



กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกที่เป็นโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์
ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

Nursing Process of Gestational Diabetes in the Intrapartum and Postpartum
Mothers and Babies

เกศกัญญา ไชยวงศา^{1*}

Kedkanya Chaiwongsa^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Prabommarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{1*}

(Received: 2 กันยายน 2565; Revised: 25 เมษายน 2565; Accepted: 27 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตจากการขาดหรือลดการหลั่งของอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ในการนำกลูโคสผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ เข้าสู่เซลล์ของอวัยวะเพื่อนำไปเป็นพลังงานของร่างกาย ซึ่งการเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์สามารถพบได้ตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และเป็นในขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะคีโตซิสได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เกิดครรภ์แฝดน้ำและในระยะคลอด อาจจะทำให้เกิดภาวะการคลอดยากหรือการคลอดติดไหล่ เนื่องจากทารกตัวโต เกิดการช่วยคลอดสูติศาสตร์หัตถการ การผ่าตัดเพิ่มขึ้น ในระยะหลังคลอดทารกอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซียมต่ำ บิลิรูบินสูง และอาจส่งผลกระทบต่อระบบหายใจจนถึงขั้นเสียชีวิตหลังคลอดได้ การควบคุมระดับน้ำตาลของมารดาให้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดโดยเฉพาะในระยะใกล้คลอดและระยะคลอด จะช่วยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้

คำสำคัญ: โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, คลอดติดไหล่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kedkanya.gibb@bcnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 093-2916539)



Abstract

Gestational diabetes mellitus (GDM) causes pathological complications for the mother and the fetus during the intrapartum and postpartum period. Gestational diabetes is reported to be developed during antepartum and intrapartum period. Mothers with GDM could present gestational hypertension, urinary tract infection and higher Ketosis level compared to normal pregnancy, twin pregnancy and intrapartum period. Adverse obstetric events such as shoulder dystocia are unveiled caused by macrosomia. Adverse neonatal outcomes including hypoglycemia, low calcium, and higher bilirubinemia are also underlined as mortality risk. It is recommended to control the mothers' blood sugar levels as normal as possible, particularly during the third trimester, the intrapartum and postpartum period in order to prevent such adverse outcomes.

Keywords: Gestational Diabetes, Hypoglycemia, Shoulder Dystocia

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญในสตรีตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารก นอกจากนี้การตั้งครรภ์เองก็ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากความผิดปกติเรื้อรังของเมตาบอลิซึมที่เกิดจากการขาดอินซูลิน ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้การป้องกันความรุนแรงของโรคและให้การช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์ได้ทันเวลาที่แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. เบาหวานที่วินิจฉัยได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational DM : GDM) การแบ่งชนิดของโรคเบาหวานตาม White's Classification นั้น ได้จำแนกชนิดและความรุนแรงของโรคเบาหวานตามอายุที่เริ่มเป็นระยะเวลาของการเกิดโรค และพยาธิสภาพหลอดเลือดของอวัยวะต่างๆ ที่เกิดร่วมด้วย ต่อมาเพื่อสะดวกในการวินิจฉัย American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG; นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) ได้จำแนกชนิดของโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (GDM) โดยใช้ระดับ fasting plasma glucose เป็นเกณฑ์สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับความรุนแรง คือ

1.1 Class A1 (Glucose Intolerance) หมายถึง ตรวจพบระดับน้ำตาล Fasting Blood Sugar (FBS) น้อยกว่า 105 มิลลิกรัม/เดซิลิตรและ/หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr Postprandial Glucose: 2-hr pp) มีค่าต่ำกว่า 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร พบเป็นส่วนใหญ่ รักษาด้วยการควบคุมอาหาร

1.2 Class A2 หมายถึง ตรวจพบระดับน้ำตาล Fasting Blood Sugar (FBS) มีค่าตั้งแต่ 105 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป และ/หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr postprandial glucose: 2-hr pp) มีค่าตั้งแต่ 120 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป ให้การรักษาด้วยอินซูลิน

2. เบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนการตั้งครรภ์ (pre-gestational DM /overt DM)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรค

การขาดอินซูลินเกิดจาก Estrogen & Progesterone ซึ่งเป็นฮอร์โมนจากรก กระตุ้นให้ Beta Cell ของตับอ่อนของมารดาหลังอินซูลินมากขึ้น อินซูลินทำหน้าที่หลักในการเปลี่ยนน้ำตาลให้ลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น และทารกต้องการพลังงานมากขึ้น และร่างกายของหญิงตั้งครรภ์จะใช้พลังงานจากการสลายไขมันเพิ่มขึ้น และลดการใช้ น้ำตาลเพิ่มขึ้น เพื่อสงวนไว้ให้ทารก ในขณะที่ Human Placental Lactogen (HPL), Prolactin, และต่อมหมวกไต



ของทารกจะผลิตคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้น, เอนไซม์ดังกล่าวทำให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินลดลงหรือทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน เป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลต่ำ มีไขมันสะสมมาก เพิ่มความอยากอาหาร ความไวต่ออินซูลินลดลง จนในที่สุดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในระยะหลังรับประทานอาหาร (Postprandial Hyperglycemia) (กาญจนา ศรีสวัสดิ์และอรพินท์ สีขาว, 2557) นอกจากนี้ Estrogen, Progesterone ฮอร์โมนที่สร้างจากรก HPL ยังมีฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลินทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น ดับอ่อนจึงพยายามชดเชยโดยการผลิตอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ เมื่อไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ตามต้องการ จึงกลายเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ สำหรับในรายที่เป็นเบาหวานอยู่แล้วก็ต้องการอินซูลินมากขึ้นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้สมดุล HPL นอกจากมีฤทธิ์ต้านอินซูลินแล้ว ยังมีบทบาทในการสลายไขมันด้วย ทำให้ระดับ Free Fatty Acid (FFA) และ Ketone เพิ่มขึ้นจากการสลายไขมันและระดับของ Amino Acid ของสตรีมีครรภ์จะลดลงเนื่องจากถูกนำไปใช้ในการสร้างเนื้อเยื่อของรกและทารก

การตั้งครรภ์ส่งผลต่อโรคเบาหวาน คือ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น เกิดภาวะ diabetic ketoacidosis ได้ง่าย และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ จอตาเสื่อมสภาพ การทำงานของไตแยลง หรือกรวยไตอักเสบ ได้สูงขึ้น

โรคเบาหวานส่งผลต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ คือ ทำให้เกิด 1) ภาวะ Hypoglycemia มักพบในช่วงครึ่งแรกของการตั้งครรภ์ 2) ภาวะ Hyperglycemia พบมากในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ 3) การติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) ครรภ์แฝดน้ำ 5) ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ 6) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 7) การคลอดยาก 8) การตกเลือดหลังคลอด อัตราการตายของมารดา ด้านจิตใจ สตรีมีครรภ์จะมีความวิตกกังวลและกลัวอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและทารก สำหรับผลของโรคเบาหวานต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ 1) เกิดภาวะแท้งได้ 2) ทารกเสียชีวิตในครรภ์ 3) ทารกพิการแต่กำเนิด 4) ทารกตัวโตและน้ำหนักมากกว่าปกติ ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ เกิดการบาดเจ็บหลังคลอด 5) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ 6) ภาวะหายใจลำบาก 7) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 8) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ 9) ภาวะเลือดข้น (Polycythemia) 10) ภาวะbilirubin ในเลือดสูง มักพบในทารกที่เกิดก่อนกำหนด 11) พัฒนาการของสมองช้ามีเชื้อราปัญญาต่ำ 12) เกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรมไปยังทารก

อาการและอาการแสดง

โรคเบาหวาน ทราบได้จากการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้และมีอาการรุนแรงขึ้นจะพบอาการและอาการแสดง ดังนี้ (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาหวง, 2561) คือ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ และมีอาการรุนแรงขึ้น จะพบอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปัสสาวะมาก คอแห้ง กระหายน้ำ เลือดหนืดขึ้น หิวบ่อย น้ำหนักลด มีการสลายไขมันตามเนื้อเยื่อต่างๆ มาใช้เป็นพลังงาน เกิดภาวะ Ketosis โดยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นคล้ายแอมโมเนีย มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง อาจมีอาการปวดท้อง ท้องเดิน และซึมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งหมดสติ หากรักษาไม่ทันอาจเสียชีวิตได้

การคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

1. คัดกรองตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุเกิน 30 ปี ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว เคยเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ประวัติความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน เช่น คลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม มีประวัติทารกตายคลอด หรือตายโดยไม่ทราบสาเหตุในขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด GDM มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ถึง 3.57 เท่า (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ, 2559) การตรวจร่างกาย มีรูปร่างอ้วน ดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 ทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ ตรวจครรภ์พบว่าครรภ์ใหญ่



กว่าปกติ หรือพบครรภ์แฝดน้ำ (Hydramnios) ตรวจพบความผิดปกติของระบบต่าง ๆ จากเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ มีภาวะบกพร่องในการทนต่อกลูโคส (Impaired Glucose Metabolism) ตรวจคัดกรองให้เร็วที่สุด ถ้าผลปกติให้ตรวจซ้ำในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

