

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ทิวพร เกษสร, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Preeclampsia with severe feature) เป็นภาวะที่พบในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เกิดหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ โดยความดันโลหิตที่สูงกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตห่างกัน 2 ครั้ง อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ซึ่งอาจมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น และสามารถทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ไตหรือตับทำงานผิดปกติ การชัก หรืออาจถึงขั้นคุณแม่และทารกเสียชีวิตได้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง 2 ราย เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 39 ปี มารดา G4P2A1L2 last child 3 ปี LMP เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2565 , EDC 1 กุมภาพันธ์ 2566, GA 38 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีน้ำเดิน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แกร็บวัดสัญญาณชีพ HR 100 /min , RR 20 /min , BP 174/105 mm.Hg ,Pain Scor 7 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ได้รับการวินิจฉัย Preeclampsia with feature รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 31 ปี มารดา G3P1A1L1 last child 2 ปี LMP 24 พฤษภาคม 2565 , EDC 28 กุมภาพันธ์ 2566 GA 35+6 สัปดาห์ มาด้วยตรวจครรภ์ตามปกติ พบว่า BP 158/105 mm.Hg , วัด BP ครั้งที่ 2 164/111 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ได้รับการวินิจฉัย Preeclampsia with feature

สรุปผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรก ตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จนกระทั่งการคลอด ประเมินสัญญาณชีพเมื่อมาตรวจครรภ์ มารับการคลอดและหลังคลอด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในเรื่องการดูแลสังเกตอาการครรภ์เป็นพิษ มาตรวจครรภ์ตามนัด สังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มือเท้าบวม นำไปปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงได้

คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ความดันโลหิตสูง, ภาวะครรภ์เป็นพิษ, การพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: tiwaporn2567@gmail.com

Nursing care for pregnant women with severe pre-eclampsia: a Comparative case study of two cases

Thiwaporn Kasetorn, B.N.S.¹

Abstract

Preeclampsia, with its severe features, is a condition found in pregnant women. Caused by high blood pressure from pregnancy It occurs after 20 weeks of pregnancy with blood pressure higher than 160/110 mmHg. measuring blood pressure 2 times at least 4 hours apart, along with headaches, blurred vision, pain, or tightness under the epigastrium. There is a danger of more complications, and it can cause abnormal bleeding, kidney or liver dysfunction, seizures, or even the death of a mother and baby. This study was aimed at pregnant women with preeclampsia.

This result found that case 1, pregnant woman, age 39 years, mother G4P2A1L2, last child 3 years, LMP 27 April 2022, EDC February 1, 2023 GA 38 weeks, came with labor pains, no water, 1 hour before coming to the hospital. First, vital signs were measured: HR 100 /min, RR 20 /min, BP 174/105 mm.Hg, Pain Scor 7 points, no headache. no blurred vision Diagnosed Preeclampsia with feature; case 2, pregnant woman, age 31 years, mother G3P1A1L1 last child 2 years, LMP 24 May 2022, EDC February 28, 2023 GA 35+6 weeks came with a normal pregnancy test, found BP 158/105 mm.Hg, 2nd BP measurement 164/111, no headache. no blurred vision diagnosed preeclampsia with a feature.

Conclusion: This study shows that nurses play an important role. To assess and find patient problems from the beginning of pregnancy, to monitor for complications during pregnancy. until birth Evaluate vital signs when coming for a pregnancy test. patients came for birth and postpartum, and as a result, they received prompt and timely medical treatment. To keep patients safe It also encourages pregnant women to learn about caring for and observing the symptoms of pre-eclampsia. Come for a pregnancy check as per the appointment. Observe headaches, blurred vision, and swollen hands and feet. Can be used to monitor for complications from severe preeclampsia.

