



การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
(Nursing care of pregnant women with Diabetes
Mellitus with Premature rupture of membranes)
: กรณีศึกษา

ของ
นางสาวบุษยณัฏฐ์ชญา นกเอี้ยงทอง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๗

คำนำ

กรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยงานห้องคลอด โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๑ ราย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี เนื่องจากการดาเป็นโรคเบาหวานและมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ เป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกในครรภ์ได้ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดของทารก และภาวะแทรกซ้อนต่อสายสะดือ พยาบาลผดุงครรภ์ที่ดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่การมาฝากครรภ์จนคลอด พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพความสามารถ ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดจากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารก รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะตามมา

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ จัดทำขึ้นนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจศึกษาและขอขอบพระคุณคณะที่มงานแพทย์และหัวหน้าห้องคลอด เจ้าหน้าที่งานห้องคลอด เจ้าหน้าที่งานหลังคลอดที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการดำเนินงานตลอดจนช่วยแก้ไขปัญาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความเอื้ออาทมาโดยตลอด จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

บุษยณัณย์ชญา นกเอี้ยงทอง

ตุลาคม ๒๕๖๗

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่สำคัญของห้องคลอด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยทั้งในมารดาและทารก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นต่อทารกนั้นเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ให้ได้รับความปลอดภัยและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

กรณีศึกษา หญิงครรภ์แรก ประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 33⁺₁ สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีน้ำเดิน 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ให้การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยรับไว้ในโรงพยาบาล ให้ยาช่วยการคลอด ยาป้องกันการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ และยากระตุ้นปอดทารกในครรภ์ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จึงให้ยาอินซูลินร่วมด้วย ในระยะก่อนคลอดได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ภาวะการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์ ติดตามและประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะตามความเหมาะสม พบว่าไม่สามารถช่วยการคลอดได้ แพทย์จึงตัดสินใจให้หญิงตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด เนื่องจากทารกมีน้ำหนักตัวน้อย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คือ เป็นเบาหวาน ทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนให้การดูแลทั้งในขณะคลอดและหลังคลอด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก ทำให้ทั้งมารดาและทารกสามารถกลับบ้านได้ หลังจากอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ศึกษาได้มาวิเคราะห์และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้แม่และบุตรคลอดปลอดภัย ซึ่งภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันที่ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ที่ดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอดจะต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารก รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยในการดูแลมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน / ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์

Abstract

In pregnant woman Diabetes Mellitus (DM) and premature rupture of membranes are a major problem in the delivery room and causes the common complications in both maternal and neonatal. The important complications in neonatal are disability and Fatality. The purpose of this study is to investigate and analyze the nursing process in order to provide a guideline of nursing care in pregnant woman with DM and having premature rupture of membranes for their safety and serious complications Monitor.

With reference to the study the first pregnancy woman of ၃၈⁺ weeks of gestation, came with labor pain and ၂-hour-amniotic fluid leakage before the hospital's arrival. The diagnosis is gestational DM and premature rupture of membranes; Insulin and tocolytic drugs were prescribed. During the perinatal period, the surveillance and preventions of hyperglycemia, the prevention of infection during medication, and the risk prevention of the usage of an antidiabetes and tocolytic drugs were done, and the periodic assessment of the labor progression were all performed. It was found that the labor progression continued; thus, the birth symptoms were monitored periodically for the safety of the pregnant woman and the fetus by following up the heart rate of the fetus the uterus contraction and the cervical dilatation of the mother, and reporting them to the physician (doctor). After nursing care done, the termination of pregnancy was determined; this woman had preterm labor with normal delivery; moreover, there were no postpartum hemorrhage and uterine atony. The hospitalization period was ၈ days, the doctor discharged the case then.

This case study is the major obstetric emergency and crisis requiring the proper and simultaneous medical care for that reason, a midwife nurse taking care of pregnant woman through gestational age must have good knowledge, skill, experience, and capability to determine the risk of premature rupture of membranes prior to the labor onset in order to closely monitor and prevent any serious complications occurring to mothers and fetus/babies as well as prepare the readiness of nursing care and assistance following professional standards. The midwife nurse is to have an update academic knowledge of the effective care of mothers and babies.

Keywords : Diabetes Mellitus (DM), Premature rupture of membranes

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อ	ข
Abstract	ค
สารบัญ	ง
สารบัญรูปภาพ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ ๑ บทนำ	ด
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	ด
วัตถุประสงค์การศึกษากรณีศึกษา	๒
ขอบเขตการศึกษากรณีศึกษา	๒
ขั้นตอน/วิธีดำเนินการศึกษา	๓
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๔
บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	๔
ความหมายของโรคเบาหวาน	๔
กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาโรคเบาหวาน	๕
พยาธิสภาพโรคเบาหวาน	๕
สาเหตุโรคเบาหวาน	๖
อาการและอาการแสดงโรคเบาหวาน	๖
การวินิจฉัยโรคเบาหวาน	๗
การรักษาโรคเบาหวาน	๙
การพยาบาลโรคเบาหวาน	๑๑
ความหมายของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๐
กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้องถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๐
กายวิภาคของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid)	๒๐
สรีรวิทยาของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid physiology)	๒๐
หน้าที่ของน้ำคร่ำ (Role of amniotic fluid)	๒๑
อุบัติการณ์เกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๒
สาเหตุของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๒
อาการและอาการแสดงของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๒
การวินิจฉัยถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๒
การรักษาถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์	๒๔
การพยาบาลตามทฤษฎี	๒๖

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๓	
กรณีศึกษา	๒๘
ข้อมูลทั่วไป	๒๘
ประวัติการเจ็บป่วย	๒๘
แบบแผนการดำเนินชีวิต	๒๘
การประเมินสภาพร่างกายจิตใจและสังคม	๓๑
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ	๓๔
การรักษา	๓๖
การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล	๓๘
บทที่ ๔	
สรุป วิจาณ์และข้อเสนอแนะ	๕๓
สรุปกรณีศึกษา	๕๓
วิจาณ์กรณีศึกษา	๕๔
ข้อเสนอแนะ	๕๕
เอกสารอ้างอิง	๕๖
ภาคผนวก	๕๘
ภาคผนวก ก. การใช้ยา	๕๙

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ ๑ แสดงระดับฮอร์โมน HPL	๕
รูปภาพที่ ๒ เอียงคอไปด้านซ้ายและกลับมาตรง, เอียงคอไปด้านขวาและกลับมาตรง, ก้มคอไปด้านหน้าและกลับมาตรง	๑๕
รูปภาพที่ ๓ มือทั้งสองข้างแตะไหล่ และหมุนไหล่เป็นวงกลม	๑๖
รูปภาพที่ ๔ นั่งขัดสมาธิ หลังตรง ยกเขนด้านใดด้านหนึ่ง แล้วเอียงตัวไปฝั่งตรงข้าม	๑๖
รูปภาพที่ ๕ นั่งหลังตรง ฝ่าเท้าทั้งสองประกบกัน ดึงเท้าเข้าชิดลำตัว มือทั้งสองข้างสอดใต้เท้า ให้เท้าทั้งสองข้างกดลงบนมือขณะที่มือออกแรงต้าน	๑๗
รูปภาพที่ ๖ นั่งหลังตรงเหยียดเท้าออก ปลายเท้าห่างกันประมาณ ๑ ฟุต เหยียดเขนทั้งสองข้าง ไปเท้าซ้ายแล้วดึงกลับมา เหยียดเขนทั้งสองข้างไปตรงกลางแล้วดึงกลับมา เหยียดเขนทั้งสองข้างไปเท้าขวาแล้วดึงกลับมา	๑๗
รูปภาพที่ ๗ คูกเข่า มือทั้งสองข้างวางบนพื้น ออกแรงโค้งหลังขึ้นข้างบนจนสุดแล้วค้างไว้	๑๘
รูปภาพที่ ๘ นอนหงายชันเข่า ยกสะโพกขึ้นจากพื้นจนตึง ค้างไว้แล้วลดลง	๑๘
รูปภาพที่ ๙ นอนหงาย หรือหาเบาะมาหนุนบริเวณด้านหลังให้ลำตัวเอียงประมาณ ๔๕ องศา ชันเข่าเล็กน้อย เขนตึง มือทั้งสองข้างวางบนต้นขา ออกแรงเกร็งท้องจนมือแตะเข่า	๑๙
รูปภาพที่ ๑๐ นอนหงาย ชันเข่าเล็กน้อย เอามือสอดไปบริเวณหลังซึ่งจะมีช่องว่างบริเวณเอว เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง พร้อมกับเกร็งสะโพกให้กดลงไปตรงบริเวณมือที่สอดอยู่ ให้หลังราบติดกับพื้นมากที่สุด	๑๙

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๑ แสดงช่วงน้ำหนักที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์
ตามค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

๑๐

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) เกิดจากความผิดปกติ ในความคงทนต่อกลูโคสทุกระดับที่เกิดขึ้นหรือถูกวินิจฉัยครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์^(๑) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อย ในระหว่างตั้งครรภ์และมีความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคประมาณร้อยละ ๖ - ๗^(๒) และจากการเก็บรวบรวมสถิติในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั่วโลกมีสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานจำนวน ๑๙๙.๕ ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึง ๓๑๓.๓ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๖^(๓) โดยพบความชุกของผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงในชาวเอเชียโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ และดัชนีมวลกายของผู้ป่วย เช่น พื้นที่ตะวันออกกลางพบ ความชุกร้อยละ ๘.๘ ถึงร้อยละ ๒๐ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ ๙.๖ ถึงร้อยละ ๑๘.๓ และแปซิฟิกตะวันตกพบร้อยละ ๔.๕ ถึงร้อยละ ๒๐.๓ เป็นต้น^(๔) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ประเทศไทยพบภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ ๑๖.๒^(๓) โดยพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้น ๗ เท่า และภายใน ๒๒ - ๒๘ ปี หลังการตั้งครรภ์ยังมีโอกาสกลับมาเป็นเบาหวานถึงร้อยละ ๕๐^(๕)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้านทั้งสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่เพิ่มมากกว่าการตั้งครรภ์ตามปกติ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับอาการ และอาการแสดงที่เกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และอาจพบภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคเบาหวานร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อที่ง่ายกว่าปกติ^(๖) โอกาสในการพบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๒.๗ เพิ่มโอกาสในการแท้ง และเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคเบาหวานหลังคลอดร้อยละ ๘.๔ ซึ่งสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์^(๗) รวมถึงโอกาสเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia), การคลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง (Caesarian section) และการคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery)^(๒) ตลอดจนการต้องปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก^(๘) การปรับชนิด ปริมาณและระยะเวลาในการรับประทานอาหารหรือการฉีดอินซูลินในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้น คือ ความวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดต่อตนเองและทารกในครรภ์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความพิการหรือเสียชีวิตของทารก เกิดความรู้สึกยากลำบากในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ไม่มั่นใจในความปลอดภัยและการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์^(๙) ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่อาจเกิดขึ้น คือ ความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies), ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (Neonatal hypoglycemia), ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal hyperbilirubinemia), ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome)^(๑๐) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนข้างต้นส่งผลกระทบ

ต่อทั้งคุณภาพการดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดที่เป็นตัวชี้วัดของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการเพิ่มมากขึ้น^(๑๑)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนในรกที่เรียกว่า ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนทัลแลคโทเจน (Human placental lactogen [hPL]) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของอินซูลิน^(๑๒) โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ (Age) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งก่อน ประวัติการมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม และประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือมีความพิการแต่กำเนิด^(๑๓) รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงและการรับประทานอาหารเกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง แต่รับประทานอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน ๓.๓ เท่า^(๑๔)

พยาบาลถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตั้งแต่การส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้อง การส่งเสริมการปฏิบัติตัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยดำเนินงานทั้งในบทบาทอิสระและการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันรักษา ควบคุม ป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานต่อเนื่องหลังคลอด และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป^(๑๕) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษากฎการศึกษาเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งพัฒนาด้านการดูแลและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษากฎการศึกษา

๑. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
๒. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บ

ครรภ์

ขอบเขตการศึกษากฎการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษากำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ ดังนี้

๑. การเลือกกรณีศึกษา

๑.๑ เลือกกรณีศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ซึ่งมาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในช่วงวันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๑.๒ เกณฑ์ คือ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนร่วมระหว่างตั้งครรภ์มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา

๒. ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ขั้นตอน/วิธีดำเนินการศึกษา

๑. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล จำนวน ๑ ราย
๒. ยื่นเรื่องขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยจาก เพื่อทำกรณีศึกษาเวชระเบียน Electronic Hos xp เอกสารเวชระเบียน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๔. ศึกษาตำรา ปรีกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางสูติกรรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

๗. สรุปผลการศึกษา วิจัยกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ รวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

๘. ตรวจสอบโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง

๙. แก้ไขและเผยแพร่ผลงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางประกอบการวางแผนการพยาบาล และเอกสารเพิ่มพูนความรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์

๒. เพื่อนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ ๒

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ความหมายของโรคเบาหวาน
๒. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาโรคเบาหวาน
๓. พยาธิสภาพโรคเบาหวาน
๔. สาเหตุโรคเบาหวาน
๕. อาการและอาการแสดงโรคเบาหวาน
๖. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน
๗. การรักษาโรคเบาหวาน
๘. การพยาบาลโรคเบาหวาน
๙. ความหมายของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
๑๐. กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง
 - ๑๐.๑ กายวิภาคของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid)
 - ๑๐.๒ สรีรวิทยาของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid physiology)
 - ๑๐.๓ หน้าที่ของน้ำคร่ำ (Role of amniotic fluid)
๑๑. อุบัติการณ์เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
๑๒. สาเหตุภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
๑๓. อาการและอาการแสดงภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
๑๔. การวินิจฉัยภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
๑๕. การรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
๑๖. การพยาบาลตามทฤษฎี

๑. ความหมายของโรคเบาหวาน

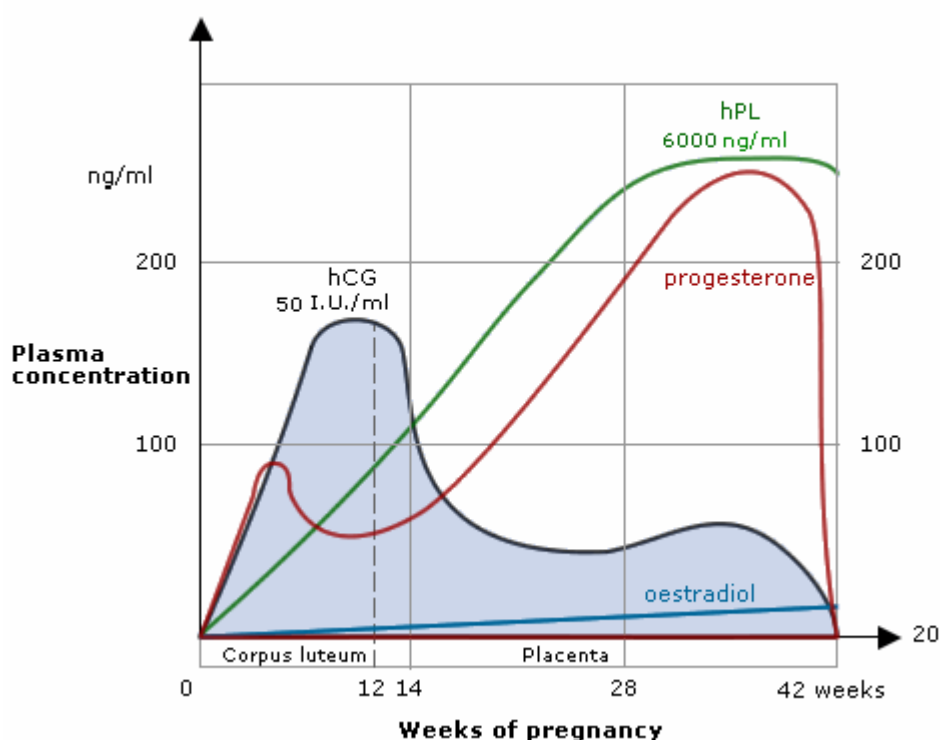
โรคเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญ ก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก นอกจากนี้การตั้งครรภ์ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น และพบในสตรีตั้งครรภ์อายุมากขึ้น ส่วนใหญ่จะเริ่มวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้นไตรมาสที่ ๓ หรือ ช่วง ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์ การตรวจคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานจะช่วยให้วินิจฉัยโรค และให้การดูแลรักษาได้เร็วขึ้น

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) หมายถึง ความผิดปกติในความทนต่อกลูโคสทุกระดับซึ่งเกิดขึ้นหรือวินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยวิธีใด (การควบคุมอาหารหรือการฉีดอินซูลิน) และโรคเบาหวานจะหายหรือไม่ หลังจากการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญทางคลินิกหลายประการ ได้แก่ เป็นภาวะที่พบบ่อยโดยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ ๗ ของสตรีตั้งครรภ์ โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ ๑ - ๑๔ ที่แตกต่างกันในแต่ละแห่ง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดา เช่น ความดันโลหิตสูง อัตราผ่าตัดคลอด

เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น ภาวะทารกตัวโต เพิ่มการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกปริกำเนิด^(๑)

๒. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาโรคเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์มีการสร้างฮอร์โมน Human placental lactogen (hPL) ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมัน เพื่อสงวนพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกตินั้นจะตรวจพบว่ามีภาวะ Fasting hypoglycemia และภาวะ Postprandial hyperglycemia และภาวะ Hyperinsulinemia ซึ่งฮอร์โมน Human placental lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์ และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ ๓๔ - ๓๖ สัปดาห์^(๑๒) ดังแสดงในรูปที่ ๑



รูปที่ ๑ แสดงระดับฮอร์โมน hPL^(๑๒)

ที่มา : <https://w๑.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/๔๔๕๖/>

๓. พยาธิสภาพโรคเบาหวาน

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีสาเหตุมาจากการต้านฮอร์โมนอินซูลินกับความพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก โดยในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจากรกที่สูงขึ้น จะกระตุ้นให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนของหญิงตั้งครรภ์หลั่งอินซูลินมากขึ้นส่งผลให้มีการใช้กลูโคสเพื่อสร้างเนื้อเยื่อไขมันไว้เป็นพลังงานของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและสาม รกจะสร้างฮอร์โมนที่ฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน ได้แก่ ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนตาแลกโตรเจน ฮอร์โมนโปรแลกติน ฮอร์โมนคอติซอล และฮอร์โมนอินซูลินเนส โดยเฉพาะฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนตาแลกโตรเจน จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ และจะทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ก็จะสูงขึ้น และน้ำตาลในกระแส

เลือดของหญิงตั้งครรภ์จะแพร่ผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ แต่อินซูลินจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถผ่านรกได้ ทารกจะสร้างอินซูลินเองในปริมาณที่เพียงพอกับระดับน้ำตาลในเลือด จึงส่งผลให้ทารกเพิ่มการเจริญเติบโตของเซลล์ และการสะสมของไขมันที่บริเวณลำตัว ใหญ่ จึงทำให้ทารกมีขนาดใหญ่ และลดการสร้างสารลดแรงตึงผิวของปอด และไตของหญิงตั้งครรภ์ก็จะมีกรกรองน้ำตาลออกจากกระแสเลือดและขับออกมาทางปัสสาวะ เนื่องจากน้ำตาลกลูโคสเป็นสารที่มีแรงดูดน้ำมาก จึงทำให้ดูตัวออกมาด้วย หญิงตั้งครรภ์ก็จะปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้คอแห้ง กระหายน้ำ มีภาวะเลือดเข้มข้นไหลเวียนช้า เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ก็จะเกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ ซึ่งในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานจะต้องได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลง^(๑๗)

๔. สาเหตุโรคเบาหวาน

สาเหตุมาจากการต้านฮอร์โมนอินซูลินกับความพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก โดยในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจากรกที่สูงขึ้นจะกระตุ้นให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนของหญิงตั้งครรภ์หลั่งอินซูลินมากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้กลูโคสเพื่อสร้างเนื้อเยื่อไขมันไว้เพื่อเป็นพลังงานของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและสาม รกจะสร้างฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน ได้แก่ ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้าแลกโตรเจน ฮอร์โมนโปรแลกติน ฮอร์โมนคอร์ติซอลและฮอร์โมนอินซูลินเนส โดยเฉพาะฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้าแลกโตรเจน จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ และจะทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ก็จะสูงขึ้น และน้ำตาลในกระแสเลือดของหญิงตั้งครรภ์จะแพร่ผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ แต่อินซูลินจากหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถผ่านรกได้ ทารกจะสร้างอินซูลินเองในปริมาณที่เพียงพอกับระดับน้ำตาลในเลือด จึงส่งผลให้ทารกเพิ่มการเจริญเติบโตของเซลล์ และการสะสมของไขมันที่บริเวณลำตัว ใหญ่ จึงทำให้ทารกมีขนาดใหญ่ และลดการสร้างสารลดแรงตึงผิวของปอด และไตของหญิงตั้งครรภ์ก็จะมีกรกรองน้ำตาลออกจากกระแสเลือดและขับออกมาทางปัสสาวะ เนื่องจากน้ำตาลกลูโคสเป็นสารที่มีแรงดูดน้ำมาก จึงทำให้ดูตัวออกมาด้วย

๕. อาการและอาการแสดงโรคเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์จะไม่มีอาการใด ๆ แต่สามารถสังเกตอาการได้คล้ายกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงดังนี้ หญิงตั้งครรภ์จะปัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้คอแห้ง กระหายน้ำมากกว่าปกติ รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย มีภาวะเลือดเข้มข้นไหลเวียนช้า เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ก็จะเกิดการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ ซึ่งในระยะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจะต้องได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลง

