

การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา

Nursing care for mothers after cesarean section with

Pregnancy-Induced Hypertension and Gestational Diabetes Mellitus: Case Study

(Received: April 5,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

พิพิศน์ อินทร์พันธุ์¹

Phiphitt Inpan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร โดยศึกษาในมารดาหลังคลอด อายุ 42 ปี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าด้านมารดาการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนจากสูญเสียเลือดในระบบไหลเวียนเลือด ป้องกันการตกเลือดซ้ำจากมดลูกหดตัวไม่ดี ป้องกันมารดาเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอด ป้องกันการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด ลดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและการดูแลทารก ด้านทารกมีการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

คำสำคัญ: มารดาหลังผ่าตัดคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for mothers after cesarean section with Pregnancy-Induced Hypertension and Gestational Diabetes Mellitus. The mother is 42-year-old gestational age 38 weeks at giving birth for the first time. This study found that important nursing care of the mother including preventing tissue hypoxia from the loss of blood from the circulatory system, preventing recurrent bleeding from uterine atony, preventing seizures in the postpartum period, preventing hypoglycemia and postpartum Diabetes Mellitus, reducing anxiety about taking care of yourself after cesarean section and taking care of neonatal. important nursing care of the neonatal including preventing tissue hypoxia, preventing infection, preventing hypoglycemia

Keywords: Mothers after cesarean section, Pregnancy-Induced Hypertension, Gestational Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus; GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินในขณะที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตาม

อายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยมักเกิดในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และเพิ่มสูงสุดช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์¹ โดยจากผลการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation [IDF]) พบว่าในปี พ.ศ. 2558-2560 มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงถึง 20.9 ล้านคน หรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 อาจมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 313.3 ล้านคน² สำหรับประเทศไทย พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เบาหวานร้อยละ 5-14 ของสตรีที่มาฝากครรภ์³ ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบ ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ตกเลือด หลังคลอด ทารกตัวโต การคลอดยาก และทารก พิการแต่กำเนิด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถ ป้องกันได้ด้วยการการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ⁴

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension; PIH) เป็น ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อยทางสูติกรรม และเป็น หนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ และการเสียชีวิตของทารกทั่วโลก โดยพบความชุก ของภาวะนี้ทั่วโลก มากถึงร้อยละ 5-7 ของหญิง ตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิต 70,000 รายและทารกเสียชีวิต 500,000 ราย อุบัติการณ์สูง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 26.38⁵ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลของ กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 พบว่าอัตราการตายที่เกิดจากภาวะความ ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 22 รายต่อการเกิด มีชีพ 100,000 ราย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด อันตรายทั้งต่อตนเองและต่อทารกในครรภ์ โดย ผลกระทบที่รุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ รกลอกตัว ก่อนกำหนด ตับวาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน การ แข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ภาวะอาการ เฮลล์ (HELLP) และตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึง การชัก และเสียชีวิตในที่สุด⁶ผลกระทบต่อทารกใน ครรภ์ ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารก คลอด ก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนขณะ คลอด และทารกเสียชีวิต^{7,8}

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระ พุทธเลิศหล้าเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแล รักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาหลังคลอดปกติและที่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกแรกเกิดที่มีภาวะปกติ จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563 -2565) พบมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 68, 42, และ 40 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะตกเลือดหลัง คลอดร้อยละ 1.5 - 5 มารดาเป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์จำนวน 86, 75, และ 82 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 3.6 - 6 มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับ เบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 6, 7, และ 4 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ถึง ร้อยละ 14.3- 33 จากข้อมูลผลกระทบของการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากมารดาที่มีความดันโลหิตสูงและ เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และสถิติการเกิดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาที่มีภาวะความ ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ที่มีอุบัติการณ์สูง ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นกรณีศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุง บริการทางการแพทย์ ถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมการ พยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลมารดาหลัง คลอดที่มีภาวะดังกล่าว ให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัด คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร

ผลการวิจัย

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ด้านมารดา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณสารน้ำและเลือดในหลอดเลือดลดลงจากการสูญเสียเลือดขณะคลอดและหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน ขณะทำผ่าตัดคลอดทารก มารดาสูญเสียเลือด 500 ml และหลังคลอด 1,200 ml แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) จาก urine atony วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง จนกว่าจะปกติและคงที่ เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าร่างกายมีภาวะขาดออกซิเจน 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดและประเมิน O₂ sat ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด และประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ดูแลให้ O₂ cannular 3 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วขึ้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องกล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็น และขึ้น O₂ sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที 5. ดูแลให้ IV Fluid ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation 6. ดูแลให้ PRC 2 unit (V) drip ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไป รวมทั้งสังเกต ติดตามผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่นผิวหนัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น 7. บันทึกน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 8. สังเกตและติดตาม Hematocrit หลังเลือดหมด ถ้า Hematocrit < 30 % หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีต อ่อนเพลีย BP= 130/84 - 165/91 mmHg, PR = 96-100 beat/min, RR= 20 beat/min O₂ sat = 99 % Hematocrit= 29 % ได้ PRC อีก 1 unit (unit ที่ 3) Capillary refill time 1.5 วินาที urine flow foley's cath ออก 50 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มารดาเสี่ยงต่อเกิดตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ข้อมูลสนับสนุน มารดา G1P0A0 post op C/S with TR due to CPD with large fetus ขณะทำผ่าตัดคลอดทารก มารดาสูญเสียเลือด 500 ml และหลังคลอด 1,200 ml Hemoglobin = 9.1 g/dl แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) จาก urine atony	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง จนกว่าจะปกติและคงที่ เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการสูญเสียเลือดผิดปกติ 2. บันทึกและสังเกตสี ลักษณะ จำนวนเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด 3. ประเมินเลือดหรือน้ำคาวปลาออกทางช่องคลอด ทั้งลักษณะ สี และปริมาณ ให้การดูแลเปลี่ยนผ้าอนามัยเพื่อประมาณการเลือดที่ออกและความสบายของมารดาหลังคลอด และรายงาน สตรีแพทย์ทันที ที่พบการมีเลือดออกมากผิดปกติ 4. ประเมินและบันทึกลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด 5. ตรวจประเมินอาการและอาการแสดงทางหน้าท้องที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในโพรงมดลูก ได้แก่ ท้องอืด กดเจ็บ หน้าท้องแข็งตึง เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดซ้ำจากมดลูกหดตัวไม่ดี	6. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลั่งมดลูกเบาๆ 7. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 40 unit (V) drip rate 60 ml/hr ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี แผล C/S with TR ไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดง เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 ครั้ง แต่ละครั้งน้ำคาวปลาชุ่มผ้าอนามัยประมาณ ½ ผืน ท้องไม่อืด ไม่แข็งตึง BP= 130/84 - 165/91mmHg, PR= 96-100 beat/min, RR = 20 beat/min แพทย์ off 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 40 unit (V) drip
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มารดาเสี่ยงต่อเกิดอาการชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน มารดามีความดันโลหิตสูง BP 155/93 - 165 /91 mmHg วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันมารดาเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอด	1. อธิบายให้มารดาทราบถึงพยาธิสภาพของโรคอาการนำสู่ภาวะชักอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดา ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา ซึ่งอาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีดร้อนวูบวาบทั่วตัว 2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพไม่ชัด ปวดจุดแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex เร็วเกินไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องรายงานแพทย์ทันที 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมงโดยเฉพาะความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และลดสิ่งกระตุ้น เพื่อให้มารดาได้พักผ่อน ร่วมกับจัดให้มารดานอนในท่าที่สบาย เพื่อให้การไหลเวียนเลือดซาลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 5. ดูแลให้ Apresoline 5 mg (V) ถ้า BP ≥ 160/105 mmHg 6. ดูแลให้ 5%/D/W 1,000 ml + 50% MgSO₄ 20 gm (V) drip rate 50 ml/hr ตามแผนการรักษา ประเมินผลการพยาบาล มารดาไม่มีอาการนำของภาวะชัก ในระยะหลังผ่าตัดคลอดช่วง 12 - 24 ชั่วโมง ได้รับ Apresoline 5 mg (V) 1 dose BP อยู่ระหว่าง 140/70 – 130/84 mmHg แพทย์ off 5%/D/W 1,000 ml + 50% MgSO₄ 20 gm (V) drip
