

## การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลยางชุมน้อย

สร้อยทิพย์ บุชบงก์, พย.บ.<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของหญิงตั้งครรภ์ และทารกภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยง ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชักเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและการเสียชีวิตแรกคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญในการประเมินอาการ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางการพยาบาลที่ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะทางอายุรกรรมชัดเจน โดยในการศึกษาใช้ทฤษฎี การประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนกระบวนการพยาบาล และหลักการ D-METHOD

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ สิ่งที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษา รายที่ 2 อายุครรภ์ ไม่ครบกำหนดคลอด และพบว่ามีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรคมีความรุนแรงหรือเรียกว่า severe features คือปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอทและอาการของโรคอาจพัฒนาเป็นกลุ่มอาการ Hemolytic anemia Elevated Liver enzyme Low Platelet count (HELLP syndrome)<sup>3</sup> ซึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากการป้องกันภาวะชัก จำเป็นต้องให้ยา Steroid แก่ผู้คลอด เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant<sup>2</sup> ของปอดทารก ก่อนยุติการตั้งครรภ์ด้วยการส่งไปโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อผ่าตัดคลอด ซึ่งภายหลังที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาล พบว่าผู้คลอด ไม่มีภาวะชัก ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือได้รับอันตรายรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ รายที่ 1 G2P1A0L1 GA 40 สัปดาห์ 6 วัน มารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ทารกคลอดอย่างปลอดภัย น้ำหนักแรกคลอด 3,090 กรัม Apgar score 9-10-10 คะแนน ระยะนอนพักในโรงพยาบาล 3 วันและรายที่ 2 G1P0A0L0 GA 33 สัปดาห์ 6 วัน มารดาคลอด C/S ทารกคลอดอย่างปลอดภัย น้ำหนักแรกคลอด 1,660 กรัม Apgar score 6-8-9 คะแนน ระยะนอนพักในโรงพยาบาล 6 วัน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอด ตั้งแต่ประเมินแรกรับ การรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล ในทุกช่วงระยะตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะการจำหน่ายส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ Email : busabong1970@gmail.com

## Nursing Care for Mother with Pregnancy Induced Hypertension: Two case studies, Yang Chum Noi Hospital

*Soitip Busabong, B.N.S.<sup>1</sup>*

### Abstract

Hypertension in Pregnancy. It is a complication. It is a major cause of death. Disabilities of pregnant women and infants. Hypertension in Pregnancy. There is a risk of serious complications. Such as Sudden onset of cerebrovascular disease, Premature placental abruption, Blood coagulation disorders, brain hemorrhage, Liver failure, Kidney failure, HELLP Syndrome & It is also the cause that complication such as Stillbirth, injury and neonatal death. Affecting the public health system due to Must lose expensive expenses for care This group of service recipients. Nurses therefore have to use their knowledge. Skills and Expertise assessment due to diagnosis completely plan of nursing care, early complication and resolve the change in symptoms.

Resulting in safety for mothers and babies. No complications occurred. So comparative Nursing Care for Mother with Pregnancy Induced Hypertension 2 case study to study Clinical Nursing Practice Guideline Treating pregnant women with obvious medical conditions. By applying the theory Gordon's 11 Functional Health Patterns and D-METHOD. Result: The two cases are Hypertension in Pregnancy. But case study 2 Early-term and severe features, namely headache, blurred vision, dyspepsia, blood pressure > 160/110 mmHg, and Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count syndrome (HELLP syndrome), 3, which is more violent. In addition to preventing seizures. Need to give medicine Steroid drug to the parturient to stimulate the formation surfactant 2 of infant's lungs before terminate pregnancy by referral network hospital for Cesarean section. After the person giving birth receives nursing care. See Also give no seizures no postpartum hemorrhage or severely injured to the point of disability or death from this study Case 1 G2 P1A0L1 GA 40 weeks 6 days normal delivery The baby is born safe birth weight 3,090 grams Apgar score 9-10-10 admitted 3 day. Case 2 G1P0A0L0 GA 33 weeks 6 days Cesarean section days normal delivery The baby is born safe birth weight 1,660 grams Apgar score 6-8-9 admitted 6 day.

See also Nurses play a crucial role in caring for pregnant women. Since the first assessment, collected data nursing diagnosis, nursing care plan nursing practice, and evaluated at every stage, from initial acquisition to distribution by the referral network hospital. Using empirical evidence, apply the Clinical Nursing Practice Guideline for Effective Hypertension in Pregnancy care.