๖. การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์นั้นสามารถทำได้ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. การประเมินความเสี่ยงโดยการซักประวัติ

โดยแบ่งเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงต่ำ^(๒๐) ดังนี้

๖.๑ กลุ่มความเสี่ยงสูง เป็นกลุ่มที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

๑) ดัชนีมวลกายมากกว่า ๔๐ กิโลกรัมต่อตารางเมตร

๒) มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนัก

มากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม

๓) ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ

๔) มีประวัติโรคถุงน้ำรังไข่

๕) มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

เมื่อพบปัจจัยความเสี่ยงสูงเพียง ๑ ข้อ ให้มีการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ยืนยันได้ว่าตั้งครรภ์จริง

๖.๒ กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง เป็นกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยที่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงและกลุ่มความเสี่ยงต่ำ กลุ่มนี้ควรมีการตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยการกินน้ำตาล ๕๐ กรัม (๕๐ กรัม glucose challenge test) และตรวจวินิจฉัยด้วยการกินน้ำตาล ๑๐๐ กรัม (๑๐๐ กรัม oral glucose tolerance test) เมื่ออายุครรภ์ ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์

๖.๓ กลุ่มความเสี่ยงต่ำ ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ

๑) อายุต่ำกว่า ๒๕ ปี

๒) เป็นเชื้อชาติที่มีการเกิดภาวะเบาหวานต่ำ ได้แก่ เชื้อชาติที่ไม่ใช่ชนพื้นเมืองอเมริกา คโนอเมริกาผิวดำ คโนอเมริกาเชื้อสายสเปนและคโนอเมริกาเชื้อสายเอเชีย

๓) น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

๔) ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน

๕) ไม่มีประวัติความทนต่อกลูโคสผิดปกติ

๖) ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดที่ผิดปกติ

๒. การคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ในหญิงตั้งครรภ์ควรตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในช่วงอายุครรภ์ ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวาน รายที่มีความเสี่ยงสูงควรคัดกรองตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และตรวจวินิจฉัยซ้ำในช่วง ๒๔ - ๒๘ สัปดาห์ ด้วยวิธีการกินน้ำตาล ๕๐ กรัม (๕๐ กรัม glucose challenge test : ๕๐ กรัม GCT) โดยให้หญิงตั้งครรภ์กินน้ำตาลกลูโคสขนาด ๕๐ กรัม ไม่ต้องงดน้ำงดอาหารมาก่อน และไม่คำนึงถึงเวลาอาหารมื้อสุดท้าย จากนั้นจะเลือดตรวจหลังจากรับประทานกลูโคสแล้ว ๑ ชั่วโมง ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๑๔๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าผิดปกติ

๓. การตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะทำการตรวจภายหลัง จากที่คัดกรองด้วยวิธี ๕๐ กรัม GCT แล้วพบว่าผลผิดปกติ โดยการทดสอบความทนต่อกลูโคส (Oral glucose tolerance test :

OGTT) ให้หญิงตั้งครรภ์งดน้ำ งดอาหารทางปากอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง แต่ไม่เกิน ๑๔ ชั่วโมง ในช่วงกลางวัน แล้วเจาะเลือดตรวจในตอนเช้าขณะอดอาหารหลังจากนั้นให้กินน้ำตาลขนาด ๑๐๐ กรัม แล้วเจาะเลือดที่ชั่วโมงที่ ๑, ๒ และ ๓ หลังกินน้ำตาลซึ่งมีค่าปกติดังนี้

๓.๑ ขณะอดอาหาร ๑๐๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ๑ ชั่วโมง ๑๙๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ๒ ชั่วโมง ๑๖๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ๓ ชั่วโมง ๑๔๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (National Diabetes Data Group)

๓.๒ ขณะอดอาหาร ๙๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ๑ ชั่วโมง ๑๘๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ๒ ชั่วโมง ๑๕๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ๓ ชั่วโมง ๑๔๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร^(๒๐)

การแปลผลค่า OGTT ผิดปกติตั้งแต่ ๒ ค่าขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ ให้วินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่ถ้าพบค่า OGTT ผิดปกติเพียงค่าเดียว ควรตรวจซ้ำในอีก ๑ เดือนต่อมา หรือเมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์^(๑๕) เพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อีกครั้ง

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะทำในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีความเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงและหากพบผลการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ผิดปกติ ต้องตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยการทดสอบความทนต่อกลูโคส และหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดการตั้งครรภ์ด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ๘ - ๑๔ ชั่วโมง และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง

๔. การจำแนกภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การจำแนกภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่วินิจฉัยได้ครั้งแรกระหว่างการตั้งครรภ์ โดยการคัดกรองด้วยวิธีการกินน้ำตาล ๕๐ กรัม (๕๐ กรัม glucose challenge test) และวินิจฉัยด้วยการทดสอบความทนต่อกลูโคสซึ่งสามารถจำแนกได้ตามความรุนแรงของโรค เพื่อจะได้ให้การพยาบาลและการรักษาที่เหมาะสม โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ชนิด คือ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ วัน และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ ทุ

๔.๑. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ วัน (Gestational diabetes mellitus A๑: GDM A๑)

เบาหวานชนิดนี้ให้ผลการทดสอบความทนต่อกลูโคสผิดปกติตั้งแต่ ๒ ค่าขึ้นไป แต่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหาร (Fasting plasma glucose) ต่ำกว่า ๑๐๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้การรักษาโดยการควบคุมอาหารและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ถ้ามีการควบคุมอาหารอย่างถูกต้องและตรวจพบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารต่ำกว่า ๑๐๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง (๒-hour postprandial) ต่ำกว่า ๑๒๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จัดว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ วัน ให้การรักษาโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย

๔.๒. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ ทุ (Gestational diabetes mellitus A๒: GDM A๒)

เบาหวานชนิดนี้ให้ผลการทดสอบความทนต่อกลูโคสผิดปกติ ตั้งแต่ ๒ ค่าขึ้นไป โดยค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารมีค่าตั้งแต่ ๑๐๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ให้การรักษาโดยการควบคุมอาหาร และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ถ้ามีการควบคุมอาหารอย่างถูกต้องแล้ว แต่ยังพบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารสูงตั้งแต่ ๑๐๕ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง มีค่าสูงตั้งแต่ ๑๒๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป จะให้การวินิจฉัยว่า

เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ พู จะเริ่มต้นการรักษาด้วยยาอินซูลินควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย

ผลกระทบจากภาวะเบาหวานต่อการตั้งครรภ์

เด็กในครรภ์เกิดภาวะหัวใจพิการได้ หรือถ้าหากทารกในครรภ์ได้รับน้ำตาลมากเกินไปอาจเกิดภาวะอ้วน ซึ่งส่งผลต่อตัวเด็กโดยตรงและตัวแม่เด็กขณะคลอด เด็กอาจเสียชีวิตได้จากภาวะอ้วน^(๒๐) เนื่องจากร่างกายของทารกมีการผลิตสารอินซูลินมากเกินไปเพื่อมาจัดการกับน้ำตาล แต่เมื่อเด็กคลอดแล้วสายสะดือถูกตัดออก จะทำให้เด็กไม่ได้รับน้ำตาลแบบกะทันหัน ขณะที่อินซูลินยังคงค้างอยู่ในร่างกายจำนวนมาก จึงทำให้เกิดภาวะไฮโปไกลซีเมีย รวมถึงเกลือแร่ในเลือดผิดปกติและเสียชีวิตได้ กรณีที่เด็กเกิดมาแล้วมีภาวะอ้วนด้วยน้ำหนักเกิน ๔ กิโลกรัม

๗. การรักษาโรคเบาหวาน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง ๘๐ - ๑๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตลอดการตั้งครรภ์และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกคลอด โดยมีแนวทางในการดูแลดังนี้^(๑๙)

๑. การควบคุมอาหาร (Diet control)

ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรได้รับการดูแลด้วยการควบคุมอาหารทุกราย หากมีโอกาสผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำการควบคุมอาหารจากนักโภชนาการ โดยคำนวณจากค่าส่วนสูง น้ำหนักและดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

หลักการการควบคุมอาหาร อ้างอิงตามพยาธิกำเนิดที่ว่าร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอภายหลังการรับประทานอาหาร ดังนั้นควรปฏิบัติดังนี้

๑) หลีกเลี่ยงอาหารมื้อใหญ่ มื้อเดียวโดยควรแบ่งเป็น ๓ มื้อหลัก สลับมื้ออาหารว่าง ๓ มื้อ

๒) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก Simple carbohydrate เนื่องจากร่างกายจะดูดซึมระดับน้ำตาลได้เร็วทำให้ค่าระดับ Postprandial blood glucose สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

๓) รับประทานอาหารที่ให้พลังงานจากกลุ่มโปรตีน ไขมันหรือ Complex carbohydrate โดยแบ่งสัดส่วนอาหารเป็น คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ ๔๐ : ๒๐ : ๔๐

๔) American Diabetes Association แนะนำการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับจากดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์

๔.๑ น้ำหนักปกติ	BMI ๒๐ - ๒๕ kg/m ^๒	๓๐ kcal/kg
๔.๒ น้ำหนักเกิน	BMI >๒๕ - ๓๕ kg/m ^๒	๒๕ kcal/kg
๔.๓ ภาวะอ้วน	BMI >๓๕ kg/m ^๒	๒๐ kcal/kg

แนะนำให้รับประทานอาหารว่างมื้อก่อนนอน ซึ่งควรมีส่วนประกอบของ Complex carbohydrate อย่างน้อย ๒๕ มิลลิกรัม เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะนอนหลับ (Nocturnal hypoglycemia) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน

ตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน^(๑๕)

มือเช้า	ข้าวต้มหมู	๑ ถ้วย
	ไข่ลวก	๑ ฟอง
ระหว่างมือ	กล้วยน้ำว้า	๑ ผล
มือกลางวัน	ข้าวกล้อง	๒ ทัพพี
	แกงเลียงผักกูด	๑ ถ้วย
	ปลาทุขนาดกลาง	๑ ตัว
	แอปเปิ้ล	๑ ผลเล็ก
ระหว่างมือ	นมสดพ่องมันเนย	๑ ถ้วย
มือเย็น	ข้าวสวย	๒ ทัพพี
	มะระต้มซีโครงหมู	๑ ถ้วย
	สัปรด	๖ ชิ้นเล็ก
ก่อนนอน	นมสด	๑ แก้ว

๒. การควบคุมการเพิ่มของน้ำหนัก (Weight gain)

ในปี ๒๐๐๙ องค์การ Institute of Medicine (IOM)^(๑๐) ได้ปรับปรุงเป้าหมายชั่งน้ำหนักที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ตามค่าดัชนีมวลกายจากงานวิจัยของ Cheng และคณะโดยพบว่าหากน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าคำแนะนำของ IOM เพิ่มความเสี่ยงภาวะทารกตัวโตและเพิ่มอัตราการคลอดทางหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงช่วงน้ำหนักที่แนะนำให้เพิ่มขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ตามค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

	BMI (kg/m ^๒)	ช่วงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น (kg)	อัตราการเพิ่มของน้ำหนัก ในช่วงไตรมาสที่ ๒ และ ๓ (kg/wk)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< ๑๘.๕	๑๒.๗ – ๑๘.๐	๐.๕ (๐.๕ – ๐.๖)
น้ำหนักปกติ	๑๘.๕ – ๒๔.๙	๑๑.๓ – ๑๕.๘	๐.๕ (๐.๔ – ๐.๕)
น้ำหนักเกิน	๒๕.๐ – ๒๙.๙	๖.๘ – ๑๑.๓	๐.๒๗ (๐.๒ – ๐.๓)
อ้วน	> ๓๐	๕.๐ – ๙.๐	๐.๒๒ (๐.๒ – ๐.๓)

๓. การให้การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^(๑๙)

ตามปกติทารกในครรภ์จะมีอัตราการเร็วในการเจริญเติบโต (Growth velocity) และการสะสมไขมันสูงในช่วงอายุครรภ์ ๒๘ - ๓๔ สัปดาห์ ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร แต่ตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่เป็นตามเป้าหมาย ดังที่กล่าวข้างต้นมาแล้วแพทย์ไม่ควรพิจารณาล่าช้าในเริ่มการรักษาด้วยฮอร์โมน

อินซูลินหรือยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จากงานวิจัยของ McFarland และคณะ พบว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมอาหาร จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ภายใน ๒ สัปดาห์แรก และติดตามต่อไปครบสัปดาห์ที่ ๔ จะพบเพียงร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยที่ควบคุมอาหารจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย

พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยอินซูลินเป็นอันดับแรก เนื่องจากอินซูลินไม่ถ่ายทอดผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ โดยทั่วไปเริ่มให้ Short acting insulin ที่ ๐.๗ - ๑.๐ units/kg/day โดยแบ่งมื้อให้ฉีดก่อนอาหารเช้าและเย็น ในบางรายอาจพิจารณาให้ Intermediate acting insulin ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับ Fasting blood glucose โดยแนะนำให้ฉีดช่วงเวลา ๒๒.๐๐ - ๒๓.๐๐ น.^(๓๐) นอกจากนั้นชนิดของอินซูลินยังมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า Insulin aspart และ Insulin lispro ระยะเวลาในการเริ่มออกฤทธิ์เร็วกว่า Regular insulin ในทางทฤษฎีเชื่อว่าจะสามารถควบคุมระดับ Postprandial blood glucose ได้ดีกว่า

ส่วนการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน มีรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในรูปแบบของ RCTs และ systematic review พบว่าประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายเทียบเท่าการฉีดอินซูลิน และไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ถึงการเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ แต่รายงานวิจัยของ Moore^(๓๑) และคณะพบว่า การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย และจำเป็นต้องเพิ่มการฉีดอินซูลินร่วมด้วย โดยมียาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ๒ กลุ่มที่มีการศึกษาวิจัย และนิยมใช้ในการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แม้ว่าองค์กร Food and Drug Administration (FDA) ของสหรัฐอเมริกา ยังไม่ได้รับรองการใช้ยานี้ คือ

๑) Metformin แนะนำให้เริ่มที่ ๕๐๐ mg. ทุก ๑๒ ชั่วโมง และสามารถปรับเพิ่มได้สูงสุด ๒๕๐๐ mg. ต่อวัน

๒) Glyburide แนะนำให้เริ่มที่ ๕ mg. รับประทานก่อนอาหาร ๓๐ - ๖๐ นาที โดยให้รับประทานสูงสุดไม่เกิน ๒๐ mg. ต่อวัน และไม่ควรให้เกินกว่า ๗.๕ mg. ต่อมื้อ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้^(๓๒)

๘. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษา ดังนั้นบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จกับการดูแลตนเอง^(๓๓)

๑. หลักการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบจากเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีหลักการพยาบาล ดังนี้

๑) ค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ ประวัติการเป็นเบาหวานของบุคคลในครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น และแนะนำแนวทางในการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๒) แจ้งผลการคัดกรองเบาหวานให้หญิงตั้งครรภ์ทราบทั้งผิดปกติและปกติ ซึ่งถ้าระดับน้ำตาลในเลือด ๑ ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล ๕๐ กรัม เท่ากับ ๑๔๐ มก./มล. หรือสูงกว่า ต้องนัดมาตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสัปดาห์ต่อไป

๓) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิด เอวัน และเอทู โดยการรับประทานอาหาร ๕ - ๖ มื้อ เลือกอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน ขนมหวาน จำกัดอาหารประเภทแป้ง และการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย ๓๐ นาที โดยใช้ความแรงระดับปานกลางหรือออกกำลังกายให้รู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดกับคนอื่นได้ เช่น การเดินเร็ว เป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ส่วนการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองในรายที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอินซูลิน ต้องอธิบายให้ทราบถึงความสำคัญของการฉีดยาอินซูลิน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการฉีดยาอินซูลิน และควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ด้วย เช่น มีส่วนร่วมในการเลือกชนิดของอาหาร ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ไม่ซื้อของที่ไม่ควรรับประทานมารับประทานที่บ้าน เช่น ขนมหวาน และผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง เช่น เงาะ เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากสามี ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

๔) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักโภชนาบำบัด เพื่อรับคำแนะนำการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาบำบัด พิจารณาอาหารที่รับประทานให้เหมาะสม รับประทานช้าๆ เพื่อรับประทานได้น้อยลง งดดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

๕) แนะนำการเจาะเลือดจากปลายนิ้วด้วยตนเอง เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง พร้อมแนะนำการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดต่าง ๆ

๖) ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจประเมินสุขภาพทางในครรภ์ โดยอัลตราซาวด์หรือเครื่องตรวจจี้เล็กทรอนิกส์ (Non-stress test) สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ตั้งแต่อายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ขึ้นไป

๗) ให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลมากกว่าปกติ ถ้าพบว่ามีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ สังเกตอาการผิดปกติและให้รีบมาโรงพยาบาลพบแพทย์ เพื่อให้การรักษา และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์ด้นน้อยหรือเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น

๘) ให้คำแนะนำในการวางแผนเตรียมคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แนะนำให้รอคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ ๔๐ สัปดาห์ แต่ถ้าทารกมีขนาดใหญ่หรือพบภาวะเสี่ยงในมารดาและทารก แนะนำผ่าตัดคลอด พร้อมทั้งให้ข้อมูลโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในระยะคลอด เช่น ตกเลือด คลอดยาก ทารกตัวโต ทารกน้ำตาลต่ำแรกคลอด เป็นต้น

๒. หลักการพยาบาลในระยะคลอด

การพยาบาลในระยะคลอด มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยมีหลักการพยาบาลดังนี้

๑) ประเมินสภาพแรกรับในห้องคลอด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

๒) ตรวจครรภ์ พร้อมทั้งคัดคณ่น้ำหนักทารกในครรภ์อีกครั้งในระยะเวลาคลอด หากพบว่าทารกในครรภ์น้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาน้ำหนักทารกโดยการอัลตราซาวด์

๓) ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การชักนำการคลอด การเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

๔) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด เพื่อเฝ้าระวังการคลอดล่าช้าและติดตามประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

๕) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามระดับน้ำตาลในเลือด หากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาอินซูลิน

๖) หากวางแผนคลอดทางช่องคลอด ต้องเตรียมพร้อมในการช่วยเหลือกรณีเกิดการคลอดยากหรือการคลอดติดไหล่

๓. หลักการพยาบาลในระยะหลังคลอด

การพยาบาลในระยะหลังคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของการเป็นเบาหวานหลังคลอด และการวางแผนครอบครัว โดยมีหลักการพยาบาล ดังนี้

๑) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด และแนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวานหลังคลอด การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

๒) นัดมาตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด ๖ สัปดาห์ โดยการดื่มน้ำตาล ๗๕ กรัม และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่ม ๒ ชั่วโมง หากผลการตรวจปกติแนะนำให้ทำการตรวจซ้ำทุกๆ ๓ ปี^(๒๐)

๓) แนะนำเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยาวอย่างน้อย ๖ เดือน เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดน้ำหนักมารดาหลังคลอดได้

๔) การวางแผนครอบครัว หากต้องการมีบุตรอีก อธิบายให้ทราบถึงแนวโน้มของการเกิดโรคเบาหวานในการตั้งครรภ์ต่อไป หากมีบุตรเพียงพอแล้วควรทำหมัน ส่วนวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่เหมาะสมที่สุด คือ การใส่ถุงยางอนามัย ส่วนการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แนะนำชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนอย่างเดียว เนื่องจากไม่มีผลกระทบต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต สามารถฉีดยาคุมกำเนิดและยาฝังคุมกำเนิดได้ ใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดได้แต่หลีกเลี่ยงในรายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก

๔. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

หญิงตั้งครรภ์ โดยส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน จะเกิดความกลัว วิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารหรือบางคนจะกินในปริมาณที่น้อยลง โดยมีแนวคิดเพื่อให้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดนัดถัดไปมีค่าลดต่ำลงไม่กล้าออกกำลังกายเพราะกลัวการแท้ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้ความรู้เสนอแนวทางโน้มน้าวให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการปรับทัศนคติและการปฏิบัติตัว เช่น การให้ความรู้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การกำกับตนเอง เพื่อแนะนำหรือชักจูงให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เกิดความเข้าใจ มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ซึ่งมีแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมดังนี้

๔.๑ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานนั้นกระทำผ่านโปรแกรมการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามีและฝกปฏิบัติเป็นรายกลุ่มย่อย พร้อมทั้งการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การให้ความรู้มีส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องจะส่งผลให้สามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม^(๒๑) นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดยเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ โดยการประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อดูความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม การประเมินความเชื่อ การปรับความเชื่อที่ไม่เหมาะสม โดยการให้ความรู้และร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างคนอื่น ๆ การสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองโดยการให้คู่มือหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการเสริมแรงโดยการโทรศัพท์ติดตาม ให้กำลังใจ พูดโน้มน้าวชักจูง ชื่นชม ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้^(๑๕) รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะสามี เป็นแรงเสริมที่สำคัญที่ทำให้บุคคลต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น เช่น การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของและการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ ช่วยเหลือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