Keywords: pregnant women, high blood pressure, pre-eclampsia, nursing

¹Registered Nurse Professional Level, Kantraluk Hospital, Sisaket Province, E-mail: tiwaporn2567@gmail.com

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของความดันเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงมากและทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ preeclampsia เป็นภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ที่ทำให้คุณแม่มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ และส่งผลต่อเนื่องให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ความผิดปกติที่พบได้บ่อยและมักพบเป็นอย่างแรกคือการตรวจพบไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะ (proteinuria) และครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมาก (preeclampsia with severe features) จะมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น และสามารถทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ, ไตหรือตับทำงานผิดปกติ, การชัก หรืออาจถึงขั้นคุณแม่และทารกเสียชีวิตได้ ซึ่งมักจะเกิดหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ โดยความดันโลหิตที่สูงกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอทจากการวัดความดันโลหิตห่างกัน 2 ครั้ง อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร่วมด้วย

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสาม ของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี 2564-2566 มีการคลอดทั้งสิ้น 1944 ราย พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 24 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.3 โดยเป็นครรภ์เป็นพิษระดับไม่รุนแรง (Non severe preeclampsia) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7 ภาวะ severe preeclampsia จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 89

อย่างไรก็ตามภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์แต่จะสามารถลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ให้การรักษาได้ทันที จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอาการต่างๆ เช่น การสังเกตอาการ

ผิดปกติ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการนำก่อนชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชัก และยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการประเมินซ้ำ รายงาน

แพทย์ได้ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2558; ปัญญาสนั่นพานิชกุล, 2558) ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีความรู้เรื่องเรื่อง การวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีทักษะความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลตามความเร่งด่วน อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามปัญหาที่พบโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (Preeclampsia with feature) ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยคลอด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาศึกษา มกราคม-กุมภาพันธ์ 2567

พยาธิสรีรวิทยาของโรค

preeclampsia with severe features

สาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงยังไม่ทราบแน่นอน แต่ลักษณะทางคลินิกโดยรวมการทำงานของเซลล์ผนังหลอดเลือดผิดปกติ (Endothelial Dysfunction) หรือการเกิดหลอดเลือดฝอย (Microangiopathy) ของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นทั่ว

ร่างกาย ทำให้กระบวนการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่รกเสียไป เลือดไปเลี้ยงรกไม่พอเกิดภาวะรกขาดเลือด การทำงานของเซลล์บุผนังหลอดเลือดผิดปกติหรือเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดฝอยทั่วร่างกาย เกิดเลือดจับกลุ่มกันส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ทำให้สมองบวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว รีเฟลกซ์ ไว ชัก และ โคมาได้ เลือดไปเลี้ยงรกไม่พอ ทำให้ทารกเติบโตช้า น้ำคร่ำน้อย หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงมีภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC) หลอดเลือดหดเกร็งทำให้ความดันโลหิตสูง น้ำรั่วออกนอกหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการบวมตามมา เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น จุกแน่นหน้าอกหรือได้ชายโครงขวา เลือดออกได้ แคปซูลต่ำเกิดภาวะตับแตก ส่งผลที่โตทำให้เกิดโปรตีนรั่ว ปัสสาวะออกน้อย ระดับซีรัมครีเอตินิน (Creatinine ในเลือดสูงขึ้น และเกิดภาวะน้ำคั่งที่ปอด เป็นต้น (ศิริระ ทองสง. 2555: ดวงสิทธิ์ วัฒนาร. 2553)

สาเหตุของ preeclampsia with severe features

เกิดจากรกฝังตัวเข้าไปในผนังมดลูกไม่ลึกพอ ทั้งรกและทารกในครรภ์อาจไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์ กลายเป็นปัญหาหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดทั่วร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น หลอดเลือดบริเวณสมอง ตับ และ ไตอาจได้รับความเสียหายจากภาวะที่รกและทารกในครรภ์ไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ นำไปสู่อาการต่างๆของภาวะครรภ์เป็นพิษ ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดถึงกลไกของภาวะครรภ์เป็นพิษ

อาการและอาการแสดง

ภาวะครรภ์เป็นพิษ มักไม่แสดงอาการใดหากไม่รุนแรง โดยหญิงตั้งครรภ์อาจมีความดันโลหิตสูงไม่มาก และพบโปรตีนในปัสสาวะเพียงเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อตรวจวัดความดันโลหิต

โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ปวดหัวรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ปวดบริเวณตรงกลางหรือขวาบนของท้อง คล้ายกับอาการจากโรคกรดไหลย้อน ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เห็นเส้นหยักหรือแสงไฟวับ เริ่มมีจุดบอดหรือสูญเสียการมองเห็น เมื่อมีสัญญาณหรืออาการแสดงข้างต้นควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและป้องกันไม่ให้อาการลุกลาม

การวินิจฉัย

หญิงมีครรภ์อาจตรวจพบภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรงหากมีสัญญาณหรืออาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

สัญญาณของภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง ตรวจพบ ความดันโลหิต $\geq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท มากกว่าหนึ่งครั้ง ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตระดับนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับเกล็ดเลือด $< 100,000$ /มล ค่าไตและตับผิดปกติ มีภาวะน้ำท่วมปอด มีอาการชัก

แนวทางการรักษา

กรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ preeclampsia with severe features สามารถให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยติดตามสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งหลักการสำคัญคือค้นหาว่ามี severe features หรือไม่ ทารกในครรภ์ยังมีความแข็งแรงและเจริญเติบโตได้ตามสมควรหรือไม่ โดยควรมีการวัดความดันเลือดทุกวัน ตรวจเลือดและปัสสาวะสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยวิธี non stress test (NST) สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งตามสมควร และถ้าอาการโดยรวมคงที่พิจารณาชักนำให้คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด 37 สัปดาห์ แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะ eclampsia หรือ preeclampsia with severe features ควรให้การรักษาทันทีโดยเฉพาะการยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่าอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ซึ่งหลักการรักษาทั้งสองภาวะนี้มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. การดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment) โดยเฉพาะกรณี eclampsia ที่สตรีตั้งครรภ์กำลังมีอาการชัก โดยดูแลเรื่องการหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก ด้วยการให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย และพยายามเคลียร์สารคัดหลั่งที่อยู่ในปาก ซึ่งวิธีการอาจใช้ oral airway ใส่ปากสตรีตั้งครรภ์ หรือใช้ไม้กดลิ้นป้องกันไม่ให้สตรีตั้งครรภ์กัดลิ้นตนเอง รวมถึงการให้ออกซิเจน และพยายามเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือด

2. Stabilization ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันเลือด โดยหลักการสำคัญคือ

2.1 ให้ยา แมกนีเซียม ซัลเฟต โดยการให้ช่วงแรก (loading dose) มีวิธีบริหารยาโดยการฉีดทาง

หลอดเลือดดำวิธีเดียว แต่การให้ต่อเนื่อง (maintenance dose) สามารถทำได้ทั้งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อและการให้ยาทางหลอดเลือด ซึ่งโดยทั่วไปนิยมการให้ยาทางหลอดเลือดดำมากกว่า แต่การให้ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจเป็นประโยชน์ในกรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยมาในโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า และระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยในรถ ไม่มีเครื่องมือที่สามารถควบคุมปริมาณการหยดของยาเข้าทางหลอดเลือดได้ ซึ่งในกรณีนี้ การให้ยาโดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจมีความปลอดภัยกว่า

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 2 ราย โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	รายที่ 1	รายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทยคู่ อายุ 39 ปี สถานภาพคู่	หญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี สถานภาพคู่
อาชีพ	รับราชการ	รับจ้าง
การศึกษา	ปริญญาตรี	มัธยมศึกษาปีที่ 3
ที่อยู่ปัจจุบัน	ต.หนองหญ้าลาด อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ	ต.เสาชิงชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ
ประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย	27 เมษายน 2565	24 พฤษภาคม 2565
คะเนวันกำหนดคลอด	1 กุมภาพันธ์ 2566	28 กุมภาพันธ์ 2566
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล	22 มกราคม 2566	30 มกราคม 2566
วันที่คลอด	22 มกราคม 2566	30 มกราคม 2566
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	25 มกราคม 2566	4 กุมภาพันธ์ 2566
การวินิจฉัยโรค	Pre-eclampsia with severe feature	Severe Pre-eclampsia with severe feature
อาการสำคัญ	มารดา G4P2A1L2 GA 38+4 wks. 1 day เจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 1 ชม.แรก รับ วัดสัญญาณชีพ พบ BP สูง 176/99 มิลลิเมตรปรอท วัดครั้งที่ 2 174/105	มารดา G3P1A1L1 GA 35+6 wks. 1 day มาพบครรภ์คุณภาพ พบ BP สูงวัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอทวัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มี
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและประวัติการตั้งครรภ์ครั้งนี้	ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว	อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

