

## การพยาบาลมารดาที่ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง Nursing Care for Mother with Fetal Occiput Posterior Position

ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D.\*

Siriwan Sangin, Ph.D.

### บทคัดย่อ

ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลังเป็นท่าผิดปกติของทารกในครรภ์ที่พบมากที่สุด ภาวะนี้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพราะมีความสัมพันธ์กับการคลอดผิดปกติ ที่อาจเกิดผลเสียต่อมารดาและทารกตามมา พยาบาลและผดุงครรภ์เป็นผู้ที่ใกล้ชิดติดมารดาระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาที่ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง และวางแผนให้การดูแลมารดาและทารกในครรภ์อย่างเหมาะสม บทความวิชาการเรื่องนี้อธิบายให้ทราบถึงความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การวินิจฉัย การดูแลรักษา และการพยาบาล รวมทั้งมีกรณีศึกษาและแผนการพยาบาลมารดาที่ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง

**คำสำคัญ:** การพยาบาลในระยะคลอด ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง

### Abstract

Occiput posterior position is the most common fetal malposition. It is a significant health problem because it is associated with abnormal labor that may lead to adverse on maternal and neonatal consequences. Nurse and midwife are persons who close to mothers during labor and birth; therefore they must have knowledge and understanding on assessing health of mother with fetal occiput posterior position and planning appropriate interventions. This article is to explain its definition, causes, risk factors, adverse effects, diagnosis, management, nursing care, as well as a case study and nursing care plan for mother with

fetal occiput posterior position.

**Keywords:** Nursing care during labor, fetal occiput posterior position

### บทนำ

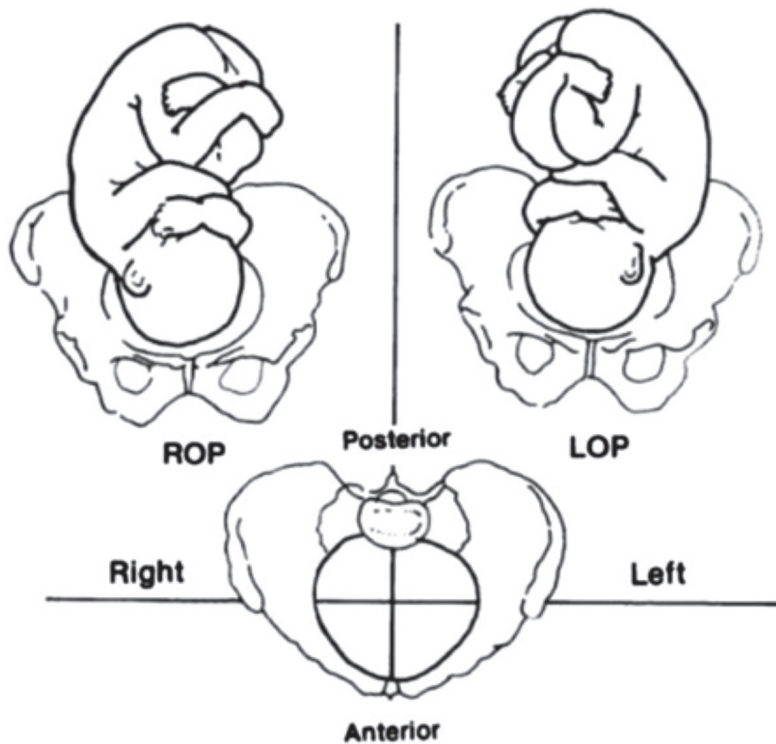
ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง (occiput posterior [OP] position [OPP]) เป็นท่าผิดปกติของทารกในครรภ์ที่พบมากที่สุด โดยพบร้อยละ 15-32 ในขณะเริ่มเจ็บครรภ์ พบร้อยละ 10-20 ในขณะเริ่มต้นระยะที่ 2 ของการคลอด และพบร้อยละ 5-8 ในขณะคลอด (Phipps et al., 2015) เพราะทารกท่า OP ส่วนใหญ่จะสามารถหมุนเปลี่ยนเป็นท่าท้ายทอยอยู่ด้านหน้า (occiput anterior [OA]) ได้เอง ในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017) อย่างไรก็ตามทารกท่า OP เป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะมีความสัมพันธ์กับการคลอดผิดปกติ ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017; Guittier, Othenin-Girard, Irion, & Boulvain, 2014; Ponkey, Cohen, Heffner, & Lieberman, 2003) เช่น เกิดการคลอดยาวนาน มารดาเหนื่อยล้าจากการคลอด ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด คลอดโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด การผ่าตัดคลอดบุตรฉุกเฉิน และการฉีกขาดของฝีเย็บระดับรุนแรง (Guittier, Othenin-Girard, Irion, & Boulvain, 2014) การดูแลมารดาที่ทารกในครรภ์ท่า OP จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลและผดุงครรภ์ต้องให้ความสนใจ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การวินิจฉัย การดูแลรักษา และการพยาบาล รวมทั้งมีกรณีศึกษาและแผนการพยาบาลมารดาที่ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง

\* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## ความหมาย

ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง หมายถึง การที่ทารกในครรภ์มียอดศีรษะเป็นส่วนนำและหลังของ ทารกอยู่ทางด้านหลังของเชิงกรานมารดา (El-Mowafi, 2016) ทารกท่า OP เป็นได้ทั้งท่า ROP และ LOP (ภาพ ที่ 1) ซึ่งทั้ง 2 ท่านี้ระหว่างที่มีการหมุนภายในช่องเชิงกราน (internal rotation) ศีรษะทารกต้องหมุนประมาณ 135

องศา (ตัวอย่างเช่น ทารกท่า ROP จะหมุนเป็นท่า ROT หมุนเป็นท่า ROA และหมุนเป็นท่า OA ตามลำดับ) ส่วน ใหญ่ทารกในครรภ์จะหมุนได้สำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามมีทารก บางรายอาจหมุนไม่สำเร็จและคลอดออกมาในท่า OP (Davidson, London, & Ladewig, 2008; Pillitteri, 2010)



ภาพที่ 1 ทารกท่า ROP และ LOP (Guittier, Othenin-Girard, Irion, & Boulvain, 2014)

## สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่า OP มีดังนี้ (El-Mowafi, 2016)

1. เชิงกรานแคบ (narrow pelvis) โดยเชิงกราน ชนิด anthropoid และ android เป็นเชิงกรานที่แคบ และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ทารกอยู่ในท่า OP นอกจากนี้มารดาที่มีแนวขวางของช่องกลางเชิงกรานแคบ ก็มีแนวโน้มทำให้ทารกอยู่ในท่า OP ด้วยเช่นกัน (Davidson, London & Ladewig, 2008)

2. มารดาหลังโก่ง (maternal kyphosis) การที่ มารดาหลังโก่งทำให้การโค้งออกของหลังทารกเข้ากับส่วน เว้าของกระดูกสันหลังส่วนเอวของมารดาได้พอดี

3. รกเกาะด้านหน้าของมดลูก (anterior insertion of placenta)

นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุมาจากการหมุนผิดปกติ จากท่า OA หรือท่า OT เป็นท่า OP ของทารกที่อยู่ในระยะ คลอดบางรายด้วย (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017)

## ปัจจัยเสี่ยง

Argani, Satin, Ramin and Barss (2017) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสรุปถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่า OP ไว้ดังนี้ (1) มารดาครรภ์แรก (2) อายุมากกว่า 35 ปี (3) โรคอ้วน (4) การคลอดทารกท่า OP ในครรภ์ก่อน (5) ส่วนโค้งของหัวหน้าแคบ (narrow subpubic arch) (6) อายุครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 41 สัปดาห์ (7) น้ำหนักทารกเท่ากับหรือมากกว่า 4,000 กรัม (8) รกเกาะด้านหน้าของมดลูก และ (9) การได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง (epidural anesthesia)

## ผลกระทบ

**ต่อมารดา** (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017; Guittier, Othenin-Girard, Irion, & Boulvain, 2014)

1. การคลอดยาวนาน (prolong labor) ทารกท่า OP อาจส่งผลให้ระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน และทำให้มีการหยุดเคลื่อนต่ำของส่วนนำในระยะที่ 2 ของการคลอด

2. ได้รับการดูแลรักษาแบบแทรกแซง (intervention) การที่ทารกอยู่ในท่า OP ส่งผลให้เกิดการคลอดยาวนาน จึงทำให้มารดาต้องได้รับการดูแลรักษาแบบแทรกแซงเพื่อความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ การเร่งคลอดด้วยยา oxytocin และการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ (operative delivery) ซึ่งได้แก่ การคลอดด้วยคีมช่วยคลอด (forceps delivery) การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum delivery) และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean delivery)

3. การฉีกขาดของฝีเย็บระดับรุนแรง (severe perineal tears) หรือการบาดเจ็บของหูรูดทวารหนัก (anal sphincter injury) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของทารก และการคลอดที่ใช้เครื่องมือช่วยคลอดร่วมด้วย

### ต่อทารก

Cheng, Shaffer and Caughey (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างท่า OPP กับผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับท่า OPP ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อคะแนน Apgar น้อยกว่า 7 เพิ่มขึ้น (2) เลือดแดงจากสายสะดือมีภาวะเป็นกรด

(3) พบซีเทาในน้ำคร่ำ และ (4) การบาดเจ็บจากการคลอด อย่างไรก็ตามเมื่อผู้วิจัยได้ปรับตัวแปรแทรกซ้อนแล้ว ภาวะเสี่ยงเหล่านี้หายไป