๔.๒ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การส่งเสริมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานนั้นจะต้องมีการจัดการความคิดที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคล เช่น การเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง การควบคุมพฤติกรรมตนเอง เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์นั้นมีหลายรูปแบบ เช่น การใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการประเมินความพร้อมในการออกกำลังกายทั้งร่างกายและจิตใจ แล้วให้หญิงตั้งครรภ์เดินออกกำลังกายด้วยตนเองจนเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และให้คู่มือทัศนคติแบบหรือต้นแบบที่ออกกำลังกายถูกต้องและเหมาะสม พร้อมกับมีการพูดคุยชักจูง ให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ให้รู้ว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะมี ความมั่นใจในตนเองสูง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ตลอดการตั้งครรภ์ และการใช้วิธีการปรับความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ เพื่อเป็นพื้นฐานให้หญิงตั้งครรภ์กล้าที่จะออกกำลังกาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม^(๑๕) และการใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนรวมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากสามี จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคในการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ได้ ส่วนการศึกษาอื่นๆ จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งก็จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นองค์

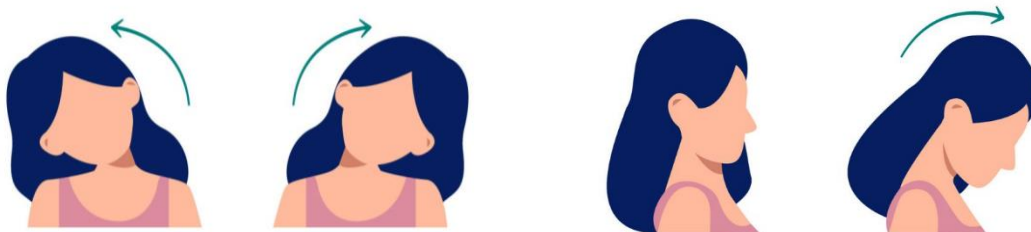
ประกอบด้วย เช่น การใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และการใช้แนวคิดการกำกับตนเอง โดยการให้หญิงตั้งครรภ์กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายนั้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายจนประสบความสำเร็จ

การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การส่งเสริมสรณะแห่งตน การกำกับตนเอง การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ ซึ่งวิธีเหล่านี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในฐานะที่เป็นทีมสุขภาพที่เข้ามาดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนคลอดและหลังคลอด สามารถนำแนวทางการส่งเสริมดังกล่าวไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้ ซึ่งพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวได้ และประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป^(๑๕)

ตัวอย่างการออกกำลังกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์

ท่าที่ ๑

เอียงคอไปด้านซ้ายและกลับมาตรง, เอียงคอไปด้านขวาและกลับมาตรง, ก้มคอไปด้านหน้าและกลับมาตรง ทำซ้ำอย่างละ ๕ ครั้ง

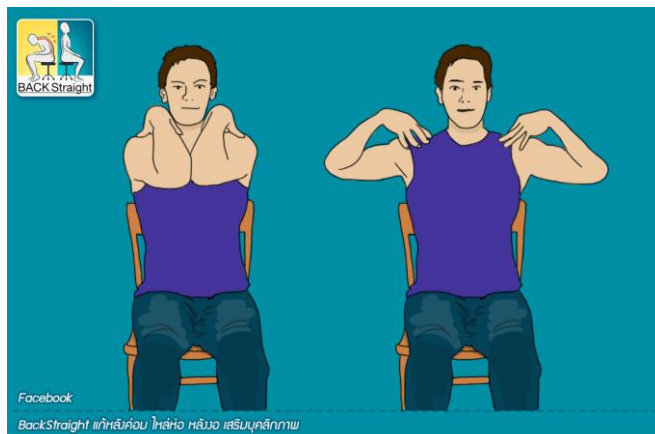


ภาพที่ ๒ เอียงคอไปด้านซ้ายและกลับมาตรง, เอียงคอไปด้านขวาและกลับมาตรง, ก้มคอไปด้านหน้าและกลับมาตรง^(๑๙)

ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๐

ท่าที่ ๒

มือทั้งสองข้างแตะไหล่ และหมุนไหล่เป็นวงกลม ไปข้างหน้า ทำซ้ำ ๕ ครั้ง



ภาพที่ ๓ มือทั้งสองข้างแตะไหล่ และหมุนไหล่เป็นวงกลม ^(๑๙)

ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๐

ท่าที่ ๓

นั่งขัดสมาธิ หลังตรง ยกแขนด้านใดด้านหนึ่ง แล้วเอียงตัวไปฝั่งตรงข้าม เพื่อยืดลำตัวด้านข้าง



ภาพที่ ๔ นั่งขัดสมาธิ หลังตรง ยกแขนด้านใดด้านหนึ่ง แล้วเอียงตัวไปฝั่งตรงข้าม ^(๑๙)

ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๑

ท่าที่ ๔

นั่งหลังตรง ฝ่าเท้าทั้งสองประกบกัน ดึงเท้าเข้าชิดลำตัว มือทั้งสองข้างสอดใต้เท้าให้เข้าทั้งสองข้าง กดลงบนมือขณะที่มือออกแรงต้าน โดยกดลงเป็นเวลา ๓ วินาที จึงผ่อนคลาย ทำซ้ำ ๕ ครั้ง



ภาพที่ ๕ นั่งหลังตรง ฝ่าเท้าทั้งสองประกบกัน ดึงเท้าเข้าชิดลำตัว มือทั้งสองข้างสอดใต้เท้าให้เข้าทั้งสองข้าง กดลงบนมือขณะที่มือออกแรงต้าน ^(๑๙)

ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๑

ท่าที่ ๕

นั่งหลังตรงเหยียดเท้าออก ปลายเท้าห่างกันประมาณ ๑ ฟุต เหยียดแขนทั้งสองข้างไปเท้าซ้าย แล้วดึงกลับมา เหยียดแขนทั้งสองข้างไปตรงกลางแล้วดึงกลับมา เหยียดแขนทั้งสองข้างไปเท้าขวาแล้วดึงกลับมา ทำซ้ำ ๕ ครั้ง



ภาพที่ ๖ นั่งหลังตรงเหยียดเท้าออก ปลายเท้าห่างกันประมาณ ๑ ฟุต เหยียดแขนทั้งสองข้างไปเท้าซ้าย แล้วดึงกลับมา เหยียดแขนทั้งสองข้างไปตรงกลางแล้วดึงกลับมา เหยียดแขนทั้งสองข้างไปเท้าขวาแล้วดึงกลับมา ^(๑๙)

ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๒

ท่าที่ ๖

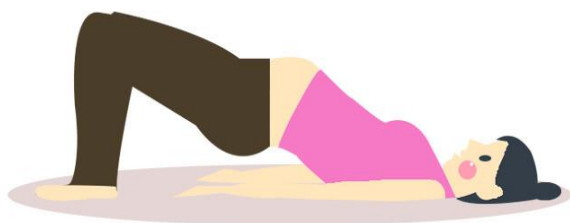
คุกเข่า มือทั้งสองข้างวางบนพื้น ออกแรงโค้งหลังขึ้นข้างบนจนสุดแล้วค้างไว้ ทำซ้ำ ๕ ครั้ง (ท่าแมวขู่)



ภาพที่ ๗ คุกเข่า มือทั้งสองข้างวางบนพื้น ออกแรงโค้งหลังขึ้นข้างบนจนสุดแล้วค้างไว้ ^(๑๙)
ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๒

ท่าที่ ๗

นอนหงายชันเข่า ยกสะโพกขึ้นจากพื้นจนตึง ค้างไว้แล้วลดลง ทำซ้ำ ๕ ครั้ง



ภาพที่ ๘ นอนหงายชันเข่า ยกสะโพกขึ้นจากพื้นจนตึง ค้างไว้แล้วลดลง ^(๑๙)
ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๓

ท่าที่ ๘

นอนหงาย หรือหาเบาะมาหนุนบริเวณด้านหลังให้ลำตัวเอียงประมาณ ๔๕ องศา ชันเข่าเล็กน้อย แขนตึง มือทั้งสองข้างวางบนต้นขา ออกแรงเกร็งท้องจนมือแตะเข่า ค้างไว้สักครู่ ทำซ้ำ ๕ ครั้ง



ภาพที่ ๙ นอนหงาย หรือหาเบาะมาหนุนบริเวณด้านหลังให้ลำตัวเอียงประมาณ ๔๕ องศา ชันเข่าเล็กน้อย แขนตึง มือทั้งสองข้างวางบนต้นขา ออกแรงเกร็งท้องจนมือแตะเข่า ^(๑๙)
ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๓

ท่าที่ ๙

นอนหงาย ชันเข่าเล็กน้อย เอามือสอดไปบริเวณหลังซึ่งจะมีช่องว่างบริเวณเอว เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง พร้อมกับเกร็งสะโพกให้กดลงไปตามตรงบริเวณมือที่สอดอยู่ ให้หลังราบติดกับพื้นมากที่สุด



ภาพที่ ๑๐ นอนหงาย ชันเข่าเล็กน้อย เอามือสอดไปบริเวณหลังซึ่งจะมีช่องว่างบริเวณเอว เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง พร้อมกับเกร็งสะโพกให้กดลงไปตามตรงบริเวณมือที่สอดอยู่ ให้หลังราบติดกับพื้นมากที่สุด ^(๑๙)
ที่มา : กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. วารสารพยาบาลทหารบก. (๒๕๕๗). หน้า ๕๔

หรืออาจจะทำในท่ายืน หลังพิงกำแพง ย่อเข่าเล็กน้อยและให้เอามือสอดไปบริเวณหลังซึ่งจะมีช่องว่างบริเวณเอว ให้ฝึกโดยการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง พร้อมกับเกร็งสะโพกให้กดลงไปตามตรงบริเวณมือที่สอดไว้อยู่ (ให้หลังราบชิดกำแพงที่สุด) ทำนี้อาจจะค่อนข้างยาก แต่ถ้าฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอจะช่วยบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้ดี

หมายเหตุ : ในท่าบริหารท่าที่ ๕, ๗, ๘ และ ๙ หญิงมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ ๕ เดือนขึ้นไป ควรระมัดระวังในการทำท่าบริหาร หากมีอาการผิดปกติควรหยุดทันที

๙. ความหมายของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature rupture of membranes : PROM) หมายถึง การแตกรั่วของถุงน้ำคร่ำก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่จำกัดเวลาหรืออายุครรภ์ หากเกิดก่อนอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ เรียกว่า ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด (Premature rupture of membranes : PROM) ถ้าเกิดขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ เรียกว่า ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด (Term premature rupture of membranes : TPROM) นอกจากนี้หากหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอดร่วมกับการมีถุงน้ำคร่ำแตกมาก่อนการเจ็บครรภ์นานกว่า ๑๘ ชั่วโมง จะเรียกว่า Prolonged PROM^(๑๙)

๑๐. กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง

๑๐.๑ กายวิภาคของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid)^(๑๓)

เป็นสารน้ำที่อยู่ล้อมรอบตัวทารกภายในครรภ์มารดา มีหน้าที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ปริมาณน้ำคร่ำที่ปกติบ่งถึงสภาวะที่ปกติของทารก และยังแสดงถึงความสมดุลระหว่างการสร้างและดูดซึมกลับของน้ำคร่ำ โดยปกติถุงน้ำคร่ำมี ๒ ชั้น ประกอบด้วยชั้น Chorion เป็นชั้นที่ติดกับทางมารดาและชั้น Amnion เป็นชั้นที่ติดกับตัวทารก แม้ว่าชั้น Amnion จะบางกว่าชั้น Chorion แต่มีความทนต่อแรงดึงมากกว่า โครงสร้างของคอลลาเจนในชั้นของถุงน้ำ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อคอลลาเจน ได้แก่

๑. การติดเชื้อ เช่น เชื้อภายในทางคลอด ได้แก่ Group B streptococci, Chlamydia Trachomatis, Neisseria gonorrhoeae และ Bacterial vaginosis เชื้อเหล่านี้จะสร้างพวกพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin) ในชั้นของถุงน้ำ ทำให้มดลูกมีความไวต่อการเกิดพรอสตาแกรนดิน มีการหดตัวและเกิดถุงน้ำคร่ำแตกได้

๒. ระดับฮอร์โมน โดยเฉพาะระดับความเข้มข้นของฮอร์โมนโปรเจนสเตอโรนที่ลดลง ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของเนื้อเยื่อคอลลาเจน มีการเพิ่มสัดส่วนของสารประกอบในเซลล์ทำให้เนื้อเยื่อคอลลาเจนบวม น้ำ พันธะที่เคยดึงเนื้อเยื่อเอาไว้เริ่มหลวมและขาดออกจากกันทำให้ปากมดลูกนุ่ม ประกอบกับการสร้างพรอสตาแกรนดินเป็นผลให้ถุงน้ำอาจแตกก่อนเวลาได้

๓. การยืดขยายของปากมดลูกที่มาก (Overdistention) เป็นสาเหตุให้น้ำคร่ำแตกก่อนเวลาได้

๑๐.๒ สรีรวิทยาของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid physiology)^(๑๓)

มารดาและทารกต่างก็มีบทบาทในการควบคุมปริมาณน้ำคร่ำ และในแต่ละช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ กลไกหลักที่ใช้ในการควบคุมปริมาณน้ำคร่ำก็จะมีแตกต่างกัน โดยการตั้งครรภ์ในระยะแรก ส่วนประกอบของน้ำคร่ำได้มาจากการกรอง Maternal plasma ผ่านชั้น Amnion เข้าสู่ Amniotic cavity ต่อมาในช่วงต้นของไตรมาสที่ ๒ องค์ประกอบส่วนใหญ่ของน้ำคร่ำได้มาจาก Extracellular fluid ที่ซึมผ่าน Amniotic membrane สะดือและที่ซึมผ่านผิวหนังของทารก น้ำคร่ำในระยะนี้จะมีปริมาณสารต่าง ๆ เท่ากับที่มีอยู่ใน Fetal plasma หลังจากสัปดาห์ที่ ๒๐ ผิวหนังของทารกเริ่มปกคลุมด้วยชั้น Squamous epithelium มีการสร้างสาร Keratin ป้องกันการซึมผ่านของสารน้ำ จึงทำให้น้ำคร่ำส่วนใหญ่ได้มาจากปัสสาวะของทารก โดยไตของทารกเริ่มสร้างปัสสาวะได้ในขณะอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ และที่อายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ สามารถสร้างปัสสาวะได้ถึง ๗ ถึง ๑๔ มิลลิลิตรต่อวัน^(๑๐) ใน

ระยะนี้ปริมาณของ Urea creatinine และ Uric acid ในน้ำคร่ำจะมีปริมาณมากกว่าในเลือดของทารก นอกจากนี้ น้ำคร่ำยังประกอบด้วยเซลล์ผิวหนังของทารกที่ลอกหลุด ไขหุ้มทารก (Vernix) ขนอ่อน (Lanugo) และสารคัดหลั่งอื่น ๆ

ปริมาณน้ำคร่ำที่ผลิตและถูกกำจัดต่อวันในทารกอายุครรภ์ใกล้เคียงกำหนด

- ปัสสาวะของทารก ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน
- การกลืนของทารก ๗๕๐ มิลลิลิตรต่อวัน
- สารคัดหลั่งจากปอดทารกและจมูกทารก ๓๕๐ มิลลิลิตรต่อวัน
- ซึมผ่าน amnion เข้าสู่เส้นเลือดทารกที่บริเวณผิวรก (Intramembranous) ๔๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน
- สารคัดหลั่งจากปากและจมูกทารก ๒๕ มิลลิลิตรต่อวัน
- สารน้ำที่ผ่านเข้าสู่ Deciduas และ Endometrium (Trans-membranous) ๑๐ มิลลิลิตรต่อวัน

ปริมาณน้ำคร่ำมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุครรภ์ จากปริมาณ ๓๐ มิลลิลิตร ที่อายุครรภ์ ๑๐ สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐๐ มิลลิลิตร ที่อายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์ และเพิ่มถึง ๘๐๐ มิลลิลิตร ในช่วงกลางของไตรมาสที่ ๓ ของการตั้งครรภ์ โดยทั่วไป น้ำคร่ำจะเพิ่มปริมาณขึ้นอย่างช้า ๆ จนกระทั่ง ขณะอายุครรภ์ ๓๓ สัปดาห์ และขณะอายุครรภ์ ๓๘ ถึง ๔๓ สัปดาห์ น้ำคร่ำจะมีปริมาณลดลงเรื่อย ๆ ค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำคร่ำขณะอายุครรภ์ ๒๒ ถึง ๓๙ สัปดาห์ มีค่าประมาณ ๗๕๐ มิลลิลิตร น้ำคร่ำเป็นสารละลายที่มีความดันออสโมซิสต่ำกว่าเลือด (Hypotonic solution) และเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น Osmolality ของน้ำคร่ำจะมีค่าลดลง

๑๐.๓ หน้าที่ของน้ำคร่ำ (Role of amniotic fluid)^(๑๓)

น้ำคร่ำมีหน้าที่สำคัญหลายประการต่อทารก ได้แก่ ป้องกันทารกจากอันตรายภายนอก ป้องกันการกดทับสายสะดือ ควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมในถุงน้ำคร่ำทารกสามารถเคลื่อนไหวได้เหมือนอยู่ในสภาวะไร้น้ำหนัก จึงช่วยพัฒนาระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นแหล่งอาหารเสริมสำหรับทารก ลดโอกาสของการติดเชื้อ เนื่องจากมีสารยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย (Bacteriostatic properties) และเมื่อทารกกลืนหรือหายใจเอาสารที่อยู่ในน้ำคร่ำ ได้แก่ Epidermal growth factor (EGF) และ EGF - like growth factors เช่น Transforming growth factor-B เข้าสู่ระบบทางเดินอาหารและปอด สารดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ โดยการพัฒนาปอดทารกให้สมบูรณ์ ต้องอาศัยสารน้ำที่อยู่ในภายในปอด (Intrapulmonary fluid) และการเคลื่อนที่เข้าออกของสารน้ำโดยการหายใจของทารก นอกจากนี้การกลืนน้ำคร่ำของทารกเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารยังส่งผลต่อการเจริญเติบโตและน้ำหนักของทารก

ในน้ำคร่ำยังมีส่วนประกอบของเซลล์ผิวหนังของทารกที่ลอกหลุด เซลล์จากระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้ยังมีเซลล์จากรกและเซลล์จาก Amnion แม้ว่าจะมีปริมาณเซลล์มากมายที่ลอยอยู่ในน้ำคร่ำแต่มีเซลล์เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่สามารถนำมาเพาะเลี้ยงเซลล์ได้และสามารถนำมาตรวจหาสารพันธุกรรมของทารก โดยวิธีการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) นอกจากนี้สารเคมีที่อยู่ในน้ำคร่ำ เช่น สาร Surfactant สามารถนำมาใช้ในการประเมินความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ได้ และปริมาณที่สูงผิดปกติของสาร Alpha-fetoprotein (AFP) และเอนไซม์

Acetylcholinesterase ในน้ำคร่ำ ยังช่วยวินิจฉัยภาวะ Alpha neural tube defected และความผิดปกติอื่นๆ ของทารกในครรภ์ได้

๑๑. อุบัติการณ์เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนด (TPROM) พบประมาณร้อยละ ๑๐ ของการตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดที่อายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ ๓ ของการตั้งครรภ์^(๑๓)

๑๒. สาเหตุของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด PROM มีดังนี้^(๑๓)

๑. ประวัติเคยเกิดภาวะ PPROM มีความเสี่ยงสูงถึง ๓ เท่าที่อาจจะเกิดซ้ำอีก
๒. การอักเสบติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnitis) หรือการติดเชื้อในโพรงมดลูกเป็นสาเหตุสำคัญของ PPROM อาจเป็นเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส รวมทั้งการติดเชื้อซ่อนเร้น (Occult) ในน้ำคร่ำด้วย
๓. การติดเชื้อ Chlamydia trachomatis, Nesseria gonorrhea, Group B streptococcus, Trichomonas vaginalis, Bacterial vaginalis เป็นต้น
๔. การติดเชื้อเรื้อรังของระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้มดลูกมีการหดตัวเพิ่มขึ้น
๕. การตั้งครรภ์แฝด (Multifetal gestation) ครรภ์แฝดน้ำ ทำให้มดลูกถูกยืดขยายมากความดันภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้น
๖. ความผิดปกติของปากมดลูก เช่น ปากมดลูกปิดไม่สนิท (Cervical incompetence) คอมดลูกสั้น ประวัติเคยทำ Cervical conization เป็นต้น รวมทั้งความผิดปกติของมดลูกแต่กำเนิด
๗. การทำหัตถการบางอย่าง เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniocentesis) การเย็บผูกปากมดลูก (Cervical cerclage) การเจาะตรวจเนื้อรก (Chorionic villus sampling : CVS) เป็นต้น^(๑๓)
๘. ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruption placenta)
๙. ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง ทำให้ส่วนนำปิดส่วนล่างของเชิงกรานไม่สนิท แรงดันในโพรงมดลูกจะดันมาที่ถุงน้ำคร่ำโดยตรง ทำให้ถุงน้ำแตกได้ง่าย
๑๐. ปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ เศรษฐฐานะต่ำ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดวิตามิน เป็นโรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (SLE) ได้รับยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน เป็นต้น
๑๑. เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน หรือมีประวัติ PPROM ในครรภ์ก่อนจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดซ้ำได้สูง

๑๓. อาการและการแสดงของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมีน้ำใส ๆ หรือสีน้ำเหลืองจางๆ ไหลออกทางช่องคลอดทันทีจนเปียกผ้าอ้อม โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์หรือก่อนที่จะมีอาการเจ็บครรภ์ แต่บางรายอาจไหลซึมเล็กน้อยตลอดเวลาหรือไหลแล้วหยุดไป^(๑๓)

๑๔. การวินิจฉัยของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์สามารถประเมินและวินิจฉัยได้ ดังนี้^(๑๓)

๑. การซักประวัติ ซักถามเกี่ยวกับ

๑.๑ ลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของน้ำคร่ำที่ไหลออกมาเพื่อวินิจฉัยแยกจากน้ำปัสสาวะน้ำหรือเมือกในช่องคลอด (Vaginal discharge) หรือมูกจากปากมดลูก (Mucus plug)

