

บทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ในมารดาครรภ์แฝด: กรณีศึกษา

Antepartum Nursing Role of Multiple Pregnancies: A Case Study

สุนีย์ กลีบปาน* พรทิพย์ ชีวะพัฒน์**

Sunee Kleeapan* Porntip Cheewapat**

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์แฝด (Multiple Gestation) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk pregnancy) ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกมีการถ่ายเลือดระหว่างกัน (Twin-Twin transfusion syndrome; TTTS) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งมารดาและครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลจากการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจแก่มารดาและครอบครัว โดยบทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ในมารดาครรภ์แฝดที่สำคัญมี 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ดูแลโดยตรง (direct care provider) โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาครรภ์แฝด ด้วยการประเมินสาเหตุ ปัจจัย อาการ และภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล บทบาทการเป็นผู้สอน/ผู้ให้ข้อมูล (educator) ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และผู้ให้คำปรึกษาทางคลินิก (counselor) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและทางด้านจิตใจ บทบาทพยาบาลดังกล่าวถือเป็นส่วนสำคัญในการที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งยังช่วยลดผลกระทบทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและครอบครัวอีกด้วย

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์แฝด การพยาบาลระยะตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาล

Received: August 9, 2016

Revised: April 23, 2018

Accepted: May 28, 2018

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

* Instructor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. E-mail: sunee.k.rc@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: Porntip.c@stin.ac.th

** Assistant Professor, Maternal Newborn Nursing and Midwifery Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. E-mail: Porntip.c@stin.ac.th

Abstract

Multiple gestation is a high-risk pregnancy. The impact of multiple gestation affects both mother and foetus whether it be common complications such as abortion, preterm labour and twin-twin transfusion syndrome (TTTS). It is also a major cause behind increasing perinatal morbidity and affects the family especially in terms of the psychological problems of the family. Pregnant women and the family experience anxiety about their foetal health and long hospital stay, therefore nurses play an important role in caring about the physical and psychological well-being of pregnant women and the family. The important roles of nursing in pregnant women who've had multiple gestation are as follows: 1) direct care provider using the nursing process by assessment risk factors, symptoms and complications, will contribute to the planning and nursing; 2) educator by providing information to behave appropriately; and 3) counselor on health and psychological aspects-these are important in preventing complications and the risk surveillance of mother and foetus. In addition, the effects of psychological problems in pregnant women and the family are reduced.

Keywords: multiple gestation, antepartum nursing care, nursing role

บทนำ

การตั้งครรภ์แฝด (Multiple Gestation) คือการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการปฏิสนธิของไข่แล้วมาฝังตัวที่โพรงมดลูก ทำให้เกิดจำนวนตัวอ่อนมากกว่า 1 ตัว¹ ถือเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk pregnancy) อัตราการเกิดครรภ์แฝดต่อมารดาตั้งครรภ์ 1,000 ราย ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2016 พบอัตราการเกิดครรภ์แฝด 33.4 และในปี ค.ศ. 2017 พบอัตราการเกิดครรภ์แฝด 33.3² ในส่วนของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2559 มีมารดาคลอดบุตรจำนวน 4,655 ราย คลอดครรภ์แฝดสองจำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.72 และในปี พ.ศ. 2560 มีมารดาคลอดบุตรจำนวน 4,743 ราย

คลอดครรภ์แฝดสองจำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.87³ ถึงแม้ว่าสถิติการตั้งครรภ์แฝดจะมีอัตราที่ค่อนข้างคงที่ แต่การตั้งครรภ์แฝดนั้นส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว ไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทั่วไป เช่น การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดเฉพาะการตั้งครรภ์แฝด เช่น การพันกันของสายสะดือ (cord entanglement) ทารกแฝดไม่มีหัวใจ (acardiac twins) ทารกมีการถ่ายเลือดระหว่างกัน (Twin-Twin transfusion syndrome; TTTS) และทารกแฝดมีน้ำหนักแตกต่างกันมาก (discordant twins) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราตายปริกำเนิด

เพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่า อัตราตายปริกำเนิดต่อการตั้งครรภ์แฝดสอง 1,000 รายเท่ากับ 29.8 อัตราตายปริกำเนิดต่อการตั้งครรภ์แฝดสาม 1,000 รายเท่ากับ 59.6 ในขณะที่อัตราตายปริกำเนิดต่อการตั้งครรภ์เดี่ยว 1,000 รายนั้นเท่ากับ 6.4⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งมารดาและครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลจากการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก สตรีจะมีการรับรู้ทางลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แฝด และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจแก่มารดาและครอบครัว โดยบทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ในมารดาครรภ์แฝดที่สำคัญมี 3 บทบาท ได้แก่ 1. ผู้ดูแลโดยตรง (direct care provider) โดยการประเมินอาการของผู้รับบริการปฏิบัติการพยาบาล และเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล 2. ผู้สอน/ผู้ให้ข้อมูล (educator) โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ 3. ผู้ให้คำปรึกษาทางคลินิก (counselor) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของมารดา ภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ให้คำปรึกษาแก่มารดาและครอบครัว เพื่อคลายความวิตกกังวล สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอ ชนิด สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาและบทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ในมารดาครรภ์แฝด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลมารดาตั้งครรภ์แฝด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเฝ้าระวังความ

เสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกในครรภ์

ชนิดของการตั้งครรภ์แฝด

การตั้งครรภ์แฝดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ แฝดแท้ (Monozygotic twins) พบอุบัติการณ์เกิดประมาณ 1 ใน 3 ของการตั้งครรภ์แฝด และแฝดเทียม (Dizygotic twins) พบอุบัติการณ์เกิดประมาณ 2 ใน 3 ของการตั้งครรภ์แฝด⁶

1. แฝดแท้ (Monozygotic twins, identical or true twins) แฝดชนิดนี้จะมีลักษณะทางกายภาพและลักษณะทางพันธุกรรมที่เหมือนกัน⁷ เกิดจากการปฏิสนธิของไข่ 1 ใบ แล้วเกิดการแบ่งตัวออกเป็นสอง ซึ่งลักษณะของรกและถุงน้ำคร่ำจะแตกต่างกันขึ้นกับระยะเวลาที่เกิดการแบ่งตัว^{1,4,8}

1.1 การแบ่งตัวภายใน 72 ชั่วโมงหลังปฏิสนธิ เกิดก่อนการสร้าง inner cell mass และชั้นนอกของ blastocyst ยังไม่พัฒนาเป็นเยื่อหุ้มทารกชั้นนอก (chorion) แฝดจะมีรกและถุงน้ำคร่ำแยกออกจากกัน (diamniotic, dichorionic) พบได้ประมาณร้อยละ 25-30 ของ monozygotic twins

1.2 การแบ่งตัวระหว่างวันที่ 4-7 เป็นระยะที่มีการสร้าง inner cell mass และ chorion แล้ว แฝดจะมีรกเพียงอันเดียว แต่มีถุงน้ำคร่ำแยกออกจากกัน (diamniotic, monochorionic)⁹ พบได้ประมาณร้อยละ 70-75 ของ monozygotic twins

1.3 การแบ่งตัวระหว่างวันที่ 8-12 เป็นระยะที่มีการสร้าง amnion แล้ว แฝดจะมีรกและถุงน้ำคร่ำเพียงอันเดียว (monoamniotic, monochorionic)⁹ ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ได้เป็นอย่างมาก พบได้ประมาณร้อยละ

1-2 ของ monozygotic twins

1.4 การแบ่งตัวภายหลังวันที่ 13 เป็นระยะที่มีการสร้าง embryonic disk แล้ว ทำให้ทารกอาจมีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเชื่อมติดกัน (conjoined twins) ซึ่งพบได้น้อยมากประมาณร้อยละ 0.05 ของ monozygotic twins ซึ่งอาจทำให้ทารกมีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ได้ conjoined twins แบ่งชนิดตามตำแหน่งที่มีการเชื่อมติดกัน ดังนี้⁶

1.4.1 Thoracopagus พบได้ประมาณร้อยละ 75 ของ conjoined twins แผลชนิดนี้มีการติดกันตั้งแต่บริเวณทรวงอกลงมาถึงผนังหน้าท้องส่วนบน มีการใช้ตับ ระบบทางเดินอาหาร และ pericardium ร่วมกัน ซึ่งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

1.4.2 Omphalopagus แผลชนิดนี้มีผนังหน้าท้องเชื่อมกัน มีการใช้ตับร่วมกัน แต่ไม่มีส่วนของ pericardium ร่วมกัน ซึ่งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ค่อนข้างดี

1.4.3 Pyopagus แผลชนิดนี้มีส่วนของกระดูกสันหลังเชื่อมกัน มีการใช้ rectum และกระเพาะปัสสาวะร่วมกัน การพยากรณ์โรคอยู่ในระดับที่ดี

1.4.4 Craniopagus แผลชนิดนี้มีบริเวณกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองเชื่อมติดกัน และมีการใช้หลอดเลือดสมองร่วมกันในบางส่วน ซึ่งการพยากรณ์โรคขึ้นกับการเชื่อมกันของหลอดเลือดสมองว่ามากน้อยเพียงใด

1.4.5 Ischiopagus แผลชนิดนี้มีส่วนของกระดูกเชิงกรานร่วมกัน การพยากรณ์โรคขึ้นกับอวัยวะที่ฝาแฝดมีการใช้ร่วมกัน

2. แผลเทียม (Dizygotic twins, fraternal

or false twins) เกิดจากการปฏิสนธิของไข่ 2 ใบและอสุจิ 2 ตัว แผลจะมีรกและถุงน้ำคร่ำแยกออกจากกัน (diamniotic, dichorionic)⁸ ซึ่งจะมีลักษณะแตกต่างกันทางกายภาพ เช่น เพศ รูปร่าง หน้าตา และมีพันธุกรรมที่แตกต่างกัน โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเพิ่มอัตราการเกิดถึงร้อยละ 35

สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์แฝด

การตั้งครรภ์แฝดเกิดจากสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน ดังนี้

