

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวมัลลิกา ศรีชูเปี่ยม
อายุ ๓๐ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การผดุงครรภ์

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการห้องคลอด ฝ่ายการพยาบาล ดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดทั้งครบกำหนดและคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และจำเป็นต้องยับยั้งการคลอด ตลอดจนดูแลทำคลอดในรายคลอดปกติ และรายที่มีภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการหลังคลอด ๒ ชั่วโมง และดูแลทารกปกติ ๒ ชั่วโมง หลังคลอด

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง

สาขา การผดุงครรภ์

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔๕,๐๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการผดุงครรภ์

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา/ฝึกอบรม/ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้มีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ความชำนาญเฉพาะทาง และจัดการรายกรณีในการดูแลสตรี ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิดและครอบครัวแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ทั้งภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะฉุกเฉิน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานการผดุงครรภ์ การจัดการข้อมูล เพื่อพัฒนาคุณภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อความปลอดภัย และตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของมารดา ทารก ที่มีความหลากหลายและซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา

แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมในการผดุงครรภ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การบูรณาการระบบความรู้จากงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยนำเชื่อถือ ครอบคลุมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิก ค่านิยมผู้รับบริการ เพื่อตัดสินใจให้บริการในการดูแลและแก้ปัญหาเฉพาะอย่าง โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากรายงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นผู้ร่วมงาน ข้อมูลทางคลินิก ประสบการณ์ผู้รับบริการ หรือผู้ดูแล และประสบการณ์ในคลินิก การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

๑. การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
๒. เลือกใช้เอกสาร หลักฐาน และงานวิจัยที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือ
๓. ไม่มีอคติในการเลือกหลักฐานงานวิจัย
๔. สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหา
๕. สามารถนำไปใช้ในบริบทของปัญหาที่รับผิดชอบ
๖. มีแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ

การนำไปใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกมีดังนี้

๑. พิจารณาถึงผลดีผลเสีย
๒. การยอมรับของผู้รับบริการ
๓. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ
๔. แหล่งประโยชน์
๕. ความร่วมมือของผู้ร่วมงาน
๖. นโยบายและการสนับสนุน

จุดมุ่งหมายการนำนวัตกรรมทางการผดุงครรภ์มาใช้มีดังนี้

๑. ป้องกันภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อน
๒. ช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้ที่มีประสิทธิภาพ
๓. ช่วยในการควบคุมและจัดการปัญหาที่รุนแรงและซับซ้อน
๔. พัฒนาสุขภาพและคงความสามารถในการทำงานของร่างกาย
๕. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ
๖. ส่งเสริมการปรับตัวของผู้รับบริการต่อสิ่งแวดล้อม
๗. ส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บปวด
๘. ประหยัดค่าใช้จ่าย และความคุ้มค่าคุ้มทุน

กฎหมาย จริยธรรม ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และการผดุงครรภ์

พยาบาลสามารถประกอบวิชาชีพการพยาบาลเฉพาะทางในสาขาการผดุงครรภ์ โดยใช้ความรู้ ความเข้าใจในหลักจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมายวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. รักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติต่อสตรีในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิด ครอบครัวยุคใหม่ เพื่อนร่วมวิชาชีพ และเพื่อนร่วมงาน
๒. รับผิดชอบต่อการทำงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และสิทธิประโยชน์ของสตรีในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิด และครอบครัวยุคใหม่
๓. พิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติการณ์การผดุงครรภ์อย่างมีจรรยาบรรณ เป็นธรรม และปลอดภัย

๔. ปฏิบัติการผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ความสำคัญของจริยธรรมทางการพยาบาลมีดังนี้

๑. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น
๒. การตื่นตัวเรื่องสิทธิเสรีภาพ
๓. การประกาศหลักจริยธรรมพื้นฐานของวิชาชีพพยาบาล
๔. การเผชิญกับปัญหาจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เช่น การทำผิดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ การผิดหลักศีลธรรมของสังคม

หลักจริยธรรมสำหรับการส่งเสริมจริยธรรมการพยาบาล มีดังนี้

๑. การเคารพเอกราช กามีความเป็นส่วนตัว มีสิทธิในการปกครองตนเองและอิสระในการกระทำตามความต้องการของตนเอง (รวมถึงการรักษาความลับ)
๒. การทำประโยชน์ การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์กับบุคคลอื่น เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดูแลผู้ป่วยถูกหลักเทคนิค ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
๓. การไม่ทำอันตราย การกระทำที่ไม่นำสิ่งเลวร้ายหรือ สิ่งที่เป็นอันตราย หรือเสียงอันตรายมาสู่บุคคลอื่น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม
๔. ความซื่อสัตย์ เป็นการกระทำด้วยความซื่อสัตย์ตามพันธสัญญาของวิชาชีพ ซึ่งต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น ซื่อสัตย์และรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย
๕. ความยุติธรรม การปฏิบัติด้วยความเสมอภาค ให้การพยาบาลแก่ทุกคนอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกเพศ ชนชั้น เชื้อชาติ และอื่นๆ ตามบริบทและความต้องการของผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล
๖. การพูดหรือบอกความจริง บุคคลมีสิทธิ์รับรู้ความจริง ดังนั้นบุคคลจึงมีหน้าที่พูดความจริงต่อกัน ไม่โกหกหลอกลวงทั้งคำพูดและการกระทำ

มาตรฐานและแนวปฏิบัติการผดุงครรภ์ที่เกี่ยวข้องและสภาการพยาบาล

ระยะตั้งครรภ์

๑. ค่า Hemoglobin ๑๑ mg/dl ในการฝากครรภ์ครั้งแรก หรือช่วงอายุครรภ์ ๓๐ สัปดาห์
๒. ติดตามความสูงของยอดมดลูก
๓. หลีกเลี่ยงการนอนหงายในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

ระยะคลอด

๑. ให้มีบุคคล หรือสามี หรือญาติที่ได้รับการฝึกอบรมช่วยเหลือในระยะคลอด
๒. การตรวจภายใน เสี่ยงต่อการติดเชื้อในรายที่เสี่ยงติดเชื้อควรตรวจภายใน ใช้หลักการปราศจากเชื้อ และควรตรวจทุก ๔ ชั่วโมง หรือตรวจภายในให้น้อยที่สุด
๓. จัดท่าและการเคลื่อนไหวในระยะคลอด จัดท่าศีรษะสูง ทำให้มดลูกหดตัวดี และทารกเคลื่อนต่ำได้ดี ให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวอย่างอิสระตามที่รู้สึกสบาย รู้สึกปวดน้อย และไม่ให้นอนหงาย
๔. อาหารและน้ำดื่มในระยะคลอด ได้แก่ งดน้ำงดอาหาร ถ้าเสี่ยงต่อการผ่าตัด ต้องดูแลให้สารน้ำให้เพียงพอ เสี่ยงการเกิดภาวะเหนื่อยล้า ขาดน้ำ ร่างกายเป็นกรด
๕. การสวนอุจจาระจะทำช่วงรับใหม่ เริ่มเจ็บครรภ์ หรือระยะปากมดลูกเปิดช้า ผู้คลอดท้องผูก การสวนอุจจาระไม่ได้ทำให้คลอดเร็วขึ้น ไม่ได้ทำให้ลดการติดเชื้อ การสวนอุจจาระต้องคุยปัญหาการถ่ายอุจจาระกับผู้คลอดก่อน ผู้คลอดต้องไม่มีปัญหาลำไส้ใหญ่ มีอาการแพ้ หรือเป็นโรคหัวใจ

๖. ทำในการคลอด ให้ผู้คลอดเลือกทำในการคลอดได้ จัดท่าศีรษะสูง ทำให้ทารกมีสัญญาณชีพและการตอบสนองที่ดี

๗. การเบ่งคลอด ไม่ควรเบ่งลึกและยาวเกิน ให้เบ่งแบบธรรมชาติที่ผู้คลอดเบ่งได้ (เมื่อปวดมดลูกให้เบ่งได้ ๕ - ๗ ครั้งละ ๔ - ๖ วินาที) และหลีกเลี่ยงท่านอนหงาย เพราะทำให้ทารกเคลื่อนต่ำได้ช้า