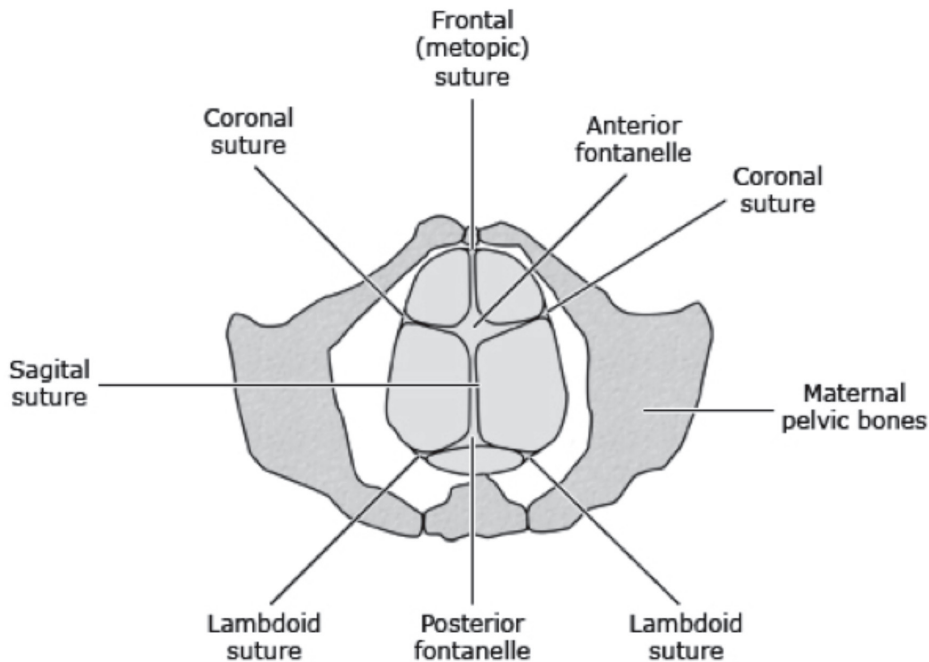
## การวินิจฉัย

การวินิจฉัยทารกท่า OP เป็นสิ่งที่ทำค่อนข้างยาก บางครั้งกว่าจะวินิจฉัยได้ เวลาที่ล่วงเลยไปนานแล้ว ทำให้มารดาและทารกเกิดความเหนื่อยล้าอย่างมาก การวินิจฉัยทารกท่า OP โดยทั่วไปสามารถประเมินได้จาก อาการและอาการแสดง การตรวจทางหน้าท้อง การตรวจภายใน และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ดังนี้

1. อาการและอาการแสดง มารดาที่ทารกในครรภ์ท่า OP จะมีอาการปวดหลังอย่างรุนแรง อาการปวดหลังนี้เกิดจากท้ายทอยของทารกกดที่เส้นประสาทกระเบนเหน็บ (sacral nerve) และเมื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดจะพบว่า มารดามีรูปแบบการคลอดผิดปกติชนิดต่าง ๆ เช่น ระยะปากมดลูกเปิดเรื้อยาวนาน (protracted active phase) ปากมดลูกหยุดเปิดระยะสอง (arrest of dilatation) และการหยุดเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (arrest of descend) (Davidson, London & Ladewig, 2008; Pillitteri, 2010)

2. การตรวจทางหน้าท้อง ทารกในครรภ์ท่า OP เมื่อประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (fetal heart rate [FHR]) จะฟังได้ยินบริเวณด้านข้างของหน้าท้องมารดา (Davidson, London & Ladewig, 2008; El-Mowafi, 2016; Pillitteri, 2010) และเมื่อดูบริเวณหน้าท้องของมารดา จะพบว่าหน้าท้องบริเวณใต้สะดือมีลักษณะแบนราบ เนื่องจากไม่มีลักษณะที่เป็นทรงกลมของหลังทารกปรากฏให้เห็น (El-Mowafi, 2016)

3. การตรวจภายใน มารดาที่ทารกในครรภ์ท่า OP เมื่อตรวจภายในจะคลำพบขม่อมหน้ามีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัดอยู่ที่บริเวณเชิงกรานส่วนหน้า (ภาพที่ 2) (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017; Davidson, London & Ladewig, 2008) และบ่อยครั้งที่ตรวจพบปากมดลูกบวม (edema of maternal cervix) และศีรษะทารกมี caput (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017) เนื่องจากมารดาเบ่งตั้งแต่ปากมดลูกยังไม่หมด



ภาพที่ 2 ตำแหน่งขม่อมหน้าของทารกท่า OP (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017)

4. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงสามารถยืนยันท่าของศีรษะทารกในครรภ์ได้ โดยจะตรวจพบทารกมีการเงยของศีรษะ (deflexion of fetal head) (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017)

โดยทั่วไปการวินิจฉัยท่า OP ทำได้โดยการตรวจภายในระหว่างการเจ็บครรภ์ เพื่อหาหน้าผากของทารกในครรภ์ (fetal frontal) รอยต่อแฉกกลางระหว่างกระดูกหน้าผากและกระดูกข้างขม่อม (coronal suture) และขม่อมหน้า (anterior fontanelle) โดยจะคลำพบขม่อมหน้ามีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัดอยู่ที่บริเวณเชิงกรานส่วนหน้า (ภาพที่ 2) แต่ถ้าผลการตรวจภายในไม่ชัดเจน การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงสามารถยืนยันท่าของศีรษะทารกในครรภ์ได้ (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017)

