให้การอภิบาลรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ต้องใช้เทคโนโลยีทันสมัย ค่าใช้จ่ายสูง³

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี 3 ปี ย้อนหลัง ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) มีจำนวนผู้มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด จำนวน 673, 139 และ 209 ราย ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.34, 2.88 และ 0.85 ตามลำดับ มีการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.09, 10.25 และ 11.36 ตามลำดับ และมีอัตราตายปริกำเนิด คิดเป็น 3.38, 3.55 และ 3.88:1000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ⁶ ซึ่งพบว่าแนวโน้มของภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด การอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ และการคลอดทารกก่อนกำหนด รวมถึงอัตราตายปริกำเนิด ของโรงพยาบาลสระบุรีไม่ลดลง ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง จึงได้ศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับมีการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ในการดูแลผู้คลอดที่

มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง สามารถประเมินภาวะสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ คาดการณ์การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายปริกำเนิด ลดค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและของครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเป็นแนวทางการพยาบาลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วร่วมกับการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด

กรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 33 ปี 11 เดือน สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับราชการ (พยาบาล) บุคคลในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีประวัติโรคติดต่อ และโรคทางพันธุกรรม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา อายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ (by USG) วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) 1ธันวาคม 2564 คาดคะเนกำหนดคลอด วันที่ 7 กันยายน 2565 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 7 ครั้ง ตรวจ USG เมื่ออายุครรภ์ 13⁺2 สัปดาห์ พบ Double uterus ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ ผลการตรวจเลือดปกติ HBsAg negative, VDRLnon-reactive, Anti- HIVnegative, Blood group A Rh.positive, Hematocrit 34% ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 3 เข็ม

วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.00 น. ผู้คลอดมาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ประวัติมีน้ำเดินลักษณะใสปนเลือดจางออกทางช่องคลอด เปื้อนผ้าอนามัย 1/3 ผืน ก่อนมาโรงพยาบาล 1.30 ชม ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ทารกในครรภ์ดิ้นดี อายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ แพทย์รับไว้รักษาตัวในห้องคลอด โรงพยาบาลสระบุรี

การพยาบาลระยะรอคลอด

วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 เวลา 15.25 น. รับใหม่ที่ห้องคลอดญาตินำส่ง รู้สึกตัวดี ประเมินระดับยอมนดลูก 2/4 > ๑ สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ไม่เจ็บครรภ์ มีน้ำใสปนเลือดจางออกเปื้อนผ้าอนามัย 1/3 ผืน ทารกดิ้นดี คลำทารกได้ส่วนหน้า ท่าศีรษะ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 154 ครั้ง/นาที ท้า ROL ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/78 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ตรวจภายในด้วยสเปกคูลัมปราศจากเชื้อ พบน้ำใสจากปากมดลูก ทดสอบความเป็นกรด-ด่าง ด้วย Nitrazine Paper ได้สีกรมท่า , ให้ ไอบี เ่ง กดยอมนดลูก ไม่พบมีน้ำไหลออกจากช่องคลอดเพิ่ม(Cough test), ลักษณะปากมดลูกนุ่ม ยังไม่เปิด ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ พบปกติ เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, VDRL, Anti-HIV, UA ดูแลให้ 5% D/N/2 1000 ml iv 100 ml/hr ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารระหว่างมือตามแผนการรักษา ผู้คลอดและทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประเมินภาวะน้ำเดินและเฝ้ารอการติดเชื้อทั้งมารดาและทารก ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Ampicillin 2 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง และ Azithromycin (250 mg) 2 tab oral stat ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา สังเกต สี กลิ่น ของน้ำคร่ำที่ไหลออกจากช่องคลอด บันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็น ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ และติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกและการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่อง Elective fetal monitor (EFM) ทุก 4 ชั่วโมง รายงานกุมารแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมหากต้องคลอดก่อนกำหนด สูติแพทย์และมารดา ร่วมวางแผนการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อยืดอายุครรภ์ (Expectant

