

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes)

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้นถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และภาวะดังกล่าวส่งผลให้มีการเจ็บครรภ์คลอดและการอักเสบติดเชื้อตามมาได้ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งด้านมารดาและทารก เช่น ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะสายสะดืออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อในทารก หากพบในมารดาที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดทารกที่คลอดออกมาจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากภาวะ Respiratory Distress Syndrome และ Intraventricular Hemorrhage

ดังนั้นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้นต้องเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดรวมทั้งทารกแรกคลอด โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ปราศจากเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจการหดตัวของมดลูก การสังเกตลักษณะ จำนวนของน้ำคร่ำ ด้านทารก เช่น การตรวจฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารก เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

ความหมาย

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ หมายถึง การแตกรั่วของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่จำกัดเวลาหรืออายุครรภ์ (ซีระ ทองสง, 2543)

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์แตกต่างกันมากแล้วแต่คำจำกัดความตามรายงานต่างๆ พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 3 -18.5 ของการคลอด แต่โดยทั่วไปถือคำจำกัดความของส่วนใหญ่คือ ไม่จำกัดเวลาพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ โดยที่ร้อยละ 94 ของผู้ป่วยจะเป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Term Premature Rupture of Membranes) ประมาณร้อยละ 5 จะเป็นทารกก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก 1,000 – 1,500 กรัมและน้อยกว่าร้อยละ 0.5 จะเป็นทารกก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (ชวานพิศ นรเดชานนท์, 2542)

ความสำคัญ

ภาวะแทรกซ้อนของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือ การกระตุ้นให้มีการเจ็บครรภ์คลอดและการติดเชื้อ อัตราตายของทารกใน Term Premature Rupture of Membranes เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ แต่ใน Preterm Premature Rupture of Membranes สาเหตุการตายมักมาจาก Prematurity ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrom =RDS) และ ภาวะมีเลือดออกในช่องหัวใจ (Intraventricular Hemorrhage) นอกจากนี้ในกลุ่มที่มีการอักเสบติดเชื้อยังอาจทำให้มีการอักเสบติดเชื้อต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดซึ่งเป็นปัญหาของมารดาด้วย (ซีระ ทองสง, 2543)

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงของการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนการเจ็บครรภ์ยังไม่เป็นที่ทราบ แต่จากการศึกษารวบรวมจากหลายรายงานพบว่ามีภาวะหรือโรคที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะนี้ได้

- การอักเสบติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำที่มีอยู่ก่อนแล้วอาจเป็นเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ซึ่งรวมทั้งการติดเชื้อซ่อนเร้น (Occult) ในน้ำคร่ำด้วย

- มีการอักเสบติดเชื้อที่ปากมดลูกหรือช่องคลอด เช่น Group B Streptococcus, Bacteroides Neisseria Gonorrhoea, Chlamydia Trachomatis, Trichomonas Vaginalis, Bacterial Vaginosis

- มีการกระตุ้นระบบเอนไซม์บางอย่างมากเกินไป เช่น Collagenase

- เคยมีผู้พบว่าการขาดวิตามินซีอาจเป็นสาเหตุ

- มีการขาด Tensile Strength ของถุงน้ำคร่ำอันเนื่องมาจากพันธุกรรม

- การร่วมเพศอาจเป็นสาเหตุเพราะใน Semen มี Prostaglandins อยู่

- Cervical Incompetence มีการฉีกขาดหรือบาดเจ็บที่ปากมดลูก

- การตั้งครรภ์แฝดมาก่อน

- ครรภ์แฝดน้ำ

- ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและรกเกาะต่ำ

- เสริมฐานะต่ำ

- การสูบบุหรี่

แม้ว่าสาเหตุที่แน่ชัดยังไม่ทราบ แต่เหตุดังกล่าวข้างต้นก็เป็นส่วนหนึ่งที่เรพบได้

ความสำคัญอยู่ที่ว่าเมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์เกิดขึ้น เราจะให้การดูแลรักษาอย่างไรมากกว่าค้นหาสาเหตุ ปัญหาที่ทำนายมากที่สุด คือ การตัดสินใจในการรักษา Preterm Premature Rupture of Membranes เพราะต้องชั่งใจระหว่างอัตราเสี่ยงของการตายของเด็กไม่ครบกำหนดจาก RDS และการอักเสบติดเชื้อ

Premature Rupture of Membranes ที่ครรภ์ครบกำหนดส่วนใหญ่จะเกิดการเจ็บครรภ์เองตามมาใน 6 ชั่วโมง ถ้า 18 ชั่วโมงแล้วยังไม่เกิดการเจ็บครรภ์เองจะเรียกว่า Prolong Premature Rupture of Membranes ร้อยละ 60 คลอดใน 24 ชั่วโมงและประมาณร้อยละ 90 คลอดใน 72 ชั่วโมง (ธีระ ทองสง, 2543)

พยาธิสภาพ (พิชัย เจริญพานิช , 2540)

1. กลไกเกี่ยวกับการสร้าง Prostaglandin การคลอดครบกำหนดเชื่อว่าอาศัยปฏิกิริยาของ น้ำคร่ำ และ Chorionic Phospholipase A2 ซึ่งจะ Hydrolyzes Phospholipid ในเนื้อเยื่อรก ทำให้เกิด Free Arachidonic \hat{a} มากขึ้น และมีการสังเคราะห์ Prostaglandin ทำให้มีผลลดการหดตัว การสร้าง Prostaglandin ที่ชักนำไปเกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์อธิบายได้ดังนี้

1.1 ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียไปทำให้ Phospholipase A2 มีแอกตีเวทขึ้นจนเป็นเหตุ ให้มีการสังเคราะห์ Prostaglandin ออกมา

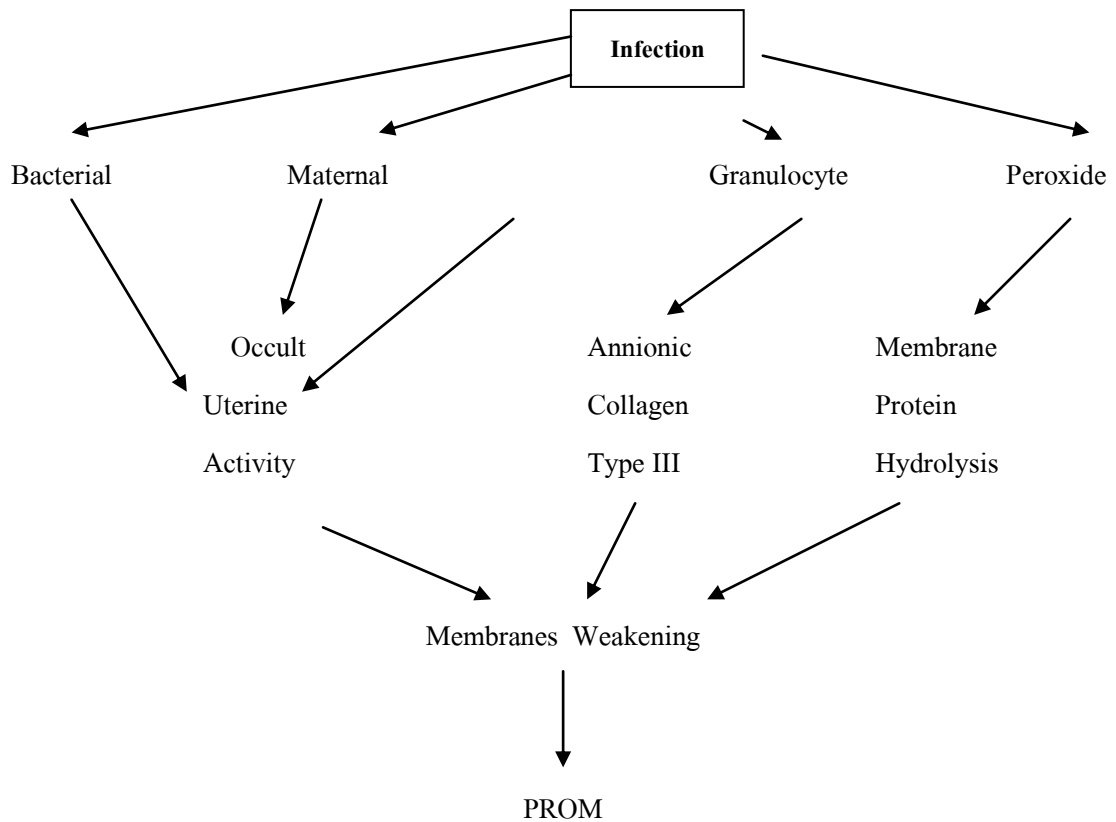
1.2 สาร Interleukin-1 ในตัวแม่จะผลิต Prostaglandin E2 ออกมา

1.3 ปริมาณ Endotoxin ที่เข้มข้นของเชื้อแบคทีเรียทะเลวู Chorion เข้าไปยัง Amnion และ Endotoxin นี้สังเคราะห์และปล่อยเอนไซม์ที่สามารถแยก Arachidonic \hat{a} ออก จากเยื่อหุ้มเด็กได้เป็น Free Arachidonic \hat{a} ทำให้มีการสังเคราะห์ Prostaglandin ขึ้น

