

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม: กรณีศึกษา

ชิตชนก พันธุ์ป้อม พย.ม., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ พระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

พัชนีญา เชียงตา พย.ม., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ พระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

ณัฐฐันรี คำอุไร พย.ม., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ พระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

พรนิภา วงษ์มาก พย.ม., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ พระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ภาวะแท้งคุกคาม (threatened abortion) หมายถึง การแท้งที่การตั้งครรภ์มีโอกาสดำเนินต่อไปได้จนครบกำหนดคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามจะมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยที่ปากมดลูกยังปิดอยู่ ปริมาณเลือดที่ออกมักจะไม่มาก อาจมีหรือไม่มีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วย การตรวจภายในจะพบว่ามีปากมดลูกปิด ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงต่อภาวะแท้งคุกคาม ได้มีการนำโปรเจสเทอโรน เพื่อการรักษาภาวะปกติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เนื่องจาก โปรเจสเทอโรนมีบทบาทสำคัญต่อการตั้งครรภ์ปกติ โดยเริ่มมีบทบาทตั้งแต่การฝังตัวของตัวอ่อน ช่วยลดการบีบตัวของมดลูกและอาการปวดท้อง ทำให้การตั้งครรภ์ดำรงอยู่จนครบกำหนดคลอดได้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นหญิงไทยอายุ 32 ปี สถานภาพสมรส อายุครรภ์ 16⁺⁶ สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคาม บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การตั้งครรภ์ในครั้งนี้ปลอดภัยและสามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนกระทั่งครบกำหนดคลอด และกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การรักษาและการให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม

คำสำคัญ: แท้งคุกคาม, การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม

Nursing Care for Threatened Abortion Pregnancy: Case Study

Chidchanok Phanpom, M.N.S., Boromarajonani College of Nursing, Saraburii, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Patchaneeya Chieangta, M.N.S., Boromarajonani College of Nursing, Saraburii, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Natnari Khamaurai, M.N.S., Boromarajonani College of Nursing, Saraburii, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Pornnipa Wongmak, M.N.S., Boromarajonani College of Nursing, Saraburii, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

Threatened abortion was an abnormality in the first 20 weeks of pregnancy that can continue until full term. Signs and symptoms of threatened abortion were vagina bleeding and abdominal pain. The cause was still unknown. Diagnosis was based on history taking, physical examination, per vagina examination revealed the cervix os closed. Ultrasound, it was found that the fetal was alive. Treatment focuses on expectant management or symptomatic treatment. Pregnant women were instructed to observe vaginal bleeding, pain relief, bed rest and abstaining from sex. Giving the hormone progesterone to reduce uterine contractions and abdominal pain could help the pregnancy to full term.

The case study was Thai female 32 years old, married, GA 16⁺⁶ weeks, threatened abortion was diagnosis. Nursing's role for pregnant women with threatened abortion was to ensure that pregnancy is safe and can continue until full term. This case report performed assessment, treatment, and holistic nursing care with the Socio-Ecological model.

Keywords: Threatened abortion, Nursing care for threatened abortion

บทนำ

การแท้งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุดซึ่งมีรายงานว่าร้อยละ 50 ของการปฏิสนธิจะเกิดการแท้งไปก่อนที่จะขาดระดู ร้อยละ 31 ของการปฏิสนธิจะแท้งไปหลังมีการฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกแล้ว และร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 6 สัปดาห์เป็นต้นไปจะเกิดการแท้งโดยอัตราการแท้งจะลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น¹ จากการศึกษาของถวัลย์วงศ์รัตนสิริ พบว่า การตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกถ้ามีเลือดออกโอกาสที่จะเกิด pregnancy loss ร้อยละ 12.4 แต่ถ้าไม่มีเลือดออกโอกาสประมาณร้อยละ 4.2-6.1² พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของการแท้งจะเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์แรก และอัตราการแท้งจะค่อยๆ ลดลงเมื่อตั้งครรภ์เข้าสู่ช่วงท้ายๆ ของไตรมาสแรกและเข้าสู่ไตรมาสที่สอง ประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนการแท้งทั้งหมด มีสาเหตุจากความผิดปกติของโครโมโซม ปัจจัยเสี่ยงของการแท้งจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการคลอด อายุของสตรีตั้งครรภ์และสามีโดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการแท้งอยู่ร้อยละ 12 ส่วนสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 40 ปี มีอัตราแท้งร้อยละ 26 โดยสาเหตุจากอายุยังไม่สามารถอธิบายพยาธิสภาพได้ชัดเจน ส่วนอายุของสามีเพิ่มอัตราแท้งได้ประมาณ ร้อยละ 12-20 และการแท้งจะเพิ่มมากขึ้นหากมีการตั้งครรภ์หลังการคลอดบุตรภายใน 3 เดือน³

