

การพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก : กรณีศึกษา Nursing care of maternity with gestational diabetes mellitus class A 1 with shoulder dystocia: case study

(Received: September 16,2021; Accepted: September 30,2021)

กนกกัญจน์ ภาณุภูมิ¹
Kanokkun Parkpoom¹

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 40 ปี ประวัติตั้งครรภ์แรก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 6 กันยายน 2564 ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมงระยะก่อนคลอด มีภาวะไม่สุขสบายจากเจ็บครรภ์คลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก ระยะคลอด เกิดภาวะคลอดไหล่ 1 นาที ได้รับการทำ Rt episiotomy คลอดทารกเพศหญิง APGAR Score นาทีที่ 1, 5, 10 เท่ากับ 8, 9, 9 คะแนน น้ำหนัก 3,650 กรัม แขนขวาขยับไม่ได้ รกคลอดครบ ลักษณะปกติ ระยะหลังคลอดเสียเลือดรวม 800 ซีซี เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูก มดลูกหดตัวดี ได้รับเลือดชนิด PRC 1 ยูนิต มารดาหลังคลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะช็อค แพทย์ส่งตัวทารกไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์จำหน่ายมารดาวันที่ 9 กันยายน 2564 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน จากการติดตามผลการรักษา มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด อาการบาดเจ็บที่เส้นประสาทแขนของทารกดีขึ้นยกแขนขาขึ้นจากพื้นแนวราบได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ภาวะคลอดไหล่ยาก

Abstract

Pregnant woman with 40 years old, first pregnancy history, was admitted to hospital on 6 September 2021 with pain after pregnancy pain before coming to the hospital for 3 hours. In prenatal stage, the patient had discomfort from pregnancy pain and risk of complications from receiving uterine stimulants. In birth stage, patient had shoulder dystocia for 1 minute, patient was received Rt episiotomy and give baby girl. APGAR score at 1, 5, 10 minute were 8, 9, 9 respectively. The weight of baby was 3,650 gram. The right arm of baby cannot move. After giving birth, it showed full normal placenta and total blood loss was 800 cc. The patient had postpartum hemorrhage and then patient was received stimulate uterine contractions drug and stretching the uterus and 1 unit of PRC blood. In postpartum, the uterine of patient showed contractions well and the patient is safe without shock. Doctors sent the baby to the hospital for further treatment. Patient was discharged on 9 September 2021, total hospital admission for 3 days. From follow-up treatment, the patient had no postpartum complications. Infant's brachial nerve injury was improves, right arm of infant can be lifted off the ground horizontally.

Keywords: Nursing care, Gestational diabetes, Shoulder dystocia

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากรกมีการสร้างฮอร์โมน human placental lactogen (hPL) ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมัน เพื่อสว่นพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้การตั้งครรภ์ปกติจะตรวจพบว่ามีภาวะ fasting hypoglycemia และภาวะ postprandial hyperglycemia และภาวะ hyperinsulinemia ซึ่งฮอร์โมน human placental

lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์

ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อผู้คลอดและทารก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) เพิ่มโอกาสคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น (Caesarean delivery) ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ภาวะคลอดไหล่ (Shoulder dystocia) เพิ่ม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช



อัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death) ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด (Neonatal hypoglycemia) เป็นต้น นอกจากนี้ในสตรีที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และพบว่าร้อยละ 50 จะเป็นโรคเบาหวานภายใน 22-28 ปี ภายหลังการตั้งครรภ์และในด้านทารกเองยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย

จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี พ.ศ. 2561-2563 พบสตรีตั้งครรภ์โรคเบาหวานจำนวน 164 ราย, 206 ราย และ 196 ราย ตามลำดับ โดยมีอุบัติการณ์การคลอดไหล่ยาก ร้อยละ 10.97, 11.02 และ 11.09 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด มีการเตรียมความพร้อมและพิจารณาการคลอดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในกรณีที่คลอดฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์เครื่องมือช่วยเหลือแก่มารดาและทารก รวมทั้งการประสานงานสหวิชาชีพ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้คลอดและญาติ จะทำให้มารดาและทารกปลอดภัยจากการเสียชีวิต ตลอดจนไม่เกิดข้อร้องเรียนจากเหตุการณ์นั้น ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
2. ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะคลอดไหล่ยาก ปรีกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกายจิตใจสังคม เศรษฐกิจ
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 40 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลวันที่ 6 กันยายน 2564 เวลา 05.40 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G₁P₀Ab₀L₀ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจำนวน 6 ครั้ง อายุครรภ์ 38⁺² สัปดาห์ by Ultrasound LMP จำไม่ได้ EDC 10 กันยายน 2564 ได้รับ Tetanus toxoid 3 เข็ม ผลเลือด VDRL Non-reactive, HbsAg Negative, HbeAg Negative, HIV Negative, Hct 33 %