๘. การดูแลแผลฝีเย็บ ตัดฝีเย็บให้น้อยที่สุด นวดฝีเย็บในไตรมาสที่ ๓ วิธีการเบ่งคลอด การจัดทำคลอดศีรษะสูง หรือท่านั่งยอง ๑ ช่วยลดการฉีกขาดแผลฝีเย็บได้

๙. การตัดฝีเย็บผู้คลอดครั้งแรกแบบเฉียงอย่างน้อย ๔๕ องศาจากกึ่งกลาง ป้องกันการเกิดฝีเย็บฉีกขาดถึงทวาร

๑๐. การให้นมแม่ภายใน ๑ ชั่วโมงหลังคลอด และให้อีกครั้งภายใน ๖ ชั่วโมงหลังคลอด ช่วยจัดท่าให้นมให้ถูกต้อง และให้ทารกคาบหัวนมลึกถึงลานนม

๑๑. การควบคุมอุณหภูมิทารก และการให้มารดาสัมผัสกับทารก ได้แก่ อุณหภูมิกายต่ำ ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน และให้มารดาสัมผัสกับทารก จำเป็นต้องทำทุกราย เพื่อป้องกันทารกตัวเย็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกน้ำหนักน้อย

๑๒. การดูแลทารกแรกเกิด อุณหภูมิห้องต้องอบอุ่น เตรียมเครื่องควบคุมอุณหภูมิให้พร้อมทารกปกติ ไม่จำเป็นต้องดูแลห่มเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง การดูดนมแม่ และการให้มารดาสัมผัสทารกช่วยเพิ่มความอบอุ่นให้ทารก ป้องกันทารกตัวเย็น และป้องกันการติดเชื้อได้

๑๓. การใช้ Oxytocin ในระยะที่ ๓ ของการคลอด ใช้หลังคลอดไหลบ่น ๑๐ ยูนิต ถ้าคลอดแฝดเมื่อทารกคนสุดท้าย ถ้าทารกยังไม่คลอด ห้ามฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

๑๔. การเย็บแผล ถ้าแผลไม่ลึก ไม่มีเลือดออก ไม่ต้องเย็บ ใช้ไหมเย็บแผลที่ดี ไม่ปวดแผล ไม่เสี่ยงติดเชื้อ เทคนิคการเย็บแผลที่เหมาะสม

๑๕. การตัดสายสะดือ การผูกสายสะดือนาทีที่ ๓ เพื่อเติม Hemoglobin ให้ทารก โดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย การผูกสายสะดือช้า ไม่เกิน ๓ นาที หลังคลอดช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะหลังคลอด

๑. การดูแลสายสะดือให้แห้ง สะอาด เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ การอาบน้ำทารกต้องระมัดระวังการติดเชื้อที่สะดือ

๒. ให้นมแม่อย่างเดียว และให้ไวที่สุด ทำให้การให้นมแม่ประสบความสำเร็จ ช่วยทำให้ทารกไม่ป่วยง่าย ไม่เป็นภูมิแพ้ ไม่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ป้องกันภาวะทารกตัวเย็น ทำให้สามารถให้นมได้อย่างต่อเนื่องถึง ๒ เดือน

๓. การป้องกันภาวะช็อคในมารดาหลังคลอด ร้อยละ ๑๐ มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ดูแลให้ยาและอาหารที่มีธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง ๖ สัปดาห์หลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์

มดลูกมีการยืดขยายและเพิ่มขนาด เป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน และการตอบสนองต่อความดันในมดลูก ยอดมดลูกหนาจะกลับเป็นปกติหลังคลอด ความจุเพิ่มขึ้นเป็น ๕,๐๐๐ มิลลิลิตร น้ำหนัก ๘๐๐ - ๑,๒๐๐ กรัม เริ่มมีการหดตัวของมดลูกหลัง ๔ เดือน การไหลเวียนเลือดช่วงแรกไปที่กล้ามเนื้อมดลูก เยื่อโพรงมดลูก ช่วงท้ายไปที่มดลูกและรก

ปากมดลูก มีการยืดขยายเพิ่มขนาด มีการสร้างเมือกมาปิดบริเวณปากมดลูก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

รังไข่ มีการหลั่งฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจน ๖ - ๗ สัปดาห์ ไม่มีการตกไข่ หากต้องการผ่าตัดรังไข่ขณะตั้งครรภ์ให้ทำตอนอายุครรภ์ ๑๖-๑๘ สัปดาห์

อวัยวะสืบพันธุ์ และช่องคลอด ผนังช่องคลอดยาวขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือด ช่องคลอดเปลี่ยนเป็นสีม่วง ผิวเยื่อช่องคลอดมีภาวะเป็นกรด

เต้านม อาจมีการกดเจ็บ หรือเต้านมคัดตึง หลังอายุครรภ์ ๘ สัปดาห์ เต้านมขยายใหญ่ขึ้น อาจพบเส้นเลือดรอบเต้านม หัวนมขยายใหญ่ขึ้น สีเข้มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด

- ปริมาตรเพิ่มขึ้น ๒๕ - ๓๐ เปอร์เซ็นต์
- ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ๔๐ เปอร์เซ็นต์
- อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ๑๐ - ๑๕ ครั้งต่อนาที
- ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง
- ปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และกลับมาปกติหลังคลอด
- เกล็ดเลือดจะลดลงเล็กน้อย แต่พบเกล็ดเลือดตัวอ่อนมาก

การเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ

- การใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ๒๐ เปอร์เซ็นต์
- ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกเพิ่มขึ้น มีการลดลงของปริมาณของอากาศที่เหลืออยู่ในปอด กระบังลมยกสูงขึ้น มักพบอาการหายใจลำบาก
- อัตราการหายใจไม่เปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร

ช่องปาก ปริมาณน้ำลายเพิ่มขึ้น มักพบอาการเห็งอ๊กอ๊กเส็บ เป็นผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน หลอดอาหาร มีอาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ จากกรดไหลย้อน ลำไส้ การเคลื่อนไหวลดลง เป็นผลจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ

กรวยไตและท่อไตขยายตัว เนื่องจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ท่อไตมีความตึงตัวลดลง ท่อไตยาวขึ้น ทำให้เกิดการโค้งหรือหักได้ ลำไส้ใหญ่ดันให้มดลูกเอียงไปด้านขวา กดลงบนท่อไตด้านขวา มากกว่าด้านซ้าย กระเพาะปัสสาวะมีการ บีบตัว ทำให้ปัสสาวะบ่อย หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีอัตราการกรองปัสสาวะเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

ผิวหนังมีเส้นเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยระบายความร้อน สีของผิวหนังเปลี่ยน เกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และเม็ดสี มักพบจุดดำบริเวณใบหน้า และลำคอ หน้าท้องพบรอยแตกของผิวหนัง มีรอยดำบริเวณกึ่งกลางหน้าท้อง

การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและกระดูก

ทารกต้องการแคลเซียมเพิ่ม ดูดซึมมาจากลำไส้ใหญ่ส่งผ่านไปยังทารก ขาเป็นตะคริว จากขาดแคลเซียม กระดูกสันหลังโค้งมากขึ้น ทำให้ปวดหลัง

การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ

ต่อมใต้สมอง ต่อมใต้สมองส่วนหน้ามีการหลั่งโปรแลคติน เตรียมเต้านมในการผลิตน้ำนม
ต่อมใต้สมองส่วนหลัง หลั่งออกซิโตซิน กระตุ้นการหดตัวของมดลูกและหลังน้ำนม

ต่อมไทรอยด์ มีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ในระยะตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมน T_4 จะเพิ่มขึ้น แต่ T_3 ลดลง มีผลทำให้การเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อารมณ์แปรปรวน
อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก

ต่อมพาราไทรอยด์ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ลดลงในช่วงแรก แต่กลับสู่ภาวะปกติในระยะหลัง
ตัวอ่อน มีภาวะน้ำตาลต่ำในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ระยะท้ายของการตั้งครรภ์

การตอบสนองต่ออินซูลินลดลง

ต่อมหมวกไต มีการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต และโปรตีน เพื่อเพิ่มน้ำตาลในเลือด มีการ
คุมกำเนิดและปริมาณโซเดียม

การเปลี่ยนแปลงระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ทารกและรกคลอดครบ จนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด

ระยะแรก เป็นระยะหลังคลอดใน ๒๔ ชั่วโมงแรก

ระยะหลัง เป็นระยะหลังจาก ๒๔ ชั่วโมงไปถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์

มดลูก เมื่อครรภ์ครบกำหนดมดลูกจะมีการยืดขยาย ๑ เท่าของก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอดจึงลด
ขนาดให้เหมือนเดิม เรียกว่า มดลูกเข้าอู่ ปกติจะใช้เวลา ๖ สัปดาห์

- การย่อยสลายตัวเอง เกิดจากการลดของเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน ทำให้มีการย่อย
สลายเยื่อโพรงมดลูก ดูดซึมเข้าสู่หลอดเลือดและขับออกทางปัสสาวะ

- การขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูก เกิดจากการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไปกดเส้น
เลือดที่มาเลี้ยงมดลูก ทำให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกลดลง เกิดการที่ยาวฝ่อของเยื่อโพรงมดลูก และถูกขับ
ออกมาทางน้ำคาวปลา

- การลดขนาดของมดลูกภายหลังคลอดขึ้นอยู่กับขนาดของทารก และจำนวนครั้งของการ
ตั้งครรภ์

- มดลูกจะมีการลดขนาดลงประมาณวันละ ๑/๒ นิ้ว

- วันที่ ๑๐ หลังคลอด คลำไม่พบมดลูกทางหน้าท้อง

- ๖ สัปดาห์หลังคลอด มดลูกจะลดขนาดลงเกือบเท่าปกติก่อนตั้งครรภ์

น้ำคาวปลา

๑. ชั้นที่อยู่ติดกับโพรงมดลูก จะหลุดออกมาเป็นน้ำคาวปลาชนิด rubra ลักษณะเป็นน้ำเลือด
๑ - ๓ วันหลังคลอด ชนิด serosa ลักษณะเหมือนน้ำล้างเนื้อ ๔-๕ วันหลังคลอด ชนิด alba ๑๐-๑๔
วันหลังคลอด

๒. ชั้นที่อยู่ติดกับกล้ามเนื้อมดลูก เป็นชั้นที่มีต่อมเยื่อโพรงมดลูก เป็นตัวสร้างเยื่อโพรง
มดลูกขึ้นมาปกคลุมภายใน ๓ สัปดาห์ ยกเว้นตำแหน่งรกเกาะจะหายเป็นปกติประมาณ ๖ สัปดาห์
หลังคลอด

ปากมดลูก หลังคลอด ๑ สัปดาห์ ปากมดลูกจะหดตัวตีบลงเหลือขนาด ๑ - ๒ เซนติเมตร
รูปปากมดลูกเปลี่ยนจากรูปกลม เป็นรูปรี

ช่องคลอดยังคงยืดขยายอ่อนนุ่มไม่กระชับ ส่วนผนังช่องคลอดจะยังไม่มีรอยย่นจนสัปดาห์ที่ ๓ จึงปรากฏรอยย่นในช่องคลอด ต้องแก้ไขโดยการให้ขมิบช่องคลอดอย่างสม่ำเสมอ

เยื่อพรหมจารีจะมีลักษณะฉีกขาดกระรุ่งกระวังกลายเป็นตึงเนื้อเล็ก ๆ

เยื่อบุช่องท้องและผนังช่องท้องยังคงหย่อนและนุ่ม เพราะเนื้อเยื่อยืดหยุ่นของผิวหนังเกิดการแตกตัว การคืนสู่สภาพเดิมต้องใช้เวลาอย่างน้อย ๖ สัปดาห์ ขึ้นไป

ระบบทางเดินปัสสาวะ หลังคลอดใหม่รอบ ๆ รูเปิดของท่อปัสสาวะมักมีอาการบวมซ้ำ กระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวลดลง ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเองภายใน ๖ - ๘ ชั่วโมง ปัสสาวะค้างไม่เกิน ๑๐๐ มิลลิลิตร หากมีปัสสาวะค้างมากกว่านี้อาจทำให้เกิดกเลือด หรือติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

ระบบไหลเวียนโลหิต ปริมาณความเข้มข้นเลือดลดลง ขึ้นกับปริมาณเลือดที่สูญเสียไป การเพิ่มขึ้นของการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน มีอาการเส้นเลือดบวมแดง รู้สึกเจ็บร้อนและแข็ง ประเมินได้จากการทดสอบ Homan's sign กลไกของร่างกายในการป้องกันการติดเชื้อ และช่วยการหายของแผล ทำให้พบปริมาณเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น

ระบบทางเดินอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ตึมน้ำ ๒,๕๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ๆ และลูกจากเตียงโดยเร็ว เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของลำไส้

ระบบผิวหนัง การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน ทำให้ผิวหนังที่เข้มข้นขณะตั้งครรภ์จางลงกลายเป็นสีขาว และจะปรากฏร่องรอยตลอดไป

การเปลี่ยนแปลงของเต้านม

- หัวนมยาว ๐.๗-๑.๐ เซนติเมตร มีรูเปิดตรงส่วนปลาย มีปลายประสาทสัมผัสและเส้นเลือดจำนวนมาก

- ลานนม มีรูเปิดของต่อมไขมันและท่อนม ผลิตไขมันที่มีสารต้านการติดเชื้อและหล่อลื่นผิวหนังบริเวณลานนมไม่ให้แห้ง และแตกง่าย

- ต่อม้าน้ำนม ประกอบด้วยเซลล์ ๒ ชั้น ชั้นใน ทำหน้าที่สร้างน้ำนม จากการกระตุ้นของฮอร์โมนโพรแลคติน ชั้นนอก เรียงประสานรอบต่อมน้ำนม เมื่อได้รับการกระตุ้นจากออกซิโตซิน กล้ามเนื้อหดรัดตัวทำให้มีการหลั่งน้ำนมออกมา

สัญญาณชีพ

อุณหภูมิสูงเล็กน้อยแต่ไม่เกิน ๓๘ องศาเซลเซียสแล้วจะลดลงสู่ปกติใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าอุณหภูมิสูง ๓๘ องศาเซลเซียส อาจเกิดจากเต้านมคัดตึง พบในวันที่ ๒ - ๓ หลังคลอด ถ้าอุณหภูมิสูงเกิน ๓๘ องศาเซลเซียส ติดต่อกัน ๒ วัน อาจมีการติดเชื้อ เช่น การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก

ชีพจรจะช้ากว่าปกติอาจเต้น ๖๐ - ๗๐ ครั้งต่อนาทีและคืนสู่ภาวะปกติในวันที่ ๗-๑๐ หลังคลอด การหายใจ หลังคลอดจะหายใจลึกขึ้น สะดวกขึ้น ปอดขยายได้มากขึ้น

ความดันโลหิต ภายหลังคลอดปกติจะไม่มีเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม น้ำนมจะมาเร็ว และไหลได้ดี ต้องมีการปฏิบัติคือ ดูดเร็ว ภายใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดูดบ่อย ๘-๑๒ ครั้งต่อวัน ดูดถูกวิธี และดูดอย่างมีประสิทธิภาพ ดูดเกลี้ยงเต้า เต้านมจะได้ผลิตน้ำนมใหม่อย่างต่อเนื่อง ดูดต่อเนื่อง มีการสร้างน้ำนมต่อเนื่อง ทำให้ประสบความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนาน

การตรวจครรภ์ เป็นการตรวจลักษณะของทารกในครรภ์ โดยการใช้มือคลำในขณะที่มดลูกไม่มีการหดตัว การคลำมีหลายวิธี แต่ที่นิยมทำกัน คือ วิธีของ Leopold ซึ่งมี ๔ วิธี ดังนี้