2.1 การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะโดยใช้ Dipstick จะให้ผลบวกแต่ควรตรวจด้วยวิธีอื่น

2.2 การคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด มี 2 วิธี ได้แก่

2.2.1 การตรวจเพียงขั้นตอนเดียว “1 Step Screening” ด้วย 75 กรัม-OGTT เป็นการตรวจคัดกรองตามแนวของ The International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) (Metzger, et al., 2010 อ้างถึงใน สุขยา ลือวรรณ, 2558) แนะนำให้ตรวจคัดกรองในสตรีทุกราย (Universal Screening) โดยให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมงแล้ว เจาะ Fasting Blood Sugar (FBS) หลังจากนั้นรับประทานน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม แล้วถึงเจาะเลือดครั้งที่ 1 และ 2 ชั่วโมง ถ้าค่าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดค่าใดค่าหนึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ เท่ากับ 92 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ชั่วโมงที่ 1 เท่ากับ 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และในชั่วโมงที่ 3 เท่ากับ ชั่วโมง 153 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยต่ำกว่าที่ ACOG แนะนำไว้ คาดว่าจะสามารถคัดกรองเบาหวานได้มากขึ้น 3 เท่า

2.2.2 วิธีการตรวจแบบ 2 ขั้น (Two step screening) ได้แก่

2.2.2.1 การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 50 กรัม Glucose Challenge test : GCT ตรวจในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ให้สตรีตั้งครรภ์ให้ดื่มกลูโคสขนาด 50 กรัม โดยไม่คำนึงถึงมื้ออาหารที่ผ่านมาหรือไม่ต้องให้งดน้ำงดอาหารก่อนตรวจ จากนั้นเจาะเลือดหลังดื่มกลูโคสขนาด 50 กรัม เมื่อครบ 1 ชั่วโมง ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด (Plasma Glucose) เท่ากับ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมากกว่า ถือว่าผิดปกติ ถ้ามีความผิดปกติ แพทย์จะให้ตรวจวินิจฉัยต่อด้วย 100 กรัม Oral Glucose Tolerance test: OGTT อีก 1 สัปดาห์ต่อมา

2.2.2.2 การตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วย 100 กรัม Oral Glucose Tolerance test : OGTT โดยให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารตามปกติ คืนก่อนตรวจให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน 8-14 ชั่วโมง เช้าวันรุ่งขึ้นเจาะเลือดหา Fasting Blood Sugar (FBS) ก่อนดื่มสารละลายกลูโคส 100 กรัม หลังจากนั้นเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง (Postprandial Glucose) หลังดื่มสารละลายกลูโคส จะวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เมื่อ มีค่า Fasting Blood Sugar (FBS) ผิดปกติหรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติอย่างน้อย 2 ค่าขึ้นไป ซึ่งจะแปลผลว่าผิดปกติ เกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัย ACOG แนะนำให้ใช้ของ Carpenter และ Coustan และของ The National Diabetes Data Group (นันทพร แสนศิริพันธ์และฉวี เบาทรวง, 2561) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับน้ำตาลในเลือด จากการตรวจด้วย 100 กรัม OGTT ตามเกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan และของ The National Diabetes Data Group

ช่วงเวลา	ระดับน้ำตาล (Plasma Glucose) (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	
	Carpenter and Coustan	National Diabetes Data Group
ขณะอดอาหาร (FBS)	95	105
หลังรับประทานกลูโคส		
1 ชั่วโมง (1 hr-PPG)	180	190
2 ชั่วโมง (2 hr-PPG)	155	165
3 ชั่วโมง (3 hr-PPG)	140	145

ที่มา: Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, ...et al. (2014). Williams Obstetrics. (24th ed.) New York: McGraw-Hill. (P, 1127)



ในการเลือกอ้างอิงเกณฑ์การแปลผลเพียงแนวทางเดียว โดยเลือกให้เหมาะสมกับความชุกของโรคเบาหวาน และกลุ่มประชากรในแต่ละพื้นที่ โดยทั่วไปการใช้เกณฑ์วินิจฉัยของ Carpenter and Coustan จะทำให้วินิจฉัยภาวะ GDM ได้เพิ่มมากขึ้น และเร็วขึ้นมากกว่าการใช้เกณฑ์วินิจฉัยของ National Diabetes Data Group เนื่องจากเกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า แต่ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างกัน (ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, 2563)