Management) เป้าหมายคลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อให้ยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ ได้แก่ Dexamethasone 6 mg ทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง มี Mild Uterine contraction interval >10 นาที Duration 30 วินาที แพทย์ให้ยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Adalat 1 tab O q 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง เมื่อรับประทานยาครบ 4 ครั้ง เวลา 19.20 น. การหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้น Interval 3 นาที, Duration 50 วินาที แพทย์ให้ Adalat และให้ Bricanyl 5 amp ใน 5 % D/W 500 ml iv 30 ml/hr ก่อนให้ยาประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่พบข้อห้ามในการให้ยา ดูแลให้นอนพักบนเตียง อธิบายเหตุผลที่ต้องจำกัดกิจกรรม ให้คำแนะนำการรักษาความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ ป้องกันการติดเชื้อ ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง ประเมินและติดตามการหดตัวของมดลูกทุก 30-60 นาที เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินหลังจากได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก ระยะแรกผู้คลอดมีใจสันอัตราเต้นของหัวใจ 112-120 ครั้ง/นาที จากนั้นค่อย ๆ ลดลง อาการใจสัน อัตราเต้นของหัวใจ 100-108 ครั้ง/นาที ปรับเพิ่มขนาดยาเป็น 40 ml/hr อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98-100/54-66 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีหายใจเหนื่อย และไม่มีคลื่นไส้และอาเจียน เวลา 23.00 น. มดลูกเริ่มมีการหดตัวห่างขึ้น Interval 10 นาที, Duration 20 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148-155 ครั้ง/นาที ทารกตื่นดี ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ผู้คลอดและญาติ วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตราย ที่อาจเกิดต่อทารกและตัวผู้คลอดเอง ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว

ความเสี่ยงจากการติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารก และการคลอดทารกก่อนกำหนด แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งแผนการคลอด แนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างรับการรักษา ผู้คลอดและญาติรับฟังดี เข้าใจจากการซักถามมีวิตกกังวลน้อยลง

วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 น้ำเดินมีก้อนเลือดเล็กปนออกมา 2 ก้อน ไม่เจ็บครรภ์ ทารกตื่นดี NST: reactive, ติดตามการหดตัวของมดลูกด้วยเครื่อง EFM พบว่ามดลูกมีการหดตัวดี Interval 15 นาที Duration 30 วินาที แพทย์ให้ Bricanyl 40 ml/hr มารดามีใจสันเล็กน้อย ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144-156 ครั้ง/นาที ให้งดน้ำงดอาหารระหว่างมือ ผล Electrolyte พบว่ามีภาวะโพแทสเซียมต่ำ 3.17 mmol/L ซึ่งมีผลกระตุ้นทำให้กล้ามเนื้อหดตัวอย่างเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด รายงานแพทย์ให้ EKCL 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ประเมินหลังได้รับยา ไม่มีการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 146-155 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.0-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 112-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100-110/58-66 มิลลิเมตรปรอท ทูเลอาการใจสันยังมีน้ำคร่ำไหลสีใสปนเลือดจากติดผ้าอนามัย ไม่มีกลิ่น

วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ยังเฝ้าระวังเรื่องการติดเชื้อของผู้คลอดและทารก เนื่องจากมีน้ำคร่ำไหลออกจากปากมดลูกเกิน 48 ชั่วโมง และเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด อย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ Bricanyl 5 amp + 5 % D/W 500 ml iv 30 ml/hr และดูแลให้ได้รับ Dexamethasone ครบ 48 ชั่วโมง ดูแลให้ Amoxycillin 500 mg 1 tab O tid pc และ Azithromycin 1 tab O OD ต่อจนครบ 7 วัน ติดตามผล โพแทสเซียม พบค่าโพแทสเซียมปกติ ไม่มีการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 146-155 ครั้ง/นาที

อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 112-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100-110/58-66 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลระยะคลอด

วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ผู้คลอดมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วเป็นระยะเวลามากกว่า 72 ชั่วโมง สามารถประทับประครองการตั้งครรภ์จนให้ยากระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกได้ครบ เริ่มมีอาการแสดงการติดเชื้อในร่างกาย เวลา 10.00 น. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก 160 ครั้ง/นาที ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารเตรียมพร้อมหากต้องผ่าตัดฉุกเฉิน รายงานแพทย์ ให้หยุดการให้ Bricanyl วางแผนปล่อยคลอด ดูแลประเมินการหดตัวของมดลูก ประเมินลักษณะน้ำคร่ำ ติดตามสัญญาณชีพ และอัตราการเต้นของหัวใจทารก ส่งตรวจและติดตามผล CBC. Wbc.15,700 cell/mm³ Neutrophils 82 %, ผล Electrolyte ปกติ, ผล ATK ปกติ มดลูกมีการหดตัว Interval 10 นาที Duration 20 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150-160 ครั้ง/นาที ให้ Ampicillin 2 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง เวลา 14.00 น. อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก 160 ครั้ง/นาที และน้ำคร่ำมีเนื้อเยื่อขนาด 0.3 มิลลิเมตร จำนวน 2 ชิ้น รายงานแพทย์วางแผนยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด อธิบายให้ผู้คลอดสามีและมารดาของผู้คลอดรับทราบ และทำความเข้าใจ เรื่องพยาธิสภาพการอักเสบติดเชื้อ ความเสี่ยงของมารดาและทารก และความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดคลอด หลังคลอดทารกต้องแยกไปหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เนื่องจากอายุครรภ์ 31 สัปดาห์ มีโอกาส

เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ผู้คลอดและครอบครัวเข้าใจยอมรับการผ่าตัด Set OR for C/S due to Chorioamnionitis Emergency ดูแลเตรียมร่างกาย ให้ NSS 1000 ml ทางหลอดเลือดดำ 120 ml/hr, Retained foley's catheter เตรียมเลือด PRC 1 Unit, และดูแลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ซักถามระบายความรู้สึกให้ข้อมูลเพิ่มในสิ่งที่ผู้คลอดและครอบครัวต้องการให้กำลังใจพร้อมคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ผู้คลอดมีความเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษาเป็นอย่างดี ประสานทีมที่เกี่ยวข้องในการเตรียมผ่าตัดคลอด และดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ กุมารแพทย์เตรียมพร้อมการดูแลรักษาทารกในห้องผ่าตัดทันทีที่คลอด พยาบาลห้องคลอดเตรียมรับทารกในห้องผ่าตัดพร้อมอุปกรณ์การช่วยชีวิตทารก พยาบาลทีมห้องผ่าตัด พยาบาลทีมหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเตรียม Incubator พร้อมรับทารกหลังคลอดไปดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลทีมหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดเตรียมพร้อมรับผู้คลอดไปดูแลต่อหลังผ่าตัดคลอด เวลา 15.00 น.ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนไป อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารก 138 ครั้ง/นาที ดูแลให้ Gentamycin 240 mg และ Metronidazole 500 mg ทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด

การผ่าตัดที่ได้รับ Cesarean section ทารกคลอดเวลา 15.43 น. เพศชาย น้ำหนัก 1,620 กรัม APGAR score 8-9-10 หายใจเร็ว มีภาวะ Birth Asphyxia หลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ทารกมีอาการเขียวปลายมือปลายเท้า ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 81-84% นำส่งหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ปริมาณการเสียเลือดของผู้คลอดในระหว่างการผ่าตัด

500 มิลลิเมตร สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด ชีพจร 98-112 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116-148/80-100 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100 %

การพยาบาลระยะหลังคลอด

หลังผ่าตัด ส่งต่อผู้คลอดดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ประเมินอาการ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ หายใจสม่ำเสมอ ท่าทางอ่อนเพลีย มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ได้รับ 5%D/N/2 1,000 ml add Syntocinon 20 unit iv. drip 120 cc/hr, มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง ยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2FB แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแห้งดีไม่มีเลือดซึม ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน ไม่มีก้อนเลือด ปวดแผลผ่าตัดประเมินระดับความปวด 5 คะแนน ได้รับ Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุกเวลา อาการปวด ตรวจหวั่นมและเต้านมทั้งสองข้างปกติ ยังไม่มีน้ำนมเหลือง (Colostrum) ไหล ดูแลให้ Ampicillin 2 gm iv q 6 hr และ Gentamycin 240 mg iv OD ต่อเนื่อง ผู้คลอดและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของทารกที่ต้องแยกไปรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ให้ข้อมูลอาการของทารกเป็นระยะและแนะนำขั้นตอนปฏิบัติการเย็บมดลูกให้ผู้คลอดและครอบครัวรับทราบ

สรุปการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแรกได้รับ G₁P₀ GA.30^{4/7}wks. with Double uterus with Premature Rupture of Membranes
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย GA.31 wks. with Bicornuate uterus pregnancy at left side cornua with Prolong Premature Rupture of Membranes with Chorioamnionitis with Caesarean section

การผ่าตัด

Caesarean section (5 กรกฎาคม 2565)

การติดตามเย็บหลังผ่าตัดคลอด ครั้งที่ 1

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 9.00 น. (หลังผ่าตัดคลอดวันที่2) ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ เสี่ยงต่อการตกเลือด ประเมินการเสียเลือด การหดตัวของมดลูก ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือ แผลผ่าตัดคลอดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงจาง ปวดแผลระดับ 4 คะแนน ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้องและที่โพรงมดลูกดูแลให้ได้รับ Ampicillin 2 gm iv q 6 hr และ Gentamycin 240 mg iv OD ตามแผนการรักษา ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด น้ำคาวปลาปกติเปลี่ยนผ้าอนามัย 2 ครั้ง อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/68-130/80 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 99-100% น้ามนยังไม่ไหล อธิบายและแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอด การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และการเปลี่ยนผ้าอนามัย สังเกตลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด แพทย์ให้เริ่มรับประทานอาหารสังเกตอาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร พบว่ารับประทานอาหารได้หนึ่งในสาม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องไม่อืด ฟังเสียง bowel sound ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/72 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะเองได้ ประเมินปัญหาความต้องการ ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่แยกรักษาตัว เสี่ยงต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกบกพร่องเนื่องจากภาวะแยกจาก แนะนำการไปเย็บมดลูก ละส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา โดยให้บีบเก็บน้ำนมไปให้บุตร ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดรับทราบ เพื่อให้

คำแนะนำและช่วยเหลือผู้คลอดในการบีบเก็บ
น้ำนมและนำส่งน้ำนมให้บุตรที่ถูกต้อง

การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดคลอด ครั้งที่ 2

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00น.
ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 2 ยัง
อ่อนเพลียญาติพุงเดินเข้าห้องน้ำได้ น้ำนมไม่ไหล
เต้านมเริ่มคัดตึง มดลูกหดตัวดี เปิดแผลผ่าตัด
หน้าท้องไม่มีเลือดซึมปิดไว้ด้วย Fixumull
น้ำควาปาสีปกติไม่มีกลิ่นเหม็น เวลา 02.00 น.
ผู้คลอดเริ่มมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส
ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 129/78 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดมี
ภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผล CBC 15,000
cell/mm³, Neutrophils 86 % ผล UA พบ WBC
5-10 cell/HPF, Bacteria few แพทย์พิจารณาให้
Tazocin 4.5 gm iv q 8 hr เวลา 6.00 น. ปวดแผล
ผ่าตัด และมดลูกเป็นพัก ๆ pain score 2-3 ได้รับ
ยา Paracetamol 1 tab O ทุกเวลาปวด และติดตาม
H/C 2 specimen สอบถามถึงการไปเยี่ยมบุตรที่
ห้อง NICU ผู้คลอดบอกจะไปเยี่ยมบุตรช่วงบ่าย
ผู้คลอดยังมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อพูดถึงบุตร เริ่มบีบ
น้ำนมให้บุตรแต่ยังออกน้อย กระตุ้นให้บีบบ่อย ๆ

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 1

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 11.00 น.
ติดตามเยี่ยมทารก Preterm GA.31 wks. and
appropriate for gestational age. ทารกหลัง
คลอดวันที่ 3 มีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก
ชั่วขณะในทารกแรกเกิด(Transient tachypnea
of the newborn: TTNB) ร่วมกับภาวะการหายใจ
ล้มเหลว (Respiratory failure) และภาวะน้ำตาล
ในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) แพทย์ให้การรักษา
โดย on ventilator ให้ Ampicillin 165 mg iv q
12 hrs และ Gentamycin 7 mg iv q 36 hr.

การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 3

วันที่ 10 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00น.
ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่
5 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น บีบน้ำนมไว้ให้นมบุตรได้
ถูกต้องมากขึ้น ไข้เริ่มลด อุณหภูมิร่างกาย 36.5-
37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 86-92 ครั้ง/นาที อัตรา
การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-
130/74 มิลลิเมตรปรอท ผล H/C 2 specimen
No grown แพทย์เยี่ยมอาการ Plan จำหน่ายเมื่อ
ได้รับ Tazocin 4.5 g iv q 8 hr ครบ 7 วัน ในวันที่
12 กรกฎาคม 2565 ได้แนะนำการวางแผนการ
คุมกำเนิด แนะนำการฝังยาคุมซึ่งป้องกัน
การตั้งครรภ์ได้ 2 ปี ประเมินความรู้การปฏิบัติตัว
เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการ
ประเมินความรู้การปฏิบัติตัว ยังพร่องความรู้ในการ
ดูแลตนเองและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้อธิบาย
แนะนำเพิ่มเติมผู้คลอดมีความมั่นใจในการดูแล
ตนเองและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 2

ทารกหลังคลอด 8 วัน หลัง off ventilator
ได้ 2 วัน ให้การบำบัดด้วยเครื่องออกซิเจนแบบผสม
อากาศอัตราการไหลสูง (Heated humidified high
flow nasal cannula: HHHFNC) ทารกมีภาวะตัว
เหลือง (Neonatal jaundice) แพทย์ให้การรักษาด้วย
การส่องไฟ ชนิด single phototherapy

การติดตามเยี่ยมทารก ครั้งที่ 3

วันที่ 22 ก.ค.65 เยี่ยมทารก Day of life
18 ทารกหายใจเองได้ดี เตรียมความพร้อมจำหน่าย
ผู้คลอดมาเยี่ยมและบีบเก็บน้ำนมมาให้ ทุกวัน
ดูนมได้ไม่สารถอก ไม่มีเหนืยหอบ

แพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดกลับบ้านได้ใน
วันที่ 15 กรกฎาคม 2565 ตัดไหมแล้วแผลดีดี
ไม่มีไข้ มีเต้านมคัดตึงเล็กน้อย สามารถบีบเก็บ
น้ำนมให้บุตรได้ถูกต้อง สามีมารับกลับบ้าน

จำหน่ายเวลา 16.00 น. รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 14 วัน นัดติดตามตรวจหลังคลอด วันที่ 29 สิงหาคม 2565 จากการติดตามผลการตรวจหลังคลอด แผลฝีเย็บแห้งดี น้ำคาวปลาปกติ ความดันโลหิต 130/85 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และสามารถให้นมบุตรได้ถูกต้อง

แพทย์อนุญาตให้มารดารับทารกกลับบ้าน วันที่ 24 กรกฎาคม 2565 เวลา 14.00 น. ทารกหายใจเองได้ดี เริ่มให้ดุนนมมารดาได้ 2 วัน ดูดได้ไม่สำรอก ไม่มีเหนื่อยหอบ รวมอยู่โรงพยาบาล 20 วัน

บทสรุป

ภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ชักนำไปให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและการอักเสบติดเชื้อ ของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ ยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติศาสตร์ ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก ทำให้คลอดทารกก่อนกำหนด นำไปสู่อัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีส่วนสำคัญในการค้นหา ปัญหาความเสี่ยงทุกระยะของการตั้งครรภ์ เริ่มตั้งแต่ ระยะฝากครรภ์ ซึ่งถ้าสามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงได้เร็ว จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วได้ และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด สามารถประเมินการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วจะลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี ในการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้การวางแผนการรักษามีความรวดเร็ว ทันเวลา มีทักษะการสื่อสาร การเสริมสร้างพลังอำนาจ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้วางแผนการดูแลอย่างเป็นขั้นตอน บูรณาการองค์ความรู้ ประสบการณ์การพยาบาลให้เกิดความชำนาญ มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มารดา

