

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Nursing Care of a Mother Experiencing Preterm Labor

ศิริวรรณ แสงอินทร์* ปร.ด

Siriwan Sangin, Ph.D

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ เพราะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับสองของการรับมารดาไว้ในโรงพยาบาลและยังเป็นเหตุให้ทารกคลอดก่อนกำหนด พยาบาลเป็นผู้ดูแลหน้าในการประเมินภาวะเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรวมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ : การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การพยาบาล

Abstract

Preterm labor is a significant health problem that health care provider must be concerned because it is the second most common cause for maternity hospital admission and preterm delivery. Nurses are on the front line of assessing risk of preterm labor and planning appropriate interventions. The objective of this article is to give knowledge and understanding

on preterm labor, and explain causes, risk factors, and nursing care of a mother experiencing preterm labor

Key words : Preterm labor, nursing care

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เพราะเป็นสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ของการรับมารดาไว้ในโรงพยาบาล (ACOG, 2003 cited in Gray, 2006) และยังเป็นเหตุให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจทำให้ทารกเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต และครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทารก ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 (จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์, 2554; ชีระพงษ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551; สายฝน ชาวลาไพบูลย์ และสุนิศา กนกพงศ์ศักดิ์, 2554) การดูแลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ

ความหมาย

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) หมายถึง การเจ็บครรภ์ที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวและ/หรือการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (พัญญา พันธุ์บุรณะ, 2553) สำหรับ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประเทศไทยนับที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ไปจนก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (จรินทรทิพย์ สมประสิทธิ์, 2554; ชีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2551) ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาใช้เกณฑ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ (Cunningham, et al., 2010; Lowdermilk, Perry, Cashion & Aden, 2012)

สาเหตุ

สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีกระบวนการ 4 ประการที่น่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้ (Gray, 2006)

1. กระบวนการที่เกิดขึ้นเอง (idiopathic processes) การเริ่มเจ็บครรภ์เป็นกระบวนการปกติของร่างกายที่เชื่อว่าเกิดจากการหลั่งออกซิโตซิน (oxytocin release) และการขาดโปรเจสเตอโรน (progesterone withdrawal) แต่จากการศึกษาพบว่า ระดับออกซิโตซินไม่ได้เพิ่มขึ้นก่อนเริ่มเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และในระยะท้ายของการตั้งครรภ์มีการหลั่งอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอโมน (adrenocorticotrophic hormone: ACTH) ซึ่งกระตุ้นให้หลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ส่งผลให้ระดับโปรเจสเตอโรนลดลง และระดับเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มดลูกหดตัว

2. กระบวนการติดเชื้อ (inflammatory processes) การติดเชื้อเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 40 การติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด (bacterial vaginosis) เป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด โดยเชื้อแบคทีเรียบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์จะกระตุ้นการตอบสนองทางชีวเคมีของมารดาและทารกในครรภ์ ส่งผลให้สร้างพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) เพิ่มขึ้น และเยื่อบุโพรงมดลูก (decidual) มีการหลั่งไซโตคิน (cytokine) และ

เคมีคิน (chemokine) ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดิน และการซึมผ่านของนิวโทรฟิล (neutrophil) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ถุงน้ำคร่ำแตก (rupture of membranes) และปากมดลูกนุ่ม (cervical ripening) นอกจากนี้เชื้อแบคทีเรียในน้ำคร่ำยังกระตุ้นให้ทารกในครรภ์มีการตอบสนองโดยการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งเสริมให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดิน และกล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว

3. กระบวนการกลไกการทำงานของร่างกาย (mechanical processes) กลไกการทำงานของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ (1) การมีเลือดออกในโพรงมดลูก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากรกเกาะไม่แน่น (poor placenta adhesion) หรือได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดการติดเชื่อและมีลิ่มท롬บิน (thrombin) จากตำแหน่งที่มีเลือดออก กระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัวได้ (2) การแตกของถุงน้ำคร่ำ การแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 30 ผลของการแตกของถุงน้ำคร่ำจะทำให้เกิดการติดเชื่อซึ่งนำไปสู่การเจ็บครรภ์ได้ และ (3) การยึดขยายของมดลูกมากกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดจากครรภ์แฝดครรภ์แฝดน้ำ ซึ่งนอกจากจะส่งเสริมให้เกิดการแตกของถุงน้ำคร่ำแล้ว อาจกระตุ้นให้เซลล์รับการกระตุ้นในมดลูก (uterine receptor) หลั่งออกซิโตซินและพรอสตาแกลนดินเพิ่มขึ้น