ดังนั้น Prostaglandin ที่ถูกสร้างขึ้นก่อนเกิดการเจ็บครรภ์นี้เองทำให้มีผลลดการหดตัว และชักนำไปถุงน้ำคร่ำรั่วในเวลาต่อมา

2. กลไกเกี่ยวกับสารคอลลาเจน เยื่อหุ้มเด็กระหว่างด้าน Amnion และ Chorion จะมี เนื้อเยื่อเกี่ยวพันบรรจุอยู่ ซึ่งในไตรมาส 3 ของการตั้งครรภ์ ด้าน Amnion มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เป็นคอลลาเจนชนิดที่ 3 น้อยลงคือหนาประมาณ 0.05 – 0.11 มม. ดังนั้นแรงต้านการยืดตัวของ เยื่อหุ้มเด็กจะลดลงเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ คอลลาเจนที่ 3 ของด้าน Chorion จะลดลงเรื่อยๆ เช่นกัน

3. กลไกของระบบ Antimicrobial เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นเม็ดเลือดขาวชนิด Macrophage ของเยื่อ Amnion Chorion จะออกมาจับกินเชื้อแบคทีเรียมากจะทำให้เกิดการไฮโดรไลต์ของ โปรตีนในเนื้อเยื่อหุ้มเด็กถูกไฮโดรไลต์โปรตีนออกไปมากขึ้น ทำให้ผนังเยื่อหุ้มเด็กอ่อนแอลงเกิดการแตกรั่วในที่สุด (กำแหง จาตรจินดา และคณะ, 2541)



แผนภูมิที่ 1 แสดงพยาธิการเกิด PROM

ที่มา : (Miller and Pastorek :1986 :742 อ้างอิงจากพิชัย เจริญพานิช, 2540)

การวินิจฉัย (ธีระ ทองสง, 2543)

ประวัติ อาศัยจากประวัติว่ามีน้ำเดินไหลออกจากช่องคลอดและไหลออกมาเรื่อยๆ น้ำมีลักษณะใสแต่อาจมีเลือดปนได้ จากประวัติต้องวินิจฉัยแยกออกจาก น้ำปัสสาวะ เมื่อจากช่องคลอด ช่องคลอดอักเสบ การเพิ่มน้ำคั่งหลังในช่องคลอดขณะตั้งครรภ์และการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การตรวจร่างกาย เมื่อจะทำการตรวจภายในจะพบว่าบริเวณฝีเย็บเปียกชื้นมีน้ำจั่งอยู่ในช่องคลอด เมื่อให้ผู้ป่วยไอหรือเบ่ง หรือกดขยอคมดลูกอาจพบว่ามึน้ำคร่ำไหลออกจากปากมดลูก ถ้าปากมดลูกเปิดแล้วก็อาจเห็นว่าส่วนนำของเด็กไม่มีถุงน้ำหุ้มแล้ว ในกรณีที่น้ำคร่ำในช่องคลอดน้อยเกินก็อาจมองไม่เห็นได้ต้องใช้การตรวจอย่างอื่น ๆ ช่วยในการวินิจฉัย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. Nitrazine Paper Test : เป็นกระดาษชุบ Sodium Dinitrophenylozonaphal Disulphonate ใช้ทดสอบความเป็นกรดต่างของช่องคลอด ปกติในช่องคลอดของหญิงตั้งครรภ์จะมี pH อยู่ระหว่าง 4.5 - 6 และ pH ของน้ำคร่ำมีค่าประมาณ 7.0 – 7.5 เมื่อกระดาษ Nitrazine นี้สัมผัสกับน้ำในช่องคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงสีดังในตารางที่ 1

ถุงน้ำคร่ำอาจยังไม่แตก	ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว
สีเหลือง Yellow pH 5.0	สีเขียวทะเล Blue Green pH 6.5
สีเขียวอ่อน Olive Yellow pH 5.5	สีฟ้าหม่น Blue Grey pH 7.0
สีเขียวจืดน้ำ Olive Green pH 6.0	สีกรมท่า Deep Blue pH 7.5

ตารางที่ 1 แสดงสีของกระดาษ Nitrazine เมื่อสัมผัสน้ำในช่องคลอด

ที่มา : ธีระ ทองสง, 2543

2. Fern Test (Arborization) : นำน้ำที่ขังในแอ่งหลังช่องคลอด (ควรให้ห่างจากปากมดลูก 2 – 3 ซม.) ไปป้ายบนแผ่นสไลด์ทิ้งไว้ให้แห้ง ในน้ำคร่ำมีอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะ เมื่อแห้งจะจับตัวเป็นผลึกรูปใบเฟิร์นโดยการส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ การทดสอบนี้มีผลวงได้ร้อยละ 5 – 30 จากการที่มีเลือด ซึ่เทา มูกจากช่องคลอดและปากมดลูกมากเกินไป น้ำยาหล่อลื่นหรือมีน้ำคร่ำน้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกมานานแล้ว

รูปที่ 1 แสดงภาพผลึกไบเฟิร์นจากน้ำคร่ำโดยดูผ่านกล้องจุลทรรศน์

ที่มา : ธีระ ทองสง, 2543

3. Nile Blue Sulfate Test : นำน้ำที่ขังในแอ่งหลังของช่องคลอด 1 หยดผสมกับ 0.1% Nile Blue Sulfate 1 หยดบนสไลด์ปิดด้วย Cover Slip ถ้าเลนไฟเล็กน้อยจะติดสีดีขึ้น อ่านผลใน 5 นาที ดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเซลล์ไขมันซึ่งเข้าใจว่ามาจาก Sebaceous Gland ของทารกติดสีแดงไม่มี Nucleus ส่วนเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ผนังช่องคลอด เม็ดเลือด จะติดสีน้ำเงิน วิธีนี้ไม่มีผลบวกดวงแต่อาจมีผลลบดวงได้ถ้าตั้งครรภ์น้อยกว่า 32 – 34 สัปดาห์ จะพบเซลล์เหล่านี้ได้ด้วย

4. Papanicolaou Smear : ย้อมเพื่อดู fetal Cell ได้ผลแม่นยำร้อยละ 89 แต่วิธีการยุ่งยากมากจึงไม่ค่อยนิยมทำ

5. Enzyme assay : สามารถตรวจหา Diamine Oxidase ในน้ำคร่ำที่ตกค้างในช่องคลอดได้ พบผลบวกดวงและผลลบดวงน้อยมาก แต่เลือดแม่ น้ำอสุจิ และน้ำยาฆ่าเชื้อบางอย่างอาจทำให้ผลผิดพลาดได้ วิธีนี้ใช้ได้แม้ว่าน้ำคร่ำมีน้อยก็ตาม แต่เนื่องจากวิธีการยุ่งยากจึงไม่ได้ใช้กันแพร่หลาย จะใช้กรณีที่ผลการตรวจอื่น ๆ ไม่แน่นอน

6. Pinacyanol Stain : เป็นการย้อมดู Vernix Caseosa ซึ่งเป็น Fetal Squamous cell เพื่อดูว่ามีสีออกมาทางช่องคลอดหรือไม่

7. การฉีดสีเข้าถุงน้ำคร่ำ ฉีดสี Evans Blue Methylene Blue เพื่อดูว่ามีสีออกมาทางช่องคลอดหรือไม่

8. การตรวจหา Alpha-Fetoprotein ด้วยวิธี Latex – Agglutination ซึ่งจะแม่นยำมากโดยเฉพาะก่อน 35 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ เพราะหลังจาก 35 สัปดาห์ระดับ Alpha-Fetoprotein ในน้ำคร่ำจะลดลงอาจทำให้พบว่าได้ผลลวงได้

หลักการในการวินิจฉัย Premature Rupture of Membranes จะต้องไม่เป็นการทำให้เพิ่มการอักเสบติดเชื้อ การตรวจจะใช้ Sterile Speculum ภายใต้การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างดี เพื่อป้องกันการพาเชื้อโรคขึ้นไปยังโพรงมดลูกจากการตรวจ นอกจากนี้ยังไม่ควรสอดนิ้วมือเข้าไปเพื่อตรวจปากมดลูก เพราะเคยมีผู้รายงานว่าภาวะการติดเชื้อในเด็กที่มี Premature Rupture of Membranes มาก่อนไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก แต่สัมพันธ์กับระยะเวลาหลังการสอดนิ้วมือเข้าไปตรวจปากมดลูก ดังนั้นในผู้ป่วย Premature Rupture of Membranes ที่ตัดสินใจให้การรักษาแบบประคับประคองควรหลีกเลี่ยงการสอดนิ้วมือเข้าไปตรวจปากมดลูกควรใช้เพียง Sterile Speculum เพื่อบอกการเปิดขยายของปากมดลูกหรือภาวะสายสะดือย้อย การสอดนิ้วเพื่อตรวจปากมดลูกควรกระทำเมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดหรือเมื่อวางแผนว่าจะให้คลอดได้ภายใน 24 ชม. แต่ก็ยังแนะนำให้ตรวจน้อยครั้งที่สุด