และทารกมีความปลอดภัย ครอบครัวมีความมั่นใจ บรรลุเป้าหมาย ลูกอยู่รอดแม่ปลอดภัย และช่วยให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. กรณีศึกษารายนี้ผู้คลอดมีภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิด ตรวจพบด้วย Ultrasound ขณะตั้งครรภ์ 13 สัปดาห์ เป็นชนิด Bicornuate จัดว่าเป็นครรภ์เสี่ยงสูงต้องอยู่ในความดูแลของสูติแพทย์จากความผิดปกติของมดลูก เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด หรือ Fetal growth restriction ผู้คลอด ANC ตามนัด ทุกครั้งไม่พบสิ่งผิดปกติ จนอายุครรภ์ 30⁺4 สัปดาห์ ทารกในครรภ์เติบโตมากขึ้นชักนำไปมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์ และเกิดการอักเสบติดเชื้อเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด ซึ่งถึงแม้ผู้ป่วยรายนี้จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ก็ยังหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ยาก ต้องนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน 14 วัน มีโอกาสเกิดวิกฤติความเสี่ยงได้ทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่แรกเริ่ม รอคคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด ต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่สำคัญ จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ สามารถคาดการณ์และวางแผนแก้ไขล่วงหน้า ประสานส่งต่อในทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม จึงจะสามารถช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก และลดการเกิดภาวะทุพพลภาพของทารกได้ ช่วยให้บรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของมารดาและทารก จึงควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลให้ครอบคลุม ครอบคลุม ครบองค์รวม นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. กรณีศึกษารายนี้ สภาวะเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิดกกังวล บทบาทของพยาบาลใน

ฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด ต้องช่วยให้ผู้คลอดสามารถค้นหา ความต้องการของตนเอง มีความมั่นใจ ในศักยภาพของตนเอง มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจนโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดไวรัส ที่จำกัดการเยี่ยม การรักษา ระยะห่าง และความเข้มงวดในการใช้อุปกรณ์ ป้องกันการบูรณาการองค์ความรู้ ประสบการณ์ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแล โดยยึดกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ในการวางแผนให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้คลอดมีการปรับตัวเผชิญกับปัญหาภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำไปใช้

1. นำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดภาวะมดลูกเจริญผิดปกติแต่กำเนิดที่มีถุงน้ำคร่ำรั่ว ร่วมกับการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหุ้มทารกหรือถุงน้ำคร่ำ และคลอดก่อนกำหนด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ครบมิติ แบบองค์รวม เพื่อบรรลุเป้าหมายมารดาและทารกปลอดภัย

2. นำไปกระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการตื่นตัวในการทำงาน มีเป้าหมายการทำงานชัดเจน มีการประสานการทำงานและความร่วมมือของทีสหสาขา ทำให้ การดำเนินงานการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, & Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2011;17(6):761-71.
2. Venetis CA, Papadopoulos SP, Campo R, Gordts S, Tarlatzis BC, Grimbizis GF. Clinical Implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. *Reprod Biomed Online*. 2014;29(6):665-83.
3. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2556-2558 และ คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะ เจ็บครรภ์คลอด และถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. 2558;1-29.
4. เทวินทร์ เดชเทพพร. ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด อีกหนึ่งภาวะครรภ์เสี่ยงที่คุณควรรู้. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565. สืบค้นจาก <https://www.bccgroup-thailand.com>
5. Venkatesh KK, Jackson W, Hughes BL, Laughon MM, Thorp JM, & Stamilio DM. Association of chorioamnionitis and its duration with neonatal morbidity and mortality. *J Perinatol*. 2019;39(5):673-82.
6. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสระบุรี. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสระบุรี ประจำปี 2563-2565. โรงพยาบาลสระบุรี. 2563-2565.