4. กระบวนการทางจิตสังคม (psychosocial processes) การคลอดก่อนกำหนดเป็นผลมาจากการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นก่อนคลอด มีปัจจัยทางจิตสังคมหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองความเครียดและแสดงออกมาโดยภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำลง นอกจากนี้ความเครียดยังสามารถกระตุ้นให้สร้างสารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ คอร์ติโคโทรฟิน-ริลีสซิง ฮอโมน (corticotrophin-releasing hormone: CRH), ไซโตคิน,

คอรัติซอล, และพรอสตาแกลนดิน

ปัจจัยทำนายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกหรือมดลูกผิดปกติ เลือดออกหลังไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และดัชนีมวลกายต่ำหรือสูง เชื้อชาติที่ไม่ใช่คนผิวขาว ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมและการศึกษาต่ำ มีชีวิตอยู่กับความเครียดเรื้อรัง ถูกทารุณกรรมจากสามี ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การทำงานหนัก และการมีญาติที่คลอดก่อนกำหนด (Lowdermilk et al., 2012)

มีการศึกษาปัจจัยทำนายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุดมีดังนี้ (ประภัทร วาณิชพงษ์พันธ์, 2552; Murray & McKinney, 2010)

1. ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน หรือประวัติการแท้งบุตรในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยทำนายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างชัดเจน โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2-2.5 เท่าในครรภ์ปัจจุบัน และยังมีประวัติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลายครั้ง จะยังเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น

2. ปากมดลูกมีความยาวน้อยกว่า 25 มิลลิเมตร โดยวัดความยาวของปากมดลูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านทางช่องคลอดขณะอายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์ ปากมดลูกมีความยาวน้อยกว่า 25 มิลลิเมตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดชัดเจนที่สุด สาเหตุการสั้นลงของปากมดลูกที่พบบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อ (inflammatory) เช่น การติดเชื้อภายในช่องคลอด (intra-vaginitis) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปริทันต์อักเสบ

(periodontal infection)

3. การตรวจหาฟีทัลไฟโบรเนกติน (fetal fibronectin: fFN) ได้ผลบวกหลังอายุครรภ์ 22 สัปดาห์ fFN เป็นไกลโคโปรตีน (glycoprotein) ในเนื้อเยื่อของทารก ปกติจะตรวจพบจากสิ่งคัดหลั่งในปากมดลูกและช่องคลอดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ และตรวจพบอีกครั้งในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ หาก fFN มีค่ามากกว่า 50 ng/ml ถือว่าได้ผลบวก การตรวจพบผลบวกถือเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิทยาลัยสูติศาสตร์รีเวชวิทยาแห่งประเทศอเมริกา (ACOG, 2001 อ้างถึงในประภัทร วาณิชพงษ์พันธ์, 2552) แนะนำว่า แม้ผลการตรวจ fFN มีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างชัดเจน แต่การตรวจพบผลบวกยังไม่มีความสามารถในการพยากรณ์หรือการรักษามารองรับ จึงไม่แนะนำให้ตรวจ fFN เป็นการตรวจคัดกรองที่ทำเป็นกิจวัตร (routine screening) ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะเสี่ยง

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจแตกต่างกันในมารดาแต่ละราย แต่โดยทั่วไปจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้ (Lowdermilk et al., 2012; Murray & McKinney, 2010)

1. มีการหดรัดตัวของมดลูก (uterine contraction) โดยมดลูกจะหดรัดตัวทุก 10 นาที หรือถี่กว่านี้ และคงอยู่นานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และในขณะที่มดลูกหดรัดตัวอาจจะมีอาการเจ็บครรภ์หรือไม่ก็ได้

2. มีความไม่สบายตัวต่างๆ (discomfort) เช่น ปวดเกร็งบริเวณท้องน้อยคล้ายๆ มีแก๊สในช่องท้อง (gas pain) และอาจมีท้องเสียร่วมด้วย ปวดหลังส่วนล่างเป็นพักๆ ปวดเกร็งคล้ายปวดประจำเดือน ปวดบริเวณหัวหน้า และรู้สึกเหมือนมีแรงกดบริเวณกระดูกเชิงกรานคล้ายกำลังเบ่งคลอด