### การดูแลรักษา

Argani, Satin, Ramin and Barss (2017) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกล่าวไว้ว่าการดูแลรักษาทารกในครรภ์ที่ท้ายทอยอยู่ด้านหลังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของสูติแพทย์ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert

opinion) โดยแนวทางการดูแลรักษาแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. **ระยะตั้งครรภ์ (antepartum)** ท่า OP ในระยะตั้งครรภ์ไม่สามารถทำนายท่าของทารกในขณะคลอด และผลลัพธ์ที่ไม่ดีของการคลอดได้ ระยะนี้ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ทารกในครรภ์หมุนเป็นท่า OA อย่างไรก็ดีตามยังไม่มียหลักฐานยืนยันว่า วิธีนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ดังที่ Kariminia, Chamberlain, Keogh and Shea (2004) ได้ทำการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial [RCT]) โดยแบ่งหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2,547 คน ที่มีอายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ เข้าโปรแกรมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองให้ใช้ท่าคาน 4 ขา (hands and knees position) ร่วมกับการส่ายสะโพกไปมาช้าๆ (slow pelvic rocking) เป็นเวลา 10 นาที 2 ครั้ง/วัน จนกระทั่งเริ่มเจ็บครรภ์คลอด ส่วนกลุ่มควบคุมให้เดินทุกวัน ผลการศึกษา พบว่า เมื่อคลอดหรือก่อนใช้เครื่องมือช่วยคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีทารกอยู่ในท่า OP จำนวนเท่า ๆ กัน (8%)

### 2. ระยะคลอด (intrapartum)

#### 2.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด ท่า OP ที่วินิจฉัย

ได้ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของระยะเจ็บครรภ์ถี่ (active phase) สูติแพทย์จะให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (managed expectantly) ถ้ารูปแบบ FHR มีภาวะมั่นใจในความปลอดภัย และมีความก้าวหน้าของการคลอด โดยสูติแพทย์อาจมีแผนการรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยา oxytocin เร่งคลอดร่วมด้วย (Davidson, London & Ladewig, 2008; Pillitteri, 2010) แต่ถ้ารูปแบบ FHR และการคลอดผิดปกติ สูติแพทย์จะให้ดูแลรักษาตามมาตรฐานทางคลินิกปกติ (usual clinical standard)

**2.2 ระยะที่ 2 ของการคลอด** การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดเป็นวิธีที่เหมาะสมในช่วงเริ่มต้นระยะที่ 2 ของการคลอด โดยสูติแพทย์จะให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ทั้งภาวะสุขภาพมารดาและทารก และความก้าวหน้าของการคลอด นานเท่าที่รูปแบบ FHR จะมีภาวะมั่นใจในความปลอดภัย และมีความก้าวหน้าของการคลอด เพราะร้อยละ 50-80 ของทารกทำ OP จะหมุนเป็นท่า OA ได้เอง ถึงแม้ว่าศีรษะทารกจะมี engagement แล้วก็ตาม ทารก

ในครรภ์ที่ยังคงอยู่ในท่า OP และมี FHR ปกติ อาจมีการเคลื่อนตัวของส่วนหน้าต่อไป และคลอดได้เอง ในรายที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน และเชิงกรานมีพื้นที่เพียงพอ สูติแพทย์จะพยายามใช้นิ้วมือหมุนศีรษะทารกในครรภ์ (manual rotation) (ภาพที่ 3) ให้เป็นท่า OA การใช้นิ้วมือหมุนศีรษะทารกในครรภ์นี้มีอัตราความสำเร็จค่อนข้างสูง (90%) ช่วยเพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอด และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกต่ำ (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017) เมื่อการหมุนศีรษะทารกสำเร็จ จะให้มารดาเบ่งต่อไป และให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานทางคลินิกปกติ แต่ถ้าการหมุนไม่สำเร็จ และไม่มีเคลื่อนตัวของส่วนหน้าหลังจากเบ่งนาน 1 ชั่วโมง การหมุนด้วยคีม (forceps rotation) อาจช่วยได้ ถ้าไม่มีการฉีดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา แต่ถ้ามีการฉีดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา สูติแพทย์จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Davidson, London & Ladewig, 2008; Pillitteri, 2010)



ภาพที่ 3 การใช้นิ้วมือหมุนศีรษะทารก (manual rotation) (Argani, Satin, Ramin, & Barss, 2017)



## การพยาบาล

พยาบาลควรให้การดูแลมารดาที่ทารกในครรภ์อยู่ในท่า OP ดังนี้ (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558; Davidson, London & Ladewig, 2008; Pillitteri, 2010)