1. เชื้อชาติ อุบัติการณ์เกิดการตั้งครรภ์แฝดจะแตกต่างกันตามเชื้อชาติ โดยประชากรผิวดำมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดได้มากกว่าประชากรผิวขาวและชาวเอเชีย จากการรวบรวมวรรณกรรมของ Melissa และ Martin พบว่า อุบัติการณ์เกิดการตั้งครรภ์แฝดในชาวไนจีเรีย 49:1,000 ในชาวอเมริกัน 12:1,000 คน และชาวญี่ปุ่น 1.3:1,000 ของการคลอด^{1,7}

2. พันธุกรรม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของมารดามีมากกว่าบิดา จากรายงานพบว่ามารดาที่เป็นแฝดมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝด 1:58 ของการตั้งครรภ์ ส่วนบิดาที่เป็นแฝดจะมีโอกาสทำให้ภรรยาตั้งครรภ์แฝดเพียง 1:116 ของการตั้งครรภ์¹

3. อายุของมารดาและจำนวนการตั้งครรภ์ มารดาตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นและการตั้งครรภ์ท้องหลัง มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดได้บ่อยกว่ามารดาตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยและตั้งครรภ์ท้องแรก จากรายงานพบอุบัติการณ์เกิดการตั้งครรภ์แฝดในมารดาที่มีอายุระหว่าง 35-40 ปี¹ โดยพบมากในอายุ 37 ปี⁶ และมารดาที่ตั้งครรภ์ท้องหลัง ตั้งแต่ท้องที่ 4 ขึ้นไป มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดได้

มากกว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ท้องแรก 3 เท่า

4. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

4.1 การได้รับยากระตุ้นการตกไข่เพื่อรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น การใช้ฮอร์โมน Gonadotropin หรือยา Clomiphene จะทำให้เกิดการตกไข่ครั้งละหลายๆ ใบ ทำให้มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์แฝดได้ ซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดการตั้งครรภ์แฝดในมารดาที่ได้รับฮอร์โมน Gonadotropin ร้อยละ 20-40 และ Clomiphene ร้อยละ 7-10¹

4.2 การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ (Assisted reproductive technology; ART) เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (In vitro fertilization; IVF) สติแพทย์จะนิยมนำตัวอ่อน (embryo) หลายตัวเข้าสู่โพรงมดลูก เพื่อให้การตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จขึ้น ซึ่งพบอุบัติการณ์เกิดประมาณร้อยละ 25-30⁷

อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดเทียม (Dizygotic twins) สัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น เชื้อชาติ พันธุกรรม อายุของมารดา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งทำให้เพิ่มอุบัติการณ์ของครรภ์แฝดเทียมเพิ่มสูงขึ้น แต่สำหรับการตั้งครรภ์แฝดแท้ (Monozygotic twins) นั้น ไม่สัมพันธ์กับเชื้อชาติ พันธุกรรม อายุของมารดา และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์⁷

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดเฉพาะการตั้งครรภ์แฝด^{1,6}

1. ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ทั่วไป

1.1 การแท้งบุตร (Abortion) การตั้งครรภ์แฝดมีโอกาสทำให้เกิดการแท้งบุตรได้มากกว่าการ

ตั้งครรภ์เดี่ยว ทั้งนี้สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติทางโครโมโซมหรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip and cleft palate), ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects), พญิงหน้าท้องผิดปกติ (gastroschisis) หรือโรคหัวใจแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์แฝดทำให้เกิดการแท้งบุตรร้อยละ 26.5 ซึ่งมากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวที่ทำให้เกิดการแท้งบุตรเพียงร้อยละ 18.6⁴ การแท้งอาจเกิดกับทารกคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความผิดปกติทางโครโมโซม

1.2 การคลอดก่อนกำหนด (preterm labour) การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยทั้งในการตั้งครรภ์เดี่ยวและการตั้งครรภ์แฝด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวทารกอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (respiratory distress syndrome; RDS), ภาวะลำไส้เน่าในทารกแรกเกิด (necrotizing enterocolitis), ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายในทารกเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการตั้งครรภ์แฝด และมีความจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในมารดา, ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta), ภาวะครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios), ทารกเจริญเติบโตช้าและความผิดปกติของทารกในครรภ์ เป็นต้น

1.3 น้ำหนักแรกเกิดน้อย (Low birth-weight, Very-low birthweight) การตั้งครรภ์แฝดมีโอกาสทำให้มารดาคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว โดย

น้ำหนักทารกแรกเกิดในการตั้งครรภ์แฝดสองเฉลี่ย 2,323 กรัม โดยน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) พบได้ร้อยละ 57.2 และน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม (VLBW) พบได้ร้อยละ 10.2 และในการตั้งครรภ์แฝดสาม น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 1,655 กรัม โดยน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) พบได้ร้อยละ 95.4 และน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม (VLBW) พบได้ร้อยละ 34.8⁴ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ายี่งจำนวนทารกในครรภ์มีมากเท่าใด ยิ่งส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักลดลงยิ่งขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด, ภาวะทารกโตช้าในครรภ์ (restricted fetal growth), ภาวะรกเสื่อม (placenta insufficiency), ภาวะหลอดเลือดเชื่อมติดกัน (vascular communications) และภาวะโภชนาการของมารดาไม่เพียงพอกับความต้องการของทารกในครรภ์

