

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด

พิมพ์ไฉ วุฒตะกุล
โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: การคลอดท่าก้น เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางสูติกรรมจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการขั้นสูง การคลอดติดขัดส่วนศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารก, ต่อช่องทางคลอดและภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ สถิติของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว พบการคลอดท่าก้น ในปีงบประมาณ 2564- 2566 จำนวน 1 ราย, 0 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ แม้ว่าจะพบอุบัติการณ์คลอดท่าก้นจำนวนน้อย แต่มีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อมารดาและทารกนำไปสู่การเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด เพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอัตราการตายของทารกที่จะตามมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด ตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่าย

รูปแบบการศึกษา: เป็นกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด ที่เข้ารับบริการในเดือนพฤศจิกายน 2565 จำนวน 1 ราย ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ อายุ 23 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3 วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ 8 ครั้งครบตามเกณฑ์คุณภาพ ผลเลือด ANC ปกติ Hct 39 % มีประวัติครรภ์แรกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 28 + สัปดาห์ ทารกน้ำหนักแรกคลอด 1,500 กรัม มารดาไม่มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ให้ประวัติ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับทารกท่าก้น ปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทำคลอดท่าก้นตามมาตรฐานทารกเพศหญิง Apgar score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 6,10,10 คะแนน ตามลำดับ น้ำหนัก 2,070 กรัม ทารกแรกคลอดตัวแดง ปลายมือปลายเท้าเขียว ร้องเสียงเบา หายใจไม่สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที แขนขาเคลื่อนไหว ได้รับการกระตุ้น PPV 1 cycle ทารก Active ดี ร้องเสียงดัง ตัวแดงดี หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจเร็ว 62-68 ครั้งต่อนาที ให้ Oxygen Box 10 ลิตรต่อนาที 2 วัน จำหน่ายมารดาและทารกหลังจากนอนโรงพยาบาล 3 วัน

สรุป: จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประเมินแรกรับให้ได้ว่าส่วนนำของทารกเป็นก้น และทารกมีโอกาสขาดออกซิเจนอย่างมาก ทีมพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินมารดาและทารก การช่วยคลอดในภาวะวิกฤต รวมทั้งทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว ซึ่งพยาบาลห้องคลอดเป็นหนึ่งในทีมที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน ฝ้าระวัง ดูแลให้ผู้ป่วยคลอดและทารกปลอดภัยตลอดการคลอดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย

คำสำคัญ: การคลอดท่าก้น, การพยาบาล

บทนำ

การคลอดท่าก้น (Breech Presentation) ถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางสูติกรรมจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการขั้นสูง ตามภาวะปกติของการตั้งครรภ์เมื่อครบกำหนดคลอด ทารกส่วนใหญ่ ร้อยละ 95-97 จะมีส่วนนำเป็นศีรษะ ซึ่งเป็นส่วนของทารกที่คลอดออกมาก่อนส่วนอื่น กล่าวคือ ศีรษะจะเป็นส่วนที่อยู่ต่ำสุดในช่องเชิงกราน และจะคลอดออกมาก่อนส่วนอื่นของร่างกาย เรียกว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะหรือท่าหัว ซึ่งเป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับการคลอดและคลอดง่ายที่สุด อีกร้อยละ 3-4 ของทารกจะมีส่วนนำเป็นก้น (Impey & Child, 2017) หรือ “ทารกท่าก้น (Breech presentation)” เป็นท่าที่ไม่ใช่ท่าคลอดปกติ การคลอดจึงไม่ปกติเหมือนทารกท่าศีรษะ การคลอดท่าก้นอาจเกิดภาวะ คลอดติดขัดส่วนศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารก ต่อช่องทางคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด

จากสถิติของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว พบการคลอดท่าก้น ในปี 2564- 2566 จำนวน 1 ราย, 0 รายและ 1 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว, 2566) แม้ว่าจะพบอุบัติการณ์คลอดท่าก้นจำนวนน้อย แต่มีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงต่อมารดาและทารกนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ตลอดจนความพร้อม และทักษะการประเมินการช่วยเหลือ ประสานงานของทีมผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด เพื่อป้องกันและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอัตราการตายของทารกที่จะตามมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้คลอดที่คลอดท่าก้นทางช่องทางคลอด จำนวน 1 ราย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ พยาธิสภาพ การรักษา ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล
2. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการคลอดท่าก้น ทางช่องทางคลอด จากหนังสือ เอกสารวิชาการ ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา หาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับข้อมูลประวัติ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีและแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. ประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการประเมินภาวะสุขภาพ
5. ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
6. ประเมินผล สรุปรบทเรียนจากกรณีศึกษา ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นและแผนการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพื่อเป็นการทบทวนการดูแลผู้ป่วย
7. เขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไข

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ความหมาย

ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ (breech presentation) หมายถึง การช่วยเหลือทารกในครรภ์ที่ทารกเอาก้นหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของขาผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานก่อนส่วนอื่น ๆ โดยเอาศีรษะของทารกอยู่บริเวณยอดมดลูกแทน พบบ่อยที่สุดในทารกที่มีส่วนนำผิดปกติ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2558, ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, Impey & Child, 2017, Smith, 2018)

อุบัติการณ์

พบร้อยละ 3-4 ของการคลอดครบกำหนดและประมาณร้อยละ 25 ของการคลอดก่อนกำหนด (Impey & Child, 2017)

สาเหตุของการมีก้นเป็นส่วนนำ

สาเหตุที่ทำให้ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ มีทั้งสาเหตุด้านมารดา และทารก ดังนี้ คือ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2558, Lanni, Gherman & Gonik, 2017)