**Keywords :** Nursing care pregnancy, Induced hypertension

---

<sup>1</sup> Registered Nurse, Professional level, Yangchumnoi Hospital, Sisaket Province, Email: busabong1970@gmail.com

## บทนำ

ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิต<sup>1</sup> และทิวพลาของสตรีตั้งครรภ์และทารกภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคได้ถึงขั้นเสียชีวิต<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง<sup>14</sup> เช่น ชักเกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP<sup>5</sup> การรักษาส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะได้รับการยาแม่กนีเซียมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และให้การพยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตสูง จากการตั้งครรภ์ลดลงส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ วิธีการศึกษา เปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่รักษาตัวอยู่ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลยางชุมน้อย พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ในระยะก่อนคลอด จนกระทั่งส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part II)<sup>6</sup> แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง (8 ชั่วโมง)และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 21 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตั้งแต่การซักประวัติผู้ป่วยและญาติตามแบบบันทึกวิเคราะห์ ผลการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง

## วัตถุประสงค์

เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

## วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ 2 ราย ระหว่างศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยางชุมน้อย จำนวน 2 ราย ระหว่าง วันที่ 15 ตุลาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 วันที่ 20 ธันวาคม 2567- 19 ธันวาคม 2568 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนกระบวนการพยาบาล และหลักการ D-METHOD

## ด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

การศึกษารั้งนี้ต้องผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่ SPPH 2024-252

**ผลการศึกษา ผู้คลอดรายที่ 1** หญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี G2P1 GA 40 wk 6 day.มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง เวลา 00.53 น. วันที่ 21 ธันวาคม 2567 Admit LR 01.12 น. แพทย์วินิจฉัยโรค Severe preeclampsia แรกรับ ตรวจครรภ์พบ HF2/4 > ระดับสะดือHE ทำ ROA FHS 134 bpm ตรวจภายในพบ Cx.dilate 4 cms Eff 50 % Station 0 MR NST Reactive ANC ที่นครปฐม 1 ครั้ง ANC ที่ โรงพยาบาลยางชุมน้อย 3 ครั้ง น้ำหนัก 80 kg. ส่วนสูง 160 cm. BMI 31.25 kg/m<sup>2</sup> v/s แรกรับ T 36.3 °C PR 86 /min RR 20 bpm BP 168/107 mmHg Urine albumin Trace Urine sugar Negative ตรวจร่างกายไม่พบเท้าบวม DTR 2+ pain score 6 คะแนน การหดรัดตัวของมดลูก I=5' D = 30" Seventy1+ แพทย์ Plan refer Severe preeclampsia Ultrasound: Vertex Presentation, Electronic Fetal Monitoring, Cough Test, On O2 Canular 5 LPM ,Lab: CBC,

BUN, Cr, Electrolyte, LFT, DTX, ATK, Fern's Test ระหว่างรอ refer ผู้คลอดได้รับการรักษา On 5%D/N/2 1,000 ml rate 60 cc/hr On O2 Canular 5 LPM Nicardipine 10 mg+5%D/W 90 ml drip start 25 cc/hr BP 160/110 mmHg Trilate 50 cc/hr Retained foley's catheter On 10% MgSO<sub>4</sub> 4 gm + 5% D/W 100 ml IV drip in 20 min (Loading dose) Hydralazine 25 mg oral stat ลดความดันโลหิตสูง และระหว่างรอ refer ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นใต้ปี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/100-168/107 mmHg on EFM FHS อยู่ในช่วง 134-148 ครั้ง /นาที่ ผลตรวจCBC, Cr, LFT ปกติ แพทย์เวร consult ส่งต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้ refer Severe preeclampsia เวลา 02.54 น. วันที่ 21 ธันวาคม 2567 มารดาคลอดปกติที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ วันที่ 21 ธันวาคม 2567 เพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,090 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกแข็งแรงดี Admit 3 วัน มารดาความดันโลหิตปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังD/C มีการประสานส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ ติดตามเยี่ยมหลังคลอด โดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 3 ครั้ง วันที่ 27 ธันวาคม 2567, 6 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 รวมระยะเวลา 45 วัน

### การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก<sup>7</sup>

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 160/100-168 /107 mmHg
2. ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ Trace

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะช็อกและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชัก
2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 mmHg

3. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงหรือ อาการทางสมอง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นใต้ปี หรือได้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์

2. ให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจากแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต ทุก 15-30 นาที

4. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine 10 mg+5%D/W 90 ml drip start 25 cc/hr BP 160/110 mmHg trilate 50 cc/hr Hydralazine 25 mg oral stat ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา

5. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก (intake out put)

6. ตรวจเลือด CBC, LFT, creatinine

7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

#### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 160/100-160/110 mmHg อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