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของทารกท่า OP ซึ่งได้แก่ มารดามีอาการปวดหลังรุนแรง ตรวจภายใน คลำพบขม่อมหน้ามีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด อยู่บริเวณเชิงกรานส่วนหน้า ปากมดลูกบวม ศีรษะทารกมี caput ระยะเวลากการคลอดยาวนาน และมีการหยุดเคลื่อนตัวของส่วนน้ำ เป็นต้น

2. ช่วยบรรเทาปวดและลดความไม่สบาย โดย นวดบริเวณกระเบนเหน็บ และให้ยาบรรเทาปวดตามแผน

## การรักษาของสูติแพทย์

3. ช่วยจัดท่าเพื่อส่งเสริมการหมุนของศีรษะทารก จากท่า OP เป็นท่า OT และเป็นท่า OA ตามลำดับ โดย จัดให้มารดานอนตะแคง หรือให้อยู่ในท่าเข้าชิดอก (knee-chest position) ท่าคลาน 4 ขา (hands and knees position) (ภาพที่ 4) และส่ายสะโพกไปมา (pelvic rocking) นอกจากนี้อาจจัดท่าให้มารดานั่งบนชักโครก หรือยืนข้างเตียงและเอนตัวไปทางด้านหน้าโดยใช้มือทำวบนเตียง และส่ายสะโพกไปมา ท่าเหล่านี้จะช่วยให้ศีรษะทารกเคลื่อนลงสู่ช่องทางคลอดและเกิดการหมุนของศีรษะทารกได้ดียิ่งขึ้น



ภาพที่ 4 การจัดท่าเพื่อส่งเสริมการหมุนของศีรษะทารกท่า OP (Guittier, Othenin-Girard, Irion, & Boulvain, 2014)

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ และให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนน้ำ

5. อธิบายเกี่ยวกับทารกทำผิดปกติให้มารดาทราบ และให้ความมั่นใจว่า แม้ว่ารูปแบบการคลอดจะไม่ใช่ไปตามปกติ แต่มารดาอย่าปลอดคภัย สูติแพทย์สามารถดูแลช่วยเหลือได้

6. ดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจ ระหว่างการเจ็บครรภ์ และการคลอด มารดาที่ทารกอยู่ในท่า OP จะมีความเหนื่อยล้า ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มารดาจึงต้องการการดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจอย่างมาก เพื่อป้องกันการเกิด ความวิตกกังวล และมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี

7. ช่วยสูติแพทย์ทำคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ หรือเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ถ้ามีการผิดปกติส่วน ระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา

8. ภายหลังทารกคลอด ควรประเมินการบาดเจ็บของมารดาและทารก เช่น การฉีกขาดของช่องคลอด และการบาดเจ็บบริเวณศีรษะทารก เป็นต้น

## กรณีศึกษา

❑ มารดาอายุ 32 ปี G<sub>2</sub>P<sub>0</sub> อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับเวลา 02.00 น. ตรวจครรภ์พบว่า HF = 3/4 > ระดับสะดือ น้ำหนักตัวทารกในครรภ์ประมาณ 3,300 กรัม FHR 142 ครั้ง/นาที ฟังได้ยินบริเวณหน้าท้องด้านขวา มดลูกหดตัวทุก 7-8 นาที วัด vital sign T 36.8 องศาเซลเซียส P 90 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 120/80 mmHg, PV ปากมดลูกเปิด 2 cm, effacement 70%, station -1, membrane intact, จึงรับไว้ในห้องคลอด

❑ เวลา 08.00 น. ประเมิน contraction ได้ interval 3 นาที 30 วินาที duration 30 วินาที, severity ++, FHR 148 ครั้ง/นาที มารดาบ่นปวดหลังมาก สูติแพทย์ PV ปากมดลูกเปิด 3 cm, effacement 75%, station 0, membrane intact, ทำ ARM ได้ clear AF ประมาณ 30 cc และมีแผนการรักษาให้ pethidine 50 mg IV stat

❑ เวลา 9.30 น. มดลูกหดตัวถี่ interval 2 นาที 50 วินาที duration 45 วินาที, severity ++, PV ปากมดลูกเปิด 5 cm, effacement 80%, station 0, membrane rupture, FHR 138 ครั้ง/นาที ต่อมาเวลา 11.00 น. มารดาบอกว่าอยากเบ่ง จึง PV ซ้ำ ปากมดลูกเปิด 7 cm, effacement 80%, station 0<sup>+</sup>, membrane rupture, ปากมดลูกบวม ศีรษะทารกมี caput และตรวจพบทารกในครรภ์ท่า OPP FHR 144 ครั้ง/นาที สูติแพทย์มีแผนการรักษาให้ 5% D/NSS 1000 ml IV drip 120 ml/hr หลังจากนั้นมารดาเบ่งเรื่อยๆ บอกว่าเบ่งแล้วหายปวด เวลา 12.45 น. PV ปากมดลูกเปิด 9 cm, effacement 80%, station +1, ปากมดลูกบวม และศีรษะทารกมี caput มากขึ้น FHR 145 ครั้ง/นาที

