



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
และมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด

สังวาท เสียงเสนาะ พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด

E-mail : sungwantan@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 39 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (G₂P₁₋₀₋₀₋₁) อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 4 วัน โดยรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยการเจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน ตรวจพบความดันโลหิตสูงและมีประวัติ Overt DM รับไว้ในความดูแลวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 เวลา 06.30 น. แรกได้รับผู้คลอดไม่มีการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/101 มิลลิเมตรปรอท DTX 154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เจ็บครรภ์คลอด Interval 3 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+ Pain score = 5 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 132 ครั้งต่อนาที EFM category II พบ Variable Deceleration ดูแลให้ oxygen mask with bag อัตรา 10 ลิตรต่อนาทีเพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความบางของคอมดลูก 100% ผนังคร่ำแตกสีชาชุ่มชื้นส่วนน้ำเป็นสีขุ่น ระดับของส่วนน้ำ -0- แพทย์ให้ 5%DN/2 1000 มิลลิตร อัตรา 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง ส่งตรวจ UA, CBC, BUN, Cr, AST, ALT, Coagulation

เวลา 07.40 น. ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จึงย้ายเข้าห้องคลอด ประสานกุมารแพทย์รับทารกแรกเกิด เตรียมช่วยคลอดทางช่องคลอด เตรียมผู้คลอดให้พร้อมในการทำสูติศาสตร์หัตถการ Vacuum Extraction ดูแลให้ oxytocin 10 unit ผสมใน 5%DN/2 1000 มิลลิตร (ขวดเดิม) ให้ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 36 มิลลิตรต่อชั่วโมง เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกและลดระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดความดันโลหิต 164/108 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด ทารกเกิด เวลา 07.52 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,185 กรัม ทารกแรกเกิดมีภาวะพร่องออกซิเจน APGAR score นาทีที่ 1=4 คะแนน ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ APGAR score นาทีที่ 5=6 คะแนน และนาทีที่ 10=7 คะแนน มีหายใจเหนื่อย และมี Retraction O₂sat 95-96% On O₂ CPAP ส่งทารกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

เวลา 08.00 น. ทำคลอดตรกลักษณะรกครบปกติ คลึงมดลูกให้แข็ง หลังรกคลอดความดันโลหิต 184/118 มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำ 177/107 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยเป็น Pre-eclampsia with Severe feature เพื่อป้องกันภาวะชัก ดูแลให้ยาแก้ชักและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา คือ 10% MgSO₄ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ จากนั้นให้ 50%MgSO₄ 10 กรัม ผสม 5%DW 480 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 50 มิลลิตรต่อชั่วโมง (1กรัมต่อชั่วโมง) ไม่มีอาการนำของการชัก ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา MgSO₄ หลังเย็บแผลมดลูกหดตัวไม่ดี คลึงมดลูกให้แข็งและดูแลให้ยาช่วยเพิ่มการหดตัวของมดลูกคือให้ oxytocin เพิ่มอีก 10 unit ผสมใน 5%DN/2 1000 มิลลิตร (ขวดเดิมรวมเป็น 20 unit) ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิตรต่อชั่วโมง ประเมินทุก 10 นาที มดลูกยังหดตัวไม่ดี ให้ Cytotec 4 เม็ด อมใต้ลิ้น เสียเลือดขณะคลอดรวม 100 มิลลิตร หลังคลอด 30 นาที ผู้คลอดมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น



ชาปลายมือปลายเท้า อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 136 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 165/108 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98% รู้สึกตัวดี Glasgow coma score 15 คะแนน หายใจมีกลิ่นอะซิโตน DTX 543 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Blood Ketone 1.3 mmol/L ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและหมดสติ แพทย์ให้ Human Insulin 10 unit ฉีดใต้ผิวหนัง เปลี่ยนสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น oxytocin 40 unit ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังได้รับ Human Insulin 10 unit ฉีดใต้ผิวหนัง 1 ชั่วโมง DTX 413 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ปรีกษาอายุรแพทย์มีแผนการรักษาให้ Regular Insulin (1:1) ทางหลอดเลือดดำอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ Acetar Load 500 มิลลิลิตร ส่งตรวจ Venous blood gas ผล pH 7.25 mmol/L, HCO₃ 13.8 mmol/L, PCO₂ 27.1 mmHg DTX ทุก 1 ชั่วโมงได้ 293 และ 187 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตามลำดับ สังเกตอาการหลังคลอดอยู่ในห้องคลอด 4 ชั่วโมง อุณหภูมิกาย 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/97 มิลลิเมตรปรอท มดลูกหดตัวดี กระเพาะปัสสาวะไม่เต็ม แผลฝีเย็บ ไม่บวม รวมเสียเลือดหลังคลอดทั้งหมด 300 มิลลิลิตร จึงย้ายไปแผนกอายุรกรรมและจำหน่ายจากโรงพยาบาล วันที่ 12 กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลาอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน ระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 ชั่วโมง 15 นาที

บทนำ

ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension: PIH) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 4.6 ของการตั้งครรภ์ และรายที่รุนแรงถึงขั้น eclampsia พบได้ประมาณ 1:1000-1:1500 ของการคลอด ภาวะนี้นับเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการตายของมารดาและทารกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถให้การดูแลและลดอันตรายของโรคนี้อย่างได้ หากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้อง (ธีระ ทองสง, 2564) จากข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบอัตราการตายมารดาไทยคิดเป็น 19.29 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการตาย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ และส่วนใหญ่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ ภาวะแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการตายมารดา ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ (พบมากในระยะหลังคลอด) ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากสถิติของหน่วยงานโรงพยาบาลตราด ใน ระหว่างปี 2565-2567 พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 139 ราย, 174 ราย และ 143 ราย คิดเป็นร้อยละของการคลอด 8.43, 10.46 และ 8.80 ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด, 2567)

ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิต systolic 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง หรือในกรณีที่ความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 110 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า วัดซ้ำในช่วงเวลาสั้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2567)

ชนิดของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

1. Preeclampsia

- ความดันโลหิต systolic 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ และ
- Proteinuria ตามคำจำกัดความที่กล่าวแล้วหรือในกรณีที่ไม่มี proteinuria แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงในสตรีที่มีความดันโลหิตปกติมาก่อน (new-onset) ร่วมกับการตรวจพบ new-onset ของกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้
- Thrombocytopenia : เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000/mm³
- Renal insufficiency : ค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือเพิ่มขึ้น เป็น 2 เท่าของ serum creatinine เดิมในกรณีที่ไม่มีโรคไตอื่น
- Impaired liver function : มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ
- Pulmonary edema
- อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือมีอาการทางสายตา (Visual disturbance)

