

การพยาบาลผู้คลอดโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคอ้วนร่วมกับมีภาวะคลอดยาก : กรณีศึกษา

Nursing care of maternity with gestational diabetes and obesity with
difficult birth : case study

(Received: April 18,2022 ; Accepted: April 30,2022)

สุดารัตน์ ภูจำนง¹

Sudarat Phuchamnong

บทคัดย่อ

ผู้คลอดหญิงไทย เชื้อชาติไทย อายุ 23 ปี (G1P0A0L0) อายุครรภ์ 38+5 weeks by Ultrasound ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 5 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ผู้คลอดเป็นโรคเบาหวาน 2 ปี แต่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง พบ Urine sugar + 4 ผล OGTT ได้ค่ากลูโคสในพลาสมา ก่อนรับประทานกลูโคส 203 mg/dl หลังรับประทานกลูโคส 1 ชั่วโมง 108 mg/dl หลังรับประทานกลูโคส 2 ชั่วโมง 210 mg/dl ร่วมกับมีภาวะ Obesity (น้ำหนัก 105 กก.) แพทย์รักษาโดยรับประทานในช่วงแรก แต่ไม่สามารถควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดได้ แพทย์จึงพิจารณาให้ Insulin ฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละครั้งก่อนอาหารเช้า รับประทานในโรงพยาบาล วันที่ 5 เมษายน 2565 ให้ประวัติว่า 50 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีเจ็บครรภ์ร่วมกับน้ำเดิน ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น Labor pain with Overt DM with Obesity จึงรับไว้เพื่อการรักษาใน โรงพยาบาล ทารกได้รับช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) เพศหญิง สมบูรณ์แข็งแรง Apgar score นาที 1 และ 5 ได้ 9 และ 9 คะแนน น้ำหนัก 2,850 กรัม ประเมินภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ และได้วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากการศึกษาผู้ป่วย พบว่า การติดตามประเมินปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ได้รับการดูแล ทำให้สามารถวางแผนดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและทารกให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างครบถ้วน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้คลอดโรคเบาหวาน, ภาวะโรคอ้วน, ภาวะคลอดยาก

Abstract

Thai woman, Thai nationality, age 23 years (G 1 P 0 A 0 L 0), gestational age 38+5 weeks by ultrasound , antenatal care at Somdej Phra Yuparat Sa Kaeo Hospital. Sa Kaeo Province , 5 times at 28 weeks ' gestation, pregnant women Diabetes for 2 years but without continued treatment. Urine sugar + 4 OGTT results in plasma glucose values. 203 mg/dl before glucose 1 hour 108 mg/dl after glucose 210 mg/dl 2 hours with obesity (Weight 105 kg.) Doctor treated by eating in the beginning. but unable to control food and blood sugar levels The doctor therefore considered giving insulin injected under the skin once a day

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

before breakfast. Received in the hospital on April 5, 2022 at 7:50 p.m., giving a history that 50 minutes before coming to the hospital. having pregnancy with walking water Preliminary diagnosis, Labor pain with Overt DM with Obesity, therefore accepted for hospitalization. Infant was assisted delivery by vacuum extraction, female, healthy, Apgar scores 1 and 5 minutes, 9 and 9 points. Weight 2,850 g. The health status of the newborn was assessed without any abnormalities. and has made a plan for nursing according to the nursing process.

From the study of patients, it was found that continuous follow-up assessment of problems and needs throughout the care This makes it possible to plan for the care and assistance of the mother after childbirth and the baby in accordance with the needs in its entirety.

Keywords: Nursing care, maternity with gestational diabetes, obesity, difficult birth

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากรกมีการสร้างฮอร์โมน human placental lactogen (hPL) ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมันเพื่อสงวนพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกติจะตรวจพบว่ามีความผิดปกติของภาวะ fasting hypoglycemia และภาวะ postprandial hyperglycemia และภาวะ hyperinsulinemia ซึ่งฮอร์โมน human placental lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อผู้คลอดและทารก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) เพิ่มโอกาสคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น (Caesarean delivery)

ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด (Neonatal hypoglycemia) เป็นต้น นอกจากนี้ในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และ

พบว่าร้อยละ 50 จะเป็นโรคเบาหวานภายใน 22-28 ปี ภายหลังการตั้งครรภ์และในด้านทารกเอง

ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์พบประมาณร้อยละ 1-7 แม้ว่าปัจจุบันการแพทย์และการพยาบาลด้านสูติศาสตร์ได้พัฒนามากขึ้น แต่ก็ยังพบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานอาจเกิดอันตราย และอาจจะต้องสูญเสียบุตรในครรภ์ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และจะต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทั้งของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งถ้าไม่พบความผิดปกติก็สามารถรอจนครบกำหนดคลอด เพื่อช่วยให้ทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด

จากสถิติในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดปี 2564 มีร้อยละ 6.08 (สถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 2564) ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาข้อมูลผู้รับบริการคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานพยาบาล จึงควรมีความรู้ความสามารถทักษะและประสบการณ์ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

และเหมาะสมพร้อมทั้งให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียทั้งมารดาและทารก ดังนั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในฐานะสมาชิกทีมสุขภาพได้นำความรู้และแนวทางไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มารับบริการและเพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถตลอดจนทักษะในการให้การพยาบาลทำให้การรักษาพยาบาลเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มารดาและทารกเกิดความปลอดภัยมากที่สุด จึงได้เลือกทำการศึกษาหาญตั้งครุฑรายนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครุฑที่เป็นเบาหวานรายอื่นๆ สำหรับบุคลากรที่สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคอ้วนร่วมกับมีภาวะคลอดยาก

วิธีการศึกษา

1.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ

2.ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ

3.ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคอ้วนร่วมกับมีภาวะคลอดยาก ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย

4.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

5.ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

6.สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 23 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 5 เมษายน 2565 เวลา 19.52 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 50 นาที ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน G1P0Ab0L0 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 5 ครั้ง อายุครรภ์ 38+5 สัปดาห์ by Ultrasound LMP 7 กรกฎาคม 2564 EDC 14 เมษายน 2565 ได้รับ Tetanus toxoid 3 เข็ม ผลเลือด VDRL Non-reactive, HbsAg Negative, HIV Negative, Hct 35 % , Blood Group B Rh+

การวินิจฉัยแรกรับ Labor pain with Overt DM with Obesity

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Labor pain with Overt DM with Obesity

การประเมินสภาพร่างกาย

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/98 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 104 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร

- ศีรษะ : รูปร่างปกติไม่มีก้อนนูนผิดปกติผิวดำไม่มีผื่นร่วนผิดปกติไม่มีบาดแผลหรือผื่น

- ใบหน้า : สมมาตรรูปร่างปกติไม่บวม

- ตาหูคอจมูก : เปลือกตาไม่ซีดไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ

- คอ และ ไหล่ : ไม่มี neck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

- กระดูกและข้อ : กระดูกไม่ผิดปกติ เคลื่อนไหวได้ปกติ ขาสองข้างบวมกดบวม 3+

- ทรวงอกและปอด : รูปทรงปกติหายใจสม่ำเสมอ Oxygen Saturation 100%

- หัวใจ: เต็มสม่ำเสมอไม่มี murmur อัตราการเต้น 102 ครั้งต่อนาที

- เต้านมและหัวนม :ขนาดเต้านมปกติ หัวนมไม่บอดหรือแบนหรือบวม คล้ำไม่พบก้อนผิดปกติ

- ท้อง :กล้ามเนื้อหน้าท้องนิ่ม มีไขมัน มีรอยแตกทั่วหน้าท้อง มดลูกสูงระดับ 1/3 เหนือหัวเหน่ เป็นก้อนกลม

- อวัยวะเพศ :ลักษณะปกติไม่มีรอยโรคใด ๆ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด มีตกขาวสีปกติ ไม่คัน ไม่มีกลิ่นไม่มีเส้นเลือดโป่งพองท้อง

- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ : รู้สึกตัวดี ม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร

- ตรวจภายใน :ปากมดลูกเปิด 2 cm. Effacement 60 % Station -1 M R

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษกรณีศึกษา

1. Complete Blood Count ผล : White blood count $21,170 \text{ cell/mm}^3$, Neutrophil 92 % , Lymphocyte 4 % , Monocyte 4%, Eosinophil 0%, Basophil 0%, Hematocrit 37% , Platelet count $243,000 \text{ cell/mm}^3$

