

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับ
ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและเบาหวาน**

พิมาน จบกมลศึก
งานห้องคลอด โรงพยาบาลโพธาราม

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง ส่งผลเพิ่มอัตราทุพพลภาพและเสียชีวิต เบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยเนื่องจากคนเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและเบาหวานมาก่อน เมื่อดังครรภ์แล้วมีภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อนขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทางด้านมารดา เช่น ภาวะชัก รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย เกิดการคลอดยาก เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ทางด้านทารก เช่น เสียชีวิตในครรภ์ บาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด ความพิการแต่กำเนิด ภาวะหายใจลำบาก น้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้นพยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามหลักการปฏิบัติและทางด้านวิชาการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

คำสำคัญ : ครรภ์เป็นพิษร่วมกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เบาหวาน การพยาบาล

Abstract : Nursing Care for Superimposed preeclampsia and Diabete mellitus in Pregnant Women

Hypertension in pregnant women is a serious complication in obstetrics that causes an increase in the amount of disabled and deceased. Diabete mellitus is a complication that can be found frequently due to the increasing number of people. A woman who has chronic hypertension and diabete mellitus problems before becoming pregnant may get superimposed preeclampsia problems which may occur serious complications. The effects on women are problems such as eclampsia, abruption placenta, coaguophaty, intracerebal hemorrhage, liver and renal failure, dystocia, premature labor, hyperglycemia or hypoglycemia. The effects on infants are intrauterine fetal demise, birth injuries, stillbirth, congenital malformations, respiratory distress syndrome and hypoglycemia etc. A nurse who provides nursing care must have

knowledge and competencies for patients safety, continually notice the patient's changing symptoms and a nurse must practice nursing process in the most technically correct ways, such as observation, analysis and provide nursing care effectively and correctly in practical terms and nursing care theories. These skills can reduce complication and dangerous signs to the pregnant women and infant.

Keywords : superimposed preeclampsia, chronic hypertension, diabetase mellitus, nursing care

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง คือหญิงเป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อนเมื่อตั้งครรภ์พบภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน¹ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง เพิ่มอัตราทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนทางด้านมารดา เช่น ชัก เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย ปอดบวม น้ำเกลือเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทางด้านทารก ทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ ส่วนภาวะเบาหวานทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการสร้างและการนำอินซูลินไปใช้ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ พบร้อยละ 3 – 14² การตั้งครรภ์ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (diabetic ketoacidosis) ได้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอยู่ก่อนตั้งครรภ์จะมีอาการของโรครุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดาและทารก เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ความพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโตทำให้คลอดติดไหล่ เกิดภาวะหายใจลำบาก ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีความรู้เรื่อง การวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีทักษะความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลตามความเร่งด่วน อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดตามปัญหาที่พบโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิต ทั้งมารดาและทารก

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลห้องคลอด นักศึกษาพยาบาล ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีครรภ์เป็นพิษร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและเบาหวาน
2. ใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนให้ปลอดภัย ทั้งก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด รวมถึงทารกแรกเกิด
3. ใช้เป็นเอกสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ แก่ผู้สนใจ

ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์¹⁻³ แบ่งเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยเป็นครั้งแรกในระหว่างตั้งครรภ์ ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ และไม่มีอาการบวม บางครั้งถูกจัดกลุ่มเป็นภาวะความดันโลหิตสูงชั่วคราว (transient hypertension)

2. ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic/preexisting hypertension) หมายถึงภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมาก่อนตั้งครรภ์ เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่สาเหตุจากการตั้งครรภ์

3. ครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (preeclampsia) หมายถึงความดันโลหิตสูงที่พบครั้งแรก ในขณะที่ตั้งครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ ครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) หมายถึงภาวะที่มีภาวะชักร่วมด้วย เกิดขึ้นได้ทุกระยะของการคลอด

4. ครรภ์เป็นพิษร่วมกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Superimposed Preeclampsia) หมายถึงหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อน เมื่อตั้งครรภ์แล้วพบมีภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อน
อุบัติการณ์¹⁻⁴