การวินิจฉัยแยกโรค

1. สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอดจะเป็นเมือกมีฤทธิ์เป็นกรดมีค่า pH 5-6 ไม่ตกผลึก ไม่มีไข่หรือขนของเด็กปน
2. ของเหลวคล้ายน้ำที่ไหลจากช่องคลอดในไตรมาสที่ 2 ของเหลวดังกล่าวจะมีสีคล้ายสีเหลือง (Yellowish) มักมีลักษณะคล้ายหนองปนและจะมีปริมาณมากและเป็นขี้ควรา เชื่อว่าของเหลวนี้เป็นสิ่งคัดหลั่งจากชั้นของเยื่อบุมดลูก (Endometrium) หรือของเหลวนี้ซึมผ่านมาจากชั้น Decidua Capsularis

หลักการในการวางแผนรักษาผู้ป่วย (ธีระ ทองสง, 2543)

1. ต้องยืนยันการวินิจฉัยตามวิธีดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว
2. หายุครรภ์ที่แน่นอนเพราะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยวางแผนการรักษา เริ่มจากการซักประวัติประจำเดือน การตรวจร่างกาย การตรวจภายในเพื่อดูขนาดมดลูกในช่วงฝากครรภ์ระยะต้น ๆ การดูระดับยอดมดลูกตามลำดับที่มาฝากครรภ์หรือใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการช่วยหาอายุครรภ์
3. การทดสอบการเจริญของปอดทารก นำน้ำคร่ำไปทดสอบความเจริญของปอดทารก สำหรับการเลือกผู้ป่วยว่ารายใดควรทำการเจาะน้ำคร่ำมีดังนี้
 - 3.1 ถ้าตั้งครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์ ไม่ต้องทำเพราะโอกาสที่ปอดจะสมบูรณ์มีน้อยและถ้าปอดสมบูรณ์การเอาทารกออกมาก็คจะมีปัญหาเรื่องอื่นมากจึงยังไม่เอาทารกออก ดังนั้นการตรวจเจาะถุงน้ำคร่ำจึงไม่จำเป็น
 - 3.2 ตั้งครรภ์ระหว่าง 32–34 สัปดาห์ การทำจะมีประโยชน์ช่วยในการตัดสินใจได้

3.3 ตั้งครรภ์เกิน 34 สัปดาห์ การทำจะมีประโยชน์เฉพาะในรายที่สงสัยว่าอาจมี ปัญหา Respiratory Distress Syndrom เช่นในรายมารดาที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น สำหรับรายอื่นๆ ไม่จำเป็นเพราะส่วนมากจะเจริญดีแล้วและถ้ามีปัญหา Respiratory Distress Syndrom ก็จะไม่รุนแรงดูแลรักษาได้ง่าย

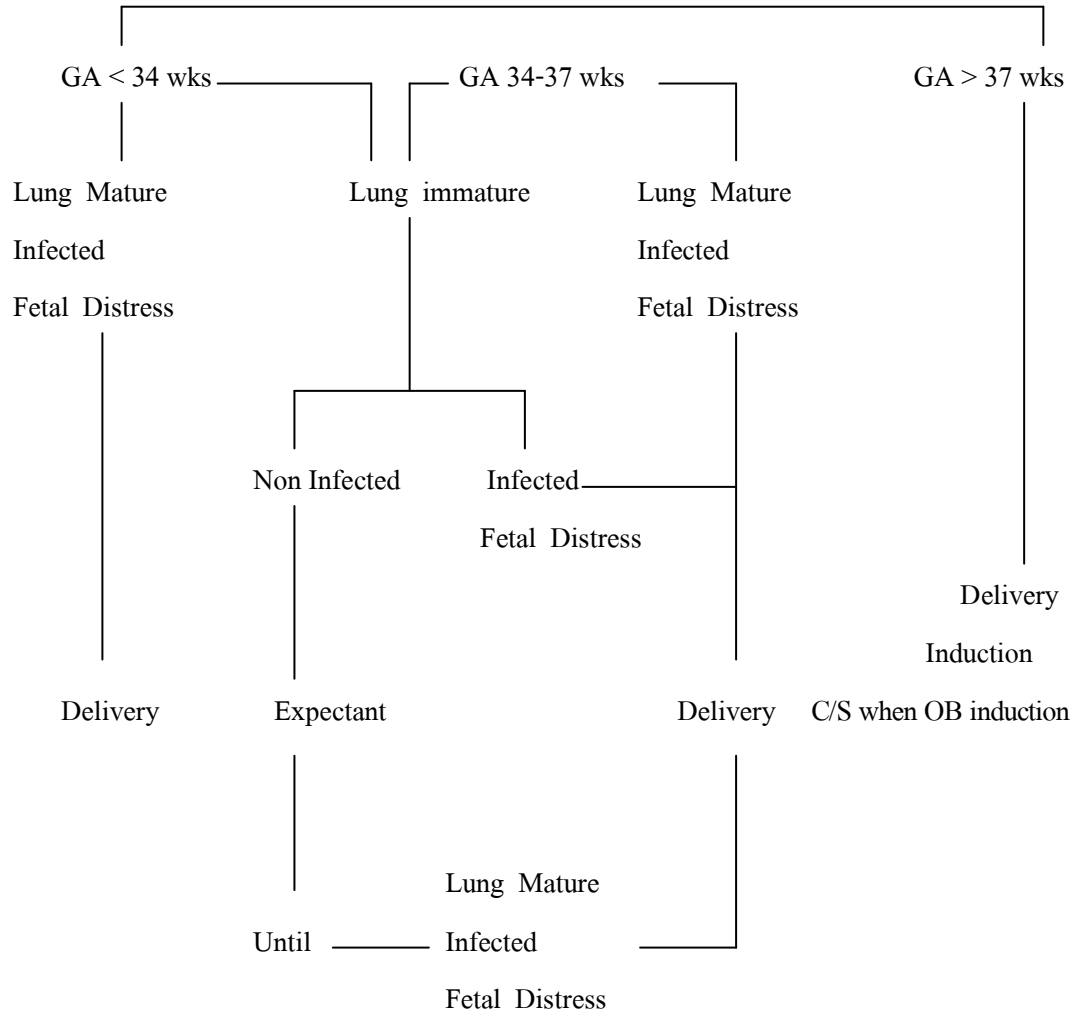
3.4 ปัญหาเรื่องการติดเชื้อ ในกรณีที่มารดามีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อชัดเจน การตรวจร่างกายทางคลินิกจะบอกได้ เช่น มีไข้ ชีพจรเร็ว น้ำคร่ำที่ไหลออกมาขุ่นมีกลิ่นเหม็น กดเจ็บบริเวณมดลูก มี Fetal Tachycardia และถ้าเจาะเลือดจะพบว่าเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นมา แต่ในบางกรณีได้แก่พวก Occult หรือ Subclinical infection จะมีปัญหามากในการวินิจฉัย การรักษา (ศรีนวล โอสธเสถียร, 2543)

1. รับไว้ในโรงพยาบาล
2. ตรวจท่าและฟังเสียงหัวใจเด็ก
3. หลีกเลียง PV PR เพราะทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าโพรงมดลูกง่ายขึ้น ยกเว้นเริ่มมีการเจ็บครรภ์
4. นอนพักบนเตียงใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตลักษณะ จำนวนของน้ำคร่ำ
5. วัคซีนภูมิจีฟ ฟังเสียงหัวใจเด็กทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการติดเชื้อ

การดูแลรักษา (Premature Rupture of Membranes) (ศรีนวล โอสธเสถียร, 2543)

การดูแลรักษาผู้ป่วย Premature Rupture of Membranes ที่การตั้งครรภ์ครบกำหนดไม่ค่อยมีปัญหามากนัก คือ มักจะชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์เลย แม้มีบางท่านแนะนำให้รอได้ 12 ชม. เพื่อว่า Bishop score ของปากมดลูกจะดีขึ้นและเกิดการเจ็บครรภ์เอง หรือทำให้การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดทำได้ง่ายขึ้นและลดอัตราของการคลอดยึดเยื่อได้ อย่างไรก็ตามหลาย การศึกษาสนับสนุนว่าในกรณีครรภ์ครบกำหนดหรือใกล้ครบกำหนดควรชักนำการเจ็บครรภ์เลย มากกว่า โดยทั่วไปแนะนำให้ชักนำการคลอดเลยโดยใช้ Oxytocin ถ้าปากมดลูกไม่พร้อม (Bishop < 6) อาจให้ยาพอสตาแกลนดินช่วย การชักนำคลอดเลยจะช่วยลดปัญหา การติดเชื้อ หลังคลอดและการติดเชื้อในทารกลง

(Premature Rupture of Membranes)



แผนภูมิที่ 2 แสดงแนวทางการดูแลรักษา (Premature Rupture of Membranes)

ที่มา : ชีระ ทองสง, 2543

การให้สเตียรอยด์ใน Preterm PROM (ซีระ ทองสง, 2543)

การให้ยาสเตียรอยด์เพื่อช่วยเร่งพัฒนาการของปอดทารกและลดอุบัติการณ์ของ Respiratory Distress Syndrom นั้น จะได้ผลดีเมื่อมีการคลอดภายหลังเริ่มให้ยาไปแล้ว 24 ชั่วโมงและได้ผลดีที่สุดในเมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์

การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ (ซีระ ทองสง, 2543)