❑ เวลา 14.30 น. PV พบว่า fully dilate, station +1, พยาบาลเชียร์เบ่งนาน 1 ชั่วโมง ศีรษะทารกไม่เคลื่อนต่ำ บางครั้ง FHR drop อยู่ในช่วง 90-100 ครั้ง/นาที มารดาบอกว่าไม่มีแรงเบ่ง สูติแพทย์ให้เตรียมคีมช่วยคลอด ทารกคลอด F/E due to OPP เวลา 16.00 น. ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนักตัว 3,400 กรัม Apgar score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10 บริเวณใบหน้าทั้ง 2 ข้างตรวจพบรอยกดของคีมช่วยคลอด แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4 สูติแพทย์เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ และมีแผนการรักษาให้ยา ampicillin 500 mg 1 cap qid ac oral และยา paracetamol 1 tab oral prn for pain ทุก 4-6 ชั่วโมง

## แผนการพยาบาล

### 1. ระยะเจ็บครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : มารดาไม่สุขสบายจากการปวดหลัง

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : - เวลา 8.00 น. มารดาบ่นว่า “ปวดหลังมาก”

O : - pain score เท่ากับ 8

O : - เวลา 11.00 น. PV ปากมดลูกเปิด 7 cm, effacement 80%, station 0, membrane Rupture, ปากมดลูกบวม ศีรษะทารกมี caput และตรวจพบทารกในครรภ์ท่า OPP

○ :- มารดาเบ่งเรื่อย ๆ บอกว่าเบ่งแล้วหายปวด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะมดลูกหดตัวมารดาสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อควบคุมความเจ็บปวดได้
2. มารดากระสับกระส่ายและเกร็งส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลง
3. pain score น้อยกว่า 7

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้มารดาได้รับยา pethidine 50 mg IV stat ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ และติดตามผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น มารดาหายใจช้าลง ภายหลังคลอดทารกไม่ร้อง เนื่องจากศูนย์หายใจทารกถูกกด ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรายงานสูติแพทย์
2. ดูแลความสุขสบาย เช่น วางผ้าชุบน้ำเย็นบริเวณหน้าผาก และดูแลความสะอาดของปากและฟันบ่อย ๆ เพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น
3. นวดบริเวณก้นกบ เพื่อช่วยบรรเทาปวดและลดความไม่สุขสบาย
4. จัดทำให้มารดา เพื่อช่วยส่งเสริมการหมุนของท่า OP เป็นท่า OT และเป็นท่า OA ตามลำดับ โดยให้มารดาอยู่ในท่านอนตะแคง ท่าเข่าชิดอก หรือท่าคลาน 4 ขา โดยให้มารดาเป็นผู้เลือกท่าเองตามที่ตนเองชอบ เพื่อช่วยให้ศีรษะทารกเคลื่อนลงสู่ช่องทางคลอดและเกิดการหมุนของศีรษะทารกได้ดียิ่งขึ้น
5. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคการผ่อนคลายขณะมดลูกคลายตัว เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า และลดความเครียด ซึ่งอาจช่วยลดความเจ็บปวดได้
6. อยู่เป็นเพื่อน พุดปลอบโยน และให้กำลังใจตลอดจนบอกความก้าวหน้าของการคลอดให้มารดาทราบเป็นระยะ ๆ

#### การประเมินผล

- หลังจากมารดาได้รับยา pethidine 50 mg IV เวลา 08.15 น. มารดากระสับกระส่ายน้อยลง สามารถพักหลับได้บ้าง pain score เท่ากับ 3 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากการคลอดยาวนาน

#### ข้อมูลสนับสนุน

○ :- ปากมดลูกเปิด 7-10 เซนติเมตรใช้เวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที

○ :- พยาบาลเชียร์เบ่งนาน 1 ชั่วโมง ศีรษะทารกไม่เคลื่อนต่ำ บางครั้ง FHR drop อยู่ในช่วง 90-100 ครั้ง/นาที

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. FHR อยู่ในช่วง 110-160 ครั้ง/นาที อัตราสม่ำเสมอ
2. Apgar score ที่ 1 นาที ไม่น้อยกว่า 7

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้มารดาได้รับ O<sub>2</sub> อัตรา 8-10 ลิตร/นาที
2. จัดทำให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้น และหลีกเลี่ยงท่านอนหงายราบ เพื่อป้องกันการกดทับเส้นเลือดเอออร์ตา ซึ่งอาจทำให้การไหลเวียนเลือดไปสู่รกและทารกในครรภ์ลดลง
3. ประเมินและบันทึก FHR อย่างน้อยทุก 15 นาที หรือติดเครื่อง electronic fetal monitor (EFM) เพื่อประเมิน FHR อย่างต่อเนื่อง
4. ดูแลให้มารดาได้รับ 5% D/NSS 1000 ml IV drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณเลือดและความดันโลหิตของมารดา และทำให้การไหลเวียนของเลือดไปสู่รกมากขึ้น
5. ช่วยสูติแพทย์ทำคลอดด้วยคีมช่วยคลอด เพื่อให้การคลอดสิ้นสุดลงโดยเร็ว

