

หัวข้อในการจัดทำเอกสารประกอบการสอน
 รายวิชา 619342 การพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ 2
 โครงการหนึ่งอาจารย์หนึ่งผลงานประจำปี 2554

สัปดาห์ ที่	หัวข้อการสอน	จำนวนชั่วโมง	ผู้สอน
5	บทที่ 5 การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์ : -โรคหัวใจ -โรคเบาหวาน -โรคเลือด -โรคระบบทางเดินปัสสาวะ -ซึบรอยดัดผิดปกติ -หอบหืด	4	อ.เพลินพิศ
7	บทที่ 6 การพยาบาลสตรีที่มีเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ -Abortion -Molar pregnancy -Ectopic pregnancy -Abruptio placenta -Placenta previa	4	อ.เพลินพิศ
11	บทที่ 7 การพยาบาลสตรีที่มีโรคติดเชื้อร่วมกับการตั้งครรภ์ -โรคตับอักเสบ -หัดเยอรมัน -ซิฟิลิส -เริม -Condyloma.accuminata -AIDS	4	อ.เพลินพิศ



สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารประกอบการสอน

การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์

อาจารย์ เพลินพิศ พรหมรักษ์

วัตถุประสงค์ : ภายหลังจากสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ การรักษา และวางแผน เพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานได้
2. อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ การรักษา และวางแผนเพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้
3. อธิบายผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ การรักษา และวางแผนเพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ได้
4. อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ และวางแผนเพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืดได้

ขอบเขตเนื้อหา

1. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ
2. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
3. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
4. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ
5. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์
6. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

เนื้อหา

ขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจทำงานมากขึ้น เช่น ปริมาณโลหิตที่บีบออกจากหัวใจ (cardiac output) เพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ 8 สัปดาห์ และจะเพิ่มมากที่สุดกว่าก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 40 เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 20 - 24 สัปดาห์จนกระทั่งครบกำหนดคลอด อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นประมาณ 10-20 ครั้ง/นาที การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ทำให้เกิดอันตรายหากแต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความผิดปกติที่หัวใจก็จะทำให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นจึงควรให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

ความหมาย

โรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย ไม่ว่าจะตรวจพบก่อนตั้งครรภ์หรือภายหลังตั้งครรภ์แล้ว มี 2 ชนิด คือ

1. โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (congenital heart disease)
2. โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired heart disease)

อุบัติการณ์

โรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทย พบได้ร้อยละ 1-2 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับโรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ของสหรัฐอเมริกาที่พบร้อยละ 0.5-2 เดิมพบว่าร้อยละ 80-85 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ เป็นโรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) ชนิดที่มีการตีบของลิ้นไมตรัล (Mitral stenosis :MS) และร้อยละ 15-20 เป็นโรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (congenital heart disease) ที่พบบ่อยคือ โรคหัวใจชนิดมีรูที่ผนังกั้นกลางระหว่างหัวใจห้องบน (atrial septal defect : ASD) โรคหัวใจชนิดมีรูที่ผนังกั้นกลางระหว่างหัวใจห้องล่าง (ventricular septal defect :VSD) และโรคหัวใจชนิดมีทางติดต่อระหว่างเส้นโลหิตแดงของปอดและเส้นโลหิตแดงใหญ่ (Patent ductus arteriosus : PDA) แต่ปัจจุบันพบว่าโรคหัวใจทั้งสองชนิดพบได้เท่า ๆ กัน คือประมาณร้อยละ เนื่องจากการรักษาภาวะผิดปกติต่าง ๆ ดีขึ้น

สาเหตุ

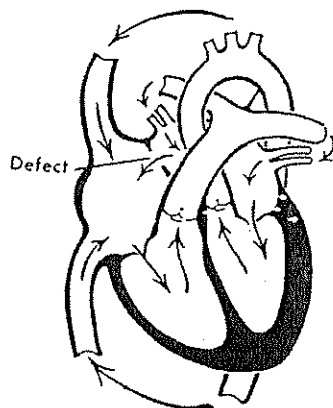
1. มีความพิการของหัวใจแต่กำเนิด หรือโรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสของมารดาในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งทำให้การเจริญเติบโตของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ

2. โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง มักเกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ที่หัวใจ เช่น การติดเชื้อ การอักเสบ มีการบาดเจ็บ ภาวะที่พบบ่อย คือ โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) ชนิดลิ้นไมตรัลตีบ (mitral stenosis)

พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง

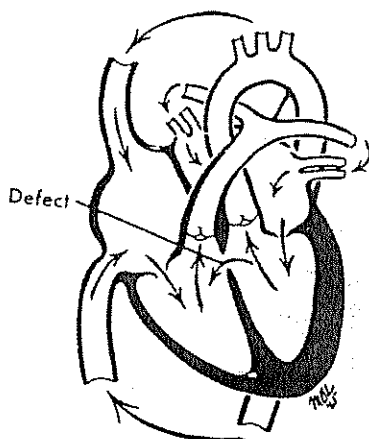
1. โรคหัวใจแต่กำเนิดที่พบบ่อย คือ

1.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ASD (atrial septal defect) เป็นโรคหัวใจที่ผนังกั้นระหว่างหัวใจห้องบนมีรูทะลุถึงกันตั้งแต่กำเนิด มีผลให้โลหิตจากห้องบนซ้ายไหลลัดมายังห้องบนขวา การไหลเวียนโลหิตในห้องบนขวาเพิ่มมากขึ้น ผ่านลิ้นหัวใจ tricusplc ลงห้องล่างขวา ผ่านลิ้นหัวใจ Pulmonary ผ่านการไหลเวียนโลหิตในปอดและเข้าสู่ห้องบนซ้าย (รูปที่ 1.1) ส่วนใหญ่ ASD จะแสดงอาการเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี โดยมีการแสดงของหัวใจเด่นชัดจังหวะ ความดันหลอดเลือดของปอดสูงหรือมีอาการหัวใจชุกขาทำงานล้มเหลว เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ตับโต บวม เป็นต้น



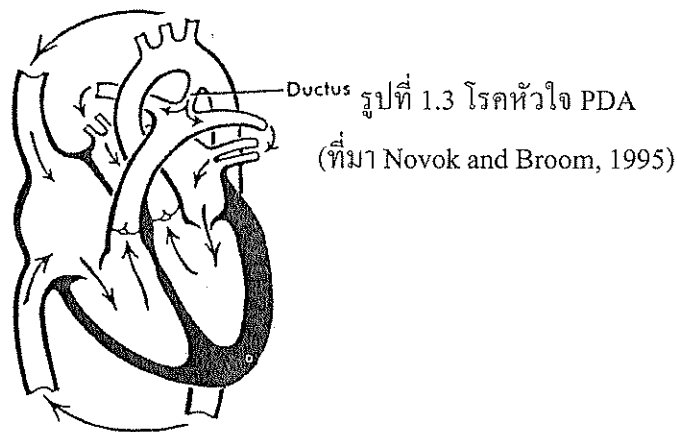
รูปที่ 1.1 โรคหัวใจ ASD
(ที่มา Novak and Broom, 1995)

1.2 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด VSD (ventricular septal defect) เป็นโรคหัวใจที่ผนังกั้นระหว่างหัวใจห้องล่างขวาและซ้ายมีรูทะลุติดต่อกัน ทำให้โลหิตจากห้องล่างซ้ายลัดผ่านเข้าไปยังห้องล่างขวา และผ่านไปยังปอดมากขึ้น จากนั้นโลหิตจะเข้าสู่หัวใจซีกซ้ายเพิ่มขึ้น ทำให้ห้องล่างซ้ายต้องทำงานมากกว่าปกติ (รูปที่ 1.2) ผู้ป่วยมักมีการติดเชื้อระบบหายใจบ่อย ไม่เจริญเติบโตตามวัยเนือยง่าย อาจทำให้หัวใจซีกซ้ายล้มเหลวได้



รูปที่ 1.2 โรคหัวใจ VSD
(ที่มา Novok and Broom, 1995)

1.3 โรคหัวใจแต่กำเนิด PDA (patent ductus arteriosus) เป็นโรคหัวใจที่มีหลอดเลือดที่เชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงเอออร์ตาและหลอดเลือดแดง pulmonary ไปยังปอด โลหิตบางส่วนจากเอออร์ตาฉีดเข้าสู่หลอดเลือดแดง pulmonary ขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายมีแรงดันในการบีบตัวและปริมาณโลหิตเพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 1.3) ผู้ป่วยจะมีอาการของการติดเชื้อระบบหายใจบ่อย ๆ การเจริญเติบโตไม่สมวัย เนือยง่าย ถ้าไม่ได้รับการรักษาความดันหลอดเลือดในปอดสูงขึ้นทำให้เกิดหัวใจ ล้มเหลว



2. โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง ที่พบบ่อย คือ โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) เกิดจากการติดเชื้อและทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหัวใจ (endocarditis) บริเวณ ลิ้นไมตรัล เอออร์ติค ไตรคัสปิดและพุลโมนารี ตามลำดับ โดยระยะแรกจะมีการบวมของลิ้นหัวใจ มีตุ่มเนื้อเล็กๆ คล้ายหูดขี้หมพอ่อน เรียงรายอยู่ในแนวปิดของหัวใจและที่เอ็นยึดลิ้นหัวใจ (chordae tendineae) ซึ่งกั้นระหว่างห้องบนและห้องล่าง อาจทำให้แผ่น (leaflet) ของลิ้นหัวใจติดกัน ถ้ามีการอักเสบเกิดขึ้นบ่อยๆ จะมีเนื้อพังผืดเกิดขึ้นและกลายเป็นแผลเป็น ลิ้นหัวใจและเอ็นยึดหนาขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก มีหินปูนจับเป็นผลให้รูเปิดของลิ้นหัวใจแคบ ขัดขวางการไหลของโลหิต หรืออาจทำให้ลิ้นหัวใจรั่ว (insufficiency or regurgitation) คือ ลิ้นหัวใจไม่สามารถปิดกั้นการไหลย้อนกลับของโลหิตได้ หรืออาจเกิดทั้งสองอย่างร่วมกันคือ การมีลิ้นหัวใจที่ตีบและรั่วเกิดขึ้นพร้อมกัน ความผิดปกติมักเกิดที่ลิ้น mitral และ aortic มากกว่าลิ้นอื่น ๆ เพราะความดันที่เกิดขึ้นขณะลิ้นหัวใจทั้งสองปิดมากกว่าลิ้นอื่น จึงเกิดอันตรายได้มากกว่า ความดันที่เกิดขณะลิ้นหัวใจปิดคือ mitral 100 mmHg. Aortic เท่ากับ 70 mmHg. tricuspid 25 mmHg. pulmonary 10 mmHg.) ปกติรูเปิดลิ้น mitral จะมีพื้นที่ประมาณ 4-6 ตารางเซนติเมตร เมื่อมีอาการตีบแคบลง (mitral stenosis) น้อยกว่า 2.5 ตารางเซนติเมตร จะทำให้โลหิตที่ไหลเข้าหัวใจห้องล่างซ้ายไหลไม่สะดวก ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จึงไม่มีอาการให้เห็น แต่อาจมีอาการทางระบบหายใจ ขณะออกกำลังกาย เหนื่อย หรือตั้งครุร์ และถ้าอาการตีบแคบมีมากขึ้น คือรูเปิดแคบลงเหลือ 1.5 ตารางเซนติเมตร จะทำให้ปริมาณโลหิตที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงและมีอาการแสดงในขณะที่มีกิจกรรมปานกลาง ถ้ารูเปิดแคบน้อยกว่า 1 ตารางเซนติเมตร ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายจะเพิ่มขึ้นมาก อาจสูงถึง 20-30 mmHg. ขณะพักหรือทำกิจกรรมเล็กน้อย แต่ความดันปกติของหลอดเลือดฝอยภายในปอดมีเพียง 30 mmHg. จึงทำให้ความดันในหลอดเลือดฝอยของปอดสูงเกินความดันน้ำผ่านเยื่อถุงลมเข้าไปยังปอด และถ้า น้ำที่รั่วออกไปไม่สามารถขจัดได้โดยระบบน้ำเหลือง ก็จะทำให้เกิดภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ได้ การที่ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น

ปริมาตรห้องหัวใจจะขยายขึ้นและผนังบางลง การชดเชยโดยการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเสียไป จังหวะของหัวใจเปลี่ยน เกิดจังหวะที่ผิดปกติหรือมีการเต้นรัวของหัวใจห้องบน (Atrial fibrillation) ซึ่งพบร่วมกับการตีบของลิ้นไมตรัล ได้ร้อยละ 40-50 และทำให้หัวใจห้องบนซ้ายไม่บีบตัว ปริมาตรของโลหิตเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวาลดลง ปริมาตรโลหิตที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลง (ปกติในการบีบตัวแต่ละครั้งของหัวใจจะฉีดโลหิตออกมา 70 ซีซี ในหนึ่งนาทีจะออกมาประมาณ 4,900 ซีซี หรือ 5 ลิตร ต่อการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที) เมื่อโลหิตผ่านลิ้นไมตรัลซึ่งตีบได้ยากทำให้โลหิตจับตัวเป็นก้อน (thrombosis) ที่ผนังหัวใจห้องบน โดยเฉพาะที่ส่วนท้ายของห้องบนซ้าย (left atrial appendage) เมื่อก้อนโลหิตโค่นขึ้นก็จะอุดตันที่รูเปิดหรือหลุดเข้าไปในกระแสโลหิต (emboli) ไปอุดตันอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง อวัยวะในช่องท้อง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ใจสั่น อาจมีอาการหอบ นอนราบไม่ได้

ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจชนิดใดก็ตาม ถ้ามีอาการรุนแรงและไม่สามารถรักษาให้อาการลดลงได้ ก็จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมก็จะทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ อาการของโรคหัวใจจะรุนแรงขึ้นและอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ซึ่งขอกกล่าวถึงดังนี้

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ อาจเกิดเฉพาะข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิด แต่เมื่อการทำงานของหัวใจข้างใดข้างหนึ่งล้มเหลว ก็จะทำให้อีกข้างหนึ่งล้มเหลวตามภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสองข้างเรียกว่า congestive heart failure

สาเหตุภาวะหัวใจล้มเหลว

1. การทำงานของหัวใจมากเกินไปเนื่องจาก

1.1 การทำงานด้านกับความต้านทานของปอด หรือของหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น อาจเกิดความผิดปกติ เช่น ลิ้นหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง

1.2 โลหิตออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น อาจเกิดภาวะผิดปกติเช่น โลหิตจาง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

2. การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เช่น การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

การแบ่งความรุนแรงของโรคหัวใจ (Function Classification)

แบ่งตาม The Newyork Heart Association ดังนี้

ระดับที่ 1 (Class I) ทำกิจกรรมปกติได้ไม่มีอาการของโรค

ระดับที่ 2 (Class II) สบายดีขณะพัก แต่ถ้าทำงานตามปกติจะรู้สึกเหนื่อย

ระดับที่ 3 (class III) ทำงานเล็กน้อยหรือกิจกรรมประจำวันก็เหนื่อย ใจสั่น แต่จะไม่มีอาการในขณะพัก

ระดับที่ 4 (class IV) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย มีอาการของหัวใจบกพร่องแม้
ในขณะที่พักผ่อน

การวินิจฉัย

1. ชักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย พบภาวะผิดปกติ เช่น
 - 2.1 มีอาการเขียวบริเวณผิวหนัง ริมฝีปาก เจ็บมือ หายใจเร็วตื่น/ลำบาก
 - 2.2 ฟังเสียงหัวใจได้ diastolic และ systolic murmur
 - 2.3 คลำบริเวณทรวงอกมีการสั่นสะเทือน
 - 2.4 อาจคลำพบขอบของกระดูกทรวงอกเนื่องจากหัวใจโต
3. การตรวจพิเศษและตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 3.1 การตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า
 - 3.2 ตรวจหาค่าก๊าซในโลหิตแดง
 - 3.3 การตรวจค่า Electrolytes

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคหัวใจ

ระยะ ตั้ง ครรภ์

1. หัวใจทำงานมากขึ้น อาจทำให้เกิดหัวใจวายได้
2. อาจมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้อาการของโรคหัวใจรุนแรงขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง
ร่วมกับการตั้งครรภ์ ครรภ์แฝด การมีโลหิตออกก่อนคลอด
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ
เจ็บปื้นและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ
4. ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เช่น จากระดับ 1 เป็น 2 จาก 2 เป็น 3
5. การวินิจฉัยโรคยากกว่าปกติ

ระยะ คลอด

1. การเปลี่ยนแปลงระยะคลอด ทำให้โรคหัวใจเลวลง
2. การผ่าตัดและได้รับยาเสพติด อาจมีอันตรายต่อโรคหัวใจมากกว่าปกติ
3. ช่วงมดลูกหดตัวจะบีบโลหิตเข้าระบบหลอดเลือดโลหิตดำมาก อาจทำให้หัวใจช็อก
ล้มเหลว เกิดภาวะปอดบวมน้ำได้
4. อาจเกิดเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ

ระยะหลังคลอด

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิด mitral stenosis จะเกิดน้ำคั่งในปอดได้ง่าย
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิดที่มีการติดต่อบริเวณระหว่างเส้นโลหิตแดงของปอด และเส้นโลหิต
แดงใหญ่ ทำให้ความดันในปอดสูง อาจตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอดได้

3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิดผนังกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ เกิดอันตรายถ้ามีการตกเลือดหลังคลอดจนปริมาณโลหิตในร่างกายลดน้อยลง ทำให้โลหิตล้นดวงจรจากหัวใจซ้ายไปขวามีโลหิตเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อย เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้

ผลของโรคหัวใจต่อการตั้งครรภ์

ผลต่อมารดา

1. มีโอกาสเสียชีวิตจากความผิดปกติของหัวใจร้อยละ 25-50 จากภาวะ หัวใจล้มเหลวและการอักเสบติดเชื้อของกล้ามเนื้อหัวใจ
2. แท้งบุตร เนื่องจากโลหิตไปเลี้ยงมดลูกลดลง
3. คลอดก่อนกำหนด สาเหตุเช่นเดียวกับการแท้ง
4. เกิดภาวะลิ่มโลหิตอุดตันในหลอดเลือดโลหิตทั่วไป

ผลต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด.

1. ทารกคลอดก่อนกำหนด
2. ทารกเสียชีวิตในครรภ์
3. ทารกตัวเล็กจากการเจริญเติบโตช้า
4. ทารกเสียชีวิตหลังคลอด
5. ทารกเกิดภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation)
6. ทารกเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด

การรักษา แบ่งตาม ระยะดังนี้

ระยะ ตั้ง ครรภ์

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรุนแรงระดับ 1 และ 2 ให้การรักษาโดยป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว นัดมาตรวจเดือนละครั้ง ให้พักผ่อนให้มากโดยเฉพาะในระยะใกล้คลอด อาจรับไว้ในโรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรุนแรงอยู่ระดับที่ 3 ไม่ควรให้ตั้งครรภ์ ยกเว้นต้องการมีบุตรมากจะต้องให้รับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ถ้าพบมีประวัติหัวใจล้มเหลวควรพิจารณาทำแท้งให้

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรุนแรงระดับ 4 จะมีอันตรายมาก ไม่ควรให้ตั้งครรภ์ ถ้าตั้งครรภ์ต้องรับไว้ดูแลในโรงพยาบาลตลอดการตั้งครรภ์

1. หลักการรักษาด้วยยา

1.1 ให้ยากล่อมประสาท คือ phenobarbital

1.2 ให้ยาช่วยเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ digitalis

ขนาด 0.125-0.5 mg. วันละครั้ง

1.3 จำกัดจำนวนน้ำดื่ม ลดอาหารเค็ม ยาขับปัสสาวะจะให้นิรยาที่มีอาการบวม หรือน้ำคั่งในปอดเท่านั้น

1.4 ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด คือ heparin

1.5 การให้ยาลดการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ คือ Quinidine ขนาด 0.2-0.3 กรัม รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร

2. ให้ออกซิเจนให้พอกับความต้องการของร่างกาย

3. ในรายที่อาการไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาผ่าตัด

4. การทำแท้งรักษา ข้อบ่งชี้ในการทำแท้งเพื่อการรักษาโรคนี้นี้

4.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจระดับที่ 4

4.2 เคยมีประวัติการทำงานของหัวใจล้มเหลว

4.3 เคยมีหัวใจอักเสบหรืออักเสบอย่างรุนแรงจาก Rheumatic fever

4.4 เชื้อบหัวใจอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

5. การเร่งการคลอดก่อนกำหนด ไม่ควรทำในโรคหัวใจ

ระยะคลอด แบ่งการรักษาดังนี้

1. ระยะที่หนึ่งของการคลอด รับไว้รักษาในโรงพยาบาลก่อนถึงกำหนดคลอด 2 สัปดาห์ เพื่อให้ได้พักผ่อน ช่วยลดการทำงานของหัวใจ และพิจารณาให้การรักษาดังนี้

1.1 ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.2 ให้ยาไดจิตาลิสในผู้ป่วยระดับ 3 และ 4

1.3 การลดความเจ็บปวด

1.4 ให้ออกซิเจน

2. ระยะที่สองของการคลอด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถคลอดเองได้ภายใน 20 นาที แพทย์จะช่วยเหลือโดยใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วย ขณะช่วยคลอดให้ออกซิเจน เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของผู้คลอดและทารกในครรภ์

3. ระยะที่สามของการคลอดหรือระยะคลอดรก ควรให้รกคลอดอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ให้ฉีดยา oxytocin เพื่อป้องกันการตกเลือดก่อนและหลังคลอด

4. ระยะหลังคลอด ใน 12 ชั่วโมงแรก แพทย์จะดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะอาจเกิด pulmonary congestion เนื่องจากการทำงานของหัวใจซีกขวามากเกินไป การรักษาจึงให้ยา digitalis ต่ออีก 5 – 7 วัน เพื่อช่วยลดการทำงานของหัวใจ และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างน้อย 7 วัน ควรพิจารณาเรื่องการให้นมบุตรและการคุมกำเนิด ดังนี้

4.1 การให้นมบุตร ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจระดับที่ 1 และ 2 ถ้าอาการทั่วไปดี ส่วนระดับที่ 3 และ 4 ไม่ควรให้นมบุตรเพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น อาการของโรครุนแรงขึ้น

4.2 การคุมกำเนิด ถ้าไม่สามารถทำหมันได้ ให้คุมกำเนิดชั่วคราว ดังนี้

4.2.1 การรับประทานยาคุมกำเนิด

4.2.2 การใส่ห่วงอนามัยอาจทำให้ติดเชื้อ จึงไม่นิยมใช้ แต่ถ้าจำเป็น

แพทย์จะให้ antibiotic ต่อไปอีก 72 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

กระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

การ ประเมิน สภาพ

1. การซักประวัติ

- 1.1 ประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
- 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
- 1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
- 1.4 ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดทั้งอดีตและปัจจุบัน
- 1.5 การซักถามภาวะจิตสังคม

2. การตรวจร่างกาย

- 2.1 สัญญาณชีพ
- 2.2 การเต้นของหัวใจบริเวณยอดหัวใจ
- 2.3 ตรวจสภาพทั่วไปพบมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย
- 2.4 ประเมินการตั้งครรภ์ การคลอดระยะต่าง ๆ และหลังคลอด

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ

การวินิจฉัยการพยาบาล

1. อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการทำงานของหัวใจมากกว่าปกติ
2. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นโรคหัวใจรูมาติก
3. อาจเกิด fetal distress เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตของมารดาไม่ดี
4. กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจที่มีต่อตนเองและทารกในครรภ์

การพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ป้องกันไม่ให้หัวใจทำงานหนักขึ้น โดยป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. ประเมินอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์
3. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลระยะตั้งครรภ์

1. แนะนำให้เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์และการตรวจตามนัด
2. แนะนำเรื่องการพักผ่อน
3. ควรลดการทำงานตามปกติลง

4. ลดอาหารพวกแป้งและไขมัน ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากควรปรึกษาแพทย์
5. รับประทานยาบำรุงโลหิตตามแพทย์สั่งเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง
6. แนะนำให้รับประทานยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา
7. แนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ
8. แนะนำให้ลดความวิตกกังวล
9. การมีเพศสัมพันธ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจระดับที่ 1 และ 2 อาจมีเพศสัมพันธ์ได้แต่

ให้

ระวังเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป

10. ป้องกันอันตรายที่เกิดกับทารกในครรภ์
11. แนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงเริ่มแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว ถ้ามีให้รีบพบ

แพทย์

กิจกรรมการพยาบาลระยะคลอด

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด

- 1.1 จัดให้ออนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูง
- 1.2 ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น
- 1.3 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
- 1.4 ดูแลให้ได้รับ pethidine 50-100 มิลลิกรัมและ phenergan 50 มิลลิกรัมฉีดเข้า