2. Gestational hypertension

- ความดันโลหิตสูง เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ
- ไม่มี proteinuria
- ความดันโลหิตกลับสู่ค่าปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด การวินิจฉัยจะทำได้หลังคลอดแล้วเท่านั้น

3. HELLP syndrome

- Lactate dehydrogenase (LDH) ≥ 600 U/L
- AST และ ALT เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ
- เกล็ดเลือดต่ำกว่า $100,000 \text{ mm}^3$

4. Eclampsia

- การชักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการชักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

5. Chronic hypertension

- ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์
- ความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และยังคงสูงอยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์

6. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia

- สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตได้ดีมาก่อนแล้วมีความดันโลหิตสูงขึ้น หรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต และ
- มี proteinuria ที่เกิดขึ้นใหม่ หรือมีการเพิ่มขึ้นของ proteinuria หรือ
- มีลักษณะของ severe feature

การรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ severe features

1. การป้องกันภาวะชัก Eclampsia อันเนื่องมาจากสมองบวม (brain edema) จากการเพิ่มขึ้นของ vascular permeability หรือสมองขาดเลือด (cerebral ischemia) จากเส้นเลือดหดตัวทั่วร่างกายและ intravascular volume ที่ค่อนข้างต่ำหรือเลือดออกในสมองจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ผู้คลอดจะมีการและอาการแสดงของภาวะก่อนชัก เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่และซีมลง

การป้องกันการชัก โดยให้ยา Anticonvulsant drugs ได้แก่ 10% MgSO_4 4-6 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำช้าๆ อัตราน้อยกว่า 1 กรัมต่อนาที หรือผสมในสารน้ำ 100 มิลลิลิตร ให้นาน 15-20 นาที และต่อด้วย 50% MgSO_4 20 กรัม ผสมใน 5%D/W 500 มิลลิลิตร อัตรา 1-2 กรัมต่อชั่วโมง กรณีชักซ้ำให้ 10% MgSO_4 2-4 กรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำช้าๆ อัตราน้อยกว่า 1 กรัมต่อนาที ตรวจระดับ Magnesium ในเลือดที่ 4-6 ชั่วโมงหลังให้ยา เตรียมยาแก้ฤทธิ์ ได้แก่ ยา 10% Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ (นานกว่า 3 นาที)

2. การควบคุมความดันโลหิตในระยะคลอดและหลังคลอด ควรให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อความดันโลหิตสูงติดต่อกันนานมากกว่า 15 นาที

3. การยุติการตั้งครรภ์เป็นทางเลือกแรกในการรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ severe features ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากทารกส่วนใหญ่ที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ขึ้นไปจะมีความสมบูรณ์ของปอดพอใช้ ความเสี่ยงของทารกที่คลอดมาแล้วเป็น Respiratory Distress Syndrome (RDS) มีน้อยกว่า ความเสี่ยงของผู้คลอดที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก preeclampsia หากปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป โดยมีการดูแลการคลอด ดังนี้



- การชักนำและการกระตุ้นการคลอด ผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ที่จะยุติการตั้งครรภ์ สามารถชักนำหรือกระตุ้นการคลอดได้โดยวิธีการเจาะถุงน้ำคร่ำและการให้ Oxytocin ผสมน้ำเกลือหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยเสริมให้มีการหดตัวของมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่ปากมดลูกมักตอบสนองดีและประสบผลสำเร็จ

- ในระหว่างการคลอดระยะที่ 2 ไม่ควรให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดอันตรายได้ ดังนั้นจึงมีข้อบ่งชี้ในการพิจารณาใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด

- การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ง่าย สามารถทำได้โดยการให้ Oxytocin ผสมน้ำเกลือหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergonovine และ methylergonovine เนื่องจากยาเหล่านี้ สามารถทำให้ความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นได้จากหลอดเลือดในสมองแตก

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง(เจ็ดนภา แสงสว่าง และคณะ, 2566; น้ำทิพย์ดวงเงิน, 2567; อุดมพร เหมือยโรสง, 2567; อุไรรัตน์ นาจำเรียว, 2565)

1. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงระยะก่อนคลอด

1.1 การพักผ่อน (Bed Rest) โดยนอนพักบนเตียงให้มากที่สุด โดยเฉพาะท่านอนตะแคงซ้าย จะเป็นประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ ลดกดทับหลอดเลือด Inferior Vena Cava ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูก และรกเพิ่มมากขึ้น

1.2 จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ และลดการกระตุ้นผู้ป่วยทั้งจากแสง เสียง สัมผัส และจำกัดบุคลากรที่ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็น เพื่อลดการกระตุ้นจากภายนอก ลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ

1.3 วัดความดันโลหิตทุก 15 นาที จนกระทั่งคงที่ เปลี่ยนเป็นทุก 1 ชั่วโมง จนคลอด เพื่อติดตามและประเมินความรุนแรงของโรค

1.4 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหรืออาการนำของภาวะชัก เช่น Headache, Visual Disturbance, Epigastric Pain

1.5 ประเมิน Deep Tendon Reflex ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการชัก

1.6 วางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ ควรให้การพยาบาลที่จำเป็นในเวลาเดียวกันเพื่อรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด

1.7 ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง และ O₂Sat เพื่อประเมินภาวะ Pulmonary Edema และ Tissue Perfusion

1.8 ประเมินและบันทึกสารน้ำเข้าและออก การควบคุมสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์โดยบันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกเป็นรายชั่วโมง

2. ให้ยาป้องกันการชักตามแผนการรักษา ยาที่นิยมใช้คือ ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄)

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยากันชัก มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ใช้เครื่อง Infusion Pump ในการให้ Continuous Intravenous Infusion

2.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต ปัสสาวะต้องออกไม่น้อยกว่า 100 ซีซีต่อ 4 ชั่วโมง หรือ 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หากออกน้อยกว่าควรรายงานแพทย์เพื่อหยุดยา

2.3 ตรวจ Deep Tendon Reflex ทุก 2-4 ชั่วโมง ควรอยู่ในระดับ 2+ คือ มีการตอบสนองอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าหากอยู่ในระดับ 1+ มีการตอบสนองที่น้อยกว่าปกติ หรือ Deep Tendon Reflex 0 ซึ่งไม่มีการตอบสนองเลย ควรรายงานแพทย์เพื่อหยุดยา