๑.๒ วันและเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก เพื่อประเมินระยะเวลาและโอกาสที่จะติดเชื้อ

๑.๓ อายุครรภ์ เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของปอดทารกและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น

๒. การตรวจร่างกาย

๒.๑ Sterile speculum examination คือ การประเมิน Pooling จะพบน้ำคร่ำขังอยู่ในแอ่งของช่องคลอด (Vaginal vault) บริเวณ Posterior fornix หรือการกดยอดมดลูก (Fundal pressure) จะพบน้ำไหลออกจากปากมดลูก ควรหลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยใช้นิ้วมือ (Digital examination) เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยกเว้นรายที่มีการเจ็บครรภ์คลอดหรือวางแผนจะชักนำให้คลอดภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๒.๒ Coughing หรือ Valsalva โดยการให้หญิงตั้งครรภ์ไอหรือเบ่งลงด้านล่างเบาๆ จะพบน้ำคร่ำไหลออกมาจากปากมดลูกหรือขังอยู่ในช่องคลอด

๒.๓ อาการและการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ กดเจ็บที่มดลูก น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

๓.๑ Fern test เป็นการทดสอบโดยนำน้ำในช่องคลอดป้ายบนสไลด์ ทิ้งไว้ให้แห้งแล้วส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ให้ผลบวกเมื่อพบผลึกรูปใบเฟิร์น (Arborization or ferning) ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบของ Electrolyte โดยเฉพาะ NaCl ที่แห้งแล้วจับตัวเป็นผลึก อาจพบผลลบลงได้ ในกรณีที่มีการปนเปื้อนของมูกเลือด ชี้นำหรือน้ำหล่อลื่น

๓.๒ Nitrazine paper test เป็นการทดสอบความเป็นกรด-ด่าง โดยนำน้ำในช่องคลอดมีฤทธิ์เป็นกรดและมี pH < ๔.๕ (๓.๘ - ๔.๒) และมูกที่ปากมดลูกและปัสสาวะมี pH ๔.๕ - ๖.๐ ซึ่งให้ผลลบ โดยกระดาษในตราสีเหลืองจะไม่เปลี่ยนสีหรือเปลี่ยนสีเป็นสีเขียว ส่วนน้ำคร่ำมีฤทธิ์เป็นด่างและมี pH ๗.๐ - ๗.๓ ซึ่งให้ผลบวก คือ กระดาษเปลี่ยนสีเป็นสีน้ำเงินหรือสีกรมท่า การตรวจวิธีนี้จะให้ผลบวกลงเกิดจากการปนเปื้อนของเลือด น้ำสุจิ สเปิร์มหรือน้ำยา หรือการติดเชื้อที่มีฤทธิ์เป็นด่าง ๆ ส่วนผลลบลงเกิดจากน้ำในช่องคลอดมีมากจนน้ำคร่ำเจือจางหรือน้ำคร่ำที่ใช้ทดสอบมีปริมาณน้อยมาก

๓.๓ Nile blue test เป็นการตรวจดูเซลล์ไขมันของทารกในครรภ์ โดยนำน้ำในช่องคลอด ๑ หยด ผสมกับ ๐.๑% Nile blue sulfate ๑ หยด ใส่ลงบนสไลด์ ปิดด้วย Cover slip ลนไฟเล็กน้อยแล้วส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ถ้าเป็นน้ำคร่ำจะพบเซลล์ไขมันของทารกติดสีแดงไม่มี Nucleus ส่วนเซลล์อื่น ๆ ติดสีน้ำเงิน การทดสอบวิธีนี้ไม่มีผลลบลง แต่อาจมีผลลบลงได้กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๒ - ๓๔ สัปดาห์ เนื่องจากเซลล์ไขมันของทารกมีน้อย

๓.๔ ชุดอุปกรณ์สำเร็จรูป เช่น Amnisure, Amnitest วิธีการคือใช้ไม้พันสำลีขนาดยาว ๕ - ๗ เซนติเมตร กวาดภายในช่องคลอดไปมาประมาณ ๑ นาที นำมาละลายในหลอดที่มีสารละลายประมาณ ๑ นาที จากนั้นนำแถบทดสอบมาจุ่มในหลอดที่มีสารละลาย อ่านผลใน ๕ - ๑๐ นาที ถ้าผลตรวจขึ้น ๒ แถบ แสดงว่าน้ำที่ได้จากช่องคลอดเป็นน้ำคร่ำจริง

๓.๕ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ถ้าตรวจพบน้ำคร่ำมีปริมาณน้อยมาก (Severe oligohydramnios) หรือน้ำคร่ำแห้ง (Anhydramnios) ร่วมกับมีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกอย่างชัดเจน จะช่วยยืนยันการวินิจฉัย หากปริมาณน้ำคร่ำลดลงไม่มากจะวินิจฉัยได้ยาก เนื่องจากอาจเกิดจากสาเหตุอื่น

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก

ผลต่อหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่^(๑๓)

๑. การติดเชื้อถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) สามารถพบได้ร้อยละ ๑๕ - ๒๕ อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มี Preterm PROM ซึ่งการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำนี้อาจเป็นสาเหตุของการเกิดถุงน้ำคร่ำแตก หรืออาจเป็นผลที่เกิดจากการที่ถุงน้ำคร่ำแตกได้

๒. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระยะหลังคลอดได้สูงถึง ร้อยละ ๑๕ - ๒๐

๓. รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) พบได้ร้อยละ ๒ - ๕ มักพบในรายที่อายุครรภ์ยังน้อย เนื่องจากเมื่อมีการแตกของถุงน้ำคร่ำจะทำให้มดลูกมีขนาดลดลงส่งผลให้เกิดการดึงรั้งของผนังมดลูกและรক্তตรงตำแหน่งที่เกาะ ทำให้รกลอกตัวก่อนกำหนด

๑. อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น

ผลต่อทารก ได้แก่

๑. ภาวะสายสะดือพลัดต่ำ (Prolapsed cord) โดยเฉพาะเมื่อทารกมีอายุครรภ์น้อยและส่วนนำยังไม่ได้เคลื่อนเข้ามาในช่องเชิงกราน สายสะดือมีโอกาสพลัดต่ำได้

๒. เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Premature labour) เนื่องจากเมื่อถึงน้ำคร่ำแตก Decidua จะสร้าง Prostaglandin เพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้มดลูกหดตัว ผู้คลอดจะเจ็บครรภ์ตามมา หากทารกยังไม่ครบกำหนด การทำงานของปอดของทารกยังทำงานได้ไม่เต็มที่ การคลอดจะทำให้ทารกมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก เลือดออกในสมอง มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดขยายตัวได้น้อย เนื่องจาก Lung surfactant ยังมีปริมาณน้อย

๓. อัตราการเสียชีวิตของทารกหลังคลอดสูงขึ้น (Neonatal death) อายุครรภ์ยิ่งน้อยความเสี่ยงจะสูงมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า ๒๕ สัปดาห์

๔. เมื่อถุงน้ำคร่ำมีการแตกเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios) ส่งผลให้การพัฒนาระกระดูกและกล้ามเนื้อมีความผิดปกติ รวมเรียกว่ากลุ่มอาการพอตเตอร์ (Potter syndrome) หรือภาวะเกิดต้อเนื่องจากน้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios sequences) เนื่องจากกระดูกและกล้ามเนื้อตามระยะมีการพัฒนาอยู่ในช่วงไตรมาสที่ ๒ และ ๓ แต่การแตกของถุงน้ำคร่ำทำให้ทารกถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการที่มีปริมาณน้ำคร่ำลดลง ทำให้เกิดการผิดปกติของร่างกายต่าง ๆ ได้ ซึ่งระยะเวลาที่ ถุงน้ำคร่ำแตกจนถึงระยะเวลาคคลอดจะสัมพันธ์กับภาวะผิดปกตินี้

๑๕. การรักษาภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

วัตถุประสงค์ของการรักษา PROM ที่สำคัญ คือ การตรวจสอบยืนยันว่าถุงน้ำแตกจริง เมื่อวินิจฉัยได้แน่นอนแล้ว ต้องป้องกันภาวะติดเชื้อและประคับประคองการตั้งครรภ์ให้ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด มีแนวทางการรักษาดังนี้^(๑๓)

๑. ทดสอบหรือยืนยันว่ามีถุงน้ำคร่ำแตกจริง จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ

๒. ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน โดยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงเพื่อดูขนาดของ Biparietal diameter ตลอดจนการทำ amniocentesis เพื่อทดสอบความสมบูรณ์ของปอด โดยถ้าพบว่า Lecithin/Sphingomyelin (L/S ratio) ได้ค่ามากกว่า ๒:๑ แสดงว่าปอด

ของทารกน่าจะสมบูรณ์ดีหรือการทำ Shake test หรือ Foam test จะให้ผลบวกตั้งแต่ ๓ หลอดใน ๕ หลอดขึ้นไป แสดงว่าปอดของทารกน่าจะสมบูรณ์ดีเช่นกัน

๓. การประคับประคอง

๓.๑ กรณียังไม่มี การติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ แนวทางการรักษาพิจารณาตามอายุครรภ์ดังนี้

๓.๑.๑ กรณีอายุครรภ์มากกว่า ๓๖ สัปดาห์ ควรทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เนื่องจากอัตราเสี่ยงที่ทารกจะเกิดอันตรายจากการคลอดก่อนกำหนด สตรีมีครรภ์ร้อยละ ๘๐ - ๙๐ จะเกิดการเจ็บครรภ์เองภายหลังจากถุงน้ำคร่ำแตก ๒๔ ชั่วโมง ส่วนการคลอดที่เกิดภายหลัง ๒๔ ชั่วโมง จะมีอัตราการติดเชื้อสูงขึ้น ดังนั้นภายหลังจากถุงน้ำคร่ำแตก ๑๒ ชั่วโมงแล้ว ยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์ควรให้ยาปฏิชีวนะและชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ โดยผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องในกรณีที่ทารก ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือการคลอดไม่ก้าวหน้าและมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในมารดาและทารก

๓.๑.๒ กรณีอายุครรภ์ระหว่าง ๓๔ - ๓๖ สัปดาห์ ควรทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยอาจจะรอไว้ ๑๖ - ๒๔ ชั่วโมง เพื่อเร่งการเจริญของปอดทารก (Lung maturity) และลดอุบัติการณ์ของ RDS โดยการให้ Glucocorticoid ซึ่งจะได้ผลดี เมื่อคลอดภายหลังเริ่มให้ยาไปแล้ว ๒๔ ชั่วโมง แต่มีการรายงานว่า การให้ อาจเกิดผลเสียทั้งมารดาและทารก นอกจากนี้มีรายงานว่าภายหลังถึงน้ำคร่ำแตก ๑๖ ชั่วโมงไปแล้ว^(๑๓) จะมี Fetal cortisol level พอเพียงที่จะเร่งให้ปอดทารกเจริญพอ

๓.๑.๓ กรณีอายุครรภ์ระหว่าง ๓๐ - ๓๔ สัปดาห์ ทารกกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิต และรอดจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกี่ยวกับสมองและการหายใจ ประมาณร้อยละ ๘๕ - ๙๐ โดยเฉพาะในสถาบันที่มีการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดดีพอ ในกลุ่มนี้ระยะ Latent period ยืงนานยิ่งเป็นประโยชน์ต่อทารก ในการทำให้เกิดภาวะ RDS ลดลง ดังนั้นการให้ยาระงับการหดตัวของมดลูก จึงอาจจำเป็นใน ๒๔ ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นจึงหยุดยาเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนปอดของทารกมีการเจริญดี

๓.๑.๔ กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๐ สัปดาห์ ทารกกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตประมาณร้อยละ ๗๕ กลุ่มนี้จำเป็นต้องยืดระยะเวลา Latent period ให้นานมากที่สุด โดยให้ยาระงับการหดตัวของมดลูกนาน ๗๒ ชั่วโมง ร่วมกับการให้ยาเร่งการเจริญของปอดทารก แต่ต้องระวังให้มากเกี่ยวกับการติดเชื้อ

๓.๑.๕ กรณีอายุครรภ์น้อยกว่า ๒๖ สัปดาห์ ภายหลังวินิจฉัยได้แน่นอนแล้ว ควรทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เนื่องจากทารกมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก

๓.๒ กรณีมีการติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) จะพิจารณาคลอดทันที โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ ทั้งนี้จะให้ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยต้องเริ่มให้ยาทันทีเมื่อพิสูจน์ได้ว่าการติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ และจะต้องรีบให้ทารกคลอดเร็วที่สุด โดยการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดด้วยยา Oxytocin หรือการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องกรณีที่ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

๔. ในระยะหลังคลอด กรณีสงสัยว่าสาเหตุของถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลาอันควรเกิดจากการติดเชื้อ ควรติดตามเพาะเชื้อจากตัวทารก เพื่อหาสาเหตุของการติดเชื้อ และรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

๑๖. การพยาบาลตามทฤษฎี

แนวทางในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ จะประกอบไปด้วย การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ การพยาบาลเมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับแผนการรักษาให้กลับบ้านดังนี้^(๑๓)

๑. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๑.๑ ประเมินและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ในครรภ์ที่ผ่านมาหรือการมีภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ท่าหรือทรงที่ผิดปกติ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ มีรกเกาะต่ำ ได้รับการเจาะตรวจน้ำคร่ำและมีประวัติเย็บผูกปากมดลูก

๑.๒ ให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดถุงน้ำคร่ำแตก ได้แก่

๑.๒.๑ อธิบายสาเหตุ ผลกระทบของการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๑.๒.๒ หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ยกของหนัก ยืนหรือเดินติดต่อกันเป็นเวลานานหรือการออกกำลังกายหักโหม

๑.๒.๓ หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ เช่น การไปในที่ชุมชน รักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์

๑.๒.๔ งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง ๓ เดือนแรก และ ๓ เดือนสุดท้าย รวมทั้งแนะนำให้สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีถุงน้ำคร่ำแตก โดยเฉพาะการมีน้ำไหลออกจากช่องคลอดผิดปกติ และให้มาโรงพยาบาลทันที

๒. การพยาบาลเมื่อมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

๒.๑ ให้นอนพักบนเตียงเพื่อลดการไหลของน้ำคร่ำ

๒.๒ ประเมินสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง

๒.๓ ประเมินลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของน้ำคร่ำ ที่ออกมาจากผ้าอนามัย

๒.๔ เฝ้าระวังการติดเชื้อในโพรงมดลูก เช่น ผู้คลอดมีไข้มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียส ร่วมกับการกดเจ็บที่มดลูก มีอัตราการเต้นของหัวใจทั้งผู้คลอดและทารกเร็วผิดปกติ เป็นต้น

๒.๕ ประเมินเสียงหัวใจทารกทุก ๔ ชั่วโมง แนะนำให้ผู้คลอดบันทึกการดิ้นของทารก

๒.๖ ประเมิน NST เป็นระยะในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อดูแลแบบประคับประคอง

๒.๗ ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ

๒.๘ หลีกเลี่ยงการตรวจทางช่องคลอดโดยจำเป็น

๒.๙ ดูแลได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น ยาปฏิชีวนะยา กลุ่ม Corticosteroid เป็นต้น

๓. ในกรณีที่มีน้ำคร่ำหยุดไหลและมีแผนการรักษาให้กลับบ้าน ควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ดังนี้

๓.๑ ประคับประคองให้อยู่ภายใต้การดูแลให้ครบกำหนด โดยการพักผ่อนอย่างเพียงพอ งดการทำงานหนักหรือออกกำลังกายอย่างหักโหม งดการมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการติดเชื้อระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

๓.๒ รับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ เน้นให้เพิ่มอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง

๓.๓ สังเกตการดิ้นของทารก บันทึกจำนวนครั้งของการดิ้นของทารก

๓.๔ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์จากหน้าไปหลัง

๓.๕ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น การมีน้ำคร่ำไหลออกมาอีก น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น มีไข้ มดลูกหดตัวถี่ ทารกดิ้นลดลง เป็นต้น

๓.๖ มาฝากครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอ

บทที่ ๓

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ ๒๗ ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ แหล่งที่มาของข้อมูล/ผู้ให้ข้อมูล ตัวผู้ป่วย สิทธิการรักษา ประกันสังคม ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๘ สัปดาห์ ฝากครรภ์ ๑๑ ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

วันนอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ.

๒๕๖๕

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา ๓ วัน

การวินิจฉัยโรคแรก รับ G_๖P_๐ GA ๓๓⁺ สัปดาห์ Pregnancy with Diabetes Mellitus with Premature Rupture of Membranes

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย G_๖P_๐ GA ๓๓⁺ สัปดาห์ Pregnancy with Diabetes Mellitus with Preterm Prelabor rupture of Membranes

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์ มีน้ำเดินมา ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

หญิงตั้งครรภ์แรก G_๖P_๐A_๐ อายุครรภ์ ๓๓⁺ สัปดาห์ การมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ วันครบกำหนดคลอด (EDC) วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๘⁺ สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ผลการตรวจเลือดการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติ การตรวจเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อ HIV ผลปกติ และตรวจหากรุ๊ปเลือด (Blood group) ผลเป็น กรุ๊ปโอ อาร์เอชบวก (A Rh Positive) Thalassemia : Hb typing normal ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ครั้งที่ ๑ = ๓๗.๓% ตอนอายุครรภ์ ๒๒ สัปดาห์ ตรวจพบมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (OGTT) ผลการตรวจพบว่า Blood sugar ก่อนกินน้ำตาล ๑๑๐ mg/dl Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๑ hr = ๑๘๓ mg/dl Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๒ hr = ๑๖๐ mg/dl Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๓ hr = ๑๒๕ mg/dl แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM A_๐) ให้การรักษา โดยการควบคุมอาหารและนัดติดตามสุขภาพทารกในครรภ์เป็นระยะ

๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติว่ามีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ และมีน้ำใสออกจากช่องคลอด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต

การแพ้ยา (ยา, อาหาร, สารเคมี, เลือด) ปฏิเสธแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมี แพ้เลือด

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาเป็นเบาหวาน มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ตั้งครรภ์ครั้งแรก

ประวัติการมาฝากครรภ์

ฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ อายุครรภ์ ๑๘^๓ สัปดาห์ น้ำหนัก ๙๖.๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๒/๗๔ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ผล Albumin = negative, Sugar = negative แพทย์นัดตรวจ GCT ผล ๑๔๙ mg/dl และนัดตรวจ OGTT นัดครั้งต่อไป ได้รับวัคซีนบาดทะยัก (dT เข็มที่ ๑)

ฝากครรภ์ครั้งที่ ๒ อายุครรภ์ ๒๒ สัปดาห์ น้ำหนัก ๙๗.๕ กิโลกรัม ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๙/๘๖ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖ องศาเซลเซียส หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ผล Albumin = negative, Sugar = negative ได้รับวัคซีนบาดทะยัก (dT เข็มที่ ๒)

ผลการตรวจพบว่า Blood sugar ก่อนกินน้ำตาล ๑๑๐ mg/dl

Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๑ hr = ๑๘๓ mg/dl

Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๒ hr = ๑๖๐ mg/dl

Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๓ hr = ๑๒๕ mg/dl

ฝากครรภ์ครั้งที่ ๓ อายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ น้ำหนัก ๙๙.๒ กิโลกรัม ชีพจร ๙๖ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๐/๘๖ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖ องศาเซลเซียส หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ผล Albumin = negative, Sugar = negative แพทย์ส่งตรวจ FBS = ๑๒๑ mg/dl

ฝากครรภ์ครั้งที่ ๔ อายุครรภ์ ๒๙ สัปดาห์ น้ำหนัก ๑๐๐ กิโลกรัม ชีพจร ๙๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๕/๘๘ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ผล Albumin = negative, Sugar = negative แพทย์ส่งตรวจ FBS = ๑๑๔ mg/dl. Blood sugar หลังรับประทานอาหาร ๑ ชั่วโมง = ๑๓๘ mg/dl

ฝากครรภ์ครั้งที่ ๕ อายุครรภ์ ๓๑ สัปดาห์ น้ำหนัก ๑๐๐.๑ กิโลกรัม ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๗/๘๔ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖ องศาเซลเซียส หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ผล Albumin = negative, Sugar = negative แพทย์ส่งตรวจ FBS = ๑๑๗ mg/dl Blood sugar หลังรับประทานอาหาร ๑ ชั่วโมง = ๑๕๗ mg/dl

ฝากครรภ์ครั้งที่ ๖ อายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ น้ำหนัก ๑๐๐.๓ กิโลกรัม ชีพจร ๗๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๓/๘๘ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๑ องศาเซลเซียส หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะ ผล Albumin = negative, Sugar = negative แพทย์ส่งตรวจ FBS = ๑๐๒ mg/dl Blood sugar หลังรับประทานอาหาร ๑ ชั่วโมง = ๑๐๙ mg/dl และ Ultrasound ผลปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ ๑ (วันที่ ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔) ตรวจหารูปร่างเลือด (Blood group) ผลเป็นกรุ๊ปโอ อาร์เอชบวก (A Rh Positive) การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติ การตรวจเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อ HIV ผลปกติ และ Thalassemia : Hb typing normal ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ครั้งที่ ๑ = ๓๗.๓%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ ๒ (วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕) การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติ การตรวจเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ผลปกติ การตรวจหาเชื้อ HIV ผลปกติ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) ครั้งที่ ๒ = ๓๗%

