

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลตกก่อนเจ็บครรภ์

บุษยณัฏฐ์ ชญา นกเอี้ยงทอง
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลต่ำตกก่อนเจ็บครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่สำคัญของห้องคลอด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยทั้งในมารดาและทารก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นต่อทารกนั้นเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำตาลต่ำตกก่อนเจ็บครรภ์ ให้ได้รับความปลอดภัยและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

กรณีศึกษา หญิงครรภ์แรก ประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ๓๓⁺^๐ สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์ร่วมกับมีน้ำเดิน ๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลต่ำตกก่อนเจ็บครรภ์ให้การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ โดยรับไว้ในโรงพยาบาลให้ยายับยั้งการคลอด ยาป้องกันการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ และยากระตุ้นปอดทารกในครรภ์ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จึงให้ยาอินซูลินร่วมด้วย ในระยะก่อนคลอดได้มีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ภาวะการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและภาวะค้ำชันของทารกในครรภ์ ติดตามและประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะตามความเหมาะสม พบว่าไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ แพทย์จึงตัดสินใจให้หญิงตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด เนื่องจากทารกมีน้ำหนักตัวน้อย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คือ เป็นเบาหวาน ทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนให้การดูแลทั้งในขณะคลอดและหลังคลอด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในรายนี้คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ โดยการให้ยาอินซูลินและเจาะค่าระดับน้ำตาลในเลือด การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนดของทารก การเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การไม่สุขสบายจากการปวดมดลูก และการดูแลตนเองหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน การติดตามการตรวจ DTX หลังคลอดเพื่อประเมินภาวะเบาหวานหลังคลอดมารดาหลังคลอดรายนี้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้สามารถกลับบ้านได้ หลังจากอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา ๓ วัน

กรณีศึกษารายนี้ ผู้ศึกษาได้มาวิเคราะห์และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้แม่และบุตรคลอดปลอดภัย ซึ่งภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ที่ดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอดจะต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากมีภาวะน้ำตาลต่ำตกก่อนเจ็บครรภ์ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อมารดาและทารก รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัยในการดูแลมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน / ภาวะน้ำตาลต่ำตกก่อนเจ็บครรภ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่วินิจฉัยขณะตั้งครรภ์ และจะหายไปภายหลังการคลอด เกิดจากความผิดปกติในความคงทนต่อกลูโคสทุกระดับที่เกิดขึ้นหรือถูกวินิจฉัยครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์^(๑) เป็นภาวะแทรกซ้อน ทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อย ในระหว่างตั้งครรภ์และมีความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคประมาณร้อยละ ๖ - ๗^(๒) และจากการเก็บรวบรวมสถิติในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ทั่วโลกมีสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจำนวน ๑๙๙.๕ ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึง ๓๑๓.๓ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖^(๓) โดยพบความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานสูงในชาวเอเชียโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ 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 ประเทศไทยพบโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๑๖.๒^(๓) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบร้อยละ ๑๑.๒, ๑๒.๔, ๑๔.๕ โดยพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้น ๗ เท่า และภายใน ๒๒ - ๒๘ ปี หลังการตั้งครรภ์ยังมีโอกาสกลับมาเป็นเบาหวานถึงร้อยละ ๕๐^(๕)

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลกระทบในหลาย 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 เกิดความรู้สึกลำบากในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ไม่มั่นใจในความปลอดภัยและการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์^(๙) ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่อาจเกิดขึ้น คือ ความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies), ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia), ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (Neonatal hypoglycemia), ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal hyperbilirubinemia) ภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome)^(๑๐) ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนข้างต้นส่งผลกระทบต่อทั้งคุณภาพการดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดที่เป็นตัวชี้วัดของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการเพิ่มมากขึ้น^(๑๑)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ เนื่องจากการสร้างฮอร์โมนในรกที่เรียกว่า ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้าแลคโทเจน (Human placental lactogen hPL) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของอินซูลิน^(๑๒) โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดนั้นเกิดได้จากหลากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ (Age) ค่าดัชนีมวลกาย

(Body Mass Index : BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ ประวัติการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งก่อน ประวัติการมี ญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม และประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือมีความพิการแต่กำเนิด^(๑๓) รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงและการรับประทาน อาหารเกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง แต่รับประทานอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน ๓.๓ เท่า^(๑๔)

พยาบาลถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคเบาหวาน ให้สามารถดูแลและ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตั้งแต่การส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้อง การส่งเสริม การปฏิบัติตัว การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยดำเนินงานทั้งในบทบาทอิสระและ การปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับ แพทย์และทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันรักษา ควบคุม ป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานต่อเนื่องหลังคลอด และ ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป^(๑๕) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษากรณีศึกษาเรื่องการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น โรคเบาหวาน รวมทั้งพัฒนาด้านการดูแลและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วย เพื่อให้ เกิดความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

- ๑.) เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยรักษาและวางแผนการพยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
- ๒.) เพื่อวิเคราะห์บทวนกระบวนการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีภาวะถุง น้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์

ขอบเขตการศึกษา

- ๑.) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รับบริการ ๑ ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำ แตกก่อนเจ็บครรภ์ ซึ่งมาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์และมารับบริการการคลอดใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี จำนวน ๑ ราย
- ๒.) ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ ๑ พฤศจิกายน ๒๖๕๔ ถึง ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

๔.๕ วิธีดำเนินงาน

๑. เลือกกรณีศึกษาที่จากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล จำนวน ๑ ราย
๒. ยื่นเรื่องขออนุมัติใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำกรณีศึกษาและขอยืมเวชระเบียน Electronic Hos XP เอกสารเวชระเบียน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
๓. จัดทำโครงร่างวิจัย ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบแนะนำ
๔. แก้ไขโครงร่างวิจัย และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษา พิจารณา
๕. ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
๖. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนิน ชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของ แพทย์
๗. ศึกษาจากตำรา ปรีกษาแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อใช้เป็นข้อมูลใน การศึกษา

๘. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

๙. สรุปผลการศึกษา วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ รวบรวมจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

๑๐. ตรวจสอบโดยแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง

๑๑. แก้ไข และเผยแพร่ผลงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.) เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางประกอบการวางแผนการพยาบาล และเอกสารเพิ่มพูนความรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ในการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๒.) เพื่อนำความรู้มาปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ ๒๗ ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ ประกอบอาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษา ประกันสังคม ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ๑๘^๓ สัปดาห์ ฝากครรภ์ ๑๑ ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี

เข้ารับการรักษาณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

รวมระยะเวลาเข้ารับการรักษา ๓ วัน

บุตร

วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๔

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๕

อาการสำคัญ มาฝากครรภ์ (ตรวจการตั้งครรภ์เอง ขึ้น ๒ ชดชัดเจน)

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๖ สัปดาห์ ๑ วัน น้ำหนัก ๘๕.๔ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๒๘/๗๘

mm/Hg. ชีพจร ๙๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกรับ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการมาฝากครรภ์

- ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๖ สัปดาห์ ๑ วัน น้ำหนัก ๘๕.๔ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๒๘/๗๘

mm/Hg. ชีพจร ๙๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกรับ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส

Albumin = negative Sugar = +๒ แพทย์นัดตรวจ OGTT

- ฝากครรภ์ครั้งที่สอง อายุครรภ์ ๙+๖ สัปดาห์ น้ำหนัก ๘๕.๘ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๑๘/๗๕

mm/Hg. ชีพจร ๘๕ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกรับ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส

Albumin/sugar = negative

ผลการตรวจพบว่า Blood sugar ก่อนกินน้ำตาล = ๙๔ mg.

Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๑ hr.= ๒๑๕ mg.

Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๒ hr. = ๑๙๙ mg.

Blood sugar หลังกินน้ำตาล ๑๐๐ g% ๓ hr. = ๑๗๒ mg.

แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A๑ แนะนำให้ควบคุมอาหาร

- ผากระรค์ครั้งที่สาม อายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์ น้ำหนัก ๘๕.๘ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๒๒/๗๘ mm/Hg. ชีพจร ๘๕ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกจับ ๓๖ องศาเซลเซียส

Albumin/sugar = negative

- ผากระรค์ครั้งที่สี่ อายุครรภ์ ๑๕+๖ สัปดาห์ น้ำหนัก ๘๖.๘ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๒๓/๘๐ mm/Hg. ชีพจร ๙๑ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกจับ ๓๖ องศาเซลเซียส

Albumin/sugar = negative

- ผากระรค์ครั้งที่ห้า อายุครรภ์ ๒๕ สัปดาห์ น้ำหนัก ๘๙ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๓๕/๘๓ mm/Hg. ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกจับ ๓๖ องศาเซลเซียส