การแท้ง (Abortion) หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในระยะที่ทารกในครรภ์ยังไม่สามารถมีชีวิตจนอยู่รอดได้โดยทั่วไปหมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัมอย่างไรก็ตามนิยามของการแท้งอาจแตกต่างกันไปขึ้นกับความสามารถและความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดบางแห่งอาจให้นิยามของการแท้งคือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม การแท้งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการแท้งที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous abortion) และการชักนำให้เกิดการแท้ง (Induced abortion) การดำเนินโรคของการแท้งที่เกิดขึ้นเองเกิดจากการมีเลือดหรือเนื้อเยื่อที่ตาย (necrosis tissue) อยู่ในชั้น decidua basalis จึงทำให้รกลอกตัวออกจาก decidua ซึ่งเป็นผลทำให้มดลูกมีการหดตัวแล้วขับสิ่ง

แปลกปลอมออกจากร่างกายถ้าสิ่งที่ขับออกมามีแต่ถุงน้ำ (sac) และไม่มีทารกอยู่ในถุงน้ำเรียกว่า blighted ovum จำแนกประเภทของการแท้งที่เกิดขึ้นเองออกได้เป็น 6 ประเภทคือ การแท้งคุกคาม (threatened abortion) การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable abortion) การแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) การแท้งครบ (complete abortion) การแท้งค้าง (missed abortion) การแท้งซ้ำซาก (recurrent abortion)⁴ ในการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ใช้คำนิยามการแท้งการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม⁴

ผู้ศึกษามีความตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแท้งคุกคาม (Threatened abortion) เนื่องจากการแท้งชนิดนี้หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแท้งคุกคามจะมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยที่ปากมดลูกยังปิดอยู่ ปริมาณเลือดที่ออกมักจะไม่มาก อาจเป็นเลือดสีแดงสดหรือเลือดคล้ำก็ได้ อาจมีเลือดออกเป็นวันจนถึงหลายสัปดาห์ หลังจากมีเลือดออกผู้ป่วยจะมีการปวดท้องน้อยตามมาซึ่งอาจเกิดหลังจากมีเลือดออกไม่กี่ชั่วโมงหรืออาจเกิดหลังจากนั้นหลายวัน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วยซึ่งในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องน้อยร่วมด้วยมักมีพยาธิกรณโรคไม่ติดเชื้อ การตรวจภายในจะพบว่ามียืดออกจากปากมดลูกปากมดลูกปิดและมดลูกโตตามอายุครรภ์ ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงต่อภาวะแท้งคุกคาม ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษารณีศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Socio-Ecological Model)⁵ ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กรหรือสถาบัน ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะแท้งคุกคาม โดยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่าย ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ โดยนำกรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแท้งคุกคาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม ปัญหา และอุปสรรคในการป้องกันภาวะแท้งคุกคามในสตรีตั้งครรภ์และได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามทั้งทางด้านการประเมินสภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยวิเคราะห์ถึงสาเหตุโดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคมนำไปสู่การให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถตั้งครรภ์ได้ครบกำหนดคลอด

แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Socio-Ecological Model)

แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Socio-Ecological Model)⁵ เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

1. ระดับบุคคล (intrapersonal factor level) หมายถึง คุณลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ รวมถึงลักษณะทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ ความรู้ ความเชื่อทัศนคติ หรือบุคลิกภาพ

2. ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal process and primary group level) หมายถึง เครือข่ายทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งบุคคลดังกล่าวสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านทางกระบวนการขัดเกลาทางสังคม