การวินิจฉัยแรกรับ G₁P₀Ab₀L₀ GA 38⁺²wks with GDMA₁

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย GDMA₁ with Spontaneous vertex delivery with PPH

การประเมินสภาพร่างกาย

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/82 มิลลิเมตรปรอท
- ศีรษะ: รูปร่างปกติไม่มีก้อนนูนผิดปกติผิวดำไม่มีผื่น ร่วงผิดปกติไม่มีบาดแผลหรือฝี
- ใบหน้า: สมมาตรรูปร่างปกติไม่บวม
- ตาหูคอจมูก: เปลือกตาไม่ซีดไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ
- คอและไหปลาร้า: ไม่มีneck vein engorgement ต่อมไทรอยด์ไม่โต ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- กระดูกและข้อ: กระดูกไม่ผิดรูปเคลื่อนไหวได้ปกติ ขาสองข้างบวมกดบวมเล็กน้อย
- ทรวงอกและปอด: รูปร่างปกติหายใจสม่ำเสมอ O₂ Saturation 100%
- หัวใจ: เต็มสม่ำเสมอไม่มีmurmur อัตราการเต้น 108ครั้ง/นาที
- ท้อง: ยอดมดลูก 3/4 ≥สะดือ ท้องแข็งเป็นพักๆ 12” D 40 ”
- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี ม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร
- ตรวจภายใน: ปากมดลูกเปิด 8 cm. Effacement 100 % Station 0 MI

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1. Complete Blood Count ผล: White blood count 11,670 cell/mm³, Neutrophil 77.9%, Lymphocyte 15.6%, Monocyte 5.3%, Eosinophil 0.9%, Basophil 0.3%, Hematocrit 42.8%, Platelet count 266,000 cell/mm³

2. Urine Analysis ผล: Ketone 1+, Erythrocyte 3+, RBC 3-5 cell/HPF

3. DTX stat = 100 mg/dl

สรุปอาการ

ระยะก่อนคลอด: วันที่ 6 กันยายน 2564 เวลา 05.40 น. รู้สึกตัวดีมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ตรวจวัดสัญญาณชีพ ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 8 cm. Effacement 100 % Station 0 MI I 2 นาที D 40 วินาทีขนาดหน้าท้อง 34>ระดับสะดือ ทารกท่า ROA อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140 ครั้ง/นาที EFW 3,500 กรัม เจาะ DTX stat 98 mg% รายงานแพทย์พิจารณาคลอดทางช่องคลอด On 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit iv drip 80 ml/hr On O₂ mask with bag 10 LPM เวลา 13.20 น. ถู้งน้ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ ปากมดลูกเปิดหมด อัตราการเต้นของหัวใจทารก 142 ครั้ง/นาที กระตุ้นให้ผู้คลอดแบ่งตามจังหวะการหดตัวของมดลูกให้กำลังใจขณะมดลูกคลายตัว

ระยะคลอด: เวลา 13.50 น. ทารกศีรษะคลอด มีลักษณะ Turtle sign คลอดไหล่ยาก ทำ Rt episiotomy ทำ

การช่วยคลอดไหล่ โดยจัดท่า Mc Robert maneuver ทารกคลอดเวลา 13.54 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,650 กรัม ความยาว 52 เซนติเมตรติดไหล่ 1 นาที แรกเกิดร้องเสียงเบา มีปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย Apgar Score ที่ 1 นาที, 5 นาที, 10 นาที = 8,9,9 ตรวจร่างกายแขนขาขยับไม่ได้ให้ Vit K 1mg im ส่งทารกไปดูแลที่ตึกกุมารเวชกรรม เวลา 14.12 น. รกคลอดครบปกติ โดยวิธี Controlled cord traction