แบบแผนการดำเนินชีวิต

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ก่อนตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรง ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ ไม่มีประวัติแพ้ยา หรือแพ้อาหาร ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติด สามีและคนใกล้ชิดไม่สูบบุหรี่ มีประวัติโรคประจำตัวของคนในครอบครัว บิดาเป็นโรคเบาหวาน มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid - ๑๙ และคิดว่าไปฝากครรภ์ตอนอายุครรภ์ก็ช้าได้ ขณะตั้งครรภ์ตรวจพบว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้ระมัดระวังเรื่องอาหารรสหวาน ได้เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพราะอยากให้บุตรออกมาแข็งแรง และเมื่อหญิงตั้งครรภ์รู้ว่าตัวเองมีน้ำเดิน มีความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติ จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

รับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อใหญ่ และระหว่างมื้อ ๒ มื้อเล็ก ตรงเวลาในบางวัน ดื่มนมก่อนนอน ชอบอาหารรสหวาน ชอบรับประทานผักและผลไม้ ดื่มน้ำวันละ ๖ - ๘ แก้ว ไม่มีอาการผิดปกติของระบบย่อยอาหาร ขณะตั้งครรภ์ควบคุมอาหารได้บ้างไม่ได้บ้าง

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

ถ่ายปัสสาวะประมาณวันละ ๖ - ๗ ครั้ง กลางคืนประมาณ ๑ - ๒ ครั้ง เมื่อเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด การขับถ่ายอุจจาระปกติ ขับถ่ายอุจจาระวันละ ๑ - ๒ ครั้ง ลักษณะปกติ

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และออกกำลังกายสัปดาห์ละ ๑ - ๒ ครั้ง โดยการเดิน

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนและการนอนหลับ

ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ เข้านอนประมาณ ๒๑.๐๐ น. ตื่นมาเข้าห้องน้ำกลางคืน ๑ - ๒ ครั้ง กลางวัน นอนหลับบ้างประมาณ ๓๐ นาที

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญหาการรับรู้

รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สายตามองเห็นชัดเจน ไม่ได้สับสนวุ่น การรับรส การได้ยินและการพูดปกติ ระดับสติปัญญาปกติ ถ้ามีปัญหาจะตัดสินใจ แก้ปัญหาด้วยตัวเอง บางครั้งปรึกษามีและบิดามารดาช่วยในการตัดสินใจ ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลรับรู้ถึงแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงสภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

มีความวิตกกังวล ซึ่งปกติแข็งแรงดี การเจ็บป่วยครั้งนี้รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอ แต่มีความหวังว่าจะดีขึ้นหลังได้รับการรักษาและหลังคลอด จะแข็งแรงขึ้นเนื่องจากมีภาระในการดูแลครอบครัว

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว

ในครอบครัวอาศัยทั้งหมด ๔ คน มีตนเอง สามี บิดา มารดาของตนเอง อาศัยอยู่กับสามี โดยอาศัยอยู่บ้านกับบิดามารดาของตนเอง สามีเป็นผู้นำครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักใคร่ ยังไม่มีบุตร มีสามีคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมารักษาตัวในโรงพยาบาล สามีและมารดาจะคอยถามอาการ

แบบแผนที่ ๙ การเจริญพันธุ์

ก่อนการตั้งครรภ์ ประจำเดือนมาทุกเดือน สม่าเสมอ หญิงตั้งครรภ์ตั้งใจวางแผนมีบุตรก่อนตั้งครรภ์ รับรู้ภาวะสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เมื่อมีน้ำเดินออกทางช่องคลอด รู้สึกตกใจและกังวลเกี่ยวกับ

อันตรายต่อตนเองและเป็นห่วงสุขภาพทารกที่อยู่ในครรภ์ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลได้รับการตรวจเบื้องต้น และแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้อนอนโรงพยาบาล รู้สึกอุ่นใจขึ้นเล็กน้อย แต่ก็ยังกังวลในภาวะน้ำเดินออกทางช่องคลอด

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดเล็กน้อย ค่อนข้างใจเย็น เมื่อมีความเครียดจะไม่พยายามคิดมาก หากิจกรรมผ่อนคลายและเล่าให้สามีฟัง เมื่อมีน้ำเดินค่อนข้างกังวลและตกใจเกี่ยวกับอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ มีสีหน้ากังวลขณะเข้ามารับการรักษา พยาบาลได้ให้การดูแลตามมาตรฐานและกระบวนการพยาบาล และคอยแจ้งให้สามีรับทราบถึงแผนการรักษาและสามารถปรึกษาแพทย์ได้ ผู้ป่วยคลายความกังวลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาจนสามารถพ้นภาวะวิกฤตได้

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ

หญิงตั้งครรภ์มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือบิดา มารดา สามีและเป็นบุคคลที่ต้องดูแล เมื่อกลับบ้านต้องรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรง นับถือศาสนาพุทธ เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา ทำบุญตักบาตรเมื่อมีโอกาส สวดมนต์ก่อนนอน มีความเชื่อว่าทำดีย่อมได้ผลดีตามมา

การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม

สภาพทั่วไป : สภาพผู้คลอดแรกรับมาด้วยรถเข็นนั่ง รูปร่างท้วม ผิวสองสี น้ำหนัก ๙๖.๒ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI = ๓๓.๑

สัญญาณชีพแรกรับ : อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๒/๗๔ มิลลิเมตรปรอท

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมหยาบสีดำ ใบหน้าสมมาตรกัน ลำคอไม่มีก้อนต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อม้ำน้ำเหลืองไม่โต

ตา : อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตก ไม่บวม เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงปกติทั้งสองข้าง

หู : ลักษณะใบหูปกติ การได้ยินชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกจากหู

จมูก : ลักษณะจมูกปกติ การรับกลิ่นปกติ

ช่องปาก : ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย เยื่อบุช่องปากไม่มีแผล เหงือกและลิ้นปกติ ฟันไม่ผุ

ปอด : ปกติ ไม่มีเสียง Crepitation

หัวใจ : จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ๘๘ ครั้งต่อนาที ไม่พบเสียง Murmur

เต้านม : เต้านมทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากัน ไม่มีหัวนมบวมหรือบอด ไม่มีก้อนกดเจ็บ ไม่มีการอักเสบบริเวณเต้านม และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งสอง

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก : ลักษณะปกติ ไม่มีแผล มีน้ำเดินลักษณะใสออกจากช่องคลอด

กล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การเคลื่อนไหวปกติ

การตรวจครรภ์

ระดับยอดมดลูก ๓/๔ เหนือระดับสะดือ เด็กท่า Right occiput anterior : ROA อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ชัดเจนดี ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ทารกตื่นดี

การตรวจทางช่องคลอด

ประเมนปากมดลูกเปิดขยาย ๒ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive, Urine Protein = Negative, Urine sugar = Trace ประเมินการหดตัวของมดลูก Interval ๓ นาที Duration ๓๐ วินาที ประเมินความเหมาะสมของปากมดลูกต่อการคลอด (Bishop score) ได้ ๙ คะแนน ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ เด็กท่า Right occiput anterior : ROA อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี ทารกตื่นดี

การประเมินสภาพจิตสังคม

อัตตมโนทัศน์	: มารดารู้จักตนเองดี ไม่รู้สึกวาทนเองแตกต่างจากคนอื่น
ด้านจิตใจและอารมณ์	: มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดในครั้งนี้
การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	: มารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และมาตรวจตามนัด
ลักษณะการเผชิญและแก้ไขปัญหา	: เมื่อมีปัญหาเรื่องความเจ็บป่วย จะปรึกษากับบุคคลในครอบครัวและเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐ
วิธีการดำเนินชีวิตในสังคม	: เคารพกฎหมาย จารีตประเพณีและกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชนที่อยู่อาศัย นับถือศาสนาพุทธ มีการทำบุญตักบาตรเป็นบางครั้ง

อาการและอาการแสดง

วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เวลา ๐๓.๔๕ น. หญิงตั้งครรภ์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เจ็บครรภ์และน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกครรภ์ที่ห้องคลอดประเมินระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ทารกท่าขวา อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี เด็กตื่นดี ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ จากการตรวจอัลตราซาวด์ คะเน้น้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ ๒,๐๐๐ กรัม ประเมนปากมดลูกเปิดขยาย ๒ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive, Urine Protein = Negative, Urine sugar = Trace ประเมินการหดตัวของมดลูก Interval ๓ นาที Duration ๓๐ วินาที ประเมินความเหมาะสมของปากมดลูกต่อการคลอด (Bishop score) ได้ ๙ คะแนน แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ ตรวจการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๑๙ (Swab Covid-๑๙ PCR และ Rapid test) งดน้ำและอาหารทางปาก สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูก และอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก ๑ ชั่วโมง ให้ Dexamethasone ๑๒ mg IM ทุก ๒๔ ชั่วโมง X ๒ dose On ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV drip KVO และ Bricanyl 1/2 amp subcutaneous injection stat และ Bricanyl ๔ amp + ๕%D/W ๑๐๐ cc IV drip ให้ยา Ampicillin ๒ g IV stat then ทุก ๔ ชั่วโมง เจาะ CBC และ Observe UC, Fetal Heart Sound : FHS รายงานผลเลือดและอาการ แพทย์เวรรับทราบ

เวลา ๔.๓๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่าระยะห่างของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง (Interval) = ๓ นาที ระยะเวลาหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๐ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิดขยาย ๓ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบด้วย Amniosense test การทดสอบโดยใช้แผ่นซับ

เวลา ๕.๓๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่าระยะห่างของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง (Interval) = ๒ นาที ๓๐ วินาที ระยะเวลาหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิดขยาย ๕ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบด้วย Amniosense test การทดสอบโดยใช้แผ่นซับ

เวลา ๖.๓๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่าระยะห่างของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง (Interval) = ๒ นาที ระยะเวลาหดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิดขยาย ๕ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบด้วย Amniosense test การทดสอบโดยใช้แผ่นซับ ดูแลให้มารดาอนตะแคงซ้าย และให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ มารดามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น

เวลา ๗.๓๐ น. แพทย์ให้เจาะ DTX = ๒๓๑ mg% และเปลี่ยนสารน้ำ เป็น Acetar ๑,๐๐๐ cc IV drip ๔๐ cc/hr Off Bricanyl IV drip at ๘.๓๐ น. ให้ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc (RI ๑:๑)

เวลา ๘.๑๕ น. แพทย์เวรให้เปลี่ยนสารน้ำ เป็น ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV KVO เจาะ DTX = ๑๒๙ mg%

เวลา ๙.๐๐ น. มารดาเจ็บครรภ์คลอด PV cervix = fully dilate มารดาคลอด Normal labor with Episiotomy เพศชาย น้ำหนัก ๑,๗๕๐ กรัม Apgar score นาทีที่ ๑ ได้ ๙ คะแนน นาทีที่ ๕ ได้ ๑๐ คะแนน นาทีที่ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง ดูแลดูดสารคัดหลั่งในจมูกและปาก เพื่อให้เกิดทางเดินหายใจโล่ง กระตุ้นให้ร้องและให้ออกซิเจน ๑ นาที แขนขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแข็งแรงดี Blood loss = ๒๕๐ cc หลังคลอดให้ Add syntocinon ใน IV ๒๐ unit หมด Off และสังเกตอาการหลังคลอด ๒ ชั่วโมง สอนปัสสาวะหลังคลอดให้ ปัสสาวะออกดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๕/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส หลังคลอดประมาณ ๔๔ นาที ทารกหายใจเร็ว ๖๐ ครั้งต่อนาที O₂ saturation = ๘๓% room air ชีพจร ๑๒๔ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ให้ On O₂ flow ๑๐ LPM และส่งหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต Transport Incubator

เวลา ๙.๔๕ น. แกรับทารกที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ทารกได้รับการดูแลดูดสารคัดหลั่งทางปากและจมูก ได้สีขาวย่นประมาณ ๓ มิลลิกรัม แพทย์มีแผนการรักษาให้ วิตามินเค (Vitamin K) ๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ๐.๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ๐.๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ทารกรู้ตัวดี รับนมได้ทุก ๓ ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๖ ครั้งต่อนาที หายใจเร็ว ๓๐ ครั้งต่อนาที O₂ saturation = ๙๔-๙๖% ทารกไม่มีภาวะ Hypothermia อุณหภูมิร่างกาย = ๓๗ องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะ Hypoglycemia

เวลา ๑๑.๑๐ น. ครบ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด ย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยรู้ตัวดี อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๘/๖๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๓ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อาการปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

เวลา ๑๒.๒๐ - ๒๔.๐๐ น. ในเวรมารดาหลังคลอด อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มีไข้ นอนหลับได้ แพทย์มีคำสั่งให้เจาะ DTX ๖.๐๐ น. ถ้าระดับน้ำตาลปกติ อยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๒๐ mg% แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ นัดตรวจซ้ำ ๓ เดือน ที่คลินิก ส่งเสริมสุขภาพ พร้อมเจาะ FBS, HbA๑c สรุปในเวรหลังคลอดที่ ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย และมดลูกหดรัดตัวดี ปัสสาวะได้ น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มีไข้

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๕

เวลา ๐๘.๔๕ - ๒๔.๐๐ น. ในเวรมารดาหลังคลอด อ่อนเพลียเล็กน้อย นานยังไม่ไหล ปวดมดลูก Pain score = ๖ น้ำคาวปลาปกติ สีแดงเข้ม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๘/๖๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๓ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อาการปกติ ไม่ตกเลือดหลังคลอด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด นอนหลับได้

วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕

เวลา ๑๑.๐๐ น. จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต มารดาหลังคลอดอาการปกติ นานยังไม่ออก บุตรรับการรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่นๆ

ชนิดของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	วันที่ตรวจ ๒ มี.ค. ๒๕๖๕
Complete blood count		
WBC	๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ microlitre	๑๓,๔๐๐ microlitre
Hct	๓๘ - ๔๓ %	๓๗.๓ %
Hb	๑๒ - ๑๖ %	๑๒.๘ %
Neutrophil	๖๐ - ๘๐ %	๖๙.๒ %
Lymphocyte	๒๐ - ๔๐ %	๒๔.๓ %
Monocyte	๒ - ๔%	๕.๘ %
Eosinophils	๑ - ๓%	๐.๖ %
Platelet count	๑๕๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ microlitre	๓๗๐,๐๐๐ microlitre

การแปลผล

ผู้ป่วยในรายนี้พบว่าผลเลือด WBC เกิดการติดเชื้อ จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ตรวจ	สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
๒ มี.ค. ๒๕๖๕	Swab Covid-๑๙ PCR	Not Detected	ไม่พบการติดเชื้อ
	Swab Covid ๑๙ Rapid test	Negative	ไม่พบการติดเชื้อ
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๔.๐๐ น.	DTX = ๑๒๙ mg%	๗ - ๑๑๐ mg%	เกิดภาวะน้ำตาล ในกระแสเลือดสูงเล็กน้อย
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๖.๐๐ น.	DTX = ๒๓๑ mg%	๗ - ๑๑๐ mg%	เกิดภาวะน้ำตาล ในกระแสเลือดสูง

การรักษา

Date/Hour	HPCT Note	Order for one day	Order for continuation	Date off /Nurse's Signature
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๓.๔๕ น.		Admit LR - Swab Covid-๑๙ PCR, Rapid test - CBC - Dexamethasone ๑๒ mg IM ทุก ๒๔ ชั่วโมง X ๒ dose - ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV drip - Bricanyl ½ amp sc stat - Bricanyl ๔ amp + ๕%D/W ๑๐๐ cc IV drip - Ampicillin ๒ g IV stat then ทุก ๔ ชั่วโมง - Observe UC, FHS		
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๗.๓๐ น.		- เปลี่ยน IV เป็น Acetar ๑,๐๐๐ cc IV drip ๔๐ ml/L - Off Bricanyl IV drip at ๘.๓๐ น.		
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๘.๑๕ น.		- RI ๑๐ unit + ๐.๙% NSS ๑๐๐ cc (RI ๑:๑) - เปลี่ยน IV เดิมเป็น ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV drip KVO - DTX at ๙.๐๐ น.		
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๑๐.๐๐ น.		- Add synto ใน IV ๒๐ unit IV หหมด Off		

Date/Hour	HPCT Note	Order for one day	Order for continuation	Date off /Nurse's Signature
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๑๑.๓๐ น.			- Paracetamol (๕๐๐ mg) ๒ tab oral ทุก ๖ ชั่วโมง - Augmentin ๑ g ๑ tab oral bid pc - Motilium ๑ tab oral tid ac - Voltaren ๑ tab oral tid pc - Nataral ๑ tab oral od pc - MOM ๓๐ cc. oral hs	
๒ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๑๒.๒๐ น.		- พรุ้งนี้เจาะ DTX ๖.๐๐ น. Keep ๘๐ - ๑๒๐ mg% If D/C F/U ๓ เดือนที่คลินิก ส่งเสริมสุขภาพ พร้อมเจาะ FBS, HbA๑c		
๔ มี.ค. ๒๕๖๕		- Discharge ยาเดิม Home Medication - Paracetamol (๕๐๐ mg) ๒ tab oral ทุก ๖ ชั่วโมง # ๒๐ เม็ด - Augmentin ๑ g ๑ tab oral bid pc # ๑๐ เม็ด - Motilium ๑ tab oral ๑ tab tid ac # ๓๐ เม็ด - Voltaren ๑ tab oral tid pc # ๒๐ เม็ด - Nataral ๑ tab oral od pc # ๑๐ เม็ด - MOM ๓๐ cc oral hs # ๑ ขวด		

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

๑. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนคลอด
๒. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด
๓. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังคลอด

๑. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนคลอด

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ข้อวินิจฉัยที่ ๒ อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
- ข้อวินิจฉัยที่ ๓ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อ เนื่องจากมีการรั่วของถุงน้ำคร่ำ
- ข้อวินิจฉัยที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อย เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บ
- ข้อวินิจฉัยที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะค้ำชันของทารกในครรภ์ (Fetal distress) เนื่องจากมารดาเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
- ข้อวินิจฉัยที่ ๖ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความอันตรายต่อทารกในครรภ์

๒. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังคลอด

- ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดามีโอกาสเกิดการตกเลือดคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี
- ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดาเกิดภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกหลังคลอด
- ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มารดาไม่ทราบการปฏิบัติตน เมื่อมีภาวะเบาหวานหลังคลอด
- ข้อวินิจฉัยที่ ๔ มารดาพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง
- ข้อวินิจฉัยที่ ๕ มารดาพร่องความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้อง
- ข้อวินิจฉัยที่ ๖ บุตรเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์
- ข้อวินิจฉัยที่ ๗ บุตรเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการดูดกลืนและระบบทางเดินอาหารยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์

การพยาบาล

๑. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ครรภ์ที่ ๑ อายุครรภ์ ๓๓⁺๑ สัปดาห์

○ : ตรวจพบ Urine sugar = Trace, ผล OGTT ได้ ๑๑๐ mg/dl, ๑๘๓, ๑๖๐, และ ๑๒๕ mg/dl ตามลำดับ ขณะฝากครรภ์

○ : เจาะ DTX อยู่ในช่วง ๑๒๙ - ๒๓๑ mg% วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ วันที่นอนโรงพยาบาล แพทย์ให้ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc (RI ๑:๑) IV drip ใน ๑ unit/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์

○ : บิดาและยายมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน

○ : แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A_๑

เป้าหมายการพยาบาล

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ตามแผนการรักษาของแพทย์

๒. ให้ความรู้ติดตามอาการและอาการแสดงของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ซึม เพ้อ

๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc (RI ๑:๑) IV drip ใน ๑ unit/hr

๔. ปรึกษาโภชนาการ เรื่องการแนะนำอาหารตามตารางอาหารในแต่ละวัน โดยได้รับแคลอรีวันละ ๓๐ - ๓๕ กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม โดยให้ได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ ๔๐ - ๕๐ โปรตีนร้อยละ ๒๐ - ๒๕ และไขมันร้อยละ ๒๐ - ๓๐ โดย จะต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเข้มงวด เพื่อไม่ให้เกิดคีโตนคั่งในเลือด

๕. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

๕.๑ ให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรีอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปริมาณแคลอรี ที่ต้องการในแต่ละวันในผู้ป่วย GDM A_๑ รายนี้ควรได้รับ ๓๐ kcal/kg. และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอด การตั้งครรภ์ ๑๑ - ๑๖ Kg

๕.๒ แนะนำให้งดอาหารที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง นมข้นหวาน ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน องุ่น มะม่วงสุก เป็นต้น

๕.๓ แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้นและอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพักลุกอม โดยมีหลักการออกกำลังกายดังนี้

๕.๓.๑ เริ่มออกกำลังกายในระยะเวลานั้น แต่สม่ำเสมอแบ่งทำวันละ ๓ - ๔ ครั้ง ครั้งละ ๕ - ๑๐ นาที

๕.๓.๒ ควรทำทุกขั้นตอนของการบริหาร จากการออกกำลังกายทำที่ง่ายไปทำที่ยาก เพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญของเซลล์ระดับกล้ามเนื้อ ตามระยะของการออกกำลังกายที่เหมาะสม

๕.๓.๓ ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมาก หรือน้อยผิดปกติ

๕.๓.๔ ควรตรวจชีพจรหลังออกกำลังกาย โดยชีพจรหลังการออกกำลังกายไม่ควรเกิน ๑๒๐ ครั้งต่อนาที

๕.๔ ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ นัดตรวจทุก ๔ สัปดาห์ อายุครรภ์ ๒๙ - ๓๑ สัปดาห์ นัดตรวจทุก ๒ สัปดาห์ และอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ ขึ้นไปนัดไปตรวจทุกสัปดาห์

๕.๕ แนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

๕.๖ แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ เพราะขณะตั้งครรภ์ ผิวหนังแห้งเกิดแผลได้ง่าย มีตกขาวมากและปัสสาวะบ่อย จะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