ทารก

3. มีสิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอด (vaginal discharge) โดยสิ่งคัดหลั่งจะเปลี่ยนจากมูกเป็นเลือด และมีปริมาณมากขึ้น

การวินิจฉัย

แม้ว่าการคลอดก่อนกำหนดบ่อยครั้งที่ไม่สามารถป้องกันได้ แต่การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่เริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางการดูแลรักษามารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การส่งต่อมารดาไปโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด การให้ยาปฏิชีวนะในระยะเจ็บครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อกรุป บี สเตรปโตคอกคัส (group B streptococcus) ในทารกแรกเกิด การให้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) แก่มารดา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) เลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage) และภาวะลำไส้อักเสบ (necrotizing enterocolitis) (Iams & Romero, 2007 cited in Lowdermilk et al., 2012)

วิทยาลัยสูติศาสตร์รีเวชวิทยาแห่งประเทศไทย (ACOG, 1997 cited in Cunningham, et al., 2010) กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไว้ 3 อย่าง ได้แก่ (1) มีการหดตัวของมดลูก โดยหดตัวอย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที และมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (2) ปากมดลูกเปิดมากกว่า 1 เซนติเมตร และ (3) ปากมดลูกบางตัว \geq ร้อยละ 80 ส่วนการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การตรวจวัดความยาวของปากมดลูก (cervical length) การตรวจหา fFN จากปากมดลูกและช่องคลอด และการตรวจหาเอสโตริอัล (estriol) จากน้ำลายของมารดา (salivary estriol) ยังไม่มีวิธีใดเป็นมาตรฐานในการ

ตรวจคัดกรองและช่วยวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์, 2554; ภัทร วาณิชพงษ์พันธ์, 2552)

การพยาบาล

การพยาบาลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกระบวนการพยาบาล มีดังนี้ (Lowdermilk & Perry, 2007; Orshan, 2008)

1. การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาล พยาบาลเป็นคนแรกที่พบมารดาที่แผนกสูติกรรม การประเมินภาวะสุขภาพควรทำด้วยความสงบ เพื่อลดความเครียดของมารดา การประเมินภาวะสุขภาพในระยะเจ็บครรภ์ประกอบด้วย การตรวจภายใน การประเมินความถี่ ระยะเวลา และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก และการติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ พยาบาลควรบันทึกสภาพของถุงน้ำคร่ำ สิ่งคัดหลั่งที่ออกทางช่องคลอด และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเริ่มเจ็บครรภ์ ภาวะสุขภาพของมารดา และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต นอกจากนี้ควรประเมินความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งประเมินภาวะจิตสังคม และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลรักษา เช่น ระบบสนับสนุน ฐานะการเงิน ผู้ช่วยเหลืองานบ้านและดูแลบุตรคนก่อน

เมื่อพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพได้แล้ว ต้องนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีดังนี้ (1) มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (2) มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ

สุขภาพของทารกที่คลอดออกมา และ (4) มารดาไม่มีกิจกรรมที่หลากหลายเนื่องจากการนอนพักผ่อนบนเตียง

2. การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลบนพื้นฐานความต้องการของมารดาแต่ละคน การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลของมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีดังนี้ (Lowdermilk et al., 2012; Lowdermilk & Perry, 2007; Perry, Hockenbery, Lowdermilk & Wilson, 2010)

2.1 การป้องกัน การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลักการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่สำคัญ ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ (prepregnancy counseling) และช่วยให้มารดามีภาวะสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงก่อนการ

ตั้งครรภ์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย กิจกรรมการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย และควรมีการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ เพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม และเมื่อตั้งครรภ์ ควรแนะนำให้มาฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อ การให้บริการฝากครรภ์ต้องเน้นการประเมินภาวะเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลสุขภาพปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ (เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การบ้วนปากหลังอาเจียน) การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

- * ถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง
- * ดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้ 2-3 แก้ว
- * นอนพักในท่านอนตะแคงเป็นเวลา 1 ชั่วโมง
- * คลำบริเวณหน้าท้อง เพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก
- * ถ้าอาการไม่ทุเลาลง ให้โทรศัพท์หาบุคลากรทางสุขภาพหรือไปโรงพยาบาล
- * ถ้าอาการเจ็บครรภ์หายไป สามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้ แต่ไม่ใช่กิจกรรมที่ทำเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์
- * ถ้าอาการเจ็บครรภ์กลับมาอีก ให้โทรศัพท์หาบุคลากรทางสุขภาพหรือไปโรงพยาบาล
- * โทรศัพท์หาบุคลากรทางสุขภาพทันที ถ้ามีอาการเหล่านี้เกิดขึ้น
 - * มดลูกหดตัว ≤ 10 นาที เป็นเวลา ≥ 1 ชั่วโมง
 - * มีเลือดออกทางช่องคลอด
 - * สิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอดมีกลิ่นเหม็น
 - * มีน้ำคร่ำไหลจากช่องคลอด

2.2 การปรับวิธีการดำเนินชีวิต พยาบาลควรถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางเพศ การเดินทางไกล การยกของหนักหรือการทำงานบ้านที่หนัก เช่น การซักผ้า การย้ายตลาด หรืออัฐมลูก การยืนนานๆ การเดินขึ้นบันได ออกกำลังกายหนักๆ ถ้ามีอาการเกิดขึ้นหญิงตั้งครรภ์ควรพิจารณาหยุดกิจกรรมเหล่านั้นจนกว่าอายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์

2.3 การพักผ่อนบนเตียง การพักผ่อนบนเตียงเป็นการดูแลรักษาที่ใช้บ่อยสำหรับป้องกันการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด แม้ว่าจะมีการแนะนำบ่อยๆ ให้ทำแต่การพักผ่อนบนเตียงไม่เป็นการดูแลรักษาที่ดี และไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Iams et al., 2009 cited in Lowdermilk et al., 2012) นอกจากนี้การพักผ่อนบนเตียงยังเป็นสาเหตุให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตสังคมของมารดาอีกด้วย (ดูตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลเสียของการพักผ่อนบนเตียง

ผลเสียของการพักผ่อนบนเตียง

ต่อร่างกาย

- * น้ำหนักลด อาหารไม่ย่อย ไม่มี ความอยากอาหาร
- * สูญเสียกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ
- * แร่ธาตุในกระดูกลดลง แคลเซียมลดลง
- * ปริมาณพลาสมา (plasma volume) และการไหลของเลือดออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลง
- * มีแนวโน้มเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (thrombophlebitis)
- * การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของลำไส้
- * นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า
- * การฟื้นตัวหลังคลอดใช้เวลายาวนานขึ้น

ต่อจิตใจ

- * สูญเสียการควบคุมตนเอง
- * วิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่เป็นมิตร
- * รู้สึกผิดเนื่องจากไม่สามารถทำบทบาทที่ตนเองรับผิดชอบได้
- * เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว
- * อารมณ์ไม่คงที่ ไม่มีสมาธิ
- * ความเครียดเพิ่มขึ้น

ต่อระบบสนับสนุน

- * เครียดเนื่องจากความรับผิดชอบมากขึ้น
- * เครียดด้านการเงินเนื่องจากสูญเสียรายได้จากมารดาและค่าใช้จ่ายในการรักษา
- * กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

2.4 การยับยั้งการหดตัวของมดลูก ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก (tocolytic agent) สามารถยืดระยะเวลาการคลอดได้ประมาณ 2-7 วัน (ACOG, 2003 cited in Gray, 2006) การยืดระยะเวลาดังกล่าวมีประโยชน์ในการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

ออกฤทธิ์กระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ และสามารถส่งต่อมารดาไปยังโรงพยาบาลที่มีพร้อมในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดได้ การพยาบาลมารดาที่ได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูกแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การพยาบาลมารดาที่ได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