สาเหตุด้านมารดา

1. มีสิ่งขัดขวางการเข้าสู่ช่องเชิงกรานของศีรษะทารก เช่น ศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน รกเกาะต่ำ มีก้อนในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

2. ผนังหน้าท้องหย่อนยาน เช่น ครรภ์หลัง เป็นต้น

3. ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ

4. มดลูกผิดปกติ

5. เคยตั้งครรภ์ที่ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ

6. รกเกาะต่ำหรือรกเกาะที่บริเวณยอดมดลูก

สาเหตุด้านทารก

1. ทารกคลอดก่อนกำหนด

2. ความผิดปกติของระบบประสาทของทารก เช่น ทารกหัวบาตร (hydrocephalus) หรือทารกไม่มีสมอง เป็นต้น

ชนิดของท่าก้น

ชนิดของท่าก้น มี 3 ชนิด คือ (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, Bambini, 2016, Lanni, Gherman & Gonik, 2017, Ricci, 2017)

1. ท่าก้นที่เอาก้นเป็นส่วนนำ (frank breech) เป็นท่าก้นที่ทารกอยู่ที่สะโพก ส่วนขาและเข่าเหยียดตรงแนบกับหน้าท้องบริเวณหน้าอกขนานไปกับตัวทารก

2. ท่าก้นชนิดสมบูรณ์ (complete breech) ทารกจะอยู่ในท่างอสะโพกและงอเข่าทั้ง 2 ข้างหรืออยู่ในท่าขัดสมาธิมือกอดอกและก้นเป็นส่วนนำลงมาในอุ้งเชิงกราน

3. ท่าก้นที่มีเท้ายื่นออกมา (footing breech) แบ่งเป็น มีเท้าข้างหนึ่งยื่นลงมา (single footing) และมีเท้า 2 ข้างยื่นลงมา (double footing)

การวินิจฉัยท่าก้น

การวินิจฉัยท่าก้น ทำได้โดย (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, Bambini, 2016, Smith, 2018)

1. การตรวจครรภ์ด้วยวิธีลีโอโพลด์ (Leopold's maneuver)
2. การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์
3. การตรวจภายใน
4. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

วิธีการช่วยคลอดท่าก้น

วิธีการช่วยคลอดท่าก้น คือการช่วยคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ดังนี้ (จรรยาพร ศรีสว่าง, 2558, สุภาพ ไทยแท้, 2556, Cashion, 2014, Impey & Child, 2017, Oat & Abraham, 2017)

การช่วยคลอดทางช่องคลอด

1. ทารกคลอดผ่านช่องคลอดออกมาโดยแรงผลักดันตามธรรมชาติเท่านั้น (Spontaneous breech delivery) ผู้ช่วยคลอดช่วยพยุงส่วนของทารกที่คลอดออกมา พบในทารกที่ตัวเล็ก ครรภ์หลัง มารดาเบ่งดี ทำให้การคลอดสิ้นสุดลงภายใน 8-10 นาทีหลังจากสะดือทารกพ้นปากช่องคลอดออกมา

2. การช่วยคลอดทารกหลังจากทารกคลอดออกมาเองจนถึงระดับสะดือแล้ว (partial breech extraction, breech assisting) เป็นการคลอดท่าก้นที่นิยมปฏิบัติกันมากที่สุด เริ่มช่วยดึงทารกออกตามกลไกพร้อมแรงเบ่งของผู้คลอด

3. การทำคลอดทารกที่มีก้นเป็นส่วนนำโดยดึงตัวทารกลงมาโดยผู้ทำคลอด ให้คลอดทั้งตัวตามกลไกการคลอดครั้งแรก (total breech extraction) เป็นการผ่าตัดคลอดที่หายาก และมีอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกได้มาก จึงควรพิจารณาทำเมื่อมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง การตั้งครรภ์ท่าก้นในครรภ์แรกเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และมีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องอีก คือ อายุมากกว่า 35 ปี ตั้งครรภ์ยาก มีประวัติคลอดยากในครรภ์ก่อนๆ เชิงกรานแคบหรือผิดปกติ ทารกมีขนาดใหญ่คาดคะเนน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม ทารกมีเท้าเป็นส่วนนำ ศีรษะแข็ง อายุครรภ์เกินกำหนด ระยะของการคลอดยาวนาน ถุงน้ำคร่ำแตกแล้วยังไม่เจ็บครรภ์ภายใน 12 ชั่วโมงหรือยังไม่คลอดภายใน 24 ชั่วโมง มดลูกหดตัวไม่ดี หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดท่าก้น

ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดท่าก้น มีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา และภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ดังนี้ คือ (จรรยาพร ศรีสว่าง, 2558, สุภาพ ไทยแท้, 2556, Impey & Child, 2017)

ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา

1. การติดเชื้อ อาจเนื่องมาจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดเป็นเวลานาน การใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือการเจ็บครรภ์คลอดนานกว่าปกติ
2. การฉีกขาดของช่องคลอด
3. การตกเลือดหลังคลอด

ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก

1. ภาวะถูกหักและข้อเคลื่อน เช่น การหักของกระดูกไหปลาร้า กระดูกแขน ขา กระดูกซี่โครง การเคลื่อนที่ของข้อสะโพกและไหล่ เป็นต้น มักเกิดจากการทำคลอดที่ไม่ถูกต้องและขาดความระมัดระวัง

2. อันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ตับแตก ม้ามแตก เป็นต้น มักเกิดจากผู้ทำคลอดจับทารกบริเวณหน้าท้องและกดบริเวณตับและม้ามแรงเกินไปขณะทำคลอด

3. เลือดออกในสมอง เกิดจากการดึงทารกรุนแรง หรือดึงศีรษะทารกออกมาเร็วเกินไป มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองหรือหลอดเลือดในสมอง

4. ทารกขาดออกซิเจน ซึ่งอาจเกิดจากสายสะดือถูกกดทับกับเชิงกรานเมื่อกันทารกคลอด หรือการช่วยเหลือการคลอดศีรษะทารกช้าเกินไป

5. การที่ส่วนแขนและไหล่เป็นอัมพาต (Erb-Duchenne paralyse) เกิดจากอันตรายต่อเส้นประสาทเบรเคียล (brachial plexus) ส่วนมากมักเป็นชั่วคราว

6. กล้ามเนื้อสเตอร์โนมาสต์อยด์ (sternomastoid) ฉีกขาด ซึ่งเมื่อหายแล้วจะเกิดเป็นแผลดึงรั้งให้กล้ามเนื้อผดสั้นกว่าอีกข้าง จึงทำให้คอเอียงและบิดไปข้างนั้น (torticollis)

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ

หลักการพยาบาลผู้คลอดที่ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ ประกอบด้วย หลักการพยาบาลก่อนช่วยคลอดทำก้น หลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดทำก้น และหลักการพยาบาลหลังช่วยคลอดทำก้น ดังนี้คือ (จริยาพร ศรีสว่าง, 2558, ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, สุภาพ ไทยแท้, 2556, Cashion, 2014, Bambini, 2016, Ricci, 2017)

หลักการพยาบาลก่อนช่วยคลอดทำก้น

1. อธิบายวิธีการช่วยคลอดทำก้น และการปฏิบัติตนในขณะที่ได้รับการช่วยคลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้และให้ความร่วมมือในการทำสูติศาสตร์หัตถการ

2. ประเมินความรู้สึกลัวและวิตกกังวลของผู้คลอด

3. บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์โดยฟังทุก 30 นาที

4. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูความก้าวหน้าของการคลอด

5. ตรวจสอบภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ โดยทำด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันถุงน้ำคร่ำแตก

6. ถ้าถุงน้ำคร่ำแตก ให้ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทันที และตรวจสอบภายในเพื่อประเมินภาวะสายสะดือพลัดต่ำ

7. ให้นอนพักบนเตียง เพื่อป้องกันถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา

8. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำและยาตามแผนการรักษา

9. ดูแลให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

10. แนะนำเทคนิคการหายใจ ควรเริ่มใช้เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวดในระดับที่ไม่สามารถเดินหรือพูดขณะที่มดลูกมีการหดตัว

วิธีที่ 1 slow chest breathing ใช้เมื่อมีอาการเจ็บจริงถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ดังนี้

1. หายใจล้างปอด 1 ครั้ง

2. หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ แล้วผ่อนลมออกทางปากช้า ๆ ทำเช่นนั้นตลอดจนกว่ามดลูกจะเริ่มความต้วหายใจล้างปอด

วิธีที่ 2 Shallow chest breathing ใช้เมื่อปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ดังนี้

1. หายใจล้างปอด
2. เมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจด้วยวิธีที่ 1
3. เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ให้หายใจเข้าและออกผ่านทางทั้งทางปากและจมูกสั้น ๆ และเบาให้รู้สึกว่าจะไม่ได้ออกแรงหายใจ (ให้หายใจแค่ที่คอ) ทำเช่นนี้จนกว่ามดลูกเริ่มคลายตัว จึงกลับไปหายใจโดยวิธีที่ 1
4. หายใจล้างปอดเมื่อมดลูกคลายตัว

วิธีที่ 3 pant - blow breathing ใช้เมื่อปากมดลูกเปิด 8- 10 เซนติเมตร ดังนี้

1. เมื่อมดลูกหดตัวให้หายใจเข้าทางปากสั้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ 4 ครั้ง สลับกับเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง คล้ายเป่าเทียน หายใจเช่นนี้จนมดลูกคลายตัว
2. หายใจล้างปอด การหายใจอาจเกิด hyper ventilation ใช้เมื่อปากมดลูกปิดร่างกาย ทำให้ผู้คลอดเกิดอาการปวดศีรษะ ชารอบริมฝีปาก

วิธีที่ 4 การหายใจเพื่อเบ่งคลอด (breathing for pushing) ใช้เมื่อปากมดลูกเปิดหมด และเริ่มเบ่ง ปฏิบัติ ดังนี้

สุดลมหายใจเข้าทางจมูกให้เต็มที่ กลั้นหายใจ ปิดปาก ก้มหน้าคางชิดอก เบ่งลมเหมือนถ่ายอุจจาระ ขณะเบ่งควรรออยู่ในท่าศีรษะสูงกว่าตัว นานครั้งละ 6-8 วินาที หรือนับ 1- 10 ในใจ แล้วผ่อนคลายลมหายใจออกทางปาก และสุดลมหายใจเข้าแล้วเบ่งซ้ำอีก จนกระทั่งมดลูกคลายตัว จึงหายใจล้างปอดอีก 1 ครั้ง มดลูกหดตัวครั้งหนึ่งสามารถเบ่งได้ 2-3 ครั้ง การเบ่งที่ถูกวิธีจะช่วยเสริมสร้างแรงผลักดันที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกให้เพิ่มขึ้นได้ถึง 3 เท่า หากอยากเบ่งในขณะที่ไม่ควรเบ่งให้อ้าปากเพื่อให้ขากรรไกรหย่อนแล้วหายใจเข้าออกทางปากชั่วคราว หรือเป่าลมออกทางปาก การลูบหน้าท้องและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อภาวะความเจ็บปวดได้