	ประวัติการตั้งครรภ์ G4P2A1L2 Last child อายุ 3 ปี คลอดปกติ ที่ร.พ. กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม LMP 27 เมษายน 2565 EDC 1 กุมภาพันธ์ 2566 by LMP ฝากครรภ์โรงพยาบาล กันทรลักษณ์ 15 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 2 ครั้ง วันนี้ เจ็บครรภ์ คลอดก่อนมา 1 ชม. แรกรับ มารดา ตรวจพบภาวะ severe Pre – eclampsia วัดสัญญาณชีพ พบ BP สูง 176/99	ประวัติการตั้งครรภ์ G3P1A1L1 Last child อายุ 5 ปี ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องปี 2561 เพราะปากมดลูกไม่เปิดเต็มที่ ร.พ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 3,100 กรัม LMP 24 พฤษภาคม 2565 EDC 28 กุมภาพันธ์ 2566 by LMP ฝากครรภ์โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ 11 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 2 ครั้ง มารดาตรวจพบภาวะ Pre – eclampsia เมื่ออายุครรภ์ 35 + สัปดาห์ BP 158/105-164/111
ข้อมูลทั่วไป	รายที่ 1	รายที่ 2
สัญญาณชีพ	มิลลิเมตรปรอท วัดครั้งที่ 2 174/105 mmHg ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ผลการตรวจUrine Albumin = Negative,Urine sugar = Negative ,U/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 21 สดุดีแพทย์ให้นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีภาวะ Pre-eclampsia with severe feature	มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ผลการตรวจUrine Albumin 3+ ,Urine sugar = negative วันนี้มาตรวจครรภ์ คุณภาพพบ BP สูง วัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอท วัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว U/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 29.1 สดุดีแพทย์ให้นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีภาวะ severe Pre-eclampsia with severe feature
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	BT 37.1 องศาเซลเซียส ,HR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที oxygen sat 99 %	BT 36.5 องศาเซลเซียส ,HR 90 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที oxygen sat 99 %
ของมารดา	Abortion ในครรภ์แรก	Abortion ในครรภ์แรก
โรคประจำตัว	ปฏีเสธ	ปฏีเสธ
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติดต่างๆของมารดา	ปฏีเสธสารเสพติด แพ้ยา Ibufen	Abortion ในครรภ์แรก
อาการแรกรับ	แรกรับ ณ หอผู้ป่วยคลอด เวลา 21.00 นาฬิกา มารดา รู้สึกตัวดี มารดา G4P2A1L1 ,GA 38+4 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 1 ชั่วโมง	แรกรับ ณ หอผู้ป่วยคลอด เวลา 14.00 นาฬิกา มารดา รู้สึกตัวดี มารดา G3P1A1L1 ,GA

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศา, อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/94 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 1+ และ urine Sugar = Negative PV = cervix dilate 3 cm. ,eff 80 % ,st -2 ,MI ,HF 34 cm. ,EFW 3400 gm. Vertex 142 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema ,จับ uterine contraction 2 นาที ,Duration 45 นาที ,notify ตรวจเย็บมดลูก ผู้ป่วย ได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที Obs ต่อ	35+6 สัปดาห์ มาพบครรภ์คุณภาพ พบ BP สูง วัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอท วัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศา ,อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/98 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 3+ และ urine Sugar = Negative/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 29.1, HF 30 cm. ,EFW 2799 gm. Vertex 140 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema , ตรวจเย็บมดลูก ผู้ป่วยได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที Obs ต่อ
---	--

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบการศึกษากายาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (Pre-eclampsia with feature)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่ การพยาบาล
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี case นี้ อายุ 39 ปี ครรภ์ที่ 4 ตรวจพบว่า ความดันโลหิตสูง 176/99 mmHg ตรวจปัสสาวะ Albumin +1 ,Sugar negative อาการไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ขาบวมทั้งสองข้างกดบวม 2+ ,DTRS 2 รูปร่างอ้วน สูง 156 cm. BW 66 kg ,BMI 27.12 พยาธิสภาพใน case นี้เป็นความดันโลหิตชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia)	หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี case นี้ อายุ 31 ปี ครรภ์ที่ 3 ตรวจพบว่า ความดันโลหิตสูง 164/111 mmHg ตรวจปัสสาวะ Albumin +3 ,Sugar negative อาการไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีขาบวมทั้งสอง ,DTRS 2 รูปร่างอ้วน สูง 160 cm. BW 70 kg. ,BMI 27.34 พยาธิสภาพใน case นี้เป็นความดันโลหิตชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia) โปรตีนในปัสสาวะ 3+ ,urine creatinine = 29.1 อาการ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้จากการวิเคราะห์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี มีรูปร่างอ้วนและมี การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้รวดเร็ว กรณี case ศึกษาที่มีความรุนแรงที่คล้ายกันทั้ง อาการแสดงของโรคด้วยแตกต่างกันที่ หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ไม่มี
2.พยาธิสภาพอาการ			