1.4 ภาวะซีด (Anemia) การตั้งครรภ์แฝดมีโอกาสมารดาตั้งครรภ์เกิดภาวะซีดได้มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว จากการศึกษพบว่า การตั้งครรภ์แฝดทำให้เกิดภาวะซีด ร้อยละ 27.5 ซึ่งมากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวที่ทำให้เกิดภาวะซีดเพียงร้อยละ 16.2⁴ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มากกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวพบว่า ปริมาตรเลือดไหลเวียนในร่างกาย (blood volume) ของมารดาตั้งครรภ์แฝดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 50-60 โดยเฉพาะช่วงไตรมาสหลัง โดยที่มารดาตั้งครรภ์เดี่ยวจะมีปริมาตรเลือดไหลเวียนในร่างกายเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 40-50 การที่ปริมาตรเลือดไหลเวียนในร่างกายเพิ่มขึ้นประกอบกับความต้องการธาตุเหล็ก และโฟเลตของทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น จึงทำให่มารดาตั้งครรภ์แฝดมีโอกาเกิดภาวะซีดที่มากยิ่งขึ้น⁷ นอกจากนี้หากสตรีตั้งครรภ์

มีความผิดปกติเกี่ยวกับโรคเลือด เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะธาลัสซีเมีย จะยิ่งส่งเสริมระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

1.5 ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension; PIH) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและอาการมักรุนแรงกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยว โดยชนิดที่พบได้บ่อย คือชนิด Gestational hypertension และ Pre-eclampsia จากการศึกษพบว่า ภาวะ Gestational hypertension ในการตั้งครรภ์แฝดพบได้ร้อยละ 23.8 ในขณะที่การตั้งครรภ์เดี่ยวพบได้เพียงร้อยละ 17.8 และภาวะ Pre-eclampsia ในการตั้งครรภ์แฝดพบได้ร้อยละ 12.5 ในขณะที่การตั้งครรภ์เดี่ยวพบได้เพียงร้อยละ 3.4⁴ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้าจากการไหลเวียนเลือดที่รกไม่มีประสิทธิภาพ, ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด และเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดมากยิ่งขึ้น

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดเฉพาะการตั้งครรภ์แฝด

2.1 การพันกันของสายสะดือ (cord entanglement, intertwining of cords) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตสูง พบได้ในการตั้งครรภ์แฝดชนิด monoamniotic twins ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกแฝดอยู่ในถุงน้ำคร่ำเดียวกัน จึงทำให้มีโอกาสเกิดการพันกันของสายสะดือได้ โดยจะพบในระยะแรกของการตั้งครรภ์ อัตราตายสูงสุดจะพบช่วงอายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ ถ้าอายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์แล้วจะพบอุบัติการณ์เกิดการพันกันของสายสะดือลดลง^{1,4} เนื่องจากการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์จะถูก

จำกัดจากการที่ทารกมีขนาดตัวที่โตขึ้น

2.2 ทารกแฝดไม่มีหัวใจ (acardiac twins, Twin reversed-arterial-perfusion sequence; TRAP) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในแฝดชนิด monochorionic twin⁸ โดยที่ทารกคนหนึ่งมีความผิดปกติ คือ ไม่มีกระโหลกศีรษะ (cranium), ทรวงอก (thorax), หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดผ่านรกโดยตรง แต่จะมีการไหลเวียนเลือดผ่าน artery-to-artery ระหว่างแฝดอีกคนหนึ่ง ทำให้เลือดจากแฝดที่ปกติ (pump twin) ไหลผ่านไปยังแฝดที่ผิดปกติ (acardiac twin) และไหลย้อนกลับผ่านไปทางหลอดเลือดแดงที่สะดือ ซึ่งจะทำให้แฝดที่ปกติ (pump twin) เกิดภาวะหัวใจวาย (heart failure) ได้ การรักษาทารกขณะอยู่ในครรภ์จะพยายามรักษาให้แฝดที่ปกติ (pump twin) อยู่ในสภาวะที่ปกติมากที่สุด โดยการตัดการเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงระหว่างแฝดทั้งสอง (transabdominal fetoscopy and cord ligation)

2.3 ทารกแฝดมีการถ่ายเทเลือดระหว่างกัน (Twin-Twin transfusion syndrome; TTTS) เกิดขึ้นได้ในแฝดชนิด monochorionic พบได้ร้อยละ 15 ของแฝดชนิด monochorionic⁹ เป็นภาวะที่มีการเชื่อมกันของหลอดเลือด เกิดการถ่ายเทเลือดจากทารกคนหนึ่ง (donor) ไปสู่อีกคนหนึ่ง (recipient) ซึ่งทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดที่ไม่สมดุล ทารกที่เป็น donor จะมีปริมาตรการไหลเวียนเลือดลดลงทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ มีการเจริญเติบโตในครรภ์ช้า และมีภาวะน้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) ส่วนทารกที่เป็น recipient จะมีขนาดตัวโต ปริมาตรการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนัก อาจเกิดภาวะหัวใจวาย (heart failure) และภาวะ

