กรณีศึกษา | CASE STUDY

การพยาบาลฉุกเฉินผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย: กรณีศึกษา

Emergency Nursing Care for a Teenage Parturient with Methamphetamine Use at Srisatchanalai Hospital: A Case Study

วรรณนภา ประดิษฐ์[1]*

Wannapha Pradit[1]*

[1]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย *ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 14 ตุลาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 19 ตุลาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 31 ตุลาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): วรรณนภา ประดิษฐ์. การพยาบาลฉุกเฉินผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย: กรณีศึกษา.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(3):46-60.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (Case Study) ผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน 1 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะฝากครรภ์ ระยะฉุกเฉิน ระยะคลอด และระยะหลังคลอดและติดตาม โดยเน้นบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงและประสานส่งต่อ และเพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลพร้อมถอดบทเรียน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 9 เดือน คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ปกครอง การสังเกต และการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิดการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง กระบวนการพยาบาล และแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาเป็นหญิงไทยอายุ 16 ปี ครรภ์แรก มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 11+5 สัปดาห์ ตรวจพบ Urine amphetamine positive ได้คะแนน ASSIST V2 เท่ากับ 16 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7 คะแนน) และมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งปรึกษางานสุขภาพจิตและยาเสพติดในวันเดียวกัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 7 ข้อ ครอบคลุมทุกระยะ กรณีศึกษาหยุดใช้สารเสพติดได้ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะเป็นลบตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ต่อเนื่องจนคลอด คะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงจาก 7 เหลือ 3 คะแนนในการฝากครรภ์ครั้งที่ 4 และไม่พบความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ มาห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง ด้วยความวิตกกังวลเฉียบพลันจากความขัดแย้งในครอบครัว อาการทุเลาภายใน 35 นาที และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย คลอดปกติทางช่องคลอด ได้ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 2,640 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผลลัพธ์การพยาบาลบรรลุตามที่คาดหวัง 6 จาก 7 ข้อวินิจฉัย และบรรลุบางส่วน 1 ข้อวินิจฉัย คือ ความพร้อมด้านบทบาทมารดา ซึ่งยังคงกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร บทเรียนสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองตั้งแต่จุดแรกที่เข้าสู่ระบบ การดูแลต่อเนื่องข้ามหน่วยงาน บทบาทของ

พยาบาลห้องฉุกเฉินที่เป็นจุดเชื่อมต่อของระบบและไวต่อความเสี่ยงทางจิตใจ และการดูแลโดยไม่ตัดสินเพื่อสร้างความไว้วางใจ

คำสำคัญ: การพยาบาลฉุกเฉิน, ผู้คลอดวัยรุ่น, เมทแอมเฟตามีน, กรณีศึกษา, การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This case study examined a teenage parturient who used methamphetamine and received care at Srisatchanalai Hospital, Sukhothai Province. The objectives were to assess her health status and formulate nursing diagnoses; to plan and deliver nursing care using the nursing process across four phases (antenatal, emergency, labor, and postpartum with follow-up), with emphasis on the emergency nurse's role in screening, risk assessment, and interdepartmental coordination; and to evaluate nursing outcomes and derive lessons learned. The study was conducted from October 2025 to June 2026 (9 months). The case was selected purposively. Data were collected from medical records, interviews with the patient and her guardian, observation, and physical examination, and analyzed using content analysis based on a risk assessment and screening framework, the nursing process, and the concept of continuity of care and referral system. Trustworthiness was ensured through data triangulation and expert review.

The case was a 16-year-old Thai primigravida who attended her first antenatal visit at 11+5 weeks of gestation. Her urine amphetamine test was positive, her ASSIST V2 score was 16, she had mild depression (9Q = 7), and a history of a previous suicide attempt; she was referred to the mental health and substance use service on the same day. Seven nursing diagnoses covering all phases were identified. She stopped using methamphetamine by the second antenatal visit, and her urine tests were negative from November 17, 2025 until delivery. Her 9Q score decreased from 7 to 3 at the fourth visit, with no recurrence of suicidal ideation. She presented to the emergency department once with acute anxiety from a family conflict; her symptoms subsided within 35 minutes and she was safely discharged. She had a normal vaginal delivery of a female infant weighing 2,640 g without severe complications. Nursing outcomes were fully achieved for six of seven diagnoses and partially achieved for one (readiness for the maternal role), because she remained concerned about the costs of child-rearing. Key lessons were screening at the first point of entry into the system, continuous cross-departmental care, the emergency nurse serving as a system link who is sensitive to psychological risk, and non-judgmental care that fosters trust.