Albumin/sugar = negative

- ผากระรค์ครั้งที่หก อายุครรภ์ ๓๓ สัปดาห์ น้ำหนัก ๙๓.๕ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๓๖/๘๕ mm/Hg. ชีพจร ๑๐๓ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกจับ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส

Albumin/sugar = negative

- ผากระรค์ครั้งที่เจ็ด อายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ น้ำหนัก ๙๔ กิโลกรัม ความดันโลหิต ๑๓๕/๗๒ mm/Hg. ชีพจร ๙๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายแรกจับ ๓๖.๒ องศาเซลเซียส

Albumin = negative sugar = +๔

การตรวจร่างกายตามระบบ

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

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมหยาบสีดำ ใบหน้าสมมาตรกัน ลำคอไม่มีก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ตา : อยู่ในแนวปกติ หนังตาไม่ตกไม่บวม 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

๒.อาการและอาการแสดง

วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เวลา ๐๓.๔๕ น. หญิงตั้งครรภ์แรก G_๑P_๐A_๐ อายุครรภ์ ๓๓^๓_๐ สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์และน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกแรกที่ห้องคลอดประเมินระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ทารกท่าขวา อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี เด็กดีันดี ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ จากการตรวจอัลตราซาวด์ คะเน้น้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ ๒,๐๐๐ กรัม 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 แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ ตรวจการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 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 ให้ ยา Ampicillin ๒ g IV stat then ทุก ๔ ชั่วโมง เจาะ CBC และ Observe UC, Fetal Heart Sound : FHS รายงานผลเลือดและอาการ แพทย์เฝ้ารับทราบ

เวลา ๔.๓๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่าระยะห่างของการหดตัวของมดลูก แต่ละครั้ง (Interval) = ๓ นาที ระยะเวลาคัดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๐ วินาที Fetal Heart Sound : FHS = ๑๔๐ ครั้งต่อนาที ROA position ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิดขยาย ๓ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบด้วย Amniosense test การทดสอบโดยใช้แผ่นซับ และฟัง Fetal Heart Sound ทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กในครรภ์

เวลา ๕.๓๐ น. ประเมินการหดตัวของมดลูก พบว่าระยะห่างของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง (Interval) = ๒ นาที ๓๐ วินาที ระยะเวลาคัดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที Fetal Heart Sound : FHS = ๑๓๐ ครั้งต่อนาที ROA position 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 ระยะเวลาคัดตัวของมดลูก (Duration) = ๓๕ วินาที Fetal Heart Sound : FHS = ๑๒๘ ครั้งต่อนาที ROA position ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปากมดลูกเปิดขยาย ๕ เซนติเมตร ปากมดลูกนุ่ม (Cervix Soft) ความบางของปากมดลูก (effacement) = ๑๐๐% station -๑ มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด (Membranes Rupture : MR) ทดสอบด้วย Amniosense test การทดสอบโดยใช้แผ่นซับ ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้าย และให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ มารดามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น

เวลา ๗.๓๐ น. รายงานอาการของมารดา มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น แพทย์ให้เจาะ DTX = ๑๒๙ mg% และเปลี่ยนสารน้ำ เป็น Acetar ๑,๐๐๐ cc IV drip ๔๐ cc/hr Off Bricanyl at ๘.๓๐ น. ให้ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc (RI ๑:๑) Fetal Heart Sound : FHS = ๑๒๖ ครั้งต่อนาที ROA position

เวลา ๘.๑๕ น. แพทย์ให้เปลี่ยนสารน้ำ เป็น ๕%D/N/๒ ๑,๐๐๐ cc IV KVO และสังเกตอาการผิดปกติของมารดา

เวลา ๙.๐๐ น. แพทย์ให้เจาะ DTX = ๒๓๑ MG% และรายงานผล

เวลา ๙.๑๙ น. มารดาเจ็บครรภ์คลอด PV CERVIX = FULLY DILATE มารดาคลอด NORMAL LABOR WITH EPISIOTOMY ทารกคลอดวันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๙.๑๙ น. เพศชาย น้ำหนัก ๑,๗๕๐ กรัม APGAR SCORE นาทีที่ ๑ ได้ ๙ คะแนน หักสีผิวของทารก นาทีที่ ๕ ได้ ๑๐ คะแนน นาทีที่ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง ดูแลดูตาดูสารคัดหลั่งในจมูกและปาก เพื่อให้เกิดทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ร้องและให้ออกซิเจน ๑ นาที แขนขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแข็งแรงดี มารดา BLOOD LOSS = ๒๕๐ CC, มดลูกหดตัวดี หลังคลอดแพทย์มีคำสั่งสั่งให้ ADD SYNTOCINON ใน IV ๒๐ UNIT หมด OFF และสังเกตอาการหลังคลอด ๒ ชั่วโมง สวนปัสสาวะหลังคลอดให้ได้ ๕๐๐ CC ปัสสาวะออกดี สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๕/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส

เวลา ๙.๔๕ น. แรกัรับทารกที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ทารกได้รับการดูแลดูตาดูสารคัดหลั่งทางปากและจมูก ได้สีขาวขุ่นประมาณ ๓ มิลลิลิตร ทารกนอนสังเกตอาการและควบคุมอุณหภูมิในตู้อบ ร้องเสียงดัง ผิวกายชมพู O₂ SATURATION = ๙๔-๙๖% แพทย์มีแผนการรักษาให้ วิตามินเค (VITAMIN K) ๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ๐.๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ๐.๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ทารกรู้สึกตัวดี รับนมได้ทุก ๓ ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๒๖ ครั้งต่อนาที หายใจเร็ว ๓๐ ครั้งต่อนาที O₂ SATURATION = ๙๔-๙๖% ทารกไม่มีภาวะตัวเย็น ไม่เกิดภาวะ HYPOTHERMIA อุณหภูมิร่างกาย = ๓๗ องศาเซลเซียส เจาะ DTX = ๙๐ MG% HEMATOCRIT = ๔๕% ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ไม่เกิดภาวะ HYPOTHERMIA และไม่เกิดภาวะ HYPOGLYCEMIA

เวลา ๑๐.๐๔ น. 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 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 ปวดมดลูก คลำหน้าท้องคลึง มดลูกกลมและหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มีไข้ นอนหลับได้ แพทย์มีคำสั่งให้เจาะ DTX ๖.๐๐ น. (๓ มีนาคม ๒๕๖๕) ถ้าระดับน้ำตาลปกติ อยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๒๐ MG% แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ นัดตรวจซ้ำ ๓ เดือน ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ พร้อมเจาะ FBS, HBA๑C สรุปลในเวรหลังคลอด ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย และมดลูกหดตัวดี ปัสสาวะได้ น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มีไข้

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๕

เวลา ๐๖.๐๐ น. DTX at = ๖.๐๐ น. ๑๐๘ mg% ไม่เกิดภาวะ Hypothermia และไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia

เวลา ๐๘.๔๕ - ๒๔.๐๐ น. ในเวรมารดาหลังคลอด อ่อนเพลียเล็กน้อย น้านมยังไม่ไหล ปวดมดลูก PAIN SCORE = ๖ น้ำคาวปลาปกติ สีแดงเข้ม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๘/๖๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๓ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อาการปกติ ไม่ตกเลือด หลังคลอด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด นอนหลับได้

วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕

เวลา ๑๑.๐๐ น. จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต มารดาหลังคลอดอาการปกติ น้านมยังไม่ออก บุตรรับการรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

๓. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

๓.๑ ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

O๑ : Urine sugar = Trace

O๒ : ผล OGTT ได้ ๑๑๐ mg/dl, ๑๘๓, ๑๖๐, และ ๑๒๕ mg/dl ตามลำดับ ขณะฝากครรภ์

O๓ : วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๗.๓๐ น. DTX = ๒๓๑ mg%

O๔ : บิดามีประวัติเป็นโรคเบาหวาน

O๕ : ชอบทานอาหารหวาน

O๖ : แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A_๑

เป้าหมายการพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (๗๐ - ๑๑๐ mg%)

เกณฑ์การประเมิน

ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง ๗๐-๑๑๐ mg%

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ตามแผนการรักษาของแพทย์
๒. เฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ซึม เพ้อ
๓. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc (RI ๑:๑) IV drip ใน ๑ unit/hr

๔. ปรึกษาโภชนากร เรื่องจัดอาหารเฉพาะโรค และให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่ควรรับประทานหลังคลอด โดยได้รับแคลอรี วันละ ๓๐ - ๓๕ กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม โดยให้ได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ ๔๐ - ๕๐ โปรตีนร้อยละ ๒๐ - ๒๕ และไขมันร้อยละ ๒๐ - ๓๐ โดย จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และเข้มงวด เพื่อไม่ให้เกิดคีโตนคั่งในเลือด

๕. แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

๕.๑ ประเมินอาการและติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ตามแผนการรักษาของแพทย์