ทารกบวมน้ำในครรภ์ (hydrops fetalis) ได้นอกจากนี้มักมีภาวะน้ำคร่ำมาก (polyhydramnios) ร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ตามมาได้

2.4 ทารกแฝดมีน้ำหนักแตกต่างกันมาก (discordant twins) เป็นภาวะที่น้ำหนักของทารกแต่ละคนแตกต่างกันมากกว่าร้อยละ 25 ซึ่งมีผลทำให้อัตราตายปริกำเนิดเพิ่มสูงขึ้น มักจะเกิดในช่วงไตรมาส 2 สาเหตุการเกิดภาวะ discordant ในแฝดชนิด monochorionic ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดที่รกมีการเชื่อมติดกัน ทำให้การไหลเวียนเลือดของแฝดไม่สมดุล ส่วนในแฝดชนิด dichorionic เกิดจากความแตกต่างด้านพันธุกรรม เพศ ตำแหน่งการเกาะของรก ขนาดรก ทำให้การไหลเวียนเลือดที่รกไม่ดี จึงทำให้การเจริญเติบโตของแฝดทั้งสองแตกต่างกันได้

กรณีศึกษา

ผู้รับบริการหญิงท้องแรก อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ Twin with TTTS และ Homozygous HbE ฝากครรภ์ 4 ครั้ง รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยเรื่องเจ็บครรภ์ มีท้องแข็งหน่วงๆ ทุก 5 นาที แน่นอึดอัดท้อง ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี ตรวจร่างกาย เยื่อปูดาชืด ปลายมือปลายเท้าซีด ท้องแข็งตึง ตรวจครรภ์ระดับยอดมดลูก 2/4 เหนือสะดือ ทำทารกแนวยาว ศีรษะทารกยังไม่เคลื่อนเข้าสู่เชิงกราน มีการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที 40 วินาที ความรุนแรงระดับ Mild การตรวจภายใน เชิงกรานปกติ ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางตัว 70% ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ: ปริมาณฮีโมโกลบิน 9.0 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 26.3% ปริมาตรเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 70.9 เฟมโตลิตร ผลตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง แผลด A: กันเป็นส่วนนำ คะเนน้ำหนักทารก 433 กรัม วัดแอ่งลึกที่สุดของน้ำคร่ำ (DVP) 1.8 เซนติเมตร แปลผลว่าน้ำคร่ำน้อย แผลด B: ศีรษะเป็นส่วนนำ คะเนน้ำหนักทารก 513 กรัม วัดแอ่งลึกที่สุดของน้ำคร่ำ (DVP) 12.2 เซนติเมตร แปลผลว่าน้ำคร่ำมาก แพทย์ให้เข้ารับการรักษาดูตัวในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยมีแผนการรักษาดังนี้ Nifedipine (adalat) 1 tab รับประทานทุก 6 ชั่วโมง, Duphaston (10) 1 tab รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Indomethacin (25) 2 tab รับประทานทันที และหลังจากนั้น 1 tab รับประทานทุก 6 ชั่วโมง, Ferrous fumarate 1 tab รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น, Dexamethasone 6 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง หลังจากได้รับ Adalat ผู้รับบริการยังคงมีการหดตัวของมดลูกประมาณทุก 5 นาที จึงปรับการใช้ยาเป็น Bricanyl 20 amp + 5%D/W 1,000 ml IV 20 หยดต่อนาที ระหว่างเข้ารับการรักษามีปัญหาของน้ำคร่ำมาก จึงมีการเจาะระบายน้ำคร่ำเป็นระยะ เมื่ออายุครรภ์ 29 สัปดาห์ ผลการประเมินคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่า ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (fetal non-reassuring) แพทย์จึงตัดสินใจผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือทารกในครรภ์ แผลดคนที่ 1 ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,355 กรัม ยาว 36 เซนติเมตร Apgar score นาทีที่ 1 = 3 คะแนน และนาทีที่ 5 = 6 คะแนน แรกคลอดเขียวทั้งตัว ร้องคราง อัตราการเต้นของหัวใจน้อย

กว่า 100 ครั้งต่อนาที ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อน แพทย์ใส่ท่อหายใจ ให้ออกซิเจน นาทีที่ 5 เขียวปลายมือปลายเท้า ร้องคราง อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อน O₂ saturation มากกว่า 80% ส่ง NICU แผลดคนที่ 2 ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 786 กรัม ยาว 33 เซนติเมตร Apgar score นาทีที่ 1 = 3 คะแนน และนาทีที่ 5 = 6 คะแนน แรกคลอดเขียวทั้งตัว ร้องคราง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อน แพทย์ช่วยหายใจโดย positive pressure ventilation (PPV) 4 cycle ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ นาทีที่ 5 ตัวแดง ร้องคราง อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความตึงตัวของกล้ามเนื้ออ่อน นาทีที่ 10 กุมารแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจได้ ส่ง NICU

บทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ในมารดา ครรภ์แฝด

พยาบาลถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจแก่มารดาและครอบครัว มีส่วนสำคัญในการประเมินอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ติดตามประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ประเมินภาวะจิตใจของมารดาและครอบครัวพร้อมทั้งให้การดูแลที่เหมาะสม โดยพยาบาลมีบทบาทตามสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของสภาการพยาบาล⁹ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยตรงประกอบด้วย ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ดูแลโดยตรง (direct care provider) ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อที่จะวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