2.4 ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ต้องหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที หากน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ควรรายงานแพทย์เพื่อหยุดยา

2.5 ตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือดที่ 4-6 ชั่วโมงหลังให้ยา และตรวจติดตามเป็นระยะ (ระดับที่เหมาะสมคือ 4.8-8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และควรทำในรายที่ Creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

3. ติดตามสถานะของทารกในครรภ์

3.1 ประเมินการหดตัวของมดลูกช่วง Latent ควรประเมินทุก 60 นาที และช่วง Active ควรประเมินทุก 30 นาที

3.2 ฟังเสียงอัตราการเต้นหัวใจทารกช่วง Latent ควรประเมินทุก 60 นาที และช่วง Active ควรประเมินทุก 30 นาที และตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง Electronic Fetal Heart Rate Monitoring รวมทั้งบันทึกผลการตรวจติดตาม หากพบว่ามีผิดปกติของ FHR Pattern ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์

3.3 ตรวจภายใน ช่วง Latent ควรประเมินทุก 4 ชั่วโมง และช่วง Active ควรประเมินทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อมี Probable Signs

3.4 ดูแลปรับเปลี่ยนท่า ควรดูแลให้ผู้คลอดอยู่ในท่าที่ทำให้ทารกในครรภ์เคลื่อนลงต่ำตามแรงโน้มถ่วงของโลกได้ง่าย ในภาวะ Preeclampsia ท่านอนศีรษะสูงมีความเหมาะสม และการจัดทำศีรษะสูงยังส่งเสริมการเกิด Ferguson's Reflex

3.5 ดูแลในการขับถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากเมื่อส่วนนำทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกรานมารดาจะไปเบียดกระเพาะปัสสาวะ หากกระเพาะปัสสาวะมีน้ำปัสสาวะมากจะทำให้ส่วนนำทารกเคลื่อนต่ำได้ช้า

3.6 ลดความเครียดจากความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง โดยแนะนำและฝึกวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดตามระยะคลอด เช่น การฝึกควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดผ่อนคลาย

การพยาบาลระยะคลอด

1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง

2. ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกหลังมดลูกคลายตัวทุกครั้ง หรือติดเครื่อง fetal monitoring

3. ให้ออกซิเจน 8-10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ออกซิเจนเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก

4. ไม่ควรให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดอันตรายได้ และเตรียมพร้อมในการทำสูติศาสตร์หัตถการ โดยใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด

5. ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูก

6. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด หากพบว่าไม่มีความก้าวหน้า ให้เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

7. การตัดฝีเย็บ และการซ่อมแซมฝีเย็บต้องทำอย่างระมัดระวัง เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีโอกาสสูญเสียเลือดได้ง่าย

8. ประเมินจำนวนเลือดที่ออกจากช่องคลอดภายหลังคลอด และขณะทำการเย็บแผลเป็นระยะ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

9. ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง

10. ควบคุมปริมาณยาและสารน้ำให้ได้ตามแผนการรักษา
11. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับมารดาและทารกให้พร้อม เตรียมยา 10% calcium gluconate
12. ประเมินอาการและสภาพทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกอาจมีภาวะขาดออกซิเจน

การพยาบาลระยะหลังคลอด

1. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกไม่หดตัว โดย
 - 1.1 คลึงมดลูกและประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ เพราะอาจเกิดการตกเลือดเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดีเนื่องจากฤทธิ์ของยา $MgSO_4$ ที่ได้รับ
 - 1.2 ให้ oxytocin ผสมน้ำเกลือหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม ergonovine และ methylergonovine เนื่องจากยาในกลุ่มนี้สามารถทำให้ความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นได้จากหลอดเลือดในสมองแตก
 - 1.3 ดูแลเรื่องการถ่ายปัสสาวะ ให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
 - 1.4 ประเมินปริมาณเลือดที่ออก โดยประเมินจากเลือดบนผ้าอ้อมอนามัยที่ใส่ไว้
 - 1.5 แนะนำให้ผู้คลอดคลึงมดลูกด้วยตนเองจนเป็นก้อนแข็ง และแจ้งพยาบาล ถ้าพบว่ามดลูกไม่แข็งตัว หรือ รู้สึกว่ามีเลือดออกจากช่องคลอด
2. ประเมินและติดตามผลข้างเคียงจากการได้รับยา $MgSO_4$ รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลง
3. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชักอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าอาจชักได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังคลอด
4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักต่อเนื่องจนครบหลังคลอด 24 ชั่วโมง
5. ให้ผู้คลอดได้นอนพัก และได้รับการรบกวนน้อยที่สุด
6. ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก แนะนำให้ญาติไปเยี่ยมทารก แนะนำมารดาบีบเก็บน้ำนมไว้ให้ทารก กรณีทารกแข็งแรงดี
7. ส่งต่อข้อมูลปัญหาของผู้คลอดให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในช่วงตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมภาวะเบาหวานไม่ดีพอจะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของสตรีและทารกในครรภ์ เช่น การคลอดยากทำให้เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การตกเลือดก่อนและหลังคลอด เพิ่มอัตราการตายของทารกในระยะปริกำเนิด การบาดเจ็บจากการคลอดเนื่องจากทารกตัวโตกว่าปกติ และ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ จากสถิติหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลตราด ปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้คลอดโรคเบาหวานจำนวน 99 ราย, 103 ราย และ 153 ราย คิดเป็นร้อยละของการคลอด 6.01, 6.19 และ 9.41 ตามลำดับ (โรงพยาบาลตราด, 2567)

โรคเบาหวานที่มีภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย (diabetic ketoacidosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยจะเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้ร่างกายสร้างคีโตน (Ketones) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์เป็นกรดออกมาในกระแสเลือดเป็นปริมาณมาก ทำให้เลือดมีภาวะเป็นกรด และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหากได้รับการรักษาไม่ทันเวลา