๕.๒ เฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงของการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น เป็นลม

๕.๓ แนะนำให้ดื่มน้ำที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง นมข้นหวาน ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน องุ่น มะม่วงสุก เป็นต้น

๕.๔ แนะนำให้นับการเดินของทารกในครรภ์ โดยนับการเดินของทารกในครรภ์ โดยหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ให้นั่งพักและนับการเดินของทารกนาน ๑ ชั่วโมง ถ้าได้ ๓ ครั้งขึ้นไป ถือว่าปกติ แต่ถ้าน้อยกว่า ๓ ครั้งให้นับต่อไปอีก ๑ ชั่วโมง ควรเดินไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง ถ้าน้อยกว่า ๔ ครั้ง หรือนับจนครบหลังอาหาร ๓ มื้อ รวมกันแล้วไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง แสดงว่าทารก อาจมีภาวะผิดปกติ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

๓.๒ ข้อวินิจฉัยที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

O๑ : ครรภ์ที่ ๑ อายุครรภ์ ๓๓^{๓๑} สัปดาห์

O๒ : แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A_๑

เป้าหมายการพยาบาล

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

๑. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
๒. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ดูแลให้ทานน้ำหวานหรืออมลูกอม เมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ DTX ต่ำกว่า ๖๐ mg% และเจาะ DTX ซ้ำ

๒. ดูแลแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

๒.๑ ให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรีอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ปริมาณแคลอรีที่ต้องการในแต่ละวันในผู้ป่วย GDM A_๑ รายนี้ควรได้รับ ๓๐ kcal/kg. และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ๑๑ - ๑๖ Kg

๒.๒ แนะนำให้ดื่มน้ำที่มีน้ำตาลสูง เพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒.๓ ดูแลแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้นและอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

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

๒.๕ ดูแลแนะนำภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เหงื่อออก ตัวเย็น ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบ

การประเมินผล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

๓.๓ ข้อวินิจฉัยที่ ๓ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความอันตรายต่อทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

O: หญิงตั้งครรภ์ อายุ ๓๐ ปี ๘ เดือน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ๙๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร BMI ๓๑.๙๙

O: ครรภ์ที่ อายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์

O: ตรวจพบ Urine sugar = +๔, ผล OGTT ได้ ๙๔ mg/dl., ๒๑๕, ๑๙๙, และ ๑๗๒ mg/dl. ตามลำดับ

O: แพทย์วินิจฉัยว่า เป็น GDM A๑

O: มารดาได้รับแจ้งว่ามีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโต

O: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้ามืด คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก

S: ผู้ป่วยมักจะกล่าวว่า “กลัวคลอดลำบาก”

วัตถุประสงค์

หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล รับรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตัว และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นใน ระยะคลอด

เกณฑ์การประเมิน

มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการคลอดมารดาและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ใน ระยะคลอด และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก

กิจกรรมการพยาบาล

๑.) อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจรวมทั้งความเสี่ยงจากการคลอดครั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดเจ็บครรภ์ ปากมดลูกเปิดใกล้คลอด จึงเปลี่ยนการคลอดเป็นทางช่องคลอด ซึ่งมีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโตได้

๒.) อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตก กังวลได้

๓.) ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว

๔.) ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์ และการคลอดเปิด โอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล

๕.) แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวลใช้ภาษาที่ เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดา รู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล

๖.) เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ รวมทั้งอธิบายความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บของทารก ระหว่างคลอด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง

การประเมินผลการพยาบาล

มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือ รวมทั้งญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในระยะคลอด และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก

๓.๔ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔ มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก

ข้อมูลสนับสนุน

○ มารดาท้องแรกไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยตนเองมาก่อน

○ ซักถามมารดาถึงวิธีการปฏิบัติตนหลังคลอดยังตอบได้ไม่ครบถ้วน

วัตถุประสงค์

มารดามีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เกณฑ์การประเมิน

๑. มารดาให้นมบุตรและอาบน้ำให้ทารกได้อย่างถูกวิธี
๒. มารดาหลังคลอดสามารถบอกการปฏิบัติตัวหลังคลอด ได้อย่างถูกต้อง
๓. มารดาหลังคลอดสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของลูกและตนเองที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด และสามารถบอกประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. หลังจากให้ทารกสังเกตอาการครบเวลาที่แผนกทารกเสี่ยง จัดให้แม่และลูกอยู่ด้วยกัน และนอนเตียงเดียวกับแม่ (bedding-in) เพื่อความสะดวกในการให้นมแม่ สอนให้แม่บีบน้ำนมตนเอง ตามเวลาที่ลูกดูดนมและเมื่อทารกหลับ เพื่อกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนม

๒. สอนการจัดท่าของแม่และลูกให้เหมาะสมและสะดวกในการให้นม ตะแคงตัวและศีรษะของลูกให้เข้าหาและแนบชิดลำตัวแม่ มารดาสะดวกการจับเต้านมแบบเป็นรูปตัวซี C เมื่อลูกนอนท่าขวางบนตัก (Cradle position)

๓. สอนให้มารดาช่วยลูกอมหัวนมแม่ (latch on) และสอนการเอาหัวนมออกจากปากลูก ให้ใช้นิ้วมือสอดเข้ามุมปากระหว่างช่องเหงือกของลูก แล้วค่อยๆ ดึงหัวนมออก จากปากลูก อย่าดึงหัวนมออกทันทีจะทำให้หัวนมแตกได้

๔. แนะนำมารดาให้ลูกดูดนมตามต้องการดูดทุก ๑-๓ ชั่วโมงในเวลากลางวัน และทุก ๒-๓ ชั่วโมงในเวลากลางคืน สอนอาการแสดงว่าลูกหิวคือหลับไม่สนิท ร้อง ดูดปาก ดูดนิ้ว หาว ถ้าลูกหลับนานเกิน ๓ ชั่วโมงต้องปลุกให้กินนม อาการแสดงว่าลูกได้นมเพียงพอคือหลังดูดนมอิ่มลูกจะนอนหลับนาน ๒-๓ ชั่วโมง ถ่ายปัสสาวะวันละ ๖-๘ ครั้ง ถ่ายอุจจาระอ่อนนุ่มมากกว่า ๔ ครั้งในเดือนแรกและลดลงหลังจากนั้น

๕. สอนการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอด โดยปรึกษาสามีเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ การคุมกำเนิดหลังคลอด และความต้องการของมารดา

๖. สอนเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ว่าแผลฝีเย็บจะหายและน้ำคาวปลาควรหมดประมาณปลายสัปดาห์ที่ ๓ และควรงดมีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้ จนกว่าจะได้ตรวจหลังคลอด ๖ สัปดาห์ไปแล้ว

๗. แนะนำการมาตรวจหลังคลอดตามนัดปกติจะนัดดูแผลฝีเย็บ ๑๐ วัน หลังคลอดและนัดตรวจหลังคลอดประมาณ ๖ สัปดาห์การตรวจหลังคลอด เพื่อประเมินกระบวนการของมดลูกเข้าอู่ (Involution) มะเร็งปากมดลูก ภายในเชิงกรานและบริเวณฝีเย็บ ขนาดและตำแหน่งของมดลูก และปากมดลูก

๘. แจ้งถึงอาการที่ผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้ น้ำคาวปลาผิดปกติ สีแดงสดไม่จางลง มีกลิ่นเหม็น จำนวนมากขึ้น , มีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอด, หลังคลอด

๒ สัปดาห์แล้ว ยังคลำก้อนทางหน้าท้องได้, เต้านมอักเสบ มีอาการกดเจ็บ แดง, มีอาการเจ็บท้องปวดท้อง กดเจ็บ แดง, ถ่ายปัสสาวะบ่อย แสบขัด เป็นต้น

การประเมินผล

มารดาสามารถเอาบุตรเข้าเต้าได้ถูกวิธี และสามารถบอกประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ บอกว่าตั้งใจจะเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองให้ได้ถึง ๖ เดือนเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ครอบครัวและสามีให้ความร่วมมือในการสนับสนุน มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองและบุตรหลังคลอดได้ สังเกตจากการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของลูกแลตนเองที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