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อในทารกกรณี Preterm Premature Rupture of Membranes พบว่าลดโอกาสเกิด Chorioamnionitis การมี Sepsis ในทารกคลอดคลดลงและช่วยยืดอายุครรภ์ได้นานขึ้น (ประมาณสองสัปดาห์) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายปริกำเนิดลดลง มีรายงานว่า การให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับคอร์ติโคสเตียรอยด์ในราย Preterm Premature Rupture of Membranes จะช่วยลดอัตราการตายของทารกแรกคลอดลง ลดอัตราการเกิด Sepsis และ Respiratory Distress Syndrome และเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการให้เฉพาะคอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับการการให้ยาปฏิชีวนะใน Preterm Premature Rupture of Membranes นั้นยังถือว่ายังเป็นเรื่องที่สรุปได้ยากในขณะนี้

การให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด (ซีระ ทองสง, 2543)

เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์ในราย Preterm Premature Rupture of Membranes ไม่มีประโยชน์ประการใดเพราะไม่สามารถยืดอายุครรภ์ได้จริง แม้แต่การยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดตั้งแต่ระยะแรกได้ผลก็ไม่พบว่าช่วยยืดอายุครรภ์ได้จริงและไม่พบผลดีต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์แต่ประการใดจึงอาจสรุปได้ว่าไม่แนะนำให้ Tocolysis ในกรณี Preterm Premature Rupture of Membranes เว้นเสียแต่อาจเลือกพิจารณาชะลอเวลาเพื่อให้สเตียรอยด์เร่งปอดทารก แต่ต้องแน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้ออยู่

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก (สุจิต เผ่าสวัสดิ์, 2540)

ด้านมารดา

1. Chorioamnionitis มีการอักเสบของเยื่อหุ้มเด็กหรือรก พบมารดามีไข้มากกว่า 38 °C เพราะเชื้อจากเด็ก รก น้ำคร่ำให้ผลบวกถือว่าติดเชื้อแน่นอน

2. Endometritis มารดามีไข้มากกว่า 38 °C ใน 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อยทุก 6 ชม. หลังคลอด 24 ชั่วโมงแรก

3. Amnionitis พบบ่อยในรายถุงน้ำคร่ำแตกก่อนในขณะที่ตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด โดยเฉพาะรายที่มีการคลอดยาวนานและในรายที่ผ่าท้องคลอดจะเกิด Amnionitis มากขึ้น

ด้านทารก

1. การตายปริกำเนิด : ขึ้นกับอายุครรภ์เมื่อมีการแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นสำคัญ ปัจจุบันนี้มีอัตราการตายปริกำเนิดลดลงกว่าแต่ก่อนมาก พบว่าทารกครบกำหนดที่ต้องคลอดเพราะปัญหา Premature Rupture of Membranes มีอัตราการตายต่ำกว่าทารกคลอดก่อนกำหนด

2. การติดเชื้อของทารกในครรภ์ : ทารกแรกคลอดและมารดา พบภาวะ Sepsis ในทารกแรกคลอดประมาณร้อยละ 1 ในรายถุงน้ำคร่ำแตกนานเกิน > 24 ชั่วโมงและขึ้นไปถึงร้อยละ 10 ถ้ามีภาวะเยื่อหุ้มทารกติดเชื้ออีกเสปร่วมด้วย การติดเชื้ออีกเสปร่วมของเยื่อหุ้มทารกพบได้ประมาณร้อยละ 10 ในรายถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดยาวนาน

3. Perinatal Asphyxia : Premature Rupture of Membranes มีกลไกที่ทำให้เกิด Perinatal Asphyxia ได้หลายทาง เช่น จากภาวะน้ำคร่ำน้อยเกิดการกดสายสะดือ ทำทารกผิดปกติ ภาวะมีไข้มารดา ในบรรดาการตายของทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่าร้อยละ 44.9 มีสาเหตุจาก Anoxia

4. การเจริญเติบโตของทารก : ใน Premature Rupture of Membranes มีรายงานว่าอัตราการเจริญของ เส้นรอบศีรษะเป็นปกติ

5. ความผิดปกติโดยกำเนิด : พบได้หลายชนิดซึ่งสัมพันธ์กับการมีน้ำคร่ำน้อยเป็นเวลานาน

- Pulmonary Hypoplasia เนื่องจากการขยายของปอดเป็นไปได้น้อย ไม่มีการไหลเวียนของน้ำคร่ำในทางเดินหายใจ ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งมีโอกาสเกิดสูงและสัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณน้ำคร่ำที่เหลืออยู่

- มีการหดเกร็ง (Contracture) ของข้อต่อที่พัฒนาการดีมาก่อน ซึ่งเรียกว่า Arthrogyposis ซึ่งพบได้บ่อย

- Potter Syndrome : เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากทารกอยู่ในสภาพแออัดขยับตัวลำบากเป็นเวลานาน มีลักษณะหดเกร็งผิดปกติรูปร่างของข้อต่อ ผิวหนังเหี่ยวขุ่น หน้าตามีลักษณะจำเพาะ (Potter Facies) มีรอยย่นมากโดยเฉพาะใต้ตา หูติดต่ำ จมูกแบน

- Craniosynostosis : แต่จะหายภายหลังได้

- Amniotic Bands Syndrome : การหนีกขาดของ Amnion ทำให้เกิดเป็น Band ขึ้นและอาจไปรัดอวัยวะทารกบางส่วนจนแน่นหรือตัดขาดได้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ที่หน้า หน้าอก หน้าท้อง แขนและขา

- Respiratory Distress Syndrom : พบได้บ่อยขึ้น คือประมาณร้อยละ 10-40 ของ Premature Rupture of Membranes ที่มีอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ ยิ่งอายุครรภ์น้อยยิ่งเกิดมาก การให้กลูโคสโคดคอยด์อาจมีประโยชน์ในการช่วยลดปัญหานี้ โดยเฉพาะการให้ในรายที่อายุครรภ์น้อยกว่า 30-32 สัปดาห์

การพยาบาล

1. สอนหญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงอาการและอาการแสดงของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกและให้แจ้งพยาบาลเมื่อเกิดถุงน้ำคร่ำแตกขึ้น
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของ Chorioamnionitis ซึ่งได้แก่
 - วัดอุณหภูมิและชีพจรทุก ๆ ชั่วโมงหรือบ่อย ๆ
 - ประเมินกลิ่นหรือการมีหนองของสิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด
 - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC WBC เพื่อวินิจฉัยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกเร็วหรือเร็ว
 - สังเกตอัตราการเต้นของหัวใจทารกซึ่งอาจเต้นเร็วผิดปกติ
3. ช่วยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น Nitrazine Test, Fern Test, Amniocentesis, Ultrasound เป็นต้น
4. หลีกเลี่ยงหรืองดการตรวจทางช่องคลอด ถ้าจำเป็นต้องตรวจทางช่องคลอดให้ตรวจด้วยด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อโรคมมากที่สุดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
5. ช่วยดูแลในการให้ Oxytocin เพื่อเร่งคลอดในรายที่จำเป็นตามแผนการรักษา
6. อำนวยความสะดวกสบายและรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคลให้สะอาดเสมอ โดยการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 ชม. หรือเมื่อจำเป็น
7. ในรายที่ระบุว่าให้การรักษาแบบประคับประคองให้การดูแลดังนี้
 - สังเกตอาการและอาการแสดงของ Chorioamnionitis ทุก 6 ชม. ดูแลเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด
 - สอนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์และแจ้งให้พยาบาลเมื่อมีอาการดังกล่าว
 - แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนพักผ่อนบนเตียง
 - ดูแลให้ได้รับยา Glucocorticoids Tocolytics หรือ Antibiotics ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงและผลการรักษาของยาที่ได้รับ

กรณีศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

หญิงไทย สถานภาพสมรส คู่ อายุ 29 ปี สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย

ศาสนา อิสลาม ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ แม่บ้าน

วันที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลยะลา 9 มิถุนายน พ.ศ. 2550

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยะลา 14 มิถุนายน พ.ศ. 2550

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษารักษา 6 วัน

การวินิจฉัยโรคแรก G₁P₀C Premature Rupture of Membranes

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย G₁P₁C Premature Rupture of Membranes C Caesarean section

อาการสำคัญ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด ไม่เจ็บครรภ์

อาการปัจจุบัน

มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 40⁺6 สัปดาห์ by U/S ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