2. ไม่เกิดการชักระหว่างได้รับการดูแล

3. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรือ อาการทางสมอง

4. Platelet count 196,000 cel/vmm<sup>3</sup> AST 25 mg/dl ALT14 mg/dl Creatinine1.09 mg/dl

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก(MgSO<sub>4</sub>)

ข้อมูลสนับสนุน : ความดันโลหิต 168/107 mmHg และ ได้รับยา MgSO<sub>4</sub>

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก

2. ผู้คลอตมีปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึด  
ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) 2+ ไม่มี ankle clonus

3. ไม่มีภาวะแพ้ย้าแมกนีเซียมซัลเฟต

### กิจกรรมพยาบาล

1. ตรวจสอบปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึด  
กล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus เมื่อแรกจับไว้  
ดูแล และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้  
เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางว่ามีการ  
ระคายเคืองในระดับใด และใช้ประโยชน์จากการบันทึก  
ไว้เป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลการรักษา

2. ดูแลให้ได้รับยา 10% MgSO<sub>4</sub> 4 gm + 5%  
D/W 100 ml IV drip in 20 min (Loading dose)  
ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะ MgSO<sub>4</sub> จะลด  
ภาวะปฏิกิริยาตอบสนองที่ไวและลดความเสี่ยงต่อการ  
ชัก<sup>2</sup>

3. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ การถ่ายปัสสาวะ  
ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ  
อัตราการไหลของสารน้ำ และระดับแมกนีเซียมในเลือด  
ของผู้คลอต เพื่อประเมินภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษซึ่งจะ  
ส่งผลให้ผู้คลอตและทารกในครรภ์ได้รับอันตรายเช่น  
ระบบการหายใจถูกกด ปัสสาวะออกน้อย ความดัน  
โลหิตลดลง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไว

4. ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่าง  
สม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

5. เตรียม 10% Calcium gluconate 10 ml.  
สำหรับฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ นานมากกว่า 3 นาที  
โดยฉีดยาน้ำที่มีอาการของแมกนีเซียมเป็นพิษ

6. จัดผู้คลอตอยู่ในห้องที่เสียงไม่มีแสงและเสียง  
รบกวน เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการ  
ชัก

### ประเมินผล

1. ผู้คลอตไม่มีอาการชัก

2. ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึด  
กล้ามเนื้อ (DTRs) เท่ากับ 1+ ถึง 2+ และ ไม่มี Ankle  
clonus

3. BP อยู่ในช่วง 160/100-168/107 mmHg ไม่  
มีภาวะแพ้ย้าแมกนีเซียมซัลเฟต

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายจาก การเจ็บครรภ์คลอตในระยะ Active Phase<sup>9</sup>

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. Cx dilate 4 cms Eff.50%, Station O, MR

2. I =5min, D=30 sec

3. หน้านิ้วคิ้วขมวด นอนบิดตัวไปมา สูดปาก

4. Pain score 6 คะแนน

#### กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูกและติดตามอัตรา  
การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที

2. ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการ  
คลอต ทุก 1-2 ชม.

3. ประเมิน ความเจ็บปวด

4. แจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอต  
รวมทั้งแผนการช่วยเหลือการคลอต

5. ดูแลให้ดื่มน้ำหรืออาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

6. แนะนำวิธีการลูบหน้าท้องหรือผ่อนคลายใจ  
ช่วยนวดบริเวณบั้นเอว โดยกำมือแล้วใช้มือขนาดใน  
ลักษณะเป็นเลขแปด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

7. กระตุ้นให้เปลี่ยนท่านอน นั่ง ยืนหรือเดินและ  
ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ

8. พุดปลอบโยนและแสดงความเห็นใจในความ  
เจ็บปวด

#### ประเมินผล

1. ผู้คลอตหายใจตามเทคนิคได้บ้าง โดยการกำกับ  
ของพยาบาล ไม่เอะอะ โวยวายหรือดิ้นกระสับกระส่าย  
ยังคงนอนบิดตัวไปมา และพักได้ขณะมดลูกคลายตัว

2. ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 5 ซม.

3. MR ,FHS 134-148/min,I= 5', D=40"

4. Pain score 5-6 คะแนน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เฝาระวังการ

เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำคร่ำรั่วซึมหรือถุง  
น้ำคร่ำแตก<sup>10</sup> ทางช่องคลอด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดบอกว่ามีน้ำใสๆสีขาวขุ่นไหลออกทางช่องคลอดก่อนมา 4 ชั่วโมง
2. ตรวจโดยวิธี Cough test Positive