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบประมาณร้อยละ 5 – 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ครรภ์เป็นพิษระยะก่อนชัก (preeclampsia) พบร้อยละ 3-10 อุบัติการณ์ของการชัก (eclampsia) พบได้ประมาณ 1 ต่อ 2500 ราย

ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ¹ ได้แก่

1. ประวัติเคยมีภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7 เท่า
2. ลำดับการตั้งครรภ์ มักเกิดในการตั้งครรภ์ครั้งแรก (primigravida)
3. ประวัติพันธุกรรมในครอบครัว มีแม่หรือพี่สาวเคยเป็นครรภ์เป็นพิษ
4. ประวัติมีความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง
5. ความผิดปกติทางสูติกรรม เช่น ตั้งครรภ์ในขณะที่เป็นเบาหวาน ทารกบวม น้ำ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ และการตั้งครรภ์ไขปลาออก เป็นต้น
6. อายุของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีอุบัติการณ์สูงขึ้นในอายุน้อยกว่า 18 ปี และมากกว่า 40 ปี
7. ภาวะโภชนาการ ส่งเสริมให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ

การวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ⁵

เกณฑ์ขั้นต้นของการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และมีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิกรัมใน 24 ชั่วโมง หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 1+ ขึ้นไปจากการตรวจด้วยแถบตรวจปัสสาวะ(dipstick)

ระดับความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ

ในปี พ.ศ.2557 ในตำรา Williams obstetrics ได้ระบุเกณฑ์บ่งชี้ (indication) แสดงความรุนแรง (severity) ของภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นชนิดรุนแรง (severe) และไม่รุนแรง (non-severe) ซึ่งเดิมเคยแบ่งระดับความรุนแรงเป็นน้อย (mild) และรุนแรงมาก (severe)

อาการและการแสดง

ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (severe preeclampsia) พิจารณาจากอาการ อาการแสดง หรือการตรวจพบทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป¹⁻⁶

1. อาการทางระบบประสาท เช่น สายตาพร่ามัว เห็นจุดในลานสายตา (scotoma) ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ชีมลงหรือหมดสติ

2. อาการจุกแน่นลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา อันเกิดจากเนื้องอกตับบวมทำให้มีการยืดขยาย และติ่งตัวของแคปซูลที่หุ้มตับ

3. ความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท คงที่อย่างน้อย 6 ชั่วโมง
4. น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (เช่น 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์หรือ 3 กิโลกรัมต่อเดือน)
5. น้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
6. มีอาการชัก (eclampsia) หรือหมดสติโดยไม่มีเหตุอื่นทางระบบประสาทอธิบายได้
7. เลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage)
8. ตามองไม่เห็น (cortical blindness)
9. ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth restriction หรือย่อว่า IUGR)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹⁻⁶

1. โปรตีนในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กรัมใน 24 ชั่วโมง (heavy proteinuria)
2. มีข้อบ่งชี้ถึงภาวะไตวาย ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรใน 24 ชั่วโมง (oliguria) หรือระดับครีเอตินิน (creatinin) ในซีรัม (serum) สูงกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. การทำงานของตับผิดปกติ ระดับเอนไซม์ aspartate aminotransaminase (AST) และ/หรือ เอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ในซีรัมสูงกว่า 70 หน่วยสากลต่อลิตร (IU/L)
4. เกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิลิตร (thrombocytopenia)
5. ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy)
6. กลุ่มอาการเลือดไม่แข็งตัว (HELLP syndrome) อันประกอบด้วย การแตกของเม็ดเลือดแดง (hemolysis) การเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ตับ และเกล็ดเลือดต่ำ

การป้องกัน⁷

ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน แต่มีรายงานการให้ยาแอสไพริน (baby aspirin) ในการป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยการให้รับประทานแอสไพรินขนาดต่ำ (60-80 มิลลิกรัมต่อวัน) เริ่มให้ในปลายไตรมาสแรก โดยให้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีประวัติเป็นครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน เป็นต้น

การดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษที่ไม่รุนแรง⁵

หลักการดูแลรักษา คือ การเฝ้าระวัง และให้คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ดังนี้

1. อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ รักษาแบบประคับประคอง (expectant management) โดยเฝ้าตรวจ ติดตามอาการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด และเจาะเลือดหญิงตั้งครรภ์เพื่อตรวจความรุนแรงของโรคไว้เป็นพื้นฐาน
2. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติทุกวัน เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ หายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย เด็กดิ้นน้อยลง
3. แนะนำวัดความดันโลหิต สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และไม่จำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท

4. ไม่จำเป็นต้องให้แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) เพื่อป้องกันชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีอาการผิดปกติ

5. ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ (urine protein) ตรวจเกล็ดเลือด (platelet count) ซีรัม (creatinin) และซีรัมเกี่ยวกับการทำงานของตับ (transaminase) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

6. นับลูกดิ้นทุกวัน และตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (non stress test) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

7. ให้คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (severe preeclampsia) ทารกอยู่ในภาวะอันตราย (non-reassuring fetal status)

8. ระยะเวลาหลังคลอด เพื่าระวังความดันโลหิตต่ออย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังคลอด และนัดวัดความดันโลหิตซ้ำ 7-10 วันหลังคลอด

9. ให้ยาลดความดันโลหิต ในกรณีความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หลังคลอด และยังคงสูงอยู่เมื่อวัดซ้ำควรให้การรักษากายใน 1 ชั่วโมง

การดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง⁵

หลักในการดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีภาวะรุนแรง (severe preeclampsia หรือ preeclampsia with severe features) ได้แก่ ให้ยาป้องกันชัก ให้ยาลดความดันโลหิต และให้คลอด

การให้ยาป้องกันชัก แมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate หรือ $MgSO_4$) เป็นยาป้องกันชักในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง และภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) ยานี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันชักได้ดี

การให้ยาลดความดันโลหิต ความดันโลหิตที่สูงมากจากภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง อาจทำให้เส้นเลือดแตกและเลือดออกในสมอง หรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอท ถือเป็นความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงและเป็นภาวะฉุกเฉิน และต้องได้รับยาลดความดันโลหิต โดยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วง 140-150 / 90-100 มิลลิเมตรปรอท

ยารักษาความดันโลหิตที่เป็นทางเลือกแรก (First line therapy)

1. ยา Hydralazine (apresoline หรือ Nepresol) ยาออกฤทธิ์โดยตรงที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดคลายตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง เลือดออกจากหัวใจมากขึ้น (cardiac output) และเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกดีขึ้น

2. ยา Nifedipine (Adalat) เป็นยาในกลุ่มของ Calcium channel blocker ออกฤทธิ์ต้านแคลเซียมเข้าไปในเซลล์ ซึ่งส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และยังลดความดันทานภายในหลอดเลือดแดง มีผลลดความดันโลหิต

ในกรณีที่ให้ยาแล้วสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เป็นอันตรายแล้ว ให้วัดความดันโลหิตซ้ำทุก 10 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมงและทุก 30 นาทีอีก 1 ชั่วโมง จากนั้นทุกชั่วโมงเป็นเวลา 4 ชั่วโมง

การรักษาความดันโลหิตที่เป็นทางเลือกที่สอง (Second line therapy)

1. ยานิคาร์ดิปิน (Nifedipine)⁷ เป็นยาในกลุ่ม Calcium channel blockers กลไกการออกฤทธิ์ของยานิคาร์ดิปิน คือ ตัวยาจะออกฤทธิ์โดยลดประจุไฟฟ้าแคลเซียมที่ถูกนำเข้าไปในกล้ามเนื้อเรียบ ซึ่งอยู่ที่ผนังเซลล์ของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวและเป็นการเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้เป็นอย่างดี เป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง

2. ยาเลเบทาลอล (Labetalol) หรือ ยาอะเวซา (Avexa) เป็นยาที่ควบคุมความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ได้ดี มีผลข้างเคียงต่อการเต้นของหัวใจน้อยกว่ายาHydralazine และมักใช้เป็นยาอันดับ 2 ที่ให้ยา Hydralazine แล้วความดันโลหิตไม่ลดลง