แนวทางการรักษา

การดูแลรักษาเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ มีเป้าหมายหลักเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด รักษาสุขภาพทารกให้แข็งแรง และทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะในระบบต่างๆ น้อยที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารก เนื่องจากอาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อผ่านไตรมาสที่หนึ่งไปแล้ว ดังนั้นความพิการแต่กำเนิดไม่ค่อยเกิดขึ้นแต่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีในระยะใกล้คลอด อาจมีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่อทารกได้คือ ทารกตัวโต ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดต่ำ ระดับบิลิรูบินสูง และมีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome) โดยดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย แนวทางการรักษามักใช้ค่าระดับน้ำตาลจากการตรวจ OGTT เป็นหลักในการเลือกให้การรักษาด้วยอินซูลิน

การพยาบาลสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน

ระยะตั้งครรภ์ ควรเน้นในเรื่อง ความสำคัญการมาฝากครรภ์ และมาตรวจครรภ์ตามนัด การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด โดยทั่วไปในการติดตามผลการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มักใช้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hr Postprandial Glucose: 2-hr pp) ในการกำหนดปริมาณอาหาร และยาที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับ ดังนั้นควรแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมก่อนตั้งครรภ์ คือ ให้ระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารอยู่ระหว่าง 70-100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่สำคัญ ควรแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การกระจายมื้ออาหาร การแลกเปลี่ยนอาหาร อาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยง ควรได้รับพลังงานในแต่ละวันประมาณ 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ตลอดการตั้งครรภ์น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20-30 นาที จากการศึกษาของนางคราญ ไชยรบ และเกศกัญญา ไชยวงศา (2563) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายโดยการเล่นโยคะและฤๅษีดัดตนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5-6 มื้อ งดอาหารที่มีรสหวาน จำกัดอาหารประเภทแป้งและการออกกำลังกาย โดยใช้ความแรงระดับปานกลางหรือออกกำลังกายให้รู้สึกเหนื่อย แต่ยังสามารถพูดกับคนอื่นได้ (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารณ, และเบญจวรรณ ละหุการ, 2562) ซึ่งการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้น อินซูลินมีความไวในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ภาวะดื้อต่ออินซูลินจึงลดลง จึงช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การรักษาความสะอาดของร่างกาย แนะนำนันทบำบัดของทารกในครรภ์ การฉีดยาอินซูลิน พยาบาลควรสอนและให้สตรีตั้งครรภ์ทบทวนให้ฟังเกี่ยวกับวิธีการฉีดยา ตำแหน่งที่ฉีด การเก็บรักษาเวลาที่ฉีดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการแก้ไข

ระยะคลอด ดูแลให้นอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากท่านอนหงาย ดูแลให้ได้รับยาอินซูลินและสารละลายทางหลอดเลือดดำ และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะตามแผนการรักษา แนะนำและช่วยบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะพบทารกตัวโตทำให้เกิดการคลอดล่าช้าหรือยาวนานได้ การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก



เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการตามข้อบ่งชี้แต่ละราย รวมทั้งอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งของมารดาและทารกให้พร้อมใช้

ระยะหลังคลอด ประเมินและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดีจากทารกตัวโต แนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้ระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำช่วง 30-40 นาที หลังให้นมบุตรและพบได้บ่อยในช่วง 5-7 ชั่วโมงและระยะ 2-3 วันหลังคลอด อธิบายและแนะนำการคุมกำเนิด รายที่เป็นเบาหวานครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ อธิบายให้ความสำคัญของการมาตรวจหลังคลอดตามแพทย์เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับรายที่เป็นเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์ และจำเป็นต้องใช้อินซูลินต่อในระยะหลังคลอด ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินและสังเกตอาการที่เกี่ยวกับผลการออกฤทธิ์ของอินซูลิน อันเนื่องมาจากการอินซูลินเปลี่ยนแปลงมากทันทีหลังคลอด อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

ตัวอย่างกรณีศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นัศัลยกรรม ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพ ค้าขาย การศึกษาระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือชา กาแฟ น้ำอัดลม ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ครอบครัวมีมารดาของสตรีตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน รักษาด้วยยาอินที่คลินิกแห่งหนึ่ง จ.หนองคาย เป็นเวลาประมาณ 5 ปี มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา เคยมีประวัติน้ำตาลสูง 2 ครั้ง และได้นอนพักรักษาตัวในรพ. ไม่เคยมีประวัติน้ำตาลต่ำ