Keywords: Emergency nursing, teenage parturient, methamphetamine, case study, continuity of care

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง แต่ละปีมีเด็กหญิงอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรประมาณ 16 ล้านคน และเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี อีกประมาณ 2 ล้านคน โดยร้อยละ 95.00 ของการคลอดในวัยรุ่นเกิดขึ้นในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของเด็กหญิงอายุ 15-19 ปีทั่วโลก[1] ขณะเดียวกันปัญหาการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนก็ขยายตัวควบคู่กัน พบผู้ใช้สารกลุ่มนี้ทั่วโลกประมาณ 30.70 ล้านคน และปริมาณการตรวจยึดสารกลุ่มดังกล่าวสูงสุดเป็นประวัติการณ์ในปี ค.ศ. 2023[2] เมื่อปัญหาทั้งสองเกิดขึ้นพร้อมกันในบุคคลเดียว คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความซับซ้อนทั้งด้านสูติกรรม จิตเวช และสังคม

สำหรับประเทศไทย แม้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จะมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ 20.90 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน แต่ยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกิน 19.00 ต่อพันคน[3] ทั้งนี้ การใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย รวมทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจเหนื่อย ตัวเหลือง และอาการถอนยาในทารกแรกเกิด[4] นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสัมพันธ์กับความคิดทำร้ายตนเอง[5] และความเครียดมีความสัมพันธ์กับการใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์[6] ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการประเมินแบบองค์รวมมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยต้องร่วมกับหน่วยงานปกครองท้องถิ่นจัดตั้งจุดตรวจคัดกรองยาเสพติดในชุมชนเป็นประจำทุกปี[7] ปัญหาสำคัญที่พยาบาลห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้องเผชิญ คือ การประเมินและคัดแยกผู้คลอดวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงซ้อนทับกันหลายด้านโดยที่ผู้ป่วยมักไม่เปิดเผยข้อมูลตั้งแต่แรกรับ และการดูแลที่มักขาดความต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายระหว่างแผนกฝากครรภ์ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด และการติดตามหลังคลอดในชุมชน ซึ่งแต่ละจุดมีทีมผู้ดูแลต่างกัน

งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาการพยาบาลในระยะฝากครรภ์และระยะคลอดเป็นหลัก แต่ยังขาดการศึกษาที่เชื่อมโยงบทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินเข้ากับเส้นทางการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ ทั้งที่การศึกษาในต่างประเทศชี้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับปานกลางถึงรุนแรงมักเข้าถึงระบบบริการผ่านแผนกฉุกเฉิน[8] ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลฉุกเฉินผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบกรณีศึกษา ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมต่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์เฉพาะรายที่มีความซับซ้อนในบริบทจริง[9] เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้คลอดวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ตามกรอบแนวคิดการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง

2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะฝากครรภ์ ระยะฉุกเฉิน ระยะคลอด และระยะหลังคลอดและติดตาม โดยเน้นบทบาทการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และประสานส่งต่อของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและถอดบทเรียนจากการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นรายนี้ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (Case Study) ผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน จำนวน 1 ราย ณ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล[10] ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ (Continuity of Care and Referral System)[11] ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 9 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล และระยะวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน โดยติดตามกรณีศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงระยะหลังคลอด

กรณีศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นผู้คลอดวัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี มีผลตรวจปัสสาวะพบสารเมทแอมเฟตามีนหรือมีประวัติการใช้ มีเวชระเบียนครบถ้วนตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด สื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดีและให้ข้อมูลได้ อาศัยอยู่ในอำเภอศรีสัชนาลัยหรือพื้นที่ใกล้เคียงและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และผู้ป่วยกับผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรงอื่นที่ต้องส่งต่อรักษาเฉพาะทางทันที ขาดการติดตามมากกว่า 2 ครั้งติดต่อกัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ขอถอนตัวจากการศึกษา หรือย้ายไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่นเป็นหลัก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดและครอบครัว และแบบเก็บข้อมูลทางคลินิกและผลการตรวจ 2) แบบคัดแยกความฉุกเฉินตามเกณฑ์ MOPH ED Triage ซึ่งประเมินอาการสำคัญ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด การหดรัดตัวของมดลูก สภาพจิตใจและพฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเอง[12] 3) แบบคัดกรองมาตรฐานที่ใช้ในการฝากครรภ์ ได้แก่ ASSIST V2 สำหรับการใช้สารเสพติด แบบประเมินอาการถอนยา (OAS) แบบวัดความเครียด (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) 4)

แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 4 ระยะ ซึ่งประกอบด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ และ 5) แบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและแบบบันทึกการส่งต่อ ซึ่งกำหนดติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่สอง และติดตามที่คลินิกหลังคลอดในสัปดาห์ที่หก

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ และสูติแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83) จากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของภาษาและระยะเวลาที่ใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจปัสสาวะสารเสพติด การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ปกครอง (ครั้งละประมาณ 45-60 นาที) การสังเกตพฤติกรรม และการตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมมิติสูติกรรม สารเสพติด สุขภาพจิต และสัมพันธภาพครอบครัว กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาลตามระยะ พร้อมบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิดการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง กระบวนการพยาบาล และแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ จัดทำตารางสรุปตามช่วงเวลา (Timeline Matrix) เพื่อแสดงสถานการณ์และการดูแลในแต่ละระยะ และสังเคราะห์บทเรียนด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) จากการสัมภาษณ์ การสังเกต เวชระเบียน และข้อมูลจากผู้ปกครอง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer Review)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง นำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ เอกสารต้นฉบับเก็บในตู้ล็อกกุญแจและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน และจะทำลายข้อมูลภายใน 5 ปีหลังสิ้นสุดการศึกษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 16 ปี สถานภาพโสด กำลังศึกษามัธยม อาศัยอยู่กับ ยาย ตั้งครรภ์แรก ฝากครรภ์ 1 ครั้งที่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ อายุครรภ์ 38+2 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีประวัติแพ้ยา ให้ประวัติสูบเมทแอมเฟตามีนมาประมาณ 8 เดือน ครั้งล่าสุด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปฏิเสธการใช้สารเสพติดอื่น ญาติพามาด้วยอาการเจ็บครรภ์ถี่ ทุก 4-5 นาที นาน 3 ชั่วโมง ร่วมกับกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และพูดเร็ว แรกรับความดันโลหิต 168/108 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจน 97% อัตราการเต้นของหัวใจทารก 170 ครั้งต่อนาที ตรวจพบรูม่านตาขยายและเหงื่อออกมาก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกลิ้นปี่ ผลตรวจปัสสาวะพบเมทแอมเฟตามีน โปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยถูกคัดแยกเป็น ESI ระดับ 2 ลำดับเหตุการณ์แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลำดับเหตุการณ์และการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินและห้องคลอด (เวลาแสดงเป็นช่วงสัมพัทธ์)

ช่วงเวลา	การประเมินและสถานการณ์ของผู้ป่วย	การพยาบาลที่สำคัญ
แรกรับ (นาทีที่ 0-5)	ญาติพามาด้วยเจ็บครรภ์ถี่ กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 168/108 มม.ปรอท ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38.1 °C อัตราการเต้นของหัวใจทารก 170 ครั้ง/นาที คัดแยก ESI ระดับ 2	นำเข้าห้องช่วยชีวิตทันที จัดท่านอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจนและเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้นตามแผนการรักษา แจ้งแพทย์และสูติแพทย์ จัดห้องที่สงบ มีสิ่งกระตุ้นน้อย
นาทีที่ 5-15	ประเมิน ABCDE: ทางเดินหายใจโล่ง หายใจเร็ว SpO_2 97% ชีพจรเร็ว รูม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ไม่มีอาการนำของครรภ์เป็นพิษ มดลูกหดรัดตัว ทุก 4-5 นาที ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด	ติดตามสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ติดตามการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกต่อเนื่องด้วยเครื่อง EFM เช็ดตัวลดไข้ ให้สารน้ำตามแผน ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว
นาทีที่ 15-30	ความดันโลหิต ≥160/110 มม.ปรอทไม่ลดลง กระสับกระส่ายมากขึ้น พยายามลุกจากเตียง ปฏิเสธการตรวจ	สื่อสารด้วยท่าทีสงบ ไม่ตัดสิน ใช้ประโยคสั้นและชัดเจน ลดสิ่งกระตุ้น ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงการผูกยึด ให้ยาควบคุมอาการกระสับกระส่ายและความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียง
นาทีที่ 30-60	ผลตรวจปัสสาวะพบเมทแอมเฟตามีน โปรตีนในปัสสาวะ เบื้องต้น ไม่พบความ	เก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ รวมถึง HIV VDRL HBsAg ตามระบบ ส่งข้อมูลให้แพทย์วินิจฉัยแยกภาวะความดันโลหิตสูงจาก