การให้คลอดในผู้คลอดภาวะครรภ์เป็นพิษ⁵

การให้ยาลดความดันโลหิต และยาป้องกันชัก เป็นเพียงการประคับประคองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะครรภ์เป็นพิษ การรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษที่ได้ผลดี คือ การให้คลอด การเลือกวิธีการคลอด (mode of delivery) ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ ทำของทารกในครรภ์ สภาวะปากมดลูก และสภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ การผ่าตัดคลอดทำในกรณีที่ปากมดลูกไม่พร้อม และไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

ภาวะเบาหวาน (diabetes mellitus)

ภาวะเบาหวาน หมายถึงภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานแต่ละชนิด โดยพบได้ในเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หรือหญิงตั้งครรภ์³

ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Diabetes mellitus in pregnant women)⁸ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational diabetes mellitus /Overt DM) พบได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยตัวโรคจะมีผลต่อการสร้างอวัยวะของทารก ซึ่งอาจทำให้ทารกผิดปกติได้ พบประมาณร้อยละ 10-20³

2. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus/GDM)พบได้ประมาณร้อยละ 80-90 ของเบาหวานที่พบในหญิงตั้งครรภ์² หรือพบประมาณร้อยละ12.9 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด⁹

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์³

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 4000 กรัม ประวัติการคลอดบุตรที่มีความพิการแต่กำเนิดหรือเสียชีวิตในครรภ์ ประวัติการเป็นเบาหวานในครรภ์ก่อน และประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว

การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ มีวิธีการตรวจสอบสองวิธี คือ

1. วิธีตรวจแบบ 1 ขั้นตอน (One-step OGTT)¹⁰ โดยการให้รับประทานกลูโคส 75 กรัม (Oral Glucose Tolerance Test) และวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) เมื่อมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดค่าใดค่าหนึ่งเท่ากับ หรือสูงกว่าค่าที่กำหนดไว้ดังนี้คือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร

92 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลที่ 1 ชั่วโมง 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลที่ 2 ชั่วโมง 153 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (วิธีนี้ยังไม่นิยมนำมาปฏิบัติ)

2. วิธีตรวจแบบ 2 ขั้นตอน (Two step screening)¹⁰

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองด้วย 50 กรัม glucose challenge test (50กรัม GCT) โดยเจาะเลือดหลังรับประทานน้ำตาลกลูโคส 50 กรัมที่ 1 ชั่วโมง ไม่ต้องงดอาหารและน้ำ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าผิดปกติ ให้ตรวจต่อขั้นตอนที่ 2⁸

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การตรวจด้วยการรับประทานน้ำตาลกลูโคส (oral glucose tolerance test : OGTT) โดยให้งดอาหารและน้ำก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล (Fasting blood sugar : FBS) และให้รับประทานน้ำตาลกลูโคส 100 กรัมเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลที่ 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง ถ้าค่าระดับน้ำตาลเท่ากับหรือสูงกว่าค่าที่กำหนด 2 ค่า ขึ้นไปถือว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ (GDM) (ตามตารางที่ 1) แต่ถ้าพบผิดปกติเพียงค่าเดียวควรตรวจซ้ำอีก 1 เดือน (หรืออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์)

ตารางที่ 1 แสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan และของกลุ่มข้อมูลเบาหวานแห่งชาติ (National Diabetes Data Group : NDDG)²⁻⁸

ช่วงเวลา	ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	
	Carpenter และ Coustan	National Diabetes Data Group
หลังงดอาหารและน้ำ (FBS)	95	105
1 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม	180	190
2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม	155	165
3 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล 100 กรัม	140	145

ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคเบาหวาน⁸ ดังนี้

1. ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น เนื่องจากความต้องการอินซูลินมีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะการตั้งครรภ์
2. เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (diabetic ketoacidosis) จากการที่ร่างกายสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ กับความต้องการในช่วงหลังของการตั้งครรภ์ เกิดภาวะเลือดเป็นกรดมากขึ้น⁸
3. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความผิดปกติของหลอดเลือดสูงขึ้น¹¹ เช่น จอตาเสื่อมสภาพ (retinopathy) การทำงานของไตแย่ลง (diabetic nephropathy) กรวยไตอักเสบ(pyelonephritis)