๕.๗ แนะนำให้นับการดิ้นของทารกในครรภ์ โดยนับการดิ้นของทารกในครรภ์ โดยหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ให้นั่งพักและนับการดิ้นของทารกนาน ๑ ชั่วโมง ถ้าได้ ๓ ครั้งขึ้นไป ถือว่าปกติ แต่ถ้าน้อยกว่า ๓ ครั้งให้นับต่อไปอีก ๑ ชั่วโมง ควรดิ้นไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง ถ้าน้อยกว่า ๔ ครั้ง หรือนับจนครบหลังอาหาร ๓ มื้อ รวมกันแล้วน้อยกว่า ๑๐ ครั้ง แสดงว่าทารก อาจมีภาวะผิดปกติ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ อาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ครรภ์ที่ ๑ อายุครรภ์ ๓๓^๓ สัปดาห์

○ : แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A_๒

เป้าหมายการพยาบาล

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ตามแผนการรักษาของแพทย์
๒. ฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงของการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น เป็นลม
๓. ดูแลให้กลูโคสเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX ต่ำกว่า ๖๐ mg% ให้ทานน้ำหวานหรืออมลูกอม และเจาะ DTX ซ้ำ
๔. ดูแลแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้
 - ๔.๑ ให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรีอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปริมาณแคลอรี ที่ต้องการในแต่ละวันในผู้ป่วย GDM A_๑ รายนี้ควรได้รับ ๓๐ kcal/kg. และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอด การตั้งครรภ์ ๑๑ - ๑๖ Kg
 - ๔.๒ แนะนำให้งดอาหารที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - ๔.๓ ดูแลแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้นและอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพักลูกอม โดยมีหลักการออกกำลังกายดังนี้
 - ๔.๔ ดูแลแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อการตรวจประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ นัดตรวจทุก ๔ สัปดาห์ อายุครรภ์ ๒๙ - ๓๑ สัปดาห์ นัดตรวจทุก ๒ สัปดาห์ และอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ ขึ้นไปนัดไปตรวจทุกสัปดาห์
 - ๔.๕ ดูแลแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้การควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีพอ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

การประเมินผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อ เนื่องจากมีการรั่วของถุงน้ำคร่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

I : หญิงตั้งครรภ์บอกว่ามีน้ำใส ๆ ไหลออกจากช่องคลอดประมาณ ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

O : ๑. ผ้าอนามัยชุ่ม

๒. ตรวจภายในมีน้ำใส ๆ ไหลออกทางช่องคลอด (ไหลตามมือ)

๓. ลักษณะน้ำคร่ำ Clear ไม่มีกลิ่นเหม็น

๔. ผลการตรวจ Nitrazine Paper Test = Positive

๕. ผลการตรวจ CBC : WBC ๑๓,๔๐๐ microlitre วันที่ตรวจ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมิน

๑. ไม่มีไข้

๒. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง ๑๖ - ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๓. น้ำคร่ำไม่มี กลิ่นเหม็น

๔. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ในระยะแรกรับป้องกันการติดเชื้อโดยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ เปลี่ยนเสื้อผ้าที่โรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้โกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สะอาด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และใส่ผ้าอนามัยที่สะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สังเกต สีและกลิ่นน้ำคร่ำว่ามีการอักเสบติดเชื้อหรือไม่

๒. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัย เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล

๓. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนบนเตียง พร้อมทั้งให้สังเกตลักษณะของน้ำคร่ำ โดยใส่ผ้าอนามัยสังเกต ปริมาณ สี กลิ่น และเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก ๓ - ๔ ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๔. ประเมินสภาพของทารกในครรภ์ โดยติด Electronic Fetal Monitoring (EFM) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และให้สังเกตการดิ้นของทารก หากทารกดิ้นน้อยลงให้แจ้งพยาบาลทันที

๕. บันทึกสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

๖. ดูแลให้ยา Ampicillin ๒ g IV stat then ๑ g IV ทุก ๔ ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

๗. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อก่อนและหลังการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ

๘. ประเมินความก้าวหน้าในการคลอดโดยการตรวจภายในตามความเหมาะสมและจำเป็น

๙. รายงานแพทย์เมื่อมีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ น้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็น อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ เป็นต้น

การประเมินผล

มารดาได้รับฟัง นอนพักผ่อนบนเตียง เดินน้อยลงจะเดินเมื่อเข้าห้องน้ำ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๔ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๓๖/๘๘ มิลลิเมตรปรอท เปลี่ยนผ้าอนามัย ๑ ผืน น้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็น อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๓๓ - ๑๔๒ ครั้งต่อนาที ทารกดิ้นดี

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดือย้อย เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
ข้อมูลสนับสนุน

I : มารดาบอกเจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๒.๐๐ น.

O : ๑. มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ ๓๓^๓ สัปดาห์

๒. ตรวจพบน้ำเดินในช่องคลอด ผลการตรวจ Nitrazine Paper Test = Positive

๓. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบาง ๑๐๐% การลงของส่วนนำ -๑

ถุงน้ำคร่ำแตก

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะสายสะดือย้อย

เกณฑ์การประเมิน

๑. ตรวจไม่พบสายสะดือย้อย

๒. อัตราการเต้นของหัวใจทารก อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนพักบนเตียงท่านอนตะแคงซ้ายยกกันสูง เพื่อป้องกันการพลัดต่ำของสายสะดือ

๒. ฟังและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น

๓. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

๔. รายงานแพทย์เมื่อพบภาวะผิดปกติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติการประเมินผล แกรับผลการตรวจภายในไม่พบสายสะดือพลัดต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจ ทารกทำขาวอยู่ในช่วง ๑๓๖ - ๑๕๘ ครั้งต่อนาที ชัดเจนสม่ำเสมอ

การประเมินผล

ตรวจไม่พบสายสะดือย้อย อัตราการเต้นของหัวใจทารก อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์ (Fetal distress) เนื่องจากมารดาเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

I : มีน้ำใส ๆ ไหลออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ๑ ผืนตอน ๐๒.๐๐ น. (๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล)

O : On Electronic Fetal Monitoring (EFM) พบภาวะ Variable deceleration with moderate variability

O : แกรับ เวลา ๐๒.๐๐ น. FHS อยู่ในช่วง ๑๔๒ - ๑๔๖ ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอสูงเป็นช่วง

O : การหดตัวของมดลูกปกติ Interval อยู่ในช่วง ๓ - ๔ นาที Duration อยู่ในช่วง ๓๐ - ๔๐ วินาที

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมิน

๑. FHS อยู่ในเกณฑ์ปกติ (๑๑๐ - ๑๓๐ ครั้งต่อนาที)
๒. ทารกไม่เกิดภาวะ Birth asphyxia, Apgar score นาทีที่ ๑ และ ๕ มากกว่า ๗ คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. จัดทำให้มารดานอนตะแคงซ้าย ศีรษะสูงเล็กน้อย อย่างน้อย ๑๕ องศา เพื่อช่วยลดการกดของมดลูกต่อเส้นเลือดดำใหญ่ที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (Inferior vena cava) ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูก รกและทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น
๒. ดูแลให้ O₂ mask with bag ๑๐ LPM แก่มารดา เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนมากขึ้น
๓. ดูแลให้ Acetar ๑,๐๐๐ cc vein drip ๑๐๐ cc/hr เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ไปยังรกได้ดีขึ้น
๔. ดูแลให้ Dexamethasone ๑๒ mg IM ทุก ๒๔ ชั่วโมง X ๒ dose ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งลงบันทึกและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
๕. On Electronic Fetal Monitoring (EFM) ตลอดเวลา เพื่อประเมินภาวะของทารกในครรภ์ซ้ำหลังทำ IUR ถ้าไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์ เพื่อทำการผ่าตัดคลอด
๖. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอด มดลูกหดตัวแข็ง ปวดท้อง กดเจ็บบริเวณหน้าท้องและทารกดิ้นน้อยลง มี Fetal brady cardia
๗. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ทำจิตใจให้สบาย เพื่อลดความตึงเครียด
๘. เตรียมอุปกรณ์และทีมในการกู้ชีพทารกให้พร้อม แจ้งกุมารแพทย์รับทราบ หากมีการคลอดฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถทำการช่วยเหลือทารกแรกเกิดได้ทันท่วงทีลดการเกิด Birth asphyxia และการตายปริกำเนิด

การประเมินผล

ทารกดิ้นดี หลังทำ IUR FHR อยู่ในเกณฑ์ปกติ ๑๑๐ - ๑๖๐ ครั้งต่อนาที แรกเกิดทารก Active ดี Apgar score ๙ - ๑๐ - ๑๐ ที่นาทีที่ ๑ นาทีที่ ๕ และนาทีที่ ๑๐ ตามลำดับ หลังคลอดประมาณ ๔๔ นาที ทารกมีหายใจเร็ว ๖๐ ครั้งต่อนาที O₂saturation ๙๖% room air ซีพจร ๑๒๔ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ให้ On O₂ flow ๑๐ LPM และส่งหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต Transport Incubator

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความอันตรายต่อทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

- : หญิงตั้งครรภ์ อายุ ๒๗ ปี ๑๐ เดือน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ๘๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๓๑.๙๙
- : ครรภ์ที่ ๑ อายุครรภ์ ๓๓^๓ สัปดาห์
- : แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A_๒ มารดาได้รับแจ้งว่ามีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโต
- : มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้ามืด คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก
- ! : ผู้ป่วยมักจะกล่าวว่า “กลัวคลอดลำบาก”

เป้าหมายการพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล รับรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตัว และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด

เกณฑ์การประเมิน

มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการคลอดมารดา และญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว เมื่ออยู่ในระยะคลอด และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก

กิจกรรมการพยาบาล

๑. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจรวมทั้งความเสี่ยงจากการคลอดครั้งนี้ เนื่องจากผู้คลอดเจ็บครรภ์ ปากมดลูกเปิดใกล้คลอด จึงเปลี่ยนการคลอดเป็นทางช่องคลอด

๒. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้ทราบ เพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้

๓. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว

๔. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวล เพื่อลดความวิตกกังวล

๕. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจและตั้งใจฟัง เพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล

๖. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการและให้กำลังใจ รวมทั้งอธิบายความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บของทารกระหว่างคลอด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

การประเมินผล

มารดาคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ รวมทั้งญาติเข้าใจการปฏิบัติตัว เมื่ออยู่ในระยะคลอดและความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก

๒. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

○ : มดลูกหดตัวไม่ดี

○ : สัญญาณชีพหลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง ๑๐๓ - ๑๑๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๒๐/๗๐ - ๑๔๐/๙๕ มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายการพยาบาล

มารดาไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน

๑. มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง

๒. ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ชีพจร เบาเร็ว
๓. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจรอยู่ในช่วง ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง ๑๖ - ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท
๔. แผลฝีเย็บไม่มี Active Bleed.
๕. ปริมาณน้ำคาวปลาออกน้อยกว่า ๑๐๐ cc

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
๒. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
๓. ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ Oxytocin ๒๐ unit + ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV drip ๑๒๐ cc/hr เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวได้ดี ป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด
๔. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากแผลฝีเย็บ และให้ใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตปริมาณเลือด และลักษณะ น้ำคาวปลาที่ออกทางช่อง เพื่อคัดค้านการสูญเสียเลือดเพิ่มหลังคลอด
๕. สอนปัสสาวะหลังคลอด เพื่อไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูก

การประเมินผล

มารดาหลังคลอด ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด สัญญาณชีพปกติ ชีพจรอยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที ความดันอยู่ในช่วง ๑๑๔/๖๙ - ๑๒๗/๘๓ มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิอยู่ในช่วง ๓๖.๖ - ๓๗.๑ องศาเซลเซียส หลังคลอดวันที่ ๑ น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม หลังคลอดวันที่ ๒ - ๓ น้ำคาวปลามีสีแดงจาง เปลี่ยน ผ้าอนามัยวันละ ๒ - ๓ ผืน มดลูกหดตัวดี

๓. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ มารดามีโอกาสเกิดการตกเลือดคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

S : ๒ ชั่วโมงหลังคลอด มารดาพยาบาลพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด ปริมาณเลือดออกหลังคลอด ๒๕๐ มิลลิลิตร สอนปัสสาวะหลังคลอด น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม ไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัย ๑ ผืน

เป้าหมายการพยาบาล

มารดาไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง ระดับมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ
๒. ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด
๓. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐ - ๒๔ ครั้งต่อนาที ชีพจร ๖๐ - ๑๐๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท แผลฝีเย็บไม่บวม ปวดแดง ร้อน
๔. น้ำคาวปลาสีแดงจางลง ปริมาณลดลง

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง หลังจากนั้นทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อ

ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

๒. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและแผลฝีเย็บ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง
๓. ประเมินการหดตัวของมดลูก ดูแลให้มารดาได้รับสารน้ำ ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV + Synto ใน IV ๒๐ unit IV หมด Off ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
๔. แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น น้ำคาวปลาออกมาก อ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง หน้ามืด ใจสั่น ให้รีบรายงานพยาบาลเวรทันที
๕. ติดตามอาการผิดปกติของมารดา เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ถ้ามีให้การพยาบาลและรายงานแพทย์เวรรับทราบ เพื่อให้การรักษาต่อ

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มารดาหลังคลอด มดลูกหดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัยครั้งพื้น สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ มารดาเกิดภาวะไม่สุขสบาย เนื่องจากปวดมดลูกหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

O : มารดาหลังคลอด ปั่นปวดมดลูก ระดับความปวด (Pain score) = ๖ คะแนน มีสีหน้าบึ้งตัว ขมวด ไม่ยอมขยับร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มารดาบอกปวดมดลูกลดลง ประเมินระดับความปวด น้อยกว่า ๓ คะแนน สีหน้าสดชื่นมากขึ้น
๒. มารดาเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพทั่วไปและสอบถามอาการของมารดาว่ามีอาการปวดอย่างไร ระดับใด เพื่อวางแผนในการพยาบาลที่เหมาะสม
๒. อธิบายกลไกการปวดแผลฝีเย็บหลังคลอด เพื่อให้มารดาเข้าใจและลดความวิตกกังวล
๓. สอนเทคนิคการหายใจ เป็นจังหวะเข้า - ออก ช้าๆ ลึกๆ เพื่อให้มารดาผ่อนคลายและบรรเทาปวด ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ผนังหน้าท้องหย่อนบรรเทาอาการเจ็บปวด
๔. ดูแลให้ยา PCM (๕๐๐ mg) ๒ เม็ด เวลาปวด ติดตามและประเมินอาการปวด

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มารดาฟังคำแนะนำ เข้าใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ สีหน้าสดชื่นมากขึ้น หลังให้ยาแก้ปวด PCM (๕๐๐ mg) ๒ เม็ด นอนพักได้ ตื่นมาหน้าตาสดชื่น มารดาแจ้งว่าปวดมดลูกลดลง ประเมินระดับความปวด (Pain score) ได้ ๓ คะแนน สามารถลุกช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มารดาไม่ทราบการปฏิบัติตน เมื่อมีภาวะเบาหวานหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาหลังคลอดซักถาม เจ้าหน้าที่ถึงวิธีการปฏิบัติตนหลังคลอด เมื่อมีภาวะเบาหวานร่วมด้วย

- : ๑. เจ้าหน้าที่ซักถามผู้คลอดถึงวิธีปฏิบัติตนหลังคลอดยังตอบได้ไม่ครบถ้วน
๒. ครรภ์แรกและมีภาวะเบาหวาน

เป้าหมายการพยาบาล

มีความรู้ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในภาวะเบาหวาน

เกณฑ์การประเมินผล

๑. บอกถึงอาหารที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย
๒. มีท่าที่เข้าใจคำแนะนำและทบทวนคำแนะนำได้ถูกต้อง
๓. สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวานได้
๔. เข้าใจโรคเบาหวานและเรื่องอาหารที่รับประทานได้
๕. อธิบายความสำคัญของการมาตรวจ

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานดังนี้
 - ๑.๑ การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน
 - ๑.๒ การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกาย อาหารที่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ งดอาหารที่มีหวานจัด เช่น น้ำหวาน เครื่องดื่มที่มีรสหวาน
 - ๑.๓ ดื่มน้ำให้เพียงพอ ให้งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มารดาไม่ควรทานยาเองเลย
 ๒. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
 ๓. การมาตรวจตามนัด เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในราย โดยการเจาะ DTX เมื่อมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

มารดาบอกถึงอาการของโรคเบาหวานได้ อาหารที่ควรรับประทานและหลีกเลี่ยงได้

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ มารดาพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาหลังคลอดซักถาม เจ้าหน้าที่ถึงวิธีการปฏิบัติตนหลังคลอด

- : ๑. เจ้าหน้าที่ซักถามผู้คลอดถึงวิธีปฏิบัติตนหลังคลอดยังตอบได้ไม่ครบถ้วน
๒. ครรภ์แรก

เป้าหมายการพยาบาล

มีความรู้ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. บอกถึงอาหารที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังคลอดบุตรได้อย่างถูกต้อง
๒. มีท่าที่เข้าใจคำแนะนำและทบทวนคำแนะนำได้ถูกต้อง
๓. สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ถูกต้อง
๔. เข้าใจวิธีการคุมกำเนิด และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม
๕. อธิบายความสำคัญของการมาตรวจหลังคลอดได้

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดดังนี้

๑.๔ การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน ควรพักผ่อนให้มากกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครุฑ การนอนพักผ่อน ควรนอนตอนกลางวัน ประมาณ ๑-๒ ครั้ง ถ้าเป็นไปได้ ควรนอนเวลาบุตรหลับ ไม่ควรขึ้นบันได สูงๆ ทำงานบ้านเบาๆ ได้ แล้วค่อยเพิ่มลำดับอย่างหักโหม ไม่ควรยกของหนักหรือทำงานที่ต้องออกแรง หลังจาก ๖ สัปดาห์ จึงทำงานได้ตามปกติ

๑.๒ การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกาย อาหารที่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ อาหารเหล่านี้นอกจาก จะช่วยให้สุขภาพของมารดาแข็งแรงสมบูรณ์ คุณภาพของน้ำนมดีแล้วยังจะช่วยในการขับถ่าย อาหารที่ควรงด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มารดาไม่ควรทานยาต่อเอง

๒. การทำความสะอาดของร่างกาย การรักษาความสะอาดของร่างกายเสมอ อาบน้ำวันละ ๒ ครั้ง ไม่ควร แขน้ำในอ่าง หรือแช่น้ำลำคอต อาจทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ช่องคลอดได้ สามารถสระผมได้ตามปกติ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาด และล้างทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระปัสสาวะเช็ดให้แห้ง ถ้ายังมีน้ำคาวปลาอยู่หมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ในช่วง ๒๔ ชั่วโมงแรก ให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก ๔ ชั่วโมง หรือเปลี่ยนก่อนเมื่อเปียกชุ่ม

๓. การบริหารร่างกายควรบริหารร่างกาย เช่น กระดกปลายเท้า เกร็งหน้าท้องเบาๆ ยืดขาตรงยกปลายเท้าเหนือพื้นประมาณ ๑ คืบ นาน ๑ - ๒ นาที เท้าที่จะทำไหว ไม่หักโหม

๔. การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอด โดยปรึกษามีเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ การคุมกำเนิดมีหลายวิธีให้เลือก เช่น ยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย ตามความเหมาะสม ของคู่สามีภรรยา ควรเว้นระยะการมีบุตร ๑ - ๒ ปี

๕. การตรวจหลังคลอดที่สถานบริการใกล้บ้าน เมื่อครบ ๖ สัปดาห์หลังคลอด

๖. การมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีได้หลัง ๖ สัปดาห์หลังคลอดขึ้นไป เพื่อรอให้แผลที่เกิดจากการคลอดหายดี

การประเมินผล

มารดาบอกถึงอาการของมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง สามารถบริหารร่างกายของมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง เข้าใจคำแนะนำ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้ถูกต้อง เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด อธิบายถึงความสำคัญถึงการตรวจหลังคลอดได้

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ มารดาพร่องความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาหลังคลอดซักถาม เจ้าหน้าที่ถึงการเลี้ยงดูบุตรรู้สึกไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร

O : ๑. ซักถามมารดาถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตรยังตอบไม่ได้ครบถ้วน

๒. มารดาครรภ์แรก GDM A_๑ ๓๓⁺๑ สัปดาห์

เป้าหมายการพยาบาล

๑. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตร และสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง

๒. มีความรู้ในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตร

๒. สามารถอุ้มบุตรและให้นมบุตรในท่าที่ถูกต้องและบุตรดูดนมได้เพียงพอไม่ร้องกวน

๓. สามารถสาธิตย้อนกลับในเรื่อง การขีดตา การสระผม การเช็ดตัว การทำความสะอาดสะดือ การทำความสะอาดร่างกายบุตรหลังการขับถ่าย

๔. โส่ลมหลังให้นมบุตรได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. แจ้งให้ทราบถึงเวลาเกิด เพศ น้ำหนักแรกเกิดของบุตรและเปิดโอกาสให้ซักถามสภาพทั่วไป
๒. เริ่มให้นมมารดา เมื่อบุตรพร้อม ขณะไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย โดยดูแลช่วยเหลือ แนะนำวิธีการอุ้มบุตรท่าในการให้นมบุตร และการโส่ลมให้เรอหลังให้นมมารดาถูกต้องเมื่อมารดาแข็งแรง
๓. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาขณะให้นมบุตร ให้กำลังใจและส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างน้อย

๖ เดือน

๔. แนะนำและชี้ให้เห็นประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อมารดาและญาติ