หลักการพยาบาลขณะช่วยคลอดทำกัน

1. ประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงหัวใจของทารกทุกครั้งที่มีมดลูกคลายตัว ถ้าพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทันที
2. สอนการเบ่งที่ถูกวิธี โดยเบ่งพร้อมกับการหดตัวของมดลูก
3. เตรียมการคลอดรวมทั้งคีมไปเปอร์ และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก
4. รายงานกุมารแพทย์
5. ช่วยเหลือแพทย์ในการคลอดทารก เช่น ใช้มือกดบริเวณยอดมดลูกหรือเหนือหัวหน้าด้วยแรงปานกลาง เพื่อช่วยให้ศีรษะทารกก้มและเคลื่อนออกมาได้ง่ายขึ้น
6. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องตามแผนการรักษา ถ้าการคลอดไม่ก้าวหน้าหรือทารกในครรภ์มีภาวะเครียด

หลักการพยาบาลหลังการช่วยคลอดทำกัน

1. วัดสัญญาณชีพผู้คลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ ติดต่อกัน 2 ครั้ง จากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง

2. บันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด จากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้าพบว่าเลือดที่ออกชุ่มผ้าอนามัยมีมากกว่า 1 ชิ้นต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

3. บันทึกการหดตัวมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกจนกว่ามดลูกหดตัวแข็ง เพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอด

4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง

5. ดูแลให้ได้รับเครื่องดื่มหรืออาหารอ่อนในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6. ดูแลให้การดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และจัดระเบียบการพยาบาล เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปจากการคลอด

7. คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกับมารดาที่คลอดปกติ

การทำคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด

ก่อนตัดสินใจให้ทารกท่าก้นคลอดทางช่องคลอด ควรตรวจหาข้อห้ามของการคลอดทางช่องคลอด เช่น ภาวะ hyperextended head, ส่วนนำเป็นชนิด footling breech หรือประเมนแล้วพบว่าทารกตัวโตมากและอาจมีปัญหาปัญหาการคลอดติดขัดได้ เป็นต้น และควรมีกุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์เตรียมพร้อมอยู่เสมอ รวมถึงแจ้งกุมารแพทย์ไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ ในช่วงระยะที่ 1 ของการคลอด ถ้ามีการแตกของถุงน้ำคร่ำเกิดขึ้น ควรตรวจภายในทันที เพื่อเฝ้าระวังภาวะสายสะดือโผล่อ้อย (prolapsed cord) และควรให้ความสนใจกับการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อยในช่วง 5-10 นาทีหลังจากที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ

การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ

1. **Spontaneous breech delivery** ปล่อยให้ทารกคลอดผ่านช่องคลอดออกมาเองทั้งหมดโดยไม่ต้องใช้แรงดึง ผู้ทำคลอดเพียงแต่เพียงส่วนของทารกให้คลอดตามกลไกธรรมชาติ พร้อมกับใช้มือช่วยกดบริเวณเหนือหัวหน้า เพื่อให้ศีรษะทารกจมไปในช่องคลอดเท่านั้น การคลอดวิธีนี้มีจะพบในครรภ์หลังที่มารดามีขนาดเล็ก มดลูกหดตัวดี หรือมารดาออกแรงแบ่งได้ดี แต่สำหรับในทารกครบกำหนดทั่วไป มักจะต้องช่วยคลอดเพื่อไม่ให้สายสะดือถูกกดอยู่นานในช่องทางคลอด

2. **Partial breech extraction หรือ breech assisting delivery** ปล่อยให้ทารกคลอดออกมาเองตามธรรมชาติจนถึงระดับสะดือ แล้วจึงช่วยคลอดส่วนที่เหลือโดยใช้หลักการการช่วยคลอดส่วนต่างๆ ของทารก นับว่าเป็นการคลอดทารกที่พบได้บ่อยที่สุด และเมื่อกล่าวถึงการคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด โดยทั่วไปมักหมายถึงการคลอดชนิดนี้

3. **Total breech extraction delivery** ช่วยคลอดทุกส่วนของทารก

วิธีการทำคลอดทารกที่มีส่วนนำเป็นก้นทางช่องคลอด แบบ breech assisting delivery (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2557)

คือ การเริ่มช่วยคลอดทารกเมื่อก้นคลอดออกมาแล้ว จนถึงระดับสะดือของทารกโดยใช้หลักการช่วยคลอดส่วนขา ลำตัว แขน และศีรษะตามลำดับ

การช่วยคลอดส่วนขา

ใช้นิ้วมือปิดหรือเชียบบริเวณด้านในของขาพับ (popliteal fossa) ให้ต้นขาพลิกกางออก (external rotation และ abduction of thigh) และคอยจัดทำทารกให้ส่วนหลังอยู่ด้านบนหรือทางด้านหน้าของเชิงกรานมารดาอยู่เสมอ ซึ่งการ

ปัดขาทารกต้องระมัดระวังไม่ให้แรงเกินไปและปัดให้ถูกทิศทาง เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อขาหรือสะโพกของทารกได้