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก ซึมลงจนถึงระดับไม่รู้สีกตัว จากภาวะร่างกายเป็นกรด เสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงจนถึงระดับช็อค มีอาการตาลึกโป้ น้ำหนักลด อุนหภูมิในร่างกายต่ำ ผิวแห้ง ปากแห้ง เนื่องจากการถ่ายปัสสาวะออกไปมาก จากการขับน้ำตาลและสารคีโตนออกมาทางปัสสาวะทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซิส (osmotic diuresis) ร่างกายจึงสูญเสียน้ำออกมาทางปัสสาวะจำนวนมาก มีภาวะเป็นกรดในร่างกายทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน หายใจหอบลึก (Kussmaul's respiration) เพื่อปรับสมดุลภาวะเป็นกรดในร่างกาย โดยการหายใจหอบลึกเป็นการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และขับอะซิโตนออกมาทางลมหายใจ ค่าความเป็นกรด (pH) ในเลือดลดลง ความเข้มข้นของไบคาร์บอเนต (HCO_3) ในเลือดน้อยกว่า 15 มิลลิโมลต่อลิตร เกิดภาวะโซเดียมต่ำ โพแทสเซียมต่ำ ฟอสเฟตต่ำ จากการสูญเสียทางปัสสาวะ

การวินิจฉัย Diabetic ketoacidosis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย พบได้ร้อยละ 10-15 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบภาวะความเป็นกรดในเลือด Arterial pH < 7.3 ระดับ Bicarbonate ในเลือดต่ำ < 15 mEq/L Anion gap สูงขึ้น และระดับคีโตนในกระแสเลือดสูงขึ้น (สุขยา ลือวรรณ และคณะ, 2568)

การรักษา

เป้าหมายในการรักษาภาวะกรดคีโตนคั่งในร่างกาย คือ แก้ไขให้ภาวะเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติเข้าสู่ปกติโดยให้มีอัตราการตายหรือภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ซึ่งหลักการส่วนใหญ่ คือ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การให้อินซูลิน การให้โพแทสเซียมทดแทน การให้โซเดียมไบคาร์บอเนต การค้นหาและรักษาสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะกรดคีโตนคั่ง ได้แก่ การติดเชื้อ การติดตามผลการรักษาโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะวิกฤตกลับคืนสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด โดยให้ครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และครอบครัว (พาฝัน หงส์เตาปูน, 2567; สุนิสา พลนอก, 2565) ดังนี้

1. การสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัว บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว และช่วยให้สมองและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ออกซิเจน 3-5 ลิตรต่อนาที
3. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนคลอด ไม่ควรให้งดอาหารและน้ำนานเกินไป เพราะอาจเกิดภาวะ ketosis ได้ รายที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและได้รับอินซูลิน ควรดอินซูลินที่เคยฉีดและเปลี่ยนมาเป็นอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (regular insulin) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำแทน เพราะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า และเจาะเลือดเพื่อติดตามดูระดับน้ำตาลในเลือด
4. ติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดด้วย external fetal monitoring
5. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะหลังคลอดความต้องการอินซูลินจะลดลง เพราะฮอร์โมนต้านฤทธิ์อินซูลินที่สร้างจากรกหมดไป ควรลดขนาดของอินซูลินที่ใช้ลงตามระดับน้ำตาลในเลือดของมารดา ติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำเมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด
6. ทารกแรกเกิดควรอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การหายใจถูกกด



7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

8. การให้นมบุตร มารดาที่เป็นเบาหวานสามารถเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดาได้ แต่ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

9. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน สิ่งแวดล้อม และความสุขสบายอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลีย

10. ประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

11. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เกี่ยวกับโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป การรักษาที่ได้รับ การปฏิบัติตัวและการมาตรวจตามนัด

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ให้การดูแลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 เวลา 06.30 น. ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 เวลา 11.45 น. รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 ชั่วโมง 15 นาที

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที BP 132/101 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+ ขาบวมกดบวม 1+ จากการตรวจร่างกายตามระบบอื่นๆไม่พบความผิดปกติ

ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผล Complete blood count

รายการ	ค่าที่ตรวจพบ		ค่าปกติ (หน่วย)	การแปลผล
	เวลา 07.00 น. (ก่อนคลอด)	เวลา 08.14 น. (หลังคลอด)		
WBC	18.2	24.5	4.6-16.0 $10^4/\mu\text{L}$	สูงกว่าปกติ
RBC	5.15	4.96	4.0-5.2 $10^6/\mu\text{L}$	ปกติ
HGB	16.7	15.5	12.0-14.3 g/dL	ปกติ
HCT	48.3	46.4	> 33 %	ปกติ
RDW	14.5	14.4	11.9-14.8 %	ปกติ
PLT	140	120	140-400 $10^3/\mu\text{L}$	ปกติ
MPV	10.7	10.5	6.7-10.0 fL	ปกติ
Neutrophil	90.5	89.4	43.7-70.9 %	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	4.5	4.9	20.1-44.5 %	ต่ำกว่าปกติ
Coagulation				
PT	9.9	10.1	9.8-12.6 seconds	ปกติ
PTT	31.2	31	26.6-37.4 seconds	ปกติ
INR	0.86	0.87	0-1.1	ปกติ



การวิเคราะห์ผล

ผู้คลอดมี White Blood Cell และ Neutrophil สูง Lymphocyte ต่ำ เกิดจากร่างกายมีการตอบสนองต่อกระบวนการคลอดเหมือนกับการอักเสบ เช่น เนื้อเยื่อที่ฉีกขาดจากแผลฝีเย็บ การสูญเสียเลือดหลังคลอด

วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผลการตรวจ Urine Analysis

รายการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ (หน่วย)	การแปลผล
	เวลา 07.00 น. (ก่อนคลอด)		
Color	Yellow	Yellow	ปกติ
Appearance	Slight Turbid	Clear	ปกติ
Sp.gr.	1.010	1.003-1.035	ปกติ
pH	5.5	5.0 – 8.0	ปกติ
Ketone	negative	negative	ปกติ
Protein	3+	negative	สูงกว่าปกติ
Nitrite	negative	negative	ปกติ
Glucose	2+	negative	สูงกว่าปกติ
Leucocyte	1+	negative	สูงกว่าปกติ
RBC	5-10	0-2 cell/HPF	สูงกว่าปกติ
WBC	2-3	0-6 cell/HPF	ปกติ
Squamous epithelium	0-1	0-1 cell/HPF	ปกติ
Bacteria	Few	Not found	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะมากผิดปกติ เกิดจากผู้คลอดมีภาวะ preeclampsia (ครรภ์เป็นพิษ) ทำให้การทำงานของไตบกพร่อง

พบน้ำตาลในปัสสาวะจากผู้คลอด Overt DM และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

พบมี RBC ในปัสสาวะจากผู้คลอด มีปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำในอุ้งเชิงกรานทำให้เกิดแรงกดทับต่อกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดเส้นเลือดฝอย จึงพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะได้

วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผลการตรวจ Dextrostix (DTX)

เวลาที่ตรวจ	จาการพบ	08.30 น.	09.30 น.	10.30 น.	11.30 น.	ค่าปกติ (mg/dl)	การแปลผล
ค่าที่ตรวจพบ	154	543	413	293	187	70-120	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผู้คลอดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตั้งแต่แรกพบ และพบมีภาวะ Diabetic ketoacidosis หลังคลอด เวลา 08.30 น.เกิดจากในระยะคลอดการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะเครียด ทำให้มีการสร้างกลูโคสขึ้นใหม่ ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น และเมื่อได้รับอินซูลิน ระดับน้ำตาลจึงลดลง



วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผลการตรวจ Chemistry

รายการ	ค่าที่ตรวจพบ		ค่าปกติ (หน่วย)	การแปลผล
	เวลา 07.00 น. (ก่อนคลอด)	เวลา 08.14 น. (หลังคลอด)		
BUN	26.4	22.3	8-20 mg/dl	สูงกว่าปกติ
Creatinine	1.01	1.00	0.55-1.02 mg/dl	ปกติ
ALT	17.8	18.3	<35 U/L	ปกติ
AST	31.9	32.5	<35 U/L	ปกติ
Sodium	134.2	132.2	136-146 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Potassium	3.91	3.06	3.5-5.1 mmol/L	สูงกว่าปกติ
Chloride	102.0	107.0	101-109 mmol/L	ปกติ
CO2	11.6	16.3	21-31 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Blood ketone	-	1.3	<0.6 mmol/L	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ระดับ BUN สูง สัมพันธ์กับภาวะครรภ์เป็นพิษที่ส่งผลต่อการทำงานของไต

ตรวจพบระดับคีโตนสูง Blood ketone 1.3 mmol/L เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินทำให้เนื้อเยื่อร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงสลายไขมันเพื่อใช้เป็นพลังงานแทน ส่งผลให้เกิดกรดคีโตนร่วมกับ electrolyte imbalance จากภาวะ Metabolic Acidosis

วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผลการตรวจ Venous Blood gas

รายการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ (หน่วย)	การแปลผล
	10.00 น.		
pH	7.257	7.320-7.450	ต่ำกว่าปกติ
PCO ₂	27.1	32.0-48.0 mm.Hg	ต่ำกว่าปกติ
PO ₂	43.9	83.0-108.0 mm.Hg	ต่ำกว่าปกติ
HCO ₃ ⁻ std	13.8	22-26 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Na	125.7	136.0 - 145.0 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
K	3.61	3.40-4.50 mmol/L	ปกติ
Ca	0.36	1.15-1.33 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Cl	93	98-107 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Anion gap	24.5	>12 mmol/L	สูงกว่าปกติ
Lac	6.57	0.36-1.39 mmol/L	สูงกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล

ผู้คลอดมี pH 7.257 ต่ำกว่าปกติ, HCO₃ 13.8 mmol/L ต่ำกว่าปกติ, PCO₂ 27.1 mm.Hg ต่ำกว่าปกติ, PO₂ 43.9 mm.Hg ต่ำกว่าปกติ, Anion gap 24.5 mmol/L สูงกว่าปกติ เกิดจากร่างกายมีภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ ร่วมกับการชดเชยทางระบบหายใจ เป็นการขับ CO₂, เกิดภาวะ electrolyte imbalance มี lactate สูง เกิดจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน



ผลการตรวจพิเศษ

Electronic Fetal Monitoring (EFM) วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 = category II (ผิดปกติ)

ผลปกติ = category I

วันที่คลอด วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 วิธีคลอด Normal labour with Episiotomy

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Pre-eclampsia with severe feature with Diabetic ketoacidosis

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ระยะก่อนคลอด

1. มีโอกาสเกิดภาวะชักก่อนคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
2. ทารกในครรภ์มีโอกาสดังกล่าวเพราะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และภาวะเบาหวาน
3. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด
4. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เผชิญอยู่และความปลอดภัยของทารกในครรภ์

ระยะคลอด

5. มีโอกาสเกิดภาวะชักขณะเบ่งคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
6. ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และภาวะเบาหวาน

ระยะหลังคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

7. มีโอกาสเกิดภาวะชักหลังคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง
8. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
9. มีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากการคั่งของกรดคิโตนในร่างกาย
10. มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับยาอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล
11. ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และเบาหวาน
12. ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดการชักก่อนคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 132/102 มิลลิเมตรปรอท
2. มีขาวมกดปุ่ม 1+
3. ผล urine protein 3+
4. Deep tendon Reflex 2+

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. อัตราการเต้นชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. Deep tendon reflex 1-2 +
4. ไม่มีภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเบลอ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา ปวดกระบอกตา ถ้าพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์
2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพ และ Deep tendon Reflex ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและลดสิ่งกระตุ้น จัดให้ผู้คลอดอยู่ในห้องที่เงียบสงบ มีแสงสว่างเหมาะสม ลดแสงจ้า และจำกัดจำนวนผู้เยี่ยม
4. ป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียงหากเกิดภาวะชัก โดยการยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้นและไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
5. วางแผนการทำการกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละช่วงเวลาอย่างเหมาะสม เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและปราศจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากมีภาวะชัก เช่น การเก็บอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นออกไปจากบริเวณเตียง
6. อธิบายผู้คลอดให้ทราบถึงอาการนำของภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชัก และให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกมีอาการนำของภาวะชัก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัย
7. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา 10%MgSO₄, valium, ออกซิเจน, ไม้กดลิ้น, เครื่องดูดเสมหะ
8. จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือและดูแลผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว
9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และรายงานแพทย์ทันทีถ้าผลตรวจผิดปกติ เช่น เกล็ดเลือด เอนไซม์ตับ การทำงานของไต
10. ให้น้ำและอาหารทุกชนิด เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องผ่าตัดคลอดกรณีฉุกเฉิน

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีภาวะชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัวและอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. อัตราการเต้นชีพจร 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/101 – 164/108 มิลลิเมตรปรอท
3. Deep tendon reflex 2 +