๑. First maneuver หรือ Fundal grip เป็นการคลำส่วนยอดมดลูกเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างระดับยอดมดลูกและระยะการขาดประจำเดือน โดยแบ่งระยะจากสะดือถึงรอยต่อกระดูกหัวหน้าเป็น ๓ ส่วน และจากสะดือถึงกระดูกสันหลังเป็น ๔ ส่วน

อายุครรภ์	ระดับของยอดมดลูก
๑๒ สัปดาห์	๑/๓ เหนือรอยต่อกระดูกหัวหน้า
๑๔ - ๑๖ สัปดาห์	๒/๓ เหนือรอยต่อกระดูกหัวหน้า
๒๐ สัปดาห์	ตรงระดับสะดือ
๒๔ สัปดาห์	๑/๔ เหนือระดับสะดือ
๒๖ สัปดาห์	๒/๔ เหนือระดับสะดือ
๓๒ สัปดาห์	๓/๔ เหนือระดับสะดือ
๓๖ - ๓๘ สัปดาห์	๔/๔ เหนือระดับสะดือ
๔๐ สัปดาห์	ลดลงมาอยู่เหนือ ๓/๔ เล็กน้อย พบในการตั้งครรภ์แรกเนื่องจากศีรษะทารกผ่านเข้าช่องเชิงกราน

๒. Second maneuver หรือ Umbilical grip คือ การคลำหาหลังของทารกอยู่ด้านใด ใช้ฝ่ามือทาบผนังหน้าท้อง ตรวจหาส่วนที่กว้างคือหลัง คลำได้ลักษณะเป็นแผ่น และส่วนที่เล็กคือแขน ขา มือ ข้อศอก คลำได้ลักษณะเป็นปุ่ม

๓. Third maneuver หรือ Pawlik's grip เป็นการตรวจหาส่วนนำ โดยใช้มือขวาจับส่วนของทารกที่บริเวณเหนือหัวหน้าให้อยู่ในอุ้งมือ ตรวจหาว่าส่วนนำเป็นกัน หรือศีรษะ ถ้าเป็นศีรษะจะมีลักษณะเรียบกลมแข็งกว่ากัน และคลำได้ร่องคอ ถ้าสามารถโยกส่วนนำให้เคลื่อนไหวไปมาได้ แสดงว่าส่วนนำยังไม่ผ่านลงช่องเชิงกราน

๔. Fourth maneuver หรือ Bilateral inguinal grip เป็นการตรวจหาระดับของส่วนนำ โดยใช้ฝ่ามือเคลื่อนไปตามข้างของส่วนนำ ไปหารอยต่อกระดูกหัวหน้า ถ้าปลายมือสอดเข้าหากันได้แสดงว่าศีรษะทารกยังไม่ผ่านลงช่องเชิงกราน แต่ถ้าปลายนิ้วไม่สอดเข้าหากัน แสดงว่าศีรษะทารกมีการเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้ว

องค์ประกอบของการคลอด

การคลอดจะดำเนินไปตามปกติขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ ๓ ประการ

๑. แรงผลักดัน แบ่งออกเป็น ๒ ชนิด คือ

๑.๑ แรงจากการหดตัวของมดลูก

๑.๒ แรงเบ่ง

๒. ช่องทางคลอด ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๒.๑ ช่องทางคลอดส่วนกระดูก เป็นส่วนที่แข็งแรงและยืดขยายได้น้อย แต่มีความสำคัญมากในการคลอด เพราะต้องมีขนาดและรูปร่างปกติทารกจึงจะสามารถคลอดผ่านออกมาได้

๒.๒ ช่องทางคลอดอ่อน เป็นส่วนที่ยืดขยายได้ดี ประกอบด้วย มดลูกส่วนล่าง ปากมดลูก ช่องคลอด และฝีเย็บ

๓. สิ่งที่คลอดออกมา ได้แก่ ทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำ

กลไกการคลอดปกติ

กลไกการคลอดปกติ คือ ลำดับของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวทารกขณะเคลื่อนผ่านช่องเชิงกรานออกมาสู่ภายนอก มีลำดับของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ๘ ขั้นตอน

๑. Engagement คือ ส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารกผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกราน ในครรภ์แรก

มักเกิดขึ้น ก่อนการคลอด ๒-๓ สัปดาห์ ส่วนครรภ์หลังมักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ขณะที่ทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ๒ ประการ

๑.๑ Molding เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของศีรษะทารกเพื่อให้ขนาดเล็กลง โดยกระดูกศีรษะชนิดแบน และรอยต่อเคลื่อนเข้ามาเกยกัน ทำให้ศีรษะเบี้ยว และยืดยาวผิดธรรมชาติ แต่ไม่เป็นอันตราย และสามารถหายไปได้เองภายหลังคลอด

๑.๒ Asynclitism เป็นการตะแคงศีรษะผ่านลงสู่ช่องเชิงกราน เพราะช่องเชิงกรานไม่ได้ มีขนาดเท่ากันตลอด

๒. Descent การที่ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงไปในช่องเชิงกราน เกิดจากแรงดันของน้ำคร่ำดันโดยตรงที่ยอดมดลูกกดที่ก้นทารก

๓. Flexion การก้มของศีรษะทารกจนคางชิดกับอก ทำให้ส่วนนำของทารกเปลี่ยนจากเส้นผ่าน

ศูนย์กลาง occipitofrontal (OF) กว้าง ๑๖ เซนติเมตร มาเป็น suboccipitobregmatic (SOB) กว้าง ๙.๕ เซนติเมตร จึงทำให้การคลอดง่ายขึ้น

๔. Internal rotation คือ การหมุนของศีรษะทารกภายในช่องเชิงกรานให้เหมาะกับช่องออกเชิงกราน

๕. เวลาออกทารกจะหมุนท้ายทอยไปทางด้านหน้า เพื่อให้รอยต่อแสกกลางอยู่แนวหน้าหลังซึ่งเป็นแนวที่กว้างสุดของช่องเชิงกราน จึงสามารถคลอดปกติได้

๖. ศีรษะทารกเงยหน้าพ้นช่องทางคลอด โดยทารกจะใช้ส่วนของ subocciput เป็นจุดหมุนยันกับใต้รอยต่อกระดูกหัวหน้า

๗. การหมุนกลับของศีรษะทารกภายนอกช่องคลอดให้สัมพันธ์กับลำตัวที่อยู่ภายในช่องทางคลอด

๘. การหมุนของศีรษะทารก ภายนอกช่องทางคลอด เพื่อให้ศีรษะและไหล่ตั้งฉากกันตามธรรมชาติ โดยหมุนไปในทิศทางเดียวกับการหมุนของไหล่ในระยะที่เท่ากัน

๙. การเคลื่อนเอาตัวทารกออกมาทั้งหมด ได้แก่ การคลอดไหล่ ลำตัว และแขนขา โดยไหล่หน้าจะยันกับใต้กระดูกหัวหน้า เมื่อมีแรงดันลงมาไหล่หน้าและไหล่หลังจะคลอด เมื่อไหล่คลอด ลำตัวและแขนขาจะคลอดตามมา

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

ตั้งครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ที่เกิดทารกในครรภ์มากกว่า ๑ คนขึ้นไป ได้แก่ แผลคู่ แผลสาม แผลสี่

ชนิดครรภ์แฝด ได้แก่ Monozygotic (Identical) twins ไข่ใบเดียวกับบอสุจิตัวเดียว และ Dizygotic

(Fraternal) twins ไข่ ๒ ใบ กับบอสุจิ ๒ ตัว การดูแลสตรีตั้งครรภ์แฝดในระยะคลอด แจ้งวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียม

ผ่าตัด แจ้งกุมารแพทย์เพื่อเตรียมดูแลทารก ประเมินส่วนนำและท่าของทารกด้วยการตรวจร่างกายและอัลตราซาวด์

พิจารณาใช้สูติศาสตร์หัตถการ หรือการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์เหมือนครรภ์เดี่ยว หากเป็นครรภ์แฝด