๕. อธิบายและสาธิตในเรื่อง

๑.๑ การขีดตา การสระผม การเช็ดตัว การทำความสะอาดสะดือ

๑.๒ การทำความสะอาดร่างกายของบุตรหลังการขับถ่าย

๑.๓ การโส่ลมหลังให้นมบุตร

แนะนำการดูแลบุตรทั่วไปเกี่ยวกับ

๑.๔ การเลือกของใช้

๑.๕ การขับถ่าย

๑.๖ การนอนหลับ

๑.๗ การดูแลผิวหนัง

๑.๘ การให้ทารกได้รับอากาศบริสุทธิ์

๑.๙ การได้รับภูมิคุ้มกัน ในช่วงอายุต่างๆ และการดูแลหลังฉีดวัคซีน

๑.๑๐ การมาตรวจตามนัด

๑.๑๑ การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลเบื้องต้นก่อนมาพบแพทย์

การประเมินผล

มารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุตร พุดกับบุตรด้วยเสียงนุ่มนวล สีน้ายิ้มแย้มแจ่มใส สนใจเอาใจใส่ ในขณะเลี้ยงดูบุตร สามารถอุ้มบุตรและให้นมบุตรได้อย่างถูกต้อง มารดาสามารถขีดตา สระผม เช็ดตัวทำความสะอาด สะดือ ทำความสะอาดหลังทารกขับถ่ายได้อย่างถูกต้อง โส่ลมหลังให้นมได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ บุตรเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

○: บุตรคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๓^๓ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด ๑,๗๕๐ กรัม

○: อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๒ - ๓๖.๙ องศาเซลเซียส

○: ประวัติมารดามีน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมาคลอด

○: หลังบุตรคลอด ย้ายไปรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๘ – ๓๗.๒ องศาเซลเซียส
๒. ไม่ซึม ทารกรับนมได้ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน หรือกระสับกระส่าย
๓. ไม่มีอาการแสดงบ่งบอกถึงการติดเชื้อ

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและแสดงของการติดเชื้อ เช่น อุณหภูมิร่างกายสูง ร้องกวน บุตรอาจมีอาการท้องอืด
๒. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนและหลังการสัมผัส หรือให้

การพยาบาลบุตร

๓. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวทุกวันและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้ง เมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง
๔. จำกัดการเข้าเยี่ยมเฉพาะบิดา มารดา และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกวัน
๕. ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการดูดเสมหะ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก ๑-๒ ชั่วโมง เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น
๖. ทำความสะอาดข้อต่อต่างๆ หากมีการปลดข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจ โดยการเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% ทุกครั้ง
๗. สังเกต ติดตาม บันทึกอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ สังเกตอาการหรือการเคลื่อนไหวของทารก ทารกอาจมีอาการซึม สิ้น ชัก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อประเมินอาการติดเชื้อ
๘. แยกของใช้เฉพาะรายบุคคลไม่ใช้ปนกัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

การประเมินผล

บุตรตอบสนองการกระตุ้นได้ดี ไม่มีอาการแสดงบ่งบอกถึงการติดเชื้อ ไม่ซึม ทารกรับนมได้ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน หรือกระสับกระส่าย อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง ๓๖.๘ – ๓๗.๒ องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยที่ ๗ บุตรเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากการดูดกลืนและระบบทางเดินอาหารยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

- : บุตรคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๓^๓ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด ๑,๓๕๐ กรัม
- : หลังคลอด O_๒ saturation = ๘๙% ย้ายไปรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต
- : บุตรมีภาวะหายใจลำบาก งดน้ำงดอาหาร ๒ วัน

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้บุตรได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

๑. น้ำหนักบุตรไม่ลดลง หรือลดลงไม่เกินวันละ ๒๐ กรัม
๒. ริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวยุบ รับนมได้ดีไม่อาเจียน ท้องไม่อืด

กิจกรรมทางการพยาบาล

๑. สังเกตอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ตึงตัวไม่ดี เหี่ยวยุบ กระหม่อมบวม
๒. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ คือ ๑๐% D/NSS ๕๐๐ cc. IV ๔.๖ cc/hr

ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้เครื่องควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำ และจัดทำให้เหมาะสมขณะให้สารน้ำ ระวังไม่ให้สายหักพังงอ

๓. ลดการใช้พลังงานของทารก โดยให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและรวดเร็ว
๔. สังเกตการตอบสนอง การดูด การกลืนและเสียงลำไส้เคลื่อนไหว (bowel sound) เพื่อประเมินความพร้อมของทารกในการรับนม
๕. ก่อนให้นมทางสายยาง ทุก ๓ ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดให้อนุศิระสูงเพื่อป้องกันการสำลักนม
๖. บันทึกการให้นมและปริมาณนมที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารทุกมื้อนม
๗. สังเกตภาวะขาดน้ำ โดยดูความตึงตัวของผิวหนัง ดูแลขังน้ำหนกทุกวัน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

การประเมินผล

ผิวหนังบู่ตรมีความตึงตัวดี รับนมได้ไม่สำรอก ท้องไม่อืด ขบถ่ายปกติ น้ำหนักตัวลดลงในช่วง ๑-๓ วันแรก วันละ ๑๐-๑๕ กรัม

บทที่ ๔

สรุป วิจาร์ณและข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพสมรส สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ ตั้งครรภ์ที่ ๑ อายุ ๒๗ ปี ๑๐ เดือน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ๘๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๓๑.๙๙ อายุครรภ์ ๓๓⁺_๐ สัปดาห์ บิดาเป็นโรคเบาหวาน มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มารดามาโรงพยาบาล วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๓.๔๕ น. มาด้วยอาการเจ็บครรภ์และน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น GDM A_๒ และมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ให้การรักษา แรกที่ห้องคลอดประเมินระดับยอดมดลูก ๓/๔ เห็นระดับสะดือ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ทารกท่าขวา อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่าเสมอชัดเจนดี ทารกตื่นดี ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ประเมินปากมดลูกเปิดขยาย ๒ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบน้ำเดินด้วย Nitrazine Paper Test ได้ผล Positive, Urine Protein = Negative, Urine sugar = Trace ประเมินการหดตัวของมดลูก Interval ๓ นาที Duration ๓๐ วินาที ประเมินความเหมาะสมของปากมดลูกต่อการคลอด (Bishop score) ได้ ๙ คะแนน รายงานแพทย์มีแผนการรักษาให้ ตรวจหาเชื้อการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด ๑๙ (Swab Covid - ๑๙ PCR และ Rapid test) งดน้ำและอาหารทางปาก สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารก ให้ Dexamethasone ๑๒ mg IM ทุก ๒๔ ชั่วโมง X ๒ dose On ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV drip และ Bricanyl ½ amp sc stat และ Bricanyl ๔ amp + ๕%D/W ๑๐๐ cc IV drip ให้ยา Ampicillin ๒ g IV stat then ทุก ๔ ชั่วโมง เจาะ CBC และ Observe UC, Fetal Heart Sound รายงานผลเลือดและอาการ แพทย์เฝ้ารับทราบ เวลา ๗.๓๐ น. แพทย์ให้เจาะ DTX = ๒๓๑ mg% และเปลี่ยน IV เป็น Acetar ๑,๐๐๐ cc IV drip ๔๐ cc/L Off Bricanyl IV drip at ๘.๓๐ น. ให้ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc. (RI ๑:๑) เวลา ๘.๑๕ น. แพทย์เฝ้าให้เปลี่ยน IV เดิมเป็น ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV KVO และเจาะ DTX เวลา ๙.๐๐ น. = ๑๒๙ mg% มารดาเจ็บครรภ์คลอด PV cervix = fully dilate มารดาคลอด Normal labor c Episiotomy เพศชาย น้ำหนัก ๑,๗๕๐ กรัม Apgar score นาทีที่ ๑ ได้ ๙ คะแนน นาทีที่ ๕ ได้ ๑๐ คะแนน นาทีที่ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง ดูแลดูดสารคัดหลั่งในจมูกและปาก เพื่อให้ทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ร้องและให้ออกซิเจน ๑ นาที แขนขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแข็งแรงดี Blood loss = ๒๕๐ cc หลังคลอดให้ Add syntocinon ใน IV ๒๐ unit หด Off และสังเกตอาการหลังคลอด ๒ ชั่วโมง สวนปัสสาวะหลังคลอดให้ ปัสสาวะออกดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๕/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส หลังคลอดประมาณ ๔๔ นาที ทารกมีหายใจเร็ว ๖๐ ครั้งต่อนาที O_๒saturation ๘๓% room air ชีพจร ๑๒๔ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ให้ On O_๒ flow ๑๐ LPM และส่งหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต Transport Incubator เวลา ๙.๔๕ น. แรกที่ทารกได้รับการดูแลดูสารคัดหลั่งทางปากและจมูก ได้สีขาวขุ่นประมาณ ๓ มิลลิลิตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ วิตามินเค (Vitamin K) ๑

มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ๐.๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ๐.๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ทารกได้รับการดูแลรักษาที่หน่วย อภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต มารดาครบ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด ย้ายไปห่อผู้ป่วยหลังคลอด เวลา ๑๑.๑๐ น. มารดาารู้ตัวดี อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๘/๖๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๓ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และให้ยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๑๒.๒๐ น. วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ แพทย์เจาะ DTX ๖.๐๐ น. = ๑๐๘ mg% ถ้าผล DTX อยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๒๐ mg% แพทย์จำหน่ายนัด ๓ เดือน ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ พร้อมเจาะ FBS, HbA๑c วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๔๕ น. มารดาหลังคลอด อาการปกติ น้ำนมยังไม่ไหล ปวดมดลูกพอทนได้ น้ำคาวปลาปกติ สีแดงเข้ม สัญญาณชีพและอาการปกติ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด วันที่ ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๑.๐๐ น. จำหน่ายแพทย์อนุญาต มารดา หลังคลอดอาการปกติ ส่วนของบุตรได้รับการดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต เป็นจำนวน ๒๒ วัน

จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด คือ มีโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำ แรกก่อนเจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดินออกมา ๒ ชั่วโมง ในระยะรอคอยคลอด ระยะที่ ๑ ของการคลอด มีการให้ยา ยาลดการคลอด แต่พบว่าการคลอดดำเนินหน้าต่อ จึงทำให้มารดาคลอดปกติ และได้รับการรักษาระดับ น้ำตาลในเลือดปกติ ตามแผนการรักษาของแพทย์ มารดาและบุตรปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

วิจารณ์กรณีศึกษา

มารดาโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เป็นภาวะวิกฤตของมารดาขณะ ตั้งครรภ์ มารดาบางรายมาพบขณะฝากครรภ์มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ถ้ามารดาไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ไม่ได้รับการรักษา เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเป็นอาการนำมารักษาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีภาวะคุกคามต่อ ชีวิตเป็นผู้ป่วยระยะวิกฤต ถ้าได้รับการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องและรวดเร็วอาจเสียชีวิตได้

กรณีมารดาคนนี้ มาโรงพยาบาลด้วยมาด้วยอาการเจ็บครรภ์และน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล ตรวจพบว่าน้ำตาลในเลือดสูงมากร่วมกับมีน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด จึงให้การ รักษาพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ ในฐานะที่เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดติดตามมารดาตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องมี ความรู้และทักษะในกระบวนการพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหา วินิจฉัยและวางแผนการให้พยาบาล ติดตาม ประเมินสภาพผู้ป่วย และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ เพื่อการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วมี ประสิทธิภาพ มารดาคนนี้ได้รับการรักษาโดยยา เพื่อให้ชะลอการคลอดและเจาะเลือดประเมินภาวะ น้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อ เนื่องจากมีการ รั่วของถุงน้ำคร่ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดืออักเสบ เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บ เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะคับขันของทารกในครรภ์ (Fetal distress) เนื่องจากมารดาเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำคร่ำแตก ก่อนเจ็บครรภ์ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความอันตรายต่อทารกในครรภ์ หลังคลอดมารดามี โอกาสเกิดการตกเลือดคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มารดาเกิดภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูก หลังคลอด มารดาพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการดูแลบุตร มารดาไม่ทราบการปฏิบัติตน เมื่อมีภาวะเบาหวานหลังคลอด จากได้รับการรักษามารดาพ้นภาวะวิกฤต และคลอดปกติ สามารถกลับบ้าน ได้ หลังจำหน่ายมารดาจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวานและการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่อาจเกิด พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาแนะนำ

มารดาและญาติให้มีความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอ ไม่เพียงแต่การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่จะต้องมีการวางแผนพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมและมีการติดตามประเมินผลเพื่อการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปผล จากการศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลครั้งนี้ได้ว่า การส่งเสริมให้มารดาและญาติเข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลและพึ่งพาตัวเองได้ในระดับหนึ่ง น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับภาวะขาดแคลนบุคลากร การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม^(๑๓) มาประยุกต์ใช้นั้น จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่เป้าหมายในการดูแลมารดาและครอบครัวดีขึ้น บทบาทการสอนมารดา การชี้แนะ การสนับสนุนการให้กำลังใจ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาของมารดาแต่ละรายที่เด่นชัด โดยเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนหลังคลอด การดูแลบุตรที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไปหรือเผชิญภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้การรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

๑. การจัดทำคู่มือการดูแลมารดาที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และมีภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีแนวทางในการดูแลมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

๒. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของมารดาและทารกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลต้องมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพในการดูแลมารดาและทารกเมื่อกลับบ้าน ควรมีการเตรียมมารดาตั้งแต่แรกรับและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลมารดาและทารกพร้อมทั้งมีการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจหลังจากที่ได้รับคำแนะนำ เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากมารดาเป็นครรภ์แรก ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตร

๓. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลต่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในพยาบาลให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งควรมีการเผยแพร่องค์ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ให้แก่หน่วยงานอื่นและผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

๑. วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. Medical Complications in Elderly Gravida. Srinagarind Med J, (๒๕๕๐). ๒๒ ((suppl)), ๓๙ - ๔๒.
๒. รพีพรรณ นาคบุบผา, ไพลิน ถึงถิ่น, สมจิตร์ นุชนารถ. บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. ห้วหินเวชสาร, (๒๕๖๔). ๑(๑), ๑-๑๕.
๓. ศิริวิทย์ ทองสุก. Medical Nutrition Therapy in Pregnancy with Gestational Diabetes Mellitus โภชนบำบัดทางการแพทย์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจ พรินต์ (๒๕๖๕, วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕). [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก Retrieved from <https://w๑.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/๔๖๔๐๖/>
๔. Li, L.-J., Huang, L., Tobias, D. K., & Zhang, C. Gestational Diabetes Mellitus Among Asians – A Systematic Review From a Population Health Perspective. Frontiers in Endocrinology, ๑๓. (๒๐๒๒). [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๓๓๘๙/fendo.๒๐๒๒.๘๔๐๓๓๑
๕. Kang, S., Kim, M. H., Kim, M. Y., Hong, J. S., Kwak, S. H., Choi, S. H., . . . Jang, H. C. Progression to Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women with One Abnormal Value in Repeated Oral Glucose Tolerance Tests. Diabetes Metab J, (๒๐๑๙). ๔๓(๕), ๖๐๗-๖๑๔. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๔๐๙๓/dmj.๒๐๑๘.๐๑๕๙
๖. อัญชลี จิตราภิรมย์, จันทรัตน์ เจริญสันติ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. พยาบาลสาร (๒๕๕๗). ๔๑(๑), ๕๐ - ๖๑.
๗. ทศนีวรรณ กรุงแสนเมือง, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล (๒๕๖๔). ๒๗(๑), ๑๐๖ - ๑๒๑.
๘. Bhutia, P. C., Lertbunnaphong, T., Wongwananuruk, T., & Boriboonhirunsarn, D. Prevalence of Pregnancy with Placenta Previa in Siriraj Hospital. Siriraj Medical Journal, (๒๐๒๐). ๖๓(๖), ๑๙๑-๑๙๕.
๙. Evans, M. K., & O'Brien, B. Gestational diabetes: the meaning of an at-risk pregnancy. Qual Health Res, (๒๐๐๕). ๑๕(๑), ๖๖-๘๑. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๑๑๗๗/๑๐๔๙๗๓๒๓๐๔๒๗๐๘๒๕
๑๐. Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. Health literacy: what is it? J Health Commun, (๒๐๑๐). ๑๕ Suppl ๒, ๙-๑๙. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก
๑๑. doi:๑๐.๑๐๘๐/๑๐๘๑๐๗๓๐.๒๐๑๐.๔๙๙๙๘๕
๑๒. Kolu, P., Raitanen, J., Rissanen, P., & Luoto, R. Health care costs associated with gestational diabetes mellitus among high-risk women – results from a randomised

- trial. BMC Pregnancy and Childbirth, (๒๐๑๒). ๑๒(๑), ๗๑. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๑๑๘๖/๑๔๗๑-๒๓๙๓-๑๒-๗๑
- ๑๓.ธรรมพจน์ จีรากรภาสวัฒน์. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus). (๒๕๕๙, วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๕๙). [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก Retrieved from <https://w๑.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/๔๔๕๖/>
- ๑๔.ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : พี เอ ลีฟวิ่ง. (๒๕๖๐).
- ๑๕.Limruangrong P. Boriboonhirunsarn, D. Puangsricharern A & Pinitlertsakun O. Factors influencing the occurrence of gestational diabetes Mellitus in Pregnant Women with abnormal glucose challenge Test. Nursing Science Journal of Thailand, (๒๐๑๖). ๓๔(๒), ๕๘-๖๙.
- ๑๖.วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวลย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : บทบาทพยาบาลกับการดูแล ราชวดีสาร, (๒๕๖๒). ๙(๒), ๑๐๐ - ๑๑๓
- ๑๗.Lee, A. J., Hiscock, R. J., Wein, P., Walker, S. P., & Permezel, M. Gestational diabetes mellitus: clinical predictors and long-term risk of developing type ๒ diabetes: a retrospective cohort study using survival analysis. Diabetes Care (๒๐๐๗). ๓๐(๔), ๘๗๘-๘๘๓. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๒๓๓๗/dc๐๖-๑๘๑๖
- ๑๘.Buchanan T. A., & Xiang, A. H. Gestational diabetes mellitus. J Clin Invest, (๒๐๐๕). ๑๑๕(๓), ๔๘๕-๔๙๑. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๑๑๗๒/jci๒๔๕๓๑
- ๑๙.Setji, T L., Brown, A. J., & Feinglos, M. N. Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Diabetes (๒๐๐๕). ๒๓(๑) ๑๗-๒๔. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๒๓๓๗/diaclin.๒๓.๑.๑๗
- ๒๐.กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก, (๒๕๕๗). ๑๕(๒), ๕๐ - ๕๙
- ๒๑.American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-๒๐๒๐. Diabetes Care (๒๐๑๙). ๔๓ (Supplement_๑), S๑-S๒. [เข้าถึงเมื่อ] เข้าถึงได้จาก doi:๑๐.๒๓๓๗/dc๒๐-Sint
- ๒๒.ราตรี พลเยี่ยม, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์. (๒๕๕๙). ๒๒(๑), ๗๗ - ๙๒.
- ๒๓.ปราณี ทุไพบเราะ. คู่มือยา (HANDBOOK OF DRUGS). พิมพ์ครั้งที่ ๑๕ (ปรับปรุงครั้งที่ ๑๐) กรุงเทพฯ : เอ็น พี เพรส. (๒๕๖๔).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
การให้ยา

การให้ยา

๑. ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นสารน้ำที่ช่วยแก้ไขภาวะไม่สมดุลน้ำ อิเล็กโทรไลต์รักษาผู้ป่วยที่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เบาหวาน สูญเสียน้ำขาดน้ำ ได้รับยาอินซูลิน เป็นต้น ให้เพื่อทดแทนคลอรี

ฤทธิ์ของยา Dextrose เป็นน้ำตาลตามธรรมชาติที่อยู่ในอาหาร และถูกเผาผลาญเป็นคาร์โบไฮเดรต ต่อไปจะเผาผลาญเป็นคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ ให้พลังงานกับเซลล์

ผลข้างเคียง น้ำตาลในเลือดสูง หากให้ในอัตรามากกว่า ๐.๕ กรัม/กิโลกรัม/ชั่วโมง อาจเกิด Hypokale-mia, Hypophosphatemia, Hypomagnesemia

การเฝ้าระวัง ชั่งน้ำหนัก ตวงน้ำตวงปัสสาวะ ติดตามผลการตรวจ Electrolyte และ Glucose

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำช่วยแก้ไขภาวะไม่สมดุลน้ำ และผู้ป่วยที่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒. Acetar ๑,๐๐๐ cc

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา ใช้เป็นสารละลายทดแทนการสูญเสียของเหลวรวมถึงเลือด จากอุบัติเหตุแผลไหม้ต่าง ๆ บาดแผลต่าง ๆ รวมถึงอาการท้องเสียรุนแรง ใช้ปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัด

ฤทธิ์ของยา Acetate จะถูกเปลี่ยนเป็น Bicarbonate ที่ตับ เช่นเดียวกันและสามารถเปลี่ยนเป็น Acetyl CoA เข้าสู่ citric acid cycle ได้ด้วยจึงไม่เกิดการคั่งของ Acetate นอกจากนี้ acetate ยังทำหน้าที่เป็น buffer ที่ดีจึงนิยมนำมาใช้ให้กับผู้ป่วย

ผลข้างเคียง Acetar Solution ประกอบด้วย Acetate ซึ่ง Acetate สามารถ metabolite นอกตับและในเซลล์กล้ามเนื้อทั่วไปได้และร่างกายสามารถ metabolite ได้เร็วกว่า lactate มาก จึงสามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาดับบกพร่องได้ดีกว่า lactate