การช่วยคลอดไหล่และแขน

การช่วยคลอดไหล่และแขนจะเริ่มกระทำเมื่อเห็นรักแร้ของทารก (visible axilla) แล้วเท่านั้น โดยการช่วยคลอดไหล่มีหลายวิธี เช่น ใช้นิ้วมือเกี่ยวแขนคล้ายแมวตะกุก ที่เรียกว่า “cat’s paw method” และวิธีของ Muller ซึ่งใช้ช่วยคลอดได้ทั้งแขนหน้าและแขนหลัง แต่ต้องเป็นแขนที่อยู่ในลักษณะหรือท่าปกติ นอกจากนี้ยังมีวิธี classical ซึ่งเป็นการช่วยคลอดแขนหลังให้คลอดออกมาทางด้านหลังของเชิงกราน และวิธี Lovset ซึ่งเป็นวิธีการช่วยคลอดแขนหลังให้คลอดออกมาทางด้านหน้าของเชิงกราน โดยการหมุนตัวเด็กให้ไหล่และแขนหมุนจากด้านหลังของเชิงกรานไปคลอดออกทางด้านหน้าได้กระดูกหัวไหล่ การเลือกว่าจะใช้วิธีใดช่วยคลอดถ้านแขนแนบกับลำตัวเด็กจะคลอดได้ง่าย ซึ่งวิธีที่เหมาะสมคือ cat’s paw หรือวิธีของ Muller แต่ถ้าแขนเหยียดขึ้นไปเหนือศีรษะ (extended arm) หรืออยู่บริเวณด้านหลังคอเด็ก (nuchal arm) จะคลอดค่อนข้างยาก ซึ่งวิธีที่เหมาะสมในการช่วยคลอด คือ classical และ Lovset

การช่วยคลอดศีรษะ

ก่อนที่จะช่วยคลอดศีรษะ ควรสอดมือเข้าไปตรวจดูจนแน่ใจว่าศีรษะเด็กได้หมุนมาอยู่ในแนวหน้าหลังหรือคว่ำหน้าเรียบร้อยแล้ว (ศีรษะอยู่ในแนว AP และควรเป็นการคว่ำหน้าแบบ occiput anterior) ซึ่งการช่วยคลอดศีรษะที่นิยมมี 2 วิธี คือ

1. การช่วยคลอดด้วยมือตามวิธีของ Mauriceau-Smellie-Veit

1. มือซ้าย อุ้งมือประคองบริเวณตัวเด็กแล้วใช้นิ้วตั้งให้หัวเด็กก้ม โดยอาจจะใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางแตะที่บริเวณขากรรไกรบนข้างละนิ้ว เพื่อรั้งให้หัวเด็กก้ม หรือสอดนิ้วกลางเข้าไปในปากเด็กโดยวางนิ้วอยู่เหนือลิ้น นิ้วชี้และนิ้วนางแตะรั้งที่ขากรรไกรบน (maxilla) เพื่อดึงรั้งเบาๆ ให้เด็กก้ม

2. มือขวา คว่ำมือคร่อมจับหัวไหล่โดยนิ้วนางและนิ้วก้อยอยู่ทางด้านไหล่ขวา นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้อยู่ที่ไหล่ซ้าย นิ้วกลางให้เหยียดตรงทแยงกับกระดูกคอของเด็กและช่วยกดบริเวณท้ายทอยให้หัวเด็กก้มด้วย ถ้าหัวเด็กยังไม่ก้มให้ดึงเด็กลงมาตรงๆ ในแนวตั้ง ส่วนท้ายทอยจะยันกับกระดูกหัวไหล่ ทำให้หัวเด็กก้มได้แล้วจึงดึงให้หัวคลอดต่อไป ส่วนใหญ่จะออกแรงดึงด้วยมือขวา

2. การช่วยคลอดด้วยคีม Piper

ผลกระทบของการคลอดท่าก้นทางช่องคลอด (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2557)

มารดาของทารกท่าก้นมีความเสี่ยงและอันตรายมากกว่ามารดาของทารกท่าศีรษะหลายประการ ที่สำคัญคือการวินิจฉัยของช่องทางคลอดจากการคลอดยาก คลอดติดขัด หรือการทำสูติศาสตร์หัตถการ และมีโอกาสที่ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้น

การคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอดพบอันตรายต่อทารกได้สูงกว่าการคลอดท่าศีรษะ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ คือ

1. การกดสายสะดือ ถ้าคลอดศีรษะลำบากหรือช้าเกินไป ทารกอาจจะมีปัญหาอ่อนหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้โอกาสเกิดสายสะดือโผล่ย่อย (prolapsed cord) ในทารกท่าก้นชนิด frank หรือ complete หรือ incomplete breech สูงกว่าในทารกท่าศีรษะถึง 3 เท่า, 10 เท่า และ 20 เท่า ตามลำดับ

2. การบาดเจ็บต่อกระดูกและข้อจากการทำหัตถการช่วยคลอด พบได้บ่อยในกรณีทำหัตถการยากๆ

3. การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ ตับแตก หรือม้ามแตกจากการจับหรือกดบริเวณช่องท้องแรงเกินไป เวลาจับลำตัวเด็กเพื่อช่วยคลอดจึงควรใช้ผ้าขนหนูรอบจับเพื่อกันลื่น และไม่ให้อวัยวะเด็กแน่นจนเกินไป

4. การบาดเจ็บต่อสมอง จากการดึงทารกรุนแรงหรือดึงคลอดศีรษะออกมาเร็วเกินไป ทำให้มีการฉีกขาดของ tentorium และมีเลือดออกในสมองได้

5. กระดูกสันหลังบริเวณส่วนคอหัก พบในทารกท่าก้นที่แขนหน้ามากเกินไป (hyperextended head) ซึ่งถือว่าเป็นข้อห้ามหนึ่งของการคลอดท่าก้นทางช่องคลอด

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

การนำทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดท่าก้น ทางช่องคลอด ต้องคำนึงถึงแนวคิดเรื่อง ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล (Basic conditioning factors) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing System) (Orem, 2001) นำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลและประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้คลอด ว่าตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้หรือไม่ หากพบว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนให้การพยาบาล โดยพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ในการเลือกระบบพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือให้เหมาะสม ทั้งระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) เมื่อผู้คลอดไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เช่น หมดสติ อยู่ในภาวะช็อกรุนแรง ระบบทดแทนบางส่วน (Party compensatory system) เมื่อผู้คลอดต้องจำกัดการเคลื่อนไหวตามการรักษาของแพทย์ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก เช่น อ่อนเพลียมาก และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) มุ่งให้ความรู้หรือกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การให้นมบุตร การวางแผนคุมกำเนิด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองได้