และอาการแสดง	โปรตีนในปัสสาวะ 1+ ,urine creatinine = 21และมีบวมร่วมด้วย อาการและอาการแสดง ไม่มีอาการปวดศีรษะ มีขาบวมทั้งสองข้าง ความดันโลหิตสูง 176/99 mmHg	และอาการแสดงไม่มีมีอาการปวดศีรษะ ไม่มีขาบวมทั้งสองข้าง ความดันโลหิตสูง 160/110mmHg	อาการบวม แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูง สามารถแก้ไขปัญหาลดเร็ว
3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติและการตรวจพิเศษ	วันที่ 22 มกราคม 2566 urine Protein +1 ค่าผิดปกติ แต่ค่า urine albumin negative ,Total Protein 26.9 g/dl, Albumin 3.4 g/dl, ALP 177 U/L ,Platelet count 237,000 cell/cu.mm. urine creatinine = 21	วันที่ 30 มกราคม 2566 urine Protein +3 ค่าผิดปกติ แต่ค่า urine albumin negative ,Total Protein 132.3 g/dl, Albumin 3.3 g/dl, ALP 242 U/L ,Platelet count 267,000 cell/cu.mm. uric acid =11.5 urine creatinine = 29.1 ,creatinine 1.6	ผลการตรวจว่า ทั้ง 2 case พบไข้ขาวในปัสสาวะ เคสที่ 1 = 1+ case ที่ 2 = +3 และ case ที่ 2 uric acid =11.5 urine creatinine = 29.1 ,creatinine 1.6 พบว่าเป็น sing ของภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง
4.การรักษาภาวะ Preeclampsia with severe feature	รายงานแพทย์มี order ให้ *Loading : dilute 50% MgSo4 4 g. ผสมใน 5% D/W 50 ml IV on Infusion pump 200 ml/hr. *Maintenance IV infusion 1-2 gm/hr. *50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. On 5% D/N/2 iv 80 cc/hr *Retain Foly catheter Observe urine ทุก 1 ชั่วโมง if< 30 ml in 1 hr. ,G/M PRC 2 u ,	รายงานแพทย์มี order ให้ *Loading : dilute 50% MgSo4 4 g. ผสมใน 5% D/W 50 ml IV on Infusion pump 200 ml/hr. *Maintenance IV infusion 1-2 gm/hr. *50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. On Acetar iv 100 cc/hr *Retain Foly catheter Observe urine ทุก 1 ชั่วโมง if < 30 ml in 1 hr. ,G/M PRC 2 u	กรณี case ศึกษาได้รับการรักษาด้วย drip MgSo4 และได้รับการคลอดที่ต่างกัน case ที่ 1 มาด้วยเจ็บครรภ์คลอด ได้รับการคลอด ND case ที่ 2ได้รับการผ่าตัดคลอด ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ไม่เกิดอาการชัก และไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้ว นำไปสู่การพยาบาล
4.การรักษาภาวะ Preeclampsia with severe feature	ข้อบ่งชี้ PIH reflex,urine out put <100 ml/4 hr. และแพทย์เฉพาะทางสูติ-นรี เวชพิจารณาส่งผู้ป่วยไปที่ห้อง รอกคลอด ทารกคลอด ND with old tear เวลา 22.59 นาฬิกา	ข้อบ่งชี้ PIH reflex,urine out put <100 ml/4 hr. และ แพทย์เฉพาะ ทางสูติ-นรีเวช พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้า ท้อง ทารกคลอด ND with old tear เวลา 15.04 นาฬิกา	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด อาการชักเนื่องจากมีความ ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ชนิดรุนแรง	1. ประเมินอาการและอาการแสดง ที่ชักนำก่อน การเกิดการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่า มัว เจ็บใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อจะ ได้เตรียมการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายมีภาวะความ ดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายได้รับ 50% MgSo4 4 g. ผสมใน 5% D/W 50 ml IV on Infusion
วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล ไม่เกิดภาวะชัก	2. ดูแลให้ยาป้องกันการชัก 50% MgSO4 (2 มิลลิลิตร) 4 กรัม (2 ampuls) ผสมใน 5%D/W 50 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ให้ใน 4 ชั่วโมง และ 50% MgSO4 (2 มิลลิลิตร) 10 กรัม (10 ampuls) ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตาม แผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO4 ประเมินอาการผิดปกติจากการได้รับยา ดังนี้ อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex ลดลงหรือ ไม่มีความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ถ้ามี อาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อจะได้ ให้การรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่	pump 200 ml/hr. *Maintenance IV infusion 1-2 gm/hr. *50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. เหมือนกัน และไม่มี อาการนำของภาวะชัก ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หลังคลอด DTR 2-3 + หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. 24 ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. จนครบ 48 ชั่วโมง ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน
	3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน อาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
2. มีโอกาสอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก HELLP syndrome เนื่องจากผลเลือดผิดปกติ	5. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ซึ่งมีสายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ตรวจปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) 2+ มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หรือมึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ตั้งครรภ์รายที่ 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/82-52/84 มิลลิเมตร สีสัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ออกประมาณ 150 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะความรุนแรงของ HELLP syndrome	1. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง 2. การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ต้องระมัดระวังกล้ามเนื้อบวมซ้ำ สังเกตการแข็งตัวของเลือดด้วย ควรใช้แรงกดบริเวณฉีดยา เพื่อช่วยลดการแตกของเม็ดเลือดแดง หรือเลือดไหลไม่หยุด เมื่อพบว่ามีอาการรุนแรงขึ้น ต้องงดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อให้เปลี่ยนเป็นฉีดเข้าเส้นเลือด 3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆ ของร่างกาย หรือปัสสาวะเป็นสีโค้ก ควรรีบรายงานแพทย์ทันที	ตั้งครรภ์รายที่ 2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.4 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/82-52/84 มิลลิเมตร สีสัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ออกประมาณ 160 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO4 (MgSO4 toxicity)	1. อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้ จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับยา 2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 10 % MgSO4 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดซ้ำๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO4 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย หลังได้รับยา MgSO4 30 นาที ตรวจปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) 2-3+ หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับยา
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่		

