กรณีศึกษาการดูแลการตั้งครรภ์แฝด

Intrapartum Care for Twin Pregnancy

ศุภรัสมิ์ วิเชียรตนนท์

ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
supparat@webmail.npru.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษาการตั้งครรภ์แฝดซึ่งจัดเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การทราบล่วงหน้าว่าครรภ์แฝดนั้นเป็นชนิดใดจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาอย่างมาก เนื่องจากแฝดชนิดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้มากกว่า การตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดอัตราป่วย อัตราตายทั้งมารดาและทารก จะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็นด้วย การช่วยเหลือการคลอดครรภ์แฝดในรายที่วางแผนให้คลอดทางช่องคลอดไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาได้ เช่น ช่องคลอดฉีกขาดเพิ่มมากขึ้น มดลูกแตก การตกเลือด เป็นต้น และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกเช่น ภาวะขาดออกซิเจน (Birth asphyxia) ทารกบาดเจ็บจากการคลอดถึงแก่เสียชีวิตได้

ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในการวางแผนการดูแล โดยทีมผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถและร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการคลอด และช่วยเหลือการคลอดร่วมกับสูติแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้การดูแลมารดาครรภ์แฝดมีความปลอดภัย จำเป็นต้องมีการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกและควรมีการดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะคลอดและหลังคลอดตามแนวทางในการปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทีมพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการพยาบาลและมีทักษะในการประเมินครรภ์แฝด เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายประการที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยการอบรมทางวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอ ในการพยาบาลและต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมเวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

คำสำคัญ: กรณีศึกษา การดูแลครรภ์แฝดสองขณะเจ็บครรภ์คลอด

Abstract

Objective: To study twin pregnancy, classified as a high-risk pregnancy which causes complications in both mother and fetus. Knowing in advance what kind of twins are of great benefit for intrapartum care since monozygotic twins will have more complications. The decision to choose a suitable delivery method will help reduce the maternal and neonatal morbidity and mortality rate. It will help reduce the rate of unnecessary cesarean delivery. Delivery support of twin pregnancy with improper planning for mother who would like to have a vaginal delivery may cause maternal complications such as increased vaginal tear, hysterorrhexis, hemorrhage, etc. and it may also cause neonatal complications such as birth asphyxia and birth injuries which may lead to infant mortality.

Therefore, the caregiver must have the knowledge to plan care. The caregiver team needs to have the knowledge and ability to plan with the multidisciplinary team involved in preparation for delivery and to help with the delivery along with the obstetrician correctly and properly. To safely provide care for the twin pregnant mother, it is necessary to provide care at the beginning of the pregnancy at the antenatal clinic in order to prevent complications that may occur with mother and infants and care should be taken continuously until delivery and postpartum period according to the guidelines for monitoring and minimizing potential complications. The nursing team must be skilled in nursing and skilled in evaluating twin pregnancies because pregnancy has many complications that harm the mother and fetus by training to increase nursing knowledge regularly and there must be a coordination with a related multidisciplinary team to prepare medical supplies and equipment to be ready to take care of patients in crisis.

Keywords: case study, intrapartum care for twin pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์แฝดจัดเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ มารดาครรภ์แฝดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษตลอดทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด โดยมีการเฝ้าระวังและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อมารดาตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการเฝ้าระวังและให้การดูแลมารดาตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดอย่างปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆระยะตั้งครรภ์อาจพบภาวะแท้ง ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง หรืออาการไม่สุขสบายต่างๆมากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว เช่น อาการแน่นอึดอัดท้อง นอนไม่หลับ อาหารไม่ย่อย เส้นเลือดดำโป่งพอง ในระยะคลอด พบภาวะแทรกซ้อนคือ การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือด การเกิดสายสะดือพลัดต่ำ หรือภาวะคลอดยาก ส่วนในระยะหลังคลอด อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด หรืออาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจเช่น ภาวะเครียด หรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ส่วนผลกระทบด้านทารกคือ ทารกมีอัตราการตายสูงมากขึ้น มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีขนาดเล็กและคลอดก่อนกำหนดได้

เนื้อหา

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ หญิงไทย **นามสกุล** ท. **เพศ** หญิง **อายุ** 17 ปี **เชื้อชาติ** ไทย **สัญชาติ** ไทย **ศาสนา** พุทธ
ระดับการศึกษา จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น **อาชีพ** แม่บ้าน **สถานภาพ** สมรส
การวินิจฉัย **Twins c Preterm Labour**
การทำหัตถการ Normal labour c **1 degree tear**
ข้อมูลได้จาก ผู้ป่วย ฟ้มข้อมูลผู้ป่วยแ ,

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่นำมา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีท้องแข็งตึงเป็นพัก ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ คำนวนจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย ฝากครรภ์ครบกำหนดตามเกณฑ์ ผลการตรวจเลือดปกติ HB_sAg : Negative, VDRL : Non Reactive, HIV : Negative, Blood group O, Rh Positive, Hct. ครั้งที่ 1 = 35% ครั้งที่ 2=40% ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบระหว่างตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ มาก่อน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรมและโรคติดต่อร้ายแรง

ประวัติการแพ้สารเคมีและอาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้สารเคมีและอาหาร

ประวัติสิ่งเสพติด

ปฏิเสธการใช้ยาและสารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป

สภาพผู้คลอดแรกรับมาด้วยรถนั่ง สีหน้าวิตกกังวล น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 155.5 เซนติเมตร **สัญญาณชีพแรกรับ** อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายตามระบบ:

- ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมยาวสีดำ ใบหน้าสมมาตรกันทั้งสอง ลำคอไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- ตา : อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้างเท่ากัน

- หู : ลักษณะใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกจมูก

- จมูก : ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

- ช่องปาก : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อบุปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ

- ปอด : ปกติไม่มีเสียง Crepitation

- หัวใจ : จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ 80 ครั้ง / นาที ไม่พบเสียง Murmur

- เต้านม : เต้านมทั้งสองข้างขนาดเท่ากัน ไม่มีหัวนมบุ๋มหรือบอด ไม่มีก้อนที่กดเจ็บ ไม่มีการอักเสบบริเวณเต้านม และต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านมทั้งสองข้าง

- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก : ลักษณะปกติ ไม่มีแผล ไม่มีน้ำไหลออกจากช่องคลอด

- กล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

การตรวจครรภ์

ระดับยอดมดลูกสูง 37 เซนติเมตร ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ เคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกรานแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจทารกสม่ำเสมอ แฝดคนแรก 132 ครั้ง / นาที แฝดคนที่สอง 140 ครั้ง / นาที

การตรวจทางช่องคลอด

ปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ที่ระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่

ผลการตรวจโดยวิธีพิเศษ

NST : Reactive

U/S :

แฝดคนแรก BPD 7.6/30 wks , AC 25.5/29 wks , Placenta Anterior , ส่วนนำ Vertex น้ำหนักประมาณ 1,488 กรัม

แฝดคนที่สอง BPD 7.5/30 wks , AC 27.1 / 31 wks , Placenta Anterior ส่วนนำ Vertex น้ำหนักประมาณ 1,600 กรัม

การวินิจฉัยโรคแรกรับ

Twins pregnancy c Preterm labour

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

Twins c Preterm Labour

อาการขณะรับไว้ในความดูแล

1.ระยะก่อนคลอด

แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 155.5 เซนติเมตร สัญญาณชีพปกติ ความสูงยอดมดลูก 37 เซนติเมตรศีรษะทารกเคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกราน อัตราการเต้นของหัวใจทารกสม่ำเสมอ แฝดคน

แรก 132 ครั้ง/ นาที แผ่ดคนที่สอง 140 ครั้ง/ นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 100% ส่วนนำเป็นศีรษะระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ มีอาการเจ็บครรภ์ มีการหดรัดตัวของมดลูกระยะพัก 3 นาที ระยะหดตัว 40 วินาที ความรุนแรงระดับ +2 รายงานแพทย์ทราบตรวจอัลตร้าซาวด์พบส่วนนำทารกเป็นศีรษะทั้งคู่ คาดคะเนน้ำหนักทารก 1,488 กรัม และ 1,600 กรัม แพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดได้ แจ้งผลการตรวจให้ผู้คลอดและญาติทราบ ดูแลทำความสะอาดร่างกายให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล

15.15 น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 5 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ส่วนนำอยู่ที่ระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะน้ำใส ไม่มีขี้เทาปน

15.25 น. การหดรัดตัวของมดลูกระยะพัก 3 นาที 20 วินาที ระยะหดตัว 35 วินาที ไม่สม่ำเสมอ เริ่มให้สารน้ำเป็น 5%D/N/2 1000 cc + Syntocinon 10 unit เข้าทางหลอดเลือดดำเริ่มต้นที่ 2.5 มิลลิยูนิต/นาที

16.15 น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 9 เซนติเมตร ความบางของคอปากมดลูก 100% ส่วนนำอยู่ที่ระดับ 0 มีการหดรัดตัวของมดลูกระยะพัก 2 นาที 30 วินาที ระยะหดตัว 45 วินาที ความรุนแรงระดับ +2 การเต้นของหัวใจทารกสม่ำเสมอแผ่ดคนแรก 140 ครั้ง/ นาที แผ่ดคนที่สอง 138 ครั้ง/ นาที ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นเรื่อย ๆ แนะนำการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดโดยหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ พูดให้กำลังใจ และอธิบายความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเป็นระยะ

2. ระยะคลอด

16.20 น. แพทย์ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ส่วนนำอยู่ที่ระดับ +1 ดูแลย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ จัดท่าผู้คลอดในท่า Lithotomy แพทย์แจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงแนวทางการรักษา พยาบาลอธิบายขั้นตอนอีกครั้ง และแนะนำการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีการหดรัดตัวของมดลูก ผู้คลอดรับทราบและให้ความร่วมมือในการเบ่งคลอด

16.20 น. ตามทีมช่วยเหลือทารกแรกคลอดเพื่อช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดถ้าพบปัญหา มีการเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์ช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด

16.25 น. ทารกแผ่ดคนที่หนึ่งคลอด การคลอดเป็นไปด้วยดีไม่มีติดขัดเนื่องจากผู้คลอดให้ความร่วมมือดี

16.27 น. ทารกแผ่ดคนที่สองคลอดโดยทำการช่วยเหลือการคลอด ผู้ช่วยกดยอดมดลูกจนศีรษะทารกเข้าสู่ช่องเชิงกราน สูติแพทย์ทำการเจาะถุงน้ำ สำหรับการช่วยคลอดเป็นไปด้วยดีไม่มีติดขัด รวมระยะเวลาแผ่ดคนที่สองห่างจากแผ่ดคนที่หนึ่ง 2 นาที