การเฝ้าระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยการได้รับสารละลายนี้เป็นปริมาณมากเกินไป จะทำให้ระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดมีมากเกินไป แต่โดยทั่วไปเหตุการณ์ดังกล่าว/ผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจะไม่ค่อยเกิดขึ้น ถ้าได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำช่วยแก้ไขภาวะไม่สมดุลน้ำ

๓. Ampicillin

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลลิน ขจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เช่น ปวดบวม หลอดลมอักเสบ ติดเชื้อในหู ทางเดินปัสสาวะและผิวหนัง เป็นต้น

ฤทธิ์ของยา เป็นยาที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์กว้างกว่ายาชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน Ampicillin เป็นสารกึ่งสังเคราะห์จากเพนิซิลลิน ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียโดยยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรียเหมือน Penicillin G ใช้ต่อต้านเชื้อแบคทีเรียทั้ง gram +ve และ gram -ve

ผลข้างเคียง ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน ผื่นแดงตามตัวซึ่งไม่ใช่เกิดจากการแพ้ยา

การเฝ้าระวัง

๑. ชักประวัติเกี่ยวกับการแพ้เพนิซิลลิน หากมีประวัติการแพ้ยาเพนิซิลลินห้ามใช้ยา
 ๒. ส่ง Specimens เพื่อตรวจหาเชื้อก่อนให้ยา Dose แรก
 ๓. สังเกตอาการแพ้ชนิด Anaphylaxis เช่น หายใจลำบาก บวม หัวใจเต้นเร็ว มีผื่นคัน เป็นต้น เตรียมยา (Adrenaline, Antihistamines) และอุปกรณ์เพื่อให้การช่วยเหลือ
 ๔. หากเป็นยารับประทานให้ดื่มน้ำตาม ๑ แก้ว ให้ขณะท้องว่าง ๑ ชั่วโมงก่อนหรือหลังอาหาร แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานยาให้ครบ Dose ตามแผนการรักษา
 ๕. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาโดยแบ่งมาจากผู้อื่น
- เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือด**

๔. Bricanyl

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา ยาในกลุ่มนี้จะทำปฏิกิริยากับ Beta-adrenergic receptors เพื่อลดระดับ Ionized calcium ในเซลล์ และป้องกันไม่ให้เกิดการกระตุ้นโปรตีนที่ทำหน้าที่หดตัวในเซลล์กล้ามเนื้อหลอดลม ยาที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ Terbutaline, Salbutamol, Ritodrine ในประเทศไทยนิยมใช้ Terbutaline ในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด ถึงแม้ว่า Ritodrine จะเป็นยาเพียงตัวเดียวที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การให้ยากลุ่ม Beta - adrenergic agonists แบบฉีดเข้ากระแสเลือด เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้รับการยืนยันว่าสามารถยืดระยะเวลาการคลอดออกไปได้นานอย่างน้อย ๔๘ ชั่วโมง แม้ว่าระยะเวลาดังกล่าวจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์มากนักในแง่ของอายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่อาจมีส่วนช่วยให้มีเวลาในการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลทารกก่อนกำหนด หรือส่งผลดีต่อการกระตุ้นปอดทารกด้วย Corticosteroids อย่างไรก็ตามการให้ยาในรูปแบบรับประทานไม่พบว่ามีประโยชน์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ฤทธิ์ของยา

๑. มีการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย ๔ ครั้งใน ๒๐ นาที หรือ ๘ ครั้งใน ๖๐ นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก
๒. ปากมดลูกเปิดมากกว่า ๑ เซนติเมตร
๓. มีความบางตัวของปากมดลูกร้อยละ ๘๐ หรือมากกว่าการให้ยา เพื่อยับยั้งไม่ให้มดลูกหดตัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบว่ามียาตัวใดตัวหนึ่งที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด ได้สรุปไว้ว่ายาที่ใช้ยับยั้งภาวะมดลูกหดตัวไม่สามารถยืดอายุครรภ์ออกไปได้มาก แต่อาจช่วยยืดระยะเวลาการคลอดออกไปได้น้อย ๔๘ ชั่วโมง ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวมีประโยชน์ในการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนด และได้ประโยชน์จากการให้ corticosteroids เพื่อกระตุ้นปอดทารก ทั้งนี้ก่อนการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูกทุกครั้งจำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อบ่งห้ามทั่วไป

ผลข้างเคียง

๑. อาการข้างเคียงในแม่ : มือสั่น (tremors) ใจสั่น (palpitations) ปวดศีรษะ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension), metabolic problems เช่น hyperinsulinemia, hyperlacticemia,

hypocalcemia

๒. อาการข้างเคียงในเด็ก : หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) น้ำตาลในเลือดสูงในครรภ์ (hyperglycemia) และน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด (hypoglycemia) ความดันโลหิตต่ำหลังคลอด (hypotension)

การเฝ้าระวัง Pulmonary edema เนื่องจากเกิดภาวะน้ำเกินจากการคั่งของโซเดียมและน้ำ หากได้รับยาต่อเนื่องกันนานๆ เช่นมากกว่า ๒๔ ถึง ๔๘ ชั่วโมงขึ้นไป หรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะครรภ์แฝด ได้รับยากลุ่ม corticosteroids ร่วมด้วย หรือได้รับสารน้ำในปริมาณมาก

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

๕. Dexamethasone

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นยา Glucocorticoid ที่ได้จากการสังเคราะห์ มีฤทธิ์ด้านอักเสบและกดภูมิคุ้มกัน โดยมีกลไกการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ แต่ฤทธิ์แรงกว่าและไม่มีฤทธิ์ ยานี้ใช้ฉีดเข้าข้อ เข้าไขข้อเข้าบริเวณรอยโรคหรือเนื้อเยื่ออ่อน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ หรือปล่อยเข้าหลอดเลือดดำได้ เมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำ ยาจะเริ่มออกฤทธิ์เร็ว มีฤทธิ์อยู่ได้นาน ๓ วันถึง ๓ สัปดาห์ ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับเป็นเมตาบอไลต์ที่ไม่มีฤทธิ์ และขับออกทางปัสสาวะ เด็กชาเมธาโซนผ่านรก และถูกขับออกทางน้ำนมได้ ใช้ในการวินิจฉัยการทำงานของต่อมหมวกไต ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งเกิดจากการใช้ยาต้านมะเร็ง รักษาและบรรเทาอาการผิดปกติต่างๆ Adrenocortical insufficiency โรคระบบประสาท โรคข้อกระดูกอักเสบ อาการแพ้ยา โรคผิวหนัง ป้องกันการเกิด Respirator distress syndrome

ฤทธิ์ของยา เป็นสเตียรอยด์ที่อาจลดอาการปวดและการตอบสนองต่อการอักเสบที่เกิดจากความเสียหายของเนื้อเยื่อภายหลังการผ่าตัด (ความร้อน ความเจ็บปวด ความแดงและอาการบวม) ในผู้ที่ได้รับการบล็อกเส้นประสาททำให้ Dexamethasone ร่วมกับยาชาเฉพาะที่บริเวณเส้นประสาทส่วนปลาย (Perineural) หรือเข้าทางหลอดเลือดดำ (ทางหลอดเลือดดำ) เพื่อช่วยเพิ่มเวลาการบรรเทาอาการปวดจากเส้นประสาทส่วนปลาย

ผลข้างเคียง ถ้าการให้ยามีขนาดสูงหรือให้ยาในขนาดรักษาเป็นเวลานาน อาจทำให้มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนแอเปลี่ยน แผลหายช้า กระดูกพรุน กระดูกหักง่าย ผลต่อความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ติดเชื้อง่าย เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ชัก ประจำเดือนมาไม่ปกติ สมดุลของไนโตรเจนและแคลเซียมผิดปกติ

การเฝ้าระวัง หากพบว่าเกิดอาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ หายใจลำบาก ใบหน้าบวมริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม ควรรีบพบแพทย์ในทันที และหากพบว่าเกิดอาการใดต่อไปนี้ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ กล้ามเนื้อเกร็ง อ่อนแรง หรือรู้สึกชา หายใจตื้น มีอาการบวม หรือน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีปัญหาในการมองเห็น ภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความคิดหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอาการชัก ปวดหลังส่วนล่าง ปัสสาวะน้อยหรือไม่ปัสสาวะเลย ปัสสาวะมีเลือดปน อุจจาระปนเลือดหรือเป็นสีดำ สับสน มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มบริเวณรอบปาก จังหวะหัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ หรือชีพจรอ่อน มีความผิดปกติของตับอ่อน โดยมีอาการเจ็บรุนแรงที่ท้องส่วนบนลามไปที่หลัง คลื่นไส้และอาเจียน หรือจังหวะหัวใจเต้นเร็ว ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ทำให้เกิดตะคริว ท้องผูก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น ทำให้รู้สึกกระหายหรือต้อง

ปัสสาวะมากขึ้น มีอาการชาหรือรู้สึกมีเข็มทิ่ม ความดันโลหิตสูงที่อันตราย ทำให้ปวดศีรษะรุนแรง มองเห็นไม่ชัด เลือดกำเดาไหล รู้สึกตบๆ ที่คอหรือหู วิตกกังวล

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดภาวะการทำงานของปอดล้มเหลว ภาวะเลือดออกในสมอง และการติดเชื้ในทางเดินอาหารในทารก

๖. Motilium

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นยาที่ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงช่วยบรรเทาอาการบีบ ตัวพาอาหารให้เคลื่อนผ่านออกไปสู่ลำไส้เล็กได้ปกติและยังเสริมการบีบรัดตัวของกระเพาะอาหารส่วนปลายและลำไส้เล็กส่วนต้นควบคุมการหดตัวและคลายตัวของหลอดกระเพาะอาหาร

ฤทธิ์ของยา ใช้บรรเทาอาการท้องอืด จุกเสียดหน้าอก คลื่นไส้อาเจียน และช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม

ผลข้างเคียง อาจเกิดอาการเมื่อย ง่วงซึม มึนงงศีรษะ ปวดเกร็งท้องและลำไส้ ปากแห้ง ปวดหัว ท้องเสียกระวนกระวายยาไม่สามารถผ่าน Blood brain barrier จึงพบอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับประสาทได้น้อยมาก

การเฝ้าระวัง ระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้หรือทางเดินอาหารอุดตัน ระมัดระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้สูงอายุและผู้ que การทำงานของตับและไตบกพร่อง

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม

๗. Milk of Magnesia

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นยาชนิดหนึ่งในกลุ่มยาระบาย ทำงานโดยการช่วยเพิ่มน้ำในลำไส้ใหญ่จากเนื้อเยื่อรอบๆ ช่วยให้ขับถ่ายได้ง่ายขึ้น บางครั้งอาจใช้เป็นยาลดกรดในกระเพาะอาหารและบรรเทาอาการแสบร้อนกลางอก หรือใช้รักษาอาการอื่นๆ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

ฤทธิ์ของยา มีความตึงตัวสูง ดูดซึมยากหรือช้า สามารถดึงน้ำไว้ในโพรงลำไส้และกระตุ้น “ตัวรับ” (Stretch receptor) บนเซลล์ลำไส้ ทำให้ลำไส้บีบตัวมาก กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Cholecystokinin pancreozymin ซึ่งมีผลกระตุ้นการหลั่งของน้ำและเกลือแร่ของเยื่อบุลำไส้และเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อลำไส้ ทำให้ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำใน ๒ - ๖ ชั่วโมง

ผลข้างเคียง อาการบวมบริเวณใบหน้า ลื่น ลำคอ หรือมีผื่นผิวหนังและคัน หรือมีอาการอื่นๆ เช่น ระดับแมกนีเซียมสูง เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจตื้น ภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง เวียนศีรษะ หิวน้ำจืด หรือปัสสาวะน้อยลง ภาวะเกี่ยวกับทางเดินอาหารผิดปกติ เช่น ปวดท้องมากหรือถ่ายเป็นเลือด เลือดออกทางทวารหนัก

การเฝ้าระวัง ยาขนาดสูงทำให้ปวดเสียดท้อง ทำให้เกิดอาการเรอ

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อช่วยระบาย ทำให้อุจจาระนิ่ม ถ่ายออกง่าย

๘. Paracetamal (๕๐๐ mg)

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นยาลดไข้และแก้ปวด ยามีประสิทธิภาพในการระงับปวดที่ไม่ค่อยรุนแรง ใช้ได้ดีพอกับ Aspirin ไม่มีปัญหาในการระงับปวดซึ่งเกิดจากอวัยวะภายในหรืออาการชนิดที่รุนแรงมาก ตัวอย่างอาการปวดที่ใช้ระงับปวดได้ผลดี คือ ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดประจำเดือน และปวดบาดแผลหลังผ่าตัด

ฤทธิ์ของยา ยับยั้งการสังเคราะห์ Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี แต่ยับยั้งการสร้างสารนี้ที่บริเวณนอกสมองได้น้อย โดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ ซึ่ง เป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บปวด และทำให้เกิดไข้ที่มีผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ฮัยโปธาลามัส ยานี้ไม่มีฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนไหวของ จึงมีฤทธิ์ต้านการอักเสบต่ำมาก ไม่ทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารและไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา ๓๐ - ๖๐ นาที หลังได้รับยาหากได้รับยาเกินขนาดจะมีพิษต่อตับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน ๗ วัน

ผลข้างเคียง ง่วงซึม แพ้ยา เช่น มีผื่น บวม เป็นแผลที่เย็บช่องปาก มีไข้ เป็นต้น ในขนาดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย อาการดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

การเฝ้าระวัง

๑. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่มหรือรับประทานอาหารเหลวบ่อยๆ เพื่อช่วยลดความร้อน ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้
๒. ไม่หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา ไม่ซื้อยารับประทานเองและไม่ใช้ยาเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้รับประทานยาเกินขนาด เกิดพิษและอาการข้างเคียง
๓. ระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับและผู้ที่ติดแอลกอฮอล์
๔. หากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด ควรได้รับการรักษาโดยการล้างท้องและได้รับยา N - acetylcysteine ซึ่งได้ผลดีภายใน ๑๐ ชั่วโมง หลังได้รับยาเกินขนาด

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดอาการไข้ ปวดศีรษะ

๙. Oxytocin

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา ออกซิโตซิน -๑๐ ประกอบด้วยฮอร์โมนสังเคราะห์ออกซิโตซิน ซึ่งมีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาเหมือนกับฮอร์โมนธรรมชาติที่ได้จากต่อมพิทูอิทารี ออกซิโตซิน -๑๐ อยู่ในรูปยาฉีด สำหรับฉีดเข้าหลอดเลือดหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ออกซิโตซินช่วยกระตุ้นจังหวะการหดตัวของมดลูก เพิ่มความถี่ในการหดตัวของมดลูก และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมดลูก โดยออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อเรียบของมดลูก โดยเฉพาะในระยะครบกำหนดการตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังจากทารกออกจากครรภ์ก่อนคลอด : กระตุ้นให้มดลูกเริ่มหดตัวหรือหดตัวได้ดีขึ้นในกรณีที่ต้องคลอดก่อนกำหนด เพื่อความปลอดภัยของทารกและมารดา

๑. เร่งคลอดในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาในการกระตุ้นให้มดลูกเริ่มหดตัว
๒. กระตุ้นการทำงานของมดลูกในกรณีมดลูกทำงานได้ไม่เต็มที่
๓. รักษาการตกเลือดเนื่องจากการแท้งบุตร หลังคลอด : ช่วยให้เกิดการหดตัวของมดลูกระหว่างการคลอด และควบคุมการตกเลือดหลังคลอด

ฤทธิ์ของยา กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก ทำให้เกิดแรงเบ่งในการคลอด กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของท่อน้ำนมให้ไหลสะดวก

ผลข้างเคียง หากให้ทางหลอดเลือดดำ อาจทำให้มีอาการชัก หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ อาจเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง อาจมีอาการในทารก เช่น ตกเลือดในสมอง ขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

การเฝ้าระวัง

๑. สังเกตอาการท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน ปวดมดลูกมาก หนาวสั่น มีไข้ ให้รายงานแพทย์ทราบ
๒. ดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย
๓. ให้ยาแก้อาเจียน แก้ท้องเสีย ตามแผนการรักษาก่อนให้ Oxytocin
๔. ห้ามใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ยา Oxytocin

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ ให้เพื่อกระตุ้นการทำงานของมดลูกในกรณีมดลูกทำงานได้ไม่เต็มที่

๑๐. Regular Insulin

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา ยาเรกูลาร์อินซูลิน (Regular insulin หรือ Insulin regular หรือ Neutral insulin หรือ Soluble insulin) เป็นยาที่เป็นฮอร์โมนอินซูลินของมนุษย์ที่นักวิทยาศาสตร์ใช้เทคโนโลยีพันธุวิศวกรรมตัดต่อสารพันธุกรรมโดยนำยีน/จีน (Gene) ที่ช่วยผลิตฮอร์โมนอินซูลินของมนุษย์ไปใส่ในโครโมโซมของแบคทีเรียที่มีชื่อว่า Escherichia coli (E.coli) ทำให้ได้แบคทีเรียสายพันธุ์ที่สามารถผลิตอินซูลินของมนุษย์ และเรียกอินซูลินชนิดนี้ว่า “เรกูลาร์อินซูลิน” ทางคลินิก ได้นำยาเรกูลาร์ อินซูลินมาใช้รักษาอาการโรคเบาหวานประเภทที่ I และ II ภาวะเลือดเป็นกรดด้วยสาเหตุจากโรคเบาหวาน, ภาวะร่างกายดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ยาเรกูลาร์อินซูลินสามารถออกฤทธิ์ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้นานประมาณ ๓ - ๖ ชั่วโมง และจัดเป็นยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (Short - acting insulin) โดยเริ่มออกฤทธิ์ภายใน ๓๐ นาทีหลังฉีดยา รูปแบบเภสัชภัณฑ์ของยาอินซูลินชนิดนี้ เป็นประเภทยาฉีดที่สามารถฉีดเข้าใต้ผิวหนังเข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำก็ได้ ยาอินซูลินจะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์เนื้อเยื่อไขมัน/เซลล์ไขมัน (Adipose tissue) ของร่างกายดึงน้ำตาลกลูโคสไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งการใช้ยาเรกูลาร์อินซูลินเพื่อรักษาเบาหวานนั้น ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการฉีดยานี้ ๓ ครั้ง หรืออาจมากกว่า ๓ ครั้งต่อวัน ทั้งนี้ด้วยระยะเวลาของการออกฤทธิ์เฉลี่ยอยู่ที่ ๖ ชั่วโมง

ฤทธิ์ของยา ลดระดับน้ำตาลในเลือด อินซูลินชนิดนี้ออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็วกว่าอินซูลินชนิดอื่น การออกฤทธิ์หลังฉีด ๑๕ - ๓๐ นาที และออกฤทธิ์สูงสุด ๒ - ๔ ชั่วโมง ใช้กรณีต้องการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว

ผลข้างเคียง การให้ยาขนาดมากเกินไป อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ถ้าให้การช่วยเหลือไม่ทัน อาจทำให้เกิด Insulin shock ซึ่งผู้ป่วยอาจหมดสติ และถึงแก่กรรมได้

การเฝ้าระวัง ระวังไม่ให้ Insulin มากเกินไป และประเมินติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหลังการฉีดทุกครั้งโดยการเจาะ DTX ประเมิน

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ รักษาโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือด

๑๑. Voltaren

ความจำเพาะหรือข้อจำกัดของยา เป็นยาบรรเทาอาการอักเสบและอาการปวด นำมาใช้ลดอาการอักเสบและอาการปวดในโรคข้ออักเสบชนิดต่างๆ ใช้บรรเทาปวดจากบาดแผลผ่าตัด ปวดประจำเดือน เป็นต้น มีผลข้างเคียง เช่น ระคายเคืองกระเพาะอาหาร (จึงต้องรับประทานหลังอาหารทันที หรือดื่มน้ำตามมากๆ) คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ส่วนรานิทีดิน (Ranitidine) เป็นยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ใช้รักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Peptic ulcers) มีการนำยานี้มาใช้กับผู้ที่ได้รับยาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (โวลทาเรนอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย) เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารอันเนื่องมาจากยาเหล่านั้น โดยใช้กับผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยทั่วไปขนาดยาต่อวันสำหรับผู้ใหญ่ ของโวลทาเรน คือ ๗๕ - ๑๕๐ มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ ๓ - ๔ ครั้ง ส่วนรานิทีดิน คือ ๑๕๐ มิลลิกรัม วันละ ๒ ครั้ง หรือ ๓๐๐ มิลลิกรัม วันละ ๑ ครั้ง

ฤทธิ์ของยา เป็นยาพวกลดการอักเสบ ยาลดไข้ โดยยาออกฤทธิ์ยับยั้งโพรสตาแกลนดิน Prostaglandin การสังเคราะห์ยาในกลุ่มนี้จะไม่ทำให้เกิดอาการง่วงหลับ เป็นนอนนาร์โคติก อานาจีซิก (Nonnarcotic analgesic) มักใช้รักษาอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟันหรือปวดหลังผ่าตัด ปวดประจำเดือน ปวดกระดูก

ผลข้างเคียง ส่วนใหญ่จะมีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดแผลที่เยื่อบุกระเพาะอาหารได้ อาการที่พบบ่อย คือ อาหารไม่ย่อย ร้อนในหน้าอก แน่นบริเวณกระบังลม คลื่นไส้ ปวดท้อง แต่บางราย อาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ โดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน ส่วนการออกฤทธิ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ มึน ซึม วิงเวียน เลือดออกง่ายและมีอาการทางไตได้

การเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินอาการหลังได้รับยา เช่น หายใจถี่ บวม

เหตุผลการให้ยาในผู้ป่วยรายนี้ เพื่อลดอาการปวดแผล