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดามีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา MgSO₄ ข้อมูลสนับสนุน มารดาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดคลอด ระยะผ่าตัดคลอด และหลังผ่าตัดคลอด โดยแพทย์สั่งให้ 5%/D/W 1,000 ml + 50% MgSO₄ 20 gm (V) drip rate 50 ml/hr จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดเกิดผลข้างเคียงจากยา MgSO₄	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง 2. ตรวจ Deep tendon reflex โดยดู knee jerks reflex ทุก 4 ชั่วโมง 3. บันทึก urine output ทุก 4 ชั่วโมง 4. ติดตามผลการตรวจ EKG 12 lead เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะ arrhythmia ได้แก่ bradycardia, PR prolong, widened QRS, QT prolong, complete heart block 5. ติดตามระดับ Mg ในเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Hypermagnesemia 6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมกรณีมารดาหยุดหายใจ รวมทั้ง Antidote ของ MgSO₄ คือ 10% Calcium gluconate 7. หากพบความผิดปกติดังนี้ต้องรายงานแพทย์ทันที BP < 90/60 mmHg หรือ > 160/110 mmHg, HR < 60 beat/min หรือ >120 beat/min, RR < 14 beat/min, urine output < 30 mL/hr deep tendon reflex < 2+ หรือลดลง Serum Mg > 2.5 mg/dL ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง/วัน EKG มีลักษณะผิดปกติแสดงภาวะ arrhythmia อาการชัก มือเท้าจับ 8. ดูแลความสบายของมารดา เช่น เช็ดตัว ประคบเย็นเพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. ดูแลให้ 5%/D/W 1,000 ml + 50% MgSO₄ 20 gm (V) drip rate 50 ml/hr ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยควบคุมปริมาณด้วย Infusion pump ประเมินผลการพยาบาล มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชัก ในระยะหลังผ่าตัด คลอดช่วง 12 - 24 ชั่วโมง BP อยู่ระหว่าง 140/70 – 130/84 mmHg, PR= 96-100 beat/min, RR = 20 beat/min, DTR 3+ EKG monitor show normal sinus rhythm urine output 50 ml/hr หลังคลอดครบ 24 ชั่วโมง off 5%/D/W 1,000 ml + 50% MgSO₄ 20 gm (V) drip
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มารดามีโอกาสเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่ออินซูลิน และ มารดามีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus; GDM) ตั้งแต่อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด	1. เจาะ DTX tid ac ในช่วง 3 วันหลังผ่าตัดคลอด เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากเป็นช่วงที่ความไวของอินซูลินจะเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้มารดาเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ 2. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 40 unit (V) drip rate 60 ml/hr เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำตาลจาก IV fluid 3. ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ 4. กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา เพื่อเพิ่มการเผาผลาญอาหารในร่างกายของมารดา ทำให้ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด 5. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก เป็นลม 6. ให้คำแนะนำในการป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร น้ำหนักตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงยาที่มีความหนืดต่อกลูโคส เช่น Thiazide 7. นัดตรวจความทนของกลูโคส (Oral glucose tolerance test; OGTT) โดยรับประทานน้ำตาล 75 กรัม หลังคลอด 6 สัปดาห์ ประเมินผลการพยาบาล มารดาไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผล DTX ช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัดคลอด อยู่ในช่วง 76-94 mg% จากการ ติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผล FBS 87 mg % Blood sugar 75 gm 2 hour ได้ 112 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มารดาเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกด้วยวิธี Spinal block ข้อมูลสนับสนุน มารดาได้รับการทำผ่าตัด Cesarean section (C/S) under Spinal Block ระดับ T4 ด้วย 0.5% Heavy Marcaine 2.2 ml + Morphine 0.2 mg วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันและ ฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกด้วยวิธี Spinal block	1. ดูแลให้นอนราบหลังผ่าตัดคลอด 6 – 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ intracranial hypotension จาก low CSF pressure 2. สังเกตอาการ intracranial hypotension ได้แก่ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเมื่ออยู่ในท่านั่งหรือยืน ตำแหน่งของการปวดศีรษะพบในบริเวณด้านหน้า ขมับทั้ง 2 ข้าง ปวดคอ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน เสียงดังรบกวนในหู การทรงตัวไม่มั่นคง ขาที่ไขว่หน้า 3. สังเกตอาการ Post Dural Puncture Headache ในช่วง 24-72 ชั่วโมง หลังทำผ่าตัดคลอด โดยจะมีอาการปวดศีรษะร้าวไปท้ายทอย จะเป็นเมื่อลุกนั่ง 4. ดูแลให้ IV Fluid ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารน้ำชดเชยน้ำไขสันหลังที่สูญเสียไประหว่างทำ Spinal block 5. ประเมิน Neurological deficit ในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ อาการชา และอาการอ่อนแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ถ้ามีอาการชา และกล้ามเนื้ออ่อนแรง รายงานแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง มารดาไม่มีอาการชาขา และเท้า เคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้างได้ กำลังปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะขณะลุกนั่งหรือยืน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มารดาไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูกจาก	1. ประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือ Numeric Rating Scale (NRS) q 1-2 hr และประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีอาการปวด เช่น คิ้ว