การพยาบาลมารดาที่ได้รับยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูก

- * อธิบายวัตถุประสงค์และผลข้างเคียงของยาให้มารดาและครอบครัวทราบ
- * จัดทำให้มารดานอนตะแคง เพื่อส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น และลดการกดบริเวณปากมดลูก
- * ประเมินสัญญาณชีพมารดา รวมทั้งฟังเสียงปอด ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก และอาการเจ็บครรภ์
- * ประเมินผลข้างเคียงของยาต่อมารดาและทารก
- * ประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกายมารดา โดยชั่งน้ำหนักทุกวัน และบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย (I/O)
- * จำกัดการให้สารน้ำไม่เกิน 2,500-3,000 ml/วัน โดยเฉพาะถ้าได้รับเบต้า-อะดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ อะโกนิสต์ (beta adrenergic receptor agonist) หรือแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄)
- * ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวแสดงความรู้สึก
- * ดูแลความสุขสบายตามที่มารดาต้องการ
- * ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการและเทคนิคการผ่อนคลาย

ที่มา: Lowdermilk et al., 2012, p. 786

ยา ยับยั้งการหดตัวของมดลูกที่นิยมใช้ใน ปัจจุบันมี 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) เบต้า-อะดรีเนอร์จิก รีเซพเตอร์ อะโกนิสต์ ตัวอย่างของยาที่นิยมใช้คือ เทอร์บูทาลีน (terbutaline) (2) แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) (3) แคลเซียม-แชนแนล บล็อกเกอร์ (calcium-channel blockers) ตัวอย่างของยาที่นิยมใช้คือ นีเฟดิปีน (nifedipine) และ (4) พรอสตาแกลนดิน อินฮิบิเตอร์ (prostaglandin inhibitor) ตัวอย่างของยาที่นิยมใช้คือ อินโดเมทาซิน (indomethacin) รายละเอียดของการให้ยาแต่ละชนิดแสดงในตารางที่ 4

2.5 การส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอด ทารกในครรภ์ โดยให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แก่มารดา

ระหว่างอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ ยาจะไปกระตุ้นการสร้างและการหลั่งสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในปอด วิธีบริหารยามี 2 แบบ ได้แก่ ยาเด็กซามาเทอาโซน (dexamethasone) 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 4 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง และยาเบต้าเมทาโซน (betamethasone) 12 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 24 ชั่วโมง การให้ยา นี้จะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อให้ไปแล้ว 48 ชั่วโมงและคงอยู่เป็นเวลา 7 วัน (Jobe & Soll, 2004 อ้างถึงใน สายฝน ชวาลไพบุลย์ และสุจินต์ กนกพงศ์ศักดิ์, 2554) การพยาบาลมารดาที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อยู่ใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การให้ยาช่วยขังการหดตัวของมดลูกและยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