3. ระดับองค์กรหรือสถาบัน (organizational/Institutional factor level) หมายถึง สถานที่ทำงานหรือสถาบันการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานในการปฏิบัติให้กับสมาชิกภายในองค์กรหรือสถาบันนั้น มีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย หรือแบบอย่างปฏิบัติให้กับสมาชิก ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคหรือเกื้อหนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ต้องการ

4. ระดับชุมชน (community factor level) หมายถึง เครือข่ายทางสังคม ค่านิยม หรือธรรมเนียม ซึ่งมีทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนที่พอกอาศัยหรือละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล

5. ระดับนโยบายสาธารณะ (public policy level) หมายถึง ข้อกำหนดของสังคมโดยรวมที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย กฎหมาย นโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาตำราและเอกสารสารทางวิชาการเกี่ยวกับภาวะแท้งคุกคามและการรักษาภาวะแท้งคุกคามด้วยการใช้ฮอร์โมน

2. เลือกกรณีศึกษาที่มีภาวะแท้งคุกคามและได้รับการรักษาด้วยการใช้ฮอร์โมน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 1 ราย

3. ขออนุญาตผู้ป่วย ในการเป็นกรณีศึกษา เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติทางสูติกรรม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาที่ได้รับ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ออกมาวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมโดยยึดแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคม ซึ่งมี 5 ระดับ กรณีศึกษานี้ผู้ศึกษาจะศึกษาเฉพาะระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล

5. รวบรวมข้อมูลที่ได้และจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษาภาวะแท้งคุกคาม

ประวัติส่วนบุคคล

หญิงไทย อายุ 32 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ รับจ้าง (ก่อสร้าง) รายได้ 7,000 บาท/เดือน สถานภาพสมรส คู่ ระยะเวลาสมรส 4-5 เดือน (การแต่งงานครั้งที่สอง) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว

การวินิจฉัยโรคแรกรับ Threatened abortion R/O Abortion

การวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย Threatened abortion R/O Abortion

1. ประเมินภาวะสุขภาพ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: ปวดท้องน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน: 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (16 กันยายน 2565) ขณะกำลังเดินข้ามโคลนแต่ก้าวผิดพลาด ไม่ได้ลื่นล้มหรือกระแทก หลังจากนั้นมีอาการปวดท้องน้อย มีอาการปวดร้าวไปด้านข้างของท้องทั้ง 2 ข้างและมีปวดกันหน่วงๆ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดท้องน้อยมากขึ้นปวดทุก 2 นาที นานครั้งละ 30 วินาที ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต: หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคหอบหืด 3 ปี ไม่ได้รับประทานยาหรือพ่นยาถ้ามีอาการรุนแรงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลย

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว: ยายเป็นโรคเส้นหัวใจรั่ว 3-4 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลเลยปฏิเสธการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นในครอบครัว

ประวัติทางสูติกรรม (LMP, contraception): มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 12 ปี ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ปฏิเสธอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน

มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 11 ปี หลังจากคลอดบุตรคนแรกคุมกำเนิดด้วยยาฉีดคุมกำเนิดนานประมาณ 1 ปีกว่า และหยุดฉีด 5 เดือนจึงตั้งครรภ์บุตรคนที่สองหลังจากคลอดบุตรคนที่สองคุมกำเนิดด้วยยาฉีดคุมกำเนิดนานประมาณ 2 ปี และหยุดฉีดและได้เปลี่ยนมาเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมโดยเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเดือนมีนาคม 2565 ในเดือนพฤษภาคม 2565 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอจึงตั้งครรภ์บุตรคนที่สาม

วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 13 พฤษภาคม 2565

การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์: ขณะตั้งครรภ์ยังมีเพศสัมพันธ์กับสามีทุก 3-4 วัน มีเพศสัมพันธ์ล่าสุดวันที่ 16 กันยายน 2565 ทำที่ใช้ขณะมีเพศสัมพันธ์กระทบกับหน้าท้องและรู้สึกเจ็บบริเวณท้องน้อยขณะมีเพศสัมพันธ์