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้คลอดหญิงไทยอายุ 23 ปี G2P1A0L1 last 5 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3 วัน โดย อัลตราซาวด์ LMP 17 มีนาคม 2565 EDC 22 ธันวาคม 2565 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ 8 ครั้ง ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ได้รับยา Utrogestan ผลเลือด ปกติ Hct 39% ส่วนสูง 147 เซนติเมตร น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ไม่มีโรคประจำตัว ปี พ.ศ.2560 ผู้คลอดมีประวัติ ครรภ์แรกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 28+ สัปดาห์ ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 1,500 กรัม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เวลา 03.49 นาฬิกา ด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บครรภ์ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (เวลา 02.30 น.) มีมูกเลือดและมีน้ำเดิน เวลา 03.25 น. สีขาวใส ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นๆ แรกรับ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/76 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ = 99% ตรวจร่างกายระดับยอดมดลูก 30 เซนติเมตร เหนือขอบกระดูกเชิงกราน ทารกท่า Breech presentation ฟังเสียงหัวใจทารก 139 ครั้งต่อนาที เจ็บครรภ์ถี่ Interval 4 นาที Duration 30 วินาที Severity 2+ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร Pain score 7 คะแนน ผลตรวจปัสสาวะ ปกติ ผลตรวจ Amphetamine ปกติ แพทย์ตรวจเย็บมดลูก และ Ultrasound พบ ทารกในครรภ์ ท่า Breech presentation อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3 วัน คานดประมาณน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,140 กรัม แพทย์วินิจฉัย Preterm with Breech Presentation ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml 80 ml/hr ประสานส่งรักษาต่อโรงพยาบาลปทุมธานี เวลา 04.20 น. ผู้คลอดเริ่มเบ่ง เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี วันที่เผยแพร่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

คลอด และคลอดท่าก้น เวลา 04.31 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 2,070 กรัม Apgar score นาทีที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 6,10,10 คะแนน ตามลำดับ น้ำหนัก 2,070 กรัม ทารกแรกคลอดตัวแดง ปลายมือปลายเท้าเขียว ร้องเสียงเบา หายใจไม่สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที การตรวจร่างกายโดยแพทย์ พบ แขนขาเคลื่อนไหวปกติ แต่แขนข้างซ้ายเคลื่อนไหวผิดปกติ ไม่ยก ได้รับการกระตุ้น PPV 1 cycle ทารก Active ดี ร้องเสียงดัง ตัวแดงดี หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจเร็ว 62-68 ครั้งต่อนาที ให้ Oxygen Box 10 ลิตรต่อนาที รกคลอดเวลา 04.31 น. น้ำหนักรก 480 กรัม Total blood loss 200 ml ผู้คลอด ความดันโลหิต 122/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้การรักษา On 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit IV rate 150 ml/hr ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลผู้คลอด ผู้ระวังการตกเลือดหลังคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูก มดลูกหดตัวดี ไม่มี Active bleeding สามารถย้ายไปสังเกตอาการที่ตึกผู้ป่วยในพร้อมบุตรได้ จากการติดตามเยี่ยมหลังคลอดวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 มารดาหลังคลอดอ่อนเพลียเล็กน้อย มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงจางๆ น้ำนมเริ่มไหล กระตุ้นและช่วยเหลือในการให้นมมารดา และสามารถให้นมบุตรได้ถูกวิธี ทารกเริ่มดูดนมมารดาได้ ไม่สำรอก ขับถ่ายปกติ สัญญาณชีพปกติ ไม่เหนื่อยหอบ off Oxygen Box วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 มารดาหลังคลอดสภาพทั่วไปปกติ เต้านมคัดตึงเล็กน้อย น้ำนมไหลดีมดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดงจาง ปริมาณน้อยลง แผลฝีเย็บแห้งดี ทารก Active ดี อาการทั่วไปปกติ มารดาแจ้งว่า ทารกไม่ค่อยขยับและยกแขนข้างซ้าย พยาบาล แนะนำมารดาสังเกตอาการ และให้ข้อมูลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในการคลอดทารกท่าก้น ซึ่งภาวะนี้จะค่อยดีขึ้น และอธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์ในการวางแผนส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลปทุมธานี ทารกหายใจสม่ำเสมอดี ดูดนมได้ดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน และการทำหมัน แต่มารดาวางแผนคุมกำเนิดด้วยวิธีฉีดยาคุมกำเนิดทุก 3 เดือน และวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พร้อมบุตร นัดตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอด รวมระยะเวลาอนักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน แพทย์ส่งตัวทารกเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลปทุมธานี และส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ทารกปกติ ไม่มีกระดูกหักหรือกระดูกเคลื่อน จากการติดตาม ทารกสามารถยกแขนได้ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอดถึงระยะจำหน่าย มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะคลอดเกรงว่าอาจเกิดอันตรายจากการคลอดท่าก้นทางช่องคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้คลอดและญาติแจ้งว่าฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ทราบว่าทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นท่าก้นในระยะฝากครรภ์ มีความเข้าใจว่าใกล้คลอดทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นศีรษะปกติ

O: ผู้คลอดและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อทราบว่าตนเองต้องคลอดทารกท่าก้นทางช่องคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้คลอดและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลตามขั้นตอน ด้วยสีหน้าท่าทางปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับกลไกการคลอดให้มารดาได้รับทราบและเข้าใจ