#### การประเมินผล

- ขณะเชียร์เบ่ง FHR อยู่ในช่วง 100-154 ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ สูติแพทย์ให้เตรียมคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด ทารกคลอด F/E due to OPP เวลา 15.28 น. Apgar score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10

#### 2. ภาวะคลอด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** มารดาและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้คีมช่วยคลอด เช่น ทารกบาดเจ็บจากการคลอด มารดาเกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับรุนแรง



### ข้อมูลสนับสนุน

O : - มารดา  $G_2P_0$  ได้รับการช่วยคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด

O : - จากการตรวจครรภ์ น้ำหนักตัวทารกในครรภ์ประมาณ 3,300 กรัม

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้นิรดาและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้คีมช่วยคลอด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน แผลถลอกบริเวณใบหน้า และอัมพาตบริเวณใบหน้า
2. มารดาไม่เกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอดระดับรุนแรง ไม่เกิดก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ และไม่เกิดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนปัสสาวะตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ก่อนการช่วยคลอดด้วยคีมช่วยคลอด เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ และทำให้เพิ่มพื้นที่สำหรับการเคลื่อนตัวของส่วนนำและคีมช่วยคลอด

2. ประเมิน บันทึก และรายงาน FHR ให้สูติแพทย์ทราบ ก่อนสูติแพทย์ใส่คีมช่วยคลอด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ก่อนใช้คีมช่วยคลอด

3. เมื่อสูติแพทย์ใส่คีมช่วยคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก และบอกให้สูติแพทย์ทราบเมื่อมดลูกหดตัว

4. ประเมิน FHR ทุก 5 นาที หรือติดเครื่อง EFM เพื่อประเมิน FHR อย่างต่อเนื่อง และรายงานสูติแพทย์ ถ้า FHR น้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที

5. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นชีวิตทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อม และรายงานกุมารแพทย์ เพื่อเตรียมให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิด

6. เมื่อทารกคลอดออกมา ประเมิน Apgar score เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือทารกแรกเกิดต่อไป

7. ประเมินการบาดเจ็บของทารกแรกเกิด เช่น บาดแผลบริเวณใบหน้า อัมพาตบริเวณใบหน้า เป็นต้น

8. ประเมินการบาดเจ็บของมารดา เช่น

การฉีกขาดของช่องทางการคลอด การมีก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ การถ่ายปัสสาวะไม่ออก (urine retention) เป็นต้น

### การประเมินผล

- ระหว่างการช่วยคลอดด้วยคีม FHR อยู่ในช่วง 100-154 ครั้ง/นาที

- Apgar score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 8 และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10

- ตรวจร่างกายทารกแรกเกิด พบว่า บริเวณใบหน้าทั้ง 2 ข้างพบรอยกดของคีมช่วยคลอดเล็กน้อย

- ตรวจช่องทางการคลอดของมารดา พบว่า แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4 สูติแพทย์เย็บซ่อมแซมเรียบร้อยดี ไม่มีเลือดซึม และตรวจไม่พบก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ

- มารดาสามารถถ่ายปัสสาวะได้เองภายหลังคลอด

### 3. ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : มารดาไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ

### ข้อมูลสนับสนุน

S : - มารดาบ่นปวดแผล

O : - แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4

O : - pain score เท่ากับ 7

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาสุขสบายและปวดแผลฝีเย็บน้อยลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาปวดแผลฝีเย็บน้อยลง pain score น้อยกว่า 5

2. มารดาเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ เพื่อให้แน่ใจว่าอาการปวดแผลฝีเย็บไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของแผลฝีเย็บ เช่น การเกิดก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ

2. ดูแลให้มารดาได้รับยา paracetamol 1 tab oral prn ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของสูติแพทย์

3. ใช้ ice pack ประคบแผลฝีเย็บในช่วง 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อลดอาการปวดบวมที่เกิดขึ้น และหลังจาก 12 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบแผลฝีเย็บ หรือแช่กันอาบน้ำอุ่น เพื่อลดอาการปวด

บวมและแผลฟกซ้ำที่เกิดขึ้น และช่วยส่งเสริมการหายของแผล

#### การประเมินผล

- ตรวจไม่พบก้อนเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ  
- มารดาได้รับยา paracetamol 1 tab oral เวลา 16.30 น. หลังได้รับยาอาการปวดน้อยลง pain score เท่ากับ 3 และเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** มารดาอาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ เนื่องจากการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ ระดับ 4

#### ข้อมูลสนับสนุน

○ : - มารดาได้รับการช่วยคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4

○ : - แผลฝีเย็บมีอาการบวมแดง

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส แผลฝีเย็บไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น แผลฝีเย็บปวดบวมแดงร้อน และมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลฝีเย็บ