แต่ไม่มีเลือดออก

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

ครรภ์แรก ปี 2555 คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม

ครรภ์ที่สอง ปี 2557 คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในปัจจุบัน (ความผิดปกติต่างๆ)

หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองขาดประจำเดือนตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2565 มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน จึงได้ซื้อที่ตรวจครรภ์มาตรวจและพบว่าตนเองตั้งครรภ์แต่ยังไม่ได้ฝากครรภ์ ในเดือนกรกฎาคม 2565 มีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 2 วัน แล้วหยุดไปเอง และหลังจากนั้นไม่พบว่ามีการเลือดออกทางช่องคลอดอีก ปัจจุบันอายุครรภ์โดยตรวจเครื่องอัลตราซาวนด์ (gestational age; GA) 16⁺⁶ สัปดาห์

การเข้ายาหรือสารเสพติด: ปฏิเสธการเข้ายาและสารเสพติด

2. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก ส่วนสูง Vital signs

ก่อนการตั้งครรภ์น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 21.2 กิโลกรัม/ตารางเมตร (อยู่ในเกณฑ์ปกติ) ปัจจุบันน้ำหนัก 58 กิโลกรัม น้ำหนักขึ้นมา 5 กิโลกรัม

Vital signs: Temperature 37.2 °C

Pulse rate 86 bpm

Respiratory rate 20 bpm

Blood pressure 110/60 mm.Hg.

ลักษณะทั่วไป (head to toe)

General appearance	A Thai pregnant woman, good conscious.
Skin	moist, no skin lesion, not pale.
Head	normal size and shape, symmetry, normal hair distribution, no dandruff.
Eyes	normal eye contour, no edema, no pale conjunctiva, no injected conjunctiva, pupils 3 mm. react to light both eyes.
Ears	external ears no mass or lesion.
Nose	external configuration normal, no discharge, mucous membrane pink not injected.
Mouth&throat	lip not pale, tonsils not enlarged or injected.
Neck	thyroid not enlarge, lymph nodes not palpable.
Chest and lung	normal chest contour, AP<transverse.
Heart and vascular	point of maximum impulse (PMI) at ICS 5 th , regular rhythm.
Breast	normal shape, no mass and no discharge, normal nipple.
Abdomen	soft, mild distention, no guarding, no mass, mild tender and rebound tenderness at right and left lower quadrant
	
Musculoskeletal	no deformity, no pain, no inflammation.
Neurological system	good conscious, motor power grade 5.

ผลการตรวจครรภ์

การดู (Inspection): ขนาดหน้าท้องสัมพันธ์กับอายุครรภ์ คือ 2/3 >symphysis pubis พบ linear nigra พบ Striae gravidarum ไม่พบ Pendulous abdomen and Diastatic recti ไม่มีรอยแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง รูปร่างท้องเป็นแบบรูปร่างกลม

การคลำ (Palpation):Fundal grip ขนาดและรูปร่างของท้องสัมพันธ์กับอายุครรภ์ high of fundus 2/3 >symphysis pubis สัมพันธ์กับอายุครรภ์ (16⁺⁶ สัปดาห์ by U/S) Fetal part คลำไม่พบ ไม่สามารถตรวจ Umbilical grip, Pawlik’s grip, Bilateral inguinal grip เนื่องจากทารกมีขนาดเล็กอายุครรภ์ยังน้อย

การวัด: การวัดระดับยอดมดลูกจาก Symphysis pubis ถึงยอดมดลูก ได้ 15 ซม.

การฟัง (Auscultation): ยังไม่สามารถฟังเสียง

Fetal Heart Sound ได้

ผลการตรวจภายใน (Per vagina examination)

MIUB: Normal

Vagina: Minimal whitish discharge

Cervix: os closed

Uterine: FH -Suprapubic no mass

3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือด

ผลการตรวจ: Hematology (Complete blood count):

WBC Count 8.2×10^3 /ul, RBC 4.57×10^6 /ul, Hemoglobin 11.6 g/dl, Hematocrit 34.5%, Neutrophil

60%, Lymphocytes 34%, Monocytes 5%, Eosinophil 1%, Basophil 0%, MCV 75.4 fl, MCH 25.4 pg, MCHC 33.7 g/dL, RDW 14.6%, Plt. Count $291 \times 10^3 / \text{ul}$