ผลการตรวจเลือดปกติ HBsAg = Negative, VDRL = Non Reactive, HIV = Negative Blood group A Rh Positive Hematocrit ครั้งที่ 1 = 34% ครั้งที่ 2 = 35% ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำเดินออกทางช่องคลอดไม่เจ็บครรภ์เมื่อวันที่ 9 มิ.ย.48 (เวลา 07.00 น.) แรกที่ห้องคลอด 9 มิ.ย.48 เวลา (08.15 น.) ประเมินระดับยอดมดลูก 3/4 > ๑ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ปากมดลูกปิด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด Mild meconium ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive ทารกมีส่วนนำท่าศีรษะ ทารกท่าซ้าย (OL) อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์มี Order 5% D/N/2 1000 cc + Syntocinon 10 u drip 40 cc/hr เวลา (10.00น.) หลังเร่งคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกหดตัว Interval = 5 นาที Duration = 35 วินาที ปรับ Rate IV เป็น 50 cc/hr หลังเร่งคลอด 4 ชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบาง 75% ระดับส่วนนำ -2 Interval = 4 นาที Duration = 40 วินาที ปรับ Rate IV เป็น 60 cc/hr หลังเร่งคลอด 8 ชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด พบว่าไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด โดยปากมดลูกเปิดเท่าเดิม 2 เซนติเมตร ความบาง 75% ระดับส่วนนำ -2 อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 -150 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องวันที่ 9 มิถุนายน 2550 เวลา 19.30 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,120 กรัม Apgar score นาทีที่ 1-5 -10 = 9-10-10 คะแนน ภายหลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและทารกได้รับการดูแลหลังคลอด 6 วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต G₁P₀

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธประวัติโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์และโรคติดต่อร้ายแรง

ประวัติการแพ้ยา สารเคมีและอาหาร

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา แพ้สารเคมีและอาหาร

ประวัติสิ่งเสพติด

ปฏิเสธประวัติการใช้ยาและสารเสพติด

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สภาพทั่วไป

สภาพผู้คลอดแรกรับมาด้วยรถเข็นนั่ง รูปร่างผอมบาง ผิวสองสี น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร สีหน้าวิตกกังวล

สัญญาณชีพแรกรับ

อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส	ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที	สม่าเสมอ
อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที	ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท	

การตรวจร่างกายตามระบบ

- ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ ศีรษะรูปทรงปกติ ผมหาวสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสอง ลำคอไม่มีก้อน ต่อมน้ำไทรอยด์ไม่โตต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- ตา อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย รูม่านตามี ปฏิกริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง

- หู ลักษณะใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากหู

- จมูก ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

- ช่องปาก ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อบุช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติฟันไม่ผุ

- ปอด ปกติ ไม่มีเสียง Crepitation

- หัวใจ จังหวะการเต้นสม่าเสมอ 96 ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง Murmur

- เต้านม เต้านมทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน ไม่มีหัวนมบวมหรือบอดไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีอาการอักเสบบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสอง

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะปกติ ไม่มีแผล มีน้ำเดินลักษณะใสออกจาก ช่องคลอด

- กล้ามเนื้อและกระดูก ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

การตรวจครรภ์

ระดับยอคมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกท่าซ้าย อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอชัดเจนดี คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 3,000 กรัม ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ มดลูกหดรัดตัว Interval => 5 นาที Duration = 35 วินาที

การตรวจทางช่องคลอด

ปากมดลูกปิด ไม่มีความบางของปากมดลูก ผนังน้ำแตก ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive ลักษณะน้ำ Mild meconium

ข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ตรวจ	สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	ค่าตรวจพบ	แปลผล
9 มิ.ย.2550	Complete Blood count			
	Hemoglobin	12-16 g/dl	13g/dl	ปกติ
	Hematocrit	37-47 %	40%	ปกติ
	WBC	4,000 -11,000/cu.mm.	8,200/cu.mm.	ปกติ
	Lymphocyte	10-50%	70%	ปกติ
	Monocyte	2-8%	2%	ปกติ
	PLT	140,000-440,000 /cu.mm.	293,000/cu.mm.	ปกติ
				-

การตรวจ OCT ผล Reactive

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

Order for one day	Order Continuation
<p>9 มิ.ย. 50 (09.30 น)</p> <p>- 5% D/N/2 1000 cc + Syntocinon 10 u drip 40 cc/hr</p> <p>- OCT</p> <p>- Observe contraction</p> <p>9 มิ.ย. 50 (18.30 น)</p> <p>- Set OR for C/S</p>	
<p style="text-align: center;">Post Operation</p> <p>9 มิ.ย. 50</p> <p>-5%D/NSS 1000 cc v 80 cc/hr</p>	<p>9 มิ.ย. 50</p> <p>- NPO</p> <p>- V/S</p>
	<p>10 มิ.ย. 50</p> <p>- อาหารอ่อน</p> <p>- Ampicillin 1 gm v q 6 hr</p> <p>- Morphien 10 mg m prn q 4 hr</p> <p>- Plasil 1 amp m prn N/V q 6 hr</p>
	<p>11 มิ.ย. 50</p> <p>- Amory 500 mg 1 tab ⊙ qid pc</p>
	<p>12 มิ.ย. 50</p> <p>- อาหารธรรมดา</p> <p>- FBC 1 tab ⊙ tid pc</p>
<p>14 มิ.ย. 50</p> <p>- Discharge</p>	

สรุปอาการขณะรับไว้ในความดูแล

9 มิถุนายน 2550 (เวลา 08.15) แรกรับจากห้องฉุกเฉินผู้ป่วย G₁P₀C Premature Rupture of Membranes อายุครรภ์ 40⁺⁶ สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำเดินออกทางช่องคลอดไม่เจ็บครรภ์ แรกรับประเมินระดับขอมดลูกได้ 3/4 > ๑ ปากมดลูกปิด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด Mild meconium ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive ทารกมีส่วนนำท่าศีรษะ ทารกทำซ่าย (OL) อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์มี Order 5% D/N/2 1000 cc + Syntocinon 10 u drip 40 cc/hr เวลา (10.00น.) หลังเร่งคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกหดตัว Interval = 5 นาที Duration = 35 วินาที ปรับ Rate IV เป็น 50 cc/hr หลังเร่งคลอด 4 ชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบาง 75% ระดับส่วนนำ -2 Interval = 4 นาที Duration = 40 วินาที ปรับ Rate IV เป็น 60 cc/hr หลังเร่งคลอด 8 ชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด พบว่าไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด โดยปากมดลูกเปิดเท่าเดิม 2 เซนติเมตร ความบาง 75% ระดับส่วนนำ -2 อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 -150 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

แรกรับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดี ปวดแผลผ่าตัดมาก ไม่มีเลือดซึมจากแผลผ่าตัด น้ำคาวปลาไหลปกติสีแดงเข้ม มดลูกหดตัวดี น่านมไหลเล็กน้อย T = 37.4 °C P = 80 ครั้งต่อนาที R = 20 ครั้งต่อนาที BP = 120/30 mmHg แพทย์ให้การรักษา 5%D/NSS 1000 cc v 80 cc/hr และได้รับยาบรรเทาอาการปวด Morphien 10 mg m prn q 4 hr ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ Morphien 10 mg m prn q 4 hr

1 วัน หลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัดพอทน น้ำคาวปลาไหลปกติสีแดงจาง มดลูกหดตัวดี น่านมไหลเล็กน้อย มีไข้ T = 38.1 °C P = 90 ครั้งต่อนาที R = 20 ครั้งต่อนาที BP = 120/30 mmHg

หลังผ่าตัด 5 วัน ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดซึม น่านมไหลดี ทารกตัวแดงดี Activity ดี คุณนมมารดาได้ดีไม่สำรอก แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา 6 วัน ก่อนจำหน่ายให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน

ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา

Paracetamol

ข้อบ่งใช้

ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดประจำเดือน ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟัน
ลดไข้ จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ใช้ในผู้ป่วยที่แพ้แอสไพริน มีปัญหาเลือดออก ได้รับยา
ต้านการแข็งตัวของเลือด โรคเกาต์

การออกฤทธิ์

ยับยั้งการสร้าง Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการ
สร้างสารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อยโดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง Prostaglandins
เป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บป่วยและทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ฮิปโปทาลามัส
ยานี้ไม่มีฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนตัวของ Neutrophil จึงมีฤทธิ์ต้านการอักเสบต่ำมาก ไม่ทำให้เกิด
แผลในทางเดินอาหารและไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-
60 นาที หลังได้รับยา ถ้าได้รับยาเกินขนาดจะมีพิษต่อดับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน

ผลข้างเคียง

ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เยื่อช่องปาก มีไข้ ในขนาดที่มาก
เกินไปอาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการดีซ่าน
ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

การพยาบาล

1. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเหลวบ่อยๆ เพื่อช่วยลดความร้อน
ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา
2. ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้
รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง
3. ระงับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับและผู้ติดแอลกอฮอล์
4. หากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาดควรได้รับการรักษาโดยการล้างท้องและได้รับยา
N-acetylcysteine ซึ่งได้ผลดีภายใน 10 ชั่วโมง หลังได้รับยาเกินขนาด

Amoxy

ข้อบ่งใช้

ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เช่น ปอดบวม หลอดลมอักเสบ ติดเชื้อในหู ทางเดินปัสสาวะ และผิวหนัง ใช้ร่วมกับ Omeprazole หรือ Lansoprazole และ Clarithromycin เพื่อรักษา

การออกฤทธิ์ ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย อยู่ในกลุ่ม Broad spectrum penicillin เป็นเพนิซิลลินที่สังเคราะห์ขึ้นให้มีขอบเขตในการฆ่าเชื้อโรคกว้างขึ้นกว่าเพนิซิลลินอื่น