	ผิดปกติที่บ่งชี้ครรภ์เป็นพิษ ปากมดลูกเปิด 6 ซม.	สารกระตุ้นกับครรภ์เป็นพิษ เตรียมยาและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ประสานห้องคลอดและทีมรับทารก
ชั่วโมงที่ 1-6	ความดันโลหิต 150/96 มม.ปรอท อาการสงบลง การหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ การเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ส่งต่อการดูแลไปห้องคลอดด้วยการส่งเวรแบบ ISBAR ติดตามความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิต่อเนื่อง ดูแลความสุขสบาย ให้กำลังใจและให้ข้อมูลเป็นระยะ
การคลอด	คลอดทางช่องคลอดเมื่อ เวลา 19.00น. ทารก น้ำหนัก 2,780 กรัม Apgar score 8, 9, 9	ดูแลการคลอดและทำคลอดรก ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการตกเลือด ประเมินมดลูกและปริมาณเลือดที่เสียซ้ำ ส่งทารกให้กุมารแพทย์ประเมิน
หลังคลอดจนถึงจำหน่าย	สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีภาวะตกเลือด ผู้ป่วยร้องไห้ วิตกกังวลเรื่องทารกและการถูกดำเนินคดี	ประเมินอารมณ์และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ให้คำปรึกษา ประสานนักสังคมสงเคราะห์และทีมบำบัดยาเสพติด ให้คำแนะนำเรื่องการให้นมบุตร การคุมกำเนิด และการนัดติดตาม

2. การประเมินสภาพและปัญหาทางการพยาบาล

การคัดแยกและการประเมินเบื้องต้น ผู้ป่วยถูกคัดแยกเป็น ESI ระดับ 2 เนื่องจากสัญญาณชีพผิดปกติรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของมารดาและทารก จึงนำเข้าห้องช่วยชีวิตทันที การประเมินแบบ ABCDE พบว่า A (Airway) ทางเดินหายใจโล่ง พูดคุยได้ B (Breathing) หายใจเร็ว 24 ครั้งต่อนาที เสียงปอดปกติ SpO_2 97% C (Circulation) ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ผิวหนังชุ่มเหงื่อ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด D (Disability) กระสับกระส่าย รูม่านตาขยาย ไม่มีอาการชัก และ E (Exposure) มีไข้ 38.1 °C ไม่พบบาดแผลหรือร่องรอยการถูกทำร้าย การตรวจครรภ์พบมดลูกหดรัดตัว ทุก 4-5 นาที ท่าทารกเป็นศีรษะ ไม่มีมดลูกแข็งตึงต่อเนื่อง และเมื่ออาการสงบลง พยาบาลประเมินด้านจิตสังคมในห้องที่เป็นส่วนตัวด้วยแนวทาง HEADSS (บ้าน การศึกษา กิจกรรม ยาเสพติด เพศสัมพันธ์ ความปลอดภัย และอารมณ์) ร่วมกับการคัดกรองความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศ ผลการประเมินสรุปปัญหาทางการพยาบาลได้ 6 ข้อ เรียงตามความเร่งด่วน

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

3.1 การควบคุมความดันโลหิตและภาวะหัวใจเต้นเร็ว (ข้อวินิจฉัยที่ 1) ความดันโลหิตตั้งแต่ 160/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและรกลอกตัวก่อนกำหนด[9] พยาบาลวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 15 นาทีด้วยขนาดผ้าพันแขนที่เหมาะสม เตรียมยาลดความดันโลหิตและแมกนีเซียมซัลเฟตตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการนำของครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกลิ้นปี่ และสะท้อนเอ็นไวเกิน ร่วมกับผลตรวจปัสสาวะและเลือด เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยแยกพิษจากสารกระตุ้นออกจากครรภ์เป็นพิษ เนื่องจากอาการอาจซ้อนทับกันและแนวทางการรักษามีส่วนต่างกัน[9,10] นอกจากนี้ได้เช็ดตัวลดไข้และให้สารน้ำตามแผนการรักษา