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและแผนการดูแลรักษา
2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงแนะนำให้นอนตะแคงซ้าย ห้ามลุกเดิน ป้องกันการเกิดสายสะดือพลัดต่ำ
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที
4. สังเกตลักษณะสี กลิ่น ของน้ำคร่ำระยะเวลาการรั่ว/แตกของถุงน้ำคร่ำ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. การตรวจทางช่องคลอดให้ทำเท่าที่จำเป็นโดยหลัก Aseptic Technique
6. ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกใส่ผ้าอนามัยและเปลี่ยนผ้าถุงเมื่อเปียกชุ่ม
7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม.
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### การประเมินผล

1. ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการเกิดถุงน้ำคร่ำแตก รั่ว
2. ผู้คลอดนอนพักบนเตียงได้เมื่อปวดปัสสาวะได้นั่งถ่ายบนเตียง ด้วย Bed pan
3. FHS 140-150 bpm
4. V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ T=36.3-36.8 °C, P=86-90 ครั้ง/min, R=20-22 ครั้ง /min, BP160/100 mmHg
5. ผลตรวจ Fern's test were found<sup>5</sup>

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวล

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง<sup>4</sup>

### ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์
2. รู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูงมาก 168/107 mmHg ถามซ้ำเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา

3. ถามถึงเรื่องวิธีการคลอดบุตร แสดงความกังวลพูดซ้ำเกี่ยวกับความปลอดภัยของลูก

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรค

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. นอนพักได้ หน้าตาสดชื่นขึ้น ผ่อนคลาย ระดับความวิตกกังวลลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก รับฟังและตอบคำถามผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนเตรียมตัวคลอดแจ้งวิธีการคลอดขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา แสดงความเข้าใจ ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์เพื่อให้คลายความกังวล
4. ส่งเสริมให้พักผ่อน ลดสิ่งกระตุ้น

### การประเมินผล

หน้าตาสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษา นำส่งมารดาอยู่ในระยะวิกฤต ไปโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อคลอด ด้วยความปลอดภัย

### การพยาบาลด้านทารก

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ทารกมีโอกาสด้านออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลงและการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง<sup>4</sup>

### ข้อมูลสนับสนุน

หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณด้นน้อยลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 134-148 bpm
2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาที ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) electro fetal monitoring
3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง
4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการตื่นของทารก
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกด้นน้อยลง
6. Ultra Sound IN GRAVID
7. มารดา On canular 5 LPM

### การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี
2. NST Reactive, Electro fetal monitoring FHS 134-148 bpm
3. Ultra Sound : Present Vertex

**ผู้คลอดรายที่ 2** หญิงไทยคู่ อายุ 19 ปี G1P0 GA 33wk 6day ANCที่รพ.สต. 7ครั้ง ANC ที่ โรงพยาบาล ยางชุมน้อย 1 ครั้ง น้ำหนัก 85 kg. ส่วนสูง 156 cm BMI 34.93 kg/m<sup>2</sup> ประวัติพบว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 26 ธันวาคม 2567 ปวดหลัง ไปรับบริการที่ รพ.สต.แนะนำให้มาตรวจต่อที่ โรงพยาบาลยางชุมน้อย 27 ธันวาคม 2567 มาตรวจรักษา อาการปวด

ศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดหลัง บวมตามร่างกาย ปัสสาวะปกติ มีแน่นหน้าอกเป็นบางครั้ง คลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง 13.38 น. แรกรับที่ห้องคลอด T 36.5 °C PR 110 /min RR 20 /min BP 180/110 mmHg Urine albumin 4 +Urine sugar Negative ตรวจร่างกาย พบเท้าบวม Pitting edema 2+ DTR 2+ pain score 5 คะแนน ไม่มีการหดตัวของมดลูก มารดาแจ้งว่ารู้สึกว่าคุณด้นน้อย NST reactive FHS 150 bpm ROA ทารกตื่นดี ตรวจครรภ์พบ HF3/4 > ระดับสะดือ HF U/S EFW 1669 gms PV not dilate Station - 2 soft ตรวจพบว่าคุณดันโลหิตสูง 180/120 mmHg, Plt.count 245,000 cells/mm<sup>3</sup>, Hct 40 % มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ตรวจร่างกายพบเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง DTR 2+ แพทย์วินิจฉัย Severe preeclampsia with Severe features / plan refer แพทย์พิจารณาให้การรักษา On O2 Mask with bag 10 lpm Retained Foley's catheter, on 5%DN/2 1000 ml 80 cc/hr ,ส่งLab severe pre eclampsia , Dexamethazone 6 mg IM stat , 10% MgSO<sub>4</sub> 4 gms +5%DW 60 ml IV drip in 20 min, Nicardipine1:10+0.9NSS 100ml IV drip 5 cc/hr 50%MgSO<sub>4</sub> 20 gms + 5 % DW 460 ml IV drip 25 ml/hr เพื่อลดความดันโลหิต BP 160/120 mmHg มีปวดศีรษะตาพร่ามัว tritate Nicardipine1:10 + 0.9NSS 100ml IV drip 10 cc/hr หลังจากได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/120-170/120 mmHg แต่อาการของผู้คลอดมีอาการรุนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัวมากขึ้น ผลตรวจ Liver function test พบค่า SGOT ปกติ แพทย์พิจารณา refer เพื่อคลอด C/S แต่เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดแพทย์จึงให้การรักษาเพิ่มเติมด้วย Dexamethasone 6 mg IM ทุก12 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant ของปอด ทารก ประสาน Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ เวลา 14.21 น. 27 ธันวาคม 2567 ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,660 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที

= 6 คะแนน, ที่ 5 นาที = 8 คะแนน, ที่ 10 นาที = 9 คะแนน ทารกส่งไปรักษา ต่อหออผู้ป่วย Nursery อยู่ 3 สัปดาห์ น้ำหนัก เพิ่ม 1800 กรัม จึง D/C และเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ Severe preeclampsia with Severe features ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดแพทย์จึงพิจารณาย้ายไปเผื่อระวังอาการต่อที่หออผู้ป่วยหลังคลอด ภายหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการทางคลินิกดีขึ้น หลังพักฟื้นที่หออผู้ป่วยหลังคลอด 6 วันจึง D/C มารดาความดันโลหิตปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังD/C มีการแจ้งข้อมูลประสานส่งต่อให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งโดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ถึง วันที่ 3 มกราคม 2568, 10 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 รวมระยะเวลา 45 วัน

## การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 2)

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิด

ภาวะชกเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก<sup>3</sup>

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 180 /120 mmHg
2. ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 4+
3. มีอาการปวดศีรษะ และตาพร่าเล็กน้อย

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะชกและไม่ได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome , severe features

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชก ขณะอยู่ในความดูแล
2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 mmHg
3. Lab ค่า AST, ALT, creatinine, Platelet อยู่ในเกณฑ์ปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือได้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการ

กระตุ้นจากแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต ทุก15-30 นาที
3. ส่งLab :CBC, UA, BUN, Creatinine, Electolyte ,PT ,LFT, DTX
4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก MgSO<sub>4</sub> IV drip ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา
5. ดูแลให้ได้รับยาNifedipine IV drip ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา
6. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก
7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

#### การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชก
2. ความดันโลหิต 160/120 -170/120 mmHg
3. ผล Lab: AST 33 mg/dl ,ALT16 mg/dl ,creatinine0.53mg/dl, Platelet 245,000 cells/mm<sup>3</sup>

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก<sup>6</sup>แมกนีเซียมซัลเฟต(MgSO<sub>4</sub>)

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 180/110-180 /120 mmHg
2. ได้รับยาลดความดันป้องกันชักแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO<sub>4</sub>)

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันป้องกันชัก MgSO<sub>4</sub>

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป
4. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 mmHg

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้
2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน
3. ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัวอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา
4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที
5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดย retain foley's catheter
7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษโดยระยะแรกมีอาการร้อนวูบวาบ กระหายน้ำเหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และปฏิกิริยาสะท้อนกลับลดลง ระยะหลังจะกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หายใจได้
8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10 % Calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมงถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ (Diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 mmHg)
10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

#### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 160/120-170/120 mmHg ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ 2+

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Severe preeclampsia with Severe features ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน**  
ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตสูง 180/110-180/120 mmHg
2. มี severe feature ได้แก่อาการ ปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ ตาพร่ามัว

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน
2. ไม่เกิดภาวะชักและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HELLP syndrome

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก
2. BPไม่น้อยกว่า 160/110 mmHg
3. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ
5. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟันหรือจุดต่างๆของร่างกาย ปัสสาวะสีคัก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที รายงานแพทย์
2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วน ได้แก่ CBC, UA, BUN , Creatinine, Electrolyte, PT, LFT, DTX เพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่

3. ประเมินอาการทารกในครรภ์โดยการทำ Non Stress Test, Intrauterine resuscitation

4. แพทย์พิจารณาประสานงานกับสูติแพทย์ส่งต่อผู้คลอดไปผ่าตัดคลอด ที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

5. พยาบาลจัดเตรียมให้คำแนะนำผู้คลอดในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร แจ้งโรคแจ้งแนวทางการส่งต่อไปรับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอด

#### การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 160/120-170/120 mmHg ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่ระคายคอก ไม่มีคอแห้งกระหายน้ำ ไม่มีปัสสาวะเป็นสีน้ำตาล

