

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา
Nursing care of a pregnancy with pregestational diabetes complicated by shouder
dystocia : case study

(Received: October 21,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

กุลริศา โพธิจักร¹
Kulrisa Phothichak

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก คัดเลือกผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยากจำนวน 1 ราย ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา: มารดาหญิงตั้งครรภ์อายุ 22 ปี G2P1D1L0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการคลอด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 9 ตุลาคม 2567 ระยะก่อนคลอดเสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia และ ภาวะ Hypoglycemia ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดยาก ระยะคลอดมีภาวะคลอดติดไหล่ 4 นาที ให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมและช่วยเหลือในระยะคลอด บรรเทาความเจ็บปวด ให้การช่วยเหลือทารกหลังคลอด มารดาปลอดภัย ทารกได้รับการดูแลต่อเนื่องที่หอทารกป่วย ระยะหลังคลอดป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สอนแนะนำการปั๊มน้ำนมให้กับทารก วันที่ 3 หลังคลอด มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำนมไหลออกดีให้นมบุตรได้เอง แพทย์อนุญาตให้มารดาหลังคลอดกลับบ้านได้พร้อมบุตร รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 3 วัน

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์, กระบวนการคลอด, การคลอดไหล่ยาก

Abstract

This study was case study aimed study the nursing care of a laboring woman with pregestational diabetes mellitus complicated by shoulder dystocia. One case of a woman with pregestational diabetes mellitus and shoulder dystocia during labor was selected. Nursing care was provided based on the nursing process.

Results: The case involved a 22-year-old pregnant woman, G2P1D1L0, at 39 weeks of gestation, diagnosed with pregestational diabetes mellitus. She was admitted to Phra Narai Maharaj Hospital on October 9, 2024, for planned delivery. During the antepartum period, she was at risk for both hyperglycemia and hypoglycemia, and the fetus was at risk for fetal distress and shoulder dystocia. During labor, shoulder dystocia occurred and lasted for 4 minutes. Nursing care included preparation and assistance during labor, pain relief, and neonatal support immediately after birth. The mother remained safe, and the newborn was transferred to the neonatal intensive care unit for further monitoring. During the postpartum period, care was focused on preventing postpartum hemorrhage and teaching the mother how to express breast milk for the baby. On the third postpartum day, both mother and baby had no complications. Breast milk production was sufficient, and the mother was able to breastfeed successfully. The physician discharged both mother and baby home after a 3-day hospital stay.

Keywords: Pregestational diabetes mellitus, labor process, shoulder dystocia

¹ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่สำคัญและพบมากในสตรีครรภ์ซึ่งมักส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะคีโตซิสได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เกิดครรภ์แฝด น้ำและในระยะคลอด อาจจะทำให้เกิดภาวะการคลอดยากเนื่องจากทารกตัวโต เกิดการช่วยคลอด สูติศาสตร์หัตถการ การผ่าตัดเพิ่มขึ้น ในระยะหลังคลอด ทารกอาจเกิดอาจส่งผลกระทบต่อรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตหลังคลอดได้ ภาวะเบาหวานคือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะเบาหวานเพิ่มมากขึ้น¹ ในปี 2559 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคเบาหวานยังมีโอกาสเป็นซ้ำในการตั้งครรภ์ต่อไปถึงร้อยละ 35-80 และมีอุบัติการณ์ของการเกิดเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตสูงถึงร้อยละ 50-75²

จากการทบทวนสถิติการคลอดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าในปีงบประมาณ 2565-2567พบผู้คลอดที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 209 ราย, 236 ราย และ 239 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.96, 12.69 และ 14.14 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปีและนอกจากนี้ภาวะเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและทารกแรกเกิด หากการคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีไม่เหมาะสม ในกรณีนี้ทารกตัวใหญ่ (Macrosomia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดที่นำไปสู่การคลอดไหล่ยาก การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มีความสำคัญสำหรับบุคลากรผู้ทำคลอดทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลห้องคลอด ซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้องทางการแพทย์ในที่สุด สำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดไหล่ยากร้อยละ 0.02-0.32 ของการ

คลอดทั้งหมด³ อุบัติการณ์พบได้น้อย แต่การคลอดไหล่ยากเป็นภาวะที่ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดในผู้คลอดรายใด จึงเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินในการให้การช่วยคลอดไหล่ยาก จากภาวะวิกฤตินี้ ซึ่งการคลอดติดไหล่นานส่งผลกระทบต่อทั้ง จึงได้จัดทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะนี้ และ เพื่อ เป็น แนว ทาง ปฏิบัติ ป้อง กัน ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดไหล่ยาก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา โดยศึกษาในมารดาหญิงตั้งครรภ์ ไทยคู่อายุ 22 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 9 ตุลาคม 2567 เวลา 08.00 น.