1.1.1 ประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็น เชื้อชาติ พันธุกรรม อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ และการรักษาภาวะการมีบุตรยาก แต่จากกรณีศึกษา ไม่พบสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องตามการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวในข้างต้น

1.1.2 การซักประวัติอาการและอาการแสดงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การหดตัวของมดลูก มูกเลือดทางช่องคลอด น้ำเดิน การดิ้นของทารกในครรภ์ ประวัติโรคประจำตัวของผู้รับบริการซึ่งอาจส่งผล กระทบให้โรคที่เป็นนั้นมีความรุนแรงยิ่งขึ้นจากการตั้งครรภ์แฝด จากกรณีศึกษาพบว่า สตรีมีโรคประจำตัวคือ Homozygous HbE จะยิ่งส่งเสริมให้สตรีเกิดภาวะซีดมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่การตั้งครรภ์แฝดนั้นจะทำให้เกิดภาวะซีดร่วมด้วย นอกจากนี้สตรีและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์แรก มีความคาดหวังกับการตั้งครรภ์ ต้องการให้ทารกในครรภ์มีความปลอดภัย ประกอบกับการต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และอาการไม่สบายต่างๆ เช่น การแน่นอึดอัดท้องจากน้ำคร่ำมาก อาการใจสั่นจากการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูก เป็นต้น

1.1.3 การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจากการทบทวนแนวทางปฏิบัติพบว่า ควรตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงตั้งแต่อายุครรภ์ก่อน 14 สัปดาห์ เพื่อที่จะสามารถจำแนกชนิดของการตั้งครรภ์แฝด

และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือตั้งครรภ์แฝดชนิด Monozygotic twins ควรตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทุก 2 สัปดาห์¹⁰ จากกรณีศึกษาพบว่า มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องเจ็บครรภ์ มีท้องแข็งหน่วงๆ ทุก 5 นาที ท้องแข็งตึง ตรวจครรภ์มีการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที 40 วินาที ความรุนแรงระดับ Mild การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางตัว 70% ระดับส่วนน้ำ 0 มีภาวะโลหิตจางจากโรคประจำตัวและภาวะตั้งครรภ์แฝด โดยมีปริมาณฮีโมโกลบิน 9.0 กรัมต่อเดซิลิตร ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 26.3% ปริมาตรเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย 70.9 เฟมโตลิตร และภาวะ TTTS จากผลตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง แผลคนหนึ่งมีน้ำหนัก 433 กรัม วัดแอ่งลึกที่สุดของน้ำคร่ำ 1.8 เซนติเมตร (น้ำคร่ำน้อย) และแผลอีกคนหนึ่งมีน้ำหนัก 513 กรัม วัดแอ่งลึกที่สุดของน้ำคร่ำ 12.2 เซนติเมตร (น้ำคร่ำมาก) ซึ่งการที่น้ำคร่ำมากจะส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แน่นอึดอัดท้อง ไม่สบายได้

จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้ประเมินแล้วนั้น จึงนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลต่อไป

1.2 การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล จากกรณีศึกษา ผู้รับบริการมีปัญหาดังนี้

1.2.1 ผู้รับบริการมีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมดลูกยืดขยายมาก

1.2.2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการไหลเวียนเลือดของทารกในครรภ์ไม่สมดุลและการไหลเวียนเลือดที่รกไม่มี

ประสิทธิภาพ

1.2.3 ผู้รับบริการวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดและภาวะสุขภาพทารกในครรภ์

1.3 การปฏิบัติการพยาบาล จากกรณีศึกษา จะเห็นได้ว่าปัญหาที่สำคัญของผู้รับบริการรายนี้ คือ มีโอกาสที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น การพยาบาลที่สำคัญคือการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1.3.1 ประเมินข้อบ่งชี้ในการยับยั้งการคลอด โดยพิจารณาจากอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 20-37 สัปดาห์ ปากมดลูกเปิดไม่มากกว่า 4 เซนติเมตร ผนังมดลูกยังไม่แตก ไม่มีภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก เลือดออกทางช่องคลอด ทารกตายในครรภ์ พร้อมทั้งรายงานแพทย์พิจารณายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด

1.3.2 การดูแลให้ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก จะสามารถช่วยยืดระยะเวลาออกไปได้ในระยะหนึ่ง ยาที่ใช้ในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่¹¹

- ยากลุ่ม calcium-channel blockers ยากลุ่มนี้ช่วยยับยั้งการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก เช่น Nifedipine (adalat) 1 tab รับประทานทุก 15 นาที 4 ครั้งและหลังจากนั้น 1 tab รับประทานทุก 6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงของยา คือทำให้มีความดันโลหิตต่ำ ดังนั้นต้องงดการให้ยาหากความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