Monochorion Monoamnion หรือเกิดส่วนนำของทารกขัดกัน ควรผ่าตัดคลอด เมื่อแฝดคนแรกคลอดให้ clamp

สายสะดือทันที เพื่อป้องกันการเสียเลือดของแฝดคนหลัง และรอจนกว่าศีรษะแฝดคนหลังเข้าสู่ช่องเชิงกราน จึง

เจาะถุงน้ำและทำคลอดปกติ หากมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือย้อย หรือ Fetal

distress ให้รีบช่วยคลอดทารกโดยด่วน

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์มีการสร้างฮอร์โมน human placental lactogen (hPL) ก่อให้เกิดอินซูลิน และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมัน เพื่อสงวนพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกติ นั้น จะตรวจพบว่ามีภาวะ fasting hypoglycemia, postprandial hyperglycemia, hyperinsulinemia ซึ่งฮอร์โมน human placental lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นตามอายุครรภ์ และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์ และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ ๓๔ - ๓๖ สัปดาห์ แนวทางการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๑. วิธีตรวจแบบ ๑ ขั้นตอน คัดกรองด้วยการทำ ๗๕ g Oral Glucose Tolerance Test (๗๕ g, ๒ hours OGTT) ให้การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดค่าใดค่าหนึ่งมากกว่า

หรือเท่ากับ (fasting value, ๙๒ mg/dL; ๑-hour value, ๑๘๐ mg/dL; and ๒-hour value, ๑๕๓ mg/dL)

๒. วิธีตรวจแบบ ๒ ขั้นตอน (Two - step screening)

ขั้นตอนที่ ๑: ๕๐g Glucose Challenge Test (๕๐ g GCT) การใช้เกณฑ์การวัดผลที่ ๑๔๐ mg/dL

ขั้นตอนที่ ๒ : ๑๐๐ g, ๓ hours Oral Glucose Tolerance Test (๑๐๐ g ๓-h OGTT)

แนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยควบคุมอาหาร การควบคุม การเพิ่มของน้ำหนัก การให้การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

โลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ในไตรมาสที่ ๑, ๓ Hb ต่ำกว่า ๑๑ g/dL, Hct. ต่ำกว่า ๓๓% ในไตรมาสที่ ๒ Hct ต่ำกว่า ๑๐.๕ g/dL, Hct. ต่ำกว่า ๓๒% ส่งผลทำให้การขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์เนื้อเยื่อในร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ เป็นลมได้ง่าย

การรักษา

-ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน เพื่อให้ได้เหล็กวันละ ๒๐๐ mg โดยแบ่งให้วันละ ๒-๓ ครั้ง รับประทานทุกวัน

- ตรวจเลือดติดตามค่า Hb หรือ CBC หลังการรักษา ๔ สัปดาห์ หากการรักษาได้ผล Hb ควรสูงขึ้นเกิน ๑ g/dL ให้ทานยาต่อ ๖๐ วัน และลดขนาดการให้เป็น ๖๐ mg เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กซ้ำ

- การให้ blood transfusion ในช่วง antepartum ไม่ค่อยมีข้อบ่งชี้ ยกเว้นซีทรุนแรง Hb <๖ g/dL ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดขาดออกซิเจนของทารก ทำให้มี non reassuring fetal heart rate patterns, น้ำคร่ำน้อย, fetal cerebral vasodilatation และเสียชีวิตในครรภ์ได้ จึงอาจเป็นข้อบ่งชี้ในการให้เลือดและในช่วงคลอดหรือหลังคลอดแล้วมีการเสียเลือดมาก เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว

- การให้เหล็กทางเส้นเลือด ให้ได้กรณีที่ไม่สามารถ tolerate oral iron กินได้น้อย มีปัญหาการดูดซึม หรือมีโรคไตที่ต้องที่ dialysis ซึ่งมีความปลอดภัยและจะเพิ่มระดับ Hb ได้เร็วกว่ารูปแบบรับประทาน ในช่วงสัปดาห์แรก แต่หลัง ๔๐ วันพบว่าผลไม่แตกต่างกัน

ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ก่อนการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๔ - ๓๖ สัปดาห์ การวินิจฉัย ให้ประวัติว่ามีน้ำใส ๆ ไหลจากช่องคลอดปริมาณมาก ตรวจภายในพบบริเวณบริเวณฝีเย็บเปียกชื้น มีน้ำขังอยู่ในช่องคลอด เมื่อให้ไอหรือเบ่งอาจมีน้ำคร่ำไหลออกจากปากมดลูก ตรวจร่างกาย โดยใส่ dry sterilized speculum เข้าไปในช่องคลอดจะเห็นน้ำคร่ำขังอยู่ที่ posterior fornix หรือไหลออกมาจากปากมดลูกชัดเจน โดยเฉพาะเวลาให้เบ่งหรือไอ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ Fern test, Nitra zine paper test, Nile blue test, Indigocarmine, Ultrasonography พบมีน้ำคร่ำน้อย

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะที่มดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมอ ส่งผลให้ปากมดลูกเปิดและคลอดหลัง สัปดาห์ที่ ๒๐ และก่อนสัปดาห์ที่ ๓๗ ของการตั้งครรภ์ Preterm birth เป็นการคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๔ - ๓๖+๖ สัปดาห์ Preterm Labor เป็นการเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวและ/หรือการขยายตัวของปากมดลูก

การวินิจฉัย

๑. Preterm Labor มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ ๔ ครั้งใน ๒๐ นาที หรือ ๘ ครั้งใน ๖๐ นาที ร่วมกับการเปิดของปากมดลูก ๒ cm. และบางของปากมดลูกอย่างน้อยร้อยละ ๘๐
๒. Threatened Preterm Labor มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ ๔ ครั้งใน ๒๐ นาที หรือ ๘ ครั้งใน ๖๐ นาที ร่วมกับการไม่เปิดของปากมดลูก
๓. False Labor Pain อายุครรภ์ ๒๔ -๓๖+๖ สัปดาห์ และไม่มีการหดตัวของมดลูก และไม่มีการเปิดของปากมดลูก

การรักษา

- ยับยั้งการหดตัวของมดลูก คือ Calcium antagonist: Magnesium sulfate, Beta-adrenergic or agonists :Terbutaline (Bricanyl®) หรือ Channel blockers: Nifedipine

- เพิ่ม Lung Maturity (GA ๒๔-๓๔ Wks.) คือ Corticosteroid: dexamethasone ๖ mg ฉีด เข้ากล้ามเนื้อทุก ๑๒ ชั่วโมง จำนวน ๔ ครั้ง

การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด โดยทำให้มดลูกหดตัว หรือร่วมกับการทำให้ปากมดลูกนุ่ม

การชักนำการคลอดแบบนัดหมาย เพื่อความสะดวกของแพทย์ หรือสตรีตั้งครรภ์ ไม่ควรกระทำเพราะว่าไม่เป็นไปอย่างธรรมชาติ ไม่มีข้อบ่งชี้ และเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด โดยเฉพาะในสตรีที่ไม่เคยคลอด

การส่งเสริมการคลอด มีความหมายที่แตกต่างจากการชักนำการคลอดเพราะเป็นการช่วยเสริมให้มดลูกมีการหดตัวที่ดียิ่งขึ้นหลังจากที่มีการเจ็บครรภ์คลอดเองมาก่อน แบ่งเป็น ๒ วิธีหลัก ดังนี้

การชักนำการคลอดโดยหัตถการ ได้แก่ การเจาะเยาะเย็บน้ำคร่ำ การเจาะถุงน้ำคร่ำ การกระตุ้น เต้านม การใช้บอลลูกยางขยายปากมดลูก การใช้ Hygroscopic Dilators