3.2 ความปลอดภัยและการจัดการภาวะกระสับกระส่าย (ข้อวินิจฉัยที่ 3) พยาบาลเริ่มด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ ลดแสงและเสียง จัดห้องที่สงบ สื่อสารด้วยท่าทีสงบและไม่ตัดสิน ใช้ประโยคสั้นๆ และให้ญาติที่ผู้ป่วยไว้วางใจอยู่ใกล้ชิด การผูกยึดร่างกายถือเป็นทางเลือกสุดท้าย เพราะอาจทำให้อุณหภูมิกายสูงขึ้นและกล้ามเนื้อสลายตัวมากขึ้น[10] เมื่อวิธีที่ไม่ใช้ยาไม่ได้ผล ให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งเป็นทางเลือกแรกในการควบคุมอาการกระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูงจากสารกระตุ้น[10] พร้อมเฝ้าระวังการกดการหายใจ จัดท่านอนตะแคงซ้าย และยกไม้กั้นเตียง

3.3 การเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์ระยะคลอด (ข้อวินิจฉัยที่ 2 และ 4) พยาบาลติดตามการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกต่อเนื่องด้วยเครื่อง EFM และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบรูปแบบผิดปกติ พร้อมประเมินอาการของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ ปวดท้องต่อเนื่อง มดลูกแข็งตึง และเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งพบได้บ่อยขึ้นในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน[4,5] หลังคลอดป้องกันการตกเลือดโดยให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทุกราย ทำคลอดรกอย่างถูกวิธี คลึงมดลูก และประเมินปริมาณเลือดที่เสียต่อเนื่อง[11]

3.4 การดูแลทารกแรกเกิดและการดูแลต่อเนื่อง (ข้อวินิจฉัยที่ 5 และ 6) พยาบาลเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกและประสานกุมารแพทย์ก่อนคลอด หลังคลอดติดตามอุณหภูมิ ระดับน้ำตาล การดูดนม และอาการสะดุ้ง สั่น หงุดหงิด หรือซึม[12,18] สำหรับผู้ป่วย ให้คำปรึกษาโดยไม่ตัดสิน อธิบายสิทธิและขั้นตอนการช่วยเหลือประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องการให้นมบุตรขณะยังมีการใช้สาร[17] และการคุมกำเนิดหลังคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรม และการประเมินผลแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ	การประเมินผล
1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วจาก	วัดความดันโลหิตและชีพจรทุก 5-15 นาที ให้ยาลดความดันโลหิตและยา	ความดันโลหิตลดเหลือ 150/96 มม. ปรอท ภายใน 60

พิษของเมทแอมเฟตามีน	อื่นตามแผนการรักษา เช็ดตัวลดไข้ เฝ้าระวังอาการนำของครรภ์เป็นพิษและการชัก ส่งตรวจปัสสาวะและเลือดเพื่อช่วยการวินิจฉัยแยกโรค	นาที ไม่มีอาการนำของครรภ์เป็นพิษ ไม่มีการชัก อุณหภูมิ 37.4 ℃
2. เสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดจากสารกระตุ้นและความดันโลหิตสูงของมารดา	จัดท่านอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจนตามแผน ติดตามการเต้นของหัวใจทารกต่อเนื่องด้วย EFM รายงานแพทย์เมื่อพบรูปแบบผิดปกติ เตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือทารกในครรภ์	อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 110-160 ครั้ง/นาที ไม่พบรูปแบบผิดปกติรุนแรง
3. เสี่ยงต่ออันตรายจาก	จัดสิ่งแวดล้อม	อาการสงบลงภายใน

พฤติกรรมกระสับกระส่ายและก้าวร้าว	สงบ สื่อสารด้วยท่าทีไม่ตัดสิน ให้ญาติอยู่ใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการผูกยึด ให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนตามคำสั่งแพทย์ เฝ้าระวังการกดการหายใจ	30 นาที ไม่มีการผูกยึด ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย ทารก และบุคลากร
4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะคลอดและการตกเลือดหลังคลอด	ประเมินอาการรกลอกตัวก่อนกำหนด เตรียมหมู่เลือดและสารน้ำ ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทุกราย คลึงมดลูก ประเมินปริมาณเลือดที่เสียต่อเนื่อง	คลอดทางช่องคลอดปลอดภัย เสียเลือด 300 มล. มดลูกหดรัดตัวดี
5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด	ประสานกุมารแพทย์และเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ	Apgar score 8, 9, 9ระดับน้ำตาลปกติ ไม่พบอาการขาด