- ยากลุ่ม Beta-adrenergic receptor agonists ยากลุ่มนี้ป้องกันไม่ให้เกิดการกระตุ้นโปรตีนที่ทำหน้าที่หดตัวในเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก เช่น Bricanyl จากกรณีศึกษาหลังจากที่ผู้รับบริการได้รับยา Adalat ไปแล้วยังคงมีการเจ็บครรภ์อยู่ Uterine contraction ทุก 5 นาที จึงมีการปรับ

เปลี่ยนแผนการรักษาเปลี่ยนเป็นให้ยา Bricanyl 20 amp + 5%D/W 1,000 ml IV.drip 20 หยด ต่อนาที และปรับเปลี่ยนอัตราการไหลตามการหดตัวของมดลูก ผลข้างเคียงมารดาจะมีอาการใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว และที่สำคัญคือภาวะปอดบวม น้ำ (pulmonary edema)

- ยากลุ่ม Prostaglandin Inhibitors ทำหน้าที่ยับยั้งสาร Prostaglandin ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูกซึ่งมี Prostaglandin เป็นส่วนร่วมในกระบวนการเจ็บครรภ์คลอด เช่น Indomethacin (25) 2 tab รับประทานทันทีและหลังจากนั้น 1 tab รับประทานทุก 6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงของยาส่งผลให้เกิดภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง จึงต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษเนื่องจากผู้รับบริการมีภาวะแทรกซ้อน TTS ทารกแฝดคนหนึ่งมีภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง จึงต้องติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และประเมินน้ำคั่งเป็นระยะ

- ยาในกลุ่ม Hormone Progestin เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลอกหลุดของผนังมดลูกก่อนกำหนด เช่น Duphaston (10) 1 tab รับประทานหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

1.3.3 ดูแลให้ได้รับยาสเตียรอยด์ Dexamethasone 6 mg x 4 dose ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการพัฒนาความสมบูรณ์ของปอด (lung maturity) ของทารกในครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้ dose แรก ผลของยาจะคงอยู่ประมาณ 7 วัน การให้สเตียรอยด์สามารถลดอุบัติการณ์เกิดภาวะทารกหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome;RDS) ได้^{1.6}

1.3.4 ดูแลให้นอนพักบนเตียงมากที่สุด เพื่อช่วยลดการหดตัวของมดลูก

1.3.5 ดูแลให้ได้รับการเจาะระบาย น้ำคร่ำเป็นระยะตามการพิจารณาของแพทย์ เพื่อลดปริมาณน้ำคร่ำ ซึ่งภาวะน้ำคร่ำมากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนด

1.3.6 ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก ความถี่ของการเจ็บครรภ์ ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ หากพบว่ามารดายังคงมีการหดตัวที่ถี่อยู่ต้องรายงานแพทย์เพื่อปรับยาหรือพิจารณาช่วยคลอดเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยที่สุด

1.3.7 ประเมินฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15-30 นาที และสอบถามมารดาเกี่ยวกับการดิ้นของทารกในครรภ์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เบื้องต้น หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือโดยเร่งด่วน

1.3.8 การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์โดยการทำอัลตราซาวด์เป็นระยะๆ ประมาณทุก 4 สัปดาห์^{1,6} เพื่อประเมินการเจริญเติบโต การเต้นของหัวใจ และประเมินปริมาณน้ำคร่ำ หากพบว่าทารกในครรภ์มีความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ จะสามารถดูแลให้การช่วยเหลือทารกในครรภ์ได้ทัน

1.4 การประเมินผล จากเป้าหมายเพื่อไม่ให้เกิดคลอดก่อนกำหนด สามารถประเมินผลได้จากการหดตัวของมดลูกน้อยกว่า 4 ครั้งใน 20 นาที ความรุนแรงระดับ Mild ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ต้องประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ เนื่องจากหากทารกในครรภ์มีภาวะ fetal non-reassuring แพทย์จะพิจารณาให้คลอด โดยประเมินอัตราการเต้นหัวใจของทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที มีการดิ้นมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน ปริมาณน้ำคร่ำปกติ DVP = 2-8 เซนติเมตร

2. บทบาทการเป็นผู้สอน/ผู้ให้ข้อมูล (educator) โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ ดังนี้

2.1 ให้ความรู้ด้านโภชนาการ มารดาตั้งครรภ์แฝดควรได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณ แคลอรีและชนิดของสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของทารกในครรภ์ ซึ่งควรได้รับ 3,000-4,000 kcal ต่อวัน โดยมีสัดส่วนโปรตีนร้อยละ 20 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 40 และไขมันร้อยละ 40⁶ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนี้มารดาตั้งครรภ์แฝดจะเกิดภาวะ Anemia ได้มากกว่ามารดาตั้งครรภ์เดี่ยว จึงต้องรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ ไข่แดง และธาตุเหล็กเสริม 60-100 มิลลิกรัมต่อวัน และ Folic acid เสริม 1 มิลลิกรัมต่อวัน และมีการติดตามระดับ Hemoglobin และ Hematocrit ในทุกๆ ไตรมาส¹

2.2 ให้ความรู้คำแนะนำมารดาตั้งครรภ์แฝดในการพักผ่อนให้เพียงพอ ลดการทำกิจกรรมที่หนัก แต่อย่างไรก็ตามการนอนพักนั้นไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดและอัตราตายปริกำเนิดได้^{1,7}