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄	มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และให้ต่อเนื่องที่ตึกหลังคลอดโดยให้ 50%MgSO₄ 20 กรัมผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug 3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ 3.1 ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ 3.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมง ออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ 3.3 ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางและกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และเนื่องจาก MgSO₄ เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิด MgSO₄ toxicity จะเพิ่มมากขึ้น 4. สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อน วูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง การหายใจช้า ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลงต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ	ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนอง เฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) 2+ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 150 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนอง เฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 160 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
4. มารดามีโอกาสตกเลือด ขณะผ่าตัดคลอด และหลัง ผ่าตัด	1. กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	มารดารายที่ 2 สูญเสียเลือดระหว่าง ผ่าตัด 500 มิลลิลิตร หลังคลอดมารดา มีเลือด ออกเพิ่มประมาณ 50 มิลลิลิตร และมี
วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด	2. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมงจนอาการ คงที่ เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะตก เลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ	ก่อนเลือดออกมาประมาณ 20 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9-37 องศาเซลเซียส, อัตราการ หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78- 90 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/72- 160/110มิลลิเมตรปรอท
	3. ใส่สายสวนปัสสาวะค้ำก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะ ขัดขวางการหดตัวของมดลูก ตรวจสอบ การหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ ปัสสาวะไหลสะดวก	มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี ไม่มี เลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม
	4. ถ้าเลือดยังออกมาก มีการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง ที่บ่ง บอกอาการตกเลือดที่เลวลง รายงานแพทย์ ทันที	
5. มารดาเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะช็อกเนื่องจากการ สูญเสียเลือด	1. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการ คงที่ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความ ดันโลหิตต่ำ	มารดารายที่ 2 หลังคลอดมารดาไม่ เกิดภาวะช็อกผล Hct หลังเลือดหมด ได้เท่ากับ 32 เปอร์เซ็นต์ มารดามีสี หน้าสดชื่นขึ้น รู้สึกตัวดีถาม-ตอบรู้ เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37 องศาเซลเซียส, อัตราการ หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78- 90 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/72- 160/110มิลลิเมตรปรอท
วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ เกิดภาวะช็อก	2. ดูแลให้ได้รับยา Nalador 500 ไมโครกรัม/ เดซิลิตร ผสมใน 0.9% NSS 500 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ และยา Cytotec 5 เม็ด หนึ่งทางทวารหนัก ในห้องผ่าตัด	แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย มดลูก หดตัวดี
	3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเข้าสู่ร่างกายตาม แผนการรักษาของแพทย์	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
	4. ดูแลเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อดูผล Hct ตามแผนการรักษาของแพทย์	
	5. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 2 ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์	
	6. ติดตามผล Hct หลังเลือดหมด 2 ยูนิต ในเวลา 2 ชั่วโมง	
	7. ตรวจสอบระดับยอตมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล	
	8. สังเกตสีและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 30 นาที ในช่วงแรกทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 8 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง	
	9. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการดังนี้ชีพจรเบาเร็วกว่า 100 หรือน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก มดลูกหดตัวไม่ดี ปริมาณเลือดซึมผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนต่อ 1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ผืนใน 4 ชั่วโมง	