กล้ามเนื้อ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและลดภาวะเกรียดย

- 1.5 การดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล
- 1.6 ประเมิน

ความก้าวหน้าของการคลอด

- 1.7 ประเมินสภาพของทารกในครรภ์
2. ระยะที่ 2 ของการคลอด หรือระยะเบ่งคลอด
 - 2.1 จัดให้ออนท่าศีรษะสูง
 - 2.2 ให้ออกซิเจน
 - 2.3 ตรวจชีพจร และการหายใจทุก 10 นาที
 - 2.4 ให้ผู้คลอดเบ่งน้อยที่สุดเพราะการเบ่งจะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น
 - 2.5 ประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที

3. ระยะที่สามของการคลอดหรือระยะคลอดรก ให้การพยาบาลที่สำคัญดังนี้

- 3.1 การป้องกันภาวะหมดสติ (collapse)
- 3.2 ป้องกันการตกเลือด

กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังคลอด

1. ให้ออนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย ลดกิจกรรมต่าง

2. ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ควรให้ออกซิเจน และประเมิน ซีพจร และการหายใจทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติจากนั้นประเมินทุก 2 ชั่วโมง
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
4. ให้พักผ่อน ช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่างที่ต้องใช้พลังงานมาก ดูแลให้ยาบรรเทาปวดและยากดภูมิคุ้มกันเพื่อลดความตึงเครียดจากความเจ็บปวด
5. ดูแลให้ได้รับยาลดการทำงานของหัวใจตามแผนการรักษา พร้อมทั้งประเมินภาวะผิดปกติที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา
6. ดูแลและแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังนี้
 - 6.1 ทำความสะอาดร่างกาย วันละสองครั้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง สังเกตลักษณะสี และกลิ่นของน้ำคาวปลา ประเมินภาวะติดเชื้อในช่องคลอดและโพรงมดลูก ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
 - 6.2 รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว
 - 6.3 การขับถ่าย ให้ระวังอาการท้องผูก
 - 6.4 ถ้าอาการไม่รุนแรงสามารถให้นมบุตรได้
 - 6.5 แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
 - 6.5.1 รายที่มีบุตรเพียงพอแล้ว ควรทำหมัน
 - 6.5.2 การคุมกำเนิดชั่วคราว ควรใช้ถุงยางอนามัยหรือยาเม็ดรับประทานคุมกำเนิด ไม่ควรใช้การใส่ห่วงอนามัยเพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ แต่ถ้าจำเป็นแพทย์จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

ความหมาย

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาจเป็นโรคเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์หรือเป็นขณะตั้งครรภ์

อุบัติการณ์

พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

สาเหตุและประเภทของโรคเบาหวาน

1. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) แบ่งได้ ดังนี้

1.1 โรคเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลิน (insulin – dependent diabetes mellitus : IDDM หรือเรียกว่า Type 1)

1.2 โรคเบาหวานที่ไม่ต้องใช้อินซูลิน (Non insulin dependent diabetes mellitus NIDDM หรือเรียกว่า Type II)

1.3 โรคเบาหวานชนิดอื่น ๆ (secondary diabetes) เป็นโรคเบาหวานที่พบร่วมกับโรค หรือ กลุ่มอาการบางอย่าง เช่น โรคของตับอ่อน กลุ่มอาการคุชชิง ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

2. โรคเบาหวาน เนื่องจากมีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucose tolerance IGT)

3. โรคเบาหวานเนื่องจากตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus : GDM)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

ร่างกายมีความผิดปกติของระบบเมตาโบลิซึมของคาร์โบไฮเดรตทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง เพราะไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้อินซูลินทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

อาการและอาการแสดง

1. ปัสสาวะมาก (polyuria)
2. ดื่มน้ำมาก (polydipsia)
3. รับประทานอาหารจุ (polyphagia)
4. น้ำหนักลด (weight loss)

การวินิจฉัย

1. มีประวัติบุคคลครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ประวัติคลอดครั้งก่อน ๆ เคยมีบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม มีการแท้งบ่อย ๆ ทารกตายคลอดหรือตายแรกเกิด ทารกมีความพิการแต่กำเนิด หรือผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นิยม

2.1 การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในปัสสาวะ

2.2 การตรวจหาระดับกลูโคสในเลือด

2.3 การตรวจหา ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี

2.4 การหาความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำได้ 2 วิธีคือ

2.4.1 การทดสอบความทนต่อกลูโคส

2.4.2 การทดสอบหาปริมาณน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

การจำแนกความรุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1. เบาหวานเนื่องจากการตั้งครรภ์ (gestational diabetes) แบ่งเป็น

1.1 GDM A₁ คือหญิงตั้งครรภ์ที่มี OGTT ผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป รักษาด้วยการควบคุมอาหารไม่ต้องใช้ อินซูลิน

1.2 GDM A₂ คือหญิงตั้งครรภ์ที่มี OGXTT ผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป รักษาด้วยการควบคุมอาหารและ อินซูลิน

2. เบาหวานก่อนตั้งครรภ์และต้องพึ่งอินซูลิน (pregestational insulin dependent หรือ overt diabetes) ซึ่งไม่มีความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ทารกใน

ครรภ์มักมีขนาดใหญ่ รักษาด้วยการควบคุมอาหารและอินซูลิน

3. เบาหวานก่อนตั้งครรภ์ต้องพึ่งอินซูลิน และมีความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจร่วม ทารกในครรภ์มักมีขนาดเล็ก รักษาด้วยการควบคุมอาหารและอินซูลิน

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคเบาหวาน

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของทารกสูง ทารกมีขนาดใหญ่กว่าปกติทุกส่วนยกเว้นสมอง
2. หลังตั้งครรภ์ได้ 3 เดือนขึ้นไปจะมีการต้านฤทธิ์ของอินซูลินเพิ่มขึ้น มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้น ความต้องการอินซูลินจึงเพิ่มขึ้น

ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์

ผลต่อมารดา

1. การแท้งบุตร
2. การติดเชื้อ
3. ครรภ์แฝดน้ำ
4. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
5. หลอดเลือดถูกทำลาย
6. การคลอดยาก จากทารกที่มีขนาดใหญ่กว่าปกติ
7. ตกเลือดหลังคลอด
8. อัตราตายของมารดาสูงกว่าปกติ
9. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลต่อทารก

1. ผลต่อทารกในครรภ์
 - 1.1 ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ตายในครรภ์
 - 1.2 ทารกตัวโตและน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ
 - 1.3 ทารกมีความพิการแต่กำเนิด
 - 1.4 ทารกคลอดก่อนกำหนด
2. ผลต่อทารกแรกเกิด
 - 2.1 ทารกมีโอกาสเป็นเบาหวานจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์
 - 2.2 ทารกตายระหว่างคลอดและหลังคลอด

การรักษา

หลักการสำคัญคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี คือ อยู่ระหว่าง 80 - 120 mg.% ตลอดการตั้งครรภ์ ตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์และป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามระยะต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ ดังนี้

ระยะ ตั้ง ครรภ์

1. การประเมินและควบคุมเบาหวาน โดย
 - 1.1 ควบคุมอาหาร
 - 1.2 การควบคุมอินซูลิน
 - 1.3 การควบคุมน้ำหนักตัวโดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
2. การตรวจก่อนคลอด เพื่อประเมินทารกในครรภ์ ดังนี้
 - 2.1 การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) ทำได้ทุกระยะ
 - 2.2 การตรวจจำนวนเอสโตริออล (estrio) ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง
 - 2.3 การประเมินสภาพทารกในครรภ์
 - 2.4 การนัดตรวจครรภ์

ระยะ คลอด

1. การกำหนดเวลาคลอด ขึ้นอยู่กับการควบคุม โรคและภาวะแทรกซ้อน
2. การกระตุ้นความก้าวหน้าของการคลอดด้วยยาควรใช้ด้วยความระวัง
3. การให้อินซูลินระหว่างคลอดต้องปรับเปลี่ยนขนาดยาให้เหมาะสม
4. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ระยะ หลัง คลอด

1. ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ภายใน 24 ชั่วโมง ทารกแรกเกิดอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

การประเมินสภาพ

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. ประเมินภาวะจิตสังคม
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ

การวินิจฉัยทางการพยาบาล มีดังนี้

1. กลัวและวิตกกังวลเมื่อทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. ขาดความรู้ปฏิบัติตัวในการรักษาโรคเบาหวาน โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

กาย

3. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับใช้ยารักษาเบาหวาน
4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะปอดบวม
5. มีโอกาสได้รับอันตรายถึงชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
6. เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดในสมองอุดตัน
7. รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง กลัวตนเองและทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย

การพยาบาล

วัตถุประสงค์ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวานมีดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาและสามารถประเมินสภาพเพื่อดูแลตนเองได้
2. หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด \
3. หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยที่สุด
4. อาการของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไม่เลวลง
5. สร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญ ดังนี้

1. ควบคุมการรับประทานอาหาร และน้ำหนักตัว
2. แนะนำการฉีดอินซูลิน
3. การแนะนำให้ตรวจหาน้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะ
4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
5. เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด
6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ
7. การรักษาความสะอาดของร่างกาย
8. ป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า
9. แนะนำให้นับการเดินของทารกในครรภ์

กิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด
 - 1.1 นอนตะแคงขณะพักเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ
 - 1.2 ดูแลให้ได้รับยาอินซูลินตามแผนการรักษา
 - 1.3 ประเมินความก้าวหน้าของการ
 - 1.4 ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
 - 1.5 ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย

2. ระยะที่ 2 ของการคลอด

- 2.1 ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5-10 นาที
- 2.2 ประเมินสภาพผู้คลอดโดยการจับชีพจรและนับการหายใจ
- 2.3 ช่วยแพทย์ในการทำคลอดหัตถการตามข้อบ่งชี้ของแต่ละราย

กิจกรรมการพยาบาลในระยะหลังคลอด

1. ระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิด
3. การดูแลหลังคลอดทั่วไป
4. แนะนำมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเอง ดังนี้
 - 4.1 รับประทานอาหารให้ตรงเวลา มีประโยชน์และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย
 - 4.2 การวางแผนครอบครัว
 - 4.2.1 การคุมกำเนิดชั่วคราว ที่เหมาะสมที่สุด การใช้ถุงยางอนามัย
 - 4.2.2 ในรายที่มีบุตรเพียงพอแล้ว ควรจะทำหมัน
5. สามารถให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ในรายที่มีอาการไม่รุนแรง

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

ความหมาย

โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะที่มีการลดลงของเม็ดโลหิตแดง ความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง

อุบัติการณ์

แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประชากรแต่ละแห่ง อาจพบได้ถึงร้อยละ 20-80 ของการตั้งครรภ์

สาเหตุ

สาเหตุที่พบบ่อย คือ การขาดธาตุเหล็ก และ โรคธาลัสซีเมีย

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia)

พบได้บ่อยที่สุดของโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ คือ ร้อยละ 80

พยาธิสภาพ

เมื่อมีเหล็กไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะตั้งครรภ์ ไชกระดูกจะผลิตเม็ดโลหิตแดงที่มีฮีโมโกลบินต่ำ เซลล์เม็ดโลหิตแดงปกติและติดสีจาง ในระยะแรกที่มีการขาดธาตุเหล็กจะมีการสร้างเม็ดโลหิตแดงเสียไป คือพบเซลล์ขนาดเล็กติดสีจาง เมื่อมีการขาดธาตุเหล็กจำนวนมาก ร่างกายจะมีการปรับตัว พยายามนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อมากขึ้น โดยการเพิ่มปริมาณ

ของพลาสมาและโลหิตที่บีบออกจากหัวใจ ถ้าไม่ดีขึ้นอาจเกิดหัวใจล้มเหลวได้ สำหรับทารกในครรภ์ได้รับเลือดและออกซิเจนปริมาณน้อย ทำให้ทารกน้ำหนักน้อยตัวเล็ก โลหิตจาง พิกัดหรือเสียชีวิต

อาการและอาการแสดง

1. ซีด จะเห็นชัดที่ conjunctiva และ mucous membrane
2. เหนื่อยง่าย ใจสั่น หายใจไม่สะดวก ชีพจรเร็ว pulse pressure กว้าง
3. ปวดศีรษะ เวียนหน้า ตาพร่า เป็นลม
4. เบื่ออาหาร แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาหารไม่
5. ไตเสื่อมหน้าที่ มีอาการบวม พบโปรตีนในปัสสาวะ
6. ลิ้นเกล็ด มีแผลเปื่อยที่มุมปาก (angular stomatitis) เล็บบาง

การวินิจฉัย

1. จากประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 3.1 ซีโมโกลบิน ต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์ ซีมาโตคริตต่ำกว่า 30 กรัมเปอร์เซ็นต์
 - 3.2 การตรวจ blood smear เรื่องลักษณะรูปร่าง ขนาดและสีของเม็ดโลหิตแดงอาจพบ

ความผิดปกติต่าง ๆ

ผลของการตั้งครรภ์ต่อภาวะโลหิตจาง

1. ปริมาตรของพลาสมาเพิ่มขึ้น มีผลให้เลือดมีความหนืดลดลง การไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกายเร็วขึ้น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น
2. ปริมาณโลหิตที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาที เพิ่มขึ้น
3. ปริมาณของเม็ดโลหิตแดงเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 20-30
4. ความต้องการธาตุเหล็กในการช่วยสร้างเม็ดโลหิตมากขึ้น

ผลภาวะโลหิตจางต่อการตั้งครรภ์

ผลต่อมารดา

ระยะตั้ง ครรภ์

1. cardiac output เพิ่มขึ้น ฟังได้ยินเสียง murmur
2. มีโอกาสเกิด Pre-eclampsia ได้ถึง 2 เท่า
3. สุขภาพทั่วไปอ่อนแอ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

ระยะคลอด

1. อาจทำให้มีหัวใจวายได้เนื่องจากภาวะบวมน้ำ
2. เสี่ยงโลหิตต่ำคนปกติแต่จะมีอาการแสดงของการตกโลหิตรุนแรงกว่า

ระยะหลังคลอด

1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ถึง 2 เท่า
2. ตกโลหิตหลังคลอดได้ง่าย เนื่องจากปริมาณเม็ดโลหิตในร่างกายน้อย

ผลต่อทารก

1. ทารกคลอดก่อนกำหนด
2. น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า
3. อัตราตายของทารกเพิ่มขึ้น
4. ทารกมีภาวะโลหิตจาง พิการ์หรือตายตั้งแต่ในครรภ์

การป้องกันและการรักษา

1. ให้เหล็กเสริมประมาณวันละ 30 มิลลิกรัม
2. ให้รับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก
3. การให้ธาตุเหล็กโดยการฉีด (Iron dextran) เช่น อินฟีรอน (infeon)
4. การให้โลหิต

กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

การ ประเมิน สภาพ

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การประเมินภาวะจิตสังคม
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีโลหิตจาง
2. ทารกในครรภ์มีโอกาสดเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมารดามีภาวะโลหิตจาง
3. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโลหิตจาง เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์
4. กลัวและวิตกกังวลว่าตนเองและบุตรจะมีอันตราย เนื่องจากภาวะโลหิตจาง
5. มีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดระยะคลอดและหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง สาเหตุ อาการ และอาการแสดง ผลของภาวะโลหิตจางต่อการตั้งครรภ์ ผลของการตั้งครรภ์ต่อโลหิตจาง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ
2. หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาลระยะตั้งครรภ์

1. การประเมินหาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง
2. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าให้ครบ 5 หมู่
3. การพักผ่อน ควรได้พักผ่อนเต็มที่อย่างน้อยวันละ 8-10 ชั่วโมง
4. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
5. การดูแลความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อ
6. การประเมินสภาพของทารกในครรภ์
7. การตรวจครรภ์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติ
8. การทำจิตใจให้สบาย ไม่วิตกกังวลหรือกลัวมากเกินไป

กิจกรรมการพยาบาลระยะคลอด

1. ระยะรอคลอด
 - 1.1 จัดให้พักผ่อนอย่างเต็มที่
 - 1.2 ดูแลการได้รับสารน้ำและอาหาร ตามแผนการรักษา
 - 1.3 บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
 - 1.4 ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
 - 1.5 ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง
 - 1.6 ซักถามอาการผิดปกติที่อาจ
 - 1.7 เตรียมเครื่องมือ และยาต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ
 - 1.8 บันทึกเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15-30 นาที
2. ระยะที่สอง และระยะสามของการคลอด
 - 2.1 จัดให้อ่อนหายใจชันเข้า ศีรษะสูง
 - 2.2 ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกทุก 5 นาที
 - 2.3 ประเมินอาการผิดปกติที่อาจพบ เช่น หายใจไม่สะดวก แน่นอึดอัด
 - 2.4 ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกป้องกันการตกเลือด
 - 2.5 ประเมินเลือดที่ออกจากโพรงมดลูก และแผลฝีเย็บ
 - 2.6 เตรียมเครื่องมือและยาเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
3. ระยะที่สี่ของการคลอด
 - 3.1 ประเมินการแข็งตัวของมดลูก
 - 3.2 ประเมินชีพจร หายใจและความดันโลหิต
4. ระยะหลังคลอด
 - 4.1 สังเกตลักษณะเลือดที่ออกทางช่องคลอด และลักษณะแผลฝีเย็บ
 - 4.2 ดูแลไม่ให้มีกระเพาะปัสสาวะเต็ม

- 4.3 แนะนำให้นอนพักในระยะ 12-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 4.4 แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อ
- 4.5 แนะนำการรับประทานอาหารและยาบำรุงร่างกาย
- 4.6 แนะนำการเลี้ยงดูบุตรและการให้บุตรดูนมมารดา
- 4.7 แนะนำการคุมกำเนิด โดยควรเว้นระยะการมีบุตรอย่างน้อย 2 ปี

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

เป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยา ทำให้ฮีโมโกลบินผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะหรือเป็นโรคจะมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด

ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย

1. แอลฟา ธาลัสซีเมีย มี 2 ชนิดคือ
 - 1.1 แอลฟา ธาลัสซีเมียสองลักษณะ (α - Thalassemia 2 Trait)
 - 1.2 แอลฟา ธาลัสซีเมียหนึ่งลักษณะ (α - Thalassemia 1 trait)
2. เบตา ธาลัสซีเมีย แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ
 - 2.1 เบตา ธาลัสซีเมีย เมเจอร์ (β - thalassemia major)
 - 2.2 เบตา ธาลัสซีเมีย ไมเนอร์ (β - thalassemia minor)

พยาธิสรีรภาพ

เมื่อมียีนผิดปกติ ทำให้มีการสร้าง hemoglobin น้อยลง จะพบเม็ดเลือดแดงที่มีรูปร่างผิดปกติ อายุสั้น ร่างกายพยายามชดเชยโดยการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้มีเม็ดเลือดแดงอ่อน พบมีการสร้างเม็ดเลือดแดงนอกไขกระดูก เม็ดเลือดแดงมีนิวเคลียส มีเยื่อหุ้มเซลล์ที่หนากว่าปกติ แต่มีฮีโมโกลบินน้อย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นธาลัสซีเมีย ปริมาณเลือดจากรดาผ่านไปรกมีจำนวนน้อยทำให้เด็กน้ำหนักน้อยหรือตายในครรภ์ได้

อาการและอาการแสดง

แบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ คือ รุนแรงมาก (Thalssemia major) กลาง (Thalssemia intermedia) และเล็กน้อย (Thalssemia minor)

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

ผลของตั้งครรภ์ต่อโรคธาลัสซีเมีย คล้ายกับผลของการตั้งครรภ์ต่อภาวะโลหิตจาง คือจะทำให้อาการโลหิตจางของโรครุนแรงขึ้น

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

สามารถถ่ายถอดสู่ทารกได้ ในกรณีที่ทารกในครรภ์เป็น โรคก็จะทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ทารกตายในครรภ์ เจริญเติบโตช้า พิการ ตายคลอดหรือมีอาการของโรค ซีดมาก ติดเชื้อง่าย ต้องรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือดเป็นระยะ

การป้องกันและการรักษา

1. คัดกรองหาผู้เป็นพาหะของธาลัสซีเมีย โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์
2. การวินิจฉัยก่อนคลอด
3. การรักษาด้วยยา folic acid 5 มิลลิกรัม วันละครั้งถึงหนึ่งเม็ด
4. ป้องกันและรักษาภาวะติดเชื้อ
5. ให้ยาขับเหล็กออกจากร่างกาย ในรายที่มีภาวะเหล็กเกิน
6. แนะนำเกี่ยวกับโรค และให้คุมกำเนิด
7. เลือกวิธีการคลอดที่ปลอดภัยที่สุด

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย คล้ายกับการพยาบาลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีที่แตกต่าง คือ

1. การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบที่สามารถถ่ายสู่ทารกในครรภ์ได้ อธิบายโอกาสการถ่ายถอดทางพันธุกรรมให้ทราบพร้อมแนะนำแนวทางการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยและบุตรจะได้รับ
2. แนะนำการรับประทานอาหาร
3. ไม่ควรรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็กเพราะจะมีเหล็กคั่งในร่างกายได้

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ

ความหมาย

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและส่วนบนในหญิงตั้งครรภ์

อุบัติการณ์

พบได้ถึงร้อยละ 2-8

สาเหตุ

1. มีการติดเชื้อ gram negative bacilli เช่น E. coli
2. ทางเดินปัสสาวะของเพศหญิงสั้นอยู่ใกล้กับทวารหนัก

พยาธิสภาพ

การตั้งครรภ์พบมีการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ได้มาก มดลูกที่โตขึ้นเบียดกระเพาะปัสสาวะทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงต้องปัสสาวะบ่อย แต่ถ้ากลั้นปัสสาวะอาจเกิดภาวะติดเชื้อได้

อาการและอาการแสดง

1. อาการและอาการแสดงของกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis)
 - 1.1 ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากผนังกันกระเพาะปัสสาวะมีการระคายเคือง
 - 1.2 ปัสสาวะแสบขัดตอนถ่ายปัสสาวะสุด
 - 1.3 ปวดหลังหรือเหนือหัวเหน่าเล็กน้อย
 - 1.4 อาจมีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิระหว่าง 37.8-38.3 องศาเซลเซียส
 - 1.5 ปัสสาวะขุ่น อาจมีเลือดอยู่ในปัสสาวะ (hematuria)
2. อาการและอาการแสดงของกรวยไตอักเสบ (pyelonephritis)
 - 2.1 มีไข้สูงหนาวสั่น
 - 2.2 ปวดบริเวณบั้นเอว ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง
 - 2.3 คลื่นไส้ อาเจียน
 - 2.4 ปัสสาวะขุ่น อาจมีเลือดหรือหนองปน

การวินิจฉัย

1. อาการและอาการแสดง เช่น ปัสสาวะบ่อย แสบขัดเวลาจะสุด มีไข้
2. การตรวจร่างกาย พบมีไข้ ปวดบริเวณท้องน้อยหรือเหนือหัวเหน่า
3. ตรวจทางห้องทดลอง

ผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

1. ปริมาตรของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ปัสสาวะค้างอยู่ในท่อไตนาน
2. ความเป็นกรดในปัสสาวะลดลงเหมาะกับการเจริญของแบคทีเรีย
3. มดลูกที่โตขึ้นกดเบียดท่อไตทำให้ปัสสาวะไหลไม่สะดวก
4. การบีบตัวของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างแรงกว่าการบีบตัวของทางเดินปัสสาวะส่วนบน

ทำให้มีโอกาสปัสสาวะจะทันทันย้อนกลับขึ้นข้างบนได้

ผลของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะต่อการตั้งครรภ์

1. การแท้ง
2. ทารกมีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์
3. การคลอดก่อนกำหนด
4. ทารกพิการแต่กำเนิด

การรักษา

1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2. ให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)
3. การรักษาภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่

กระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การประเมินสภาพ

1. จากประวัติอาการและอาการแสดง เช่น ปัสสาวะบ่อย แสบขัด มีไข้
2. การตรวจร่างกาย ปวดบริเวณท้องน้อยหรือเหนือหัวหน้า
3. การประเมินภาวะจิตสังคม
4. ตรวจทางห้องทดลอง โดยการตรวจปัสสาวะพบสิ่งผิดปกติ

การวินิจฉัยการพยาบาล

1. ไม่สุขสบายสัมพันธ์กับการมีไข้และการติดเชื้อ
2. ไม่สุขสบายจากอาการปวดบั้นเอว
3. วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

การพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายและลดความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดเนื่องจากการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล โดยรวมทั้งระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดคล้ายกัน ดังนี้

1. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตรงตามขนาดและเวลาตามแผนการรักษา
2. แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ มากกว่าวันละ 3000 มิลลิลิตร
3. แนะนำการทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
4. ให้ออนตะแคงด้านใดด้านหนึ่งหรือสลับกัน
5. แนะนำให้ถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวดถ่าย ไม่ควรกลั้น
6. แนะนำให้พักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8-10 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
7. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
8. บันทึกสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย
9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษาและการพยาบาลแก่ญาติและหญิงตั้งครรภ์

พร้อมทั้งให้กำลังใจและบอกผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลองให้ทราบ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์

ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์มี 3 ชนิด ได้แก่

1. ต่อมไทรอยด์โต หรือคอพอก (goiter)
2. ไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroidism or thyro-toxicosis)
3. ต่อมไทรอยด์ทำหน้าที่น้อยเกินไป (hypothyroidism)

ในหญิงตั้งครรภ์จะพบต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไปมากกว่าต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไป

ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากหรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษในหญิงตั้งครรภ์

เป็นภาวะที่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์มีการเผาผลาญและการผลิตพลังงานสูงขึ้น เนื่องจากมีฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์มากเกินไป

อุบัติการณ์

พบในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ ร้อยละ 0.05 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด

สาเหตุ

1. โรคเกรฟ
2. โรคพลัมเมอร์
3. เนื้องอกเป็นพิษ

พยาธิสภาพ

เมื่อมีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์มากกว่าปกติ ทำให้ต่อมไทรอยด์โตกดหลอดลมหรือหลอดอาหาร การหายใจและกลืนอาหารลำบาก ไทรอยด์ฮอร์โมนยังมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และเพิ่มการเผาผลาญของเนื้อเยื่อเกือบทุกชนิด ยกเว้นสมอง เรตินา ม้าม อัณฑะและปอด ดังนี้

1. เพิ่มการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต
2. เพิ่มการเผาผลาญไขมัน
3. เพิ่มการเผาผลาญของโปรตีน
4. เพิ่มการเผาผลาญของวิตามิน
5. การหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น
6. เพิ่มการเผาผลาญของกล้ามเนื้อหัวใจ
7. ระบบประสาทตื่นตัว หลับยาก โมโหง่าย กระวนกระวาย

อาการและอาการแสดง

1. ต่อมไทรอยด์โตมากกว่าปกติ 3-4 เท่า
2. กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลีบและสั่น (Tremor)
3. หัวบ่อ รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด
4. ผิวหนังละเอียด (silky skin) อุณหภูมิขึ้น แสง เส้นผมละเอียด นุ่มบาง

5. ซีดร้อน หงุดหงิด ตกใจง่าย อารมณ์แปรปรวน
6. หัวใจเต้นเร็วและแรง ใจสั่น ซีพจรเร็ว อาจเร็วถึง 90-160 ครั้ง/นาที
7. นอนไม่ค่อยหลับ ซีพจรขณะหลับสูงกว่า 80 ครั้ง/นาที
8. มีอาการตาโปน (exophthalmos)

การวินิจฉัย

1. จากการซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบผิดปกติ

ผลของการตั้งครรภ์ต่อภาวะไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติหรือไทรอยด์เป็นพิษ
ระยะตั้งครรภ์

1. ปริมาณ iodine ในระหว่างตั้งครรภ์ลดลง ต่อมาไทรอยด์ใหญ่ขึ้น
2. อาการของโรครุนแรงขึ้น
3. มีการตอบสนองตอบของ TSH ต่อการกระตุ้นด้วย TRH เพิ่มขึ้น
4. มีการเพิ่มของ T_4 และ T_3 ใน serum แต่ free T_4 และ free T_3 ปกติ

ผลของภาวะไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติหรือไทรอยด์เป็นพิษต่อการตั้งครรภ์

ผลต่อมารดา

1. แห้งและคลอตก่อน
2. เกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์สูงขึ้น

ผลต่อทารก

1. ทารกตายในครรภ์
2. การเจริญเติบโตในครรภ์ช้า
3. มีโอกาสเกิดต่อมไทรอยด์เป็นพิษแต่กำเนิด
4. ทารกมีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน

การรักษา

1. การให้ยาด้านไทรอยด์
2. ยาปิดกั้นอดรีเนอร์จิก (adrenergic blocking agent)
3. การรักษาด้วยไอโอดีน กัมมันตรังสี (radioiodine therapy = ^{131}I)
4. การผ่าตัดต่อมไทรอยด์ (subtotal thyroidectomy)

กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ

การประเมินสภาพ

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกายทั่วไป

3. การประเมินภาวะจิต
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ

การวินิจฉัยการพยาบาล

1. มีโอกาสเกิดการทำงานของหัวใจล้มเหลว เนื่องจากมีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนสูง
 2. ร่างกายได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ
- การเผาผลาญสารอาหารสูง
3. มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกรู้ตัวและอารมณ์ เนื่องจากการเผาผลาญอาหารเพิ่มมากขึ้นและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ
 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น กลัวอันตรายต่อตนเองและบุตร

การพยาบาลระยะตั้งครรภ์

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ

กิจกรรม การ พยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางการรักษาพยาบาล
2. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนดังนี้
 - 2.1 ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และวิตามินสูง
 - 2.2 พักผ่อนให้มากขึ้น
 - 2.3 รับประทานยาให้ตรงตามขนาด และเวลาที่แพทย์สั่ง
 - 2.4 การรักษาความสะอาดของร่างกาย
 - 2.5 การป้องกันอุบัติเหตุ
 - 2.6 ควรหากิจกรรมทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคที่เป็น
 - 2.7 การนั้บการเดินของทารกในครรภ์
3. อธิบายให้เข้าใจว่า ผู้ป่วยจะหงุดหงิด โมโหง่าย อ่อนไหว

กิจกรรมการพยาบาลระยะคลอด

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด
 - 1.1 จัดให้อ่อนพักบนเตียงในท่าศีรษะสูง
 - 1.2 ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น
 - 1.3 ถ้าผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดมาก แพทย์อาจให้ยาแก้ปวดประสาธา
 - 1.4 การดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด
 - 1.5 ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
 - 1.6 ประเมินสภาพของทารกในครรภ์ตามระยะของการคลอด
 - 1.7 การดูแลความสะอาดของร่างกาย

- 1.8 ขอมรับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย
2. ระยะที่ 2 ของการคลอด
 - 2.1 ตรวจชีพจร และการหายใจทุก 10 นาที
 - 2.2 ให้ผู้คลอดเบ่งน้อยที่สุด
 - 2.3 โดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที
3. ระยะที่สามของการคลอด ป้องกันการตกเลือด

กิจกรรมการพยาบาลระยะหลังคลอด

1. คล้ายกับระยะตั้งครรภ์ เพิ่มเติมเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ
2. ดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
4. ให้พักผ่อนช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่างที่ต้องใช้พลังงานมาก
5. ดูแลให้ได้รับยาลดการทำงานของต่อมไทรอยด์ ตามแผนการรักษา
6. การให้นมบุตร ถ้าอาการไม่รุนแรงสามารถให้นมบุตรได้
7. แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
8. การประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิด

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

โรคหอบหืด (Asthma) หมายถึง โรคของระบบทางเดินหายใจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นชนิดต่าง ๆ มากเกินไป ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดลม และมีเสมหะเพิ่มขึ้น เชื้อนุ หลอดลมบวมและจะปรากฏอาการหายใจลำบากมาก อาการเหล่านี้อาจหายได้เองหรือหายเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

อุบัติการณ์

พบได้ประมาณร้อยละ 3 - 4 ของประชากรทั่วไป และประมาณร้อยละ 1 ของหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุของโรคหอบหืด แบ่งตามสาเหตุ ออกเป็น 2 อย่าง คือ

1. Extrinsic osthmo เกิดจากการแพ้สารภายนอก เช่น เกสรดอกไม้ อาหารต่าง ๆ และยา
2. Infrinsic osthma โรคหอบหืดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการแพ้
 - 2.1 การถ่ายทอดทางพันธุกรรม
 - 2.2 การติดเชื้อของทางเดินหายใจ
 - 2.3 การออกกำลังกาย
 - 2.4 การสูบบุหรี่ อากาศเย็น อากาศเป็นพิษ
 - 2.5 การมีออกซิเจนในกระแสเลือดน้อย หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์มาก
 - 2.6 การใช้ยามากเกินไป เช่น Isoproterenol, ยาระงับประสาท และยาแก้ปวด

2.7 อารมณ์ดึงเครียด ความกลัว ไกรธ หรือตื่นเต้น

พยาธิสภาพ

ขณะจับหืดจะมีอาการหายใจลำบาก มีเสียงวี๊ด ๆ (wheezing) และไอ เยื่อบุทางเดินหายใจบวม เสมหะอุดทางเดินหายใจบางส่วนหรืออุดตันหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการติดเชื้อมาร่วมด้วยแรงต้านของทางเดินหายใจ (airway resistance) จะสูงขึ้นมากทำให้ต้องออกแรงในการหายใจเพิ่มขึ้น เป็น 10 - 20 เท่าของปกติ การขาดออกซิเจนเพียงเล็กน้อย (PaO_2 ต่ำกว่า 70 มม.ปรอท) อาจจะทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วความคิดคือ ไม่มีสมาธิ มองภาพไม่ชัด และกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานไม่ประสานกัน ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่แก้ไขจนกระทั่ง PaO_2 ต่ำกว่า 45 มม.ปรอท อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง การเต้นของ

หัวใจผิดปกติ มีการกั่งของโซเดียม บวม และอาจเกิดภาวะหัวใจวาย

อาการหอบหืดชนิดรุนแรง ที่เรียกว่า status asthmaticus จะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม และจะต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน ต้องพยายามที่จะเอาเสมหะในทางเดินหายใจออกให้หมดร่วมกับการใช้ยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อหลอดคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ

จากพยาธิสภาพดังกล่าวเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการจับหืด จะทำให้การนำออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ลดลง แม้ว่าจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากอาการหอบหืดลดลงเพราะมี corticosteroids สูงขึ้น การไหลเวียนเลือดดีขึ้น แต่ยังคงพบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และพบภาวะแทรกซ้อนหลายประการ

อาการและอาการแสดง

1. หายใจลำบาก มีเสียงวี๊ด ๆ (wheezing)
2. ไอ เยื่อบุทางเดินหายใจบวม และมีเสมหะขังอยู่ เสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ
3. ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น เป็น 10-20 เท่าของปกติกรณีที่มีการติดเชื้อมาร่วมด้วย
4. ขณะหายใจลำบาก จะต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นๆ ช่วย เช่น กล้ามเนื้อที่คอ และไหล่
5. หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว เหงื่อออกมาก

การวินิจฉัย

1. จากการซักประวัติ
2. จากอาการและอาการแสดง
3. จากการตรวจร่างกาย
4. จากการตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเอ็กซเรย์ ผลการตรวจ

เสมหะ

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

ผลของการตั้งครรภ์ต่อ โรคหอบหืดไม่สามารถทำนายได้แน่นอน จากการศึกษาค้นคว้า
ตั้งครรภ์ที่

เป็นโรคหอบหืด โดยการซักถามอาการและทำ spirometry คือการวัดความจุอากาศของปอด พบว่า
ร้อยละ 33 -50 อาการไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 28-30 อาการดีขึ้น และร้อยละ 20-35 อาการเลวลง
ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

1. ผลต่อมารดา ได้แก่ การแท้ง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก
Status asthmaticus และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40

2. ผลต่อทารก ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด เสียชีวิตในครรภ์ แรกคลอดน้ำหนักน้อยและ
อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกคลอด

การรักษา

การรักษาหญิงตั้งครรภ์จะแตกต่างไปจากคนที่ไม่ตั้งครรภ์เล็กน้อย คือ ต้องระมัดระวังผล
ของ

ยาต่อทารกในครรภ์ ยาในกลุ่ม methylxanthine bronchodilator เช่นยาพวก aminophylline หรือ
theophylline มีความปลอดภัยต่อทารก ไม่ทำให้ทารกพิการหรือ

ยากกลุ่ม Sympathomimetic bronchodilators ได้แก่ terbufaline albuterol เป็นยาที่
ค่อนข้างปลอดภัย สำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่ทำให้ทารกพิการหรือผิดปกติ สำหรับยากกลุ่ม steroid มี
โอกาสลดการทำงานของต่อมหมวกไตทารกน้อยมาก แต่ถ้าใช้ระยะยาวควรติดตามทารกเฝ้า
สังเกต

adrenal Insufficiency เพื่อความปลอดภัย

วิธีการรักษาโดยทั่ว ๆ ไป สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเล็กน้อย อาจให้การรักษาแบบ
ผู้ป่วย

นอกในรายที่จำเป็นต้องให้ยารักษานานๆ ยาหลักที่ใช้ ได้แก่ยากกลุ่ม methylxanthine และยากกลุ่ม
Sympathomimetics ชนิดรับประทานหรือสูดดม ยาทั้ง 2 ประเภทมีผลเพิ่ม cyclic AMP ภายใน
เซลล์ ทำให้หลอดเลือดขยาย โดยออกฤทธิ์ที่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของทางเดินหายใจ และมีผลยับยั้ง
การ

หลั่ง mediators สำหรับรายที่มีอาการรุนแรงต้องรับไว้ในโรงพยาบาล และให้ยาทาง parenteral โดย
หยุด

aminophylline เข้าทางเส้นเลือดดำ และให้ terbutaline 0.25 - 0.5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

ถ้าอาการรุนแรงมาก แพทย์จะให้ corticosteroids ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ หรือรับประทานด้วย

กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด

การประเมินสภาพ

1. ประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. ภาวะจิตสังคม
4. การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การวินิจฉัยการพยาบาล

1. หญิงตั้งครรภ์มีอาการอ่อนเพลียมาก เนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค
2. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหอบหืด
3. ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหอบหืด
4. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหอบหืด
5. หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการดำเนินของโรค

การพยาบาล แบ่งเป็น กรณีที่มีอาการเพียงเล็กน้อยและควบคุมอาหารได้ กับกรณีที่มีอาการจับหืดและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กรณีที่มีอาการเพียงเล็กน้อย และควบคุมอาหารได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และหญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์

กิจกรรม การ พยาบาล

- 1.1 ชักถามประวัติบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคหอบหืด
- 1.2 ถ้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีประวัติโรคหอบหืด ควรส่งต่อแพทย์ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม
- 1.3 อธิบายพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตน
- 1.4 ประเมินน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์

- 1.5 ติดตามผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ

2. กรณีที่มีอาการหอบหืด และพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์หายใจสะดวกขึ้น ลดการหดรัดตัวของหลอดเลือด ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทางเดินหายใจไม่อุดตัน

กิจกรรมการพยาบาล

2.1 ดูแลให้ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ ทางปาก ถัดเข้าใต้ผิวหนัง หรือสูดดมตามแผน
การรักษา

2.2 จัดท่านอนศีรษะสูง หรือฟุบบน โต๊ะคร่อมเตียง และให้ออกซิเจน

2.3 รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถพักได้ ให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

2.5 พยายามไม่ให้ผู้ป่วยต้องออกแรงและเหนื่อยเกินไป ระหว่างการจับหัด

2.6 ประเมินลักษณะ และอัตราการหายใจ ชีพจร สังกะสีลิ้น เย็บแผลและผิวหนัง

2.7 สังเกตการหดตัวของมดลูก และประเมินสถานะของทารกในครรภ์

2.8 เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว

2.9 ประเมินอาการของการติดเชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ

2.10 ขณะที่ผู้ป่วยหอบ ควรสอนให้หายใจออกโดยเป่าลมออกทางปากช้า ๆ และให้

กำลังใจ

2.11 ประเมินภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยต์ และความเป็นกรดด่าง

2.12 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยหนาวหรือร้อนเกินไป

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (2552). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3. นนทบุรี : การช่างการพิมพ์.
- Klossner, Jayne N. and Hatfield Nancy (2006). **Introductory Maternity Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- มานี ปิยะอนันต์และคณะ (2548). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วรุณวรรณ พาโคตรและสิรินาถ นุชนาก (2548). การพยาบาลสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : เค.เอส.พี. การพิมพ์.
- อติวุทท กมุทมาศ (2546). ตำราสูติศาสตร์ ชุดการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ : บ็ุกเน็ต.
- Alam, Naureen (2007). **Crash Course Obstetrics and Gynecology**. Philadelphia : Elsevier Mosby.
- Doane, Gweneth Hartrick and Varcoe, Colleen (2004). **Family Nursing as Relational Inquiry**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- Klossner, N Jayne; Hatfield, Nancy (2005). **Introduction Maternal & Pediatric Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- Ladewig, Patricia A.; London, Marcia L. and Davidson, Michele R. (2006). **Clinical Handbook for Contemporary Maternal and Newborn Nursing Care**. 6th Edition New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Littleton, Lynna Y. (2005). **Maternity Nursing Care**. New York : Thomson Delmar Learning.
- McKinney, Emily Slone et al. (2005). **Maternal and Child Nursing**. St.Louis : Elsevier Saunders.
- Olds, Sally B. et al. (2004). **Mater-Newborn Nursing & Women's Health Care**. 7th Edition. New Jersey : Pearson Prentice Hall.



สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารประกอบการสอน

การพยาบาลสตรีที่มีเลือดออกในระยะตั้งครรภ์

อาจารย์ เพ็ญพิศ พรหมรักษ์

วัตถุประสงค์ : ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ - ได้แก่ abortion, molar pregnancy, ectopic pregnancy, abruption placenta และ placenta previa ได้อย่างถูกต้อง
2. อธิบายผลกระทบหรืออันตรายของภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ได้
3. อธิบายหลักการรักษาภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ได้
4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนและวางแผนให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเลือดออกในระยะตั้งครรภ์ได้

ขอบเขตเนื้อหา

1. การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Abortion
2. การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Molar pregnancy
3. การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Ectopic pregnancy
4. การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Abruptio placenta
5. การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Placenta previa

เนื้อหา

การแท้ง (Abortion)

การแท้ง หมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกในครรภ์จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ น้ำหนักลดทารกโดยเฉลี่ย 400 กรัม(อายุครรภ์ 20 สัปดาห์) ถึงน้ำหนัก1000 กรัม(อายุครรภ์ 28 สัปดาห์) โดยทั่วไปจะมีอยู่ 2 ชนิด คือ การแท้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและการทำแท้ง

1.การแท้งที่เกิดขึ้นเอง(Spontaneous abortion)

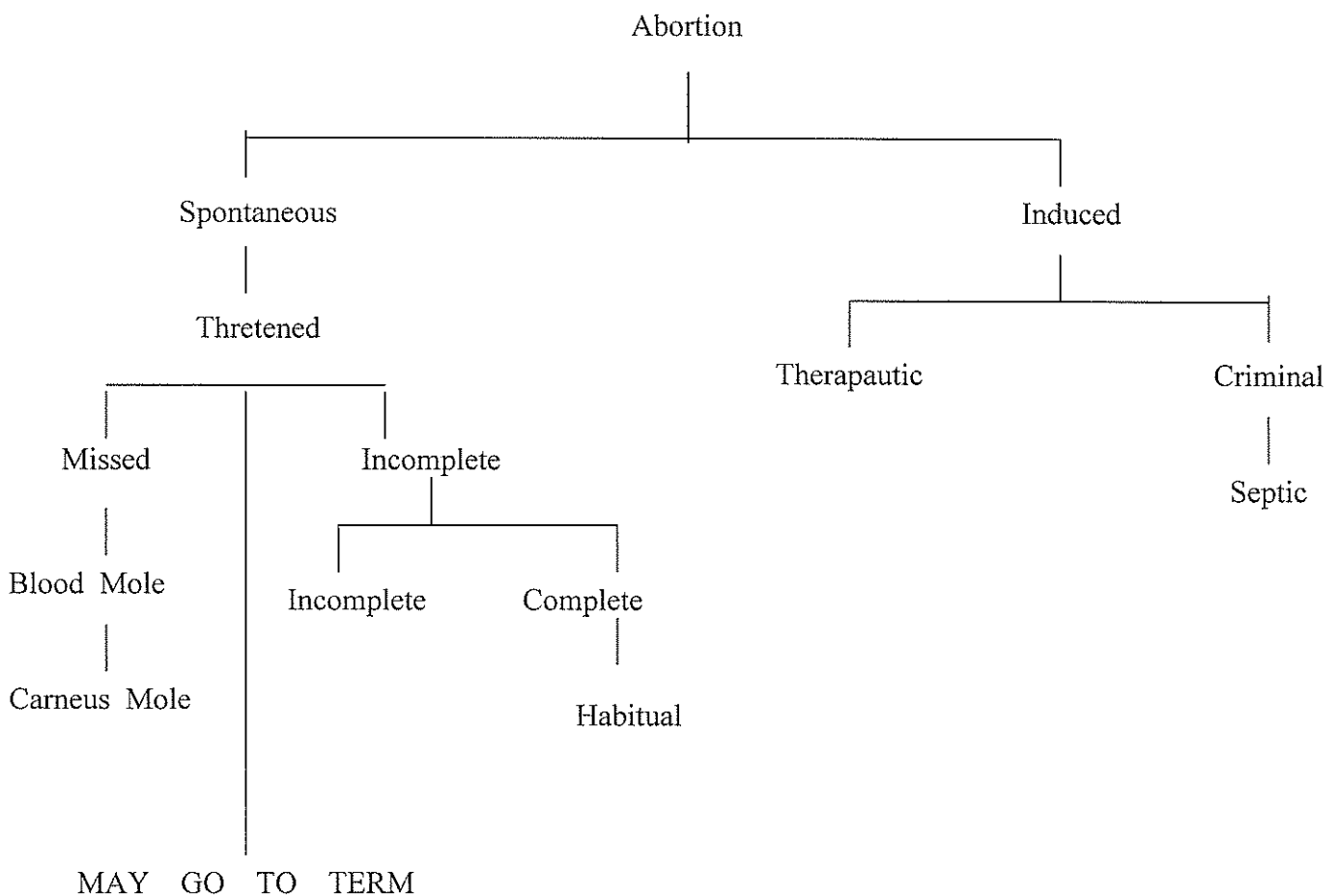
คือ การแท้งที่เกิดขึ้นเอง โดยที่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความตั้งใจจะเอาออก ไม่ว่าจะโดยตนเองหรือผู้อื่น รวมทั้งโดยการกระทำของแพทย์ ถือเป็นอาการล้มเหลวของการมีครรภ์โดยธรรมชาติ

2. การทำแท้ง (Induced abortion)

คือ การกระทำเพื่อให้เกิดการแท้ง ซึ่งแบ่งเป็น

2.1 การทำแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) เป็นการทำให้แท้งโดยแพทย์ เมื่อพิจารณาเห็นว่าปล่อยให้ครรภ์ดำเนินต่อไป จะเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของมารดา หรือการมีครรภ์ในมารดาที่เป็นโรคจิต หรือครรภ์ที่เกิดจากการข่มขืนกระทำชำเรา

2.2 การทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal abortion) เป็นการทำให้แท้งโดยบุคคลใดก็ตามที่ไม่มีข้อบ่งชี้ตามข้อ 2.1 และเป็นกรกระทำโดยบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจะมีมากส่วนใหญ่มักจะเป็นแท้งติดเชื้อ



สาเหตุ

1. สาเหตุจากทารก Embronic หรือ Fetal ผิดปกติ 50-60%

- ความบกพร่องของไข่ และ Sperm
- Zygote ไม่เจริญต่อไป
- โครโมโซมผิดปกติ

- การฝังตัวของ Fertilized ovum ล้มเหลว
- ความบกพร่องของเยื่อบุโพรงมดลูก

2. สาเหตุของมารดา 15 – 20%

- มดลูกผิดปกติ
- มีเนื้องอกในมดลูก
- ปากมดลูกเปิดเร็วกว่าปกติ
- สูบพันธุ์จัด
- ติดเชื้อรุนแรง (Acute infection)
- การทำงานของฮอร์โมน ผิดปกติ
- ขาดอาหาร
- ได้รับอุบัติเหตุ
- ได้รับรังสี
- กระทบกระเทือนทางจิตใจ
- ภาวะเลือดผิดปกติ (RH sensitization)
- ติดเชื้อ Herpes type รุนแรง

3. ไม่ทราบสาเหตุ ประมาณ 20-25 %

อาการสำคัญของการแท้ง

1. ปวดท้องตรงกลาง บริเวณหัวเหน่า และสะดือ ปวดมดลูก
 2. มีโลหิตออกทางช่องคลอด
 3. ปากมดลูกนุ่มแล้วขยายออก
 4. ไข่ถูกขับมาทั้งหมดหรือบางส่วน
- การแท้งที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous abortion) แบ่งออกเป็น

1. แท้งคุกคาม (Threatened abortion)

หมายถึงระยะเริ่มแรกของการแท้ง ที่ครรภ์อาจดำเนินต่อไปได้ถ้ารักษาไม่หาย

อาการไม่ดีขึ้นจะกลายเป็นแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

อาการ

- มีเลือดออกเล็กน้อย
- ปวดท้องน้อย เนื่องจากมดลูกหดตัว
- อาจปวดท้องมาก เลือดออกมาก
- ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิด
- ขนาดของมดลูกเท่าอายุครรภ์ปกติ