การแปลผล: ไม่พบผลการตรวจที่ผิดปกติ

Coagulogram:

PT 12.1 Sec., PT control 13.3 Sec., INR 0.98, APTT 26.6 Sec., APTT control 25.8 Sec., APTT ratio 1.00

การแปลผล: ไม่พบผลการตรวจที่ผิดปกติ

Routine chemistry:

BUN 7.0 mg/dL, Creatinine 0.49 mg/dL, eGFR (CKD-EPI) 138.77 mL/min/L, Sodium 136.0 mmol/L, Potassium 3.40 mmol/L, Chloride 106.0 mmol/L, CO₂ 23.0 mmol/L

การแปลผล: Creatinine ต่ำกว่าปกติ หมายถึง อาจมีสาเหตุจากการที่ปริมาณเลือดเพิ่มมากขึ้นและเลือดที่ไปไตเพิ่มขึ้นการกรองเพิ่มขึ้น ค่า Creatinine จึงอาจจะต่ำกว่าปกติได้, eGFR (CKD-EPI) สูงกว่าปกติ หมายถึงในระยะตั้งครรภ์เป็นผลมาจากการที่ปริมาณเลือดเพิ่มมากขึ้นและเลือดที่ไปไตเพิ่มขึ้น, Potassium ต่ำกว่าปกติ หมายถึง อาจมีการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุโพแทสเซียมน้อยเกินไป

การตรวจปัสสาวะ: ไม่ได้รับการตรวจ

การตรวจพิเศษต่างๆ:

Transvaginal ultrasonography and Trans-abdominal ultrasonography SVF, CRL GA 16⁺ 6 weeks, fetal heart positive

การแปลผล: การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ทางหน้าท้องและทางช่องคลอดประเมินผล ทารกมีอายุ 16 สัปดาห์ 6 วัน และตรวจพบการเต้นของหัวใจทารก

4. การได้รับยา

แผนการรักษาที่ได้รับโดยแพทย์ขณะอยู่โรงพยาบาล

Day1 (16 กันยายน 2565): แพทย์มีแผนการรักษาให้ยาป้องกันการแท้ง Proluton 250 mg IM ให้ยาสอดช่องคลอด Utrogestan 2 tab Vg hs. ทุกวัน, สังเกตอาการเลือดออกทางช่องคลอด ติดตามสัญญาณชีพ

ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete blood count, Coagulogram, Routine chemistry, ให้ยาบำรุงครรภ์ Folic 1x1 oral pc.

Day 2 (17 กันยายน 2565): จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าโพแทสเซียมต่ำ แพทย์จึงมีแผนการรักษา ให้ยา EKCL 30 mL, สังเกตการติดเชื้อในช่องท้องและอาการเลือดออกทางช่องคลอด

Day 3 (18 กันยายน 2565): ให้ยาป้องกันการแท้ง Utrogestan 2 tab Vg hs., ยาบำรุงครรภ์ vitamin B6 1x1 oral pc.

การวิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง กรณีศึกษารายนี้ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Threatened abortion จากการซักประวัติอาจจะมีสาเหตุของภาวะแท้งคุกคามดังต่อไปนี้

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ก้าวผิดท่า ไม่ได้สู่น้ำหรือกระแทก หลังจากนั้นมีอาการปวดท้องน้อยปวดร้าวไปด้านข้างของท้องทั้ง 2 ข้างและมีปวดกันหน่วงๆ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์: ขณะตั้งครรภ์ยังมีเพศสัมพันธ์ล่าสุดวันที่ 16 กันยายน 2565 ท่าที่ใช้ขณะมีเพศสัมพันธ์กระทบกับหน้าท้องและรู้สึกเจ็บบริเวณท้องน้อยขณะมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่มีเลือดออก