ผลข้างเคียง

ที่พบบ่อย คือ มีผื่นแดงขึ้นตามตัวแต่ไม่คัน ซึ่งไม่ใช่อาการแพ้ยา ปวดศีรษะ เจ็บในปาก มีอาการคัน และมีตกขาวในช่องคลอด

การพยาบาล

1. ก่อนเริ่มให้ยา Dose แรก ควรถามประวัติการแพ้ยาก่อน ถ้ามีประวัติการแพ้ยา ให้เขียนไว้ใน OPD card รายงาน หรือ Kardex ของผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อระวังในการให้ยา หรือสารต่างๆ ที่เป็นพิษ

2. ก่อนเริ่มให้ยา Dose แรก ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา เพื่อเก็บ Specimens ต่าง ๆ เช่น เลือด ปัสสาวะ เสมหะ เพื่อส่งตรวจหาเชื้อก่อน

กลไกการออกฤทธิ์

ทันทีที่ถูกดูดซึมเข้าไป เหล็กซึ่งอยู่ในรูปของเฟอร์รัสจะเข้าไปรวมตัวกับคาร์บอนไดออกไซด์ โกลบูลิน และทรานส์เฟอร์ริน แล้วถูกนำไปทั่วร่างกาย โดยที่จำนวนหนึ่งจะเข้าไปรวมกับมัยโอโกลบิน ส่วนใหญ่จะรวมกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง และประมาณ 1 กรัม จะเปลี่ยนเป็นเฟอร์ริทิน เก็บไว้ในไขกระดูก ตับและม้าม สามารถนำออกมาใช้สังเคราะห์ฮีโมโกลบินได้ทันที เมื่อมีการสูญเสียเพิ่มมากขึ้น การให้เหล็กในรูปของยาทางปาก มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทดแทนภาวะโลหิตจาง การขาดเหล็กได้ นอกจากนี้ยังอาจให้ในระยะที่ร่างกายต้องการเหล็กเพิ่มมากขึ้น เช่น ในเด็ก หญิงมีครรภ์เพื่อป้องกันการขาดเหล็ก

การดูดซึมและการขับออกจากร่างกาย

เมื่อรับประทานยาที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็กเข้าไป การดูดซึมขั้นแรกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในลำไส้เล็กส่วนต้น เหล็กจะถูกดูดซึมได้ดีที่สุดเมื่อกระเพาะว่าง แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่สามารถจะให้ยาที่มีส่วนประกอบของธาตุเหล็กในเวลาดังกล่าวได้ เพราะมักจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร การขับออกของเหล็กส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางอุจจาระ ปัสสาวะ และทางเหงื่อ

ขนาดและวิธีทางที่ให้

รับประทานครั้ง 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทุกวัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ส่วนใหญ่จะมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร ท้องผูกหรือท้องเดิน มีความไม่สุขสบาย เช่น ท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง ปวดท้อง อาการอื่นที่อาจพบได้ คือ ปวดศีรษะ โดยทั่วไปอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรง

การพยาบาล

1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาลดกรดและนมร่วมกับยาที่มีธาตุเหล็กเพราะจะขัดขวางการดูดซึมของยาได้
2. สังเกตสี ลักษณะ จำนวนครั้งของอุจจาระ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการท้องเดินหรือท้องผูกหรือไม่
3. ควรแนะนำผู้ป่วยว่ารับประทานยาประเภทนี้จะทำให้อุจจาระมีสีดำ

Morphine

กลุ่มยาแก้ปวดชนิดเสพติด (Narcotic analgesics) ใช้ระงับความเจ็บปวด ระงับอาการไอ การดูดซึมและขับออกจากร่างกาย

ดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร เยื่อบุจมูก ปอด การฉีดเข้าใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อก็ดูดซึมได้ดี ถ้าให้เข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ทันที แต่ยากกลุ่มนี้ถ้าให้ทางเดินอาหารจะมี First pass effect มาก

ขนาดและวิธีทางที่ให้

ขนาดที่ใช้ 10 มิลลิกรัมในผู้ใหญ่ ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ไม่นิยมให้รับประทาน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

หากได้รับยาเกินขนาดจะมีอาการหมดสติ ความดันโลหิตลดลงเรื่อยๆ กล้ามเนื้อคลายตัว กดการหายใจ

การพยาบาล

1. ยากลุ่มนี้กดการหายใจจึงต้องระวังในคนไข้ที่บกพร่องเกี่ยวกับทางเดินหายใจ
2. ดูแลให้ได้รับขนาด วิธี ตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการข้างเคียง

Ampicillin

กลไกการออกฤทธิ์

ใช้รักษาโรคติดเชื้อ Enterococcus ในระบบต่าง ๆ เช่น UTI แบคทีเรีย การติดเชื้อในทางเดินน้ำดี ยานี้เป็นยาเลือกตัวแรกในการรักษาโรคติดเชื้อ Enterococcus โดยให้ร่วมกับ Aminoglycosides ใช้ในรายที่ยังไม่ทราบผลการเพาะเชื้อที่แน่นอน

การดูดซึมและขับออกจากร่างกาย

จะทนต่อกรดในกระเพาะอาหาร มีการกระจายแบบนอกเซลล์ ถูกขับออกทางไต ระยะครึ่งชีวิต จะเป็น 19 ชั่วโมง

ขนาดและวิธีทางที่ให้

ใช้ขนาด 1 - 2 กรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ยานี้จะบริหารโดยการหยดทางหลอดเลือดดำในเวลา 20-30 นาที

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ทำให้เกิดผื่นแบบ Maculopapular ได้บ่อยมาก อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง แต่พบได้น้อย

การพยาบาล

1. Ampicillin ที่ผสมแล้ว จะมีฤทธิ์คงที่อยู่ได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง อย่าผสมยาไว้นาน ควรผสมแล้วฉีดทันที
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตลักษณะของผิวหนังทุกวันหลังจากเริ่มได้รับยา ถ้ามีผื่นควรปรึกษาแพทย์
3. ควรได้รับยาต่อไปอีกอย่างน้อย 48 - 72 ชั่วโมง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยไม่มีอาการของการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 เกี่ยวต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภาวะถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

- มารดา G₁P₀ อายุครรภ์ 40⁺⁶ สัปดาห์
- ให้ประวัติน้ำเดินเมื่อวันที่ 9 มิ.ย.2550 เวลา 07.00 น.
- ตรวจพบน้ำเดินในช่องคลอดผลการตรวจ Nitrazine Test Positive

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

- อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 –37.4 °C
- อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120-160 ครั้งต่อนาที
- WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4,000 -11,000/cu.mm.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติ และบันทึกเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก สีของน้ำคร่ำ คาดคะเนจำนวน กลิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะต้นๆ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
2. ตรวจวินิจฉัยยืนยันการแตกของถุงน้ำคร่ำโดยใช้ Speculum และทดสอบด้วย Nitrazine Test โดยใช้หลักปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายไม่ควรมากกว่า 37.4 °C หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป
4. ตรวจฟังเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะน้ำเดินก่อนคลอดซึ่งปกติต้องอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน
5. แนะนำผู้ป่วยใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตจำนวน สี ลักษณะของน้ำคร่ำที่ออกมาพร้อมทั้งบันทึก หากผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็น มี Thick Meconium ให้รีบรายงานแพทย์ทราบเนื่องจากเป็นภาวะผิดปกติที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายในช่วง 37.1 –37.4 °C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการติดเชื้อปกติ WBC = 8,200 อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 146-154 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน

ปัญหาที่ 2 เลี้ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือข้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

- มารดา G₁P₀ อายุครรภ์ 40⁺⁶ สัปดาห์
- ให้ประวัติน้ำเดินเมื่อวันที่ 9 มิ.ย.2550 เวลา 07.00 น.
- ตรวจพบน้ำเดินในช่องคลอดผลการตรวจ Nitrazine Test Positive
- ตรวจภายในปากมดลูกปิด

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะสายสะดือข้อย

เกณฑ์การประเมินผล

- ตรวจไม่พบสายสะดือข้อย
- การหดตัวของมดลูกปกติ Interval อยู่ในช่วง 3-4 นาที Duration อยู่ในช่วง 45-50 วินาที
- อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120-160 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงท่านอนหงายก้นสูงเพื่อป้องกันการพลัดตัวของสายสะดือ
2. ฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น หากผิดปกติ เช่น ต่ำกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ O₂ Canular 5 ลิตรต่อนาที และรีบรายงานแพทย์ทราบ
3. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
4. พิจารณาตรวจภายในเท่าที่จำเป็นเพื่อลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่โพรงมดลูก

การประเมินผล

แรกรับผลการตรวจภายในไม่พบสายสะดือข้อย อัตราการเต้นของหัวใจทารกทำซ้ำอยู่ในช่วง 148-154 ครั้งต่อนาที ชัดเจนสม่ำเสมอ

ปัญหาที่ 3 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

- มารดา G₁P₀ มีสีหน้าไม่สดชื่น
- ซักถามถึงอันตรายที่จะเกิดกับบุตรและตนเองเนื่องจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