การรักษา

1. พักผ่อน อยู่ที่บ้าน งดทำงานหนัก จนกว่าเลือดจะหยุดหรือนอนเฉยๆ นาน 24-48 ชั่วโมง เพื่อให้มดลูกไม่บีบตัว
2. ให้อาบน้ำอุ่นประคบ เพื่อให้พักผ่อน ได้มากขึ้น
3. งดเว้นการร่วมเพศ เพราะจะทำให้มดลูกมีการบีบตัว
4. ทดสอบการตั้งครรภ์ เช่น ตรวจปัสสาวะดู เป็นระยะๆ เพื่อความแน่ใจหรือยังพอจะรักษาต่อไปได้หรือไม่หรือแท้งไปแล้ว จะได้วางแผนการช่วยเหลือต่อไป
5. Ultrasound เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษาจะดีมาก (ถ้ามี) เพราะจะเห็นมีถุงน้ำคร่ำอยู่และมีทารกอยู่ข้างใน การพยากรณ์โรคจะดีมาก และการรักษาได้ผลดี ถ้าถุงน้ำคร่ำชัดเจนก็ต้องอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป
6. การให้ฮอร์โมนโปรเจสโตเจนส์ ได้ผลไม่แน่นอน อาจไม่จำเป็นและถ้าใช้ใน ระยะที่เอมบริโอตายแล้ว อาจเกิดแท้งค้างได้ง่ายถ้าใช้ตามความนิยม ก็ควรใช้อายุครรภ์ ไม่เกิน 4 เดือน และไม่มีอาการแท้งคุกคามแล้ว โปรเจสโตเจนส์ต้องเป็นชนิดไม่ทำให้เกิด ความผิดปกติของทารกในครรภ์ และต้องให้มาก ที่ใช้สะดวกคือ 17-Hydroxy-progesterone corporate 500 มก. เข็มกล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

การพยาบาล

1. ให้พักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างน้อย 7 วัน(Absolute rest)
2. ให้อารมณ์การตื่นเต้นตกใจ ตามแผนการรักษาของแพทย์ภายหลังให้ยาควร สังเกตอาการคนไข้อย่างใกล้ชิด เพื่อดูฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้
3. สังเกตจำนวนโลหิตที่ออก โดยใส่ผ้าซับไว้ แล้วดูว่าโลหิตเป็นก้อน หรือมี เนื้อเยื่ออะไร ออกมาบ้าง ถ้ามีควรเก็บไว้ให้แพทย์ดู และจดบันทึกไว้
4. ควรให้พวกอาหารอ่อน เพื่อป้องกันมิให้ลำไส้เคลื่อนไหวมาก เป็นการ กระทบกระเทือนมดลูกหดรัดตัว
5. ห้ามสวนอุจจาระเด็ดขาด เพราะจะกระตุ้น ให้มดลูกบีบตัวมากขึ้น ถ้าท้องผูกให้ยา ระบายอ่อน ห้ามให้เบ่งอุจจาระ
6. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทั่วไป เช่น การปวดท้องมากขึ้น และอาการสำคัญแห่ง ชีวิตตามความเหมาะสม
7. งดร่วมประเวณี อย่างน้อย 2 สัปดาห์
8. ปลอบประโลม อธิบายให้คนไข้ฟัง เพื่อความเข้าใจและร่วมมือในการ รักษาพยาบาล

2.แท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Inevitable abortion)

1. มีเลือดออกมากขึ้น
2. ปวดท้องมากขึ้น คล้ายปวดท้องคลอด
3. ปากมดลูกสั้นลง บาง และเปิด อาจพบเศษรกอยู่
4. มดลูกโตได้ขนาดกับการขาดประจำเดือน ถุงน้ำคร่ำแตก (Conception product)

จะหลุดออกมาภายหลัง ถ้าถุงน้ำคร่ำยังไม่แตกเรียก(Imminent abortion)

การรักษา

1. ให้การรักษาเหมือน(Threatened abortion)
2. ให้ Ergometrine 0.2 – 0.5 มก. เข้ากล้ามเนื้อ
3. ถ้ามดลูกโตไม่เกิน 12 สัปดาห์ ให้ขูดมดลูกด้วยเครื่องขูดธรรมดา หรือจะขูดด้วยเครื่องดูดสูญญากาศก็ได้ ถ้ามดลูกโตเกินครรภ์อายุเกินครรภ์อายุ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ควรเร่งให้แท้งโดยหยด 10 – 20 ยูนิต ของOxytocin ใน 5 % โตรส หรือในน้ำเกลือ 1000 มล. ตรวจสอบชิ้นส่วนที่แท้งออกมาถ้าไม่ครบต้องขูดออกให้หมด

การพยาบาล

เป็นการพยาบาลหรือรักษาเพื่อให้การแท้งดำเนินไปอย่างสมบูรณ์และปลอดภัย คือให้เด็กเชื้อหุ้มเด็กและรกออกมามีครบ ควรปฏิบัติดังนี้

1. รีบปรึกษาแพทย์และส่งโรงพยาบาล
2. สังเกตจำนวนและลักษณะของโลหิตที่ออก โดยใส่ผ้าซับไว้
3. สังเกตอาการทั่วไปของผู้ป่วย โดยการวัดปรอท นับชีพจร การหายใจ วัดความดันโลหิต เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง หากปวดท้องมาก ระบายน้ำในเยื่อหุ้มไขสันหลัง Pethidine
4. ในรายที่ช็อคต้องรีบแก้ไขทันที โดยให้น้ำทางสายโลหิต และเจาะโลหิตหากกลุ่มเลือดพร้อมทั้งเตรียมโลหิตไว้
5. เตรียมสำหรับขูดมดลูกให้เข็นใบยินยอมทำการผ่าตัด ดองอาการและน้ำทางปาก เตรียมของใช้ในการขูดมดลูกให้พร้อม

6. ในการพยาบาลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและความเสียใจตามความเหมาะสม

3.แท้งครบ (Complete abortion)

การที่ Conception product ได้แก่ เด็ก รก และเชื้อหุ้มเด็กหลุดออกมาทั้งหมดมักจะหลุดออกมาเป็นถุงผู้ป่วยจะเรียกกระเพาะ ส่วนมากจะเกิดระหว่าง 4-6 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ การตรวจภายในจะพบว่าปากมดลูกมีมดลูกเล็กกว่าจำนวนวันที่ขาดระดูเลือดหยุดออก

การรักษา

เมื่อแท้งออกมาหมดแล้วคงจะไม่ใช่ปัญหาสำหรับการรักษาควรตรวจชิ้นส่วนที่แท้งออกมาด้วยตนเองจะได้มั่นใจยิ่งขึ้น (เก็บชิ้นส่วนไว้ให้แพทย์ตรวจดู) ถ้าไม่มีโอกาสเห็นด้วยตนเอง

ก็ต้องตรวจดูว่าปากมดลูกปิดหรือไม่ ขนาดของมดลูกต้องเล็กกว่าขนาดอายุครรภ์ และเลือดก็ควรจะหยุด อย่างไรก็ตามถ้าเป็นการแท้งขณะอายุครรภ์ได้ 8-14 สัปดาห์ควรจะดูดมดลูกให้ทุกราย เพราะการแท้งระยะนี้มักไม่ครบ

การพยาบาล

ให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยหลังคลอด รักษาความสะอาด ระวังการติดเชื้อ

4.การแท้งไม่ครบ (Incomplete abortion)

การแท้งที่ Conception product หลุดออกมาบางส่วน เช่นทารกแท้งออกมาแล้ว แต่รกยังคงค้างอยู่ เป็นต้น การแท้งชนิดนี้มักเกิดเมื่ออายุครรภ์ ประมาณ6-12สัปดาห์

อาการและสิ่งตรวจพบ

1. มีเลือดออก ปากมดลูกเปิด
2. มดลูกเล็กกว่าจำนวนวันที่ขาดระดู และนิ่ม
3. ตรวจภายในจะพบว่าปากมดลูกเปิด อาจมีบางส่วนของสิ่งปฏิสนธิ Conception product ค้างอยู่ด้วย

การรักษา

หลักการรักษาคือ ต้องให้เศษรกที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกให้หมด โดยการดูดมดลูกให้

- 1.รับไว้ในโรงพยาบาล ในรายที่ติดเชื้อ ตกเลือด
- 2.ถ้าตรวจพบเศษชิ้นส่วนติดอยู่ที่ปากมดลูก ให้ค่อยๆ คีบออกมามีด้วย Sponge Forceps เพื่อมดลูกจะได้หดตัว เลือดจะได้ออกน้อยลง หรือหยุดก่อนเวลาดูดมดลูก
- 3.ให้ยากระตุ้นการบีบรัดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ให้
- 4.เตรียมเครื่องมือในการดูดมดลูก พร้อมกับเตรียมคนใช้
- 5.Check vital sings เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
- 6.ให้การพยาบาลด้านจิตใจ ตามความเหมาะสม

5.การแท้งค้าง

แท้งค้าง เป็นการแท้งที่เกิดขึ้นจากการตายของไข่ที่ถูกผสมแล้ว แต่ Gestation product ยังคงค้างอยู่ในโพรงมดลูก โดยมากจะค้างอยู่ เป็นเวลานาน

อาการและการตรวจพบ

- 1.มีอาการขาดระดู บางครั้งมีมูกสีน้ำตาลออก
- 2.อาการแพ้ท้องหายไป เต้านมเล็กลง เด็กหยุดคืบหลังจากที่เคยคืบมาแล้ว
- 3.มดลูกไม่โตขึ้น และมีขนาดเล็กลง

4.รกไม่ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมน การทดสอบปัสสาวะให้ผลลบ (ติดต่อกัน 2 ครั้ง)

การรักษา

ปัจจุบันนี้จะเร่งให้แท้งเสียโดยเร็ว เมื่อวินิจฉัยได้แน่นอน ก่อนจะทำให้แท้งต้องตรวจเลือดหา Coagulation time กับ Prothrombin time พร้อมกับเตรียมเลือดไว้ 2 ยูนิต ถ้าพบความบกพร่องของระบบแข็งตัวของเลือด ต้องเตรียม Fibrinogen, Heparin ไว้ให้พร้อม

มดลูกเล็กกว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ใช้วิธีขยายปากมดลูกแล้วดูดด้วยเครื่องมือธรรมดาโดยใช้ยาชาเฉพาะที่บริเวณด้านข้างปากมดลูก หรือยาชาเข้าช่องสันหลังก็ได้ ต้องอาศัยความชำนาญ เพราะจะชูดยาก บางรายเนื้อรกจะติดแน่นถ้าชำนาญไม่พออาจทำให้มดลูกทะลุได้

ถ้ามดลูกโตเกินอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ก็ใช้วิธีหยด Oxytocin ขนาดเข้มข้นสูงเข้าหลอดเลือดดำขนาดสูงสุดไม่ควรเกิน 100 ยูนิตในน้ำ 500 มล. ให้ไป 6 ชั่วโมง ถ้าไม่ได้ผลก็หยุด แล้วให้ซ้ำในวันรุ่งขึ้นถ้าเร่ง 3 วันติดกันยังไม่ได้ผล ก็ควรใช้วิธีอื่น เช่น ฉีดน้ำเกลือเข้มข้นเข้าทางมดลูก ในรายที่แท้งค้างและขนาดมดลูกเกินครรภ์อายุ 14 สัปดาห์

การพยาบาล

1. สังเกตอาการทั่วไปหรืออาการผิดปกติอื่นๆ เช่น อาการสำคัญแห่งชีวิต
2. สังเกตว่ามีโลหิตออกทางช่องคลอดหรือไม่ เพราะอาจจะมีการตกโลหิตมาก เนื่องจากเด็กเยื่อหุ้มเด็ก และรกค้างอยู่ในมดลูกซึ่งทำให้มดลูกบีบตัวไม่ดี
3. ถ้าต้องทำแท้งเพื่อการรักษาจะต้องเตรียมเครื่องมือ ยา โลหิต และให้การพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยหลังแท้ง

6.การแท้งนิจสิน (Habitual abortion)

การแท้งที่เกิดขึ้นติดต่อกันเกิน 3 ครั้ง สาเหตุของการแท้งมีหลายอย่าง เช่น เป็นโรคหรือความไม่สมดุลของฮอร์โมน ควรได้รับการตรวจอย่างละเอียด เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง

การพยาบาล

เมื่อพบผู้ป่วยชนิดนี้ ควรได้รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อจะได้หาสาเหตุของการแท้งอย่างแท้จริง เพื่อจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง การพยาบาลที่สำคัญคือ การแนะนำการปฏิบัติตนต่อผู้แท้ง เมื่อมีอาการตั้งครรภ์ต่อไป ให้มาฝากครรภ์ และได้รับการตรวจอย่างใกล้ชิด และหลีกเลี่ยงการกระทำใดๆ ที่เป็นสาเหตุ ของการแท้ง

7.การแท้งติดเชื้อ (Septic abortion)

เป็นการแท้งติดเชื้อ ส่วนมากเกิดจากการทำแท้งที่ใช้เครื่องมือไม่สะอาด

อาการและสิ่งตรวจพบ

- มีไข้สูง ปวดมดลูกมากบริเวณท้องน้อย
- มีการอักเสบลุกลามไปที่พารามิเทรียมหรือเยื่อช่องท้อง

-อาจมีอาการอักเสบของเยื่อช่องเชิงกราน หรือเยื่อช่องท้องอักเสบกระจายทั่วไป

-ท้องอืด แน่น

-ปากมดลูกเปิด มีสิ่งถูกขับออกมา กลิ่นเหม็นเน่า

การรักษาทั่วไป

1.รับไว้ในโรงพยาบาล

2.แก้ภาวะไม่สมดุลของ Fluid electrolyte ข้อนี้สำคัญและเป็นต้นเหตุให้เสียชีวิตได้ การวัด C.V.P เป็นการช่วยพิจารณาวิธีหนึ่ง

3.ถ้าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม ต้องถ่ายโลหิต (ให้เลือด)

4.ถ้าท้องอืดมากให้ทำ Continuous solution และ งดอาหารและน้ำทางปาก ให้ Flut เพียงพอ โดยดูจาก Intake และ Out put

5.ให้ยาระงับปวด

6.Tetanus toxoid และ A.T.S 3000 ยูนิต

7.ยาปฏิชีวนะ เริ่มด้วย Penicillin และ Kanamycin แต่ถ้าปัสสาวะออกน้อยไม่ควรให้ Kannamycin เมื่อเพาะเชื้อและทราบผลว่าเชื้ออะไร อาจจะเปลี่ยนยาหรือเพิ่มยา

8.พิจารณาขูดมดลูกเมื่อผู้ป่วยได้เลือด ได้ยาเพียงพอ แต่อาจตัดมดลูกทิ้ง ถ้ามดลูกโตเกินอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

การพยาบาล

1.แยกผู้ป่วยและของเครื่องใช้ไว้ต่างหาก เพื่อป้องกันมิให้ติดต่อ ไปถึงผู้อื่นแบบที่เรียกที่พบมักเป็นพวก แกรมลบ เช่น E. Coli, Bacteroides, P. mirabilis ฯลฯ และเมื่อเชื้อเหล่านี้ทำให้เกิดอาการช็อคแล้ว จะมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 50-85 Bacteria พวกนี้ เมื่อตายจะให้ Endotoxin โดยเฉพาะในกลุ่ม Proteus endotoxin นี้ จะทำให้ระบบหลอดเลือดของโลหิตเปลี่ยนแปลงอย่างมากและเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม

สำหรับพวกเชื้อ แกรมบวก ที่พบบ่อยคือ Enterococcus, Anaerobic streptococcus (Perthogens และ C. Welchii) เนื่องจากวิวัฒนาการของการใช้ยาปฏิชีวนะกันมากขึ้น อัตราการเกิดโรคจากเชื้อ Aerobic จึงเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้จะช็อคจากเชื้อแกรมบวกจะพบน้อยไม่ค่อยรุนแรงนัก แต่ถ้าเกิดจากเชื้อ Clostridium ก็รุนแรงถึงชีวิตได้ในเวลาอันสั้น เช่น เชื้อบาดทะยัก (C.tetani) และ C.welchii เป็นต้น

2.ความสะอาดทั่วไปของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ ต้องดูแลเป็นพิเศษเพราะมีของเสียมีกลิ่นเหม็นเน่าออกมา

3.รายงานแพทย์ทราบหรือนำส่งโรงพยาบาล

4.สังเกตอาการสำคัญแห่งชีวิต ถ้ามีไข้สูงให้เช็ดตัว

5.ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง

6. ให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยจัดให้นอนในท่าน้ำคว่ำปลาไหลสะดวก
7. สังเกตสี จำนวน สี ลักษณะ กลิ่น ของสิ่งที่ถูกขับออกมาจากช่องคลอด พร้อมทั้งบันทึกไว้

8. ให้การพยาบาลด้านจิตใจ ตามสภาพผู้ป่วย

2. การแท้งที่เกิดจากการกระทำ (Induce abortion) แบ่งเป็น 2 ชนิด

2.1 การทำแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic abortion)

การทำแท้งชนิดนี้เป็นการทำแท้งเพื่อการรักษา โดยมีเหตุผลทางการแพทย์ว่า ถ้าปล่อยทิ้งไว้ให้ตั้งครรภ์ต่อไปอาจมีอันตราย โดยทำให้อาการหรือสุขภาพของมารดาเลวลงจนถึงแก่กรรมได้โรคเหล่านี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคไต วัณโรค โรคจิตบางชนิด

การพยาบาล

ให้การพยาบาลตามอาการและแผนการรักษาของแพทย์

2.2 การทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal abortion)

เป็นการตั้งใจทำแท้งโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์เลย เป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมายอาจมีเหตุผลดังนี้

1. เกิดจากการไม่ได้ตั้งใจให้ตั้งครรภ์
2. รู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่น รับประทานยา หรือใส่สารบางอย่างลงไปนมดลูก
3. ปัญหาครอบครัว เกี่ยวกับเศรษฐกิจ มีบุตรยาก

พยาธิสภาพของแท้งผิดกฎหมาย

เมื่อสอดใส่สารใดๆ เข้าไปในช่องคลอดถึงโพรงมดลูก สารนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงกลอมของร่างกายมดลูกก็จะพยายามบีบสิ่งแปลกปลอมนั้นออกมา ทำให้มีการลอกตัวของรก มีโลหิตออกมา โลหิตนี้จะเขาให้รกลอกตัวมากยิ่งขึ้น และถูกขับออกมาในที่สุด

อาการและอาการแสดง

1. มีโลหิตออกทางช่องคลอด
2. ปวดท้องน้อย หรือปวดมดลูก จากการบีบตัวของมดลูก
3. อาจเกิดอันตรายกับมดลูก เช่น เกิดการฉีกขาดเมื่อสอดใส่บางอย่างเข้าไป
4. เกิดการติดเชื้อ เนื่องจากวิธีทำ และสิ่งของที่สอดใส่ไม่สะอาด อาจทำให้เชื้อบุช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ได้

5. ถ้าสิ่งปฏิสนธิถูกบีบออกมาไม่หมด จะมีอาการเหมือนกับแท้งไม่ครบ

การพยาบาล

1. แยกผู้ป่วยและของเครื่องใช้ไว้ต่างหาก ในรายที่มีการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ผู้อื่น
2. สังเกต จำนวน ลักษณะ สี กลิ่น ของโลหิตที่ออกพร้อมกับจดบันทึก

3. ถ้าผู้ป่วยช็อกต้องรีบแก้ไขทันที ให้นำทางเส้นโลหิต เจาะโลหิตหาคกลุ่มเลือดและเตรียมเลือดให้พร้อม

4. สังเกตอาการทางสำคัญทางชีวิตบ่อยแล้วจดบันทึกไว้เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
5. ซักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับวิธีการทำแท้ง เพื่อวางแผนการรักษา
6. เตรียมผู้ป่วย และเตรียมเครื่องมือชุดมดลูกไว้ให้พร้อม
7. ดูแลความสะอาดร่างกายต่างๆไป
8. ดูแลด้านจิตใจ ตามความเหมาะสม

การขยายปากมดลูกและการขูดมดลูก (Dilatation and curettage)

การขยายปากมดลูก(Dilatation)

เป็นการกระทำก่อนที่จะขูดมดลูก ยกเว้นในรายที่ปากมดลูกเปิดหมดแล้ว เช่น การแท้งไม่ครบ นอกจากนั้นเป็นการกระทำเพื่อการรักษา ได้แก่

1. ปากมดลูกตีบแต่กำเนิด(Congenital cervical stenosis)
2. ปวดประจำเดือน(Dysmenorrhea)
3. มีบุตรยาก(Infertility)
4. เมื่อใส่เรเดียม
5. ในการผ่าตัดทางปากมดลูก

การขูดมดลูก (Curettage)

เป็นการขูดสิ่งที่ตกค้างในโพรงมดลูก เพื่อเป็นการรักษา และขูดสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูกเพื่อนำไปวินิจฉัย

ข้อบ่งชี้ในการขยายและขูดมดลูก

1. ต้องการเนื้อเยื่อในโพรงมดลูก
2. ต้องการเนื้อเยื่อในคอมมดลูก
3. เพื่อให้สิ่งตกค้างในมดลูกออกให้หมด
4. เพื่อให้โพรงมดลูกไม่มีเนื้อเยื่อ

การเตรียมเครื่องมือเรื่องให้

1. ผ้าสีเหลืองปราศจากเชื้อ
2. ปากคีบชนิดยาว(Long forceps)
3. ที่จับปากมดลูก(Teneculum)
4. ที่หยั่งวัดมดลูก(Uterine sound)
5. ที่ขยายช่องคลอด(Speculum)
6. ที่ขยายปากมดลูก(Dilator)
7. คีมสปัน(Sponge forceps)

8. คีมคีบเศษเนื้อเยื่อ(Ovum forceps)
9. ถุงมือปราศจากเชื้อ 1 คู่(Sterile solution)
10. ที่ขูดมดลูก(Curette)
11. น้ำยาฆ่าเชื้อ(Antiseptic solution)
12. ผ้าก๊อซและสำลีที่ปราศจากเชื้อ
13. ขามกลมใหญ่ 2 ใบ สำหรับใส่เครื่องมือที่ใช้แล้ว และใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ
14. ชุดชำระ 2 ชุด

การให้การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเซ็นยินยอมผ่าตัดให้เรียบร้อย
2. โกนขนบริเวณหัวเหน่าให้เรียบร้อย พร้อมทั้งทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
3. จัดนอนท่านอนหงายขึ้นขาหยั่ง(Lithotomy)
4. คลุมผ้าบนลำตัว และควรปิดตาผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดความกลัว และวิตกกังวลจนเกินไป หรือมากยิ่งขึ้น
5. จับชีพจร นับการหายใจ วัดความดันทั้งก่อนและหลังทำ เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง
6. ขณะที่กำลังขูดมดลูก พยาบาลจะต้องอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตใจ พร้อมทั้งสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
7. ภายหลังทำ ชำระอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดอีกครั้งหนึ่ง และจัดให้ผู้ปวยนอนพักในท่าที่สบายจนกว่าจะมีอาการปกติ
8. ถ้ามีชิ้นเนื้อที่ต้องส่งตรวจ จะต้องเขียนชื่อนามสกุล อายุ ชนิดของสิ่งที่ส่งตรวจติดข้างขวด

ครรภ์ไข่ปลาอุก (Hydatidiform mole)

เป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะครรภ์ 3 เดือนแรกที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา เชื่อว่ามีความเกี่ยวข้องกับสภาพเศรษฐกิจ ฐานะยากจน และการตั้งครรภ์เมื่อแม่มีอายุมาก ลักษณะที่เห็นด้วยตาเปล่าจะพบ mole เป็นเม็ดใสคล้ายเม็ดสาหร่ายรวมตัวคล้ายพวงองุ่นเต็มโพรงมดลูก

ผู้ป่วย complete hydatidiform mole มักมีอาการและอาการแสดง ค่อนข้างรุนแรง ชัดเจน มากกว่า partial molar pregnancy ดังต่อไปนี้

1. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด พบอาการเลือดออกทางช่องคลอดถึงร้อยละ 97 โดยผู้ป่วยมักมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่หนึ่งและสองเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะเลือดที่ออกทางช่องคลอดมักกะปริดะปรอยเป็นสีแดงเข้ม (prune-juice color) ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นเลือดที่ค่อย ๆ ออกในโพรงมดลูกจากการหลุดลอกตัวของ molar tissue แล้วถูก oxidize เป็นสีแดงเข้ม

ในกรณีนี้ผู้ป่วยจะซีดลงโดยไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด บางครั้งเลือดอาจออกในปริมาณมากทันที ก็จะพบว่าเป็นเลือดสีแดงสด ปนก้อนเลือดได้