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน : G₂P₁A₀L₁ GA 37⁺⁶ wks by U/S last child 12 ปี อายุ 35 ปี น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.84 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8⁺⁶ สัปดาห์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ผล blood group O /Rh⁺ Hct 34.3 % Hb 11.8 % MCV 81.9 fl MCH 27.9 pg DCIP Negative HBsAg Negative, VDRL Negative, HIV Negative ผล Lab ครั้งที่ 2 Hct 36.6 % Hb 12.3 % VDRL negative, HIV Negative คัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ไม่ใช่คู่เสี่ยง, คัดกรอง Down syndrome ผลตรวจอยู่ระดับเสี่ยงต่ำ (Low Risk), ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ Negative ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ +1 ตรวจคัดกรองเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ด้วย GCT=124 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และตรวจคัดกรองเบาหวานอีกครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 24⁺² สัปดาห์ ผล GCT=147 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์จึงนัดตรวจวินิจฉัยโรคอีกครั้งด้วยการตรวจผล OGCT ได้ผลตรวจเท่ากับ 106, 201, 171, 155 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์จึงวินิจฉัยเป็น GDM A2 ได้รับการรักษาด้วย NPH 6-0-3 unit OD subcutaneous ตลอดการตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ตรวจ Ultrasound ประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ 3,300 กรัม. AFI 18 cm. Placenta Grade 3 ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 22 กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบัน 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 34.04 ได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม

อาการขณะรับไว้ในความดูแลในระยะคลอด: แรกได้รับผู้คลอดรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพชัดเจน ปกติ T = 36.9 องศาเซลเซียส P=90 ครั้งต่อนาที RR= 18 ครั้งต่อนาที BP= 116/80 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์พบระดับยอดมดลูก 4/4 > ระดับสะดือ ความยาวของยอดมดลูก 39 เซนติเมตร ประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ 3,500 กรัม ทารกท่า ROA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 128 ครั้งต่อนาที ทารกในครรภ์ตื่นดี มดลูกหดตัว Interval = 6 นาที Duration = 30 วินาที Severity = +1 Pain score 4 คะแนน ตรวจภายในพบ Cervix. dilated 2 cm. Cx. Effacement 50%, MI, Station -2 เจาะ DTX แรกรับ = 119 mg% ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ Negative ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ +2 แพทย์พิจารณาให้รับไว้ในโรงพยาบาล และให้ส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดแบบปกติ และพิจารณาให้เจาะเก็บสิ่งส่งตรวจ CBC, BS, UA และประเมิน DTX q 4 hr. keep 80-120, if <80 หรือ >120 mg% ให้รายงานแพทย์ ติดตามทารกโดยให้ on EFM และทำ Ultrasound ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,500 กรัม AFI 18 cm. แพทย์พิจารณาให้ 0.9%NSS 1,000 ml + Syntocinon 10 Unit Vein Drip 40 ml/hr. Titrate for Good Contraction เพื่อเร่งคลอด ดูแลให้น้ำดื่มอาหาร ต่อมาตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดหมด (Cervix



Fully Dilated) จึงขยายเป่งคลอต ดูแลเช็คเหงื่อบนใบหน้า ลำคอ และให้กำลังใจผู้คลอต หลังขยายเป่งคลอต ศีรษะ ทารกคลอต มีลักษณะคอสั้น หน้าค้ำ

กระบวนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจากตัวอย่างกรณีศึกษา

หลักการวิเคราะห์จากกรณีศึกษา โดยการรวบรวมข้อมูลและประเมินสภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับการตั้งครรภ์นั้น ต้องประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมา วิเคราะห์หาปัญหาทางการพยาบาล (Problem list) แล้วนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมีแนวทางการ ตรวจวินิจฉัยโรค ดังนี้