ลักษณะงานที่ทำ: ทำงานก่อสร้างยกเหล็กหนัก 5 กิโลกรัม

ผลการตรวจภายในพบ Vagina: Minimal whitish discharge Cervix: os closed

ตรวจร่างกายพบ Abdomen: mild tender and rebound tenderness at right and left lower quadrant และการคลำ (Palpation): Fundal grip ขนาดและรูปร่างของท้องสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ระดับยอดมดลูกอยู่ระดับ 15 ซม. หรือ high of fundus 2/3 > symphysis pubis สัมพันธ์กับอายุครรภ์ คือ 16⁺ 6 weeks by U/S ผลการตรวจภายใน Cervix: os closed สัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงของภาวะแท้งคือ มี/ไม่มีอาการปวดท้องน้อย, ปากมดลูกปิด, มดลูกโตตามอายุครรภ์และการวินิจฉัยโรคเป็นไปตามทฤษฎี กรณีศึกษารายนี้พบ Transvaginal ultrasonography and Transabdominal ultrasonography: SVF, CRL GA 16⁺ 6 weeks, fetal

heart positive นำมาสู่การรักษาที่ได้รับ คือ Proluton 1 amp IM, Observe vagina bleeding, Utrogestan 2 tab Vg hs. เป็นยาในกลุ่มโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ซึ่งมีความเหมาะสมและสัมพันธ์กับการดำเนินของโรค และพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาด้วย Progesterone พบว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ เมื่อผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาดังกล่าวทำให้อาการปวดท้องลดลง⁶

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาที่ได้รับ นำมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยาเชิงสังคมเลือกศึกษาเฉพาะระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคลพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านสตรีตั้งครรภ์ และปัจจัยระดับระหว่างบุคคลซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการสูญเสียการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีภาวะแท้งคุกคาม

เป้าหมายทางการพยาบาล สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบเลือดออกจากช่องคลอด
2. ไม่มีอาการแสดงของการหดตัวของมดลูก

เช่น ปวดท้องน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Bed rest) เพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก⁷
2. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ในกรณีที่มีเลือดออกควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนเลือดที่เสียไป เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อค⁷
3. งดการตรวจทางช่องคลอดและทางทวารหนัก และงดสวนอุจจาระเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก⁷

ของมดลูก⁷

4. ดูแลให้ได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก⁷ Proluton 1 amp IM ตามแผนการรักษา อธิบายอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ เช่นคลื่นไส้ ไอ ระคายเคืองต่อบริเวณที่ทายา และคัดตึงเต้านมเป็นต้น และแนะนำวิธีการดูแลตนเองให้หญิงตั้งครรภ์ทราบโดยแนะนำไม่ให้หญิงตั้งครรภ์คลั่งบริเวณที่ฉีด และยา Utrogestan 2 tab Vg hs. อธิบายวิธีการเหน็บยาแก่สตรีตั้งครรภ์ดังนี้วิธีให้หญิงตั้งครรภ์เหน็บยาก่อนนอนเพื่อป้องกันยาหลุดโดยก่อนเหน็บยาควรขับถ่ายปัสสาวะ ทำความสะอาดอวัยวะเพศภายนอกและทวารหนักแล้วล้างมือให้เรียบร้อย นอนหงายชันเข่าทั้งสองข้างสอดยาเข้าทางช่องคลอดช้าๆให้ลึกๆและเมื่อเหน็บยาแล้ว ควรนอนในท่าเดิมต่อประมาณ 15 นาทีไม่ควรลุกเดินทันทีเพื่อให้ยาละลายเคลือบช่องคลอด

4. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกเป็นระยะๆ โดยใส่ผ้าอนามัยสังเกตปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออกพร้อมทั้งสังเกตอาการเจ็บครรภ์/ปวดท้องน้อย ถ้ามีเลือดออกและมีอาการเจ็บครรภ์/ปวดท้องน้อยมากขึ้นให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้การรักษาและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม⁷

5. ดูแลและติดตามให้ได้รับการตรวจความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ ได้แก่ Pregnancy test หรือ Ultrasound ตามแผนการรักษา⁷

การประเมินผล

1. จากการสังเกตผ้าอนามัยไม่พบเลือดออกจากช่องคลอด
2. ไม่มีอาการปวดท้องน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิตกกังวลต่อภาวะแท้งคุกคาม

เป้าหมายทางการพยาบาล วิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายความรู้เกี่ยวกับภาวะแท้งคุกคาม เช่น สาเหตุ ผลกระทบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง และแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล
2. ให้กำลังใจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึกและรับฟังความวิตกกังวลต่างๆ
3. ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เน้นย้ำให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้การตั้งครรภ์ครั้งนี้ดำเนินไปจนกระทั่งครบกำหนดคลอด