16.30 น. มีอาการแสดงของรกลอกตัว รกคลอดปกติน้ำหนัก 900 กรัม สายสะดือเดียวกัน วัดความดันโลหิตได้ 120/70 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ Syntocinon 10 units IM ทันที มดลูกหดรัดตัวดี พยาบาลช่วยตรวจสอบรกหลังคลอดลักษณะรกแยกออกจากกัน (Diamnion c Dichorion) แผลฝีเย็บลักษณะ 1 degree tear เย็บ 2 เข็มบริเวณ Vaginal wall ด้านล่างไม่มี Active bleed

3. การดูแลทารกแรกคลอด

ทารกคนที่หนึ่งเกิดเวลา 16.25 น. เพศหญิง สภาพร่างกายโดยทั่วไปปกติ ปลายมือปลายเท้าเขียว ร้องเสียงดัง หายใจไม่สม่ำเสมอ ดูแลเช็ดตัวดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง ดมออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ตัวเริ่มแดงขึ้น Active ดี หายใจกลั้น ๆ เล็กน้อย ประเมิน APGAR Score 8-8-8- คะแนน น้ำหนักตัว 1,610 กรัม

ทารกคนที่สองเกิดเวลา 16.27 น. เพศหญิง สภาพร่างกายโดยทั่วไปปกติ ปลายมือปลายเท้าเขียว ร้องเสียงดัง หายใจไม่สม่ำเสมอ ดูแลเช็ดตัวดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง ดมออกซิเจน 5 ลิตรต่อนาที ตัวเริ่มแดง Active ดี ประเมิน APGAR Score 8-8-9 คะแนน น้ำหนักตัว 1,960 กรัม

พิจารณาส่งทารกทั้งสองไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต เนื่องจากทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤตทราบ และแจ้งให้ผู้คลอดและญาติรับทราบ

4. การดูแล 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ดูแลให้ดื่มนม 1 กล่อง น้ำ ประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและการเสียเลือด ผู้คลอดยังมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ดูแลให้รับประทานอาหารไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มดลูกหดรัดตัวดี แนะนำการเยี่ยมบุตรกับมารดาหลังคลอด และญาติที่หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดวิกฤต ผู้คลอดเข้าใจและยอมรับฟัง

5. การเตรียมตัวก่อนย้าย

ครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด อาการทั่วไปปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท คลึงมดลูกและไล่ก้อนเลือดได้เพิ่ม 50 ซีซี มดลูกหดรัดตัวดี อยู่ที่ระดับสะดือไม่มี Active bleeding per vagina เปลี่ยนผ้าอนามัยและผ้าถุงให้ผู้คลอด No bladder full ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด ผู้คลอดรับฟังเข้าใจดี

6. การดูแลขณะย้าย

ย้ายผู้คลอดโดยรถนั่ง เพื่อย้ายไปตึกสูติ – นรีเวชกรรม ผู้คลอดไม่มีหน้ามืด

7. ระยะพักฟื้นหลังคลอด

อาการทั่วไปปกติ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลามีสีแดงและจางลงเรื่อย ๆ แจ้งอาการของทารกที่อยู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ แนะนำมารดาบีบน้ำนมใส่ขวดโดยวิธี Cup feeding ให้นมทารกเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรและให้กำลังใจผู้คลอด

8.ระยะก่อนจำหน่าย

หลังคลอด 3 วัน ผู้คลอดอาการทั่วไปปกติ แพทย์อนุญาตให้อยู่กับทารกที่ตึกกุมารเวชกรรมได้ ส่วนทารกมีภาวะตัวเหลือง และน้ำหนักตัวน้อยได้รับการรักษาโดยการส่องไฟจนไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมอยู่โรงพยาบาล 14 วัน และนัดมาตรวจอีก 6 สัปดาห์หลังคลอด

จากการรวบรวมข้อมูลและศึกษามารดารายนี้พบปัญหาและความต้องการทางการพยาบาล ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ระยะก่อนคลอด

ปัญหาที่ 1 : ผู้คลอดครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ ไม่สามารถเตรียมความพร้อมของร่างกายได้เอง
2. ผู้คลอดไม่เคยผ่านการคลอดบุตรมาก่อน ครั้งนี้เป็นการคลอดบุตรครั้งแรก

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้คลอดได้รับการเตรียมการคลอดอย่างถูกวิธี

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้คลอดให้ความร่วมมือเพื่อเตรียมการคลอด
2. ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ซักประวัติการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ การแท้ง การขูดมดลูก รวมถึงการคลอดในครรภ์ก่อน ๆ
2. การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน อายุครรภ์ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เช่น บวม ชัก ซีด ความดันโลหิตสูง และเจ็บครรภ์จริง และอาการแสดงของการมีมูกเลือด ถุงน้ำคร่ำ
3. ประเมินสภาพร่างกายทั่ว ๆ ไป วัดสัญญาณชีพ สังเกตรูปร่าง ลักษณะท่าทาง การเดิน
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร หายใจ ความดันโลหิต

5. ตรวจร่างกายเฉพาะที่ขนาดหน้าท้อง ท่าทารก ส่วนนำ การเคลื่อนตำของส่วนนำเข้าสู่ช่องเชิงกราน ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

6. ตรวจการหดรัดตัวของมดลูกพร้อมลงบันทึก

7. ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดแจ้งให้ผู้คลอดและญาติทราบพร้อมทั้งจดบันทึก

8. ตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจหาน้ำตาลและไข่ขาวในปัสสาวะ

9. โกนขนบริเวณหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ

10. ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของโรงพยาบาล

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้คลอดได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ทราบผลการตรวจและความก้าวหน้าของการคลอด

ปัญหาที่ 2 : มารดาไม่สุขสบาย แน่นท้อง หายใจอึดอัดเนื่องจากกระบังลมมารดาครรภ์แฝดถูกเบียด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาบอกว่า “เหนื่อย แน่นท้องหายใจไม่สะดวกเลย”

2. มารดาครรภ์แฝดเหนื่อย รู้สึกแน่นท้องหายใจไม่สะดวก ความสูงยอดมดลูกอยู่ที่ระดับลิ้นปี่

3. อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. มารดาได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

2. มารดาสุขสบายเพิ่มขึ้น หายใจเหนื่อยลดลง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. Hct. ไม่ต่ำกว่า 33%

2. อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 20-22 ครั้ง/นาที ไม่มีการหายใจเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินการหายใจของมารดา เช่น หายใจเหนื่อย แน่นท้อง เนื่องจากกระบังลมของมารดาครรภ์แฝดถูกเบียด ทำให้การทำงานของระบบหายใจ และการแลกเปลี่ยนกาซไม่มีประสิทธิภาพจัดให้มารดานอนท่าตะแคงซ้ายหรือนอนหัวสูงเล็กน้อย เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวขนานของทรวงอกกว้างขึ้น

2. ดูแลให้ Oxygen Canular 5 LPM เพื่อเพิ่มความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น

3. สังเกตอาการน้ำเดินและเฝ้าระวังภาวะสายสะดือพลัดต่ำ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

ประเมินผลการพยาบาล

1. มารดาครรภ์แฝดไม่มีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ 20-22 ครั้ง/นาที

2.Hct.40%

ปัญหาที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตก

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 35 สัปดาห์

2. มีถุงน้ำคร่ำแตกเมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 5 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 100% ระดับส่วนนำ 0

3. มดลูกหดรัดตัวถี่ Interval 3 นาที Duration 40-45 วินาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

เพื่อป้องกันภาวะสายสะดือย้อย

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ตรวจไม่พบสายสะดือ
2. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 110-160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียงนอนหงายก้นสูงเพื่อป้องกันการพลัดต่ำของสายสะดือ
2. ฟังและบันทึกอัตราการเต้นหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น หากผิดปกติ เช่น ต่ำกว่า 110 ครั้ง/นาทีหรือมากกว่า 160 ครั้ง/นาที ดูแลให้ Oxygen canular 5 LPM และรีบรายงานแพทย์ทราบ
3. ตรวจบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
4. พิจารณาตรวจภายในเท่าที่จำเป็นเพื่อลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่โพรงมดลูก

ประเมินผลการพยาบาล :

ผลการตรวจภายในไม่พบสายสะดือย้อย อัตราการเต้นของหัวใจทารกสม่ำเสมอ แฝดคนแรก 140 ครั้ง/นาที แฝดคนที่สอง 148 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 4 : มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับถุงน้ำคร่ำแตก

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาครรภ์แรก มีสีหน้าไม่สดชื่น
2. ซักถามถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตรและตนเองเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตก

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

เพื่อคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล :

1. มีสีหน้าสดชื่น
2. ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล :

1. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับถุงน้ำคร่ำแตกพร้อมตอบปัญหาข้อสงสัยและนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดถุงน้ำคร่ำแตก
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เช่น การช่วยคลอด การพยาบาลในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด
4. อธิบายขั้นตอนการดูแลด้วยท่าทีที่สงบ มั่นคงและจริงใจ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติและแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในแผนการพยาบาล

ปัญหาที่ 5 : เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว

ข้อมูลสนับสนุน :

1. 5%D/N/2 1,000 cc + Syntocinon 10 unit iv drip
2. กระสับกระส่ายบิดตัวไปมาเมื่อมดลูกหดรัดตัว
3. มดลูกหดรัดตัว 3-4 ครั้งใน 10 นาที แต่ละครั้งนาน 40-45 วินาที
4. แสดงสีหน้าเจ็บปวด

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

เพื่อทุเลาอาการเจ็บครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล :

1. กระสับกระส่ายน้อยลง
2. เมื่อมลูกหดรัดตัว สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ด้วยเทคนิคการหายใจ การนวด
3. คลายความเจ็บปวดได้บ้างขณะมดลูกไม่หดรัดตัว

กิจกรรมการพยาบาล :

1. เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบโยนให้กำลังใจ และสัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวลเพื่อเกิดความอบอุ่น เกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้

2 สอนเทคนิคการหายใจที่ถูกวิธี เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวดพร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น เมื่อมดลูกหดรัดตัวให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ และหายใจออกช้า ๆ

3. ช่วยบีบนวดบริเวณหลัง กระดูกก้นกบ และหน้าขาอย่างเบามือ เพื่อบรรเทาอาการปวดและเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและมั่นใจว่าจะผ่านความเจ็บปวดนี้ไปได้ด้วยดี

4. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและรู้สึกสดชื่นขึ้น

5. ตรวจและบันทึกการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของการหดรัดตัวของมดลูก

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้คลอดส่งเสียงครางเบาลง และอาการกระสับกระส่ายลดลง เมื่อมดลูกหดรัดตัว 3-4 ครั้งใน 10 นาที สามารถใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้ง รู้สึกคลายความเจ็บปวดได้บ้างเมื่อมดลูกคลายตัว