อายุครรภ์ครบกำหนดและเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการคลอด

ประวัติการตั้งครรภ์

มารดา G2P1D1L0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ EDC 10 ตุลาคม 2567 จากผลอัลตราซาวด์ประจำเดือนครั้งสุดท้ายจำไม่ได้ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลท่าม่วงและส่งต่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่ออายุครรภ์ 15 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ผลเลือด Blood group AB, HBsAg negative, VDRL non reactive, Anti HIV negative, DCIP negative, MCV 84 fl, MCH 9.7 Pg, Hb 15.7, Hct 45 % ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๙+ สัปดาห์และฝากครรภ์ครั้งสุดท้าย

เมื่ออายุ ครรภ์ 38 สัปดาห์ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก เข็มกระตุ้น วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2567 และได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วันที่ 21 พฤษภาคม 2567 ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวานเมื่ออายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ผล OGTT FBS 153 mg%, OGTT 1 hr 261 mg%, OGTT 2 hr 251 mg%, OGTT 3 hr 224 mg%, HbA1C 8.2 % ผลการวินิจฉัย เมื่อ 27 มีนาคม 2567 โรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Overt Diabetes Mellitus : Overt DM)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับ

แรกเริ่มมารดารู้สึกตัวดี รูปร่างท้วม น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร BMI 35.59 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ล่าสุด On NPH 14-0-0-14, RI 0-6-4 เจาะ DTX stat 185 mg% ไม่มีอาการหิว ไม่มีอาการใจสั่น ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37

องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/97 mmHg ประเมินน้ำหนักทารกจากการตรวจครรภ์ 3,900 กรัม รายงานสูติแพทย์รับทราบ รายงานสูติแพทย์รับทราบเพื่อประเมินน้ำหนักทารก จากอัลตราซาวด์ พบว่า Single variable fetus, GA 36+4 wks, Estimate fetal weight 3,278 gms, AFI 15 cms, แพทย์พิจารณากระตุ้นให้มารดาเจ็บครรภ์คลอดโดยการ Stripping membrane, ผู้คลอดเจ็บครรภ์มีมดลูกหดตัวเป็นระยะ ๆ Interval 10 นาที Duration 40 วินาที Intensity 2+ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 144 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางตัว 80 % อยู่ระดับ -1 ฤกษ์น้ำคร่ำยังไม่แตก 14.00 น. DTx 130 mg% เวลา 15.00 น. ปากมดลูกเปิด 4 cms ความบาง 80% เจาะถุงน้ำสีใส FHS 150 ครั้ง/นาที เป็นไปตาม Pathograph เวลา 20.30 น. ผู้คลอดบอกปวดเบ่ง ตรวจภายในปากมดลูก เปิดขยาย 10 เซนติเมตร ความบางตัว 100 % ส่วนน้ำอยู่ระดับ 0 แนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง ด้วยคำพูด สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เชียร์เบ่ง เตรียม Radant warmer ผ้าอุ่นและเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้ 21.00 น. ผู้คลอดเบ่ง ศีรษะทารกผลุบๆโผล่ๆ (turtle sign) ไม่เคลื่อนต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 100-110 ครั้ง/นาที ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที รายงานสูติแพทย์และกุมารแพทย์รับทราบ เรื่องเบ่งนาน 30 นาที ระหว่างทคลอดติดไหล่ 4 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. การพยาบาลระยะก่อนคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia และ ภาวะ Hypoglycemia เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ใช้อินซูลิน จดน้ำและอาหาร	กิจกรรมการพยาบาล เจาะ DTX stat ประเมินอาการ หิว ใจสั่น เหงื่อออก ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ สังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆ ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และติดตามค่า DTX premeal, 2 hour Post Pandail 3 มีข้อสังเกตอาการต่อ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด 101-130 mg% ไม่มี อาการหิว ใจสั่น เหงื่อออก อัตราชีพจร 86 ครั้ง/นาที ประเมินอาการเจ็บครรภ์และระดับการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เจ็บครรภ์ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ มีมดลูกหดตัวเป็นระยะ ๆ Interval 10 นาที 15 วินาที Duration 35 วินาที Intensity 1+ ตรวจครรภ์ระดับยอคมดลูก 3/4 เนื่องจากระดับสะดือ Estimate fetal weight 3,900 กรัม ทารกอยู่ในท่า LOA อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 134 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบางตัว 50 % ศีรษะเป็นส่วนนำอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่ On Electric Fetal Monitoring ผล Category I FHS baseline 140 ครั้ง/นาที เด็กตื่นดี ผู้คลอดให้ประวัติว่า การประเมินผล รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของ Hyperglycemia และ ภาวะ Hypoglycemia DTX 150-154 mg/dl
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรคเบาหวานที่อาจมีผลต่อตนเองและบุตร เนื่องจากมีประวัติคลอดทารกเสียชีวิตในครรภ์	กิจกรรมการพยาบาล ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดและญาติ ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สันถายิ้มแย้ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายเรื่องโรคและอาการที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริงอย่างเข้าใจง่าย ๆ ว่า เป็นอาการที่อันตราย เสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยาก มารดาอาจจะมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ และอาจเกิดอาการ แทรกซ้อนอื่น ๆ ขึ้นได้ทั้งในด้านมารดาและทารก อธิบายแผนการรักษาพยาบาล ผลข้างเคียงของยา และอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจและเพื่อให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา คลายความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ อธิบายโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการหวิว ใจสั่น เหงื่อออก ให้รีบแจ้งพยาบาลทันทีเพื่อจะให้การดูแลรักษาพยาบาลทันทีที่แจ้งผลตรวจการรักษารวมทั้งอาการของมารดาและทารกในครรภ์ ให้ครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินหาปัจจัยเสี่ยง ความผิดปกติ และให้การช่วยเหลือทันทีเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย มารดาและครอบครัวลดความวิตกกังวล อบอุ่นใจ การประเมินผล มารดาและครอบครัวสื่อน้ำคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการคลอดไหล่ยากเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินภาวะคลอดติดขัดจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายของผู้คลอด ระบุความเสี่ยงในผู้คลอดด้วยแจ้งทีม และชวนผู้ป่วยระบุเสี่ยง ให้ความรู้เกี่ยวกับการคาดคะเนเวลาคลอด ขบวนการของการคลอด และบอกถึงความเสี่ยงของการคลอดให้ผู้คลอดทราบ สอนการเบ่งคลอดอธิบายเทคนิคการเบ่งคลอดโดยการกลั้นหายใจขณะเบ่ง (Close glottis) ปฏิบัติโดยเมื่อมดลูกหดตัว มารดาหายใจลึกลงไป 1 ครั้ง แล้วจึงหายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ กลั้นหายใจแล้วเบ่งให้แรงที่สุดและนานที่สุดโดยผู้ดูแลจะนับ 1-10 ซ้ำๆ ขณะที่มารดาเบ่ง และหายใจออกอย่างรวดเร็วภายหลังการเบ่ง ครั้งต่อไปหายใจเข้าใหม่ และเบ่งอีกครั้ง ทำซ้ำจนมดลูกคลายตัวหายใจลึกลงไป 1 ครั้ง และหายใจปกติตลอดระยะที่มดลูกคลายตัว กำหนดบทบาทเมื่อเกิดภาวะคลอดติดขัด โดย มีพยาบาล 1 หัวหน้าเวร พยาบาล 2 และ 3 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แพทย์เป็นผู้ทำคลอด วางแผนเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยากให้ดำเนินการโดย H = Call for Help E = Evaluation for Episiotomy L = Lift the legs (McRobert's maneuver) P = Pressure E = Enter (Rubin maneuver, Wood maneuver และ Reverse Wood screw maneuver) R = Removal of the Posterior Arm R = Roll (All-fours position) (Gaskin maneuver) จัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือในการช่วยคลอด ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมช่วยเหลือมารดาและทารก การประเมินผล พยาบาลห้องคลอดรับทราบความเสี่ยงของผู้คลอดรายนี้ อุปกรณ์ และเครื่องมือพร้อมช่วยเหลือมารดาและทารก พยาบาลห้องคลอดมีการแบ่งบทบาทชัดเจนเมื่อเกิดภาวะคลอดติดขัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia งดน้ำและอาหาร	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/80 mmHg รายงานแพทย์รับทราบ ให้ 5%DNSS 1,000 ml iv drip 100 ml/hr, sideline on 0.9% NSS 100 ml + RI 10 unit iv drip 10 ml/hr บริหารยาโดยใช้เครื่อง infusion pump เฝ้าระหว่างภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ติดตามผล DTX ทุก 2 ชั่วโมง DTX