2.3 สอนมารดานับจำนวนครั้งที่ทารกดิ้นในแต่ละวัน โดยนับ 12 ชั่วโมง ทารกควรมีการดิ้นอย่างน้อย 10 ครั้ง แต่มารดาตั้งครรภ์แฝดอาจเกิดปัญหาที่ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นการดิ้นของทารกคนใด ความรู้สึกในการรับรู้การดิ้นของทารกลดลงจากการที่มีภาวะ Polyhydramnios ซึ่งแนะนำให้มารดานอนตะแคงในการนับจำนวนการดิ้นของทารก ซึ่งจะสามารถรับรู้การดิ้นได้ชัดเจนขึ้น^{1,6}

3. บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางคลินิก (counselor)

3.1 สร้างสัมพันธภาพ โดยการต้อนรับที่เป็นมิตร พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความไว้วางใจกับผู้รับบริการ

3.2 เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยระบายความรู้สึกของตน พร้อมทั้งรับฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อที่จะเข้าใจถึงปัญหาและสามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

3.3 ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาที่มีต่อตนเองและทารกในครรภ์ รวมถึงประเมินสภาพจิตใจ ความเครียดหรือความวิตกกังวล เพื่อที่จะสามารถวินิจฉัยและให้คำปรึกษา พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

3.4 ให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับมารดาและทารกในครรภ์ การพยากรณ์โรคและแผนการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาและครอบครัวเข้าใจในการดูแลรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อีกทั้งยังลดความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัวอีกด้วย

3.5 ส่งเสริมให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้ระบายความรู้สึกเพื่อคลายความกังวล

3.6 ให้ความมั่นใจกับมารดาและครอบครัวว่าหากจำเป็นต้องมีการคลอดก่อนกำหนด จะมีทีมแพทย์ พยาบาล และกุมารแพทย์คอยช่วยเหลือทารก เพื่อให้ทารกปลอดภัยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัว

สรุป

บทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ในการดูแลครรภ์แฝดมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะถือว่าเป็นบทบาทในการที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อน ฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและทารกในครรภ์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลโดยตรง (direct care provider) โดยการประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการ และอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ดังตัวอย่างกรณีศึกษาที่ได้ยกมานั้น มารดาตั้งครรภ์แฝดมีปัญหาเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พยาบาลจึงให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวโดยการให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด และติดตามประเมินอาการของมารดาและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีบทบาทในการสอนหรือให้ข้อมูล (educator) โดยแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็น ด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อน และการประเมินการดิ้นของทารกในครรภ์ และอีกบทบาทที่สำคัญคือการให้คำปรึกษาทางคลินิก (counselor) ถือว่าสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้รับบริการและครอบครัวนั้นจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทั้งตนเองและทารกในครรภ์ พยาบาลจึงต้องมีการประเมินด้านจิตใจและให้คำปรึกษา ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม บทบาทพยาบาลต่างๆ ที่ได้กล่าวไปนั้นถือว่าเป็นสิ่งท้าทายสำหรับพยาบาล หากพยาบาลมีความเข้าใจในการตั้งครรภ์แฝดและบทบาทพยาบาลระยะตั้งครรภ์ จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทได้อย่างมีศักยภาพมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญคือส่งผลให้มารดาตั้งครรภ์แฝดและทารกในครรภ์ รวมถึงครอบครัวได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Boriboonhirunsarn D, Atisook R. Multiple pregnancy. In: Piya-anant M, Vantasasiri C, Sunsaneevithayakul P, editors. Obstetrics. Bangkok: PA Living; 2010. p. 284-304 (in Thai).
2. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2017. Nat Vital Stat Rep 2018;67(8):1-50.
3. Medical Registration and Statistics Department. Multiple pregnancy statistical report. Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital; 2016-2017. (in Thai)
4. Bush MC, Pernoll ML. Multiple gestations. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Current diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology. 11th ed. New York: McGraw Hill Medical; 2013. p. 301-9.
5. Falletta L, Fischbein R, Bhamidipalli SS, Nicholas L. Depression, anxiety, and mental health service experiences of women with a twin-twin transfusion syndrome pregnancy. Arch Womens Ment Health 2018;21(1):75-83.
6. Kor-anantakul O. Multitetal gestation. In: Kor-anantakul O, editor. High risk pregnancy. 2nd ed. Songkla: Faculty of Medicine Prince of Songkla University; 2008. p. 291-351 (in Thai).
7. Newman R, Unal ER. Multiple gestations. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, Driscoll DA, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 6th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2012. p. 673-705.
8. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of registered nurses. 2nd ed. Nonthaburi; 2013. p. 1-50. (in Thai).
9. Visintin C, Mugglestone MA, James D, Kilby MD. Antenatal care for twin and triplet pregnancies: summary of NICE guidance. BMJ 2011;343:d5714. doi: 10.1136/bmj.d5714.
10. Kilby MD, Bricker L. Management of monochorionic twin pregnancy. BJOG 2016;124: e1–e45.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of preterm labor. Obstet Gynecol 2016;128(4):e155-64.