- มีสีหน้าสดชื่น
- ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์พร้อมตอบปัญหาข้อสงสัยและนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป
- 2.อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์เพื่อให้เกิดความวิตกกังวล
- 3.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การช่วยคลอด การพยาบาลในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการดูแลทารกที่มารดามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
- 4.อธิบายขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยด้วยท่าที่สงบ มั่นคง และจริงใจก่อนที่จะลงมือปฏิบัติและแจ้งผลการตรวจให้ทราบทุกครั้งเพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวล

การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 4 เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน

- 5%D/N/ 2 1000 cc + Syntocinon 10 u v drip 40 cc/hr
- กระสับกระส่ายบิดตัวไปมาเมื่อมดลูกหดตัว
- มดลูกหดตัว 3 – 4 ครั้ง ใน 10 นาที แต่ครั้งนาน 45 – 50 วินาที
- แสดงสีหน้าเจ็บปวด

วัตถุประสงค์

เพื่อทุเลาอาการเจ็บครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล

- กระสับกระส่ายน้อยลง
- เมื่อมดลูกหดตัว สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ด้วยเทคนิคการหายใจ การนวด
- คลายความเจ็บปวดได้บ้างขณะมดลูกไม่หดตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ฝ้าดูดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยให้กำลังใจ และสัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้เกิดความอบอุ่น เกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้
2. สอนเทคนิคการหายใจที่ถูกต้อง เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น เมื่อมดลูกหดตัวให้หายใจเข้าลึก ๆ ช้า และหายใจออกช้า ๆ
3. ช่วยบีบนวดบริเวณหลัง กระจกก้นกบ และนวดขาให้เบาๆ เพื่อบรรเทา อาการปวด และเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและมั่นใจว่าจะผ่านความเจ็บปวดนี้ไปได้ด้วยดี

4. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและรู้สึกสดชื่นขึ้น

5. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของการหดตัวของมดลูก

การประเมินผล

ผู้คลอดส่งเสียงครวญครางเบาและอาการกระสับกระส่ายลดลง เมื่อมดลูกหดตัว 3-4 ครั้งใน 10 นาที สามารถใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้ง สามารถคลายความเจ็บปวดได้บ้างเมื่อมดลูกคลายตัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัดคลอด

ปัญหาที่ 1 อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้อง
- ผิวหนังร้อน
- อุณหภูมิร่างกายสูง $T = 38.1^{\circ}\text{C}$

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อุณหภูมิลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

- อุณหภูมิร่างกายสูงไม่เกิน 37.5°C

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลเช็ดตัวด้วยน้ำเย็น (Tepid Sponge) เพื่อเป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกายโดยการนำความร้อนซึ่งทำให้ไข้ลดลงและมารดาหลังคลอดมีความสุขสบายขึ้น และวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังการเช็ดตัวด้วยน้ำเย็นเพื่อประเมินการพยาบาล

2. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการไข้ตามแผนการรักษา Paracetamol (500) 2 tab \odot prn q 4 hr พร้อมติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและน้ำที่ร่างกายสูญเสีย

4. ดูแลให้มารดาหลังคลอดได้พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดการเผาผลาญภายในเซลล์ของร่างกาย ลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่มีผลทำให้การผลิตความร้อนลดลง

5. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

6. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น ความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของช่องปาก ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรคซึ่งอาจส่งผลต่ออุณหภูมิร่างกาย รวมทั้งเพื่อความสบายของมารดาหลังคลอด

ประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาล อุณหภูมิร่างกายลดลง = 37.6°C วันที่ 2-5 หลังผ่าตัด ไม่มีไข้

ปัญหาที่ 2 ปวดแผลผ่าตัดที่หน้าท้องเนื่องจากมีแผลจากการผ่าตัดคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ยาว 5 นิ้ว
- บอกว่าปวดแผลผ่าตัด
- สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

- มารดาหลังคลอดปวดแผลผ่าตัดลดลง
- มารดาหลังคลอดสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดรับทราบเกี่ยวกับสาเหตุของการปวดแผล กลไกการหายของแผลผ่าตัด เพื่อคลายความวิตกกังวล

1. แนะนำวิธีการลดความเจ็บปวดโดยการใช้มือประคองแผลผ่าตัด ในขณะที่เปลี่ยนท่าหรือเวลาไอและจาม

2. จัดท่านอนที่เหมาะสม โดยการนอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งจะช่วยให้ลดอาการปวดแผล

4. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา คือ Morphine 10 mg m prn q 6 hr พร้อมติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

5. รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น แผลผ่าตัดบวมแดง มีเลือดซึม มดลูกหดตัวไม่ดี เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ประเมินผล

วันที่ 1 หลังผ่าตัดหลังจากได้รับยา Morphine 10 mg m prn q 6 hr เพื่อบรรเทาอาการปวดผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดลดลง สามารถน้อยหลับได้ประมาณ 2 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา

ปัญหาที่ 3 ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

- มารดาครรภ์แรกถามว่า”หลังคลอดสามารถรับประทานอาหารอะไรได้บ้าง”

วัตถุประสงค์

มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ

เกณฑ์การประเมิน

- สามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ
- ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
 2. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อร่างกายอย่างเพียงพอ โดยรับประทานอาหารครบทุกประเภท เพื่อช่วยยให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว และยังมีผลต่อการสร้างน้ำนม ในระยะหลังคลอด งคอาหารรสจัด ของหมักดอง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 3. แนะนำการพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะสัปดาห์แรกหลังคลอด
 4. แนะนำให้ผู้ป่วยทำงานให้เหมาะสมกับสภาพความพร้อมของร่างกายและจิตใจ
- ในระยะ 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัดคลอดห้ามทำงานหนัก
5. แนะนำวิธีการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
 6. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะเต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์
 7. แนะนำการงดร่วมเพศ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดคลอด
 8. แนะนำให้เข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยและสามีเป็นคนตัดสินใจในการเลือก
 9. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติซึ่งต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดปริ น้ำคาวปลาผิดปกติ
 10. อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจร่างกายหลังคลอด

ประเมินผล

ภายหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ถูกต้องเหมาะสม

สรุปกรณีศึกษา

มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 40⁺6 สัปดาห์ by U/S ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ผลการตรวจเลือดปกติ HBsAg = Negative, VDRL = Non Reactive, HIV = Negative, Blood group A Rh Positive, Hematocrit ครั้งที่ 1 = 34% ครั้งที่ 2 = 35% ระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำเดินออกทางช่องคลอดไม่เจ็บครรภ์เมื่อวันที่ 9 มิ.ย.48 (เวลา 07.00 น.) แรกที่ห้องคลอด 9 มิ.ย.48 เวลา (08.15 น.) ประเมินระดับขดมดลูก 3/4 > ๑ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ปากมดลูกปิด มีน้ำเดินออกทางช่องคลอด Mild meconium ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive ทารกมีส่วนนำท่าศีรษะ ทารกท่าซ้าย (OL) อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์มี Order 5% D/N/2 1000 cc + Syntocinon 10 u drip 40 cc/hr เวลา (10.00น.) หลังจากเร่งคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกหดรัดตัว Interval = 5 นาที Duration = 35 วินาที ปรับ Rate IV เป็น 50 cc/hr หลังเร่งคลอด 4 ชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบาง 75% ระดับส่วนนำ -2 Interval = 4 นาที Duration = 40 วินาที ปรับ Rate IV เป็น 60 cc/hr หลังเร่งคลอด 8 ชั่วโมง ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด พบว่าไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด โดยปากมดลูกเปิดเท่าเดิม 2 เซนติเมตร ความบาง 75% ระดับส่วนนำ -2 อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 -150 ครั้งต่อนาที แพทย์พิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องวันที่ 9 มิถุนายน 2550 (เวลา 19.30 น.) ทารกเพศ หญิง น้ำหนัก 3,120 กรัม Apgar score นาทีที่ 1-5 -10 = 9-10-10 คะแนน ภายหลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและทารกได้รับการดูแลหลังคลอด 6 วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้

การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย คือ ในระยะระลอกคลอดอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย การดูแลให้นอนพักบนเตียงเพื่อป้องกันภาวะสายสะดือข้อยอกจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ การสังเกตน้ำคร่ำ เช่น จำนวน กลิ่น สี เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในโพรงมดลูก การตรวจฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารก การตรวจจับการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ การดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ระยะหลังผ่าตัดคลอดได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การดูแลทารกแรกคลอด

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษารักษา 6 วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ อาการผู้ป่วยก่อนจำหน่าย แข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีแดงจาง น้านมไหลดี $T = 36.8^{\circ}\text{C}$ $P = 86$ ครั้งต่อนาที $R = 20$ ครั้งต่อนาที $BP = 110/70$ mmHg อาการของบุตรก่อนจำหน่าย Activity ดี ร้องเสียงดัง คุณนมมารดาได้ดีไม่สำรอก สายสะดือไม่แฉะ น้ำหนัก 3,100 กิโลกรัม

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

ด้านมารดา

1. แนะนำการมาตรวจหลังคลอด 45 วัน พร้อมเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจ หลังคลอดว่าเพื่อประเมินสุขภาพหลังคลอด เช่น ตรวจดูการหายของแผลผ่าตัด ลักษณะของน้ำคาวปลา ระดับมดลูกว่ามีอาการเข้าอยู่หรือยัง การไหลของน้ำนม พร้อมทั้งการแนะนำเกี่ยวกับวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม หากพบอาการผิดปกติแพทย์จะได้ให้คำแนะนำและการรักษา

2. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา คือ Amoxy 500 mg 1 tab \odot qid pc โดยการรับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น และให้รับประทานยาจนหมดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการรักษาครั้งต่อไป Paracetamol 2 tab \odot q 6 hr โดยการรับประทานครั้งละ 2 เม็ด เมื่อมีอาการไข้ ปวดมดลูกหรือเจ็บแผลผ่าตัด FBC 1 tab \odot bid pc โดยการรับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น เพื่อช่วยเสริมธาตุเหล็กซึ่งช่วยในการสร้างเม็ดเลือด

3. แนะนำการงดร่วมเพศ 4 – 6 สัปดาห์ จนกว่าจะตรวจหลังคลอดแล้วเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่โพรงมดลูก

4. แนะนำการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้ดีทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ชุ่มเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค

5. แนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากนมมารดามีสารอาหารครบถ้วนต่อการเจริญเติบโตของทารกและยังมีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยในเรื่องการประหยัดค่าใช้จ่าย และประหยัดเวลาในการเตรียมและช่วยในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร

6. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ปลา ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ เพื่อช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและสร้างน้ำนมและยังช่วยในการขับถ่าย

7. แนะนำอาหารที่ควรงด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชาดองเหล้า อาหารหมักดอง น้ำชา กาแฟเพราะสามารถผ่านทางน้ำนมได้

8. แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรพักผ่อนให้มากกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครรถ์ กลางคืนควรได้นอน 8 – 10 ชั่วโมง และควรนอนพักตอนกลางวันประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาลูกหลับ ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆ ทำงานบ้านเบาๆ ได้แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับอย่าหักโหมไม่ควรยกของหนักหรืองานที่ต้องออกแรงเบ่งเพราะกล้ามเนื้อ เอ็นต่างๆ ยังไม่แข็งแรง ถ้าออกแรงมากจะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น อาจทำให้หมัดลูกเคลื่อนต่ำลงมาหลัง 6 สัปดาห์แล้ว จึงจะทำงานได้เหมือนเดิม

9. แนะนำการออกกำลังกาย เช่น ทำนอนหงายชันเข่าค่อยๆ ยกเท้าที่ละข้างขึ้นสลับไปมา จะช่วยให้อวัยวะต่างๆ กลับคืนสู่สภาพปกติเร็วขึ้น การไหลเวียนของเลือดดี ช่วยให้ทารกตรงสวยงาม

10. แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรทราบ และควรมาโรงพยาบาล เช่น น้ำคาวปลาเป็นสีแดงตลอดไม่จางลง หรือ มีกลิ่นเหม็นเน่า มีไข้สูง อาจเกิดจากการติดเชื้อ แผลฝีเย็บบวมแดง ปวดมากหรือเป็นหนอง ปัสสาวะแสบขัดบ่อย อาจเกิดติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เต้านมอักเสบ บวมแดง กดเจ็บ หลังคลอด 2 สัปดาห์แล้ว ยังคลำก้อนทางหน้าท้องได้

ด้านทารก

1.แนะนำอาการผิดปกติของบุตร ที่ควรรีบนำมาพบแพทย์ เช่น ร้องกวนบ่อยครั้ง ท้องอืดมากดูดกลืนไม่ดี สำรอก ถ่ายเหลว ตัวและตาเหลือง สะดือแฉะ มีกลิ่นเหม็น รอบ ๆ สะดือบวมแดง มีไข้ ชักเกร็ง ซึม ไม่ยอมดูดนม

2. แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกวิธี อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้บุตรได้รับภูมิคุ้มกันโรคจากนมมารดาและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร

3.แนะนำให้นำบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคตามนัดหากไม่สามารถมาได้ในวันนัดให้รีบมาเร็วที่สุดหลังจากวันนัดพร้อมแนะนำการศึกษาสมุดสีชมพูในการดูแลบุตร เช่น ระยะเวลาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การให้อาหารเสริม พัฒนาการตามวัยของทารก

การวิเคราะห์วิจารณ์และการเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วย G₁P₀ อายุครรภ์ 40⁺⁶ สัปดาห์ by U/S มาโรงพยาบาลด้วยมีน้ำเดินออกทางช่องคลอดไม่เจ็บครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ คือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ จากผลการซักประวัติตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีน้ำเดินออกทางช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมงโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ปากมดลูกปิด ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive ซึ่งการวินิจฉัยดังกล่าวตรงกับทฤษฎีที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ซึ่งการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์นั้นต้องประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยแยกโรค เนื่องจากในหญิงตั้งครรภ์อาจพบสิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอดที่มีลักษณะเป็นเมือกและมีค่า pH เป็นกรด ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องจะช่วยให้การวางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ทั้งในระยะรอกคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ผู้ป่วยรายนี้ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง แพทย์พิจารณาเร่งคลอดโดยใช้ Syntocinon เพื่อเป็นการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ภายหลังการเร่งคลอดได้รับการประเมินพบว่าไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด แพทย์จึงพิจารณาช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

สรุป

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดนั้น การพยาบาลที่สำคัญเริ่มตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทดสอบน้ำคร่ำ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดการพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก การป้องกันภาวะสายสะดือข้อยึด ซึ่งจะนำไปสู่อันตรายที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารก ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุ การรักษาพยาบาลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

- กำแหง จาตุรจินดา และคณะ. (2541). **สูติศาสตร์รามาชิปตี**. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัลมีเดีย
ชวานพิศ นรเดชนานนท์. (2542). **ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์ : การประเมินและแผนการพยาบาล**
กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียมสร ทองสวัสดิ์ และคณะ. (2547). **เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการ
ผดุงครรภ์**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธีระ ทองสง. (2543). **สูติศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: พีบี อเรนบุ๊ก
- ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบูรณ์. **ตำราสูติศาสตร์**. เชียงใหม่:
โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- พิชัย เจริญพานิช. (2540). **แก่นแท้ของสูติศาสตร์ปัญหาและแนวทางแก้ไข**. กรุงเทพมหานคร :
เรือนแก้วการพิมพ์
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์. (2543). **การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
สำหรับพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินต์ติ้ง.
- มานี ปิยะอนันต์ และคณะ . (2543). **สูติศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: พีเอ ลิฟวิ่งจำกัด.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2544). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2**. กรุงเทพมหานคร: โครงการ
สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2548). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทประชุมช่าง
- สุกัญญา ปริสัญญกุล. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์
- ศรินวล โอสธเสถียร. (2543). **จุดเน้นทางการพยาบาลแม่-เด็กและการผดุงครรภ์**. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินต์ติ้ง.
- สุจิต เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ .(2540). **สูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คำนำ

การพยาบาลมารดาภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes) วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อทั้งมารดาและทารก ภาวะสายสะดือย้อย พยาบาลห้องคลอดซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุดต้องมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การตรวจวินิจฉัย การประเมินสภาพของผู้คลอด เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งทารกแรกคลอด ให้สามารถดำเนินการคลอดโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดเพื่อลดอัตราการติดเชื้อของมารดาและทารกในระยะต่างๆ โดยตระหนักถึงการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปเสมอเนื่องจากภาวะดังกล่าวส่งผลในด้านจิตใจของมารดาทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

ผู้จัดทำได้ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จากหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลผู้คลอดและทารก รวมทั้งเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้คลอดรายอื่น ๆ ในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

รุ่งรัตน์ ภูวิจิตร

กันยายน พ.ศ. 2550

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทนำ	1
ความหมาย	1
อุมัติการณ์	1
ความสำคัญ	1
สาเหตุ	2
พยาธิสภาพ	3
การวินิจฉัย	5
การรักษา	8
ภาวะแทรกซ้อนด้านมารดาและทารก	9
การพยาบาล	10
กรณีศึกษา	
- ข้อมูลส่วนบุคคล	12
- ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	14
- ข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	15
- ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	16
- สรุปอาการขณะรับไว้ในความดูแล	17
- ยาที่ใช้ในกรณีศึกษา	18
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัด	22
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังผ่าตัด	25
- สรุปกรณีศึกษา	28
- การวิเคราะห์วิจารณ์และการเสนอแนะ	28
- สรุป	30

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงภาพผลึกไบเฟิร์นจากน้ำคร่ำโดยดูผ่านกล้องจุลทรรศน์	6

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงสีของกระดาษ Nitrazine เมื่อสัมผัสน้ำในช่องคลอด	5

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 แสดงพยาธิการเกิด PROM	4
2 แสดงแนวทางการดูแลรักษา (Premature Rupture of Membranes)	9

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง
การพยาบาลผู้คลอดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
(Premature Rupture of Membranes)

ของ

นางรุ่งรัตน์ ภูวิจิตร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 ตำแหน่งเลขที่ 1841
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
กรมอนามัย

เพื่อขอแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว ตำแหน่งเลขที่ 1841
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
กรมอนามัย