

การพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์  
ชนิดรุนแรง และภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด : กรณีศึกษา

Nursing Care for a Woman in Labor with Preterm Labor Complicated by Overt Diabetes  
Mellitus with Severe Preeclampsia and Premature Rupture of Membranes : A case study.

(Received: August 24,2025 ; Revised: August 27,2025 ; Accepted: August 29,2025)

สุจินดา คนดี<sup>1</sup>  
Sujinda Khondee<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด โดยศึกษาในผู้คลอดหญิงไทย อายุ 26 ปี G1P0Ab0L0 อายุครรภ์ 34+3 สัปดาห์ จำประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้ายไม่ได้ คาดคะเนกำหนดวันคลอดจากการ Ultrasound วันที่ 10 มิถุนายน 2567 เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่และคลินิก ทั้งหมด 10 ครั้ง ผ่าครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้คลอดรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Overt DM) ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Preeclampsia with Severe Features) และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Preterm PROM) ที่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบภายใต้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการ การดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้คลอดและครอบครัว การได้รับยาลดความดันอย่างต่อเนื่องร่วมกับยาป้องกันการชัก (Magnesium sulfate) เป็นไปตามแนวทางของ ACOG (2020) ในผู้ป่วย preeclampsia with severe features ซึ่งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** เบาหวานก่อนตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การคลอดก่อนกำหนด, ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด, Birth Asphyxia, กรณีศึกษา

Abstract

This study was a case study. The objective was to study nursing care for premature births with gestational diabetes, severe gestational hypertension, and premature rupture of membranes. The study involved a 26-year-old Thai woman, G1P0Ab0L0, 34+3 weeks' gestation, who could not remember the first day of her last menstrual period. The estimated delivery date was determined by an ultrasound on June 10, 2024, at 10 weeks' gestation. She received 10 prenatal visits at Ban Mi Hospital and clinics. The first prenatal visit was at 10 weeks' gestation.

The study found that this pregnant woman was diagnosed with pregestational diabetes mellitus (Overt DM) with severe gestational hypertension (Preeclampsia with Severe Features) and preterm premature rupture of membranes (Preterm PROM) at 34 weeks' gestation. The care of this patient was systematically conducted under a multidisciplinary team. Nurses played an important role in symptom monitoring, close care, and psychological support for the pregnant woman and her family. Continuous administration of antihypertensive medications along with anticonvulsant medication (Magnesium sulfate) followed the ACOG (2020) guidelines for patients with preeclampsia with severe features, which effectively prevented neurological complications.

**Keywords:** Pregestational diabetes mellitus, Hypertensive disorders of pregnancy, Preterm birth, Premature rupture of membranes, Birth asphyxia, Case study

<sup>1</sup> โรงพยาบาลบ้านหมี่

## บทนำ

โรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 258 เตียง มีอัตราการคลอดในปี 2564 – 2566 เท่ากับ 552, 650 และ 637 ราย พบอัตราผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.62, 6.62 และ 5.34 และพบภาวะความดันโลหิตสูงในผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 3.03, 12.73 และ 13.56 ตามลำดับ ในช่วงปี 2564-2565 ไม่พบภาวะ Eclampsia ขณะที่ทารกแรกเกิดในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบภาวะ Birth Asphyxia ร้อยละ 11.64, 2.94 และ 13.64 ตามลำดับ ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งในมารดาและทารก เช่น ภาวะชัก (Eclampsia) ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตของทั้งคู่<sup>1</sup>

การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในห้องคลอดจึงต้องการการทบทวนและวิเคราะห์การพยาบาลอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด (Antepartum Intrapartum Monitoring) ระยะคลอด (Labor and Delivery Management) ไปจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Immediate Postpartum Care) โดยเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การบริหารจัดการยาระงับอาการชัก และควบคุมความดันโลหิต การตัดสินใจทำคลอดอย่างเหมาะสม การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการประเมินภาวะของทารกแรกเกิด<sup>2,3,4</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในห้องคลอด เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพลดอัตราภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก อันจะนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารกอย่างยั่งยืนในอนาคต

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์รุนแรง ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้คลอดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเป็นแนวทางป้องกันภาวะ Birth Asphyxia ในทารกคลอดก่อนกำหนดจากมารดา ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเหมาะสม

## วิธีการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้คลอดในสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตทางสูติกรรม
2. ติดตามศึกษาข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะที่รักษาในโรงพยาบาล ในเรื่อง อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ และครอบคลุม เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัยวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล
3. ศึกษาค้นคว้า หลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารวิชาการเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในประเด็น ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุการเกิด อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาล
4. เปรียบเทียบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กับแนวคิด ทฤษฎี วิชาการที่ศึกษา ปรัชญาแพทย์พยาบาลที่มีความชำนาญ ในการดูแลผู้คลอด วิเคราะห์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. เรียบเรียงผลงานจากกรณีศึกษาโดยวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และประเมินผล แก้ไขในประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม
6. สรุปกรณีศึกษา
7. ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล

## 8. จัดทำรูปเล่ม/นำเสนอ/เผยแพร่ผลงาน

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้ เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษา เป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษา เท่านั้น

## ผลการศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 26 ปี G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>Ab<sub>0</sub>L<sub>0</sub> อายุครรภ์ 34<sup>+</sup><sub>3</sub> สัปดาห์ จำประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้ายไม่ได้ คาดคะเนกำหนดวันคลอดจากการ Ultrasound วันที่ 10 มิถุนายน 2567 เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่และคลินิก ทั้งหมด 10 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด Hct 39.4%, VDRL non reactive Anti HIV negative, HbsAg negative Blood group B, Rh positive, DCIP negative, MCV 77.6 fL ขณะฝากครรภ์ผลโปรตีนในปัสสาวะปกติ ผลน้ำตาลในปัสสาวะ 1+ Systolic Blood Pressure 137 - 139 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 83 - 84 มิลลิเมตรปรอท การใช้ยาขณะตั้งครรภ์ Regular insulin (RI) 14-0-14 sc ac, Neutral Protamine Hagedornb (NPH) 10-0-10 sc ac Metformin (500) 1 x 2 po pc วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ผล FBS 183 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Postprandial glucose 256 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์ พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาลเริ่ม Regular insulin (RI) 14-0-14 sc ac, Neutral Protamine Hagedornb (NPH) 10-0-10 sc, วันที่ 21 มีนาคม 2567 อายุครรภ์ 28<sup>+</sup><sub>3</sub> สัปดาห์ ผล FBS 141 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Postprandial glucose 170

มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลเพื่อปรับระดับน้ำตาลครั้งที่ 2 เพิ่ม Metformin (500) 1 x 2 po pc วันที่ 13 เมษายน 2567 อายุครรภ์ 31<sup>+</sup><sub>5</sub> สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้เข้ารับการรักษายาหยุดการคลอดและยากระตุ้นปอดทารกในครรภ์ **ประวัติ** ผู้คลอดเป็นเบาหวาน 1 ปี ก่อนตั้งครรภ์ รักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องแค หูดตาเองเมื่อรู้ที่ตั้งครรภ์ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการได้รับสารเสพติด น้ำหนักปัจจุบัน 70.2 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร BMI ก่อนตั้งครรภ์ 25.45 กิโลกรัม/ตารางเมตร น้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ขึ้น 8.2 กิโลกรัม ซึ่งอยู่ในช่วงปกติ (BMI เกิน น้ำหนักควรขึ้น 7-11.5 กิโลกรัม) มาโรงพยาบาล วันที่ 2 พฤษภาคม 2567 เวลา 19.10 น. ด้วยอาการมีน้ำเดิน 3 ชั่วโมง 10 นาที ร่วมกับเจ็บครรภ์ 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

**อาการแรกเริ่มที่ห้องคลอด** ผู้คลอดรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง บ่นมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ไม่มีอาการตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ พบมีอาการบวมบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง กดบวม 2+ ปอดไม่มีเสียง Crepitation, Deep Tendon Reflex 2+ มีอาการเจ็บครรภ์ บิดตัวไปมาเวลาเจ็บครรภ์

**ตรวจครรภ์** ทารกอยู่ในท่าศีรษะ พบส่วนของก้นทารกอยู่ที่บริเวณยอดมดลูก ระดับยอดมดลูก 2/4 > 0 มดลูกสูง 29 เซนติเมตร ฟังเสียงหัวใจทารกได้ทางหน้าท้องด้านล่างซ้ายชัดเจน สม่่าเสมอ 150 ครั้ง ต่อนาที ตรวจพบท้องแข็งตึง มดลูกหดรัดตัว Interval 2 - 5 นาที Duration 30 - 45 วินาที ประเมินความปวด Pain score 5 คะแนน

**ประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก** Cervix dilate 2 cms Effacement 8 0 % Membrane Rupture Station -2 Amniotic fluid clear

**สัญญาณชีพแรกเริ่ม** ความดันโลหิต 145/100 มิลลิเมตรปรอท ประเมินซ้ำ 15 นาที ความดันโลหิต 146/99 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 86 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ

37 องศาเซลเซียส ความอึดความอึดตัวออกซิเจน 98% ดูแลประเมิน

**ภาวะสุขภาพทารกในครรภ์** Electronic Fetal Monitoring (EFM) : Category I baseline 140 - 150 bpm Moderate variability No Deceleration Interval 2 - 5 นาที Duration 30 - 45 วินาที แพทย์ทำ Ultrasound : Spine in vertical position, Vertex, Estimated Fetal Weight 2,225 กรัม Amniotic Fluid Index Normal

**แพทย์วินิจฉัย** Preterm Labor c PROM c Overt Diabetes Mellitus และให้การรักษ NPO, On D/NSS 1000ml IV 120 ml/hr., Ampicillin 2 gms v stat then 1 gm v q 4 hrs, if DTX < 180 mh/dl ให้ Dexamethazone 6 mg M stat Lab CBC, UA,UPCR, BUN, Cr, AST, ALT, LDH, PT, PTT, Uric acid, GM PRC 2 u

**ปัญหาทางการพยาบาลในระยะก่อนคลอด**  
**เจ็บครรภ์คลอดเนื่องจากมดลูกหดตัว** ผู้คลอดบ่นปวดท้อง บิดตัวไปมา ขณะมดลูกหดตัว ตรวจพบท้องแข็งตึง Interval 2 - 5 นาที Duration 30 - 45 วินาที ประเมินความปวด Pain score 5 คะแนน ดูแลประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการแสดง เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์เพื่อวางแผนการพยาบาล อธิบายทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคลอด เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการคลอด แนะนำวิธีการหายใจบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยให้หายใจแบบลึก และช้า เมื่อยังรู้สึกเจ็บครรภ์ไม่รุนแรงมาก และเมื่อรู้สึกเจ็บครรภ์ช่วงมดลูก บีบตัวอย่างรุนแรง จนทนไม่ได้ ให้เปลี่ยนมาหายใจแบบตื้น เร็วและเบา (แบบเป่าเทียน) ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนไปที่มดลูกได้ดีขึ้น ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็นเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่น ให้คำแนะนำและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจ และลดความกลัว รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาแก้ปวด เช่น Pethidine หรือ Fentanyl หากผู้คลอดร้องขอ หลังให้การพยาบาลผู้คลอดหายใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ได้ เวลา 22.20 น.มดลูกหดตัว Interval 2 นาที

10 วินาที Duration 55 วินาที ประเมินความปวด Pain score = 10 คะแนน ตรวจภายใน Cervix dilate 10 cms Effacement 100% Membrane Rupture Station 0

**ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด** มารดาให้ประวัติมี 3 ชั่วโมง 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจภายใน Cervix dilate 2 cms Effacement 80% Membrane Rupture Station -2 Amniotic fluid clear ดูแลเฝ้าระวังภาวะไข้ สัญญาณชีพและอาการบ่งชี้การติดเชื้อ เช่น มดลูกกดเจ็บ น้ำคร่ำ มีกลิ่นเหม็น, ติดตามผลตรวจ CBC เพื่อเฝ้าระวังภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อมีการติดเชื้อหรือการอักเสบในร่างกาย, ฟังเสียงหัวใจทารก (FHS) และ monitor EFM อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะพร้อมออกซิเจนหรือความเครียดของทารกในครรภ์ได้ทันทั่วทั้งที่ และรายงานแพทย์ทันทีหากพบผิดปกติ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เช่น การทำคลอดโดยเร่งด่วน, ดูแลให้ Ampicillin 2 gms v stat then 1 gm v q 4 hrs ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอดและโพรงมดลูก ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้, ดูแลให้ Dexamethazone 6 mg M stat เพื่อเร่งการเจริญของปอดทารก, ดูแลความสะอาดบริเวณช่องคลอดและป้องกันการติดเชื้อ โดยให้มารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 2 - 4 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็นไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อเมื่อต้องมีการตรวจภายในหรือทำหัตถการทางสูติกรรม, เตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดและการดูแลทารกหลังคลอดโดยประสานทีมกุมารแพทย์และแผนก NICU เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีอาการบ่งชี้การติดเชื้อ น้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น ผล CBC WBC Count 13,009 cell/mm<sup>3</sup> Neutrophil 71% เวลา 22.00 น. อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร

100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 166/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจน 100% FHS 130 ครั้งต่อนาที

**ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Fetal Distress และภาวะสายสะดือย้อย** ฟังเสียงหัวใจทารก (FHS) และ monitor EFM อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะพร่องออกซิเจนหรือความเครียดของทารกในครรภ์ จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือการกดสายสะดือจากน้ำคร่ำที่น้อยลงและรายงานแพทย์ทันทีหากพบผิดปกติ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เช่น การทำคลอดโดยเร่งด่วน, จัดท่าทางของผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ซึ่งเป็นท่าที่ช่วยลดการกดทับของมดลูกต่อหลอดเลือดใหญ่ โดยเฉพาะเส้นเลือด Inferior Vena Cava ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับหัวใจ เพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลไปยังรก ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น ติดตามลักษณะของน้ำคร่ำเช่น สี กลิ่น และปริมาณ หากพบน้ำคร่ำสีเขียวเข้มหรือกลิ่นเหม็น อาจแสดงถึงการติดเชื้อหรือทารกเครียด ต้องเตรียมให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เช่น Internal Uterine Resuscitation, ดูแลนอนพัก บนเตียง งดการลุกเดินเพื่อลดแรงโน้มถ่วงที่อาจดึงสายสะดือลงและลดโอกาสที่สายสะดือจะเลื่อนต่ำลงมาหน้าส่วนน้ำ เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารก ให้พร้อมใช้งาน เช่น Radiant warmer, Neopuff, ท่อช่วยหายใจ การประเมินผล ทารกมีอัตราการเต้นหัวใจในเกณฑ์ปกติ ไม่มีสัญญาณของความเครียด

**มีโอกาสดังภาวะชกจากภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง** เวลา 20.45 น. ความดันโลหิต 171/112 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจรอยู่ช่วง 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวออกซิเจน 98% มารดาขับปัสสาวะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปอดไม่มีเสียง Crepitation, Deep Tendon Reflex 2+ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ดังนี้ Lab UPCR 0.43, Urine Alb 2+ ป่งขี้ว่ามีโปรตีนในปัสสาวะ **ในระดับผิดปกติ** รายงานแพทย์รับทราบ แพทย์วินิจฉัย

**Preeclampsia with Severe Feature** พิจารณาให้ Magnesium sulfate ( $MgSO_4$ ) เพื่อป้องกันภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) ดูแล ให้ได้รับยา  $MgSO_4$  Loading dose  $MgSO_4$  D/5/W 100 cc + 10%  $MgSO_4$  40 cc v drip 15 นาที หลังจากนั้น ให้ Maintenance dose D/5/W 460 cc + 50%  $MgSO_4$  40 cc v drip 2 gms/hr โดยให้ผ่านเครื่อง Infusion pump, ดูแลให้ Hydralazine 10 mg v stat เวลา 20.50 น., ติดตามความดันโลหิต ทุก 5 นาที, สังเกตอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา Deep Tendon Reflex 3+ ขึ้นไป ต้องรับรายงานแพทย์ทันที, จัดสิ่งแวดล้อม ให้เงียบสงบ เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันที เมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม่กัดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ, จัดท่านอนตะแคง และดูแลให้  $O_2$  c Mask 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ออกซิเจน ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก, ให้น้ำและอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด และป้องกันการสุดสำลักจากภาวะชัก, ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่ เม็ดเลือดแดงแตกง่าย ทำให้เกิดภาวะช็อค ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้นทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจาก ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การประเมินผล ผู้คลอดไม่มีอาการนำของการชัก และผู้คลอดไม่เกิดภาวะชัก Systolic Blood Pressure 159 - 161 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 90 - 92 มิลลิเมตรปรอท เวลา 21.15 น. ความดันโลหิต 165/105 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจรอยู่ช่วง 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 100% แพทย์พิจารณาให้ Hydralazine 10 mg v stat ผู้คลอดดื่มน้ำและอาหาร เวลา 14.00 น.

**อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาแมกนีเซียมซัลเฟต** ผู้คลอดได้แมกนีเซียมซัลเฟต มีอาการร้อน

ตามร่างกายขณะได้  $MgSO_4$  Loading dose ดูแลความสบายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น เช็ดตัว ประคบด้วยผ้าเย็น เปิดพัดลมเพิ่ม, ยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง, เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยาแมกนีเซียมซัลเฟตอย่างใกล้ชิด, ใส่สายสวนปัสสาวะบันทึกปริมาณปัสสาวะ เพื่อติดตามการทำงานของไต ตรวจสอบ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 2 - 4 ชั่วโมง, สังเกตอัตราการหายใจ หากต่ำกว่า 14 ครั้งต่อนาที หรือพบปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ DTR น้อยกว่า 2+ หรือไม่มีการตอบสนองถือเป็นสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากการได้รับยาเกินขนาด ต้องหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที, Monitor magnesium level ทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ในช่วง 4.8 - 8.4mg/dl หากผลเกินช่วงดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะพิษจากยา เตรียมยาต้านฤทธิ์ของแมกนีเซียมซัลเฟต (Antidote) คือ แคลเซียมกลูโคเนต (Calcium Gluconate) ขนาด 10 มิลลิลิตรไว้พร้อมใช้งาน เพื่อให้พร้อมใช้ในกรณีเกิดภาวะหายใจล้มเหลวหรือไม่มีการตอบสนองของระบบประสาทซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องให้ยา antidote ทางหลอดเลือดดำ โดยทันทีการประเมินผล ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของยาแมกนีเซียมซัลเฟต Systolic Blood Pressure 159 - 165 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 88 - 105 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิบัติการตอบสนองปกติ Deep Tendon Reflex เท่ากับ 2+

**เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่สมดุล (Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia) เนื่องจากภาวะ Overt Diabetes Mellitus และกระบวนการคลอดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของร่างกาย** ผู้คลอดดื่มน้ำและอาหารเวลา 14.00 น. ไม่ได้ฉีด Insulin เย็น ดูแลเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทุก 1 - 2 ชั่วโมงหรือตามแผนแพทย์ เพื่อให้ทราบระดับน้ำตาลทันที และสามารถให้การรักษาอย่างเหมาะสม, สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น

กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง และอ่อนเพลีย ในบางรายอาจมีอาการมึนงง คลื่นไส้ หรือหายใจลึกและเร็วผิดปกติ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะกรดคีโตนจากเบาหวาน (DKA) หากรุนแรงมากขึ้น อาจพบลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้ ความดันต่ำ และหมดสติได้ หากพบอาการดังกล่าว ให้ประเมิน ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทันที และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษา เช่น การให้อินซูลิน, หากผู้คลอดมีอาการสั่น หนาวมึน หรือซึม ให้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทันที และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ให้แผนการรักษา เช่น ให้กลูโคสตามแนวทาง หากพบระดับน้ำตาลต่ำผิดปกติ, เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ให้พร้อมใช้งาน, รายงานทีมกุมารแพทย์ และ NICU เพื่อให้มีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับตรวจระดับน้ำตาล ในทารกหลังคลอด และเตรียมแผนการดูแลหากเกิดภาวะ Hypoglycemia การประเมินผล ผู้คลอดไม่มีอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลต่ำ ไม่มีอาการกระหายน้ำผิดปกติ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย มึนงง หรือหายใจผิดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) เวลา 19.30 น. และเวลา 22.00 น. เท่ากับ 121 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ 110 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทีมกุมารแพทย์และแผนก NICU รับทราบผล

**วิตกกังวลเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ และกังวลว่าจะส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด** ผู้คลอดมีพฤติกรรมวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัด ซักถามเรื่องความปลอดภัยของทารกซ้ำๆ พูดเสียงเบา แสดงสีหน้าเคร่งเครียด ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี และเชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกไว้วางใจ กล้าที่จะพูดคุย และซักถามข้อสงสัยอย่างตรงไปตรงมา, ประเมินระดับความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง โดยสังเกตพฤติกรรม สีหน้า น้ำเสียง การแสดงออกทางร่างกาย เช่น ร้องไห้ มีน้ำตาลออก พร้อมทั้งทำการประเมินซ้ำเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะที่เผชิญ ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, การได้รับยา  $MgSO_4$  และภาวะน้ำเดิน

ก่อนกำหนด อย่างถูกต้อง ชัดเจน และปรับให้เข้าใจง่าย พร้อมตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อทารก เพื่อลดความกลัวและส่งเสริมความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น, เปิดโอกาสให้ผู้คลอดแสดงความรู้สึกอย่างอิสระไม่รับตัดสิน เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน และแสดงความเข้าใจในความรู้สึก พร้อมให้กำลังใจและคำพูดเชิงบวก เช่น “ตอนนี้หมอและพยาบาลกำลังช่วยดูแลอย่างเต็มที่” เพื่อช่วยลดความเครียดสะสม, แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายง่ายๆ เช่น การหายใจเข้าและลึก หรือการหลับตานึกถึงภาพที่สงบ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้เองเพื่อช่วยลดระดับ Cortisol และความดันโลหิตได้ หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดสามารถบอกความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเองและทารกได้ถูกต้อง มีสีหน้าและท่าที่ผ่อนคลายขึ้น ยังบ่งชี้ครรภ์เป็นระยะ ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาได้, เวลา 22.20 น. ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์มากขึ้น นอนบิดตัวไปมา แจ้งว่าอยากเบ่ง ตรวจภายใน Cervix dilate 10 cms Effacement 100% Membrane Rupture Station 0