2. ประเมินการหดตัวของมดลูกตามมาตรฐาน
3. ประเมินเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ตามเกณฑ์
4. ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามเกณฑ์ และแจ้งผลการตรวจให้มารดาได้รับทราบเสมอ
5. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติระบายความรู้สึกหรือความกังวลเกี่ยวกับการคลอด พุดคุย ชักถาม และรับฟังอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พุดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ
6. ดูแลให้ญาติเข้าเยี่ยมเป็นระยะเพื่อเสริมสร้างกำลังใจแก่มารดาขณะรอคลอด
7. เสริมสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการคลอด และให้กำลังใจมารดา เกี่ยวกับการคลอด
8. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผล การช่วยเหลือและวิธีการช่วยคลอด ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการปฏิบัติตนขณะทำคลอด ได้แก่ การเบ่งที่ถูกต้อง การใช้เทคนิคการหายใจ
9. อธิบายถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะทำคลอด เช่น การฉีกขาดช่องทางคลอด ตกเลือด เป็นต้น
10. สังเกตสีหน้าท่าทางของผู้คลอดและญาติขณะอธิบาย เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้คลอดและญาติ
11. ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ปลอดภัย พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา การพยาบาลและการคลอดเป็นอย่างดี สีหน้าคลายความกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการคลอดเร็ว (Precipitate Labor)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดบอกว่า “อยากเบ่ง”

O : ผู้คลอดอยู่ในระยะ 1-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

: ผู้คลอดเจ็บครรภ์ 1 ชั่วโมงก่อนคลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียเลือดทางช่องคลอดไม่เกิน 500 มิลลิลิตร
2. มดลูกหดตัวดี
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดภาวะตกเลือดอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพบ รายงานแพทย์ทันที
2. ตัดฝีเย็บและ Save perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดเพิ่มเติมของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอด
3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml + Syntocinon 20 unit IV rate 150 ml/hr หลังทารกคลอดไหลหน้า
4. หลังรกคลอด ตรวจรกและเยื่อหุ้มรกว่าครบหรือไม่
5. ประเมินการสูญเสียเลือดทุก 5 นาที โดยการทำหนด Early warning sign Early treatment โดยใช้สเกล 300 มิลลิลิตร ถ้าพบประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4T ได้แก่ 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อ หรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด
6. หลังรกคลอดสอนผู้คลอดให้คลึงมดลูก และประเมินการแข็งตัวของมดลูกทุก 5 นาที

7. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที และสังเกตอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น

8. ประเมินการสูญเสียเลือดจากถุงตวงเลือดและวัสดุซับเลือด เพื่อคำนวณปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมด

การประเมินผลการพยาบาล หลังรกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ มดลูกหดรัดตัวดี สังเกตพบเลือดออกจากช่องคลอด ทั้งหมด 200 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 122/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที สรุปได้ว่าผู้คลอดไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาหลังคลอด “เจ็บแผลตอนเข้าห้องน้ำและเวลาเปลี่ยนท่อนั่ง”

O : มีแผลฝีเย็บ Left mediolateral episiotomy ระดับ First degree tear

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลฝีเย็บไม่บวม แดง แผลแห้งดีดี และน้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการทำความสะอาดแผลฝีเย็บอย่างถูกวิธี โดยเช็ดจากหัวหน้าลงไปหาทวารหนักทุกครั้ง เมื่ออาบน้ำหรือหลังจากขับถ่าย และการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง ไม่ปล่อยให้หมักหมม เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค
2. แนะนำให้ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังทำความสะอาดฝีเย็บ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
3. สอนการสังเกตอาการผิดปกติของแผลฝีเย็บ เช่น บวม แดง ร้อน และความผิดปกติของน้ำคาวปลา เช่น มีกลิ่นเหม็น ปริมาณไม่ลดลง หากพบหลังออกจากโรงพยาบาล สามารถกลับมาที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้ทันที
4. แนะนำการบริหารฝีเย็บด้วยการขมิบช่องคลอดทุกวัน เพื่อกระตุ้นให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณฝีเย็บ
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อ
6. ประเมินอาการและอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน
7. ส่งเสริมการรับประทานอาหารสดใหม่ สะอาดและครบ 5 หมู่ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าแจ่มใส เจ็บแผลฝีเย็บลดลง แผลฝีเย็บแห้งดี สะอาด ไม่บวมแดง น้ำคาวปลาสีแดงจาง ไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิกาย ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากส่วนนำผิดปกติมีโอกาสเกิดสายสะดือพลัดต่ำหรือสายสะดือถูกกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

O : ส่วนนำทารกอยู่ในท่าก้น

: มารดาถูกน้ำแตกก่อนมาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ อยู่ในช่วง 120-160 ครั้งต่อนาที

2. คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score) ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน และ 10 คะแนนในนาทีที่ 1 และ 5 นาที หลังคลอดตามลำดับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุก 30 นาที หรือทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

2. ดูแลจัดท่าให้มารดาอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้มดลูกกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ จะทำให้เลือดจากขาไหลย้อนกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น ช่วยให้เลือดหมุนเวียนดีขึ้น ให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที เพื่อให้มารดาและทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ หากพบอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์น้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที พร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อการแก้ไขต่อไป

3. On Fetal monitor เพื่อประเมินทารกในครรภ์ หากพบผลผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ

การประเมินผลการพยาบาล อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140-152 ครั้งต่อนาที คะแนนการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score) ใน 1 นาที และ 5 นาที เท่ากับ 6 และ 10 คะแนนตามลำดับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดามีความวิตกกังวล เนื่องจากทารกยกแขนข้างซ้ายไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่าทารกไม่ยอมยกแขนข้างซ้าย วันที่ 1 ของการคลอด

O : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สีหน้าท่าที่เป็นปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดา พูดคุย ซักถามและระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ

2. อธิบายถึงอาการผิดปกติของทารกของทารกคลอดท่าก้น ทางช่องคลอด ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ และดำเนินการเรื่องใบส่งตัวทารกเพื่อรับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลปทุมธานี

3. ให้การพยาบาลด้วยความใส่ใจ นุ่มนวล และสนใจกับอาการของมารดาและทารก

4. สังเกตสีหน้า ท่าทางของมารดาขณะแนะนำและอธิบายความรู้ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของมารดา

5. รายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติของทารกที่เกิดจากการคลอดท่าก้นและมารดามีความวิตกกังวล เพื่อได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม แพทย์ส่งเอ็กซเรย์ ผลไม่พบกระดูกหักหรือเคลื่อน และวางแผนส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลปทุมธานี

6. ติดตามผลการรักษาของทารกที่โรงพยาบาลปทุมธานี โดยเยี่ยมมารดาและทารกทางโทรศัพท์

การประเมินผลการพยาบาล มารดาให้ความร่วมมือในการรักษา ตั้งใจรับฟังและเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ มารดามีสีหน้าคลายความกังวลลง ผลการรักษาทารกที่ส่งตัวไปรับการรักษที่โรงพยาบาลปทุมธานี มารดาแจ้งว่าแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลปทุมธานีได้ส่งทารกไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แพทย์แจ้งว่าทารกปกติไม่พบกระดูกหักหรือเคลื่อน หลังจากกลับจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ทารกสามารถยกแขนได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดให้ประวัติว่า เมื่อปี พ.ศ.2562 ครรภ์แรกคลอดปกติ อายุครรภ์ 7+ เดือน คลอดก่อนกำหนดที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์

O : ได้รับความประมาทยา Utrogestan ระหว่างตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารก

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาตระหนักถึงความสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด โดยต้องคุมกำเนิดอย่างน้อย 2 ปี

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์
2. แนะนำให้มารดาคุมกำเนิด เช่น ทำหมัน ยาฝังคุมกำเนิด รับประทานยาคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด อย่างน้อย 2 ปี เพื่อให้มดลูกแข็งแรงสมบูรณ์ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป
3. เปิดโอกาสให้มารดาสอบถามและซักถามข้อสงสัย ด้วยสีหน้าท่าทางที่เป็นมิตร
4. ติดตามเยี่ยมหลังคลอดอย่างน้อย 3 ครั้งตามเกณฑ์

การประเมินผลการพยาบาล มารดาวางแผนคุมกำเนิดโดยการฉีดยาคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การคลอดท่าก้น (Breech Presentation) ถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินอย่างหนึ่งทางสูติกรรมที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและการเฝ้าระวังไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้คลอดและทารกได้รับอันตรายจากการคลอดท่าก้น ทางช่องคลอด มากกว่าการคลอดท่าศีรษะ ซึ่งการคลอดทารกที่มีส่วนนำเป็นก้น แตกต่างจากการคลอดทารกท่าศีรษะทั่วไป ต้องใช้ความเชี่ยวชาญและความระมัดระวังสูงกว่า ทั้งยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกมากกว่าการคลอดท่าศีรษะปกติ การได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว จะช่วยลดอันตราย การสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้การพยาบาลที่เร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้น ช่วยให้มารดาและทารกในครรภ์ปลอดภัย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลประจำห้องคลอดจึงมีความสำคัญอย่างมาก ควรได้รับการทบทวนกระบวนการพยาบาล พยาธิสภาพของการคลอดท่าก้น ทางช่องคลอด เพื่อพัฒนา ปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งการประเมิน การเฝ้าระวัง Early warning signs เพื่อให้เกิดการตระหนักและรายงานแพทย์ทันที ส่งเสริมและจัดอบรมฟื้นฟูบุคลากรปฏิบัติงานให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การอบรมช่วยฟื้นคืนชีพในมารดาและทารกแรกเกิด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบการนิเทศ ประเมินผล และควบคุมคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอด ส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ทันทีที่ตั้งครรภ์ เน้นย้ำการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ การวางแผนครอบครัวในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และการติดตามเยี่ยมหลังคลอด เป็นต้น

อ้างอิง

- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2557) การคลอดทารกที่มีส่วนนำเป็นก้นทางช่องคลอด. ใน เพ็ญลดา ทองประเสริฐ (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม: Obstetric & Gynecologic Emergencies*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า 65-78). เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร ศรีสว่าง. (2558). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันตสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). (หน้า 407-464). นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว. (2566). *รายงานข้อมูลการคลอด โรงพยาบาลลาดหลุมแก้วประจำปี 2566*. มปท.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- สุภาพ ไทยแท้. (2556). *การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี.รินทร์ (1991) จำกัด.
- Bambini, D. R. (2016). Labor and birth complications. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, & K. R. Alden (Eds.) *Maternity and women's health care*. (11th ed.). (pp 271-288). St. Louis: Elsevier.
- Cashion, K. (2014). Labor and birth at risk. In D.L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.). *Maternity nursing*. (8th ed.). (pp 676-722). Missouri: Mosby Elsevier.
- Impey, L., & Child, T. (2017). *Obstetrics & gynecology*. (5th ed.). Chichester: John Wiley and Sons, Ltd. Lanni, S. M., Gherman, R., & Gonik, B. (2017). Malpresentations. In S. G. Gabbe.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice (6th Eds)*. St. Mosby, Inc.
- Oats, J., & Abraham, S. (2017). *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynecology*. (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Ricci, S. S. (2017). *Essentials of maternity, newborn, and woman's health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Smith, R. P. (2018). *Netter's obstetrics & gynecology*. (3th ed.). Philadelphia: Elsevier.