ยา/การออกฤทธิ์	ขนาดและวิธีการให้ยา	ผลข้างเคียงของยา	การพยาบาลขณะได้รับยา
terbutaline (bricanyl) ทำให้อ่อนตัวเนื้อเรียบคลายตัว ช่วยขังการหดตัวของมดลูก	- bricanyl 2.5 mg ผสมใน 5% D/W 500 ml เริ่มให้ IV drip 10 µg/min (30 d/min) ปรับเพิ่มครั้งละ 5 µg/min (15 d/min) ทุก 10 นาที จนถึงขนาดสูงสุด คือ 25 µg/min (75 d/min) หรือ จนกว่าไม่มีการหดตัวของมดลูก หลัง จากนั้นให้อัตราเดิมต่ออีก 60 นาที แล้ว ลดครั้งละ 5 µg/min ทุก 30 นาทีจน มดลูกไม่หดตัว แล้วตามด้วย bricanyl 0.25 mg SC ทุก 4 ชั่วโมง 6 ครั้ง	ต่อมารดา - หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ - มือสั่น มึนงง คื่นคกใจ - ปวดศีรษะ - กลืนไส้อาเจียน - ไปแคสเซียมต่ำ - น้ำตาลในเลือดสูง - ความดันโลหิตต่ำ ต่อทารก - หัวใจเต้นเร็ว - อื่นซูลินในเลือดสูง - น้ำตาลในเลือดสูง	- ประเมินภาวะสุขภาพมารดาและทารก เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา - ประเมินระดับน้ำตาลและไปแคสเซียม ในเลือดระหว่างให้ยาทุก 4-6 ชั่วโมง - รายงานแพทย์ ถ้ามารดามีอาการดังนี้ - HR > 130 ครั้ง/นาที - BP < 90/60 mmHg - ปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) เช่น หายใจลำบาก O ₂ ในเลือดลดลง - FHR > 180 ครั้ง/นาที
MgSO₄ กกระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้อ่อนตัวเนื้อเรียบรวมทั้ง กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว	- 10% MgSO ₄ 4 g IV ซ้ำๆ ในเวลา 15-30 นาที แล้วตามด้วย - 50% MgSO ₄ IV drip 2 g/hr ปรับ ขนาดยาตามการหดตัวของมดลูก - ถ้าไม่มีการหดตัวของมดลูกแล้ว อาจ ให้ bricanyl 0.25 mg SC ทุก 4 ชั่วโมง อีก 6 ครั้ง	ต่อมารดา - ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก กลืนไส้อาเจียน ปากแห้งง่วงซึม มองเห็นภาพไม่ชัด ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เชื่องซึม มึนงง ความดันโลหิตต่ำ ต่อทารก - การหายใจลดลง - FHR variability ลดต่ำลง - nonreactive NST	- ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและ ทารกเพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา - ควบคุมระดับ Mg ²⁺ ให้อยู่ในช่วง 4-7.5 mEq/L - หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ถ้ามีอาการ ดังนี้ - RR < 12 ครั้ง/นาที - นาท่วมปอด - ไม่มี deep tendon reflex - ความดันโลหิตต่ำมาก - ระดับความรู้สึกลดตัวเปลี่ยนแปลง - ปัสสาวะน้อยกว่า 25-30 ml/hr - ระดับ Mg ²⁺ ≥ 10 mEq/L
nifedipine ทำให้อ่อนตัวเนื้อเรียบรวมทั้ง กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว โดย ช่วยขังแคลเซียมไม่ให้ไหลเข้า สู่เซลล์	- nifedipine 10 mg oral ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หลังจากนั้นอีก 4-6 ชั่วโมง ให้ nifedipine 20 mg oral ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 48-72 ชั่วโมง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ให้ maintenance ด้วย nifedipine 30-60 mg oral วันละครั้ง (ไม่ควรให้ นานเกิน 7 วัน)	ต่อมารดา (อาการส่วนใหญ่พบน้อย มาก) - ความดันโลหิตต่ำ - ปวดศีรษะ - ร้อนวูบวาบ - มึนงง - กลืนไส้ ต่อทารก - ความดันโลหิตต่ำ	- ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและ ทารกเพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา - วัด BP ทุก 15 นาทีหลังได้รับยาใน ช่วงแรก - หาก BP < 90/60 mmHg ให้หยุดยา และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ - ถ้ามารดาได้รับยา MgSO ₄ ร่วมด้วย ให้สังเกตการหายใจอย่างใกล้ชิด
indomethacin ทำให้อ่อนตัวเนื้อเรียบของมดลูก คลายตัว โดยช่วยขังพรอสตา แกลนดิน	- indomethacin 50 mg oral แล้วตาม ด้วย - indomethacin 25-50 mg oral ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง	ต่อมารดา - กลืนไส้อาเจียน - ร้อนกลางอก - มีเลือดออกในกระเพาะอาหารและ ลำไส้ - เลือดแข็งตัวช้า ต่อทารก - โรคหัวใจแต่กำเนิด - น้ำคร่ำน้อย - ความดันเลือดในปอดสูง	- ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและ ทารก เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา - ประเมินปริมาณน้ำคร่ำและการทำหน้าที่ ของ ดักตัส อาร์เทอริโอซัส (ductus ar- teriosus) ทารกก่อนและหลังการรักษายา - ให้รับประทานอาหาร เพื่อลดภาวะทาง เดินอาหารผิดปกติ - ระวังคดเลือดหลังคลอด
glucocorticoid กระตุ้นความสมบูรณ์ของปอด ทารก โดยหลังเอนไซม์ให้ผลิต สารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในปอด	- betamethasone 12 mg IM 2 ครั้ง ห่างกัน 24 ชั่วโมง - dexamethasone 6 mg IM 4 ครั้ง ห่าง กัน 12 ชั่วโมง	ต่อมารดา - ปอดบวมน้ำ - อาจทำให้มารดามีอาการเข่งลง (เช่น มารดาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความ ดันโลหิตสูง)	- ให้โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อลึกๆ เช่น กล้าม เนื้อสะโพกด้านหน้า (ventral gluteal muscle) - ให้คำแนะนำอาการแสดงของปอดบวม น้ำ - ประเมินระดับกลูโคสในเลือด และ ฟังเสียงปอด