2. ดูแลให้มารดาได้รับยา ampicillin 1 cap qid ac oral ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อ

3. ให้คำแนะนำมารดาให้หมั่นสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ โดยส่องกระจกดูแผลฝีเย็บทุกวัน ถ้าพบอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ แผลฝีเย็บมีอาการปวดบวมแดงร้อน และอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ควรมาพบแพทย์

4. ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยสอนวิธีทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง และเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อย ๆ

#### การประเมินผล

- อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.8-37.5 องศา

เซลเซียส

- แผลฝีเย็บบวมแดงลดลง และไม่มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลฝีเย็บ

#### บทสรุป

ทารกในครรภ์ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง คือ การที่ทารกในครรภ์มียอดศีรษะเป็นส่วนนำและหลังของทารกอยู่ทางด้านหลังของเชิงกรานมารดา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงมักเกิดจากเชิงกรานแคบ มารดาที่ทารกในครรภ์อยู่ในท่า OP จะส่งผลให้เกิดการคลอดยาวนาน มารดาเหนื่อยล้าจากการคลอด ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด คลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ และอาจเกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอดระดับรุนแรง การวินิจฉัยทารกท่า OP เป็นสิ่งที่ทำค่อนข้างยาก แต่โดยทั่วไปสามารถวินิจฉัยได้จากอาการปวดหลังรุนแรง ระยะเวลาการคลอดยาวนาน และเมื่อตรวจภายในจะคลำพบขม่อมหน้ามีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัดอยู่ที่บริเวณเชิงกรานส่วนหน้า ปากมดลูกบวมและศีรษะทารกมี caput ซึ่งบางครั้งกว่าจะวินิจฉัยได้ว่าทารกท่า OP เวลาที่ล่วงเลยไปนานแล้ว ทำให้มารดาและทารกเกิดความเหนื่อยล้าอย่างมาก การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในรายที่สงสัยว่าทารกในครรภ์อยู่ในท่า OP ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงน่าจะเป็นแนวปฏิบัติที่ดีและมีประโยชน์ต่อมารดาและทารกในครรภ์ ส่วนแนวทางการดูแลรักษาทารกท่า OP สูติแพทย์จะดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยา oxytocin เร่งคลอด และการช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ นอกจากนี้การใช้นิ้วมือหมุนศีรษะทารกจากท่า OP เป็นท่า OA ก็เป็นการดูแลรักษาอีกวิธีที่สามารถช่วยได้ รวมทั้งการจัดท่าคลาน 4 ขาก็เป็นการส่งเสริมการหมุนของศีรษะทารกจากท่า OP เป็นท่า OA ได้ ซึ่งทำนี้ดูเหมือนเป็นท่าที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติและปลอดภัยต่อมารดาและทารก แต่ประสิทธิภาพอาจต้องประเมินต่อไป สำหรับบทบาทพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่ทารกในครรภ์อยู่ในท่า OP ได้แก่ การดูแลมารดาให้เกิดความสุขสบายจากความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าจากการคลอด การจัดทำเพื่อส่งเสริมการหมุนของศีรษะทารก รวมทั้งควรป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้มารดาและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดยาวนานและการดูแลรักษาที่ได้รับ การพยาบาลเหล่านี้จะส่งเสริมให้

มารดาและทารกคลอดอย่างปลอดภัย และมีประสบการณ์การคลอดที่ดีได้

### เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). *การพยาบาลมารดาที่มีทารกคลอดยากและการช่วยคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- Argani, C. H., Satin, A. J., Ramin, S. M., Barss, V. A. (2017). *Occiput posterior position*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/occiput-posterior-position>.
- Cheng, Y. W., Shaffer, B. L., Caughey, A. B. (2006). The association between persistent occiput posterior position and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*, 107(4), 837.
- Davidson, M. R. London, M. L., & Ladewig, P. W. (2008). *OLDS' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan* (8<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- El-Mowafi, D. M. (2016). *Malposition and malpresentations*. Retrieved from [http://www.gfmer.ch/Obstetrics\\_simplified/malpresentations\\_and\\_malposition.htm](http://www.gfmer.ch/Obstetrics_simplified/malpresentations_and_malposition.htm)
- Guittier, M., Othenin-Girard, V., Irion, O., & Boulvain, M. (2014). Maternal positioning to correct occiput-posterior fetal position in labour: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(83), 1-7.
- Kariminia, A., Chamberlain, M.E., Keogh, J., Shea, A. (2004). Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ*, 328, 490.
- Phipps, H., et al. (2015). Persistent Occiput Posterior position - OUTcomes following manual rotation (POP-OUT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(96), 1-11.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family* (5<sup>th</sup> ed.). Hong Kong: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ponkey, S. E., Cohen, A. P., Heffner, L.J., Lieberman, E. (2003). Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol*, 101, 915.