การวางแผนจำหน่าย

1. แนะนำอาหารที่มีคุณค่าและปริมาณสูงกว่าในระยะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและผลิตน้ำนมให้เพียงพอ เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นมสด ผักผลไม้ทุกชนิด น้ำควรถ่ม 8-10 แก้วต่อวัน ควรงดอาหารรสจัด ของหมักดอง ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไม่ซื้อยารับประทานเองเพราะผ่านทางน้ำนมได้

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Lochia) หรือน้ำคาวปลาสังเกต สี จำนวน และสิ่งผิดปกติที่ควรแจ้ง น้ำคาวปลาจะหมดภายใน 3 สัปดาห์ แนะนำการใส่ผ้าอนามัยซับเลือด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ถูกวิธี เน้นการทำความสะอาดเต้านมพร้อมการอาบน้ำแต่ห้ามใช้สบู่ถูหัวนมโดยตรง

3. สอนมารดาให้รู้วิธีการทดสอบและหัดคลึงด้วยตนเอง วัดความสูงของยอดมดลูกเพื่อการทำงานของมดลูกและป้องกันการตกเลือด

4. สอนทำบริหารร่างกายหลังคลอด อธิบายประโยชน์ คือ ทำให้น้ำคาวปลาไหลดี ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น กระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที

5. แนะนำเกี่ยวกับการลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ลุกเดิน โดยค่อย ๆ ลุกขึ้นอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ทำให้หน้ามืดเป็นลมเกิดอุบัติเหตุได้

6. ให้คำแนะนำการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด ควรควมเพศสัมพันธ์ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากในโพรงมดลูกยังมีผลจากการคลอด อาจติดเชื้อได้ ถ้าหลัง 4-6 สัปดาห์ไปแล้วถ้ามีเพศสัมพันธ์อาจต้องใช้สารหล่อลื่นช่วย เพราะช่วงนี้ช่องคลอดค่อนข้างแห้ง และระหว่างถึงจุดสุดยอดอาจมีน้ำนมไหลออกมาจากการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน จึงควรให้ทารกดูดนมมารดา ก่อนมีเพศสัมพันธ์

7. สนับสนุนให้บิดามีปฏิสัมพันธ์กับทารก กระตุ้นให้พูดคุยกับทารก เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีส่วนร่วมในการเลี้ยงทารก เช่นช่วยอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้มปลอบทารก หรือทำให้เธอ

หลังคลอด 2 สัปดาห์ยังคงคลำมดลูกทางหน้าท้องได้ เต้านมอักเสบ กดเจ็บแดง เจ็บน่อง ปัสสาวะบ่อยแสบ แผลหน้าท้องบวมแดง อักเสบ

สรุปเคสกรณีศึกษา

สรุปกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 39 ปี สถานภาพคู่ มารดา G4P2A1L1 ,GA 38+4 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศา ,อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/94 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 1+ และ urine Sugar =Negative PV = cervix dilate 3 cm. ,eff 80 % ,st -2 ,MI ,HF 34 cm. ,EFW 3400 gm. Vertex 142 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema ,จับ uterine contraction 2 นาที ,Duration 45 นาที ,notify แพทย์ตรวจเย็บ