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ AST 33 mg/dl, ALT 16 mg/dl, Cr 0.53 mg/dl, Platelet 245,000 cells/mm<sup>3</sup>

4. NST: reactive, IUR: FHS:150-154 bpm

#### วินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 4 เสี่ยงต่อการคลอด

ก่อนกำหนด เนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ 6 วัน

2. ความดันโลหิต 160/120-180/120 mmHg มี

อาการปวดศีรษะตาพร่ามัว

3. ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ยังไม่เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง

4. ตรวจพบ proteinuria (+4), มีอาการบวมที่หลังเท้า 2 ข้าง

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. หญิงตั้งครรภ์ไม่แสดงอาการของการคลอดก่อนกำหนด

2. สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. หญิงตั้งครรภ์ไม่แสดงอาการของการคลอดก่อนกำหนด

2. สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย

3. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที

4. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความดันโลหิตทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

2. สังเกตอาการเจ็บครรภ์หรือมูกเลือดร่วมกับประเมนอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดรัดตัวแข็ง ปวดท้องและทารกดิ้นน้อยลง

3. จัดให้นอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง

4. มารดา On O2 Mask with Bag 10 LPM

5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนการคลอดก่อนกำหนด

7. ส่งเสริมให้พักผ่อนลดกิจกรรมที่กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (proteinuria, CBC)

9. ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ให้ยา Antihypertensive, corticosteroids

#### การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บครรภ์หรือมูกเลือด ไม่มีเลือดออกมดลูกไม่หดรัดตัวแข็ง ไม่ปวดท้อง

2. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148-155 bpm ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

3. ได้รับยา Dexamethasone 6 mg IM stat dose + MgSo4 + Nicardipine

#### วินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5 ทารกมีโอกาสด

ออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง

และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง<sup>4</sup>

ข้อมูลสนับสนุน : หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าลูกดิ้นน้อยลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 155 bpm

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 bpm

2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกและวัด BP ทุก 15-30 นาที พบผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) แนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการตื่นของทารก
3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง
4. มารดา On O2 Mask with bag 10 lpm
5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการตื่นของทารก
6. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัว ก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกตื่นน้อยลง
7. Ultra Sound IN GRAVID
8. Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr เพื่อกระตุ้นการสร้าง surfactant ของปอดทารก

**การประเมินผล**

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148-155 bpm ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี
2. U/S EFW 1,669 gms
3. Dexamethasone 6 mg IM stat dose

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 วิตกกังวล กลัวอันตรายจากการผ่าตัดคลอดที่เกิดขึ้นกับ**

**ตนเองและบุตรในครรภ์**

**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์
2. สีหน้ากังวลถามถึงผลกระทบต่อตนเองและทารก
3. ถามถึงเรื่องขั้นตอนการผ่าตัดคลอด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล**

**ตารางที่ 1** ผลการศึกษาสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ผลการเปรียบเทียบ

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. ปังจ๋ยเลียง ปังจ๋ยเลียงที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดัน โลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์ แรก ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก มีภาวะ	- ตั้งครรภ์อายุ 27 ปี - BMI 31.25 kg/m <sup>2</sup>	- ตั้งครรภ์อายุ 19 ปี - BMI 34.93 kg/m <sup>2</sup>	- ผู้คลอดทั้ง 2 รายตั้งครรภ์ ผู้คลอดรายที่ 1 มีค่า BMI 31.25 kg/m <sup>2</sup> ผู้คลอดรายที่ 2 มีค่า BMI 34.93 kg/m <sup>2</sup> หมายถึง

ความวิตกกังวลลดลงเข้าใจอาการและอาการแสดงของโรคดี

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. นอนพักได้ หน้าที่สดชื่นขึ้น

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าคลอด พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดแสดงความเห็นใจ ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่นคลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์ เพื่อให้คลายความกังวล