2. Urine Albumin Trace, Sugar Negative

3. DTX stat 106 mg/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา กระตุ้นมดลูก <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. PV Cx.dilate 2 cms. effacement 60% station -1 MR 2. การหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+ 3. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหด ตัวของมดลูกโดยให้ 0.9%NSS 1000 มิลลิตร ผสม Syntocinon 10 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 40 มิลลิตรต่อชั่วโมง 4. NST พบ Late decelerate FHS 150 ครั้ง/นาที	1. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา 2. ดูแลให้การดามอนตะแคงซ้าย เพื่อไม่ให้มดลูกกดทับเบียดเส้นเลือด inferior venecava เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ 3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจความเสี่ยงจากการได้รับยา และ แนะนำผู้คลอดไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษา โดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยา เริ่มให้ยา 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที 4. ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา หากปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาทีและทุกครึ่งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที 5. ปรับจำนวนหยดของยาทุก ๆ 15-30 นาที โดยเพิ่มครั้งละ 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที จนกระทั่ง มดลูกหดตัวดีคือ 40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และฟัง เสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดตัวแรง และถี่ขึ้นเลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก 7. สอนมารดาให้สังเกตเด็กดิ้น ว่ามีการดิ้นมากขึ้นหรือน้อยลงภายหลังการหดตัวของมดลูกซึ่งปกติจะดิ้น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง 8. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนาน

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	เกิน 90 วินาที เสี่ยงหัวใจทารกผิดปกติให้หยุดยาทันที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที และรายงานถ้าไม่ดีขึ้น 9. เมื่อมีน้ำเดินประเมินสีน้ำหล่อทารกว่ามี meconium ปนมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก การประเมินผล มดลูกหดตัว Interval 2-3 นาที Duration 50-60 วินาที ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contraction และวางแผนแบนเดิล FHS อยู่ในช่วง 140-150 ครั้ง/นาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ผนังน้ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ
มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. มารดาบอกว่า “ตอนนี้อึดท้อง มากเลย” 2. มารดาแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือแน่นที่หน้าท้อง และมีอาการ เกร็งตามแขนและขา ขณะที่มดลูกหด รัดตัว 3. Pain score 10 คะแนน	1. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษา และการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจ และเกิดความปลอดภัยในการคลอด 2. ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การ ช่วยเหลือได้ถูกต้อง 3. จัดท่านอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ 5. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุณหภูมิพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี 6. แนะนำในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยการกำหนดสติอยู่ที่ลมหายใจ (Mindfulness) ดูแลให้ทำอย่างถูกวิธีทุกครั้งขณะที่มดลูกหดตัวและคลายตัว ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นผลดี 7. กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณ กลางกระดูกสันหลัง ต้นขา และหน้าท้อง 8. สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด เช่น ไม่ควรแสดงความห่วงใยและวิตกกังวลมากเกินไป หรือในทางตรงข้ามไม่ควรแสดงความเฉยเมยไม่สนใจ เพราะท่าทีของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่มียุทธวิธีต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดมาก ท่าทีที่ไม่เหมาะสมจะเร้าอารมณ์ให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น การประเมินผลการพยาบาล ขณะมดลูกหดตัวสามารถเผชิญได้ ไม่ร้องและดิ้นไปมาสามารถผ่อนคลายความเจ็บปวด ได้ด้วยตนเอง
ผู้คลอดอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำและสูงเนื่องจากภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ในครั้งนี้ 2. งดอาหารและน้ำตั้งแต่อยู่ที่บ้าน 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 3. ระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ 106 mg/dl	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด คือ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสม Syntocinon 10 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และ LRS 1,000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 2. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 3. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเป็นระยะตามแผนการรักษา เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	4. เตรียมอุปกรณ์เพื่อการช่วยเหลือช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม และดำเนินการติดต่อประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อรับทารกแรกเกิดจากมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไปดูแลอย่างใกล้ชิด 5. ภายหลังคลอดรับประทานอาหารได้ แนะนำการรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ และอธิบายการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง 6. ส่งปัสสาวะตรวจ Sugar เพื่อประเมินภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ชีพจร ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อยระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 106 mg/dl ตรวจปัสสาวะ Sugar ในปัสสาวะ Negative ไม่มีอาการของ DKA
มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. “เมื่อไหร่จะคลอดกลัวคลอดลำบาก” 2. มารดาได้รับแจ้งว่ามีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโต 3. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้ามืด คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก	1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าว ๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจรวมทั้งความเสี่ยงจากการคลอดครั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดเจ็บ ครรภ์ ปากมดลูกเปิดใกล้คลอด จึงเปลี่ยนการคลอดเป็นทางช่องคลอด ซึ่งมีโอกาสคลอด ติดไหล่จากทารกตัวโตได้ 2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีม แพทย์ พยาบาลให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วย ลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้ 3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล 5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล 6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ รวมทั้งอธิบายความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารกได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บของทารกระหว่างคลอด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง การประเมินผล มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการคลอดมารดาและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในระยะคลอด และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก
ผู้คลอดมีภาวะคลอดยาก <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1. ผู้คลอดมีปัจจัยเสี่ยงคือ GDMA1 ครรภ์แรก 2. ทารกท่า Vertex presentation	1. ประสานขอความช่วยเหลือจากทีมตามที่กำหนดบทบาทไว้ ประสานงานกุมารแพทย์ในการช่วยเหลือทารกหลังคลอด 2. สอนปัสสาวะทิ้ง 3. ตัด Rt episiotomy ให้กว้างมากขึ้น ฉีดยาชาให้เพียงพอตามแผนการรักษา 4. ใช้ลูกยางแดงดูดเมือกในปากและจมูกทารก 5. ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ 4. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ และรีบช่วยเหลือแพทย์เย็บซ่อมแซมโดยเร็ว 5. หลังเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตเลือดที่ออก ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ใต้แผลเพื่อป้องกัน ภาวะตกเลือด 6. ประเมิน Apgar score ที่นาที 1, 5, 10 และส่งต่อกุมารแพทย์ดูแล 7.