1. การซักประวัติ จากข้อมูลพบว่าอายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวโดยมีมารดาเป็น เบาหวาน
2. การตรวจร่างกาย จากข้อมูลพบว่า ชั่งน้ำหนักและประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มี ภาวะอ้วน (Obesity) ตรวจครรภ์อาจพบขนาดครรภ์ที่ใหญ่กว่าปกติ พบระดับยอดมดลูก 4/4 > ระดับสะดือ ความ ยาวของยอดมดลูก 39 เซนติเมตร ประเมินน้ำหนักของทารกในครรภ์ 3,500 กรัม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทารกตัวโต
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากข้อมูลพบว่า การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะโดยใช้ Dipstick จะให้ผลบวก (ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ +2) การประเมินความเสี่ยงจากเกณฑ์การประเมินข้างต้นจะพบว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยงสูง ได้แก่ สตรีมีครรภ์อายุมากกว่า 30 ปี มีภาวะอ้วน (BMI>30) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ มีประวัติ เบาหวานในครอบครัว จึงตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์ที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวาน ในตัวอย่างกรณีศึกษาจะตรวจคัดกรองด้วย Glucose Challenge test (GCT) ในการมา ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 8⁺6 สัปดาห์ ผลมีค่าเท่ากับ 124 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และตรวจคัดกรองเบาหวานอีกครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 24⁺2 สัปดาห์ ผล GCT =147 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ซึ่งมีผลผิดปกติเพราะมีค่ามากกว่า 140 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร) แพทย์จึงนัดตรวจวินิจฉัยโรคอีกครั้งด้วยการตรวจผล OGCT ได้ผลตรวจเท่ากับ 106, 201, 171, 155 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อมีค่า Fasting Blood Sugar (FBS) ผิดปกติ หรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติอย่างน้อย 2 ค่าขึ้นไป ซึ่งจะแปลผลว่าผิดปกติ ซึ่งในกรณีศึกษามีค่าผิดปกติทั้ง 4 ค่า แพทย์จึงวินิจฉัยเป็น GDM A2 ได้รับการรักษาด้วย NPH 6-0-3 unit OD subcutaneous ตลอดการตั้งครรภ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์
2. หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมอาหารให้ได้รับแคลอรี วันละ 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม โดยให้ได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 40-50 โปรตีน ร้อยละ 20-25 และไขมัน ร้อยละ 20-30 จะต้องทำอย่างสม่ำเสมอและเข้มงวดเพื่อไม่ให้เกิด คีโตนคั่งในเลือด
2. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้



2.1 ให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรีอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวันในผู้ป่วย GDM รายนี้ ควรได้รับ 30 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 11-16 กิโลกรัม

2.2 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงเพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง นมข้นหวาน นมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน องุ่น มะม่วงสุก เป็นต้น

3. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกปิด กุศโลศถูกนำไปใช้มากขึ้นและอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพัก โดยมีหลักการออกกำลังกายดังนี้

3.1 เริ่มออกกำลังกายในระยะเวลานั้น แต่สม่ำเสมอ แบ่งทำวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที

3.2 ควรทำทุกขั้นตอนของการบริหาร จากการออกกำลังกายทำที่ง่ายไปทำที่ยาก เพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญของเซลล์ระดับกล้ามเนื้อ ตามระยะ ของการออกกำลังกายที่เหมาะสม

3.3 ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมาก หรือน้อยผิดปกติ

3.4 ควรตรวจชีพจรหลังออกกำลังกาย โดยชีพจรหลังการออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที

4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 29-31 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ขึ้นไปนัดไปตรวจทุกสัปดาห์

5. แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติ ควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้ อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

6. แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ เพราะขณะตั้งครรภ์ผิวหนังแห้งเกิดแผลได้ง่าย มีตกขาวมากและปัสสาวะบ่อย จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากระดับน้ำตาลที่ออกมาในปัสสาวะเป็นอาหารอย่างดี ทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียได้ ให้การรักษาความสะอาดและป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า เพราะมีการไหลเวียนโลหิตที่อวัยวะส่วนปลายไม่สะดวก ทำให้เกิดการตายของเซลล์และเป็นแผลได้ง่าย ควรแช่เท้าในน้ำอุ่นวันละ 5 นาที ร่วมกับการบริหารเท้าเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น

7. แนะนำให้นับการดิ้นของทารกในครรภ์ โดยการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ หลังรับประทานอาหาร แต่ละมื้อ นั่งพักและนับการดิ้นของทารกนาน 1 ชั่วโมง ถ้าได้ 3 ครั้งขึ้นไปถือว่าปกติ แต่ถ้าน้อยกว่า 3 ครั้งให้นับต่อไปอีก 1 ชั่วโมง ในอีก 1 ชั่วโมงหลัง ทารกควรดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง ถ้าน้อยกว่า 4 ครั้งหรือนับจนครบหลังอาหาร 3 มื้อ รวมกันแล้วน้อยกว่า 10 ครั้ง แสดงว่าทารกอาจมีภาวะผิดปกติ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

8. ให้คำแนะนำการมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ เมื่อมีมูกหรือปนเลือดไหลออกมาทางช่องคลอด มีน้ำคร่ำเดิน หรือ ถุงน้ำคร่ำ คุณแม่จะพบว่ามือน้ำใส คล้ายปัสสาวะไหลจากช่องคลอด

ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี ควรรับไว้ในโรงพยาบาล โดยนัดให้มานอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอดประมาณ 8-10 สัปดาห์ แต่ในรายที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี ควรรับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ตรวจพบระดับน้ำตาลที่สูงกว่าปกติ เพื่อควบคุมน้ำตาล หรือรายที่ต้องพึ่งอินซูลินควรให้นอนโรงพยาบาลตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เนื่องจากในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ ทารกมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ารายปกติถึง 2 เท่า และในรายที่เป็น GDM A1 ที่มีอาการปกติ อาจรับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์และฉวี เบาทรวง, 2561)



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคลอด

1. ผู้คลอดมีภาวะคลอดติดไหล่/คลอดไหล่ยาก เนื่องจากขณะทำคลอดศีรษะ มีลักษณะ Turtle Sign

วัตถุประสงค์

เพื่อเตรียมผู้คลอดและช่วยเหลือแพทย์ เมื่อมีการใช้สูตรศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

จากกรณีศึกษาผู้คลอดขณะเบ่งคลอด พบว่าศีรษะทารกคลอดออกมา โดยทารกมีลักษณะคอสั้น หน้าค้ำ ให้การพยาบาลตามรายงานกรณีศึกษาของกนกกัญจน์ ภาคภูมิ (2564) ดังนี้

1. ขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าและเรียกทีมงานเข้ามาช่วยทันที ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญี (Call for help) พยาบาล และเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมทั้งรถ Emergency ที่มีอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ มีข้อห้ามสำคัญคือห้ามผู้คลอดเบ่งคลอดเพราะจะทำให้ใบหน้าของทารกเข้าไปติดแน่นใต้รอยต่อของกระดูกหัวหน่าวมากขึ้นและห้ามให้ผู้ช่วยดันยอดมดลูกโดยเด็ดขาดเพราะอาจทำให้มดลูกแตกได้และให้ออกซิเจนทางหน้ากากกับผู้คลอด

2. ถ้ามีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ ให้สวนปัสสาวะทิ้งออกให้หมด

3. พิจารณาตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy) ให้ช่องคลอดขยายกว้างมากขึ้น ฉีดยาชาให้เพียงพอ

4. ใช้ลูกสูบยางแดงดูดเมือกในปากและจมูกทารก

5. ทำ McRobert Maneuver โดยให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขามารดาทั้ง 2 ข้าง ออกจาก Stirrup แล้วงอช่วงสะโพกขึ้นมาชิดหน้าท้อง หรือให้มารดาตั้งขาของตนเองขึ้นมาแนบกับหน้าอก ผู้ทำคลอดดึงศีรษะ ทารกลงล่างเพื่อให้ไหล่หน้าคลอดโดย ซึ่งวิธีนี้จะไปทำให้กระดูก Pubic Symphysis เคลื่อนขึ้นมา ด้านบนหลุดออกจากไหล่หน้าได้ วิธีนี้มักทำร่วมกับ Suprapubic Pressure

6. การกดที่ตำแหน่งกระดูกหัวเหน่โดยการกด Suprapubic Pressure ให้ผู้ช่วยใช้กำปั้นกดลง บริเวณเหนือหัวหน้าตรง ๆ เพื่อลดขนาดของ Biacromial Diameter ของไหล่ทารกทั้งสองข้าง และเพื่อหมุนไหล่หน้าของทารกที่อัดแน่นภายในรอยต่อของกระดูกหัวหน่าวให้หลุดออกมาอยู่ในแนวเฉียงของอุ้งเชิงกราน หรืออาจผลักไหล่หน้าให้ไหล่ adduct พร้อมๆ กับแพทย์ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่างจะช่วยทำให้ไหล่หน้าหลุดออกมาได้

7. หากทำหัตถการข้อ 5, 6 ไม่สำเร็จ ต่อไปพิจารณาทำหัตถการที่ใส่มือเข้าไปในช่องคลอดเพื่อทำคลอดแขนหลังและหมุนไหล่ทารกด้วยมือภายในช่องคลอด ด้วยการกด Wood's Corkscrew Maneuver โดยใช้มือผู้ทำคลอดใส่ไปด้านหลังของไหล่หลังทารก แล้วผลักไหล่หลังไปด้านหน้า 180 องศา แบบ Corkscrew Maneuver จะทำให้ไหล่หน้าที่ติดอยู่ ถูกหมุนเปลี่ยนมาคลอดออกทางด้านหลังได้

8. ทำ Rubin Maneuver จะคล้าย ๆ Corkscrew Maneuver แต่จะใช้มือกดด้านหลังของไหล่หน้าทารกมาด้านหน้า เพื่อให้ไหล่เกิดการ Adduction และลด Biacromial Diameter และไหล่หน้าก็จะหลุดออกมา