**การประเมินผล**

หน้าที่สดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาดี มารดาอยู่ในระยะวิกฤตได้รับการ ขณะส่งต่อเพื่อผ่าตัดคลอด ได้อย่างปลอดภัยจากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
โลหิตจาง มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต ตั้งครรภ์แฝด ครรภ์ไขปลาอุก มีประวัติเคยเป็นภาวะ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มาก่อน			การมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์ปกติ มีความเสี่ยงเกิดภาวะความดันโลหิต สูงจากการตั้งครรภ์มากกว่าปกติ
2. การวินิจฉัยโรค สามารถทำได้จากอาการ ร่างกายอาการและอาการ แสดงและการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	วินิจฉัยโรค คือ Severe Preeclampsia without severe feature โดยพบว่า ความดันโลหิต 168/107 มิลลิเมตรปรอท Urine albumin trace	วินิจฉัยโรค คือ Severe preeclampsia with Severe Features โดยพบว่า ความดัน โลหิต 180/110 มม. ปรอท มี โปรตีนในปัสสาวะ +2 และมีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ ตา พร่ามัว	วินิจฉัยโรคของผู้คลอดทั้ง 2 ราย คือ Preeclampsia แต่ผู้คลอดรายที่ 2 มี อาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรค มีความรุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features ซึ่งเกิดจากการ เปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีต่อ ภาวะ Preeclampsia ที่นำไปสู่การ เสียชีวิตได้
3. การรักษา ภาวะ Preeclampsia เป็น ภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดา และทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและ รักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายก่อให้เกิด การสูญเสียในภาวะนี้ได้	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และผู้คลอด GA 40 wks 6 day เข้าสู่ระยะคลอดโดยมี อาการเจ็บครรภ์จริง	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และผู้คลอด GA 33 wks 6 day มี อาการหรืออาการแสดง ที่บ่งชี้ว่าโรคมีความ รุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เป็นการ รักษาภาวะ Severe Preeclampsia มีผลกระทบต่อ ทารกในครรภ์แพทย์พิจารณาส่งไป คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ รายที่ 1 คลอดปกติทางหน้าท้อง รายที่ 2 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะรอคลอด	- มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากความดันโลหิต สูงมาก - มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาลดความดัน ป้องกันชัก (MgSO <sub>4</sub> )	- มีโอกาสเกิดภาวะชัก เนื่องจากความดันโลหิต สูงมาก - มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาลดความดัน ป้องกันชัก (MgSO <sub>4</sub> ) - มีภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรง ของ preeclampsia with Severe Features ที่ ต้องได้รับการรักษาที่ เร่งด่วน	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะ ความดันโลหิตสูงมาก แพทย์ พิจารณาให้ยาลดความดันป้องกัน ชัก (MgSO <sub>4</sub> ) แต่ในผู้คลอดรายที่ 2 มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่า โรคมีความรุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features ที่อาจจะส่งผล ให้ผู้คลอดและทารกทำให้อาจต้องได้รับ การรักษาที่เร่งด่วน
5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนส่ง ต่อ	- ไม่สุขสบายจากการ เจ็บครรภ์คลอดในระยะ Active Phase - ฝ้าระงังการเกิด	- ทารกมีโอกาสขาด ออกซิเจนเนื่องจาก เนื้อเยื่อบริเวณรก เปลี่ยนแปลงและการ	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะ ความดันโลหิตสูง รายที่ 1 ตั้งครรภ์ ครบกำหนด คลอดปกติ รายที่ 2 มี อาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรค

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	ภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำคร่ำรั่วซึมหรือถุงน้ำคร่ำแตก <sup>3</sup> ทางช่องคลอด -ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจนเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลงและการไหลเวียนของเลือดลดลงจากภาวะความดันโลหิตสูง -วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง <sup>4</sup>	ไหลเวียนของเลือดลดลงจากภาวะความดันโลหิตสูง - วิตกกังวลกลัวอันตรายจากการผ่าตัดคลอดที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในครรภ์	มีความรุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างเร่งด่วนและทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้ำหนักตัวน้อย 1,660 กรัม จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยNursery อยู่ผู้ 3 สัปดาห์ น้ำหนักเพิ่ม 1,800 กรัม จึง D/C.
6.การวางแผนจำหน่าย D-METHOD จากโรงพยาบาลขนาด30เตียง ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ศรีสะเกษ <b>Diagnosis:</b> ประเมินสถานะโรค PIH <b>Monitoring:</b> เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระหว่างส่งต่อ <b>Education:</b> ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับPIH และการเฝ้าระวังหลังคลอด <b>Treatment:</b> ให้ดูแลตามแผนการรักษา <b>Health promotion:</b> การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการการลดความเครียด <b>Observation :</b> การสังเกตอาการที่อาจเป็นสัญญาณอันตราย <b>Documentation :</b> การบันทึกข้อมูลการพยาบาลอย่างครบถ้วนเพื่อใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	D: Severe Preeclampsia without Severe Features -มีการประสานงานกับรพ.เครือข่ายล่วงหน้าเพื่อเตรียมการรับตัว -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับPIH	D: Severe Preeclampsia with Severe Features -มีการประสานงานกับรพ.เครือข่ายล่วงหน้าเพื่อเตรียมการรับตัว -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับPIH	รายที่ 1 Severe Preeclampsia without Severe Features รายที่2 Severe Preeclampsia with Severe Features ทั้ง 2 ราย -ได้ยาMgSO <sub>4</sub> และNifedipine -ส่งต่อแม่ข่าย รพ.ศรีสะเกษ พร้อมรายงานการรักษาและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจเพิ่มเติมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ -ให้การพยาบาล เช่น ให้นอนตะแคงซ้าย ลดการกระตุ้นและเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท -แจ้งข้อมูลประสานส่งต่อเพื่อให้การดูแลหลังคลอดร่วมกับทีมสหสาขา และ รพสต.
7.การติดตามผลการรักษาเมื่อได้รับการจำหน่าย โดยติดตามเยี่ยมหลังคลอด	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอดตามนัด และสังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่นอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอดตามนัด และสังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะตาพร่ามัว พบแพทย์	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ได้มีการประสานส่งต่อข้อมูล ติดตามเยี่ยมหลังคลอด ครบ 3 ครั้งใน 45 วัน มีให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด ติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านตาม