๔. สรุปผลการนิศึกษา

หญิงไทย สถานภาพสมรส สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับจ้าง ตั้งครรภ์ที่ ๑ อายุ ๒๗ ปี ๑๐ เดือน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ๘๖ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๒๙.๗๕ อายุครรภ์ ๓๓^๓ สัปดาห์ ฝากครรภ์ ๑๑ ครั้ง บิดาเป็นโรคเบาหวาน มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาล วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๓.๔๕ น. มาด้วยอาการเจ็บครรภ์และน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น GDM A_๑ และมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ให้การรักษา แรกรับที่ห้องคลอดประเมินระดับยอดมดลูก ๓/๔ เหนือระดับสะดือ ซึ่งสัมพันธ์กับประวัติการขาดประจำเดือน ทารกท่าขวา อัตราการเต้นของหัวใจทารก ๑๔๐ ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ ชัดเจนดี 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 ๑/๒ 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 แพทย์เวรรับทราบ เวลา ๗.๓๐ น. แพทย์ให้เจาะ DTX = ๒๓๑ mg% และเปลี่ยน IV เป็น Acetar ๑,๐๐๐ cc IV drip ๔๐ cc/L Off Bricanyl at ๘.๓๐ น. ให้ RI ๑๐ unit + ๐.๙%NSS ๑๐๐ cc. (RI ๑:๑) เวลา ๘.๑๕ น. แพทย์เวรให้เปลี่ยน 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 วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๙.๑๙ น. เพศชาย น้ำหนัก ๑,๗๕๐ กรัม Apgar score นาทีที่ ๑ ได้ ๙ คะแนน นาทีที่ ๕ ได้ ๑๐ คะแนน นาทีที่ ๑๐ ได้ ๑๐ คะแนน ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง ดูแลดูดูดสารคัดหลั่งในจมูกและปาก เพื่อให้ทางเดินหายใจให้โล่ง กระตุ้นให้ร้องและให้ออกซิเจน ๑ นาที แขนขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแข็งแรงดี Blood loss = ๒๕๐ cc หลังคลอดให้ Add syntocinon ใน IV ๒๐ unit หมด Off และสังเกตอาการหลังคลอด ๒ ชั่วโมง มดลูกหดตัวดี สว่นปัสสาวะหลังคลอดให้ 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 และ

ส่งหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต Transport Incubator เวลา ๙.๔๕ น. แรกรับทารกได้รับการดูแลดูดสารคัดหลั่งทางปากและจมูก ได้สีขาวยุ่นประมาณ ๓ มิลลิเมตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ วิตามินเค (Vitamin K) ๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ๐.๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ๐.๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ทารกได้รับการดูแลรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ทารกได้รับการรักษา ให้การพยาบาลทารกแรกเกิด ใส่ตู้อบ ให้ออกซิเจน และวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการและสังเกตอาการผิดปกติ มารดาครบ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด ย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด เวลา ๑๑.๑๐ น. มารดารู้ตัวดี อ่อนเพลียหลังคลอด มดลูกหดตัวดี ปัสสาวะได้หลังคลอด ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต ๑๓๘/๖๙ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๓ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา ๑๒.๒๐ น. แพทย์มีคำสั่งให้เจาะ DTX ๖.๐๐ น. = ๑๐๘ mg% ถ้าผล DTX อยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๒๐ mg% วันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เจาะ DTX ตามแผนการรักษา DTX = ๑๐๘ 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 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด วันที่ ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๑.๐๐ น. จำหน่ายแพทย์อนุญาต มารดาหลังคลอดอาการปกติ ส่วนของบุตรได้รับการดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นจำนวน ๒๒ วัน ได้รับนมแม่ตลอดจากการบีบเก็บน้ำนม

จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนคลอด คือ มีโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดินก่อนคลอด ๒ ชั่วโมง ในระยะรอคอยคลอด ระยะที่ ๑ ของการคลอด มีการให้ยาขยายปากการคลอด แต่พบว่าไม่ประสบความสำเร็จในการขยายปากการคลอด จึงให้การคลอดดำเนินหน้าต่อผลมารดาคลอดปกติ และได้รับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตามแผนการรักษาของแพทย์ มารดาและบุตรปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

อภิปรายผลกรณีศึกษา

มารดาโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เป็นภาวะวิกฤตของมารดาขณะตั้งครรภ์^(๒๐) มารดาบางรายมาพบขณะฝากครรภ์มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ถ้ามารดาไม่ตระหนักถึงความสำคัญไม่ได้รับการรักษา เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเป็นอาการนำมารักษาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุให้มี ภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นผู้ป่วยระยะวิกฤต ถ้าได้รับการรักษาพยาบาลไม่ถูกต้องและรวดเร็วอาจเสียชีวิตได้