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและภาวะเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 EFM CAT II, มี Variable deceleration
- 2 DTX 154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ความดันโลหิต 132/101 มิลลิเมตรปรอท
4. Interval 3 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน และส่งเสริมให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียงหัวใจทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 110-160 ครั้งต่อนาที
2. Moderate variability 6-25 bpm และไม่มี Variable deceleration หรือ Late deceleration
3. ไม่พบซีเทาทารกบนในน้ำคร่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้มารดาอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือด Inferior Vena cava ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูก และรกเพิ่มมากขึ้น
2. ให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตรต่อนาที
3. Monitoring Fetal Heart Sound อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยเครื่อง Electronic fetal monitoring ตลอดเวลา ถ้าพบ FHR Pattern ผิดปกติรายงานแพทย์
4. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ½ ชั่วโมง ถ้า Interval น้อยกว่า 2 นาที และ Duration มากกว่า 60 วินาที รายงานแพทย์
5. ประสานงานกุมารแพทย์และทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด หรือคลอดฉุกเฉิน
6. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้

ประเมินผลการพยาบาล

1. เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 120-132 ครั้งต่อนาที
2. มี Moderate variability ยังมี Variable deceleration ไม่มี Late deceleration
3. น้ำคร่ำสีขุ่น ไม่พบซีเทา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ มีสีหน้าไม่สุขสบาย กระสับกระส่ายเวลามดลูกมีการหดตัว
2. การหดตัวของมดลูก Interval 3 นาที Duration 40 วินาที Severity 2+
3. pain score = 5

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ และให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
2. pain score < 5

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย
2. ทบทวนกลไกการคลอดคร่าวๆ อธิบายว่าขั้นตอนการคลอดเป็นเช่นเดียวกับการคลอดในครรภ์ก่อนๆ ภายหลังทารกคลอดแล้วอาการเจ็บครรภ์จะหายไปทันที เพื่อสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้คลอด
3. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยให้หายใจแบบช้าๆ หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที

4. สอนการลูบท้อง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการลูบเบาๆ ขึ้นลงช้าๆ หรือลูบเป็นเลข 8 ขณะนอนตะแคง
5. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลความสบายทั่วไป เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น
6. แจ้งข้อมูลการตรวจความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูล และผ่อนคลายความตึงเครียด
7. จัดโอกาสให้สามีและญาติสนิทเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด

การประเมินผล

ขณะเจ็บครรภ์ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้องตามคำแนะนำ มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ไม่ร้องเสียงดัง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการตรวจและการรักษาพยาบาล pain score = 9

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เผชิญอยู่และความปลอดภัยของการคลอดในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามความผิดปกติของตนเองและสุขภาพของทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียดและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูลภาวะสุขภาพ และพยาธิสภาพของโรคที่กำลังเผชิญอยู่

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้คลอดโดยการสังเกตจากสีหน้าท่าทาง การซักถามเป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้คลอด เพื่อจะได้เข้าใจเกี่ยวกับความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านจิตใจ และเพื่อสนองความต้องการ และให้การพยาบาลได้ถูกต้อง เหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับผู้คลอด พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือทำให้ผู้คลอดมั่นใจในการดูแลและรู้สึกปลอดภัย โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และตั้งใจฟังผู้คลอด
3. ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายกลไกการเกิดโรค ลักษณะอาการสาเหตุของโรคต่อการตั้งครรภ์ และแนวทางการรักษา
4. เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยซักถามระบายความรู้สึก ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ต้องแจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงวัตถุประสงค์และผลที่ได้รับจากการพยาบาลนั้นๆ
5. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พูดคุยปลอบโยนโดยใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ
6. แจ้งข้อมูลการตรวจประเมินอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ภายหลังการให้การรักษายาบาลทุกครั้ง
7. แจ้งผลการตรวจความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูล และผ่อนคลายความเครียด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้คลอดคลายวิตกกังวล ตอบคำถามได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะชักขณะเบ่งคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต ขณะปากมดลูกเปิดหมด 164/108 มิลลิเมตรปรอท
2. Deep tendon reflex 2+

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะชักขณะคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. อัตราการเต้นชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. Deep tendon reflex 1-2 +
4. ไม่มีภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเบลอ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา ปวดกระบอกตา ถ้าพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์
2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที และ Deep tendon Reflex ทุก 15 นาที รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม
3. ดูแลให้ oxytocin 10 unit ผสมใน 5%DN/2 1,000 ทางหลอดเลือดดำอัตรา 36 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อให้มดลูกหดตัวดี
4. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมในการทำสูติศาสตร์หัตถการในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น V/E เพื่อลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่สอง (short second stage)
5. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินและแจ้งแผนการรักษาให้ผู้คลอดและญาติรับทราบหากมีภาวะฉุกเฉิน
6. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา 10%MgSO₄, valium, ออกซิเจน, ไม้กดลิ้น, เครื่องดูดเสมหะ
7. จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือและดูแลผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว
8. เมื่อผู้คลอดนอนบนเตียงคลอด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้คลอดสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ ระยะที่ 2 ของการคลอดใช้เวลา 12 นาที ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ อัตราการเต้นชีพจร 132 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 184/118 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+ ไม่มีภาวะชักขณะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
ชนิดรุนแรงและภาวะเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. แรกเกิดมีสายสะดือพันคอ 1 รอบหลวมๆ อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ ร้องเบาๆ เคลื่อนไหวแขนขาเล็กน้อย ผิวสีคล้ำ APGAR score ที่ 1 นาที = 4 คะแนน
2. ผู้คลอดมีความดันโลหิตก่อนคลอด อยู่ระหว่าง 132/101 – 164/108 มิลลิเมตรปรอท
3. DTX ก่อนคลอด 154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์

เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะอุณหภูมิ
กายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

หลังจากช่วยฟื้นคืนชีพ 5 นาที ทารกแรกเกิดมีคะแนน APGAR score เพิ่มขึ้นมากกว่า 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้คลอดได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่
ทารกแรกเกิด
2. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุกครั้งหลังมดลูกคลายตัว ถ้าน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที
รายงานแพทย์
3. รายงานกุมารแพทย์เพื่อรับทารกแรกเกิด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด
4. เมื่อทารกคลอด ร่วมทีมกับกุมารแพทย์ในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โดยเมื่อรับทารกนอนได้
radiant warmer รักษาความอบอุ่นด้วยการเช็ดตัวทารกให้แห้ง การจัดทำศีรษะและเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
лубหลังเบาๆเพื่อกระตุ้นการหายใจ และให้ออกซิเจน Tubing
5. ช่วยกุมารแพทย์ให้ออกซิเจนชนิด CPAP FiO₂ 0.3 , PEEP 5 เซนติเมตรน้ำ
6. ร่วมประเมิน APGAR score นาทีที่ 5 และนาทีที่ 10
7. ประสานกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อส่งต่อทารกไปดูแลต่อเนื่อง
8. นำส่งทารกไปหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโดยใช้ Transport incubator ในการเคลื่อนย้ายทารก และ
ส่งต่อข้อมูลผู้คลอดและทารกแก่พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