2.6 การดูแลการคลอดก่อนกำหนดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าการคลอดก้าวหน้าจนปากมดลูกเปิดเท่ากับหรือมากกว่า 4 เซนติเมตรจะมีแนวโน้มว่าจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจมีความก้าวหน้าของการคลอดอย่างรวดเร็ว และทารกตัวเล็กอาจคลอดผ่านปากมดลูกที่เปิดบางส่วน ดังนั้นพยาบาลต้องเตรียมการคลอดฉุกเฉินสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด โดยมีพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่มีทักษะการช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิดอยู่ด้วยในเวลาที่ทารกคลอด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และยาที่ใช้สำหรับการช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิดควรเตรียมให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ถ้าการคลอดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่ไม่พร้อมในการดูแลทารกแรกคลอดก่อนกำหนด ควรวางแผนส่งต่อทารกไปดูแลในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยเร็ว

3. การประเมินผล การพยาบาลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบรรลุวัตถุประสงค์ ถ้ามารดา (1) เรียนรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และสามารถประเมินตนเองและความต้องการในการดูแลรักษา (2) ปฏิบัติตามคำแนะนำและติดต่อบุคลากรทางสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) ไม่มีอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือถ้ามีอาการเกิดขึ้นสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ (4) ตั้งครรภ์อย่างน้อย 37 สัปดาห์ และ (5) คลอดบุตรที่มีสุขภาพดี

หลังจากที่ได้ทราบแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาแล้ว เนื้อหาที่จะนำเสนอต่อไปจะเป็นการนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้นดังนี้

กรณีศึกษาและแผนการพยาบาล

มารดาอายุ 26 ปี G₂P₀₋₀₋₁₋₀ อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ

ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง แกร็บ T 37.2 องศาเซลเซียส P 84 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 110/80 mmHg ประเมินการหดตัวของมดลูก I = 5 นาที 30 วินาที D = 20 วินาที FHR 138 ครั้ง/นาที ทำ LOA ตรวจภายใน ปากมดลูก เปิด 2 เซนติเมตร บางตัว 80% ส่วนน้ำเป็นสีขุ่น อยู่ที่ระดับ-1 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล และมีแผนการรักษาให้ bricanyl 2.5 mg IV stat แล้วตามด้วย 5% D/W 500 ml + bricanyl 2.5 mg IV drip 120 ml/hr และให้ 5% D/NSS 1000 ml IV drip 40 ml/hr พร้อมทั้งให้ dexametasone 6 mg IM ทุก 12 ชั่วโมง 4 ครั้ง เมื่อพยาบาลได้พูดคุยกับมารดา มารดาถามว่า “จะต้องอยู่โรงพยาบาลนานไหม? หมอจะทำอะไรบ้าง?” “ลูกจะเป็นอันตรายไหม?”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 มารดาขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S : - มารดาถามว่า “จะต้องอยู่โรงพยาบาลนานไหม? หมอจะทำอะไรบ้าง?”

O : - มารดาไม่ทราบว่ อาการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บครรภ์จริงหรือเจ็บครรภ์เตือน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาสามารถบอกอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

2. มารดาบอกว่า “เข้าใจแนวทางการดูแลรักษา”

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. อธิบายอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแล

รักษา พร้อมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. ให้เอกสารความรู้เรื่อง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาทราบถึงอาการและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง

4. สอนและสาธิตวิธีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกให้มารดาทราบ เพื่อให้มีทักษะในการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกได้ด้วยตนเอง

การประเมินผล

- มารดาบอกได้ว่าอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอะไรบ้าง และแพทย์จะให้การดูแลรักษาอย่างไร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

S : - อายุครรภ์ 30 สัปดาห์

O : - มารดามีประวัติเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

O : - ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก I = 5-6 นาที D = 15-20 วินาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มารดาคลอดก่อนกำหนดทารกมีภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดรัดตัวห่างลง จนกระทั่งไม่มีการหดรัดตัว

2. มารดามีสัญญาณชีพปกติ ได้แก่ T 36.5-37.4 องศาเซลเซียส P ไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที R มากกว่า 16 ครั้ง/นาที BP ไม่น้อยกว่า 90/60 mmHg