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด และคันตามร่างกายจากผลข้างเคียงยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน มารดาได้รับการทำผ่าตัด Cesarean section (C/S) under Spinal Block ระดับ T4 ด้วย 0.5% Heavy Marcaine 2.2 ml + Morphine 0.2 mg โดย Morphine มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง มารดาบอกว่าปวดแผลผ่าตัด pain scale 3 คะแนน คันตามร่างกายนอนไม่หลับ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการคันตามร่างกาย	หมวด กระสับกระส่าย ผื่นตัวเวลาเปลี่ยนท่า กำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว 2. แนะนำเทคนิคการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ หายใจเข้า - ออกลึกๆ ช้าๆ ทำสมาธิ 3. ให้การพยาบาลอย่างเบามือและนุ่มนวล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวร่างกาย 4. เมื่อครบเวลาอนาเบร จัดทานอนสัระสูง 30-45 องศา งอเข่า 30 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว 5. แนะนำวิธีการประคบแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนขณะเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการ กระแทกกระเทือนแผล 6. ดูแลให้ยาระงับความปวด Pethidine 25 mg (V) prn q 2-4 hr ถ้าระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง ให้ Paracetamol (500 mg) 1 tab q 4 -6 hr ถ้าระดับความปวดเล็กน้อย 7. ดูแลให้ยา CPM 10 mg (V) prn q 6 hr ตามแผนการรักษา 8. ประคบเย็นตามผิวหนัง เพื่อลดอาการคัน ประเมินผลการพยาบาล มารดาได้รับ Paracetamol 1 dose และ CPM 10 mg 1 dose ทุกเวลาอาการปวดแผลผ่าตัด และปวดมดลูก pain scale 0 -1 คะแนน ไม่มีอาการคันตามร่างกาย นอนหลับได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มารดามีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดคลอด ข้อมูลสนับสนุน ขณะทำผ่าตัดคลอดทารกมารดาสูญเสียเลือด 500 ml และหลังคลอดรก 1,200 ml แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) จาก urine atony ได้รับ PRC 2 unit หลัง PRC หมด เจาะ Hematocrit ผลได้ 29% มารดาอ่อนเพลีย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณ เม็ดเลือดแดงในร่างกาย	1. ดูแลให้เลือด PRC 1unit ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเลือด 2. ดูแลให้ Triferdine 1x1pc, Ferrous Fumarate 1x3 pc ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กสำหรับช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง 3. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กสำหรับช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง เพราะการพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 5. ติดตามผล Hematocrit เพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย 6. สังเกตและซักถามอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ถ้ารุนแรงต้องรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษา 7. แนะนำญาติในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดอาการอ่อนเพลียและอาการเหนื่อย ประเมินผลการพยาบาล มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง หายใจไม่เหนื่อย RR = 20 beat/min หลังให้ PRC ส่งตรวจHematocrit ซ้ำ ผลได้ 32.4% แพทย์ยอมรับได้และให้ยาเสริมธาตุเหล็กต่อไป
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มารดาเสี่ยงต่อเกิด ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ข้อมูลสนับสนุน มารดาดงอาหารและน้ำทางปาก 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันร่างกายขาด สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่	1. ดูแลให้ IV Fluid ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารน้ำเข้าร่างกายและชดเชยสารน้ำ เกลือแร่ที่สูญเสียไปจากอาเจียน 2. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 3. ดูแลให้มารดาบ้วนปากหรือแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร 4. สังเกตอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง ผิวแห้ง ความตึงตัวผิวหนังลดลง ปัสสาวะสีเข้ม ออกน้อย 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย ทุก 8 hr เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย 6. ดูแลให้ Ondansetron 8 mg prn for N/V q 8 hr ตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล หลังมารดาได้รับ Ondansetron 1 dose ทูเลอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 2,450 ml ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 2,350 ml