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก บางรายงานพบอาการนี้ได้ถึงร้อยละ 20-26 ของผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ไม่แตกต่างจากการตั้งครรภ์ทั่วไป แต่ก็มีเพียงร้อยละ 2 ที่มีอาการมากจนมีความผิดปกติของ electrolytes ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขความผิดปกติ

3. ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นอาการที่พบได้ประมาณร้อยละ 12-27 โดยจะเกิดในช่วงครึ่งแรกของการตั้งครรภ์จะตรวจพบความดันโลหิตสูง บวม มโปรตีนในปัสสาวะ และมี hyperreflexia ส่วนอาการชักพบได้น้อย ภาวะครรภ์เป็นพิษมักพบในรายที่มีมดลูกขนาดใหญ่มาก ๆ และระดับ beta-hCG สูง ๆ

4. Hyperthyroidism ผู้ป่วยร้อยละ 10-20 จะถูกตรวจเลือดพบว่ามีความผิดปกติของ free T3, free T4 สูง และ TSH ต่ำ แต่จะมีอาการแสดงของ hyperthyroidism เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น เชื่อว่าฮอร์โมน beta-hCG ที่สูงขึ้นมากผิดปกติไปออกฤทธิ์ที่ต่อมธัยรอยด์ โดยกระตุ้น TSH receptor ทำให้ต่อมธัยรอยด์มีการทำงานเพิ่มขึ้น แต่ก็มีรายงานว่าไม่พบความสัมพันธ์ของระดับ hCG กับ free thyroid hormones แต่อย่างไรก็ตามอาการของ hyperthyroidism มักจะหายไปภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไปแปลค่าความผิดปกติต่าง ๆ ของ thyroid function test นั้นจะกลับสู่ปกติก่อนที่ระดับ beta-hCG ลดลงสู่ปกติ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่ต้องรักษาอาการ hyperthyroidism ด้วยยาต่าง ๆ เช่น beta-blocker และ propylthiouracil ก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ และผู้ป่วยทุกรายก็สามารถหยุดยาคงกล่าวในระยะเวลาต่อมา

5. ขนาดมดลูกโตผิดปกติ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีขนาดของมดลูกโตกว่าอายุครรภ์เนื่องจากปริมาณของ chorionic tissue ที่เพิ่มขึ้นร่วมกับปริมาณเลือดที่ออกในโพรงมดลูก แต่ก็พบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยมีขนาดมดลูกเล็กกว่าอายุครรภ์ได้

6. Theca lutein cyst ตรวจพบได้ประมาณร้อยละ 25-33 ของผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ไปแปลค่า theca lutein cyst นั้น เกิดขึ้นจากระดับ hCG ที่สูงมาก ๆ ไปกระตุ้นรังไข่ทั้งสองข้างการตรวจด้วย pelvic ultrasonography จะพบลักษณะรังไข่ทั้งสองข้างเป็นแบบ multiloculated cyst มีขนาดโตมากกว่า 6 ซม. ผนังบาง ข้างในเป็นน้ำใสสีเหลืองฟาง ถ้าโตมากอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการจาก

ภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น แน่นอึดอัดท้อง การบิดของขั้ว อุ้งน้ำของซีสต์มักจะหายไปเอง ภายหลังจากตั้งครรภ์สิ้นสุดลง 2-4 เดือน

7. Trophoblastic embolization พบได้ร้อยละ 2 ของผู้ป่วย โดยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หายใจเร็วและหัวใจเต้นเร็ว มักจะเกิดอาการขณะหรือหลังการทำ molar evacuation โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีขนาดมดลูกโตมากกว่าการตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์ การตรวจร่างกายจะฟังได้เสียง rales ได้ทั่วปอดทั้งสองข้าง การรักษาทำได้โดยให้ cardiopulmonary support แล้วอาการต่าง ๆ เหล่านี้มักจะดีขึ้นและหายไปเองภายใน 72 ชั่วโมง

ในปัจจุบันการวินิจฉัย molar pregnancy ทำได้รวดเร็วจากการตรวจ ultrasonography โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ ทำให้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยครรภ์ไข่ปลาอุกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป โดยพบขนาดของมดลูกโตผิดปกติ ภาวะครรภ์แฝดพิษ อาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมาก และภาวะซีดน้อยลง แต่ในทางตรงข้ามเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดยังคงเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยเช่นเดิม

การวินิจฉัย

การวินิจฉัย Hydatidiform mole ในปัจจุบันนี้สามารถทำได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่

1. การตรวจ pelvic ultrasonography ซึ่งทำได้ง่ายสะดวกและทำได้แม้อายุครรภ์น้อยๆ ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ การตรวจด้วยวิธีนี้มีความแม่นยำสูง อย่างไรก็ตามในช่วงอายุครรภ์น้อย แพทย์อาจวินิจฉัยครรภ์ไข่ปลาอุกได้ยากจากการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์เพียงอย่างเดียว การเจาะเลือดหาระดับ hCG มาช่วยประกอบกันจะช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำยิ่งขึ้น

2. การตรวจภายใน พบมีการแท้งออกมาเป็นเม็ด mole ซึ่งปัจจุบันพบการตรวจพบชนิดนี้น้อยลงมาก เนื่องจากมีอัลตราซาวนด์มาช่วยตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเลือดออกหรือแท้งคุกคาม

3. การตรวจหาระดับ hCG โดยทั่วไป peak ของ serum hCG ในสตรีตั้งครรภ์ปกติอยู่ระหว่าง 50,000-100,000 mlU/ml ดังนั้นหากตรวจพบระดับ hCG สูงกว่า 1,000,000 mlU/ml ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดร่วมกับตรวจพบมดลูกมีขนาดโตกว่าอายุครรภ์ ให้สงสัยว่ามีโอกาสเป็นการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

4. การทำ amniography โดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าในโพรงมดลูกแล้วถ่ายภาพ X-ray pelvis จะพบลักษณะคล้ายรังผึ้งในโพรงมดลูก แต่วิธีนี้จะมีอันตรายต่อผู้ป่วย และทารกในครรภ์ได้ถ้าไม่ใช้ครรภ์ไข่ปลาอุก การตรวจวิธีนี้ในปัจจุบัน ไม่ใช่กันแล้ว

การแบ่งกลุ่มเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

การแบ่งกลุ่มเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกนั้นอาศัยการตรวจร่างกาย การตรวจเลือด และการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ความสำคัญทางคลินิกในการแบ่งกลุ่มคือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงนั้นมีโอกาสที่จะเกิด postmolar gestational trophoblastic neoplasia ตามมาได้สูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ นอกจากนั้นยังเป็นการเลือกกลุ่มที่อาจจะมีความจำเป็นที่จะต้องให้ chemotherapy ขณะที่ทำการยุติการตั้งครรภ์ หรือจะต้องมีการตรวจติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด

การรักษา

1. การประเมินผู้ป่วยก่อนทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไป อย่างละเอียด การตรวจภายใน เจาะเลือดหาระดับ hCG ถ่ายภาพ X-ray ปอด ตรวจ complete blood count, electrolytes, renal function test, liver function test thyroid function test

2. การแก้ไขความผิดปกติต่าง ๆ เช่น แก้ไขภาวะซีด แก้ไขความผิดปกติของ electrolytes และ dehydration ควบคุมความดันโลหิต และพร้อมยุติการตั้งครรภ์ได้ทุกเวลาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น

3. การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งมีหลายวิธี เช่น uterine curettage , cervical dilatation and suction curettage , hysterotomy และ hysterectomy with mole in situ

3.1 uterine curettage ถ้ามดลูกมีขนาดเล็กไม่เกิน 12 สัปดาห์ แนะนำให้ทำการขูดมดลูกได้เลย

3.2 Suction curettage มักทำในรายที่มีขนาดมดลูกใหญ่เกิน 12 สัปดาห์

3.3 hysterotomy ในปัจจุบันไม่นิยมทำเพื่อรักษาครรภ์ไข่ปลาอุก เพราะเสียเลือดมากกว่าการทำ Suction curettage

3.4 hysterectomy สามารถทำในผู้ป่วยที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 35 ปี

ภาวะแทรกซ้อน

1. การตกเลือด มักพบในรายที่ขนาดของมดลูกที่ใหญ่กว่า 16 สัปดาห์ที่ได้รับการทำ Suction curettage หรือรายที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก

2. มดลูกทะลุ ถ้าพบว่ามีภาวะทะลุเกิดขึ้นจะต้องหยุดการทำหัตถการทันที การทะลุของมดลูกอาจเกิดจากการถูกลามของ mole ได้

3. Trophoblastic emboli พบได้น้อย แต่อาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับ Oxytocin หรือ prostaglandin โดยที่ปากมดลูกยังไม่เปิด ทำให้มีการกระจายของ trophoblastic cell เข้าไปในกระแสเลือดได้

4. การเกิด persistent (Postmolar) gestational trophoblastic disease หรือ malignant ซึ่งอาจเกิดตามหลังจากการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้เหมือนกัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากอายุครรภ์มากขณะวินิจฉัย มดลูกมีขนาดใหญ่ มีระดับ hCG สูงมากกว่า 1,000,000 mIU/ml โดยในปัจจุบันมีวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใหม่เพื่อช่วยในการคาดคะเนผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดได้แม่นยำยิ่งขึ้น

การดูแลผู้ป่วยหลังจากยุติการตั้งครรภ์ไปลาออก

การดูแลหลังยุติการตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วย

1. การดูแลพื้นฐานหลังยุติการตั้งครรภ์ในแต่ละวิธี
2. แก้ไข และรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
3. ตรวจเลือดหาระดับของ beta-hCG หลังยุติการตั้งครรภ์แล้ว 48 ชั่วโมง เพื่อเป็นค่าพื้นฐานในการตรวจติดตาม
4. แนะนำการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันตั้งครรภ์ อย่างน้อย 6-12 เดือน เช่น การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งไม่พบความเสี่ยงของ postmolar เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาคุมกำเนิด มีความปลอดภัย ใช้ได้ผลดี รวมทั้งเกิดการตั้งครรภ์ได้เร็วหลังยุติแล้ว
5. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์จะต้องให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการพยากรณ์โรค พร้อมทั้งนัดมาตรวจติดตามที่คลินิกครรภ์ไปลาออก ในอีก 1-2 สัปดาห์

การตรวจติดตามหลังจากยุติการตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยแล้วนั้น ยังอาจมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาที่สำคัญก็คือ persistent (postmolar) gestational trophoblastic disease ได้ร้อยละ 4-20 ดังนั้นผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง

1. การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การรับประทานยาคุมประวัติประจำเดือน อาการปวดศีรษะ ไอเป็นเลือด ถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระเป็นสีแดง

2. การตรวจร่างกาย แพทย์ทำการตรวจร่างกายทั่วไปและเฉพาะตามอาการ เช่น การตรวจปอด

3. การตรวจภายใน จะทำการตรวจทุกรายเพื่อดูความผิดปกติ หากกรณีที่มีระดับ hCG สูงขึ้นหรือคงที่ หรือกรณีมีการตกขาวผิดปกติ ปวดท้องน้อย เป็นต้น

4. การตรวจหาระดับฮอร์โมน hCG ทุก 1 สัปดาห์จนกลับเข้าสู่ภาวะปกติ (น้อยกว่า 5 mIU/ml เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน)

การดูแลผู้ป่วยหลังจากผลฮอร์โมน hCG ปกติ

1. นัดตรวจทุก 4-8 สัปดาห์จนครบ 1 ปี
2. คุมกำเนิดอย่างถูกวิธีและเหมาะสมต่อไปจนครบ 1 ปี
3. เมื่อครบ 1 ปีแล้วแพทย์ควรแนะนำเรื่องดังต่อไปนี้
 - บอกการวินิจฉัยครั้งสุดท้ายให้ชัดเจนรวมทั้งแนะนำ โอกาสเกิดซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป
 - แนะนำเรื่องการตรวจไวจกนประจำปี
 - หยุดการคุมกำเนิดได้ หากต้องการตั้งครรภ์
 - เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ให้รีบมาพบแพทย์ให้เร็วที่สุด เพราะมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ถึง 10 เท่า ดังนั้นผู้ป่วยหลังการตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ ได้รับการอัลตราซาวนด์ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

ตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)

ความหมาย

การตั้งครรภ์นอกมดลูก คือ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจากไข่ที่ถูกผสมแล้วฝังตัวนอกโพรงมดลูก นอกจากนี้ยังสามารถพบการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้อีกที่ ปากมดลูก และในช่องท้อง รวมถึงตับ ม้ามได้

สาเหตุของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้น ก็มีสาเหตุที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้เช่นเดียวกับกับโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายนอกและภายในที่อาจเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ ดังนี้

1. การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. การแท้งติดเชื้อ ทำให้อวัยวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ โดยเฉพาะพังคืดบริเวณหลอดมดลูก
3. การตั้งครรภ์นอกมดลูกและได้รับการผ่าตัดแบบเก็บรักษาหลอดมดลูกไว้
4. การผ่าตัดแก้ไขหรือเชื่อมต่อหลอดมดลูกที่ตีบตัน เช่น การต่อหมัน
5. ความล้มเหลวของการทำหมันหญิง การใส่ห่วงยางอนามัย และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

บางประเภท

6. การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การใช้ยากระตุ้นไข่และฉีดเชื้ออสุจิ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกในบริเวณต่างๆ

ในการตั้งครรภ์นอกมดลูก นอกจากจะมีสาเหตุมาจากข้อมูลข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เด็กในครรภ์เสียชีวิตอีก คือ การตั้งครรภ์นอกมดลูกในบริเวณต่างๆ ที่ไม่ใช่มดลูก เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ช่องท้อง ซึ่งในลักษณะนี้จะอันตรายมาก เพราะจะไปกดและเบียดอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้องทำให้รู้สึกผิดปกติภายในช่องท้องเกิดพยาธิสภาพต่างๆ ของโรคอื่นเกิดขึ้นตามมามากมาย การตั้งครรภ์บริเวณปากมดลูก ซึ่งบริเวณนี้ที่สำคัญ เพราะหากเกิดการตั้งครรภ์บริเวณนี้จะต้องทำการขูดมดลูกออกทำให้โอกาสที่จะมีลูกก็น้อยตามลงไปด้วย การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่รังไข่

การตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ช่องท้อง บริเวณนี้จะพบได้น้อยมาก (เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรพรณ วิไลลักษณ์. ตำราสูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2551. หน้า 248.) สำหรับการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณช่องท้องลักษณะนี้แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

- Primary abdominal pregnancy : เป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกโดยที่ทารกและรกเติบโตอยู่ในช่องท้อง โดยตรงตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ
- Secondary abdominal pregnancy : เกิดจากการแตกหรือแท้งของการตั้งครรภ์บริเวณที่นำไข่ หลังจากนั้นตัวอ่อนและรกหลุดเข้าไปในช่องท้อง โดยรกจะไปเกาะบริเวณอวัยวะต่างๆ ในช่องท้องแล้วมีการเจริญเจริญเติบโตต่อไปได้

การตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณปากมดลูก บางครั้งในการตรวจอาจวินิจฉัยคิดว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกก็ได้ เนื่องจากมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมากและเนื้อเยื่อยุ่ยเปื่อยอาจเข้าใจว่าเป็นเนื้องอกปากมดลูก จึงทำให้มีเลือดออกมากหรือคล้ายการแท้งที่มีชิ้นเนื้อติดที่ปากมดลูก

(ธวัช เจตนสว่างศรี. สูติศาสตร์พื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. 2539. หน้า 54.) กล่าวว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณปากมดลูก จะต้องตรวจพบ

- เลือดออกจากโพรงมดลูกในผู้ป่วยที่ขาดประจำเดือน โดยไม่มีอาการปวดหน้าท้องน้อย
- ปากมดลูกนุ่ม ขยายโตเท่ากับหรือมากกว่าส่วน fundus คล้ายนาฬิกาทราย
- ส่วนของทารก และรกติดแน่นอยู่ภายใน
- Internal os ปิด แต่บางส่วนของ external os ปิด

การตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณรังไข่ (สมศรี พิทักษ์กิจธกร, ชาติชัย ศรีสมบัติ. ตำราสูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2551. หน้า 249.) การตั้งครรภ์บริเวณรังไข่พบได้น้อยมาก มีอาการ และอาการแสดงรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงคล้ายกับการตั้งครรภ์บริเวณที่นำไข่ เนื่องจากอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน

นอกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกในบริเวณต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณต่างๆ อีกซึ่งก็อันตรายเหมือนกันและสำคัญเหมือนกัน แต่ที่ไม่กล่าวถึงเพราะเนื่องจากเป็นบริเวณที่ไม่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ดังนั้นในบริเวณการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่กล่าวถึงมาข้างต้นนั้นเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่บริเวณที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูก

ในการตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้นนอกจากจะมีสาเหตุที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกแล้วยังมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกด้วย ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้อีกหลายปัจจัยดังต่อไปนี้

การอักเสบในอุ้งเชิงกราน (ธวัช เจตน์สว่างศรี.สูติศาสตร์พื้นฐาน.) ได้กล่าวไว้ว่า การอักเสบในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะจากเชื้อ Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis หรือเชื้ออื่นๆ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ไม่ตรงกับเชื้อที่เป็นสาเหตุหรือได้รับขนาดของยาไม่ครบ โดยเฉพาะในรายที่รักษาด้วยตัวเองจะทำให้เยื่อภายในท่อนำไข่ถูกทำลาย อาจทำให้เกิดภาวะติบตัน และมีพังผืดเกิดขึ้นภายในอุ้งเชิงกราน

ความผิดปกติของปีกมดลูก เช่น diverticula, accessory และ hypoplasia หรือเป็นผลมาจากการผ่าตัดท่อนำไข่ และในรายผ่าตัดแก้หมัน

ไข่เดินทางออกนอกท่อนำไข่ แล้วจึงกับเข้าสู่ท่อนำไข่ด้านตรงกันข้าม (transperitoneal migration)

ภายหลังจากการคุมกำเนิด ได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย ห่วงอนามัยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ปกติได้ แต่ไม่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการใส่ห่วงอนามัยอาจทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการอักเสบในอุ้งเชิงกรานเพิ่มขึ้น สำหรับสตรีที่รับประทานยาคุมกำเนิดชนิด minipill หรือ continuous microdose progestogen อาจทำให้การหดตัวของปีกมดลูกลดลง ทำให้ตัวอ่อนที่ได้จากการปฏิสนธิเดินทางเข้าสู่โพรงมดลูกได้ช้ากว่าปกติ

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในช่วงระยะที่มีการปฏิสนธิ พบว่าจะมีโอกาสตั้งครรภ์นอกมดลูกได้สูงกว่าในรายที่ไม่สูบบุหรี่ เชื่อว่าจะมี direct toxicity ของ nicotine ต่อการบีบรัดตัวของท่อนำไข่

ผู้ป่วยที่มีบุตรยากที่ได้รับการรักษาให้มีบุตรด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น วิธีเด็กหลอดแก้ว หรือวิธีอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกันพบว่าจะมีอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูงขึ้น

อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจจะแบ่งออกเป็นสองกลุ่มทางคลินิกคือ กลุ่มแรกมาด้วยอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีอาการ shock ร่วมด้วย มักพบใน

รายที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มี advanced gestational age อีกกลุ่มหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ชัดเจนผู้ป่วยกลุ่มแรกควรได้รับการวินิจฉัยและการผ่าตัดรักษาอย่างรีบด่วน ถ้าให้การวินิจฉัยผิดพลาด และ/หรือ ให้การรักษาผ่าตัดล่าช้า อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่สองการที่สามารถให้การวินิจฉัยภาวะนี้ได้ในระยะแรกก่อนที่ก้อนจะแตก จะมีประโยชน์คือ จะทำให้สามารถทำการผ่าตัด conservative surgery เพื่อเก็บท่อหน้าไข่ไว้ได้ หรือพิจารณาให้การรักษาด้วยยา methotrexate โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อห้ามต่อการผ่าตัด

อาการ อาจจะมีอาการปวดที่บริเวณท้องน้อยข้างใดข้างหนึ่งหรือบริเวณท้องน้อยทั่วไป ลักษณะปวดเหมือนถูกแทง (sharp pain) หรือปวดแบบลำไส้บิด (colicky pain) ในรายที่ท่อหน้าไข่แตกจะปวดแบบต่างๆไป อาการปวดหัวไหล่หรือบริเวณลำคอ โดยเฉพาะเวลาหายใจพบได้ ผู้ป่วยที่มีอาการตกเลือดในช่องท้อง จากการระคายของเลือดต่อเส้นประสาท sensory ปากมดลูก เยื่อช่องท้อง และผิวหนังกะบังลม

การขาดประจำเดือน ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกไม่ได้ประวัติการขาดประจำเดือน เนื่องจากเข้าใจผิดว่าเลือดกะปริดกะปรอยเป็นประจำเดือน การซักประวัติอย่างละเอียด โดยเฉพาะประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่เริ่มมี ปริมาณเลือด ระยะเวลาที่เลือดออก

เลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด เมื่อไข่ถูกรบกวนหรือไข่ที่ฝังตัวตายลง จะมีการหยุดผลิต hormone ทำให้เยื่อโพรงมดลูกลอกตัวเกิดเลือดออก ซึ่งมีจำนวนน้อย สีน้ำตาลเข้ม ออกมาเป็นช่วงๆ หรือออกเรื่อยๆ

อาการเป็นลมและ shock พบในรายที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกมีเลือดออกมากภายในช่องท้อง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดภายหลังที่มีท่อไข่แตกหรือเกิดภายหลัง tubal abortion ผู้ป่วยบางรายขณะนอนราบอาจมีอาการจุดเสียดแน่นท้องแต่พอลุกขึ้นนั่งจะเป็นลมหน้ามืดทันที ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าหรือมาพบแพทย์ช้า ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการ shock

อาการแสดง อาจมีได้ดังนี้ คือ

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีไข้
- กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง

การสิ้นสุดการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การสิ้นสุดการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องเกิดอาการดังนี้

การแท้ง (tubal abortion) การแท้งพบได้บ่อยในการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่อยู่บริเวณ ampulla จะเกิดจากการแยกตัวของทารกและรก (gestation) ออกจากเยื่อท่อน้ำไข่ และพยายามขับออกไปทาง fimbria ซึ่งมักเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ 6- 12 สัปดาห์ บางครั้งเลือดออกเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยหรือแพทย์อาจวินิจฉัยไม่ได้เพราะมีอาการเล็กน้อย หรือเลือดหยุดไปเอง รายที่แท้งไม่หมดจะมีเลือดออกและขังอยู่ในท่อหน้าไข่หรือช่องท้องเป็นจำนวนมากได้

การแตกของท่อ นำไข่ (tubal rupture) เมื่อท่อ นำไข่แตก conceptus จะค่อยๆ หลุดออก และหลุดลงสู่ช่องท้อง ไปเจริญในช่องท้อง เช่น ที่ลำไส้ และฝังตัวต่อไป ถ้าได้รับเลือดเลี้ยงดี การตั้งครรภ์จะเจริญเติบโตต่อไป

หลังจากแตกออกพยาธิสภาพของมดลูกจะรอยร้าวกว้างทำให้แพทย์ผู้ดูแลรักษามักจะตัดมดลูก อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าทางการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทำให้สามารถวินิจฉัย interstitial pregnancy ได้ตั้งแต่เริ่มแรกและสามารถเก็บรักษาตัวมดลูกไว้ได้โดยการผ่าตัดผ่านกล้อง เลือกตัดเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพออกเท่านั้น

การรักษา

โดยทั่วไปหลักการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้นจะเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาวะของผู้ป่วย มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถ้าเสียเลือดมากก็พิจารณาให้เลือดหรือถ้ามีอาการช็อคก็ต้องรีบแก้ไขก่อน จากนั้นจึงพิจารณาเลือกวิธีการรักษาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งในปัจจุบันนี้แยกวิธีการรักษาภาวะนี้ได้ 2 ลักษณะ คือ การรักษาด้วยการผ่าตัด (surgical treatment) และ การรักษาด้วยยา (medical treatment)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด (surgical treatment)

(ธีระพงษ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนันทน์ มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒน์ เจริญ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์, 2551. หน้า 294.) ได้อธิบายเกี่ยวกับวิธีการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกด้วยการผ่าตัดไว้ว่า “ทำผ่าตัดทันที การผ่าตัดในการตั้งครรภ์นอกมดลูกคือ

- การตัดหลอดมดลูก คือ ตัดหลอดมดลูกของรังไข่ร่วมและให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้
 - การผ่าตัด โดยยังเก็บรักษาหลอดมดลูกไว้ (conservative surgery) สูตินรีแพทย์บางรายจะเก็บรักษาหลอดมดลูกที่มีพยาธิสภาพไว้ ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการเจริญพันธุ์ โดยการเอาผลผลิตของการตั้งครรภ์ออกและให้แต่ที่หลอดมดลูกปิดเอง และเย็บซ่อมมดลูก หรือตัดหลอดมดลูกเฉพาะส่วนที่มีพยาธิสภาพออกและอาจต่อหลอดมดลูกภายหลัง
- การติดตามผลการรักษาด้วยการผ่าตัด