การพยาบาลมารดาและทารกระยะคลอด

ปัญหาที่ 1 : ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในระยะคลอดได้เนื่องจากตั้งครรภ์แฝด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. อายุครรภ์ 35 สัปดาห์
2. อัตราการเต้นของหัวใจทารกก่อนคลอดแฝดคนแรก 110-140 ครั้ง/นาที แฝดคนที่สอง 112-148 ครั้ง/นาที
3. มดลูกหดรัดตัวถี่ Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 40-45 วินาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ทารกปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน หายใจได้เองสม่ำเสมอ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 110-160 ครั้ง/นาที
2. การประเมินทารกแรกเกิดโดยหลักการ APGAR Score มีคะแนนมากกว่า 7 เมื่อ 1, 5 นาทีหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ให้ออกซิเจนแก่มารดาทางCannula 5 ลิตร/นาที ในขณะเจ็บครรภ์

2. ให้มารดานอนตะแคงซ้ายในช่วงที่ไม่มีการเบ่งคลอดเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกและบริเวณรกมากขึ้น เพื่อป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้

3. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที พร้อมบันทึกการพยาบาลเพื่อประเมินทารกขาดออกซิเจน

4. รายงานแพทย์เมื่อพบว่าอัตราการเต้นหัวใจทารกน้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 160 ครั้ง/นาที หรือไม่สม่ำเสมอ

5. เตรียมบุคลากรและเครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพทารก

5.1 บุคลากรในทีมสามารถทำ Resuscitation ได้เป็นอย่างดี อย่างน้อย 2 คน

5.2 เตรียมเครื่องมือที่ดีพร้อม มีดังนี้

- เครื่อง Radiant warmer
- ผ้าเช็ดตัวให้แห้งโดย Warm ผ้าไว้ก่อน
- ลูกสูบยางแดง
- Stethoscope เด็ก
- Oxygen , เครื่องดูดเสมหะ
- สาย Suction catheter ขนาด 8 Fr. และ 10 Fr.
- Resuscitation bag และ Mask
- Oxygen tubing
- Laryngoscope พร้อมแบตเตอรี่และหลอดไฟสำรอง 1 ชุด
- Blades size 1 (balde ตรง)
- Endotracheal tube ขนาด 2.5 mm อย่างน้อย 2 อัน
- Oxygen reservoir
- Adhesive tape ขนาด ½ นิ้ว
- กรรไกร
- เตรียมรถ Transfer พร้อมออกซิเจนและผ้า Keep warm

6. ประสานงานกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตในการเตรียมพร้อมรับทารกที่อาจมีปัญหา

7. เตรียมมารดาเพื่อช่วยเหลือการคลอดที่เร็วกว่าปกติ

7.1 งดน้ำและอาหาร

7.2 เตรียมทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

7.3 เตรียมเลือด (PRC) ไว้ 2 ยูนิต

8. เมื่อทารกคลอดรับทารกมาวางบน Radiant warmer

9. จัดท่าของศีรษะทารกให้คอแหงนเล็กน้อย (Slightly extending or sniffing position)

10. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ทารกไม่มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ ดูดเสมหะในปากและจมูก

11. เช็ดตัวให้แห้งและเอาผ้าเปียกออก

12. กระตุ้นให้ทารกหายใจด้วยการสัมผัสโดยดีดหรือตบฝ่าเท้าเบา ๆ หรือ ใช้ฝ่ามือลูบที่บริเวณลำตัวด้านหลังเบา ๆ

13. ประเมินสภาพโดยดูการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และสีผิวจะเป็นแนวทางที่ใช้ตัดสินการช่วยเหลือต่อไป การประเมินควรทำเป็นขั้นตอนดังนี้

13.1 Observe และ Evaluate

13.1.1 ถ้าทารกหายใจได้เองให้ Evaluate Signs ต่อไป (13.2)

13.1.2 ถ้าทารกไม่หายใจหรือ HR < 100 ครั้ง/นาที ให้ทำ PPV (Positive Pressure Ventilation)

13.2 Check Heart rate (HR)

13.2.1 ถ้า HR > 100 ครั้ง/นาที ให้ Evaluate signs ต่อไป (13.3)

13.3 Evaluate color

13.3.1 ถ้าทารกหายใจได้เอง อัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้ง/นาที ให้ดูสีผิว ถ้าทารกมี Central cyanosis ให้ Oxygen เพื่อแก้ไขภาวะ Cyanosis

ประเมินผลการพยาบาล :

1. อัตราการเต้นของหัวใจแฝดคนแรก 140 ครั้ง/นาที แฝดคนที่สอง 136 ครั้ง/นาที
2. ประเมิน APGAR Score ใน 1 และ 5 นาที แฝดคนแรกเท่ากับ 8 และ 8 แฝดคนที่สองเท่ากับ 8 และ 8

ปัญหาที่ 2 : ผู้คลอดมีโอกาสได้รับอันตรายจากการช่วยคลอดครรภ์แฝด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาครรภ์แรกอายุ 17 ปี
2. มดลูกหดรัดตัวถี่ Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 40 วินาที
3. ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 10 เซนติเมตร ความบาง 100% ระดับส่วนนำ +1

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

1. เพื่อให้การความก้าวหน้าการคลอดดำเนินไปอย่างปกติ
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยคลอด

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ภายหลังคลอดสูญเสียเลือดไม่เกิน 500 ซีซี
2. การฉีกขาดของแผลฝีเย็บไม่มีรอยฉีกขาดเพิ่ม
3. สัญญาณชีพหลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย 37-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72-80 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 120/80 มิลลิเมตรปรอท
4. มดลูกหดรัดตัวดีเป็นก้อนแข็ง ปัสสาวะได้ภายหลังคลอดไม่เกิน 6 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงความก้าวหน้าการคลอดเพื่อให้มารดาเข้าใจ ยอมรับในการรักษาของแพทย์และลดความวิตกกังวล
2. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงขั้นตอนในการช่วยคลอดครรภ์แฝดอย่างเข้าใจง่าย ๆ
3. ดูแลให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดในขณะที่ผู้คลอดเบ่งคลอดและให้ความสนใจในการตอบข้อซักถามของผู้คลอดอย่างเต็มใจ
4. เตรียมผู้คลอดให้นอนบนเตียงคลอดที่มีขาหยั่งนอนท่า Lithotomy
5. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอดครรภ์แฝดให้พร้อม
6. ช่วยเหลือการคลอดทารกแฝดร่วมกับสูติแพทย์
7. ช่วยเหลือการคลอดทารกแฝดคนหลังเป็นท่าศีรษะช่วยกดยอดมดลูกจนกว่าศีรษะจะเข้าสู่ช่องเชิงกราน เพื่อให้สูติแพทย์ทำคลอดแฝดคนหลังต่อไป
8. ประเมินการสูญเสียเลือดและตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอด ถ้าพบสิ่งผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทราบ

9.บันทึกรายงานการคลอดโดยละเอียดเพื่อติดตามดูแลมารดาหลังคลอดต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ประเมินการสูญเสียเลือดหลังคลอดประมาณ 300 ซีซี
2. แผลฝีเย็บไม่มีการฉีกขากเพิ่ม
3. ผลการตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท
4. มารดาปัสสาวะหลังคลอดภายใน 6 ชั่วโมง หลังคลอด

การพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอด

ปัญหาที่ 1 : มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาครรภ์แฝดเสียเลือดขณะคลอด 300 ซีซี
2. มารดาอยู่ในระยะ 1-24 ชั่วโมงหลังคลอด
3. ครรภ์แฝดมดลูกยืดขยายใหญ่มากกว่าปกติ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ภายหลังคลอดสูญเสียโลหิตไม่เกิน 500 ซีซี
2. การฉีกขาดของแผลบริเวณฝีเย็บไม่มีรอยฉีกขาดเพิ่มเติม
3. สัญญาณชีพหลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย 37-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72-80 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตระหว่าง 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท
4. มดลูกหดรัดตัวดีเป็นก้อนแข็ง ปัสสาวะได้ภายหลังคลอดไม่เกิน 6 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสุขภาพของมารดาเมื่อแรกรับ ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด
2. เฝ้าระวังสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เช่นการหดรัดตัวของมดลูก การสูญเสียเลือด สัญญาณชีพ เป็นต้น
3. ตรวจสอบความผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่การหดรัดตัวของมดลูกและการแตกของถุงน้ำ
4. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตรวจสอบการคลอด และการแตกของถุงน้ำคร่ำทารกคนที่สองอย่างใกล้ชิดและระมัดระวัง
5. ทำคลอดรกโดยวิธี Control cord ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกคือ Syntocinon 10 units IM ตามแผนการรักษา
6. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยเหลือการตกเลือดให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา เตรียมเลือด (PRC) ไว้ 2 ยูนิต
7. ประเมินการเสียเลือดของมารดาจากช่องคลอด หากพบมีการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 ซีซี รายงานแพทย์ทราบ
8. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกหากไม่พบว่ามดลูกหดรัดตัวเป็นก้อนแข็ง ดูแลคลึงมดลูกพร้อมกับการไล่ก้อนเลือดออกจากโพรงมดลูกให้หมดเพื่อให้มดลูกสามารถหดรัดตัวดี
9. แนะนำมารดาสังเกตการหดรัดตัวของมดลูกและสอนการคลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก
10. ติดตามสัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะ Shock เช่น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลงเป็นต้น หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

11. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะบ่อยๆ ไม่กลั้นปัสสาวะเพื่อลดการขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกหากปัสสาวะเองไม่ได้ต้องสวนทิ้ง

ประเมินผลการพยาบาล :

1. มารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด

2. ไม่มีภาวะตกเลือดในขณะคลอด และหลังคลอด มดลูกหดรัดตัวดี ไม่นุ่ม ระยะคลอดมี Blood loss 300 ซีซี ช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอดมีเลือดชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน (20 ซีซี)

3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 2 : มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกเนื่องจากมารดาครรภ์แฝดคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาซักถามถึงอาการของทารกบ่อยครั้งว่า “ลูกตัวเล็กจะเป็นอะไรไหม ต้องเข้าตู้อบหรือเปล่า”

2. มารดาสีหน้าวิตกกังวล

3. ทารกได้รับการสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

มารดาเข้าใจ ยอมรับในแผนการรักษาของแพทย์และลดความกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. เมื่อพูดคุยทบทวนความเข้าใจในแผนการรักษาสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

2. มารดาสีหน้าลดความกังวลลง สดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล :

1 .สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาและครอบครัวด้วยความจริงใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

2. อธิบายให้มารดาและครอบครัวทราบถึงภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ในทารกครรภ์แฝดและแผนการดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัยต่างๆ ด้วยความเต็มใจ

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารกให้มารดารับทราบว่าจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือทารกเพื่อช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวล

4. เมื่อทารกคลอดแล้วจัดให้มารดาได้สัมผัสและเห็นทารก ส่งเสริมให้ Eye to Eye Contract เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก

5. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

6. ประเมินความต้องการในการช่วยเหลือ สนับสนุนทารกและครอบครัว เช่น ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ให้มารดาเตรียมพร้อมในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ติดต่อประสานทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อช่วยติดตามดูแลสุขภาพมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล :

มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น ความวิตกกังวลลดลง มารดาและครอบครัวยอมรับและมีความพร้อมในการเลี้ยงดูทารกแฝด

ปัญหาที่ 3 : มารดาต้องการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

1. มารดาบอกว่า “ขออุ้มลูกได้ไหมไม่รู้มีน้ำนมหรือเปล่าจะให้ดูดนมได้ไหม”
2. ท่าทางมารดากระตือรือล้นที่ต้องการกอดสัมผัสและให้ทารกดูดนม

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

มารดาเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อทารกและให้ความร่วมมือให้การเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา

เกณฑ์การประเมินผล :

1. มารดาโอบกอดทารกด้วยความชื่นชม
2. มารดาให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ให้คำแนะนำมารดาในการสร้างสัมพันธภาพกับทารก เช่น การอุ้มทารก การให้ทารกดูดนมมารดา การช่วยจัดท่าทารก กรณีทารกหิวพร้อมกัน การสบตาหรือการพูดคุยกับทารก แนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ดูแลให้มารดาได้พักผ่อนและได้รับโภชนาการอย่างเพียงพอ เพื่อให้มารดามีศักยภาพในการดูแลทารกได้เต็มที่
3. สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาสามีและทารกโดยการเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมและจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว

การประเมินผล :

มารดาและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก

Discussion เปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์	เทียบเคียงกรณีศึกษา
การตั้งครภ์แฝดถือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทางสูติกรรม เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยทั้งในช่วงก่อนคลอด ขณะคลอด หลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ - การแท้งบุตร (Spontaneous abortion) - ความพิการแต่กำเนิด (Congenital malformations) - ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ (Hypertensive disorder in pregnancy) - การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) - การตั้งครรภ์เนิ่นนาน (Prolonged pregnancy) - ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birthweight) - การพัฒนาการของทารกผิดปกติ (Long-term infant development)	- ในหญิงตั้งครรภ์รายนี้ การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ท้องแข็งตึงเป็นพัก ๆ ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก 100% ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ที่ระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ มีการหดรัดตัวของมดลูกระยะพัก 3 นาที ระยะหดตัว 40 วินาที ความรุนแรงระดับ +2 มีอาการเจ็บท้องจริง เข้าสู่ระยะ active phase ตรวจอัลตร้าซาวด์ส่วนนำทารกเป็นศีรษะทั้งคู่ คาดคะเนน้ำหนักทารก 1,488 กรัม และ 1,600 กรัม แพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดได้
การวางแผนการคลอดของทารกครรภ์แฝดสอง 1. ครรภ์แฝดชนิด monoamnion ผ่าท้องคลอดเนื่องจากจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงในขณะคลอด โดยเฉพาะการพันกันของสายสะดือ	สตรีตั้งครรภ์รายนี้ ครรภ์แฝดชนิดที่ทารกมีส่วนนำเป็นศีรษะทั้งคู่ มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับ ปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางตัวของปากมดลูก 100%