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 มารดามีโอกาสเกิดแผลผ่าตัดและแผลในโพรงมดลูกติดเชื้อ ข้อมูลสนับสนุน มารดาได้รับการทำผ่าตัด C/S with TR มีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก มีน้ำคาวปลาไหลออกมาทางช่องคลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดและแผลในโพรงมดลูกติดเชื้อ	1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด โดยสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าแผลผ่าตัดติดเชื้อ ได้แก่ แผลบวม แดง สีผิวที่เขียวช้ำ ปวด ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดร้อน มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง 2. แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ถ้าแผลเปียกซึมสารคัดหลั่งให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อทำแผลให้ใหม่ 3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารโปรตีนสูง วิตามินซีเพื่อส่งเสริมการหายของแผล 4. สังเกตและประเมินลักษณะของน้ำคาวปลา สี กลิ่นและปริมาณ 5. แนะนำการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ และทำความสะอาด ทุกครั้งหลังการถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ 6. ดูแลให้ Cefazolin 1 gm (V) q 6 hr x 8 dose และ Ibuprofen (500 mg) 1 x 3 pc ประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม น้ำคาวปลาสีแดงปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีไข้ BT= 36.5 -37 °C หลังผ่าตัดครบ 7 วัน นัดตัดไหมแผลผ่าตัดแห้ง ดีดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจาก ข้อมูลสนับสนุน มารดาได้รับการ retained foley's cath ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด แขนงลงรองน้ำปัสสาวะ อยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย 2. เทปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ¾ ของถุงรองน้ำปัสสาวะ สังเกตลักษณะผิดปกติของปัสสาวะ เช่น สีขุ่น มีตะกอน กลิ่นฉุนหรือกลิ่นเหม็น 3. ดูแลและจัดตรงสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ 4. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย 5. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่สายสวนปัสสาวะทุกวัน 6. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ ประเมินผล การพยาบาล มารดาไม่มีไข้ BT= 36.5 - 37°C ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส หลังผ่าตัดวันแรก off foley's cath หลัง off ปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบ ชัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน มารดาถามว่า ต้องดูแลตนเองอย่างไรไม่เคยคลอดบุตร บอกว่า ไม่เคยเลี้ยงเด็กมาก่อน มีสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและดูแลทารกของมารดา	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนให้ความรู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลความกลัว และมั่นใจว่ามีผู้คอยให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ 2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจและการไออย่างถูกวิธี เพื่อขับเสมหะ วิธีผ่อนคลายหรือบรรเทาความเจ็บปวด การลุกนั่งและการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหว การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกจากแผลผ่าตัดและออกทางช่องคลอดมาก หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น เป็นต้น 3. เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้เล่าความรู้สึกกังวล กลัว พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน 4. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอด 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกเรื่องการให้นมมารดา พัฒนาการของทารก การตรวจสุขภาพ การได้รับวัคซีนป้องกันโรค และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. อธิบายและสาธิตวิธีการอุ้มทารก การให้นมมารดา การอาบน้ำ สระผม เช็ดตา เช็ดสะดือ และการทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย 7. กระตุ้นให้นมมารดาและสามีปฏิบัติกรดูแลทารกเองโดยพยาบาลให้การช่วยเหลือแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นและสามารถดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง ประเมินผลการพยาบาล หลังจากได้รับคำแนะนำ พุดคุย ตอบข้อซักถามต่างๆ จนเข้าใจแล้ว มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง
ด้านทารก ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจยังไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสนับสนุน ทารกแรกเกิดหายใจมีเสียงครืดคราดจากสารคัดหลั่งในลำคอ ปลายมือ ปลายเท้าเขียวเล็กน้อย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจน	1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดน้ำคร่ำ เมื่ออก เลือด ออกจากปากคอและจุมกด้วยลูกยาง เพื่อป้องกันการอุดตัน สำลัก สารคัดหลั่งเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ขณะดูดสังเกตอาการทารก ถ้ามีอาการเขียว เหนื่อยหอบ ควรหยุดดูดเสมหะทันที 2. จัดท่านอนทารกให้ศีรษะสูงเล็กน้อย 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเงยเล็กน้อย เพื่อช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด ระวังไม่ให้ผ้าเลื่อนมาอยู่บริเวณใต้ศีรษะ เพราะจะทำให้หลอดลมคอแคบลง 3. ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายทารก โดยดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับ และพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไป ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับอุณหภูมิของทารก ประมาณ 26-27 °C โดยรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในช่วง 36.8-37.2°C เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีหลังขับถ่าย เพื่อลดการใช้พลังงานจาก ความเย็น 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามค่า O₂ sat ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งสังเกตอาการและการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหน้าอกบุ๋ม (Retraction) หายใจออกมีลักษณะกลั่นหายใจ (Expiratory Grunting) หายใจมีเสียงคราง (Moaning) อาการเขียว (Cyanosis) O₂ sat ≤ 88% หากพบอาการและการแสดงดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ทารกตัวแดง ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว ร้องเสียงดัง แขน ขา 2 ข้าง มีการเคลื่อนไหวได้ดี HR = 148 - 156 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 46 - 52 beat/min (สม่ำเสมอ), O₂ sat = 95 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ทารกมีโอกาเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากมีอินซูลินสูงในเลือดจากมารดาเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน มารดาขณะตั้งครรภ์ 33 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการทารกเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	1. ประเมินสภาพทั่วไปของทารกเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเร็ว 2. ประเมินอาการทางสมองจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ชัก ซึม เป็นต้น หากพบรายงานแพทย์ทันที 3. ติดตามผลการเจาะเลือดเพื่อตรวจดูค่าน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะ อยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่ 4. กระตุ้นมารดาให้นมทารก (Breast feeding) เร็วที่สุด ประเมินผลการพยาบาล ทารกมีค่าน้ำตาลในเลือด 77 mg% อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ทารกมีโอกาเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน ทารกแรกเกิดศูนย์ควบคุมความร้อนยังทำงานได้ไม่ดี มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยเมื่อเทียบกับผิวหนังร่างกาย วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการทารกเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	1. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ ซึมลง หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว แขน ขาเย็น 2. ห่อตัวทารก สวมหมวก ให้ความอบอุ่นอยู่ตลอดเวลา 3. ดูแลทำความสะอาดร่างกายทารก และเปลี่ยนผ้ารองกัน ผ้าปูทุกครั้งทีทารกถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ประเมินผลการพยาบาล ทารกไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ BT = 36.7 - 36.9°C, HR = 148 - 156 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 46 - 52 beat/min (สม่ำเสมอ), O₂ sat = 95 % ขยับแขน ขาได้ดี ร้องเสียงดัง ผิวกายแดง ปลายมือ ปลายเท้าแดง และอุ่น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ทารกมีโอกาสเกิดติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสนับสนุน เป็นทารกแรกเกิด full term ระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันทารกเกิดการติดเชื้อในร่างกาย	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทุก 4 ชั่วโมง เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน ซึม กระสับกระส่าย การเคลื่อนไหวลดลง 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ทารก 3. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง 4. ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการดูดเสมหะ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง 5. ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น 6. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะขณะดูดเสมหะทุกครั้ง 7. ทำความสะอาดสะดือและผิวหนังบริเวณรอบ ๆ สะดือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สะดือ โดยใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือขึ้นมาจากปลายสะดือให้รอบทุกด้าน และใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือที่เป็นผิวหนังโดยหมุนวนประมาณ 1-2 นิ้ว เพื่อการฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังรอบสะดือ ประเมินผลการพยาบาล ทารกไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่ซึม ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ร้องเสียงดัง ผิวหนังอุ่น BT= 36.7-36.9 °C, HR =148 - 156 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 46 - 52 beat/min (สม่ำเสมอ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษามารดาหลังคลอดรายนี้ พบเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และในระหว่างคลอดเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ได้รับยาป้องกันการชักคือ MgSO₄ ประกอบกับมารดามี CPD แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และในระยะหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมารดาหลังคลอดได้รับการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไข และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างครอบคลุม รวมทั้งให้การดูแล เพื่อกำจัดสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด คือ ภาวะมดลูกหดรัดตัว ไม่ดี ทำให้มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและไม่เกิดการตกเลือดซ้ำ