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	ตรวจวัดสัญญาณชีพภายหลังทารกคลอดอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที 8. บันทึกการคลอดโดยละเอียด ได้แก่ 8.1 ระยะเวลาของการคลอดในแต่ละระยะ 8.2 ชนิดการตัดฝีเย็บ 8.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดยาก 8.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเวลาที่เกิดแต่ละเหตุการณ์ 8.5 ขั้นตอนการช่วยเหลือภาวะคลอดยากแต่ละวิธีอย่างละเอียด 8.6 ระยะเวลา และยาที่มารดาและทารกแรกเกิดได้รับ 8.7 การแจ้งข้อมูลภาวะคลอดยากและการช่วยเหลือให้กับผู้คลอด และครอบครัว การประเมินผล ท่าคลอดทารกสำเร็จระยะการคลอดด้วยการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ไม่มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและบริเวณรอบ ๆ เสียเลือดจากการคลอด 750 มิลลิลิตร ทารก Apgar Score 5-9-9 ตรวจร่างกาย มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย
ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังคลอด ได้แก่ ขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การบาดเจ็บระหว่างการคลอด ข้อมูลสนับสนุน ทารกท่า Vertex presentation ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ	1. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา และรายงานกุมารแพทย์ 2. ประสานหน่วยทารกป่วยเตรียมรับ และช่วยเหลือในระยะหลังคลอด 3. เมื่อคลอดศีรษะดูตื้นเกินไปที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ 4. เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เอียงหน้าดูตื้นเกินไปที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 5. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่นทารกบนรถพยาบาลทารกเตรียมไว้ และให้การพยาบาลทารกบนรถ จัดให้ทารกนอนศีรษะต่ำเพื่อให้เสมหะไหลออกได้สะดวก 6. ประเมิน APGAR Score ที่นาทีที่ 1 = 5 ร้องเบา ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็กน้อย ให้การช่วยเหลือตามอาการโดยการดูดเสมหะ กระตุ้นการหายใจด้วยการใช้นิ้วมือตีหรือตีฝ่า เท้าทารก ให้ความอบอุ่นแก่ทารก APGAR Score ที่นาทีที่ 5 = 9 7. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 8. ตรวจร่างกายของทารกตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า จุดเลือดออกต่าง ๆ และการบาดเจ็บ ภายหลังคลอดไหล่ยาก การประเมินผล ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี Apgar Score 9 หายใจได้เองสม่ำเสมอ การหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที DTX 94 mg/dl รูปร่างศีรษะจนถึงปลายเท้าปกติ มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย
มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะช็อค จากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน 1. “รู้สึก ใจสั่น เวียนหัว” 2. มารดาหลังคลอดเหนื่อย อ่อนเพลีย	1. ตรวจสอบดูกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนปัสสาวะทิ้ง 2. ตรวจสอบแผลฝีเย็บ ตรวจหาการฉีกขาดของช่องทางคลอด พบมีเลือดซึมบริเวณแผลฝีเย็บ รายงานแพทย์ Resuture แผล perineum 3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที 4. คลึงมดลูกทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงด้วยตนเอง