อาการ ผู้ป่วยได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที จากนั้น 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr.พยาบาลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและเฝ้าระวังภาวะชัก ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะชัก และเฝ้าติดตามสภาพทารกในครรภ์ ต่อมามารดามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ช่วงเวลา (Interval) 2 นาที ระยะเวลา(duration) 45 วินาที พบปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร และผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ทารกคลอดปกติ คลอดเวลา 20.30 น. เพศหญิง น้ำหนัก 2,885 กรัม แรกเกิดทารกร้องเสียงดังดี ปลายมือปลายเท้าซีด การเคลื่อนไหวของแขนขาดี กระตุ้นและให้ออกซิเจน ในร่างกาย 97 เปอร์เซ็นต์ ทารกมีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ 1 นาที เท่ากับ 9 และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10 ลักษณะครบกำหนด ย้ายมารดาและบุตรไปที่ตึกหลังคลอด หลังคลอดได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr.ให้ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน DTR 2++3+ มารดารักษาตัวที่โรงพยาบาล 3 วัน

สรุปกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี สถานภาพคู่ มารดา G3P1A1L1 ,GA 35+6 สัปดาห์ มาพบครรภ์คุณภาพ พบ BP สูง วัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอท วัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศา ,อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/98 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 3+ และ urine Sugar =Negative/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 29.1,HF 30 cm. ,EFW 2799 gm. Vertex 140 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema ,แพทย์ตรวจเย็บอาการ ผู้ป่วยได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที จากนั้น 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV

Infusion pump drip 50 ml/hr.เพื่อป้องกันการชัก
พยาบาลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะ
ความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการ
ได้รับยา และเฝ้าติดตามสภาพทารกในครรภ์ แพทย์
จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วย
ไม่มีอาการปวดศีรษะ ทารกคลอดโดยผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้อง คลอดเวลา 15.40 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,520
กรัม แรกเกิดทารกร้องเสียงดังดี ปลายมือปลายเท้าซีด
การเคลื่อนไหวของแขนขาดี กระตุ้นและให้ออกซิเจน
ในร่างกาย 97 เปอร์เซ็นต์ ทารกมีการตอบสนองดี
APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 9 และที่ 5 นาทีเท่ากับ
10 ลักษณะใกล้เคียงกับกำหนดย้ายทารก Obs. อาการ ณ
ห่อผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
หลังคลอดได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+
5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50
ml/hr.ให้ต่อเนื่องครบ 48 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
DTR 2+-3+ มารดารักษาตัวที่โรงพยาบาล 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลมีการประสานงานระหว่าง
หน่วยงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์
ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อวางแผนข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดา
หลังคลอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยลด
ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ทันทั่วทั้งที่

2. การวางแผนให้การพยาบาลได้อย่าง
ถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา สามารถลด
อัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งการลด
ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความรู้
ความสามารถ ตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
ให้ปลอดภัย ป้องกันภาวะชัก ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิด
จากความดันโลหิตสูง และจากการได้รับยาป้องกันการ
ชัก ตลอดจนเสริมสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว
ในการดูแลมารดาและบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและ
กลับบ้าน

3. มีการเพิ่มความตระหนักแก่มารดาหรือ
หญิงตั้งครรภ์ให้สังเกตอาการผิดปกติของตัวเอง

เอกสารอ้างอิง

คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการ
สอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและ
การผดุงครรภ์ หน่วยที่ 1-6. พิมพ์ครั้งที่ 11.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;
2556.

คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุด
วิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์
หน่วยที่ 7-10. พิมพ์ครั้งที่ 11. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

โครงการสวัสดิการตำรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน
สุรินทร์. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
Dystocia และสูติศาสตร์หัตถการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
สุรินทร์: โรงพิมพ์ ส.พันธุ์เพ็ญ; 2556.

นันทพร แสนศิริพันธ์ และ ฉวี เบาทรวง .การพยาบาล
และการผดุงครรภ์ :สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.
พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคดตั้ง
แอนด์เซอร์วิส จำกัด; 2560.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์อัสสัมชัญ; 2563.

สมบุญ บุญเกียรติ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่มี
ความเสี่ยงสูง 1. กรุงเทพฯ: สันธนา ก๊อปปี้
เซ็นเตอร์; 2557.