การชักนำการคลอดโดยใช้ยา

- การใช้ oxytocin ทางหลอดเลือดดำ oxytocin เป็น octapeptide hormone ที่ สร้างจาก hypothalamus มาเก็บที่ต่อมใต้สมองส่วนหลัง ระดับ oxytocin ในกระแสเลือดจะสูงขึ้นตามอายุครรภ์ ขณะที่ใน กล้ามเนื้อมดลูกก็มี oxytocin receptors ซึ่ง receptor เมื่อนำมาชักนำการคลอดจึงเสริมแรงการหดตัวกัน

- การใช้ Prostaglandins ได้แก่ Prostaglandin E๒ (PGE๒) หรือ dinoprostone คือ Prostamon E Prostin E๒, Cervidil, Prepidyl gel และ Prostaglandin E๑ analog คือ misoprostol

การล้มเหลวของการชักนำคลอด จะสิ้นสุดที่การผ่าตัดคลอด ปัจจัยที่สำคัญก่อนตัดสินใจการชักนำคลอดนั้น ล้มเหลว คือ การให้เวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำให้ปากมดลูกพร้อมและรอให้การดำเนินการคลอดเข้าสู่ระยะเร่ง อย่างแท้จริง

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิต มากกว่าเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ mmHg วัด ๒ ครั้งห่างกัน ๔ ชั่วโมง หรือมากกว่าเท่ากับ ๑๖๐/๑๑๐ mmHg วัด ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑๕ นาที โดยความดันโลหิตขณะ ตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. Preeclampsia

- Preeclampsia without Severe Feature คือ BP > ๑๔๐/๙๐ mmHg พบ Proteinuria หรือไม่พบ Proteinuria แต่ตรวจพบอาการกรณีใดกรณีหนึ่งของ Severe Features

- Preeclampsia with Severe Feature คือ BP >๑๖๐/๑๑๐ mmHg พบ Proteinuria และพบ Severe Feature (มีกรณีใดกรณีหนึ่ง)

๒. Gestational hypertension คือ BP > ๑๔๐/๙๐ mmHg ไม่พบ Proteinuria /Edema ความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติ ๑๒ สัปดาห์ หลังคลอด

๓. HELLP syndrome คือ Serum Lactate Dehydrogenase: LDH มากกว่าเท่ากับ ๖๐๐ U/L, Liver transaminase (AST AND/OR ALT) > ๒ เท่าจากค่าปกติ และ Platelet < ๑๐๐,๐๐๐ x ๑๐^๙/L ไม่จำเป็นต้องมี Proteinuria หรือ Severe features ได้

๔. Preeclampsia ร่วมกับอาการชัก ไม่จำเป็นต้องมี Proteinuria หรือ Severe features

๕. Chronic hypertension (CHT) เป็น Hypertension ที่ตรวจพบก่อนตั้งครรภ์ และที่ยังตรวจพบหลังคลอด ๑๒ สัปดาห์

๖. Chronic hypertension (CHT) และมีภาวะ superimposed preeclampsia การดูแลรักษาในระยะคลอด

ลดความดันโลหิต ให้ยาลดความดันโลหิตที่ออกฤทธิ์เร็ว เพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว

myocardial infarction, renal injury, ischemic หรือ hemorrhagic stroke เมื่อ SBP มากกว่าเท่ากับ ๑๖๐ mmHg หรือ DBP มากกว่าเท่ากับ ๑๑๐ mmHg วัด ๒ ครั้ง ห่างกันในระยะสั้นๆ พิจารณาให้ Short-acting antihypertensive drugs ภายใน ๓๐-๖๐ นาที รักษาระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๖๐/๑๑๐ mmHg

การรักษาแบบไม่ใช้ยา เป็นการลดปัจจัยรบกวนให้หญิงตั้งครรภ์ได้พักผ่อน Pain control เลี่ยงการตรวจหรือหัตถการที่ทำให้เจ็บปวด เช่น ไม่ควรตรวจภายในขณะที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ป้องกันชักในหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกวินิจฉัยเป็น preeclampsia: MgSo₄ เป็น Drug of choice ในการป้องกันการชัก และลดการเกิด Placental abruption ให้ทันที เมื่อ Diagnosis เป็นผู้ป่วยในกลุ่ม "Pregnancy-induced hypertension with severe features"

การช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum Extraction) ในการเสริมแรงจากการหดตัวของมดลูก ในขณะที่เจ็บครรภ์ ร่วมกับแรงเบ่งของผู้คลอดตั้งศีรษะทารกออกจากช่องคลอดโดยออกแรงดึงเฉพาะเวลาที่มดลูกหดตัว เพื่อให้สามารถดำเนินการคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย

ข้อบ่งชี้ในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ดังนี้

๑. ข้อบ่งชี้ด้านมารดา ได้แก่ การคลอดระยะที่ ๒ ยาวนาน มดลูกหดตัวไม่ดี หลังได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก มารดามีโรคร่วมที่ไม่ควรออกแรงเบ่งคลอดมาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์บางอย่าง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง รกลอกตัวก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ ผู้คลอดอ่อนเพลียแรงเบ่งคลอดไม่ดี หรือไม่มีแรงเบ่งคลอด

๒. ข้อบ่งชี้ด้านทารก ได้แก่ ศีรษะทารกอยู่ในท่าผิดปกติซึ่งคลอดยาก เช่น ท่าขวาง ท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง ทารกอยู่ในภาวะค้ำขั้นที่ไม่รุนแรง

ข้อห้ามในการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ได้แก่ ทารกท่าผิดปกติ เช่น ท่าหน้า ท่าก้น และท่าขวาง ภาวะผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานอย่างชัดเจน ทารกคลอดก่อนกำหนดมาก ๆ GA < ๓๔ Wks. เพราะทารกอาจได้รับอันตรายที่ศีรษะและสมอง ภาวะสายสะดือย้อย ทารกที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ทารกที่ได้รับบาดเจ็บที่หนังศีรษะมาก่อน

ภาวะที่ต้องมีพร้อมก่อนช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ได้แก่ ทารกต้องเป็นท่าศีรษะ ทราบท่าและระดับส่วนนำของทารก ไม่มีการผิดปกติส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานมารดา ศีรษะทารกต้องอยู่ในช่องเชิงกรานถึงระดับ ๐ หรือต่ำกว่า ปากมดลูกเปิดหมด ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ทารกยังมีชีวิต

ภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศมีทั้งต่อมารดาและทารก ดังนี้

๑. ต่อมารดา ได้แก่ การฉีกขาดปากมดลูก ช่องทางคลอด แผลมีเย็บอาจฉีกขาดถึงทวารหนัก การตกเลือดหลังคลอด เกิดขึ้นในกรณีมีการฉีกขาดของปากมดลูกและช่องทางคลอด มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น
๒. ต่อทารก มีเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มกระดูกกะโหลกศีรษะ การบวมของหนังศีรษะบริเวณที่ถ้วยสุญญากาศจับกับศีรษะทารก มีรอยถลอก และเขียวช้ำ บริเวณหนังศีรษะ พบเมื่อมีการดึงแล้วถ้วยสุญญากาศหลุด ผิวหนังตายและผมร่วง เลือดออกในสมอง มีเลือดออกที่จอประสาทตา

การผ่าท้องทำคลอด เป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์กระทำโดยการผ่าผ่านทางผนังหน้าท้อง และผนังมดลูก เพื่อให้ทารกในครรภ์คลอด ทำเมื่อการคลอดทางช่องคลอด อาจเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตของมารดาหรือทารก แบ่งการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ดังนี้

๑. Primary C/S คือ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นครั้งแรกสามารถแบ่งย่อยออกได้เป็น
 - การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของมารดาและทารกในครรภ์
 - การผ่าตัดคลอดตามความต้องการของมารดาในครรภ์ที่ไม่ใช่ครรภ์แฝด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์
 - การผ่าตัดคลอดบุตรโดยมารดาหรือทารกในครรภ์อยู่ในภาวะวิกฤติ
 - การทำผ่าตัดคลอดบุตรในมารดา โดยที่ในช่วงแรกได้วางแผนว่าจะให้คลอดทางช่องคลอด แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปกลับพบว่าไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้
 ๒. Secondary C/S การทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยทำผ่าตัดมาก่อน
- วิธีการทำผ่าตัดคลอดลูกทางหน้าท้อง