ผลของโรคเบาหวานต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์⁸

1. การแท้งบุตร (spontaneous abortion) การควบคุมเบาหวานไม่ดีในไตรมาสแรกมีโอกาสเกิดการแท้งได้ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เสี่ยงต่อการแท้งบุตรได้ร้อยละ 30-60³
2. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ส่วนมากพบในช่วงครึ่งแรกของการตั้งครรภ์จากการรับประทานอาหารได้น้อย แพ้ท้อง และการที่กลูโคสของหญิงตั้งครรภ์ถูกนำไปใช้เป็นพลังงานในการเจริญเติบโตของทารก
3. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) มักเกิดในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ จากการที่รกสร้างฮอร์โมนที่ต้านฤทธิ์อินซูลินทำให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำตาลในเลือดสูง⁸
4. การติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากความเป็นกรดต่างในช่องคลอด และการมีน้ำตาลในปัสสาวะซึ่งเป็นอาหารของเชื้อโรค ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มขึ้นกว่าปกติถึง 3 เท่า และมีโอกาสเกิดการอักเสบของกรวยไตได้มากกว่าปกติถึง 4 เท่า
5. ครรภ์แฝดน้ำ (hydramnios) เชื่อว่าเกิดจากทารกมีน้ำตาลในเลือดสูงจนเกิดภาวะถ่ายปัสสาวะมาก (fetal polyuria) ส่งผลให้น้ำคร่ำเพิ่มขึ้น พบได้ร้อยละ 10-20¹²
6. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ พบได้ 2 - 4 เท่าของการตั้งครรภ์ปกติ พบในรายที่มีพยาธิสภาพที่ไต (diabetic nephropathy) อาจพบภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้ถึงร้อยละ 50¹¹
7. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด (preterm labor and preterm birth) พบบ่อยในรายที่มีภาวะครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต หรือมีการติดเชื้อ เป็นต้น
8. การคลอดยาก (dystocia) เนื่องจากทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) มีโอกาสคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อมารดาและทารก
9. การตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด หรือเสียเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการ
10. ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนในเลือดสูง พบร้อยละ 1-3²
11. อัตราการตายของมารดา (maternal mortality) สาเหตุการตายเกิดจากการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี เกิดจากภาวะเลือดเป็นกรด ความดันโลหิตสูง¹¹
12. ด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลและกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารก

ผลต่อทารกในครรภ์และทารกแรกคลอด²

1. ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (intrauterine fetal death) หรือตายคลอด (stillbirth)
2. ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (congenital malformations) เพิ่มขึ้น 4 เท่า² มักพบในรายที่เป็นโรคเบาหวานเรื้อรังมาก่อนตั้งครรภ์ เป็นได้ทุกอวัยวะของทารก เช่น พบภาวะไม่มีกระโหลกศีรษะ (anencephaly) สูงเป็น 5 เท่าของมารดาปกติ⁸
3. ทารกมีขนาดใหญ่ คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4000 กรัม พบได้ถึงร้อยละ 15-45 ในหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์¹²

4. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction : IUGR)
5. การตายของทารกหลังคลอด พบสูงขึ้น 7 เท่า² จากภาวะหายใจลำบาก
6. ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome : RDS) พบสูงขึ้น 5-6 เท่า² เกิดจากการพัฒนาของปอดทารกน้อยกว่าปกติ
7. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (neonatal hypoglycemia) ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำใน 2 ชั่วโมงแรก
8. ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) ซึ่งจะพบระดับแคลเซียมลดต่ำลงสุดในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด⁸
9. ภาวะเลือดข้น (polycythemia) มีความเข้มข้นของเลือด มากกว่า 65-70 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากเลือดมีความหนืดสูง พบได้ร้อยละ 40²
10. ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia) มักพบในทารกที่คลอดก่อนกำหนด มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ⁸
11. มีเซาร่วมปัญญาต่ำ พบในรายที่เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตช้า พัฒนาการของสมองไม่ดี⁸
12. การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ทารกมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 1-3 ถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคเบาหวานทารกมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20²
13. การบาดเจ็บจากการคลอด³ (birth injuries) เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่แขน (brachial plexus injury) กระดูกไหปลาร้าหัก (fracture of clavicle) เป็นต้น