นอกจากนี้มารดายังได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะชักหลังคลอดจากระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดได้ในช่วง 24 -48 ชั่วโมงหลังคลอด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในช่วง 24 -72 ชั่วโมงหลังคลอด อีกทั้งการให้คำแนะนำในการมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินและติดตามระดับความดันโลหิตในช่วง 7 วัน 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังคลอด หากพบระดับความดันโลหิตสูง แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ ให้คำแนะนำในการประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และตรวจซ้ำทุกๆ 1-3 ปี หากพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากอายุรแพทย์¹¹ จากผลให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดรายนี้ในระหว่างอยู่โรงพยาบาลและติดตาม 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะโรค เฉพาะราย จึงทำให้ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีระบบการติดตามและประเมินผล การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องจนถึง ระยะหลังคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติได้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ซึ่งจะ ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด และ ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน หลังจากคลอดบุตร

2. พัฒนาระบบการเรียนรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีเวช เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัด คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์แบบ case method โดยนำกรณี ศึกษา มาใช้สำหรับศึกษากระบวนการพยาบาล จากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจะ ทำให้ พยาบาลมีความรู้ และเกิดความเข้าใจดีขึ้น สามารถ นำไปใช้ในการดูแลมารดากลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องและ มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ชญาดา เนตรกระจ่าง. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การแพทย์ ศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 36(2): 168-177.
2. International Diabetes Federation [IDF]. Care & prevent gestational diabetes [internet].2017. [cited 2023 March 20] Available from <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html>
3. กนกอร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้ง ครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 28(3): 27-40.
4. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, และเบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพ 2562; 9(2): 100-113.
5. Makwana M. Gestational diabetes mellitus with its maternal and fetal outcome: a clinical study International. Journal of Advances in Medicine 2017; 4(4): 919-925.
6. Butalia S., Audibert F., Cote AM., Firoz, T., Logan AG., & Magee LA. Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy. Canadian Journal of Cardiology 2018; 34(5): 526-531.
7. รุจิรา การพบ. ผลลัพธ์ของการรักษาประคับประคองเทียบกับการรักษาแบบเร่งรัดให้คลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงชนิดรุนแรง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2559; 30(1): 7-14.
8. นิสาชล สุขแก้ว, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กลุขเจริญ. ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สรรพ 2564; 8(3): 117-129.
9. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 - 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report/
10. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/topic-review/6655/>
11. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และอรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 50-59.