9. หากยังไม่สำเร็จหัตถการต่อไป คือ การทำคลอดแขนหลังก่อน (Delivery of Posterior Arm) ควรดมยาสลบในมารดา จากนั้น ผู้ทำคลอดสวมถุงมือยาวสอดมือเข้าไปกดบริเวณข้อพับแขนของ แขนหลัง แล้วงอข้อพับแล้วจับข้อมือของทารกดึงผ่านหน้าอกใน แนวเฉียงให้ไหล่หลังหมุนและดึงแขนออกมาทางด้านข้างของหน้า เมื่อไหล่หลังคลอดไหล่หน้าก็จะคลอดออกมา

10. Gaskin Maneuver หรือ ALL-four Position ใน กรณีที่ทำมาหลายวิธียังไม่สำเร็จ จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าคุกเข่าทั้งสองข้างโดยให้มือทั้งสองข้างยันพื้นไว้ จะทำให้ไหล่หลังเคลื่อนต่ำผ่าน Promontory ของกระดูก Sacrum ลงมา ให้ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่างเพื่อทำคลอดไหล่หลังก่อนแล้วจึงยกตัวทารกขึ้นเพื่อทำคลอดไหล่หน้าต่อไป

11. ถ้ายังไม่สำเร็จ ขั้นตอนต่อไปคือ หักกระดูกไหปลาร้า (Fracture of Clavicle) โดยใช้ฉีกรัดกระดูก clavicle บริเวณ distal part ใกล้หัวไหล่



12. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก เป็นต้น และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ มีอาการเหนียวหรืออ่อนเพลีย ผิวหนังแห้งและคัน กระหายน้ำ ปวดศีรษะ หรือตาพร่ามัว เป็นต้น

13. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ควรให้งดอาหารและน้ำนานเกินไป เพราะอาจเกิดภาวะ Ketosis ได้ รายที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและได้รับอินซูลิน ควรดื่มน้ำที่เคี้ยวและเปลี่ยนมาเป็นอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (Regular Insulin) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำแทน เพราะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า และเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1-2 ชั่วโมง

สรุป

โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์แบ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์และเบาหวานเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ การดูแลรักษาพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของเบาหวานต่อสตรีตั้งครรภ์ และผลต่อทารกในครรภ์ การคัดกรองและการวินิจฉัยเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ แนวทางการดูแลรักษา การพูดคุยทำความเข้าใจเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหารการออกกำลังกายการสังเกตน้ำตาลสูงหรือน้ำตาลต่ำผิดปกติการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์และการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะ

นอกเหนือจากการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามปกติแล้ว สิ่งที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษคือ การสอน ให้ข้อมูล พูดคุยและให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยทำรายการไว้ เพื่อตรวจสอบว่าสตรีตั้งครรภ์ได้รับทราบข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ และควรดูความพร้อมของสตรีตั้งครรภ์เป็นหลัก และควรชี้แจงด้วยความเป็นมิตร แสดงความตั้งใจที่จะช่วยเหลืออย่างจริงจัง ให้ความรู้และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร การจัดทำรายการอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายและการฉีดยาอินซูลินในกรณีที่ต้องได้รับยาฉีด การสังเกตและติดตามผลการตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์ ให้กำลังใจและบอกผลการตรวจให้ทราบทุกครั้งด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และทำความเข้าใจว่าการฝากครรภ์อาจนานกว่าปกติ เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์

References

- กนกกัญจน์ ภาคภูมิ. (2564). การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก: กรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(3), 43-50.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: Management for Gestational Diabetes Mellitus. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 50-59.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: Management for Gestational Diabetes Mellitus. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 50-59.
- นงคราญ ไชยรบ และเกศกัญญา ไชยวงศา. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์. *วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 13(1), 330-337.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรง. (2561). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ และอรรณพ พินิจเลิศสกุล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Glucose Challenge Test ผิดปกติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(2), 58-69
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์. (2563). *การคัดกรองและการดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในสุภัญญา ปริสัณญกุล (บรรณาธิการ). บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์เล่มที่ 19 การผดุงครรภ์ (หน้า 59. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.*
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มะลิวัลย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, และเบญจวรรณ ละหุการ. (2562). ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(2), 100-113.
- สุขยา ลือวรรณ. (2558). *โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2565 จาก*
<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/pregnancy-with-diabetes-mellitus/>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J. Bloom, S. L. Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. M., et al. (2014). *Williams Obstetrics. (24th ed.)* New York: McGraw-Hill.