### ระยะที่ 1 ของการคลอด

6 ชั่วโมง 20 นาที ความดันโลหิต 167/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจรอยู่ช่วง 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความอึดตัวออกซิเจน 100% FHS 130 ครั้งต่อนาที ดูแลย้ายเข้าห้องคลอด ประสานกุมารแพทย์รับทารก

### ปัญหาทางการพยาบาลในการพยาบาลระยะคลอด

**ส่งเสริมการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี ในระยะที่ 2 ของการคลอด** ผู้คลอดตั้งครรภ์แรก ยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด ประเมินความเจ็บปวดและความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวด ประเมิน FHS ทุก 5 นาที อยู่ในช่วง 120 - 130 ครั้งต่อนาที ติดตามการหดตัวของมดลูก ให้คำแนะนำ, ดูแลให้ผู้คลอดหายใจ และเบ่งคลอดอย่างถูกวิธีขณะมดลูกหดตัว หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดควบคุมการหายใจได้ดี เบ่งคลอดถูกวิธี การประเมินผล ผู้

คลอดสามารถหายใจและเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธีตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือ และสามารถเบ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทารกคลอด Normal Labor c right Mediolateral episiotomy เวลา 22.40 น.

**ระยะที่ 2 ของการคลอด 20 นาที ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia) อายุครรภ์ 34<sup>+</sup>3 สัปดาห์ ร่วมด้วย Overt Diabetes Mellitus** ประสานกุมารแพทย์, NICU เตรียมความพร้อมรับทารกแรกเกิด, เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกให้พร้อมใช้งาน เช่น เช่น Radiant warmer, Neopuff, ท่อช่วยหายใจในการดูแลทารกแรกเกิด (Initial steps of newborn care) ประกอบด้วย การทำให้ทารกอบอุ่น, การเช็ดตัวให้แห้ง, การกระตุ้นให้ทารกหายใจ, การจัดทำศีรษะและลำคอให้ทางเดินหายใจเปิด, และการดูดเสมหะหากจำเป็น, ประเมิน Apgar score ที่นาทีที่ 1, 5 และ 10 เพื่อประเมินระดับการตอบสนองเบื้องต้นของทารกแรกเกิด, จัดท่าทารกให้นอนหงาย วางศีรษะในท่า "Sniffing position" (แหงนคอเล็กน้อย) เพื่อเปิดทางเดินหายใจ, ให้เริ่มช่วยหายใจแรงดันบวกในทารกแรกเกิดที่มีอาการหายใจลำบาก หยุดหายใจหรือมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที ภายใน 60 วินาทีหลังเกิด, หากอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที แม้จะมีการช่วยหายใจแล้วให้ทำการกดหน้าอก (Chest Compression) โดยวิธี Two-Finger Technique หรือ Two-Thumb Technique โดยกดบริเวณกึ่งกลางหน้าอกลึกประมาณ 1 ใน 3 ของความลึกของหน้าอก ใช้แรงกดและคลาย กดสลับกันด้วยอัตรา 3:1, เฝ้าระวังและติดตามอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ สีผิว และค่า SpO<sub>2</sub> อย่างใกล้ชิด, Early CPAP (การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกต่อเนื่อง (Continuous Positive Airway Pressure) เพื่อป้องกันหรือลดความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบใช้ท่อช่วยหายใจ และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด, ประสานทีม NICU เพื่อส่งต่อทารกและข้อมูล ย้ายทารกเข้าหออภิบาลทารกวิกฤต

แรกเกิด (NICU) เพื่อเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง ทารกคลอด เพศหญิง น้ำหนัก 2,800 gms apgar score นาที่ที่ 1, 5 และ 10 เท่ากับ 7, 9 และ 10 คะแนนแรกคลอดไม่ค้อยร้อง ตัวแดงปลายมือปลายเท้าเขียว Active พอควร อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 83% PPV 2 cycle เช็ดตัวกระตุ้น Suction clear Air way นาที่ที่ 5 ยังมีเขียวปลายมือปลายเท้า หายใจมี grunting อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 60 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจน 92% Early CPAP ย้ายแผนก NICU