กรณีมารดาคนนี้ มาโรงพยาบาลด้วยมาด้วยอาการเจ็บครรภ์และน้ำเดิน ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบว่ามียาตาลในเลือดสูงมากร่วมกับมีน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด จึงให้การรักษายาบาลได้ทันเวลาที่ ในฐานะที่เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดติดตามมารดาตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในกระบวนการพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหา วินิจฉัยและวางแผนการให้พยาบาล ติดตามประเมินสภาพผู้ป่วย และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ เพื่อการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วมีประสิทธิภาพ มารดาคนนี้ได้รับการรักษาโดยยา เพื่อให้ชะลอการคลอดและเจาะเลือดประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและทารกในครรภ์ติดเชื้อ เนื่องจากมีการรั่วของถุงน้ำคร่ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสายสะดืออักเสบ เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะค้ำขังของทารกในครรภ์ (Fetal distress)^(๑๓) เนื่องจากมารดาเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดและความอันตรายต่อทารกในครรภ์ หลังคลอดมารดามีโอกาสเกิดการตกเลือดคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มารดาเกิดภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกหลังคลอด มารดาพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการดูแลบุตร มารดาไม่ทราบการปฏิบัติตน เมื่อ

มีภาวะเบาหวานหลังคลอด จากได้รับการรักษามารดาพ้นภาวะวิกฤต และคลอดปกติ สามารถกลับบ้านได้ หลังจำหน่ายมารดาจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวานและการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่อาจเกิด พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาแนะนำมารดาและ ญาติให้มีความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอ ไม่เพียงแต่การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่จะต้องมีการ วางแผนพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมและมีการติดตามประเมินผลเพื่อการรักษาพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปผล จากการศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลครั้งนี้ได้ว่า การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ พยาบาลผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลมารดาหลัง คลอดและบุตร และการนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม^(๑๓)มาประยุกต์ใช้นั้น จะช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ที่มี สุขภาพที่เปราะบางในการดูแลมารดาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและทารกปลอดภัยจากภาวะน้ำหนั กตัวน้อยและคลอดก่อนกำหนด พยาบาลควรเน้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตน หลังคลอด การดูแลบุตรที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การ ใช้ยา การดูแลสุขภาพทั่วไปหรือเผชิญภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้การรักษาของแพทย์มี ประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

๑. อัญชลี จิตราภิรมย์, จันทรัตน์ เจริญสันติ, พรณพีไล ศรีอาภรณ์. (2557). การรับรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. พยาบาล สาร, 41(1), 50 - 61.
๒. ทศนีวรรณ กรุงแสนเมือง, สมพร วัฒนนุกุลเกียรติ. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง. วารสารสุขภาพและ การศึกษาพยาบาล, 27(1), 106 - 121.
๓. รพีพรรณ นาคนบุบผา, ไพลิน ถึงถิ่น, สมจิตร นุชนารถ. (2564). บทบาทพยาบาลกับการประยุกต์ใช้ แนวทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. หัวหินเวชสาร, 1(1), 1-15.
๔. Bhutia, P. C., Lertbunnaphong, T., Wongwananuruk, T., & Boriboonhirunsarn, D. (2020). Prevalence of Pregnancy with Placenta Previa in Siriraj Hospital. Siriraj Medical Journal, 63(6), 191-195.
๕. Evans, M. K., & O'Brien, B. (2005). Gestational diabetes: the meaning of an at-risk pregnancy. Qual Health Res, 15(1), 66-81. doi:10.1177/1049732304270825
๖. Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it? J Health Commun, 15 Suppl 2, 9-19. doi:10.1080/10810730.2010.499985
๗. Kolu, P., Raitanen, J., Rissanen, P., & Luoto, R. (2012). Health care costs associated with gestational diabetes mellitus among high-risk women – results from a

randomised trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 12(1), 71. doi:10.1186/1471-2393-12-71

๘. วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. (2550). Medical Complications in Elderly Gravida. Srinagarind Med J, 22((suppl)), 39 - 42.

๙. ศิริวิทย์ ทองสุก. (2565, 3 กุมภาพันธ์ 2565). Medical Nutrition Therapy in Pregnancy with Gestational Diabetes Mellitus โภชนบำบัดทางการแพทย์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. Retrieved from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/46406/>

๑๐. Li, L.-J., Huang, L., Tobias, D. K., & Zhang, C. (2022). Gestational Diabetes Mellitus Among Asians – A Systematic Review From a Population Health Perspective. *Frontiers in Endocrinology*, 13. doi:10.3389/fendo.2022.840331

๑๑. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัลย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. (2562). ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : บทบาทพยาบาลกับการดูแล ราชวดีสาร, 9(2), 100 - 113