๑. การเปิดผนังหน้าท้อง การลงมีดบริเวณผิวหนังมีแนวกลางลำตัวและขวางลำตัว

๒. การผ่าตัดบนกล้ามเนื้อตลก เป็นการผ่าตามแนวตั้งตรงกลางของมดลูก สมัยก่อนนิยมทำกันมาก แต่ในปัจจุบันไม่นิยมทำเพราะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า

การช่วยคลอดทางช่องคลอดโดยใช้คีมี (Forceps delivery) ประกอบด้วย ๔ ส่วนหลัก คือ blade, shank, lock และ handle โดย forceps แต่ละชนิดจะมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการใช้งาน ได้แก่ Simpson forceps, Tucker-Mclean forceps, Piper forceps, Kielland forceps

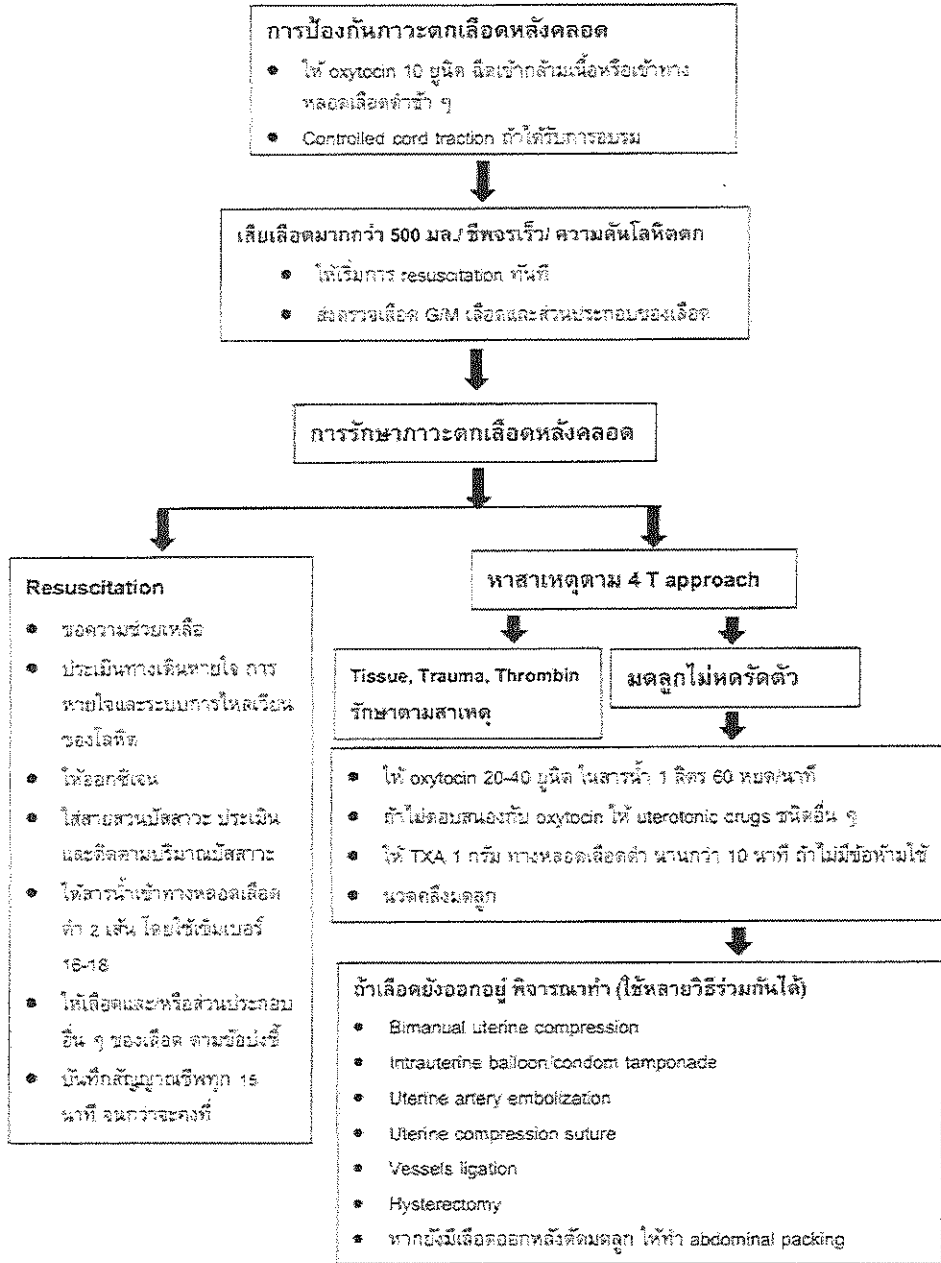
ภาวะแทรกซ้อนของการช่วยคลอดโดยใช้ forceps ที่เกิดต่อทารก ได้แก่ มีการบาดเจ็บต่อ facial neve หายใจได้เอง ต่อใบหน้าหรือหนังศีรษะของทารก ถ้ามีบาดแผลรุนแรงต้องการการเย็บแผลด้วยกะโหลกศีรษะหรือกระดูกใบหน้าแตก และต่อมารดา มีการรูดของช่องทางคลอด จึงจำเป็นต้องตรวจช่องทางคลอด ตั้งแต่บริเวณปากมดลูก ช่องคลอด แผลมีเย็บ ในภายหลังการคลอดด้วย forceps ทุกครั้ง อาจทำให้เกิดมดลูกแตกได้ถ้ามีการช่วยคลอดหรือใส่คีมีอย่างผิดวิธี

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นการเสียเลือดใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ปริมาณเลือดที่เสียมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาการตกเลือดได้ ๒ ชนิด ดังนี้

๑. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยรวมระยะที่สามของการคลอดด้วย ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่สำคัญ ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี หนทางคลอดฉีกขาด รกค้าง และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งย่อให้ง่ายด้วยตัวย่อ ๔T คือ Tone Trauma Tissue และ Thrombin

๒. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง เกิดขึ้นในระยะ ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดในระยะหลังที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มดลูกขนาดใหญ่ เช่น ครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน มีภาวะรกเกาะต่ำ หรือ รกลอกตัวก่อนกำหนด มีภาวะ severe preeclampsia หรือ HELLP syndrome ได้รับการชักนำการคลอด ได้รับ oxytocin นาน ระยะคลอดยาวนาน หรือ คลอดเร็วเกินไป มีภาวะติดเชื้อมดลูก น้ำคร่ำ คลอดโดยการให้หัตถการช่วยคลอด

แนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด



แผนภูมิการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breast Feeding)

ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ต่อทารก มีคุณค่าทางสารอาหาร เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ช่วยในการมองเห็น ลดโอกาสเป็น ภูมิแพ้ และโรคเรื้อรัง สร้างสัมพันธ์ภาพต่อมารดาและทารก ลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อต่าง ๆ เสริมสร้างพัฒนาการของสมองและระดับเชาวน์ปัญญา ลดอัตราการตายของเด็กคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย

ต่อมารดา ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ช่วยการคุมกำเนิด ช่วยลดน้ำหนักแม่ในระยะหลัง คลอดลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มะเร็ง กระจกพรุน โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เต้านมคัด ท่อนมอุดตัน เต้านมอักเสบ ผีที่เต้านม น้ำนมไม่เพียงพอ

ลักษณะที่แสดงว่าแม่มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก ได้แก่ มีเต้านมตึง ไม่เจ็บก่อนให้นมลูกและนุ่มลง หลังให้ลูกดูด มี let down reflex มีเสียงลูกดูดกลืนนมเป็นจังหวะขณะดูดนม ริมฝีปากลูกเปียกชื้นหลังหยุดดูดนม ลักษณะที่บ่งชี้ว่าแม่มีน้ำนมไม่เพียงพอ

การพยาบาลทารกแรกเกิดปกติ

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุครบ ๒๘ วันหลังเกิด ทั้งทารกเกิด ก่อนกำหนด ครบกําหนด หรือเกินกําหนด