### ปัญหาทางการพยาบาลในการพยาบาลหลังคลอด

**เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 4 ของการคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด** เนื่องจากการหดตัวของมดลูกลดลงจากการได้รับ Magnesium sulfate ประเมินปริมาณเลือดที่ออกโดยจากชิ้นวัตรกรรมถุงตวงเลือด, ดูแลให้ Oxytocin 10 IU IM Stat หลังทารกคลอด, ตรวจสอบ Sing การลอกตัวของรก, ทำคลอดรก ด้วยวิธี Modified Crede maneuver เมื่อรกคลอด ทำการตรวจรูกว่าออกครบหรือไม่ ดูแลคลึงมดลูกให้แข็งตัว, ไล่เลือดที่ค้างออก, ใหยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 0.9% NSS 1000 cc + Oxytocin 20 U v drip 120 cc/hr ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อไม่ให้ขัดขวาง การหดตัวของมดลูก และเพื่อประเมินการทำงานของไตต่อ ประเมินการฉีกขาดของฝีเย็บและช่องคลอดแผลฝีเย็บทันที, กำหนด Early warning sign Early treatment โดยใช้สเกล 300 มิลลิลิตร ถ้าพบให้ประเมินหาสาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดตามหลัก 4T ได้แก่ Tone, Trauma, Tissue, Thrombin และรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาตามสาเหตุที่พบ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และตรวจสอบการหดตัวของมดลูกทุกครั้ง แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น รู้สึกหน้ามืด ใจสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที การประเมินผล รกลอกตัวแบบ Duncan คลอดเวลา

22.54 น. ตรวจรก Complete น้ำหนัก 400 กรัม ความดันโลหิต 138 /72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Blood loss 150 cc

**ระยะที่ 3 ของการคลอด 14 นาที** ในระยะที่ 4 ของการคลอด Blood loss 30 cc ผู้คลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

**อ่อนเพลียจากกระบวนการคลอด** ผู้คลอดมีท่าทางอ่อนเพลีย ท่าทางอิดโรย ดูแลเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น ดูแลให้ดื่มน้ำหรือนม ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อม ให้เงียบสงบ และเหมาะสมกับการพักผ่อน ยกไม้กั้นเตียงไว้ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ประเมินสัญญาณชีพเพื่อแยกจากภาวะอ่อนเพลีย ที่อาจมีสาเหตุจากการตกเลือด การประเมินผล ผู้คลอดดื่มน้ำได้พอสมควร หลังพักผ่อนได้ไม่เกิดอุบัติเหตุ สัญญาณชีพ Systolic Blood Pressure 139 - 148 มิลลิเมตรปรอท Diastolic Blood Pressure 80 - 92 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 78 - 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ย้ายแผนกหลังคลอด วันที่ 3 พฤษภาคม 2567 เวลา 22.40 น. ตรวจสอบผลก่อนย้ายแผนก ฝีเย็บดีดี ไม่มีเลือดซึมไม่บวม มดลูกหดตัวดี Total Blood loss 240 cc

**มีความเสี่ยงต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกไม่สมบูรณ์** เนื่องจากทารกย้ายไปสังเกตอาการที่ NICU มารดาซักถามเรื่องทารกย้าย NICU สีหน้ากังวล พูดว่า “ยังไม่ทันเห็นหน้าลูกเลย” ดูแลประเมินสภาวะทางอารมณ์ของมารดา เนื่องจากการแยกจากทารกอาจก่อให้เกิดความกังวลหรือความเครียด สนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวได้ โดยเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก หรือความไม่มั่นใจในการดูแลทารก แนะนำให้มารดาไปเยี่ยมทารกเมื่ออาการดีขึ้น เพื่อให้มารดาและทารกสามารถสร้างสัมพันธภาพกันได้ โดยการพูดคุยกับทารก ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การป้อนนมไปส่งให้ทารก พูดคุยและให้กำลังใจ ให้มารดารู้สึกว่ายังคงมีบทบาทสำคัญใน

ชีวิตของทารก และยังสามารถสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีได้ เมื่อทารกย้ายมาแผนกหลังคลอด ให้คำแนะนำในการดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกกลับบ้านเพื่อให้มารดารู้สึกมั่นใจและเห็นความสำคัญของบทบาทในการดูแลทารก จากการติดตามพบว่ามารดาไปเยี่ยมทารกหลังจากแพทย์พิจารณาหยุดยาแมกนีเซียมซัลเฟตแล้ว, ทารกย้ายคืนมารดา วันที่ 4 พฤษภาคม 2567 เวลา 11.15 น. ก่อนกลับบ้านน้ำหนักโลหิต LATCH Score 9/10 คะแนน สีหน้ามารดาสดชื่น ดีใจที่ได้กลับบ้านพร้อมลูก