การประเมินผล

หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีความพร้อมรับการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เป้าหมายทางการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดการแท้งคุกคามซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้องครบถ้วนทุกข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่หญิงตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัว ได้แก่
 - 1.1 อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ (การสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด การหดตัวของมดลูก อาการปวดท้องน้อย)⁸
 - 1.2 การพักผ่อน ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน และ 2-3 ชั่วโมงในตอนกลางวัน⁸
 - 1.3 ควรงดการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากการกระตุ้นบริเวณหัวนมหรืออวัยวะเพศจะกระตุ้นการหลั่งของสารออกซิโทซินทำให้มดลูกมีการหดตัว และสารพรอสตาแกลนดินในน้ำอสุจิจะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกและทำให้ปากมดลูกนุ่ม⁹ เกิดการถ่างขยายของปากมดลูกได้
 - 1.4 การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะ

สืบพันธุ์ภายนอก โดยทำความสะอาดด้านหน้าให้สะอาดก่อนจึงทำความสะอาดด้านหลังและซับให้แห้ง และไม่ควรถูกเปลี่ยนผ้าอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ พร้อมทั้งสังเกตอาการตกขาว หากมีอาการตกขาวที่ผิดปกติ เช่น มีอาการแสบคัน มีกลิ่นเหม็น มีสีผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ทันที¹⁰

1.5 งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงการได้รับควันบุหรี่ทั้งในบ้าน ที่ทำงาน และแหล่งชุมชน พร้อมทั้งอธิบายให้บุคคลในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและอันตรายหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับควันบุหรี่¹¹

1.6 การรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม และยาบำรุงเลือดตามแผนการรักษา¹¹

1.7 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากภาวะเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งสารCatecholamine ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง และทำให้ Prostaglandin หลั่งออกมาซึ่งทำให้กระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัว¹¹

การประเมินผล

หญิงตั้งครรภ์สามารถบอกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้องครบถ้วนทุกข้อได้แก่ อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดทุกชนิด การรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

สรุปการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม

การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม (Threatened abortion) สิ่งที่สำคัญคือ ควรมีการซักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีตซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแท้งคุกคามในครรภ์นี้ แบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน เช่น การซักประวัติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ จำนวนความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์และระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ การรักษาความสะอาดอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การเจ็บครรภ์ การมีเลือดออก เป็นต้น การตรวจร่างกายอย่างละเอียด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ลักษณะงานที่ทำ การตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ อย่างละเอียด เพื่อที่จะค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะแท้งคุกคามได้อย่างแท้จริง ซึ่งจะนำมาสู่การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในการให้คำแนะนำในขณะที่อยู่โรงพยาบาลควรมีการแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบถึงพยาธิสภาพของการเกิดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจในการดำเนินโรคภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง แผนการรักษาต่างๆ ที่ได้รับเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกรพยาบาล การให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ควรเน้นย้ำถึงการป้องกันและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ แนะนำการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่ควรมาพบแพทย์ให้ครอบครัวหรือสามีเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และสามารถร่วมกันดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
2. ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ. สูติศาสตร์ฉุกฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการแม่และเด็กชุดที่ 11 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hofman BL, Casey BM, et al. Chapter 18: Abortion. Williams's obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018..
4. ชีระ ทองสง. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
5. Mc Leroy K, Bibeau D, Stecker A, Glant K. An ecological perspective on health promotion program. Health Education Quarterly 1988;15:351-77.

6. Duan L, Yan D, Zeng W, Yang X, Wei Q. Effect of progesterone treatment due to threatened abortion in early pregnancy for obstetric and perinatal outcomes. Early Human Development 2010;86:41-3.

7. นันทพร แสนศิริพันธ์, ณวี เบาทรวง. การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 (สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน). เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.

8. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ว.พยาบาลศาสตร์ 2550;25(2):4-12.

9. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. CMAJ 2011;183(7):815-8.