ประเมินผลการพยาบาล

หลังทารกเกิดได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดร่วมกันกับทีมกุมารแพทย์ กระตุ้นและให้ออกซิเจนทาง
สาย (Tubing) ทารกยังมีหายใจเหนื่อย มี Retraction O₂sat 85% ให้ O₂CPAP FiO₂ 0.3, PEEP 5
เซนติเมตรน้ำ APGAR score ที่ 5 นาที = 6 คะแนน ทารกยังมีหายใจเหนื่อย และมี Retraction O₂ sat 95-
96% กุมารแพทย์วินิจฉัยทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดระดับปานกลาง ส่งทารกไปสังเกตอาการที่หอ
ผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด APGAR score นาที ที่ 10 = 7 คะแนน



ระยะหลังคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะชักหลังคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังรกลอดความดันโลหิต 184/111 มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำ 177/107 มิลลิเมตรปรอท
2. Deep tendon reflex 2+
3. ได้รับยาป้องกันชัก 10% MgSO₄ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ จากนั้นได้รับ 50%MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%DW 480 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1 กรัมต่อชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันภาวะชักหลังคลอด
2. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. อัตราการเต้นชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. Deep tendon reflex 1-2 +
4. ไม่มีภาวะชัก
5. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄
 - 5.1 อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที
 - 5.2 ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
 - 5.3 ระดับ Magnesium level = 4.8 – 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเบลอ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา ปวดกระบอกตา ถ้าพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์
2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพ และ Deep tendon Reflex ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้คลอดมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม
3. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้เช่นร้อนวูบวาบ เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน
4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามชนิดและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน ควบคุมปริมาณยาโดยใช้เครื่อง Infusion Pump
5. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามแผนการรักษา 10% MgSO₄ 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ จากนั้นให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%DW 480 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1 กรัมต่อชั่วโมง) และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงหลังให้ยา MgSO₄ ดังนี้
 - 5.1 ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์
 - 5.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์



5.3 ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 1+ ต้องรายงานแพทย์ทันทีหรือเท่ากับ 0 หยุดยาทันที

5.4 สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ความดันโลหิต ลดลง การหายใจช้าลง ชีพจร กล้ามเนื้ออ่อนแรง Deep tendon reflex ลดลง รีบรายงานแพทย์

5.5 เตรียม 10% Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร ไว้ให้พร้อมใช้ (เป็น Antidote ของ $MgSO_4$) สำหรับ นิดทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ประมาณ 3 นาที

5.6 ส่งเลือดตรวจและติดตาม Magnesium level ตามแผนการรักษา ควรอยู่ในระดับที่ป้องกันชักคือ 4.8 – 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหากพบสูงเกิน 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรรายงานแพทย์

6. จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว

7. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ยา 10% $MgSO_4$, valium, ออกซิเจน, ไม้กดลิ้น, เครื่องดูดเสมหะ

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่มีภาวะชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัวและจุกแน่นใต้ลิ้นปี่หลังได้รับยา $MgSO_4$ 30 นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ Deep tendon reflex 2+ ประเมินอาการซ้ำทุก 1 ชั่วโมง ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 165/108 - 168/101 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+ ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีปัสสาวะออก 80 มิลลิลิตร สีเหลืองใส แพทย์ให้ตรวจระดับ Magnesium หลังให้ $MgSO_4$ 6 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดได้รับยา $MgSO_4$
2. มดลูกหดตัวไม่ดี
3. เสียเลือดขณะคลอด 100 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์

ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวกลมแข็ง ระดับยอดมดลูกไม่ลอยสูงเกินระดับสะดือ
2. ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืดใจสั่น
3. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือ เสียเลือดรวมตั้งแต่ทารกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 500 มิลลิลิตร
4. อัตราการเต้นชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท O_2sat มากกว่า 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที และสอนให้ผู้คลอดคลึงมดลูกด้วยตนเองทันทีหลังรกคลอด และรายงานแพทย์ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
3. ดูแลไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็มเนื่องจากจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก โดยตรวจสอบการหักพับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลได้สะดวก

4. ประเมินเลือดที่ออกใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบว่ามียเลือดที่ออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน/ 1 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์

5. ดูแลให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ oxytocin 20 unit ผสมใน NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี

6. ดูแลให้ cytotec 4 เม็ด รับประทาน ตามแผนการรักษาเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี และสังเกตอาการข้างเคียงของยาเช่น มีไข้ หนาวสั่น

ประเมินผลการพยาบาล

หลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้คลอดไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น มดลูกหดรัดตัวกลมแข็งระดับสะดือ ไม่มี Active bleeding per vagina ปริมาณการเสียเลือด 2 ชั่วโมงแรก 200 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/101 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98 %

หลังคลอด 4 ชั่วโมง มดลูกหดรัดตัวดี ใส่คาสายสวนปัสสาวะไหลดี แผลฝีเย็บไม่บวม รวมเสียเลือดหลังคลอดทั้งหมด 30 มิลลิลิตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/97 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีโอกาสภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากการคั่งของกรดคิโตนในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น ซาปลายมือปลายเท้า
2. อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 165/108 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98 % Glasgow coma score เต็ม 15 คะแนน
3. หายใจมีกลิ่นอะซิโตน
4. DTX= 543 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
5. Blood Ketone 1.3 mmol/L

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและหมดสติ
2. ลดเกิดการคั่งของกรดคิโตนในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี Glasgow coma score เต็ม 15 คะแนน
2. ไม่มีหายใจหอบลึก
3. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท O₂sat >95 %
4. ผล Blood sugar < 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Ketone < 0.6 mmol/L
5. ผล VBG pH 7.35-7.45 mmol/L, HCO₃ 22-26 mmol/L, PCO₂ 32-48 mm.Hg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ และNeuro sign ทุก 1 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ได้รับ Oxygen mask with bag อัตรา 10 ลิตรต่อนาทีเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ตรวจวัดและบันทึก O₂sat ทุก1 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ได้รับ Insulin อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้ Insulin เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ Human Insulin 10 units ฉีดใต้ผิวหนังและอีก 1 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น Regular Insulin (1:1) ทางหลอดเลือดดำอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