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
เยื่อบุตาซีด 3. เสียเลือดจากการคลอดรวม 750 มิลลิลิตร 4. อัตราชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/72 มิลลิเมตรปรอท 5: Hematocrit 34 % จากเดิมก่อนคลอด 44%	5. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติเพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด 6. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร ผสม Syntocinon 30 ยูนิต เข้าทางหลอดเลือดดำ free flow ในเวลา 15-20 นาที คู่กับสารน้ำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 500 มิลลิลิตรใน 15 นาที หลังจากนั้นปรับอัตราไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ Nalador 500 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ผสมในสารน้ำ 0.9%NSS 500 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 300 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทันที และให้ Cytotec 4 เม็ด เหน็บเข้าทางทวารหนัก เตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ช่วยเหลือ PPH Box และรถ Emergency 7. เตรียมเลือด 1 ยูนิต ตามแผนการรักษา 8. ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด 10. ประเมินจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ 11. ให้ข้อมูลการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์ แก่ผู้คลอดและสามีเป็นระยะๆ อนุญาตให้สามีเข้ามาให้การ ล้างใจในห้องคลอด การประเมินผล รู้สึกตัวดี ได้ตอบรู้เรื่องมีอาการใจสั่น เวียนศีรษะลดลงไม่มีเลือดออกที่แผลฝีเย็บ มดลูกหดรัดตัวดี คลึงได้ กลมแข็ง อยู่ระดับต่ำกว่าสะดือสัญญาณชีพดี อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/84 มิลลิเมตรปรอท

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษารายนี้ พบว่า เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ แต่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง พบ Urine sugar + 4 ผล OGTT ได้ค่ากลูโคสในพลาสมา ก่อนรับประทานกลูโคส 203 mg/dl หลังรับประทานกลูโคส 1 ชั่วโมง 108 mg/dl หลังรับประทานกลูโคส 2 ชั่วโมง 210 mg/dl ร่วมกับมีภาวะ Obesity (น้ำหนัก 105 กก.) แพทย์รักษาโดยรับประทานในช่วงแรก แต่ไม่สามารถควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดได้ แพทย์จึงพิจารณาให้ Insulin ฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละครั้งก่อนอาหารเช้า เมื่อเจ็บครรภ์คลอดมีภาวะคลอดยาก ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วย คลอดยาก มีความพร้อมของทีมช่วยคลอดยาก มีความพร้อมของ ยา

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการช่วยภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นหลังการคลอดยาก ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง มีการประสานงานและการสื่อสารกับสูติแพทย์และวิชาชีพอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบการให้ข้อมูลกับผู้คลอดและครอบครัวอย่างเป็นระบบ โดยสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการถูกรังเรียนเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้เป็นระยะอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะคลอด หลังคลอด ตลอดจนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การที่ทารกหลังคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย ผู้คลอดและญาติเข้าใจ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลพยาธิสภาพของโรคและ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการคลอดอย่างชัดเจนแก่ผู้คลอด และญาติ

อย่างชัดเจน ต่อเนื่องเป็นระยะๆ ทั้งยังเปิดโอกาสให้สามีและมารดาผู้คลอดเข้าเยี่ยมผู้คลอดในห้องคลอดช่วงที่ให้การช่วยเหลือขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวตามความเหมาะสม เข้าใจความรู้สึกและให้กำลังใจผู้คลอดและญาติ ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานที่กำหนด และสามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกปัญหา สามีผู้คลอดและญาติมีความพึงพอใจ

สรุป

การคลอดยากเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดต่อมารดาและทารก เนื่องจากเป็นการยากที่จะทำนายว่าทารกคนใดจะเกิดการคลอดแทรกซ้อนเช่นไร จึงมีความจำเป็นที่แพทย์ผู้มีหน้าที่ช่วยคลอดต้องระลึกถึงภาวะการคลอดยากไว้เสมอและมีการฝึกฝนการทำหัตถการต่าง ๆ เพื่อใช้ช่วยเหลือเมื่อเกิดการคลอดยากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2553). ภาวะตกเลือดหลังคลอด Postpartum Hemorrhage, PPH. Srinagarind Medical Journal; 25, 151-158.
2. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2556). ภาวะตกเลือดปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
3. มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. (2558). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
4. เยื่อน ตันนรินทร์. (2544). การทำคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ. ในเยื่อน ตันนรินทร์, บรรณาธิการ หัตถการทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์.
5. รำไพ เกตุจิระโชติ, บุญมี ภูตานัง และสุภาพร สุภาพวิวัฒน์. (2559). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดในปอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(1), 105-65.
6. ศิริกนก กลั่นขจร. (2556). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดไหล่ยาก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 7(2), 1-11.
7. American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes care 2009. Brussels: International Diabetes Federation.
8. Ansell (Irving), L., et al. (2011). Shoulder dystocia: A qualitative exploration of what works. Retrieved on 10 January, 2012 from: <http://pdn.science direct. ComscienceS0266613811000672main.pdf>.
9. Kendrick JM. (2011). Screening and diagnosing gestational diabetes mellitus revisited: implications from HAPO. J Perinat Neonatal Nurs, 25(3), 226-32