**ผู้คลอดและบุตร D/C วันที่ 5 พฤษภาคม 2567** เวลา 09.30 น. **นัดตรวจ** Lab FBS, HbA1c, BUN ,Cr 2 สัปดาห์ **นัดตรวจหลังคลอด** 6 สัปดาห์ **ทารกนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีน** 8 สัปดาห์ **Home Medicine** Neutral Protamine Hagedomb(NPH) 12 u sc hs, Metformin (500) 1 x 2 po pc

### สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Overt DM) ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Preeclampsia with Severe Features) และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Preterm PROM) ที่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบภายใต้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการ การดูแลอย่างใกล้ชิด และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้คลอดและครอบครัว การได้รับยาลดความดันอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับยาป้องกันการชัก (Magnesium sulfate) เป็นไปตามแนวทางของ ACOG (2020) ในผู้ป่วย preeclampsia with severe features ซึ่งช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ การคลอดเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 35 สัปดาห์โดยคลอดทางช่องคลอด ถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในกรณีนี้เพื่อลดความเสี่ยงของมารดาและทารก เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ทารกแรกคลอดมีภาวะ Birth Asphyxia

ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติหลายระบบร่วมกัน โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะ preeclampsia และ DM ซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังรกและทารก อย่างไรก็ตามทารกได้รับการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็ว และได้รับการดูแลต่อเนื่องในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้สามารถฟื้นตัวได้ เมื่อเปรียบเทียบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการดูแลในกรณีนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยเน้นความสำคัญของการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่มก่อนคลอด การเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง และการดูแลภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที บทบาทของพยาบาลในกรณีนี้ไม่เพียงแต่เป็นผู้ให้การพยาบาลทางร่างกาย แต่ยังเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้คลอดและครอบครัว รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การคลอดเป็นไปด้วยความปลอดภัยที่สุด<sup>5,6,7</sup>

### ข้อเสนอแนะ

แนวทางในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในสถานการณ์เสี่ยงควรครอบคลุมทั้งบุคลากร อุปกรณ์ และกระบวนการให้บริการอย่างรอบด้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการพัฒนาทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะวิกฤต เช่น การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ และควรมีการทบทวนขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นประจำทุกปี เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลทั้งมารดาและทารกในสถานการณ์ฉุกเฉิน อันจะช่วยลดความเสี่ยงต่อชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับการช่วยคลอดรวมถึงอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก ควรให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอและอยู่ในสภาพสมบูรณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าเมื่อต้องใช้งานจริง การวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอดจึงควรครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่มก่อนคลอด ระหว่าง

คลอด และหลังคลอด โดยดำเนินการอย่างมี  
ประสิทธิภาพและทันเวลา เพื่อป้องกัน  
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารก  
ที่สำคัญ การดูแลทารกแรกเกิดควรเป็นไปอย่าง  
บูรณาการ โดยควรวางแผนการดูแลและการกู้ชีพ

ร่วมกับทีมแผนกทารกแรกเกิดวิกฤต เพื่อให้การช่วย  
ฟื้นคืนชีพเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมี  
ประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิด  
ภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตของทารกได้อย่างมี  
ประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. (2020). Neonatal resuscitation: 2020 AHA guidelines for CPR and ECC (Part 5: Neonatal Resuscitation). *Circulation*, 142(Suppl. 2), S524–S550.  
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000902>
2. College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. (2020). แนวเวชปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Clinical Practice Guideline No. OB-63-021). <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf>
3. Preeclampsia Foundation. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, Number 222.
4. กิติพร กางการ. (2562). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับคลอดก่อนกำหนดใน  
ระยะคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16, 23–35.
5. จารุวรรณ วงศ์วัฒนะ, & กัญญารักษ์ ศรีวิเศษ. (2567). การส่งเสริมความรู้ของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง.  
*วารสารสุขภาพและการศึกษา*, 47(1), 15–30. [https://so06.tci-](https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/271763/182005)  
[thaijo.org/index.php/hej/article/view/271763/182005](https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/271763/182005)
6. อติมา พงษ์ทอง. (2564). การประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลในโรงพยาบาล. *วารสารสุขภาพจิต*, 32(3), 200–210.
7. ปราณี ด้านชัยจิตร. (2562). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี*,  
31(1), 90–101. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/196919/161718>