3. FHR 110-160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้มารดาได้รับยา bricanyl 2.5 mg IV stat แล้วตามด้วย 5% D/W 500 ml + bricanyl 2.5

mg IV drip 120 ml/hr และ 5% D/NSS 1000 ml IV drip 40 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

2. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อติดตามผลการดูแลรักษา

3. แนะนำให้มารดาสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรายงานให้ทราบทันที ถ้ามีอาการดังนี้ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายปวดประจำเดือน เลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน

4. แนะนำและดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อช่วยลดการหดรัดตัวของมดลูก

5. ดูแลให้มารดาได้รับยา dexametasone 6 mg IM ทุก 12 ชั่วโมง 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพของมารดาเพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

6. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ

7. ส่งเสริมให้มารดานอนตะแคง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น

8. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความตึงตัวของมดลูก และลดความเครียดและความวิตกกังวล

9. แนะนำให้มารดางดกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ การกระตุ้นบริเวณหัวนม

10. แนะนำและส่งเสริมให้ครอบครัวจัดเตรียมการทำบาทหน้าทีตามปกติแทนมารดา เช่น การทำงานบ้าน การทำอาหาร การดูแลลูก เพื่อลดความเครียดและจำกัดการทำกิจกรรมของมารดา

การประเมินผล

- มารดาเจ็บครรภ์น้อยลง มดลูกหดรัดตัว

1-2 ครั้ง ในเวลา 1 ชั่วโมง

- สัญญาณชีพ T 36.8 องศาเซลเซียส P 110 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg

- FHR 160 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มารดาวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

S : - มารดาบอกว่า “กลัวลูกจะได้รับอันตราย”

O : - มารดาแสดงสีหน้า ไม่สบายใจ

O : - มารดา G₂ P₀₋₀₋₁₋₀

วัตถุประสงค์ : มารดาวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีสีหน้าสดชื่นและสบายใจขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. อธิบายให้มารดาทราบแนวทางการดูแลรักษา และให้ความมั่นใจว่าแพทย์พยาบาลกำลังให้การดูแลรักษา มารดาและทารกในครรภ์อย่างเต็มที่

3. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านจิตใจ

4. แนะนำเพื่อนข้างเตียงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มารดารู้จักและพูดคุยกัน

5. ส่งเสริมให้มารดาทำกิจกรรมผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ โทรศัพท์พูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว

การประเมินผล

- มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น

สรุป

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้

คำแนะนำปรึกษา และช่วยให้มารดามีภาวะสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลควรประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเมื่อมารดามีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดขึ้น พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลในการดูแลมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้นมารดาและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

เอกสารอ้างอิง

จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. (2554). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และเด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า (บรรณาธิการ), *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์* (หน้า 217-233). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีสมุทรสาคร.

ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจศักดิ์นัน มะโนทัย สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเมียรปัญญาคำเลิศ. (2551). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.

ประภัทร วาณิชพงษ์พันธ์. (2552). การทำนยาภาวะการคลอดก่อนกำหนด. ใน มงคล เบญจจาภิบาล และคณะ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค* (หน้า 109-118). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่งจำกัด.

พัญญา พันธุ์บูรณะ. (2553). การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ในถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ จูติมา สุนทรสัจ และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 91-130). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีจำกัด.

สายฝน ขวาลไพบูลย์ และสุนิन्द์ กนกพงศ์ศักดิ์. (2554). ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะน้ำเดินในครรภ์ก่อนกำหนด. *เวชบันทึกศิริราช*, 4(2), 25-39.

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom,

S.I., Hault, J.C., Rouse, D.J., & Spong, C.Y. (2010). *William obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Gray, B.A. (2006). A ticking uterus: How nurses can identify, treat and prevent preterm labor. *AWHONN Lifelines*, 10(5), 381-389.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., & Alden, K.R. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Lowdermilk, D.L., & Perry, S.E. (2007). *Maternity & women's health care* (9th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.

Murray, S.S., & McKinney, E.S. (2010). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. (5th ed.) Missouri: Saunders Elsevier.

Orshan, S.A. (2008). *Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Perry, S.E., Hockenbery, M.J., Lowdermilk, D.L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care* (4th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.