สำหรับภาวะผิดปกติที่อาจพบได้หลังการผ่าตัด คือ การผ่าตัดที่ยังเอา trophoblastic tissue ออกไม่หมดทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า persistent ectopic pregnancy ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่หลังการผ่าตัดวิธี salpingostomy หรือ salpingectomy เมื่อวัดระดับ serum β -hCG จะพบว่ามีการลดระดับอย่างรวดเร็ว

2. การรักษาด้วยยา (medical treatment)

เนื่องจากปัจจุบันนี้แนวโน้มการรักษาภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูก มุ่งที่จะเก็บรักษาอวัยวะให้มากที่สุดประกอบกับความสามารถที่จะวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่เนิ่นๆขณะที่พยาธิสภาพยังไม่แตก จึงได้มีผู้คิดค้นการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะนี้ ซึ่งนอกจากจะช่วยหลีกเลี่ยงผลแทรกซ้อนจากกาผ่าตัดและการดมยาสลบแล้วค่าใช้จ่ายในการรักษายังต่ำกว่าการผ่าตัดอีกด้วย

(เสวก วีระเกียรติ, สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์. ตำราสูติเวชวิทยา. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2551. หน้า 247.) ได้อธิบายวิธีการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกด้วยการรักษาด้วยยาว่า

การใช้ methotrexate รักษาภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูก จะได้ผลดีในกรณีต่อไปนี้

1. อายุครรภ์น้อยกว่า 6 สัปดาห์และก้อนยังไม่แตก
2. ขนาดของการตั้งครรภ์บริเวณที่นำไข่ไม่เกิน 4 เซนติเมตร
3. ตรวจไม่พบการเต้นหัวใจของทารก

ข้อห้ามใช้วิธีนี้รักษาคือ

1. ความดันเลือดต่ำ ซึ่งอาจมีผลมาจากการเสียน้ำในช่องท้อง
2. กำลังให้นมบุตร
3. ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
4. เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง
5. เป็นโรคตับ ไต ไชกระดูก
6. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

การใช้ยา methotrexate นั้นสามารถให้ได้ 2 ทาง คือ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าเฉพาะที่โดยการฉีดตรงเข้าสู่ตำแหน่งพยาธิสภาพ

รกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placenta)

ความหมาย การที่รกลอกตัวจากผนังมดลูกส่วนบนซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกาะปกติในโพรงมดลูกก่อนทารกคลอด

อุบัติการณ์ 1 : 120 - 1 : 1,000 ของการคลอดทั้งหมด พบในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์มากกว่าครึ่งแรกของการตั้งครรภ์

ชนิดของเลือดออกของรกลอกตัวก่อนกำหนด

1. Revealed hemorrhage หรือ External hemorrhage : เลือดที่ออกจากบริเวณที่รกลอกตัว เลือดไหลผ่านออกทางปากมดลูก มาสู่ภายนอกได้ ซึ่งจะเป็นอาการเตือนที่เห็นได้ชัด พบได้ ประมาณ 80 %

2. Concealed hemorrhage หรือ Internal hemorrhage : เลือดออกโดยที่มีเลือดอยู่หลังรก (Retro placental bleeding) หรือ Retro placental hematoma เลือดจะไม่ออกมาให้เห็นภายนอก ดังนั้นจึงมีอันตรายมาก ชนิดนี้พบได้ 20 %

3. Combined hemorrhage หรือ Mixed : เลือดออกแบบที่ 1 และ 2 ร่วมกัน หรือจะแบ่งได้อีกแบบหนึ่ง คือ

เกรด 0 ไม่มีอาการแสดงให้เห็น มาทราบว่ามีภาวะของรกลอกตัวก่อนกำหนด คือพบว่า บริเวณเนื้อมีก้อนเลือด (Blood clot) สีคล้ำอยู่มากเป็นก้อนๆ

เกรด 1 มีเลือดออกมาให้เห็นภายนอกบ้างบางส่วน มดลูกหดแข็งตัว ไม่มีอาการของช็อค และภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน

เกรด 2 มีเลือดออกให้เห็นภายนอกมาก มดลูกหดแข็งตัวตลอดเวลา และมีอาการของทารกขาดออกซิเจน

เกรด 3 มีเลือดออกทั้งภายในและภายนอก มีอาการช็อค และทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มีภาวะแทรกซ้อนของโลหิตไม่แข็งตัว (DIC)

สาเหตุ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สรุปสาเหตุได้ดังนี้

1. จากการกระทบกระเทือน (Trauma) อย่างรุนแรง
2. สายสะดือสั้นกว่าปกติ
3. ภาวะความดันโลหิตสูง
4. ภาวะทุพโภชนาการ
5. การที่ขนาดของมดลูกลดลงอย่างรวดเร็ว เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำในครรภ์แฝดน้ำ
6. สภาพมดลูกในครรภ์แฝดภายหลังที่ทารกคนแรกคลอดแล้ว
7. จำนวนครั้งของการคลอด พบว่าคนที่มีการคลอดมากกว่า 5 คน จะมีโอกาสเกิดรกลอกตัวก่อนกำหนดมากเป็น 3 เท่า ของคนที่ท้องแรก

พยาธิสภาพ

ในชั้นแรกจะมีโลหิตออกในชั้น decidua basalis ต่อไปจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดบริเวณที่รกเกาะ ซึ่งถ้าบริเวณรกเกาะนี้เล็ก ก็จะทำให้เกิดเนื้องอก (Infraction) ตามมา ถ้าในบริเวณนี้ใหญ่ก็จะทำให้รกหลุดออกจากมดลูกทั้งอัน เลือดที่ออกจะไหลซึมไปตาม

1. ใต้บริเวณที่รกหลุดออกมา ระหว่างเยื่อหุ้มเด็ก และผนังของมดลูก และค่อยๆ เซาะลงมาเรื่อย จนไหลออกมาทางปากมดลูก เป็นเลือดสีคล้ำ บางทีมีก้อน เพราะเลือดซึมอยู่นานกว่าจะซึมออกมาเรียกเลือดนี้ว่า revealed hemorrhage พวกนี้เป็น mild type

2. เลือดจะไหลซึมเข้าไปในผนังของมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกแยกออกจากกัน และเสีรูปร่างไป มองดูภายนอกมดลูกจะโตขึ้นกว่าเดิม จะเห็นเป็นจุดหรือรอยสีม่วงทั่วๆ ไป เรียกมดลูกนี้ว่า couvelaire uterus หรือ utero-placental apoplexy ซึ่งจะช่วยให้ตกเลือดภายหลังทารกคลอดแล้ว ต่อไปอีกได้ และเลือดอาจจะซึมเข้าไปในปีกมดลูก รังไข่ และในช่องท้อง

สาเหตุที่ทำให้เลือดค้างอยู่ ไม่สามารถไหลออกมาให้เห็นได้คือ

1. เลือดที่ออกค้างอยู่หลังรก แต่รกยังคงติดแน่นอยู่กับมดลูก
2. รกลอกออกมาหมดทั้งอัน แต่ chorion และ amnion ยังคงติดแน่นอยู่
3. เลือดซึมเข้าสู่ amniotic cavity ทำให้เกิด amniotic embolism ได้
4. ศีรษะทารกกดมากคอบนมดลูกส่วนล่างทำให้เลือดผ่านออกมาทางช่องคลอดไม่ได้

อาการและอาการแสดง

1. การมีเลือดออกร่วมกับการเจ็บครรภ์ (Pain full bleeding) มีเลือดออกทางช่องคลอด ความรุนแรงขึ้นอยู่กับการลอกตัวของรก ซึ่งทำให้มีเลือดออกแต่เลือดที่ออกมาภายนอก ไม่สัมพันธ์กับการเสียเลือดจากบริเวณที่รกลอกตัวได้ ในขณะที่เลือดออกจะมีอาการเจ็บปวด ซึ่งมากขึ้นขึ้นอยู่กัขนาดของรกที่ลอกตัว การปวดจะปวดรุนแรงและปวดตลอดเวลา

2. ตรวจหน้าท้องพบมดลูกแข็ง เนื่องจากการหดตัวตลอดเวลา (Tetanic contraction) ถูกบริเวณหน้าท้องจะเจ็บมาก มดลูกโตเนื่องจากการคั่งของเลือดภายใน คลำส่วนของเด็กได้ ฟังเสียงหัวใจเด็กได้ไม่ชัด ท่าของเด็กมักเป็นท่าศีรษะเป็นส่วนมาก

3. ความดันโลหิตมักต่ำ ชีต ซิพจรเบาเร็ว กระสับกระส่าย หหมดสติ (Shock) ปัสสาวะน้อย และอาจมีไข้ขาวในปัสสาวะพบได้ประมาณ 48 % ของรายที่เป็นรุนแรง และมีอาการของไตล้มเหลวได้ 4 % เนื่องจากการเสียเลือดมาก ทำให้เกิดไตวาย (Renal failure)

4. ในรายที่มีเลือดออกมากๆ อาจเกิดภาวะช็อค และที่สำคัญคือ ไพบริโนเจน ในเลือดต่ำ ซึ่งพบได้ 10 % โดยเกิดจากน้ำหล่อเด็กอุดตัน (Amniotic Embolism) เด็กตาย และเลือดออกหลังคลอดอย่างรุนแรง (Severe P.P.H.) เนื่องจากก้อนเลือดจะปล่อย thromboplastin เข้าไปในระบบ

ไหลเวียนของเลือดของแม่ ซึ่งมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด (Coagulating factor) โดยเฉพาะ fibrinogen ซึ่งจะละลาย clotting ทำให้มีน้อยลงในระบบไหลเวียนโลหิต

5. ในรายที่ช็อก อาจเกิดภาวะ Sheehan's syndrome หรือเรียกว่า Postpartum pituitary necrosis

ตารางเปรียบเทียบระหว่างรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนด

รกเกาะต่ำ	รกลอกตัวก่อนกำหนด
1. รกฝังตัวผิดปกติ	1. รกฝังตัวปกติ
2. มีเลือดออกทางช่องคลอด	2. บางครั้งอาจมีเลือดออกอยู่ภายใน
3. มดลูกนูน ยกเว้นขณะแข็งตัว	3. มดลูกแข็ง บางครั้งนูน
4. ไม่เจ็บปวดขณะมีเลือดออก	4. เจ็บปวดขณะมีเลือดออก
5. สามารถคลำส่วนต่างๆ ของทารกได้	5. ไม่สามารถคลำส่วนต่างๆ ของทารกได้
6. กลไกของการแข็งตัวของเลือดยังปกติ	6. กลไกของการแข็งตัวของเลือดเสียไป
ไฟบริโนเจนปกติ	มีไฟบริโนเจนต่ำกว่าปกติ
7. เลือดออกในครั้งหลังของการตั้งครรภ์	7. เลือดออกในครั้งหลังของการตั้งครรภ์

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและอาการแสดง
2. ตรวจทางหน้าท้องมดลูกหดตัวแข็ง และมีขนาดโตขึ้น ระดับยอดมดลูกสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีเลือดเซาะเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก
3. ตรวจทางช่องคลอด เพื่อออกแยกภาวะรกเกาะต่ำ
4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการทดลอง
 - 4.1 ตรวจดูความเข้มข้นของเลือด (Hct) อาจพบภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะในรายที่เป็น concealed hemorrhage
 - 4.2 ตรวจดูระดับไฟบริโนเจนในพลาสมา ปกติหญิงตั้งครรภ์จะมีระดับไฟบริโนเจน ประมาณ 300-700 mg%
 - 4.3 ตรวจดูการแข็งตัวของเลือด (Clotting time)

การวินิจฉัยแยกโรค แยกจากรกเกาะต่ำและมดลูกแตก

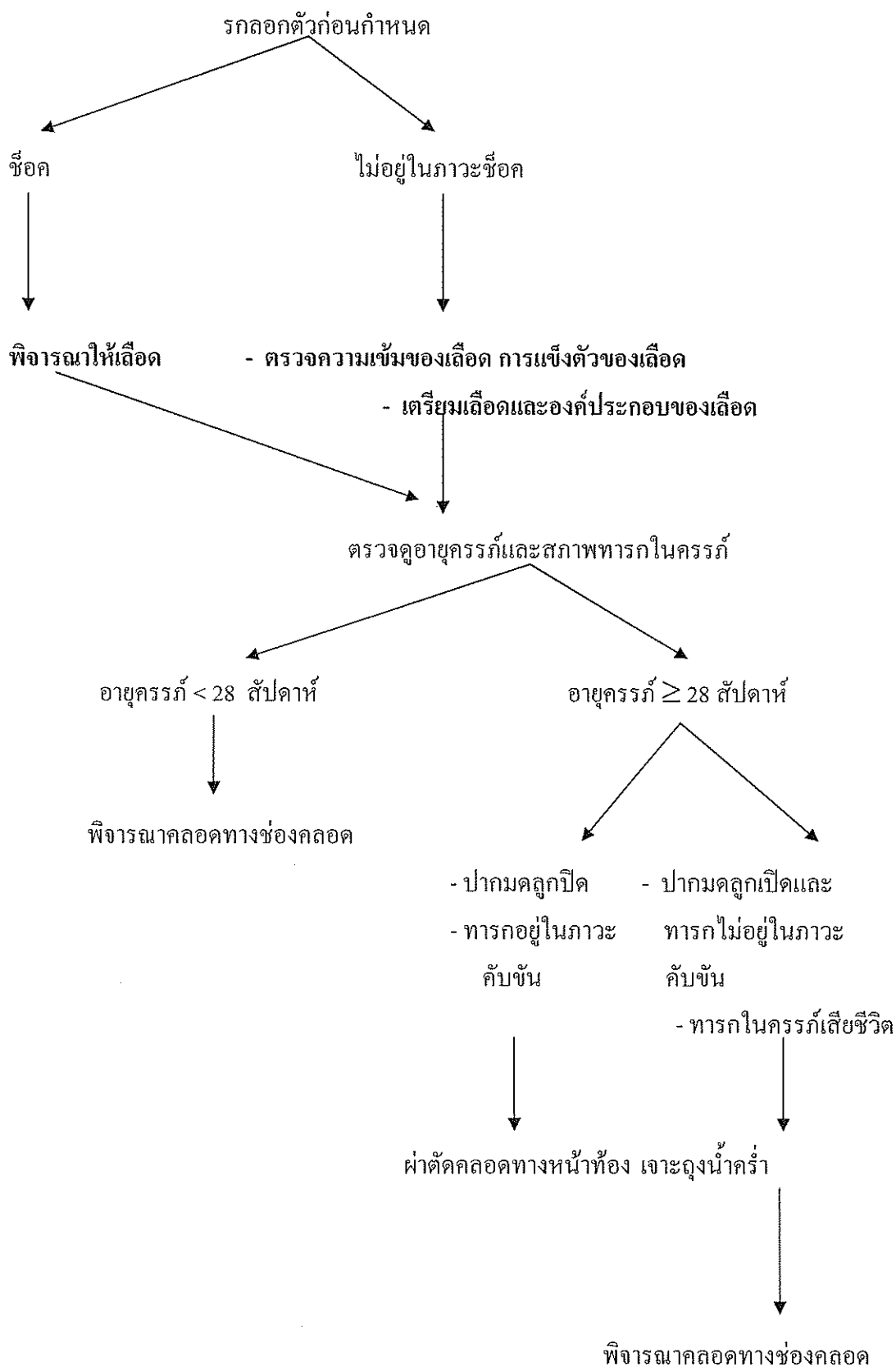
ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา คือ มีการเสียโลหิตมาก ไตวาย และเกิด consumption coagulation ของมารดา 1%

ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก

1. คลอดก่อนกำหนด
2. Asphyxia การลอกตัวของรกทำให้เกิด uteroplacenta insufficiency จึงเกิด asphyxia และ fetal distress ได้
3. ทารกตายในครรภ์ หากมี asphyxia นานๆ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะทำให้ทารกตายในครรภ์ได้

การดูแลรักษา

1. ถ้าอยู่ในภาวะช็อครีบให้สารน้ำ ออกซิเจน เลือด องค์กรประกอบของเลือด
2. ถ้าไม่อยู่ในภาวะช็อคให้ตรวจความเข้มข้นของเลือด การแข็งตัวของเลือด เตรียมเลือดและองค์กรประกอบของเลือด
3. อายุครรภ์ < 28 สัปดาห์หรือทารกในครรภ์เสียชีวิต พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด
4. อายุครรภ์ \geq 28 สัปดาห์ หรือทารกในครรภ์เสียชีวิต พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด
 - ในกรณีที่ปากมดลูกเปิดและทารกไม่อยู่ในภาวะคับขันหรือทารกในครรภ์เสียชีวิตพิจารณาเจาะถุงน้ำอาจจะให้ oxytocin ร่วมด้วย ในกรณีที่การหดตัวของมดลูกไม่ดี และให้คลอดทางช่องคลอด โดยตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด
 - ในกรณีที่ปากมดลูกปิดหรือทารกอยู่ในภาวะคับขัน พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
5. หลังคลอดพิจารณาให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
6. ระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ coagulation failure, renal failure



แผนภูมิแสดง แนวทางการรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

รกเกาะต่ำ (Placenta previa)

ความหมาย

การที่รกบางส่วนหรือรกทั้งอันมีการฝังตัวและเจริญเติบโตในส่วนล่างของผนังมดลูก (Lower uterine segment) อาจจะเกาะต่ำลงมาคลุมที่ปากมดลูกทั้งหมดหรือเป็นเพียงบางส่วน ปกติแล้วรกจะเกาะที่ด้านหน้าหรือด้านหลังของมดลูกส่วนบน

อุบัติการณ์ 1 : 200 – 1 : 300 ของการคลอด

ภาวะเสี่ยง

1. อายุมากกว่า 35 ปี และมีบุตรหลายคนแล้ว อายุเป็นส่วนที่มีผลมากที่สุดพบประมาณ 1 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และภาวะรกเกาะต่ำ พบในหญิงที่มีบุตรหลายคนแล้วประมาณร้อยละ 80
2. อุบัติการณ์ของภาวะรกเกาะต่ำในหญิงที่มีบุตรแล้ว 1 คน พบได้เป็น 12 เท่า
3. อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นในหญิงที่ได้รับการขูดมดลูก
4. หญิงที่มีประวัติการตั้งครรภ์แล้วมีภาวะรกเกาะต่ำมาก่อน ในการตั้งครรภ์นี้จะเกิดซ้ำได้ร้อยละ 4 ถึง 8

ชนิดของรกเกาะต่ำ

Placenta previa totalis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด

Placenta previa partialis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในมดลูกส่วนล่างและคลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านในเป็นบางส่วน

Placenta previa marginalis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกและเกาะลงมาถึงขอบของปากมดลูกด้านในพอดี

Low lying implantation of the placenta หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูก แต่ไม่คลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านใน

สาเหตุ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สิ่งที่จะทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำ ได้แก่

1. อายุ และจำนวนครั้งของผู้ตั้งครรภ์สตรีที่มีอายุมาก และครรภ์หลังมีโอกาสเกิดรกเกาะต่ำได้มากกว่าอายุน้อย และครรภ์แรกอาจเป็นสาเหตุจากการตั้งครรภ์หลายครั้ง ทำให้สภาพในโพรงมดลูกบริเวณที่รกเกาะขาดความสมบูรณ์
2. สาเหตุใดก็ตาม ที่ทำให้ไข่ที่ผสมแล้วมีการเดินทางจากส่วนบนของมดลูกไปยังส่วนล่างของมดลูก เช่น การที่มดลูกมีส่วนบีบตัวมากกว่าปกติ หรือมีน้ำในโพรงมดลูกมากกว่าปกติ

3. เชื่อว่าส่วนประกอบที่สำคัญที่เกิดภาวะรกเกาะต่ำ คือการผิดปกติของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยง decidua เช่น มีการอักเสบเรื้อรังของโพรงมดลูก ทำให้เยื่อโพรงมดลูกเหี่ยว ทำให้รกต้องเกาะลงมาที่ส่วนล่างของมดลูก เพื่อให้มีอาหารเพียงพอสำหรับเลี้ยงทารก

4. การผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน มีโอกาสเกิดรกเกาะต่ำในครรภ์ต่อมาถึงร้อยละ 4

5. รกแผ่กว้างกว่าปกติ เช่น รกมีขนาดใหญ่ หรือรกหลายอันของครรภ์แฝด

พยาธิสรีรวิทยา

1. การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกส่วนล่างจะมีน้อยกว่าบริเวณยอดมดลูก ดังนั้นรกจึงต้องเกาะบริเวณที่กว้างขึ้น พื้นที่ผิวของรกเกาะต่ำจะมีมากกว่ารกเกาะที่ส่วนบนของมดลูกร้อยละ 30 เพื่อให้ได้เลือดและอาหารเพียงพอต่อความต้องการ

2. ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น ขณะที่มดลูกมีการหดตัวจะดึงรังมดลูกส่วนล่างขึ้นไป ทำให้เกิดการฉีกขาดของ decidua และเส้นเลือดออกจากผนังของมดลูกบริเวณที่รกเกาะอยู่ จึงทำให้มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอดถือว่าเป็น mechanical separation การมีเลือดออกทางช่องคลอดนี้จะไม่มีการเจ็บครรภ์ร่วมด้วยเป็น painless bleeding เลือดที่ออกจะหยุดได้เอง เพราะวามดลูกหดตัวไม่นาน เมื่อมดลูกมีการหดตัวใหม่ก็จะมีเลือดออกอีก จะมีการตกเลือดซ้ำๆกันเป็น repeating bleeding และจำนวนเลือดที่ออกมาจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างไม่สามารถหดตัวเพื่อช่วยกดเส้นเลือดที่ฉีกขาดได้ แม้จะอยู่ในระยะที่ 3 ของการคลอดแล้วก็ตาม

นอกจากนี้การมีเลือดออกทางช่องคลอดจากสาเหตุของ mechanical separation อาจมีสาเหตุจากรกอักเสบ (Placentitis) หรือการแตกของแองเจลิคกายได้ decidual basalis ก็ได้

3. รกเกาะต่ำทำให้เกิดการติดเชื้ทางช่องคลอดได้ง่าย อาจเป็นผลทำให้รกอักเสบ (Placentitis) ได้ โดยเฉพาะในรายที่รกใกล้บริเวณปากมดลูก

4. รกเกาะต่ำจะส่งเสริมให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ ได้แก่ ท่าก้น (Breech presentation) ท่าขวาง (Transverse presentation) หรือท่าเฉียง (Oblique presentation) นอกจากนี้ในท่าที่ศีรษะทารกเป็นส่วนนำ รกเกาะต่ำอาจจะขัดขวางต่อการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกได้

5. มีความผิดปกติของรกและสายสะดือได้ง่าย เช่น placenta membranacea, battledore placenta หรือ insertio velamentosa เป็นต้น

ผลของรกเกาะต่ำต่อการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด

1. ทำให้เกิดแท้งคุกคาม (Threatened abortion) ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดการแท้งสมบูรณ์ตามมา

2. ฉุนน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

3. การคลอดก่อนกำหนด
4. ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ และส่วนนำผิดปกติ
5. Air embolism เพราะ uterine sinuses อยู่ใกล้กับ external air มาก
6. การตกเลือดหลังคลอด
7. เศษรกค้าง
8. การติดเชื้อ
9. มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ
10. โรคโลหิตจางเนื่องจากการเสียเลือดมากกว่าปกติ

อาการและอาการแสดง

เลือดออกโดยไม่มีอาการเจ็บปวด painless vaginal bleeding เป็นอาการที่สำคัญที่สุด ส่วนมากเกิดในครรภ์เกินกว่า 32 สัปดาห์ขึ้นไป เลือดที่ออกครั้งแรกจำนวนไม่มากและหยุดได้เอง ถ้ารกเกาะต่ำมากเท่าใด โดยเฉพาะ Total placenta previa จะมีเลือดออกเร็วและจำนวนมากกว่าชนิดอื่น และมักจะออกซ้ำอีก painless recurrent bleeding ซึ่งวินิจฉัยได้โดยเลือดออกไม่เจ็บครรภ์ และออกแล้วออกอีก เป็นอาการสำคัญของรกเกาะต่ำ

ทารกมักอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง ส่วนนำไม่ลงมาในช่องเชิงกราน โดยเฉพาะครรภ์แรก head float ให้นึกถึง placenta previa

มดลูกนุ่ม เมื่อหัดตัวแข็งแล้วจะหย่อนเป็นปกติ

คลำพบตัวเด็กได้ง่าย

ฟังเสียงหัวใจเด็กได้ยิน นอกจากชนิด placenta previa totalis และเลือดออกมากทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และตาย

อาการจากโรคแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น Afibrinogenemia, Embolism, Infection

การวินิจฉัย

1. ประวัติการมีเลือดออกทางช่องคลอดในระยะหลังของการตั้งครรภ์โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ การมีเลือดออกซ้ำ ซึ่งต้องแยกออกจากการลอกตัวของรกก่อนกำหนด

2. การตรวจทางหน้าท้อง คลำมดลูกได้นุ่ม คลำพบว่าทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง ท่าเฉียง ศีรษะลงช้า เป็นต้น ถ้าตรวจพบภาวะเหล่านี้ อาจเนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำได้

3. การตรวจทางช่องคลอด ในการตรวจทางช่องคลอดเพื่อการวินิจฉัยภาวะรกเกาะต่ำ ควรทำหลังจากอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปแล้ว เพื่อให้ทารกเมื่อคลอดแล้วสามารถมีชีวิตอยู่ได้ การตรวจ

ทางช่องคลอดจะต้องทำในห้องผ่าตัดซึ่งเรียกว่า double-set up โดยมีการเตรียมพร้อมที่จะทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ทันทีที่ตรวจพบว่ามีรกเกาะต่ำ เพราะการตรวจทางช่องคลอดแม้จะตรวจผ่านเบาที่สุดแล้ว ก็อาจจะทำให้เกิดการตกเลือดเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมทีมในการรักษาพยาบาล และจองเลือดให้พร้อม

4. การตรวจโดยใช้เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ ทำในรายที่เลือดออกไม่มาก และอายุครรภ์ยังน้อย มีวิธีการตรวจดังนี้

- การตรวจหาตำแหน่งของรกโดยใช้เครื่อง ultrasound วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่าย ปลอดภัยและมีความแม่นยำมากถึงร้อยละ 97 จึงนิยมมากในปัจจุบันนี้

- การตรวจหาตำแหน่งของรกโดยการ x-ray

การวินิจฉัยแยกโรค

1. เส้นเลือดโป่งพองบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก หรือบริเวณช่องคลอด
2. ริศสีดวงทวาร
3. เนื้องอกชนิดร้ายแรง และไม่ร้ายแรงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง เช่น มะเร็ง
4. ปัสสาวะเป็นเลือด
5. มดลูกแตก (Rupture of uterus)
6. รกลอกตัวก่อนกำหนด
7. สายสะดือเกาะที่เยื่อหุ้มเด็ก Insertio velamentosa
8. ความผิดปกติของรก เช่น Placenta circumvelata

ผลของรกเกาะต่ำที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังคลอด

1. การแท้ง มีภาวะอาการเหมือน Threatened abortion
2. ฉุกเฉินแตกก่อนเวลา
3. คลอดก่อนกำหนด หรือทารกตายเนื่องจากการขาดออกซิเจน เพราะ Utero placental insufficiency
4. ท่าผิดปกติ (Mal - position)
5. ส่วนนำผิดปกติ (Mal - presentation)
6. Air embolism
7. ตกเลือดหลังคลอด
8. เศษรกค้าง
9. การติดเชื้อ

10. มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ

11. เสียเลือดมาก ทำให้โลหิตจาง

การรักษาและการพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ ส่วนนำของทารก จำนวนเลือดที่ออก และสุขภาพ ทัวไปของหญิงตั้งครรภ์

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังต่อไปนี้

- อายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์

- เลือดออกน้อยหรือปานกลาง

- ไม่มีอาการเจ็บครรภ์

- มดลูกไม่มีการหดตัว

- เสียงหัวใจเด็กสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะอาการขาดออกซิเจน (Fetal distress)

ควรวินิจฉัยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดังกล่าวแยกภาวะเลือดออกจากโรคอื่น และพยายามทำให้ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ยาวนานเท่าที่จะเป็นไปได้ และปฏิบัติดังนี้

1. ให้นอนพักนอนบนเตียง (Absolute bed rest) ห้ามลุกจากเตียง เพราะจะทำให้เลือดออกมากยิ่งขึ้น แพทย์มักให้พวคนอนหลับพยายามให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนมากที่สุด โดยดูแลเกี่ยวกับความสบายต่างๆ ไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยได้รับยานอนหลับ ต้องระวังอย่าให้ผู้ป่วยตกเตียง

2. จับชีพจร หายใจ ความดันโลหิตทุกชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ เพราะเป็นเครื่องบ่งบอก ภาวะของผู้ป่วยได้ว่าดีขึ้นหรือเลวลง ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงให้รายงานแพทย์ทราบทันที และรีบให้การช่วยเหลือ

3. ฟังเสียงหัวใจเด็กว่า ช้า หรือเร็ว ไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาทีหรือเร็วกว่า 160 ครั้ง/นาที) ซึ่งเป็นอาการบอกว่าทารกในครรภ์มีภาวะอาการขาดออกซิเจน ต้องให้ออกซิเจนแก้มารดา เพื่อช่วยป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะอาการขาดออกซิเจน (Asphyxia)

4. ให้น้ำเกลือหรือให้เลือด ถ้าเสียเลือดมาก

5. ห้ามตรวจภายใน หรือสวนอุจจาระ เพราะจะทำให้เลือดออกมากยิ่งขึ้น

6. สังเกตจำนวนเลือดที่ออก มากหรือน้อย โดยใส่ผ้าอนามัยสะอาด ทำความสะอาดทุกครั้ง ที่เปลี่ยนผ้าอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเพื่อความสบายของผู้ป่วย

ตรวจเลือดฮีมาโตคริต (Hematocrit) และฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ภาวะเลือดจางของผู้ป่วย ถ้าซีดมากต้องให้เลือด และถ้าให้เลือดแล้วยังซีดอยู่ ต้องเปลี่ยนแผนการรักษาโดยการทำ double set up คือตรวจภายในที่ห้องผ่าตัด และเตรียมผ่าตัดทางหน้าท้องไว้ให้พร้อมด้วย

ให้ steroid ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์

พยายามวินิจฉัยภาวะเลือดออกจากโรคอื่น โดยการใช้อุปกรณ์ตรวจ เช่น Ultrasound หรือ การตรวจพิเศษอย่างอื่นเพื่อหาตำแหน่งที่รกเกาะ ถ้าตรวจพบว่าเป็น Total placenta previa ต้องเตรียมผ่าตัด เอาเด็กออกทางหน้าท้องทันที

ตรวจน้ำที่เข้าในร่างกายและน้ำที่ออกจากร่างกาย (Record intake and urine out put) เพื่อดูการทำงานของไต

พูดคุยให้กำลังใจให้คลายความวิตกกังวล เพราะส่วนมากผู้ป่วยจะกลัว เนื่องจากมีเลือดออกมาก

12. แม้ว่าเลือดจะหยุดไปแล้ว 2 วัน ก็ยังให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอีกประมาณ 2-3 วัน เพื่อให้เลือดออกมามาก แล้วจากนั้นอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยต้องอธิบายให้ผู้ป่วย สามี หรือญาติเข้าใจว่า แม้กลับบ้านไปแล้วก็ห้ามทำงานหนัก และต้องมีคนคอยดูอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา ห้ามทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว เมื่อมีเลือดออกแม้เล็กน้อยก็ตามต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีถ้าไม่สามารถทำได้ต้องให้ผู้ป่วยอยู่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป เพราะถ้ากลับบ้านไปแล้ว นำมาส่งโรงพยาบาลไม่ทันจะทำให้มารดาและทารกในครรภ์เสียชีวิตได้

2. หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ยกเว้น กรณี Low lying placenta

การรักษาแบบรีบด่วน (Active treatment)

แม้ว่าอายุครรภ์จะน้อยกว่า 37 สัปดาห์ และทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม แต่จะต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ถ้าผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้

1. เลือดออกมาก
2. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์
3. ในรายที่เป็น Total placenta previa
4. ทารกในครรภ์ตายแล้ว

การทำให้ครรภ์สิ้นสุดลง มี 2 วิธี คือ ให้คลอดเองทางช่องคลอด และผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง ซึ่งจะเลือกวิธีไหน ขึ้นอยู่กับ สภาพของมารดาและทารก, ชนิดของรกเกาะต่ำ และ ความชำนาญของแพทย์

การทำคลอดทางช่องคลอด ควรพิจารณาดังนี้ คือ

1. เป็นรกเกาะต่ำชนิด Low lying หรือ Marginal placenta previa
2. เลือดออกน้อย สภาพมารดาและทารกในครรภ์ดี
3. ความก้าวหน้าของการคลอดดี หรือคาดว่าจะดี
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น ช็อค หรือโรคหัวใจ

การทำคลอดทางช่องคลอด (Vaginal delivery)

ใช้ Forceps เจาะถุงน้ำคร่ำไหลออกมาๆ หัวเด็กก็จะกดบนรก เป็นการห้ามเลือดไปในตัว อาจเร่งการคลอดให้เร็วขึ้นโดยการหยด oxytocin เข้าหลอดเลือดดำ ใช้ได้ผลกับผู้ป่วยครรภ์หลังที่ปากมดลูกเปิดมากแล้ว

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean section)

เป็นวิธีการคลอดค่อนข้างจะปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก เนื่องจากเป็นการกระทำที่รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องผ่านระยะการคลอดที่ยาวนานต่อไป เป็นการลดการเสียเลือดจากการแยกตัวของรกขณะมดลูกหดตัว นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันการฉีกขาดของปากมดลูกส่วนล่างด้วย เพราะบริเวณนี้มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมากเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นบริเวณที่รกเกาะ การลดระยะเวลาของการคลอด ช่วยให้เด็กในครรภ์เกิดภาวะการขาดออกซิเจนน้อยที่สุด

การผ่าตัดควรทำแบบ low transverse ถึงแม้บางรายผ่าทะลุเข้าไป ซึ่งอาจจะเสียเลือดค่อนข้างมาก ก็ตาม สำหรับการผ่าแบบ classical ควรจะเลือกทำในรายต่อไปนี้

รกเกาะต่ำที่ทอดขวางส่วนหน้า (Anterior placenta previa)

เด็กท่าขวางนอกจากจะต้องผ่าทะลุรกแล้ว ยังมีความลำบากในการดึงเด็กออก

ในรายที่ต้องการทำหมันอยู่แล้ว

ในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยนัก เช่น ขนาดผู้ช่วย ไม่มีเลือด ผู้ผ่าตัดมีความชำนาญน้อย

บางรายอาจเป็น placenta accreta ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียเลือดขณะผ่าตัดควรที่จะตัดมดลูกออกเสียเลย ถ้าทิ้งไว้จะเกิดการตกเลือดหลังคลอดอย่างมาก จนถึงกับต้องเปิดหน้าท้องใหม่เพื่อตัดมดลูกออก บางรายอาจจะรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตก่อน ได้รับการผ่าตัดด้วยซ้ำไป

การดูแลหลังคลอด ต้องดูแลป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือด และป้องกันการติดเชื้อโดย

1. Record vital signs เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของชีพจร และความดันโลหิต อุณหภูมิ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีอาการตกเลือด หรือติดเชื้อหรือไม่

2. ใส่ผ้าอนามัยที่สะอาด เพื่อสังเกตว่ามีการตกเลือดหรือไม่ ทำความสะอาดให้ทุกครั้ง
ที่เปลี่ยนผ้าอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อด้วย
3. สังเกตการหดตัวของมดลูกด้วย เพราะมดลูกอาจกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ช้า เพราะ
แผลที่รกเกาะอยู่ใกล้ช่องคลอด และเป็นส่วนที่ไม่มีการหดตัว
4. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากๆ เพราะผู้ป่วยอ่อนเพลีย เนื่องจากการเสียเลือด และการคลอด
โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ถ้านอนไม่หลับการให้นอนหลับ
5. ให้คำแนะนำผู้ป่วย เรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์
ภายนอก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
6. คอยระวังอาการเปลี่ยนแปลง ถ้ามีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ จะได้ให้การ
ช่วยเหลือได้ทันที

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (2552). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3. นนทบุรี : การช่างการพิมพ์.
- Klossner, Jayne N. and Hatfield Nancy (2006). **Introductory Maternity Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- มานี ปิยะอนันต์ และคณะ (2548). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วรุณวรรณ ผาโศตรและสิรินาถ นุชนาก (2548). การพยาบาลสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : เค.เอส.พี. การพิมพ์.
- อติวุทช กมูทมาศ (2546). ตำราสูติศาสตร์ ชุดการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ : บั๊กเน็ต.
- Alam, Naureen (2007). **Crash Course Obstetrics and Gynecology**. Philadelphia : Elsevier Mosby.
- Doane, Gweneth Hartrick and Varcoe, Colleen (2004). **Family Nursing as Relational Inquiry**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- Klossner, N Jayne; Hatfield, Nancy (2005). **Introduction Maternal & Pediatric Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- Ladewig, Patricia A.; London, Marcia L. and Davidson, Michele R. (2006). **Clinical Handbook for Contemporary Maternal and Newborn Nursing Care**. 6th Edition New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Littleton, Lynna Y. (2005). **Maternity Nursing Care**. New York : Thomson Delmar Learning.
- McKinney, Emily Slone et al. (2005). **Maternal and Child Nursing**. St.Louis : Elsevier Saunders.
- Olds, Sally B. et al. (2004). **Mater-Newborn Nursing & Women's Health Care**. 7th Edition. New Jersey : Pearson Prentice Hall.



สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารประกอบการสอน

การพยาบาลสตรีที่มีโรคติดต่อร่วมกับการตั้งครรภ์

อาจารย์ เพ็ญพิศ พรหมรักษ์

วัตถุประสงค์ : ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ การรักษา และวางแผนเพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดต่อระดับอวัยวะ หัดเยอรมัน ซิฟิลิส เริม Condyloma accuminata และ AIDS ได้

ขอบเขตเนื้อหา

1. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคระดับอวัยวะ
2. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัดเยอรมัน
3. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส
4. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเริม
5. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรค Condyloma accuminata
6. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรค AIDS

เนื้อหา

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคระดับอวัยวะ

โรคระดับอวัยวะเกิดจากเชื้อไวรัสชนิด DNA virus ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดต่อและอาการตัวเหลืองตาเหลือง ที่พบบ่อยที่สุด

อุบัติการณ์

โรคระดับอวัยวะมีอุบัติการณ์สูงในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทยพบการติดเชื้อได้บ่อยในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15-30 ปี

สาเหตุ

เกิดจากเชื้อไวรัสระดับอวัยวะ

อาการและอาการแสดง

1. ตับอวัยวะในระยะเฉียบพลัน
2. ตับอวัยวะไวรัสชนิดเรื้อรัง แบ่งได้เป็น
 - 2.1 พาหะของโรค (osymptomatic carrier)

2.2 chronic persistent hepatitis

2.3 chronic active hepatitis หรือ chronic aggressive hepatitis

การวินิจฉัย

1. จากลักษณะของอาการและอาการแสดง
2. ผลทดสอบการทำงานของตับ ค่าของ SGOT SGPT ระดับ bilirubin
3. การตรวจน้ำเหลืองหาแอนติเจนหรือแอนติบอดีต่อไวรัส HB_s Ag, anti- HB_s และ anti-HBc, Hb_e Ag หรือ anti- Hb_e

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

การตั้งครรภ์ไม่ทำให้โรครุนแรงขึ้น อย่างไรก็ตามเชื่อว่าถ้าเป็นระยะท้ายของการตั้งครรภ์จะมีความรุนแรงขึ้น มีการรายงานว่าในประเทศที่มีภาวะทุพโภชนาการและการดูแลก่อนคลอดไม่ดี จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงมากขึ้น

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

ตับอักเสบมักจะเกิดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ตัวโรคเองมักไม่มีผลต่อทารกในครรภ์โดยตรง มารดาสามารถตั้งครรภ์ต่อไปจนครบกำหนดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น คลอดก่อนกำหนด หรือทารกตายในครรภ์ เชื้อไวรัสบีหากติดต่อถึงทารกจะทำให้ติดเชื้อไวรัสตั้งแต่กำเนิด กลายเป็นพาหะ และอาจมีผลทำให้เป็นตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตลอดจนมะเร็งตับในระยะ 10-25 ปีต่อมา

การติดเชื้อไปยังทารกมิได้ดังนี้คือ

1. ผ่านทางรก
2. ติดเชื้อขณะคลอด
3. ติดเชื้อระยะหลังคลอด
4. การให้น้ำเกลือ ฉีดยา

การรักษา

1. การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์
2. การช่วยเหลือระยะคลอด
3. การแยกมารดาและทารก
4. การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา
5. ให้ภูมิคุ้มกันแก่ทารก
 - 5.1 passive immunization
 - 5.2 Active immunoglobulin
6. การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีสำหรับสมาชิกในครอบครัว
 - 6.1 ผู้ใหญ่ทุกรายในครอบครัวควรตรวจคัดกรองก่อนรับวัคซีน

6.2 ในเด็กอายุ 6-15 ปี ควรจะคัดกรองเพื่อรับวัคซีน

6.3 ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ให้ฉีดวัคซีนได้เลยไม่ต้องตรวจคัดกรอง
การพยาบาล ปฏิบัติดังนี้

1. ระยะตั้งครรภักรณัหญิงตั้งครรภัเป็นพาหะของโรคให้คำแนะนำดังนี้
 - 1.1 สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ไม่ควรทำงานเครียด
 - 1.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน งดดื่มของมีนเมาทุกชนิด
 - 1.3 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
 - 1.4 แนะนำให้พานुकคลที่ใกล้ชิดในครอบครัวมาตรวจเลือด
2. ในระยะคลอด
 - 2.1 ใช้หลัก Universal precaution
 - 2.2 ควรให้คลอดในห้องแยก
 - 2.3 เมื่อทารกคลอดรีบคลุมกอกออกจากปาก จมูก ให้มากและเร็วที่สุด
 - 2.4 ไม่ควรทำหัตถการใด ๆ แก่ทารก
3. ระยะหลังคลอด
 - 3.1 ให้นมบุตรได้ ยกเว้นในรายที่มารดาห้วนมแตกหรือมีแผล
 - 3.2 ดูแลทารกให้ได้รับวัคซีนตามแผนการรักษา
 - 3.3 ให้คำแนะนำเรื่องวัคซีนที่ให้ทารกกับมารดา
 - 3.4 แยกของใช้มารดา และแนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภัที่เป็นโรคหัดเยอรมัน

ความหมาย และสาเหตุ

โรคหัดเยอรมัน คือ โรคติดเชื้อไวรัสซึ่งเกิดจาก Rubella x virus (German measles virus) ระยะฟักตัว 14 - 21 วัน ระยะติดต่อตั้งแต่ 7 วันก่อนผื่นขึ้นถึง 5 วันหลังผื่นขึ้น
อุบัติการณ์

Centers for Disease control and prevention (CDC) รายงานว่า สตรีมีความไวต่อหัดเยอรมันเพิ่มขึ้นและมีสูงถึงร้อยละ 25

พยาธิ สภาพ

การติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภั อาจเป็นผลจากไวรัสเข้าสู่กระแสเลือดของมารดาและมีการติดเชื้อที่รก ทารกมีความเสี่ยงในการติดเชื้อผ่านจากรกเข้าสู่ร่างกาย โดยเฉพาะการได้รับเชื้อในช่วงที่ร่างกายกำลังสร้างอวัยวะ ถ้าได้รับเชื้อในระยะ 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภัจะทำให้ทารกเกิดความพิการ ได้ร้อยละ 80 หญิงตั้งครรภัร้อยละ 30 ที่ติดเชื้อหัดเยอรมันอาจแท้งเองหรือทารกตายคลอด

อาการและอาการแสดง

1. การติดเชื้อหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์ (Acquire Rubella infection) อาการที่พบได้แก่ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต และข้ออักเสบ

2. ทารกพิการ โดยกำเนิดจากการเกิดเชื้อหัดเยอรมัน

การวินิจฉัย

1. หญิงตั้งครรภ์

1.1 ประวัติ อาการและอาการแสดง

1.2 การตรวจทางห้องทดลอง

2. ทารก

2.1 ทารกในครรภ์ วินิจฉัยจากการตรวจ IgM ในเลือดทารก

2.2 ทารกแรกเกิด การตรวจพบความพิการ โดยกำเนิด

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

หัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์มีได้รุนแรงไปกว่าคนไม่ได้ตั้งครรภ์ และไม่ได้เพิ่ม ภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อในช่วง 4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ แม้จะมีผื่นขึ้นหรือไม่ขึ้นก็ตาม มีโอกาสติดต่อไปยังทารกในครรภ์ได้ เชื้อจะไปยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ และทำให้มีโครโมโซมแตกเกิดขึ้น ความผิดปกติที่มีผลต่อทารกในครรภ์มีดังนี้

1. ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์
2. ทำให้มีการติดเชื้อเรื้อรังในระยะที่อวัยวะกำลังเจริญเติบโต
3. ทารกที่อยู่ในครรภ์อาจจะแท้ง ตายคลอด หรือพิการแต่กำเนิด

ในกรณีที่การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด (ไม่แท้ง) และเด็กคลอดออกมาจะมีชีวิตอาจพบ ความผิดปกติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. เด็กตัวเล็ก น้ำหนักน้อยกว่าปกติ และเจริญเติบโตช้า
2. อาจพบความผิดปกติเกี่ยวกับตา
3. โรคหัวใจแต่กำเนิด
4. มีผื่นเลือดออก
5. ความผิดปกติทางสมอง
6. ตับโต ม้ามโต อาจมีตับอักเสบ
7. มีความผิดปกติที่กระดูก
8. ปอดบวม
9. ความบกพร่องในการได้ยิน

10. เกร็ดเลือดต่ำ และ โลหิตจาง
11. ความผิดปกติของ ไคโร โม โชม

การรักษา

1. เพื่อป้องกัน โรคหัดเยอรมัน สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกรายควรได้รับวัคซีน
2. หญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสหัดเยอรมัน จะได้รับการตรวจ HAI ทันที
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อจะได้รับการรักษาตามอาการ
4. ให้ Immunoglobulin ในหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสโรค

กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นหัดเยอรมัน

การ ประเมิน สภาพ

1. ประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. ภาวะจิตสังคม
4. ควรตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อหัดเยอรมัน เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรค
2. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อหัดเยอรมัน เนื่องจากไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรค หรือได้รับวัคซีนในขณะที่ตั้งครรภ์ไตรมาสแรก หรือตั้งครรภ์ภายหลังฉีดวัคซีน 3 เดือน
3. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อหัดเยอรมัน เนื่องจากสัมผัสกับผู้เป็นโรคหัดเยอรมัน
4. หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและอันตรายต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา และการดำเนินของโรค
5. ทารกมีโอกาสเกิดความพิการ หรือเสียชีวิต เนื่องจากมารดาติดเชื้อหัดเยอรมัน
6. หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมเสี่ยงปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากการสูญเสียทารกในครรภ์จากการติดเชื้อหัดเยอรมัน

การ พยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคหัดเยอรมันในหญิงตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. เน้นให้มารดาทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์
2. พยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยที่เป็นหัดเยอรมัน
3. แนะนำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคนฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน

การประเมินผล

ภายหลังให้การพยาบาลการประเมินผลจะพิจารณาจาก

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินสถานะการติดเชื้อหัดเยอรมัน
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมเมื่อติดเชื้อหัดเยอรมัน
3. หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม กับพยาธิ

สภาพของโรค

4. หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีพฤติกรรมและการเผชิญกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส

ซิฟิลิสเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอันตรายเนื่องจากมีอาการเรื้อรัง ระยะติดต่อยาวนานกว่า 2 ปี สามารถทำให้เกิดโรคแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ อาจมีอาการแสดงที่ชัดเจนหรืออาจอยู่ในระยะสงบได้เป็นระยะเวลานาน นอกจากติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้วยังสามารถติดต่อจากมารดาไปยังทารกได้

สาเหตุ

แบคทีเรีย ชื่อ *Treponema pallidum* ระยะฟักตัวประมาณ 10-90 วัน

การแบ่งระยะโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. Early infection state วินิจฉัยได้ภายในปีแรก หลังได้รับเชื้อ
 - 1.1 Primary syphilis
 - 1.2 Secondary syphilis
 - 1.3 Early latent syphilis
2. Late Noninfection state
 - 2.1 Late latent syphilis
 - 2.2 Tertiary syphilis
 - 2.3 Cardiovascular syphilis
 - 2.4 Neurosyphilis

พยาธิสภาพ

- *Treponema pallidum* ผ่านรก ทารกติดเชื้อก่อนอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ทารกมีกลไก Langhan's epithelial layer ป้องกันการติดเชื้อ
- Congenital syphilis เป็นปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันของทารกมากกว่าการทำลาย cell จากเชื้อ *Treponema pallidum*