4. ติดตามผล DTX ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการให้ Insulin และเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา Acetar Load 500 มิลลิลิตรจากนั้นให้ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

6. ประสานอายุรแพทย์และส่งตรวจเลือด ได้แก่ Ketone, VBG ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความผิดปกติและวางแผนให้การพยาบาล

7. จัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งานได้ทันที เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

8. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

หลังคลอด 1 ชั่วโมง หายใจยังมีกลิ่นอะซิโตน DTX 413 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98 %

หลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 168/101 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98% หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ DTX 293 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผล VBG pH 7.25 mmol/L, HCO₃ 13.8 mmol/L, PCO₂ 27.1 mm.Hg

หลังคลอด 4 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/97 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 98% มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่มี Hematoma ไม่มี Active bleeding per vagina ได้รับสารน้ำ 950 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ มีปัสสาวะสีเหลืองใสออกรวม 550 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง ย้ายไปแผนกอายุรกรรม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 มีโอกาสการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับยาด้วยอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดได้ Human Insulin 10 units ฉีดใต้ผิวหนัง
2. ผู้คลอดได้ Regular Insulin (1:1) ทางหลอดเลือดดำอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่มีอาการซึม มือ-เท้าเย็น ใจสั่น ชีพจรเบาเร็ว
2. ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ต่ำกว่า 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งผู้คลอดทราบเกี่ยวกับฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาอินซูลิน เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น
2. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ได้รับ Insulin อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา คือ RI 100 unit ผสมใน NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง by Infusion pump และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้อินซูลิน
4. ตรวจและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดรายงานแพทย์เพื่อปรับอัตราการให้อินซูลิน
5. แนะนำอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว รู้สึกเหมือนจะเป็นลม ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทราบ
6. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพและเตรียมยา 50%Glucose 50 มิลลิลิตร ให้พร้อมใช้ เพื่อการแก้ไขภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้คลอดไม่มีอาการหน้ามืดใจสั่น หรือ มือเท้าเย็น
2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้อินซูลิน
ชั่วโมงที่ 1 = 293 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ชั่วโมงที่ 2 = 187 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

สีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องโรคและแนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รับทราบขั้นตอนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความตึงเครียด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวล ความสามารถในการรับรู้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดและญาติด้วยท่าทางสุภาพ เป็นมิตร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ระบายความรู้สึกและค้นหาสาเหตุ พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะคีโตนคั่ง สาเหตุ อาการและแนวทางการรักษาเป็นช่วงๆ ตามความเหมาะสม
4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้กับผู้คลอด
5. สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกสาเหตุ อาการ อาการแสดงของโรค และเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่ถูกแยกไปสังเกตอาการ ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดสีหน้าวิตกกังวล สอบถามเกี่ยวกับอาการทารก
2. ทารกส่งไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิดเนื่องจากมีภาวะ Birth asphyxia

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทารก

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยกับผู้คลอดและญาติด้วยถ้อยคำสุภาพ และเป็นมิตร
2. ให้กำลังใจผู้คลอดและอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด ตอบคำถามเมื่อผู้คลอดสงสัยด้วยท่าทีเข้าใจผู้คลอด
3. อธิบายถึงสาเหตุที่ต้องย้ายทารกไปสังเกตอาการที่แผนกทารกวิกฤติ
4. อธิบายการช่วยเหลือดูแลทารกแรกเกิด แนวทางการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแจ้งอาการทารกให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ
5. แจ้งช่วงเวลาที่คุณคลอดสามารถเข้าเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้คลอดและญาติเข้าใจอาการของทารก และแผนการรักษาของแพทย์ สีหน้าคลายความกังวล

การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดในทุกกระยะของการคลอด โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด จำนวน 1 ราย

ให้การดูแลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 เวลา 06.30 น. ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม 2567 เวลา 11.45 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 ชั่วโมง 15 นาที

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้คลอดได้รับการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่ม และในแต่ละระยะของการคลอด เฝ้าระวังติดตามอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคเบาหวาน ประเมินอาการนำของการชัก อาการน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยากันชัก และได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ไม่เกิดภาวะชัก ช็อคหรือหมดสติ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับ ทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). กองอนามัยมารดาและทารก.

เจตินภา แสงสว่าง, ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, วนิดา วงศ์มณีวรรณ, เพ็ญศรี ศรีอินทร์, และ พชรินทร์ เงินทอง.

(2566). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิด Preeclampsia โดยใช้หลักการจากพยาบาลวิชาชีพมาตรฐานการพยาบาลที่ดีในระยะคลอด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 16(2).

ธีระ ทองสง. (2564). สุนัขศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 6. ลักษณะมีรุ่ง.

น้ำทิพย์ ดวงเงิน. (2567). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง.

<https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files/การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.pdf>

ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล และ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2563). แนวทางการดูแลรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช: จากงานวิจัยสู่งานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. พี.เอ.อีฟวิ่ง.

พาฝัน หงส์เตาปูน. (2567). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย Nursing Care of Elderly Pregnancy with Gestational Diabetes Mellitus :Two Case Studies. <https://he03.tcithaijo.org/index.php/ech/article/view/>

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. พี.เอ.อีฟวิ่ง.

โรงพยาบาลตราด. (2567). ข้อมูลทะเบียนคลอดผู้คลอดโรงพยาบาลตราด ปี2565-2567.

สุชยา ลีอรรณ, จารุวรรณ แซ่เต็ง, และ ญัฐพัชร์ จันทรสภา. (2568). สุนัขศาสตร์เชียงใหม่ Chiang Mai's Obstetrics 2025. ภาควิชาสุนัขศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุนิสา พลนอก. (2563). กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วย Diabetic ketoacidosis.

https://www.mnrh.go.th/pdf_file_academic/3011202001_RESEARCH.pdf

อุดมพร เหมือยไธสง. (2567). กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด (ศึกษา 2 ราย) NURSING CARE FOR PREGNANCY WITH PRE-ECLAMPSIA IN LABOUR: COMPARISON. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1877/1308>

อุไรรัตน์ นาจำเจริญ. (2565). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะอ้วน และภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ:กรณีศึกษา. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12026/10396>