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	101 mg% ไม่มีอาการหิวใจสัน ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 ชั่วโมง 15.20 น. การคลอดไม่ก้าวหน้ารายงานแพทย์แผนก Induction of labor โดยเจาะถุงน้ำและให้ยาเร่งคลอด ตรวจภายในหลังเจาะถุงน้ำ ปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร ความบางตัว 80% ส่วนน้ำอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำแตก ลักษณะของสีน้ำคร่ำขาวขุ่น อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ เริ่มให้ยา Syntocinon 10 unit in 0.9%NSS 1,000 ml iv drip 12 ml/hr บริหารยา ใช้เครื่อง infusion pump ดูแลให้น้ำดื่มอาหาร On Electric Fetal Monitoring ไว้ การประเมินผล ผู้คลอดไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia DTX 101-134 mg%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress เนื่องจากได้ยาเร่งคลอด Syntocinon	กิจกรรมการพยาบาล On Electric Fetal Monitoring ไว้ บันทึก FHS และ Uterine contraction ทุก 30 นาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เพื่อป้องกันการกดทับ หลอดเลือด Inferior vena cava ติดตามอ่านและแปลผล EFM เป็นระยะๆ เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ การประเมินผล ผล EFM Category I, FHS baseline 140 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน
2. การพยาบาลระยะคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์ในระยะ Active phase และได้ยาเร่งคลอด	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินการหดตัวมดลูกทุก 30 นาที ประเมินระดับความเจ็บปวดและอาการแสดง ความเจ็บปวด สอนการหายใจเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด จัดท่า Upright position ให้นั่ง ทำฝึเสื้อ สลับกับท่านอนตามที่ผู้คลอดสะดวก พุด คุยให้กำลังใจ ดูแลความสบายทั่วไป ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาดไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสุขสบายและส่งเสริมการคลอดให้ก้าวหน้า การประเมินผล ผู้คลอดสามารถเผชิญอาการเจ็บครรภ์ได้เหมาะสม ไม่ร้องเอะอะโวยวาย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีภาวะคลอดไหล่ยาก	กิจกรรมการพยาบาล แจ้งทีมให้ขึ้นขาหยั่งเพื่อเตรียมจัดท่า McRoberts และช่วยทำ Suprapubic compression เพื่อช่วยการคลอดไหล่ยากและทารกแรกเกิด 21.08 น. ศีรษะทารกคลอด หน้าใหญ่บานคลอดสั้น ตัดแผลฝีเย็บเพิ่มให้กว้างขึ้น ตามทีมให้ช่วยยกขาทั้ง 2 ข้างเพื่อช่วยจัดท่า McRoberts และช่วยทำ Suprapubic compression โดยให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขามารดทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้ววางช่วงสะโพก ขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง หรือให้มารดาดึงขาของตนเองขึ้นมา แนบกับหน้าอก ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงล่างเพื่อให้ไหล่ หน้าคลอดโดย จะไปทำให้กระดูก pubicsymphysis เคลื่อนขึ้นมา ด้านบนหลุดออกจากไหล่หน้าได้ ตามสูติแพทย์อีกรอบเรื่องคลอดไหล่ยาก 21.12 น. การประเมินผล คลอดไหล่ยากนาน 4 นาที ทารกเพศชาย น้ำหนัก 4,230 กรัม Apgar score 3,5,6 คะแนน แรกเกิดทารกตัวอ่อนปวกเปียก หายใจเฮือก ไม่ร้อง ตัวซีด อัตราการเต้นของหัวใจทารก 120 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากคลอดไหล่ยากนาน 4 นาที	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น ดูแลให้ความอบอุ่นทารกวางใต้ Radant warmer เช็ดตัวให้แห้งเอาผ้าเปียกออก ประเมินการหายใจ ดูแลดูดสารน้ำเมือกในปากและจมูก กระตุ้นให้ร้องโดยลูบหลังตีดฝ่าเท้า ช่วยการหายใจด้วยแรงดันบวก (Positive Pressure Ventilation : PPV) ติด Oxygen sat เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยกุมารแพทย์ใส่ Endotracheal tube No 4 stab ชีด 10 ช่วยการ PPV การประเมินภาวะแทรกซ้อน ตรวจร่างกายทารกอย่างละเอียดเพื่อประเมินอันตรายจากการคลอด เช่น กระดูก clavicle หัก กระดูกแขนหัก การบาดเจ็บที่เส้นประสาทบริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง ประสาน NICU เพื่อรับทารกไปดูแลอย่างต่อเนื่อง โดย Transport incubator ดูแลช่วย PPV เป็นระยะๆ กุมารแพทย์แจ้งมารดาและอาการทารกและแผนการดูแลรักษาให้รับทราบอย่างคร่าวๆ การประเมินผล อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นหัวใจทารก 168 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที Oxygen sat 100% แขนซ้ายบวม ขยับได้น้อย สรุประยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลา 5 ชั่วโมง 10 นาที, ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 42 นาที, ระยะที่ 8 ของการคลอดใช้เวลา 8 นาที รวมระยะทั้งหมดของการคลอดใช้เวลา 6 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะหลังคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากทารกตัวใหญ่	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้ Syntocinon 10 unit เข้ากล้ามเนื้อทันที On 5% D/N/2 1,000 ml. + Syntocinon 40 unit (v) drip 120 cc/hr คลึงมดลูกให้กลมแข็ง ใส่เลือดที่ค้างอยู่ใน โพรงมดลูก ประเมินแผลฝีเย็บ การฉีกขาดของช่องคลอด ประเมินการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด เย็บแผลฝีเย็บโดย polyglactin 2/0 วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ประเมินอาการนำของภาวะ shock ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น การประเมินผล มดลูกหดรัดตัวดี total blood loss 250 ml. BP 124/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการหน้ามืด หรือเหงื่อออกตัวเย็น ป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยหยุดให้อินซูลินหลังรกคลอดทันที และประสานตึกหลังคลอดให้รับทราบ การประเมินผล ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ย้ายไปตึกหลังคลอด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 มารดาหลังคลอดวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของทารก และการแยกจากบุตร	กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอด ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม แจ่มใส เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และให้คำอธิบายจนเกิดความเข้าใจ ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกโดยให้มารดา ทารกได้พบกัน อธิบายอาการเจ็บป่วยของทารกให้มารดา เข้าใจ ว่าเกิดจากภาวะคลอดติดไหล่ ทำให้เส้นประสาทแขนทารกบาดเจ็บ การรักษาคือสังเกตอาการและรอการฟื้นตัวของเส้นประสาท เมื่อมารดาพร้อมให้นมบุตร สอนการปั๊มนมส่งให้นมบุตร ใน NICU แจ้งผลการรักษาและอาการทารกให้ครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ การประเมินผล มารดาหลังคลอดสีหน้าคลายวิตกกังวล สดชื่นขึ้น มารดาหลังคลอดเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือในดูแลบุตร ปั๊มนมไปให้นมบุตรใน NICU