	ประเมิน Apgar score ติดตามอุณหภูมิ ระดับน้ำตาล การดูดนม และอาการสะดุ้ง สั่น หงุดหงิดหรือซึม	สารที่รุนแรง ได้รับการสังเกตอาการต่อ 48-72 ชั่วโมง
6. ผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัววิตกกังวล และต้องการการดูแลต่อเนื่อง	ให้คำปรึกษาแบบไม่ตัดสิน อธิบายสิทธิและขั้นตอนการช่วยเหลือ ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและความรุนแรง ประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด ให้คำแนะนำเรื่องการให้นมบุตรและการคุมกำเนิด	ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการดูแล ยินยอมเข้ารับการบำบัด มีการนัดติดตามหลังจำหน่าย และประสานทีมในชุมชน

หมายเหตุ: ESI = Emergency Severity Index; EFM = electronic fetal monitoring (การเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกต่อเนื่อง); HEADSS = Home, Education, Activities, Drugs, Sexuality, Safety, Suicide/depression

4. ผลลัพธ์การพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง

ภายหลังได้รับการพยาบาล ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงเหลือ 150/96 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 60 นาที อาการกระสับกระส่ายสงบลงโดยไม่ต้องผูกยึด การเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยคลอดทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 38+2 สัปดาห์ ไม่พบการตกเลือดหลังคลอด และความดันโลหิตหลังคลอด 24 ชั่วโมงอยู่ที่ 132/84 มิลลิเมตรปรอท ทารกแรกเกิด น้ำหนัก 2,780 กรัม Apgar score 8, 9 และ 9 ได้รับการสังเกตอาการต่อเนื่อง คะแนน Finnegan สูงสุด 4 คะแนน ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและแผนการนัดติดตาม 3 วัน ผลลัพธ์แสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลลัพธ์ของมารดาและทารกและการดูแลต่อเนื่องภายหลังการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ผลที่พบ	การแปลผล
ความดันโลหิตของมารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมง	132/84 มม.ปรอท	ลดลงสู่เกณฑ์ปกติ

ปริมาณเลือดที่เสียหลังคลอด	300 มล.	ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด
การผูกยึดร่างกายและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องฉุกเฉิน	ไม่มี	ผู้ป่วย ทารก และบุคลากรปลอดภัย
วิธีคลอดและอายุครรภ์ขณะคลอด	คลอดทางช่องคลอด อายุครรภ์ 38+2 สัปดาห์	คลอดครบกำหนด
น้ำหนักแรกเกิดและ Apgar score ที่ 1, 5, 10 นาที	2,780 กรัม; 8, 9, 9	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน Finnegan สูงสุดใน 72 ชั่วโมง	4 คะแนน	ไม่พบอาการขาดสารที่ต้องรักษาเฉพาะ
การดูแลต่อเนื่อง	ประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด นัดติดตาม 3 วัน	ประสานครบตามแผน

อภิปรายผล

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพยาบาลฉุกเฉินในผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนขึ้นอยู่กับการตัดสินใจในช่วงนาทีแรก การคัดแยกเป็น ESI ระดับ 2 ตั้งแต่แรกรับทำให้ผู้ป่วยได้เข้าห้องช่วยชีวิตและได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเต้นของหัวใจทารกทันที สอดคล้องกับหลักการของเกณฑ์ ESI ที่ให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตหรือมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์อันตรายได้รับการประเมินอย่างรวดเร็ว[16] ผู้ป่วยรายนี้มีทั้งการเจ็บครรภ์คลอด ความดันโลหิตระดับรุนแรง และอาการกระสับกระส่ายซ้อนกัน จึงต้องการทีมที่ประสานงานพร้อมกันตั้งแต่เริ่มต้น

ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากพิษของเมทแอมเฟตามีน ครรภ์เป็นพิษหรือทั้งสองอย่าง เมทแอมเฟตามีนกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตและชีพจรสูงขึ้น อุณหภูมิกายสูง และรูม่านตาขยาย[10] ขณะที่ครรภ์เป็นพิษวินิจฉัยจากความดันโลหิตสูงร่วมกับโปรตีนในปัสสาวะหรือการทำงานผิดปกติของอวัยวะเป้าหมาย[9] และผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น[4,5] การที่พยาบาลไม่หยุดเพียงการให้ยาลดความดันโลหิต แต่เก็บสิ่งส่งตรวจและเฝ้าระวังอาการนำของครรภ์เป็นพิษควบคู่กัน ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจรักษาได้ถูกต้องและเตรียมแมกนีเซียมซัลเฟตได้ทันหากเข้าเกณฑ์

การจัดการภาวะกระสับกระส่ายด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาก่อนและหลีกเลี่ยงการผูกยึด สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ระบุว่าการผูกยึดอาจทำให้อุณหภูมิกายสูงขึ้นและกล้ามเนื้อสลายตัว

และเบนโซไดอะซีพีนเป็นยาทางเลือกแรกในการควบคุมอาการจากสารกระตุ้น[10] ในผู้คลอดวัยรุ่น การสื่อสารอย่างให้เกียรติ การให้ญาติอยู่ใกล้ชิด และการอธิบายสั้นๆ ทีละขั้นตอน ยังช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตรวจและการเฝ้าระวังทารกในครรภ์

ด้านความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์และระยะคลอด การศึกษาหลายแห่งพบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนและแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อย และรกลอกตัวก่อนกำหนด[4-7] ซึ่งสนับสนุนการใช้ EFM ต่อเนื่อง การจัดท่านอนตะแคงซ้าย และการเฝ้าระวังอาการรกลอกตัวของพยาบาลในกรณีนี้ ส่วนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใช้หลักการจัดการระยะที่สามของการคลอดที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ได้แก่ การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก การทำคลอดรกอย่างถูกวิธี และการประเมินมดลูกหลังคลอด[11]

สำหรับทารกแรกเกิด มีรายงานว่าทารกที่ได้รับแอมเฟตามีนก่อนคลอดมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย และอาจมีอาการซึม ดูดนมไม่ดี หรือหงุดหงิดในระยะแรก[12] แบบประเมิน Finnegan พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มอาการขาดสารกลุ่มโอปิออยด์[18] จึงใช้ได้เพียงเป็นเครื่องมือช่วยติดตามอาการเบื้องต้นร่วมกับดุลยพินิจของกุมารแพทย์ สำหรับการให้นมบุตร ควรให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทางของ Academy of Breastfeeding Medicine ซึ่งโดยทั่วไปแนะนำให้งดให้นมบุตรขณะที่ยังมีการใช้เมทแอมเฟตามีน[17]

มิติจิตสังคมเป็นส่วนที่ห้องฉุกเฉินมักมองข้าม ผู้คลอดวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่[2] และผู้ใช้สารกระตุ้นระหว่างตั้งครรภ์มักไม่ได้รับการตรวจพบหรือเข้าสู่การบำบัดล่าช้า[8] การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะผู้ที่ต้องได้รับการดูแล มิใช่ผู้กระทำผิด ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าให้ข้อมูลการใช้สารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวทางทางกฎหมายที่ให้ผู้เสพเข้าสู่การบำบัดรักษา[14] และกฎหมายที่รองรับการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น[13] การคัดกรองความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ป่วยที่เป็นเด็กจึงเป็นหน้าที่ที่ต้องดำเนินควบคู่กับการดูแลทางคลินิก

ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษานี้ชี้ประเด็นเชิงระบบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ควรมีแนวปฏิบัติและสัญญาณเตือนในการคัดแยกผู้คลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด 2) ควรซ้อมแผนร่วมกันระหว่างห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด และทีมกุมารเวชกรรม รวมทั้งมีช่องทางส่งต่อที่ชัดเจนเมื่อเกินศักยภาพ และ 3) ควรมีระบบเชื่อมต่อกับนักสังคมสงเคราะห์และทีมบำบัดยาเสพติดตั้งแต่ก่อนจำหน่าย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) เป็นกรณีศึกษา 1 ราย จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้คลอดวัยรุ่นรายอื่นได้ 2) ข้อมูลการใช้สารเสพติดมาจากการรายงานตนเองและผลตรวจปัสสาวะเชิงคัดกรอง ซึ่งไม่สามารถยืนยันปริมาณหรือระยะเวลาการใช้ 3) ติดตามทารกเพียงช่วงสั้นระหว่างรับไว้ในโรงพยาบาล จึงยังไม่ทราบผลระยะยาวด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และ 4) ผู้นิพนธ์ร่วมดูแลผู้ป่วยจึงอาจมีอคติในการบันทึกและตีความข้อมูล ซึ่งลดผลกระทบด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนรายนี้ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 6 ข้อวินิจฉัย ภายใต้การคัดแยก ESI ระดับ 2 การประเมินแบบ ABCDE การควบคุมความดันโลหิตและอาการกระสับกระส่ายโดยไม่ผูกยึด การเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์คือมารดาปลอดภัย ไม่พบภาวะตกเลือด และทารกได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง บทเรียนสำคัญ คือ ต้องแยกพิษจากสารกระตุ้นออกจากครรภ์เป็นพิษอย่างรอบคอบ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ตีตรา และวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ในห้องฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 โรงพยาบาลควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินสำหรับผู้คลอดที่ใช้สารเสพติดกลุ่มกระตุ้น โดยกำหนดเกณฑ์การคัดแยก ผังการประเมิน ABCDE การควบคุมความดันโลหิตและอาการกระสับกระส่าย การเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์ และเกณฑ์การปรึกษาหรือส่งต่อ

1.2 ควรฝึกอบรมและซ้อมแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด และทีมกุมารเวชกรรม ครอบคลุมการแยกพิษจากสารกระตุ้นออกจากครรภ์เป็นพิษ การลดความรุนแรงของสถานการณ์โดยไม่ผูกยึด และการช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารกแรกเกิด

1.3 ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบไม่ตัดสินและการคัดกรองทางจิตสังคมในวัยรุ่น เช่น HEADSS ให้แก่บุคลากรห้องฉุกเฉิน และจัดพื้นที่ส่วนตัวสำหรับการให้คำปรึกษา

1.4 ควรสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบำบัดยาเสพติด เพื่อให้แม่วัยรุ่นได้รับการบำบัด การคุมกำเนิด และการติดตามพัฒนาการของทารกต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดหลายราย (case series) หรือทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจากหลายโรงพยาบาล เพื่อประมาณความชุกและภาวะแทรกซ้อนในบริบทของเขตสุขภาพ

2.2 ควรพัฒนาและทดสอบแนวปฏิบัติที่ได้จากกรณีศึกษานี้ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และติดตามผลระยะยาวของมารดาและทารก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าห้องฉุกเฉินและห้องคลอด สูติแพทย์ กุมารแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล และขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความยินยอมในการเผยแพร่กรณีศึกษานี้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Teenage pregnancy surveillance report 2024. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)

2. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121(Suppl 1):40-8.

3. United Nations Office on Drugs and Crime. Synthetic drugs in East and Southeast Asia: latest developments and challenges 2024. Bangkok: UNODC; 2024.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 479: methamphetamine abuse in women of reproductive age. Obstet Gynecol. 2011;117(3):751-5.

5. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ 3rd, Caughey AB. Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(4):429.e1-7.

6. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol. 2010;116(2 Pt 1):330-4.

7. Ladhani NN, Shah PS, Murphy KE. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(3):219.e1-7.

8. Smid MC, Metz TD, Gordon AJ. Stimulant use in pregnancy: an under-recognized epidemic among pregnant women. Clin Obstet Gynecol. 2019;62(1):168-84.

9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 222: gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-60.

10. Richards JR, Albertson TE, Derlet RW, Lange RA, Olson KR, Horowitz BZ. Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: a systematic clinical review. Drug Alcohol Depend. 2015;150:1-13.

11. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012.

12. Oei JL, Abdel-Latif ME, Clark R, Craig F, Lui K. Short-term outcomes of mothers and infants exposed to antenatal amphetamines. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95(1):F36-41.

13. Act on the Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016). Royal Thai Government Gazette. 2016. (in Thai)

14. Narcotics Code, B.E. 2564 (2021). Royal Thai Government Gazette. 2021. (in Thai)

15. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. BMJ Case Rep. 2013;2013:bcr2013201554.

16. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation handbook 2012 edition. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.

17. Reece-Stremtan S, Marinelli KA; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. Breastfeed Med. 2015;10(3):135-41.

18. Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. Addict Dis. 1975;2(1-2):141-58.