กรณีศึกษา

หญิงไทย คู่ อายุ 32 ปี ตั้งครรภ์ที่สอง (G₂P₁A₀L₁) อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 2 วัน (จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง) มาฝากครรภ์ตามนัด พบความดันโลหิตสูง 190/130 มิลลิเมตรปรอทจึงให้นอนโรงพยาบาล ความดันโลหิตที่ห้องคลอด 170/130 – 160/120 มิลลิเมตรปรอท พบโปรตีนในปัสสาวะ 2+ ไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ ไม่มีอาการบวม มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและเบาหวาน จากการซักประวัติพบว่าเคยเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษในครรภ์แรก และเป็นความดันโลหิตสูง 11 ปี รักษาไม่ต่อเนื่องและขาดการรับประทานยาเป็นเบาหวานมา 4 ปีรักษาด้วยอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือด แรกรับ 84 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หลังจากนอนพักวัดความดันโลหิตซ้ำยังคงสูง มีโอกาสเกิดภาวะชักได้มากให้ยาป้องกันการชักแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และยาลดความดันโลหิต (Apressoline) ทั้งหมด 5 ครั้ง ความดันโลหิตไม่ลดลง จึงวางแผนผ่าตัดคลอดหลังจากให้ยาป้องกันการชักครบ 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะชักและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ถ้ายังไม่คลอดการควบคุมความดันโลหิตจะทำได้ยาก เตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอด ประสานทีมห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญี แต่ความดันโลหิตยังสูง 190/120 มิลลิเมตรปรอท มีอาการตาพร่า ปวดศีรษะไม่มีจุกแน่นหน้าอก อัตราการเต้นหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที จึงเปลี่ยนยา

ลดความดันเป็น (nicadipine 1:20) เข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท เตรียมทีมและอุปกรณ์ให้พร้อม อัตราการเต้นหัวใจทารก 158 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ซีพจร 132 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ

37.7 องศาเซลเซียส น้ำตาลในเลือด 112 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ก่อนส่งไปห้องผ่าตัด คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 2930 กรัม ประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar Score) ที่ 1 นาทีให้ 9 คะแนน ที่ 5 นาทีให้ 9 คะแนน ที่ 10 นาทีให้ 9 คะแนน ทารกหายใจเร็วตื่นใส่เครื่องช่วยหายใจแบบ (Nasal CPAP) ระดับน้ำตาลในเลือดทารก 75 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ส่งทารกไปหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) มารดากลับจากห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 130/90 – 150/100 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดได้ยาลดความดันโลหิตทั้งทางหลอดเลือดดำและโดยการรับประทาน ส่วนภาวะเบาหวานมีการเจาะเลือดและให้ยาอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือด มารดาไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ต่ำ มารดาหลังผ่าตัดคลอดแข็งแรงดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด จากภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานไปเยี่ยมบุตรและป้อนน้ำนมไปให้บุตรได้ ทารกอยู่หน่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 8 วัน จึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมมารดา

การพยาบาลกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต 190 /120 มิลลิเมตรปรอท ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 2+ มีอาการปวดศีรษะ และตาพร่าเล็กน้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะช็อกและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดการช็อก ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการช็อก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือไตซายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์

2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากภายนอกทั้งแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก (MgSO₄) ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา

5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา

6. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก

7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล ไม่เกิดการช็อก ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาป้องกันชัก (MgSO₄) และยาลดความดันโลหิต ทั้งชนิดแรกและชนิดที่สอง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิต 190 /120 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาป้องกันชัก และได้รับยาลดความดันโลหิต (Apressoline และ nicadipine)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาป้องกันชักและยาลดความดันโลหิต

เกณฑ์การประเมินผล อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้
2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน
3. ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนอุบวบทั่วตัวอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา
4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที
5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษโดยระยะแรกมีการอุบวบวบ กระหายน้ำ

เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และ DTR ลดลง ระยะหลังจะกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หายใจได้