หลักฐานเชิงประจักษ์	เทียบเคียงกรณีศึกษา
2. ครรภ์แฝดชนิดที่ทารกคนแรกส่วนนำไม่ใช่ศีรษะ 2.1 ทารกคนแรกส่วนนำเป็นก้นลำตัวใหญ่มาก ศีรษะที่คลอดออกมาตามหลังก็จะใหญ่กว่าช่องคลอด อาจเกิดภาวะติดศีรษะได้ 2.2 ทารกตัวเล็ก ขาและลำตัวคลอดโดยที่ปากมดลูกยังเปิดไม่หมด ศีรษะทารกอาจติดได้ขณะคลอดศีรษะ 2.3 เกิดภาวะสายสะดือย้อย (umbilical cord prolapse) ส่วนใหญ่จะผ่าท้องทำคลอดทั้งคู่ตั้งแต่แรกโดยไม่ลองคลอด 3. ครรภ์แฝดชนิดที่ทารกมีส่วนนำเป็นศีรษะทั้งคู่ ส่วนใหญ่ทารกครรภ์แฝดชนิดนี้ให้ลองคลอดทางช่องคลอดได้ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม การผ่าท้องคลอดไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์ทางทารกดีขึ้น ถ้าทารกส่วนนำเป็นศีรษะทั้งคู่ 4. ครรภ์แฝดชนิดที่ทารกครรภ์แรกส่วนนำเป็นศีรษะ แต่ทารกคนที่ 2 มีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ (non-vertex) กลุ่มนี้มีความหลากหลายในการตัดสินวิธีคลอด 4.1 ผ่าท้องทำคลอดทารกตั้งแต่แรก 4.2 หลังจากที่ทารกคนแรกคลอดแล้ว ให้หมุนกลับทารกทางหน้าท้องให้ส่วนนำกลับเป็นศีรษะ เพื่อให้คลอดปกติทางช่องคลอดโดยมีศีรษะเป็นส่วนนำ (external cephalic version) 4.3 หลังจากที่ทารกคนแรกคลอดแล้ว จึงทำคลอดทารกที่มีส่วนนำเป็นก้นทั้งหมดทางช่องคลอด (total breech extraction) หรือหมุนทารกภายในมดลูก (internal podalic version) 4.4 คลอดทางช่องคลอด (ทารกคนที่ 1) ร่วมกับการผ่าท้องทำคลอดทารกคนที่สองภายหลังจากที่ลองคลอดทารกคนที่สองแล้วไม่สำเร็จ	ส่วนนำเป็นศีรษะอยู่ที่ระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ คาดคะเนน้ำหนักทารก 1,488 กรัม และ 1,600 กรัม ตรวจอัลตร้าซาวด์ส่วนนำทารกเป็นศีรษะทั้งคู่ ลักษณะรกแยกออกจากกัน (Diamnion c Dichorion) แพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอดได้ ขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงขั้นตอนในการช่วยคลอดครรภ์แฝด 2. เตรียมผู้คลอดให้นอนบนเตียงคลอดที่มีขาหยั่งนอนท่า Lithotomy 3. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอดครรภ์แฝดให้พร้อม 4. ช่วยเหลือการคลอดทารกแฝดร่วมกับสูติแพทย์ 5.ช่วยเหลือการคลอดทารกแฝดคนหลังเป็นท่าศีรษะโดยช่วยกดยอดมดลูกจนกว่าศีรษะจะเข้าสู่ช่องเชิงกรานเพื่อให้สูติแพทย์ทำคลอดแฝดคนหลังต่อไป 6. ประเมินการสูญเสียเลือดและตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและช่องทางคลอด 7. บันทึกรายงานการคลอดโดยละเอียดเพื่อติดตามดูแลมารดาหลังคลอดต่อไป
แนวทางสำหรับการดูแลขณะคลอดทางช่องคลอดทารกครรภ์แฝด - มีผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมมาอย่างเพียงพออยู่กับผู้คลอดตลอดระยะเวลาของการคลอด โดยติด Electronic fetal monitoring กับผู้คลอดตลอดเวลา - เตรียมจองเลือด - มีสูติแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการต่างๆในระยะคลอด	แนวทางสำหรับการดูแลเตรียมการคลอดครรภ์แฝด - แพทย์ตรวจอัลตร้าซาวด์เพื่อวางแผนการคลอดที่เหมาะสมทารกครรภ์แฝด - งดน้ำและอาหารเตรียมพร้อมกรณีคลอดติดขัด - เตรียมทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก - เตรียมเลือด (PRC) ไว้ 2 ยูนิต - เตรียมบุคลากรและเครื่องมือในการช่วยฟื้นคืน

หลักฐานเชิงประจักษ์	เทียบเคียงกรณีศึกษา
- มีเครื่องตรวจคลื่นความถี่สูงเพื่อประเมินท่าและสถานภาพของทารกคนที่ 2 หลังจากที่ทารกคนแรกคลอดแล้ว - มีวิสัญญีแพทย์ที่พร้อมจะให้การระงับการรู้สึก ในการที่ต้องผ่าคลอดทางหน้าท้อง หรือทำหัตถการทางช่องคลอดอื่นๆ - มีบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดูแล ใช้หัตถการฟื้นคืนชีพแก่ทารก	ชีพทารก - บุคลากรในทีมสามารถทำ Resuscitation ได้เป็นอย่างดี อย่างน้อย 2 คน - เตรียมเครื่องมือที่ดีพร้อม - แจ้งกุมารแพทย์ และประสานงานกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตในการเตรียมพร้อมรับทารกที่อาจมีปัญหา

สรุปกรณีศึกษา

การช่วยคลอดครรภ์แฝดคลอดทางช่องคลอด เป็นสูติศาสตร์หัตถการผู้คลอดมีโอกาสได้รับอันตรายจากการช่วยคลอดเพื่อให้ความก้าวหน้าของการคลอดดำเนินไปอย่างปกติ และเพื่อเป็นการช่วยเหลือชีวิตมารดาและทารกในครรภ์ พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการเฝ้าระวังและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์การพยาบาลที่สำคัญที่สุดคือ ต้องสามารถประเมินอาการและรายงานแพทย์ได้ในระยะเวลาอันเหมาะสม รวมถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกแรกเกิดและเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลมารดาครรภ์แฝดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เมื่อสิ้นสุดการคลอดการดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การน้อมนำศาสตร์พระราชา สู่พัฒนาท้องถิ่น อย่างยั่งยืนการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมก็มีความสำคัญ ทีมสุขภาพต้องประเมินความต้องการในการช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนทารกและครอบครัว เช่น ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ให้มารดาเตรียมพร้อมในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ติดต่อประสานทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อช่วยติดตามดูแลสุขภาพมารดาและทารกอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ดาริน โต๊ะกานิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2556). **ทักษะทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์**. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, ฐิติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ.(บรรณาธิการ). (2555). **สูติศาสตร์ฉุกเฉิน**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.

เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐฐัณี ศรีสันติโรจน์. (2559). **การบริบาลปริกำเนิดจากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย.

วิบูลย์ เรืองชัยนิคมและคณะ. (2559). **การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์**. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

เอกชัย โควิสารัชและคณะ. (2555). **วิกฤตการณ์สูติศาสตร์ที่รุนแรง**. กรุงเทพฯ: ทรี-ดี สแกน.

Cunningham FG,Levono KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. **Willims obstetrics**. 24th edition. New York: McGraw Hill, 2014: 891-905.