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	พบแพทย์เพื่อตรวจติดตามภาวะความดันโลหิตสูง	เพื่อตรวจติดตามภาวะความดันโลหิตสูง	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 ราย

### บทสรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้ นอกจากนี้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย การประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดตั้งแต่แรกรับไว้ในห้องคลอด สมรรถนะของพยาบาลในความรู้เรื่องโรค การเฝ้าระวังติดตามสังเกต warning sign ผลข้างเคียงของการได้รับยาในระหว่างที่ผู้คลอดได้รับยาเป็นสิ่งสำคัญ และในแต่ละระยะของการคลอด การประเมินได้ รวดเร็วถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ ในหน่วยงานที่ศึกษาพบในการดูแล

ผู้คลอดกลุ่มนี้ยังไม่จำเป็นต้องส่งต่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความชำนาญในการจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนในระหว่างนำส่งผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลในหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงกว่าให้ทันเวลาและปลอดภัย และจะต้องได้รับการดูแลพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายหลังคลอดซึ่งมีความยากกว่าผู้คลอดปกติ ทั้งในเรื่องแบบแผนการดูแลการประสานงานการเฝ้าระวังติดตามด้วยความละเอียดอ่อนและการจัดการด้วยความยุ่งยากจนกว่าผู้คลอดจะเข้าสู่ภาวะปกติจึงได้ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องหลังคลอดโดยการติดตามเยี่ยม จนครบ 3 ครั้งในช่วง 45 วัน เพื่อให้ผู้คลอดและทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีสุขภาพแข็งแรง

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558 .แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรี แพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ.2558 .[เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.rtcog.or.th/home/wpcontent/uploads/2020/09/OB-018>
2. จันทร์เพ็ญ อยู่ยง, ศินีนาถ อุ่นเมือง, วาสนา ปานไธสงค์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีครรภ์เป็นพิษรุนแรงห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2565; 6(12): 131-43.
3. จิราภรณ์, โปธิ์กาศ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย วารสารโรงพยาบาลนาหยอด (2566) ; 40(1), 85-94. <https://nayok.moph.go.th.pdf> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
4. วิลาวรรณ ทรวงยศ. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:URL: <https://www.vachiraphuket.go.th/links/cfee>.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2567. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://spd.moph.go.th>
6. สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับภาวะความดันโลหิตสูงในหญิง ตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders in pregnancy).[เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rtcog.or.th>

7. เสนอธีริ, พ., ศรีสังค์, ส., อินทรเกษม, ศ., พรหมประกาย, ร., & โกพลรัตน์, ข. การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (2561) ; 36(2), 234–245.  
[เข้าถึงเมื่อ 10ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/139859ThaiJo2.1>: Thai Journal Online+1ThaiJo2.1: Thai Journal Online+1.
8. สุพัตรา ศิริโชติยกุล, ชีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์. ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง; 2564.
9. Cunningham, F.G., et al (Eds.). Williams OBSTETRICS (24th ed). New York, NY: McGraw-Hill Education. 2014;728-70.
10. Haram, K., Svendsen, E., & Abildgaard, U. (2009). The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review, BMC Pregnancy and Childbirth, 9(8).  
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-8>
11. Karumanchi, S. A., Lim, H., & August, P. Preeclampsia: Pathogenesis. [Internet]. 2016 [cited 2018 May 1]; Available from:  
<http://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis?topicKey=-OBGYN%2F6760&elapsedTimeMs=6&view=print&displayedView=full>
12. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2019). Maternity and women's health care (12th ed.). Elsevier.
13. Sibai, B. M. (2004). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstetrics & Gynecology, 102(1), 181–192.  
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000129212.70613.5d>
14. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment pre-eclampsia and eclampsia. [Internet]. 2011 [cited 2018 May 1]; Available from:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548335/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/)