8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10 % calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมง ถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมากให้รายงานแพทย์ทราบ (diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท)
10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล ความดันโลหิต 160/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากเป็นเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน เป็นเบาหวานมา 4 ปีรักษาด้วยอินซูลิน ได้รับการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใกล้เคียงออกมากตัวเย็น ใจสั่น เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม ซึม สับสน
2. ดูแลให้ได้รับอินซูลินและสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษา
3. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วเป็นระยะทุก 2 ชั่วโมง
4. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที

การประเมินผล ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือด 112 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง
 และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณดึ้นน้อยลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 158 ครั้งต่อนาที
วัตถุประสงค์การพยาบาล ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพ
 ทารกในครรภ์ปกติ ทารกดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาทีถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test)
3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น
4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกออกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดรั้ง

ตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกดิ้นน้อยลง

การประเมินผล อัตราการเต้นของหัวใจทารก 152 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ
 ทารกดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวลกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานมาก่อนการตั้งครรภ์ และรู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูง
 มาก 190/120 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรคดี

เกณฑ์การประเมินผล สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตาม
 คำแนะนำได้ นอนพักได้ หน้าตาสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้
 เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
3. แนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลอธิบายให้ทราบ
 สภาวะของทารกในครรภ์ เพื่อให้เข้าใจอาการของตนเอง จะช่วยให้คลายความกังวล
4. แสดงความสนใจ ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่
 เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์เพื่อให้คลายความกังวล

การประเมินผล หน้าตาสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากมารดาเป็น
 เบาหวานก่อนตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน มารดาเป็นเบาหวานมา 4 ปี และได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ทารกไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาโดยเร็วในระยะ 30 นาที แรก-1 ชั่วโมงแรกเกิด กรณีทารกไม่สามารถดูดนมมารดาได้ ต้องให้นมผสมตามความต้องการของทารกทุก 2-3 ชั่วโมง
 2. อธิบายให้มารดาทราบว่าทารกเสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยต้องเจาะเลือดจากหลอดเลือดฝอยบริเวณสันเท้าทารก เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในทารกแรกเกิดภายใน 1 ชั่วโมง และทุก 3 ชั่วโมงเป็นเวลา 48 ชั่วโมง
 3. ตรวจประเมินระดับน้ำตาลในเลือดของทารกตามแนวปฏิบัติ กรณีมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษา
 4. ดูแลให้ทารกที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้รับสารน้ำที่มีกลูโคสทางหลอดเลือดดำ
- การประเมินผล** ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดทารก 75 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

บทสรุป

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและเบาหวาน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาถึงสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริมให้เกิด อาการอาการแสดง การวินิจฉัย แนวทางการรักษา การป้องกัน สามารถประเมินปัญหา และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ให้การพยาบาลและตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพถูกต้องตามหลักการปฏิบัติและทางด้านวิชาการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ รวมถึงทารกแรกเกิด จนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดา และทารกปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ฉวี เบาทรวง. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรดี๊ตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส. 2560; 35-58.
2. สุขยา ลือวรรณ. โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com. 2558.
3. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์. 2559.

4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BM, et al. Williams Obstetrics. (24th ed.). New York: McGraw-Hill. 2014.
5. เพ็ญกุลดา ทองประเสริฐ. การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินจากครรภ์เป็นพิษ. ประชุมวิชาการประจำปีสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) ครั้งที่ 6/2558.
6. ดวงสิทธิ์ วัฒนการาร. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง. 2553; 305-31.
7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558.
8. นันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม (โรคเบาหวาน). ใน: นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส. 2560; 71-83.
9. ฉัญญา เชษฐากุล. เบาหวานกับการตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก haamor.com/th/เบาหวานกับการตั้งครรภ์.
10. ธรรมพจน์ จีรากรภาสวัฒน์. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.med.cmu.ac.th > Home > Lecture/Topic > Residents' Topic Review. 2559.
11. ชีระ ทองสง. โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy with Diabetes Mellitus). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.med.cmu.ac.th > Home > Medical Complications. 2558.
12. กาญจนา ศรีสวัสดิ์. การดูแลหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(2):50-7.