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทารกหลังเกิด

๑. ระบบการหายใจ ขณะทารกผ่านช่องคลอด ทรวงอกจะถูกบีบอย่างแรงจากช่องคลอด น้ำในปอด จะถูกบีบออก ๒ ใน ๓ และ ๑ ใน ๓ จะถูกขับออกทางระบบไหลเวียนน้ำเหลือง และหลอดเลือดส่วนปลาย ทรวงอก จะคืนสู่สภาพปกติ ลมจะไหลเข้าไปแทนที่น้ำ ทารกจะเริ่มหายใจภายใน ๓๐ วินาทีแรกที่คลอดออกมา และหายใจ เป็นจังหวะภายใน ๙๐ นาที การหายใจครั้งแรกเกิดจากศูนย์การหายใจถูกกระตุ้น โดยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

๑.๑ แร่งกระตุ้นที่มีต่อตัวทารก อาจเกิดจากการสัมผัสกับความเย็นของอากาศ

๑.๒ การเปลี่ยนแปลงทางเคมีในเลือด คือ ความเป็นกรดต่างที่ลดต่ำลง ระดับออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ที่เพิ่มขึ้นจะกระตุ้นตัวรับทางเคมี ทำให้เกิดการหายใจ

๑.๓ ความสามารถในการฟองตัวของถุงลมปอดขึ้นอยู่กับสารภายในถุงลมที่เรียกว่า surfactant มีคุณสมบัติทำให้ถุงลมสามารถรักษาความยืดหยุ่นในหารหดและพองตัว

๑.๔ การเคลื่อนไหวของทรวงอก เนื่องจากศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองถูกกระตุ้น จึงส่ง nerve impulse มาทำให้กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลมหดตัว ทรวงอกจึง ขยายมากขึ้น ความดันต่ำลง อากาศภายนอกจึงผ่านเข้าไปได้ เป็นผลให้เกิดการหายใจ ถ้าอัตราการหายใจต่ำกว่า ๔๐ ครั้งต่อนาที หรือสูงกว่า ๖๐ ครั้งต่อนาที แสดงว่าการหายใจ ผิดปกติ ควรพิจารณาลักษณะ และจังหวะของการหายใจร่วมด้วย

๒. ระบบการไหลเวียนโลหิต ทารกจะต้องใช้ปอดทำงานแทนรกภายหลังคลอด โดยการไหลเวียนทาง ปอดจะเพิ่มขึ้น รูเปิดของท่อต่าง ๆ จะหดหน้าที่ ทำให้มีการปิดช่องทางที่ไม่จำเป็น ดังนี้

- Foramen ovale หลังคลอดจะเปลี่ยนแปลงโดยถุงลมในปอดจะขยายตัวทำให้ความดันใน ปอดลดต่ำลง เลือดในหัวใจห้องล่างขวาจะไหลเข้าสู่ปอด โดยผ่านทางเส้นเลือดที่ไปปอดเพิ่ม มากขึ้น เลือดจะถูกส่งกลับมาทางหัวใจห้องบนซ้ายมากขึ้น เป็นผลให้ความดันในหัวใจห้องบน ซ้ายเพิ่มขึ้น และความดันในหัวใจห้องบนขวาลดลง เลือดจึงไม่สามารถผ่านจากหัวใจห้องบน ขวาไปยังหัวใจห้องบนซ้าย Foramen ovale จึงหดหน้าที่ และปิดสนิทเมื่อทารกอายุได้ ประมาณ ๓-๔ เดือน

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ  หัวหน้าส่วนราชการ

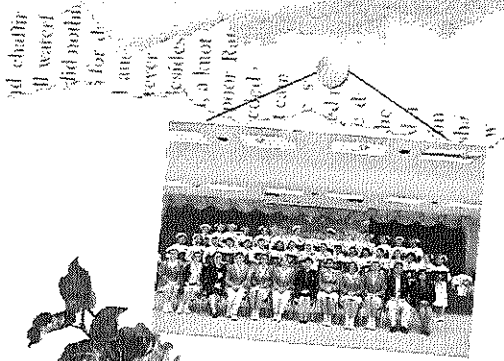
(นายอรรถพล เกิดอรุณสุขศรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง



Program of Nursing Specialty in Midwifery

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

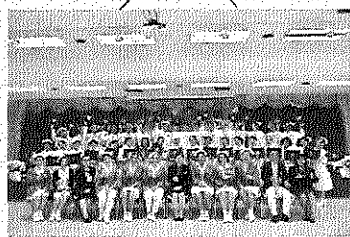


หลักการและเหตุผล

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ
ผดุงครรภ์ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งใน
การพัฒนาระบบของผู้นประกอบวิชาชีพการ
พยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ปฎิบัติการดูแลสตรี
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด
และระยะหลังคลอด การรกแรกเกิด และครอบครัว
ในหน่วยงานปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้มี
ความรู้ความชำนาญเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน
โดยเน้นบทบาทอิสระของผดุงครรภ์ เพื่อความ
ปลอดภัย และตอบสนองความต้องการในการ
ดูแลสุขภาพของมารดา ทารก ที่มีความหลากหลาย
หลายและซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาผู้นประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ ให้มีทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ความ
ชำนาญเฉพาะทาง และจัดการรายการกรณีในการดูแลสตรี
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลัง
คลอด การรกแรกเกิดและครอบครัวแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง
ทั้งภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะฉุกเฉิน โดยใช้หลัก
ฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานการผดุงครรภ์ การ
จัดการข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก
เพื่อความปลอดภัย และตอบสนองความต้องการในการ
ดูแลสุขภาพของมารดา ทารก ที่มีความหลากหลายและ
ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



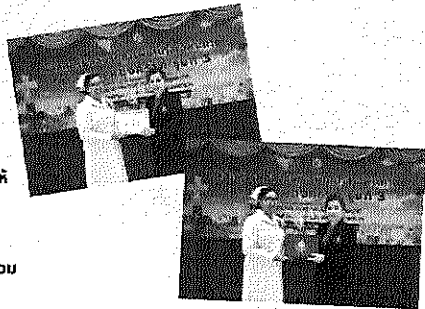
การศึกษา/ประสบการณ์

1. นโยบายและระบบสุขภาพทางการผดุงครรภ์ นโยบายสุขภาพ ระบบ
บริการสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพสตรีในระยะของ
การมีบุตร ภูมิกาย อธิธรรมและนโยบายด้านสุขภาพ
2. การประเมินภาวะสุขภาพทางการผดุงครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยง
การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และฝึกทักษะ-การประเมิน
3. พยาธิสรีรวิทยาและเภสัชวิทยาทางการผดุงครรภ์ การปฏิสนธิ การ
เจริญเติบโตของเซลล์ ตัวอ่อน การรกและรก การเปลี่ยนแปลงทาง
ร่างกายและจิตใจในมารดาและการรก
4. การผดุงครรภ์ แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพ การประเมิน
และป้องกันภาวะเสี่ยง ภาวะผิดปกติ บุรณาการความรู้ หลักฐานเชิง
ประจักษ์ และวัฒนธรรม
5. ปฏิบัติการผดุงครรภ์ 1 ฝึกปฏิบัติการจัดการรายการกรณีแบบองค์รวม
อย่างต่อเนื่อง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และการรกแรกเกิด
6. ปฏิบัติการผดุงครรภ์ 2 ฝึกปฏิบัติการจัดการรายการกรณีแบบองค์รวม
อย่างต่อเนื่อง ในระยะหลังคลอด และระยะให้นมบุตร การดูแลทารก
แรกเกิด วางแผนครอบครัว



การพัฒนา

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้กับสตรี
ตั้งครรภ์ปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน
การรกแรกเกิด เพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลให้
มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาการพยาบาล
ในบทบาทของการส่งเสริม การดูแล การรักษา
และการฟื้นฟู เพื่อให้ดูแลผู้รับบริการได้แบบองค์รวม



บ.ส. มีศัลยา ศรีงน้อย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าศูนย์
หัวหน้าศูนย์