การติดตามเยี่ยม

เยี่ยมมารดาหลังคลอดครั้งที่ 1 มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี ระดับยอดมดลูก 5 นิ้วเหนือระดับหัวเหน่า น้ำคาวปลาสีแดงออกปกติ เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 แผ่น แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ปวดสะโพกเดินไม่สะดวก Pain score 8 คะแนน รายงานแพทย์รับทราบให้ Norgesic 1 tab oral tid pc และ Brufen (200) 2 tab oral tid pc ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอน 234 mg% แพทย์ให้ RI 2 ยูนิต ฉีดเขาใต้ชั้นผิวหนัง ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ มารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร แจ้งผลการรักษาและอาการทารกให้มารดาและครอบครัวทราบเป็นระยะ ๆ แนะนำการปั๊มนมให้ทารก

เยี่ยมทารกหลังคลอดที่ตึกทารกป่วยครั้งที่ 1 จัดให้มารดาไปเยี่ยมบุตรและสัมผัสบุตรและพูดคุยเพื่อให้ทารกได้ คั่นเคยกับเสียงของมารดา ทารกหายใจได้เองแขนซ้ายยังยกไม่ขึ้น กระดิกปลายนิ้วและกำมือสามารถขยับยกได้ปลายมือถึงข้อศอก อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 144 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที O₂sat 98 %

เยี่ยมมารดาหลังคลอดครั้งที่ 2 มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี ระดับยอดมดลูก 4 นิ้วเหนือระดับหัวเหน่า น้ำคาวปลาสีแดงออกปกติ เปลี่ยนผ้าอนามัย 2 แผ่น แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท ปวดสะโพกเดินสะดวกกว่าเมื่อวาน Pain score 4 คะแนน ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 100-130 mg% อายุรแพทย์ให้นัด