อาการและอาการแสดง

- Primary syphilis จะมีแผลเดี่ยวๆ ลักษณะแผลเรียกว่า Hard chancre แผลกดไม่เจ็บ เป็น 2-6 สัปดาห์

- Secondary syphilis ผื่นที่ผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ เรียกว่า Condyloma lata ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ต่อมน้ำเหลืองโต อาจเห็นแผล chancre อาการแสดงของ Secondary syphilis จะพบภายหลังแผล chancre หายดีแล้ว 6-8 สัปดาห์ อาจพบไข้ต่ำๆ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด ขน คิ้วร่วง ผมร่วง

- Late latent syphilis ไม่มีอาการแสดง ตรวจไม่พบความผิดปกติ

- Tertiary syphilis จะพบรอยโรคมีลักษณะเฉพาะ เรียก gumma

- Cardiovascular, Neuro syphilis จะมีอาการเฉพาะของระบบนั้น

การวินิจฉัย

1. ซักประวัติ

2. เพาะเชื้อตรวจ

3. การตรวจน้ำเหลือง(Serology) 2 ครั้ง เมื่อ ANC ครั้งแรก และอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์

3.1 Nontreponemal test – VDRL

3.2 Specific Treponemal test – FTA-ABS, MHA-TP (TPHA) ถ้าผลบวกก็จะบวกตลอดชีวิต ไม่ใช่ในการติดตามผลการรักษาไม่ค่อยพบ False positive

3.2 Specific Treponemal test – FTA-ABS, MHA-TP (TPHA) ถ้าผลบวกก็จะบวกตลอดชีวิต ไม่ใช่ในการติดตามผลการรักษาไม่ค่อยพบ False positive

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

1. ความรุนแรงไม่แตกต่างจากคนทั่วไป

2. อาการแสดงของ Secondary syphilis เข้าใจผิดคิดว่าเป็น paimar erythema

3. แผล cervical chancre ตรวจพบได้ง่าย

4. การตั้งครรภ์เป็นสาเหตุหนึ่งของ false-positive VDRL

5. การลดลงของ titer ภายหลังรักษา อาจช้า

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

1. แท้ง

2. คลอดก่อนกำหนด

3. ทารกน้ำหนักน้อย

4. ทารกเสียชีวิตในครรภ์

5. ทารกตายแรกคลอด

การรักษา

1. วินิจฉัยเพื่อตรวจหาภาวะที่ให้ผลบวกลวง

2. ตรวจยืนยัน

3. ประเมินระยะของโรค

4. แนวทางการรักษา

4.1 Early infection state

Procain penicillin 1 gm \times 10 day

Benzathine Penicillin 1.8 gm stat dose

Doxycycline 100 mg tid. 21 day

Amoxicillin 3 gm bid 14 day

4.2 Late latent syphilis

Procain penicillin 1 gm \times 15 day

Benzathine Penicillin 1.8 gm

4.3 Neurosyphilis

Benzyl penicillin 2-4 gm ทุก 4 hr \times 10 day

Procain penicillin 1 gm \times 21 day

Doxycycline 100 mg tid. 21 day

4.4 Congenital

Benzyl penicillin 50 mg/kg ทุก 12 hr \times 10 day

Procain penicillin 50 mg/kg \times 10 day

5. ภายหลังได้รับการรักษา อาจมีไข้ อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว ผื่นขึ้น

6. การติดตามผลการรักษา

6.1 ANC ตามปกติ ตรวจ VDRL ทุกเดือนจนตลอด หลังคลอด 3,6,12 เดือน ถ้า latent ซ้ำ
เดือนที่ 24

6.2 การตอบสนองต่อการรักษาจาก titer ควรลดลงอย่างน้อย 4 เท่า ภายใน 3-4 เดือน

6.3 ภายหลังรักษามา 1 ปี VDRL 1:4 หรือมากกว่ารักษาอีกครั้งเมื่อตั้งครรถ์

การพยาบาล

1. คัดกรอง เจาะ VDRL ทุกราย

2. ให้ความรู้ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ผลเลือด Reactive ส่งพบแพทย์ นำสามีมาเจาะเลือด

4. ในรายได้รับยา สังเกตอาการข้างเคียง

6. ระยะคลอดป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
7. ติดตามผลการรักษา
8. ดูแลด้านจิตใจ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเริม

ในปัจจุบันความชุกของการเกิดโรคเริมอวัยวะเพศพบเพิ่มมากขึ้น และตามมาด้วยการติดเชื้อเริมในทารกแรกคลอดเพิ่มขึ้นด้วย

สาเหตุ

เกิดจากเชื้อ Herpes simplex virus (HSV) ซึ่งเป็น DNA virus ในกลุ่ม Herpes แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ HSV-1 และ HSV-2 เชื้อ HSV-1 เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเริมที่ปาก ส่วนเชื้อ HSV-2 เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเริมอวัยวะเพศ

พยาธิสภาพ

HSV เป็น DNA virus ทำให้เกิดการติดเชื้อและแบ่งตัวภายในเซลล์ แล้วแพร่กระจายไปยังเซลล์ข้างเคียง เซลล์เยื่อที่ติดเชื้อจะเกิด Intranuclear inclusions, ballooning degeneration และตายไป มีเม็ดเลือดขาวเข้ามาอยู่ภายในและรอบ ๆ รอยโรค หลังจากนั้นเชื้อไวรัสจะแพร่กระจายไปโดย local spread และทางกระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นตามอวัยวะต่าง ๆ

อาการและอาการแสดง

1. First clinical episode แบ่งเป็น
 - 1.1 Primary
 - 1.2 Non - primary
2. Recurrent Infection
 - 2.1 Symptomatic
 - 2.2 Asymptomatic

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

ความบ่อยและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ จะเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์และการเกิดการติดเชื้อ มักเกิดขึ้นในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ โดยบางรายพบว่าการแพร่กระจายเชื้อจนเกิดภาวะ Hepatitis, Pneumonitis หรือ Coagulopathy เป็นต้น

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

เชื้อไวรัส HSV ผ่านจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ก่อให้เกิดการติดเชื้อในทารก ทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด กรณีที่ทารกติดเชื้อจะเกิดพยาธิสภาพที่ตา ปาก ผิวหนัง ส่วนน้ำ ซึ่งการติดเชื้อในทารกจะเป็นแบบกระจายทั่วไปหรือแบบเฉพาะที่ก็ได้ การถ่ายทอดเชื้อจากมารดาไปทารกเป็นไปได้ 2 ประการ

1. congenital HSV infection

2. Neonatal HSV Infection

2.1 Ascending Infection หลังจากถุงน้ำคร่ำแตก

2.2 Direct contact ทารกสัมผัสเชื้อโดยตรง ขณะคลอด

การรักษา แบ่ง ได้ดังนี้

1. การดูแลรักษาตามอาการ

1.1 ใช้น้ำเกลือ 0.90% ล้างแผลวันละ 2-3 ครั้งให้สะอาด

1.2 นั่งแช่น้ำอุ่น หรือน้ำเกลือเย็น (Warm or cold saline sitz bath)

1.3 ให้ยาแก้ปวด

1.4 ให้ยาเฉพาะที่

2. การดูแลก่อนคลอด และระยะคลอด มีแนวทางดังนี้

2.1 หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น Primory infection ให้การรักษา ดังนี้

2.1.1 เพาะเชื้อเริ่มบริเวณอวัยวะเพศ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

2.1.2 ควรคลอดโดย cesarean section

2.1.3 เพาะเชื้อเริ่มจาก conjunctiva skin และ pharynx ของทารก

2.1.4 ฝ้าระวังทารกแรกคลอด เพื่อดูอาการของการติดเชื้อเริ่ม

2.1.5 ถ้าผลเพาะเชื้อขึ้นเชื้อเริ่ม ให้รักษาด้วย acyclovir

2.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยติดเชื้อเริ่มมาก่อน

2.2.1 ให้ตรวจหารอยโรคอย่างละเอียด

2.2.2 ให้คลอดปกติทางช่องคลอด

2.2.3 ฝ้าระวังทารกแรกคลอด เพื่อดูอาการของการติดเชื้อเริ่ม

2.2.4 ถ้ามีอาการของการติดเชื้อเริ่ม ให้ทำการเพาะเชื้อแล้วรักษาด้วย acyclovir

3. การดูแลหลังคลอด

3.1 แยกทารกจากทารกคนอื่นๆ ดูแลใกล้ชิดอย่างน้อย 7-10 วัน

3.2 เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเริมอวัยวะเพศ

1. ระยะตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ควรปฏิบัติดังนี้
 - 1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และอันตรายของโรคต่อการตั้งครรภ์
 - 1.2 ถ้าพบ Herpetic lesion ให้ตรวจร่างกายโดยละเอียด ซักประวัติ อาการ และอาการแสดง แล้วส่งพบแพทย์ อธิบายวิธีการรักษาอย่างละเอียด
 - 1.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองและผลการรักษา
 - 1.4 เปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความรู้สึกร่างกายต่างๆ
 - 1.5 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่หญิงตั้งครรภ์
 - 1.6 สอนและให้คำแนะนำวิธีในการล้างแผล
2. ระยะคลอด
 - 2.1 ยึดหลัก Universal precaution
 - 2.2 การเตรียมอวัยวะสืบพันธุ์ ควรระวังมิให้ตุ่มบริเวณแผลแตก
 - 2.3 กรณีตรวจภายใน รมั้ดระวังมิให้ถุงน้ำคร่ำแตก
 - 2.4 กรณีคลอดทางช่องคลอด หลังศีรษะเด็กคลอดรีบเช็ดตาเด็กทันที
 - 2.5 ในรายที่ได้รับการผ่าตัดนำเด็กออกทางหน้าท้อง ต้องเตรียมมารดาทั้งร่างกาย และจิตใจ (วิธีให้การพยาบาลเหมือนกับการเตรียมผ่าตัด)
3. ระยะหลังคลอด ปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 แยกของใช้และทำลายเชื้ออย่างเหมาะสม
 - 3.2 ดูแลมารดาเหมือนการพยาบาลหลังผ่าตัดนำเด็กออกทางหน้าท้อง
 - 3.3 สังเกตอาการทารกหลังคลอด ซึ่งอาจติดเชื้อจากมารดา
 - 3.4 มารดาสามารถให้นมบุตรได้ ถ้าไม่มีแผลบริเวณเต้านม หัวนม
 - 3.5 เน้นให้มารดารักษาสุขภาพให้แข็งแรงเสมอ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหูดหงอนไก่ (Condyloma accuminata)

โรคหูดหงอนไก่ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยโรคหนึ่ง ลักษณะเป็นหูดที่เกิดที่อวัยวะเพศ รวมทั้งที่ทวารหนัก

อุบัติการณ์

ในประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 20 - 40

สาเหตุ

- เกิดจากเชื้อไวรัสที่มีชื่อเรียกว่า human papilloma virus ระยะฟักตัวของโรคหูด โดยทั่วไปนาน 1-3 เดือน บางครั้งอาจนานถึง 6-20 เดือน

พยาธิสภาพ

- ทำให้เกิดเนื้องอกใน natural host ถ้าเป็น benign tumor ไวรัสจะอยู่ในสภาพ episomal viral DNA หมายถึง DNA ของไวรัสไม่ได้รวมตัวกับยีนของโฮสต์ ไวรัสจะแฝงตัวในโฮสต์ในสภาพของ latent infection มากกว่าที่จะอยู่ในสภาพ transformation แบบมาตรฐาน
- กลไกที่ไวรัสทำให้เกิดมะเร็งอาจต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น สารก่อมะเร็ง(เคมีและกายภาพ), herpesvirus และระบบภูมิคุ้มกันของโฮสต์

อาการและอาการแสดง

มักพบเป็นติ่งเนื้อสีชมพูรวมกันเป็นก้อนคล้ายหงอนไก่ พบได้หลายรูปแบบ อาจมีจำนวนและขนาดที่แตกต่างกัน และอาจพบได้มากกว่าหนึ่งแห่ง มักพบเป็นก้อนเนื้อผิวขรุขระ ก้อนเนื้ออาจรวมตัวกันเป็นก้อนใหญ่ก้อนเดียว หรือเป็นก้อนเนื้อหรือติ่งเนื้อเล็กๆหลายก้อน ตำแหน่งที่พบบ่อยเป็นบริเวณแคมช่องคลอดและปากมดลูก หูดหงอนไก่ชนิดแบนมักพบที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน เช่น ช่องคลอดและปากมดลูก ปกติโรคหูดหงอนไก่จะไม่มีอาการอะไร เว้นเสียแต่อาจมีการฉีกขาด เลือดออก หรือติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม จึงทำให้เกิดการอักเสบเป็นหนองได้

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

จำนวนและขนาดของหูดจะใหญ่ขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เพราะหูดหงอนไก่เจริญจากความชุ่มชื้น และการมีเลือดมาเลี้ยงมากบริเวณช่องคลอด ทำให้อาจเป็นอุปสรรคขัดขวางช่องทางการคลอดได้ สำหรับทารกที่คลอดทางช่องคลอดในกรณีที่มีมารดาติดเชื้อไวรัสเอชพีวี พบว่าความเสี่ยงที่ทารกจะติดเชื้อไวรัสเอชพีวีมีน้อยมาก และส่วนใหญ่ของทารกที่ติดเชื้อ (ร้อยละ 80-90) ไวรัสเอชพีวีสามารถหายไปเองได้

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

หลักฐานการวิจัยในปัจจุบันไม่พบความเชื่อมโยงระหว่างการติดเชื้อไวรัส เอชพีวี กับการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ความพิการของทารก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของมารดาในขณะตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ น้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์คลอด เป็นต้น

การรักษา

1. ปล่อยให้ค่อยๆยุบและหายไปเอง
2. ทาด้วยสารที่สกัดมาจากยางไม้ชนิดหนึ่ง เรียกว่า podophylline
3. จี้ด้วยไฟฟ้า หรือจี้โดยใช้ความเย็น เช่น แก๊สไนโตรเจนเหลว
4. ทำการผ่าตัดออก อาจมีปัญหาเรื่องเลือดออกมาก

5. จีด้วยเลเซอร์ ใช้ได้ผลดีโดยเฉพาะในตำแหน่งที่ยากต่อการรักษา
6. ในกรณีที่เป็นตอนตั้งครรภ์ อาจทำให้ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ต้องใช้การคลอดด้วยการผ่าตัดแทน
7. สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีนมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นวัคซีนชนิดผสมเชื้อไวรัสรวมสี่ชนิด ได้แก่ HPV types 6, 11, 16, 18 ซึ่งปัจจุบันใช้กันอย่างแพร่หลายในการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่าวัคซีนชนิดนี้สามารถป้องกันการเกิดโรคหูดหงอนไก่ได้เช่นกัน
8. ป้องกันการติดเชื้อโรคใหม่โดยตรวจกลุ่มเพศสัมพันธ์ หรือหลีกเลี่ยงแหล่งที่อาจมีเชื้อไวรัส

การพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหูดหงอนไก่ของมารดา และให้ความรู้เพิ่มเติม
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา เพื่อให้มารดาและสามีมีโอกาสเลือกวิธีในการรักษาที่เหมาะสม
3. เปิดโอกาสให้มารดาและสามีซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก แนะนำให้สามีทำการรักษาไปพร้อมกันในกรณีที่ตรวจพบว่าสามีมีการติดเชื้อและเป็นหูดหงอนไก่ด้วย
4. แนะนำวิธีการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น
5. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
6. สังเกตอาการทารกหลังคลอด ซึ่งอาจติดเชื้อจากมารดา

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรค AIDS

โรคเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขและยังไม่มียาหรือวิธีการใด ๆ ที่จะรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ อีกทั้งโรคดังกล่าวได้แพร่ระบาดต่อไปยังทารกในครรภ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ความหมาย

AIDS คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลาย ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสและ/หรือเป็นมะเร็งบางชนิด รวมทั้งเกิดอาการทางจิตและประสาทได้

อุบัติการณ์

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเอดส์มีประมาณร้อยละ 2 หรือในราว 20,000 คน และทารกที่เกิดมีโอกาสดูติดเชื้อจากมารดา 1 ใน 3 หรือร้อยละ 30 คิดเป็นปีละประมาณ 6,000 คน

สาเหตุ

จากเชื้อไวรัส หรือ HIV (Human immuno deficiency virus)

พยาธิสภาพ

เมื่อเชื้อ HIV เข้าสู่ร่างกายจะไปเกาะที่ Helper T cell (CD4 cell) เข้าสู่เซลล์แล้วทำลาย Helper T-cells หรือ T4 ส่งผลให้หน้าที่ของ T-cell ผิดปกติ ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย

การแพร่เชื้อได้ 3 ทางคือ

1. ทางเพศสัมพันธ์
2. ทางการรับเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ
3. จากมารดาสู่ทารก

อาการและอาการแสดง

การติดเชื้อในระยะเริ่มแรกอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด ภายหลังจากที่ได้รับเชื้อเอชไอวีไปแล้ว 3-12 สัปดาห์ คือ มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่น และอ่อนเพลีย พร้อมทั้งตรวจพบ Anti HIV antibody ระยะฟักตัวตั้งแต่ได้รับเชื้อจนมีอาการแสดงของโรคเอชไอวีได้ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี ในเด็กจะเฉลี่ยประมาณ 12 เดือนและผู้ใหญ่ประมาณ 24 เดือน

การวินิจฉัย

1. การตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี
 - 1.1 วิธีการตรวจเบื้องต้นหรือตรวจคัดกรอง (screening test) มี
 - 1.1.1 ELISA
 - 1.1.2 PA (Particle alutination)
 - 1.2 วิธีการตรวจยืนยัน (confirmatory test) มี
 - 1.2.1 WB (western blot test)
 - 1.2.2 RIPA (Rodioimmunoprecipiation ossay)
 - 1.2.3 IFA (Immunofluorescent assay)

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรค

ในปัจจุบันยังไม่มีรายงานการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่า การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอชไอวี

ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์

1. ผลต่อมารดา
2. ผลต่อทารกในครรภ์และภายหลังคลอด
 - 2.1 ในระยะตั้งครรภ์
 - 2.2 ในระยะคลอด

2.3 ในระยะหลังคลอด

การรักษา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะตั้งครรภ

1.1 ให้คำแนะนำ เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลตนเอง การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อเอดส์ในทารก การคุมกำเนิด และแนะนำให้พาสามีมารับการตรวจเลือด

1.2 ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนหรืออาการแสดงของโรคเอดส์ให้การรักษาตามสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาแม่เรื้อรัง

1.3 การให้ยาด้านไวรัสเอดส์และสารเพิ่มภูมิต้านทาน

1.4 วัคซีนโรคเอดส์ กำลังอยู่ระหว่างศึกษาค้นคว้า

2. ระยะคลอด เป้าหมายหลักคือ ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์โดยยึดหลัก

Universal precaution

3. ระยะหลังคลอด ไม่จำเป็นต้องแยกมารดาและทารก การงดนมมารดาไม่ได้เป็นข้อห้ามทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ควร ได้รับการดูแลและเฝ้าระวังจนถึงอายุ 15 เดือน

สำหรับการคุมกำเนิดมีหลายวิธี คือ วิธีถาวร เช่น การทำหมันหญิง การทำหมันชาย วิธีชั่วคราว เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด โดยใช้ฮอร์โมน สำหรับการใส่ห่วงอนามัย จะทำให้โอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น ดังนั้น จึงเป็นข้อห้ามของการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดนี้ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเลือกวิธีใดคุมกำเนิด ต้องใช้

ถุงยางอนามัยร่วมด้วยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

การพยาบาล แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะการตั้งครรภ ถ้าการตรวจเลือดได้ผลบวก แนะนำดังนี้

1.1 อธิบายความหมายของการตรวจเลือดที่ได้ผลบวก

1.2 ร่วมให้ข้อคิดเห็นในการตัดสินใจที่จะทำแท้งหรือตั้งครรภต่อไป

1.3 สอนวิธีการป้องกันไม่ได้รับเชื้อเพิ่ม

1.4 แนะนำวิธีรักษาสุขภาพอนามัย

1.5 แนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของโรคเอดส์

1.6 แนะนำให้พาสามีมาตรวจเลือด และควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

1.7 ส่งผู้ป่วยเข้าคลินิกกลุ่มเสี่ยงสูงของหน่วยฝากครรภ์

1.8 ปรึกษานุเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

1.9 รายงานให้หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทราบ

1.10 กรณีได้รับยา AZT ควรแนะนำการสังเกตอาการข้างเคียง

1.11 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเสริมสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ

2. ระยะคลอด

- 2.1 แยกห้องคลอด เตียงคลอด
- 2.2 หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือบางอย่าง เช่น ที่เจาะถุงน้ำ
- 2.3 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมไวรัสเอดส์อย่างเคร่งครัด
- 2.4 ควรหลีกเลี่ยงการสวนสายยางในมดลูก
- 2.5 ไม่โกนขนก่อนคลอด
- 2.6 ปูผ้าพลาสติกพื้นใหญ่บนเตียงคลอด
- 2.8 ไม่ตัดฝีเย็บ ไม่ใช้เข็มคัดเลือดจากสายสะดือ
- 2.9 การเย็บฝีเย็บใช้ปากคีบจับเนื้อเยื่อบริเวณที่จะเย็บ ป้องกันเข็มตำมือ
- 2.10 การตรวจทางทวารหนัก ใช้ถุงมือที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง
- 2.11 การตรวจรกควรทำให้ห้องคลอด
- 2.12 กรณีที่ต้องแก้เด็กหลังคลอด ควรปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล

3. ระยะหลังคลอด

- 3.1 การปฏิบัติต่อสิ่งส่งตรวจปฏิบัติตามวิธีการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น
 - 3.2 สวมเสื้อคลุม ถุงมือ ผ้าปิดปาก-จมูก แว่นตา เมื่อเช็ดตัวเด็กแรกเกิด
 - 3.3 ทำความสะอาดห้องคลอด ตามหลักของ Universal precaution
 - 3.4 ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอดใหม่ ๆ
 - 3.5 มารดาและทารกที่แข็งแรงดี ควรจัดให้อยู่ห้องแยกห้องเดียวกัน
 - 3.6 สวมผ้ากันเปื้อนพลาสติก ถุงมือ เมื่อตรวจฝีเย็บและแผล
 - 3.7 การพยาบาลมารดาและทารกหลังคลอด โดยทั่วไปปฏิบัติเช่นเดียวกับรายที่ปกติ
- ได้แก่ การให้นม การทำความสะอาดตา คิวหนัง การอุ้มเด็ก 3.8 การปฏิบัติการพยาบาลที่อาจทำให้เลือดออกในเด็กให้หลักการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด
- 3.9 สวมถุงมือ เมื่อดูแลสายสะดือจนกว่าแผลหาย
 - 3.10 ใช้ผ้าอ้อมชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง อย่างน้อยที่สุดในระยะที่เด็กมีขี้เทา
 - 3.11 แนะนำท่าหมั้น ถ้าไม่ท่าหมั้นให้กุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ไม่แนะนำการใส่ห่วง เพราะจะทำให้เกิดแผลแก่สามีระหว่างมีเพศสัมพันธ์
 - 3.12 แนะนำให้ตรวจ pap smear บ่อยกว่าสตรีปกติ
 - 3.13 แนะนำการเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง
 - 3.14 ติดตามทารก 2 ปี เจาะเลือดทารกตรวจเมื่ออายุ 15-16 เดือน
 - 3.15 ดูแลด้านจิตใจ
 - 3.16 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน เช่น อาหาร การพักผ่อน การทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (2552). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3. นนทบุรี : การช่างการพิมพ์.
- Klossner, Jayne N. and Hatfield Nancy (2006). **Introductory Maternity Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- มานี ปิยะอนันต์ และคณะ (2548). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วรุณวรรณ ผาโคตรและสิรินาถ นุชนาก (2548). การพยาบาลสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : เค.เอส.พี. การพิมพ์.
- อดิวิฑฐ กมุทมาศ (2546). ตำราสูติศาสตร์ ชุดการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ : ไม้คันท.
- Alam, Naureen (2007). **Crash Course Obstetrics and Gynecology**. Philadelphia : Elsevier Mosby.
- Doane, Gweneth Hartrick and Varcoe, Colleen (2004). **Family Nursing as Relational Inquiry**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- Klossner, N Jayne; Hatfield, Nancy (2005). **Introduction Maternal & Pediatric Nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins.
- Ladewig, Patricia A.; London, Marcia L. and Davidson, Michele R. (2006). **Clinical Handbook for Contemporary Maternal and Newborn Nursing Care**. 6th Edition New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Littleton, Lynna Y. (2005). **Maternity Nursing Care**. New York : Thomson Delmar Learning.
- McKinney, Emily Slone et al. (2005). **Maternal and Child Nursing**. St.Louis : Elsevier Saunders.
- Olds, Sally B. et al. (2004). **Mater-Newborn Nursing & Women's Health Care**. 7th Edition. New Jersey : Pearson Prentice Hall.