ระยะหลังคลอด: มารดาเสียเลือดจากการคลอด 800 ซีซี Hct stat 30% มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำการเย็บซ่อมฝีเย็บอย่างรวดเร็ว คลึงมดลูกทุก 15-30 นาทีใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออก 200 ml On Acetar 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv loading, Methergin 1 amp iv ทุก 15 นาที 2 ครั้งความดันโลหิต 118/78 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 100 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวดี ตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรทุก 15 นาทีเห็นบยา Cytotec 3 tab ทางทวารหนัก แพทย์ตรวจการฉีกขาดของแผลในโพรงมดลูก และช่องทางคลอดไม่มีเลือดซึมผิดปกติ เลือดไหลทางช่องคลอดปกติให้ PRC 1 ยูนิตสังเกตอาการต่อจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มดลูกหดรัดตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/86 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก ข้อมูลสนับสนุน 1. PV Cx dilate 8 cms effacement 100% station 0 MI 2. การหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+ 3. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ 5% D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 units iv drip 80 ml/hr 4. NST พบ Late decelerate FHS 148 ครั้ง/นาที	1. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา 2. ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อไม่ให้มดลูกกดทับเบียดเส้นเลือด inferior vena cava เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ 3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจ ความเสี่ยงจากการได้รับยา และแนะนำผู้คลอดไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษา โดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยา เริ่มให้ยา 1-2 มิลลิกรัมต่อนาที 4. ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา หากปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาทีและทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที 5. ปรับจำนวนหยดของยาทุก ๆ 15-30 โดยเพิ่มครั้งละ 1-2 มิลลิกรัมต่อนาที จนกระทั่งมดลูกหดรัดตัวดีคือ 40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้คลอดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก ๆ 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรง และถี่ขึ้น เลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก



วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	7. สอนมารดาให้สังเกตเด็กดิ้น ว่ามีการดิ้นมากขึ้นหรือน้อยลงภายหลังการหดตัวของมดลูกซึ่งปกติจะดิ้น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง 8. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห่างน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานเกิน 90 วินาที เสียงหัวใจทารกผิดปกติให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที และรายงานถ้าไม่ดีขึ้น 9. เมื่อน้ำเดินประเมินสีน้ำหล่อทารกว่ามี meconium ปนมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก การประเมินผล มดลูกหดตัว Interval 2-3 นาที Duration 50-60 วินาที ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contraction และวงแหวนเบนเดิล FHS อยู่ในช่วง 138-140 ครั้ง/นาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ผนังน้ำแตก น้ำคร่ำใสปกติ
มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด ข้อมูลสนับสนุน 1. มารดาบอกว่า “ตอนนี้ปวดท้องมากเลย” 2. มารดาแสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือเจ้าหน้าที่แน่นร้อง และมีการเกร็งตามแขนและขา ขณะที่มดลูกหดตัว 3. Pain score 10 คะแนน	1. อธิบายหรือทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดรวมทั้งแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและเกิดความปลอดภัยในการคลอด 2. ประเมินความเจ็บปวดของผู้คลอด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง 3. จัดทำนอนผู้คลอดให้อยู่ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี 4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ 5. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อุ่นห่มห่มพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี 6. แนะนำในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด โดยการกำหนดสติอยู่ที่ลมหายใจ (Mindfulness) ดูแลให้ทำอย่างถูกวิธีทุกครั้งขณะที่มดลูกหดตัวและคลายตัว ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นผลดี 7. กระตุ้นผิวหนังโดยการนวด การลูบ การคลึงเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด คือบริเวณกลางกระดูกสันหลัง ต้นขา และหน้าท้อง 8. สนับสนุนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้คลอด เช่น ไม่ควรแสดงความห่วงใยและวิตกกังวลมากเกินไป หรือในทางตรงข้ามไม่ควรแสดงความเฉยเมยไม่สนใจ เพราะท่าทีของบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดมาก ท่าทีที่ไม่เหมาะสมจะรบกวนอารมณ์ให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น การประเมินผลการพยาบาล ขณะมดลูกหดตัวสามารถเผชิญได้ ไม่ร้องและดิ้นไปมาสามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง หายใจเพื่อลดอาการปวดได้ถูกต้อง
ผู้คลอดอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และสูงเนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์นี้ 2. งดอาหารและน้ำตั้งแต่อยู่ที่บ้าน 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล 3. ระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ 100	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด คือ 5% D/N/2 1000 ml iv drip 80 ml/hr 2. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ชีพจรระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย 3. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 4. เตรียมอุปกรณ์เพื่อการช่วยเหลือ ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม และดำเนินการติดต่อประสานงานกับกุมารแพทย์เพื่อรับทารกแรกเกิดจากการคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะ

วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
mg/dl	ตั้งครุฑไว้ดูแลอย่างใกล้ชิด 5. ภายหลังคลอดรับประทานอาหารได้ แนะนำการรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ และอธิบายการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง 6. ส่งปัสสาวะตรวจ Ketone เพื่อประเมินภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อยระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 98-110 mg/dl ตรวจปัสสาวะ Ketone ในปัสสาวะ 1+ ไม่มีอาการของ DKA
มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดข้อมูลสนับสนุน 1. “เมื่อไหร่จะคลอดกลัวคลอดลำบาก” 2. มารดาได้รับแจ้งว่ามีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโต 3. มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้าขาว คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก	1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าว ๆ ให้ทราบเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจรวมทั้งความเสี่ยงจากการคลอดครั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดเจ็บครรภ์ ปากมดลูกเปิดใกล้คลอด จึงเปลี่ยนการคลอดเป็นทางช่องคลอด ซึ่งมีโอกาสคลอดติดขัดจากทารกตัวโตได้ 2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการช่วยเหลือของทีมแพทย์ พยาบาลให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้ 3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์ และการคลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล 5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล 6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ รวมทั้งอธิบายความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารกได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การบาดเจ็บของทารกระหว่างคลอด เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง การประเมินผล มารดาคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการคลอดมารดาและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในระยะคลอด และความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก
ผู้คลอดมีภาวะคลอดไหล่ยาก ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดมีปัจจัยเสี่ยงคือ GDMA₁ ครรภ์แรก 2. ขณะทำคลอดศีรษะ มีลักษณะ Turtle sign	1. ร้องขอความช่วยเหลือจากทีม ตามที่กำหนดบทบาทไว้ ประสานงานกุมารแพทย์ในการช่วยเหลือทารกหลังคลอด 2. สวนปัสสาวะทิ้ง 3. ตัด Rt episiotomy ให้กว้างมากขึ้น ฉีดยาชาให้เพียงพอตามแผนการรักษา 4. ใช้ลูกยางแดงดูดเมือกในปากและจมูกทารก 5. ช่วยคลอดไหล่ โดยจัดทำ McRoberts maneuver โดยให้ผู้ช่วย 2 คนยกขา มารดาทั้ง 2 ข้าง ออกจาก stirrup แล้วงอช่วงสะโพกขึ้นมาจนชิดหน้าท้อง หรือให้มารดาตั้งขาของตนเองขึ้นมาแนบกับหน้าอก ผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลางเพื่อให้ไหล่หน้าคลอดโดยจะไปทำให้กระดูก pubicsymphysis เคลื่อนขึ้นมาด้านบนหลุดออกจากไหล่หน้าได้ 4. ตรวจการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ และรีบช่วยเหลือแพทย์เย็บซ่อมแซมโดยเร็ว 5. หลังเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ สังเกตเลือดที่ออก ก่อนเลือดที่คั่งอยู่ใต้แผลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 6. ประเมิน Apgar score ที่นาที 1, 5, 10 และส่งต่อกุมารแพทย์ดูแล 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพภายหลังทารกคลอดอย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที 8. บันทึกการคลอดโดยละเอียด ได้แก่



วินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	8.1 ระยะเวลาของการคลอดในแต่ละระยะ 8.2 ชนิดการตัดฝีเย็บ 8.3 ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดไหล่ยาก 8.4 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด พร้อมเวลาที่เกิดแต่ละเหตุการณ์ 8.5 ขั้นตอนการช่วยเหลือภาวะคลอดไหล่ยากแต่ละวิธีอย่างละเอียด 8.6 ระยะเวลา และยาที่มารดาและทารกแรกเกิดได้รับ 8.7 การแจ้งข้อมูลภาวะคลอดไหล่ยากและการช่วยเหลือให้กับผู้คลอด และครอบครัว การประเมินผล ทำคลอดทารกสำเร็จระยะการคลอดติดไหล่ 1 นาที่ ไม่มีการฉีกขาดของช่องทางการคลอดและบริเวณรอบๆ เสียเลือดจากการคลอด 800 ml ทารก Apgar Score 8-9-9 ตรวจร่างกาย มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย แขนขา ยกไม่ขึ้น Motor power grade 0
ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การบาดเจ็บระหว่างการคลอด ข้อมูลสนับสนุน มีคลอดติดไหล่ 1 นาที่	1. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา และรายงานกุมารแพทย์ 2. ประสานหน่วยทารกป่วย เตรียมรับ และช่วยเหลือในระยะหลังคลอด 3. เมื่อคลอดศีรษะ ดุดเสมหะที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ 4. เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เอียงหน้าดุดเสมหะที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง 5. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่นทารกบนรถพยาบาลทารกเตรียมไว้ และให้การพยาบาลทารกบนรถ จัดให้ทารกนอนศีรษะต่ำ เพื่อให้เสมหะไหลออกได้สะดวก 6. ประเมิน APGAR Score ที่นาที่ที่ 1 = 8 ร้องเบา ปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ให้การช่วยเหลือตามอาการโดยการดุดเสมหะ กระตุ้นการหายใจด้วยการใช้นิ้วมือนวดหรือตีฝ่าเท้าทารก ให้ความอบอุ่นแก่ทารก APGAR Score ที่นาที่ที่ 5 = 9 7. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 8. ตรวจร่างกายของทารกตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า จุดเลือดออกต่างๆ และการบาดเจ็บภายหลังคลอดไหล่ยาก การประเมินผล ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี Apgar Score 9 – 10 หายใจได้เองสม่ำเสมอ การหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที่ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที่ DTX 94 mg/dl รูปร่างศีรษะจนถึงปลายเท้าปกติ มีรอยแดงที่ศีรษะ 2 ข้าง เล็กน้อย แขนขา ยกไม่ขึ้น Motor power grade 0
มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน 1. “รู้สึก ใจสั่น เวียนหัว” 2. มารดาหลังคลอดเหนื่อย อ่อนเพลีย เยื่อบุตาซีด 3. เสียเลือดจากการคลอดรวม 800 ml 4. ชีพจร 118 ครั้ง/นาที่ การหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 112/70 มิลลิเมตรปรอท 5: Hct stat = 30% จากเดิมก่อนคลอด 42.8%	1. ตรวจสอบกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนปัสสาวะทิ้ง 2. ตรวจสอบแผลฝีเย็บ ตรวจหาการฉีกขาดของช่องทางการคลอด พบมีเลือดซึมบริเวณแผลฝีเย็บ รายงานแพทย์ Resuture แผล perineum 3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที 4. คลึงมดลูกทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงด้วยตนเอง 5. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะปกติเพื่อประเมินภาวะช็อคจากการเสียเลือด 6. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml + Syntocinon 20 unit iv drip loading เปิดเส้นอีก 1 เส้นให้ 0.9 % NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr เตรียมความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ช่วยเหลือ PPH Box และรถ Emergency 7. เตรียมเลือด PRC 2 units ได้แล้วให้เลย 1 ยูนิต 8. ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด

American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes care 2009. Brussels: International Diabetes Federation.



- Ansell (Irving), L., et al. (2011). Shoulder dystocia: A qualitative exploration of what works. Retrieved on 10 January, 2012 from: <http://pdn.science direct. ComscienceS0266613811000672main.pdf>.
- Kendrick JM. (2011). Screening and diagnosing gestational diabetes mellitus revisited: implications from HAPO. J Perinat Neonatal Nurs, 25(3), 226-32.