ตรวจ 6 สัปดาห์ตลอด ให้คุณอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน

เยี่ยมมารดาหลังคลอดที่ตึกทารกป่วยครั้งที่ 2 ทารกหายใจได้เองแขนซ้ายได้ยังคงเดิม กระดิกปลายนิ้วและกำมือได้ บริเวณต้นแขนข้างซ้ายมีรอยม่วงซ้ำ อาการยุบวม จัดสมดุลโครงสร้างร่างกายแบบมณีเวช ทารกสามารถขยับยกได้ปลายมือถึงข้อศอก ยกไหล่ยกไม่ได้ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 124 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที Oxygen sat 98 %

เยี่ยมมารดาหลังคลอดวันที่ 3 มารดา รู้สึกตัวดี ระดับยดนมตลก 3 นิ้ว เหนือระดับหัวเหิน้ำ นำนมไหลออกดีให้นมบุตรได้เอง ไม่มีอาการคัดตึงเต้านม น้ำคาวปลาสีแสดจางๆ ออกลดลง ไม่มีกลิ่นเหม็น ไข้ผื่นตามี 2 ผื่นต่อวัน อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/82 มิลลิเมตรปรอท ระดับคะแนนความเจ็บปวด 2 คะแนน แพทย์อนุญาตให้มารดาหลังคลอดกลับบ้านได้พร้อมบุตร แนะนำการฝึกปฏิบัติ ที่ต้องมาพบแพทย์ เน้นย้ำให้มารดาตรวจติดตามภาวะเบาหวานหลังคลอด แจ้งวันนัดตรวจหลังคลอด วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 มารดาได้รับฟังดี กลับบ้านพร้อมบุตรเวลา 15.00 นาฬิกา รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นเวลา 3 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดรายนี้เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ แต่ได้รับการวินิจฉัยได้ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้มีบางช่วงที่คุมได้ไม่ดี มีผลทำให้ทารกตัวโตซึ่งส่งผลให้เกิดการคลอดไหล่ยากส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในผู้คลอดและทารกแรกเกิดพยาบาลห้องคลอดได้ใช้ความรู้และทักษะในการช่วยเหลือการคลอดไหล่ยากในกรณีฉุกเฉินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้คลอดและทารกได้อย่างรวดเร็ว และรายงานแพทย์เพื่อให้การ

รักษาได้ทันเวลาจึงทำให้ผู้คลอดปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{3,4}

การคลอดไหล่ยาก เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เป็นภาวะที่พยาบาลได้ยากกว่าผู้คลอดรายใดจะคลอดไหล่ยาก ซึ่งเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วมักส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอด ทารก ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การช่วยเหลือ การดูแลภาวะวิกฤตนี้ต้องอาศัยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์เพราะมีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง/ร้องเรียน พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้คลอดอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือการคลอดไหล่ยากที่ถูกต้องเหมาะสมปลอดภัย วินิจฉัยวางแผนและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย⁵

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ในมารดาที่เป็นเบาหวานขณะการตั้งครรภ์มีความสำคัญมากเพื่อการวางแผนการคลอดที่เหมาะสมและปลอดภัยทั้งมารดา ทารก ครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารก

3. ทีมในการช่วยเหลือในกรณีที่มีภาวะคลอดไหล่ยากของงานห้องคลอด ต้องมีทักษะในการช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว ในกรณีที่บุคลากรไม่เพียงพอ ควรระบุผู้ที่อยู่ในทีม หน้าที่ความรับผิดชอบอย่าง ชัดเจน และมีการฝึกซ้อมโดยการสร้างสถานการณ์จำลองเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. การบันทึกเวชระเบียนเมื่อเกิดการคลอดไหล่ยากมีความสำคัญมาก เพราะอาจจะเกิดการฟ้องร้องตามมาได้ จึงต้องมีการบันทึกรายละเอียดที่ครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. ชญาดา เนตรกระจ่าง. (2560). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(2), 168-177.
2. ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2560). ตำราสูติศาสตร์. พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
3. เอกชัย โควาวีสารัช. (2559). การดูแลอย่างมีคุณภาพในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.
4. กนกกัญจน์ ภาคภูมิ. (2564). การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(3), 43-50.
5. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มะลิวัลย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, และเบญจวรรณ ละหุการ. (2562). ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 9(2), 100-113