

กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด (ศึกษา 2 ราย)
NURSING CARE FOR PREGNANCY WITH PRE-ECLAMPSIA IN LABOUR: COMPARISON
OF 2 CASE

(Received: December 17,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

อุดมพร เหมือยไธสง¹
Udompon Mueaithaisong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบมารดาคลอดครบกำหนด 2 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาเปรียบเทียบในผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาในท้องคลอด โรงพยาบาลหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน และการซักประวัติสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 18 ปี อายุครรภ์ 37⁺² สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ไม่ได้มารับบริการตรวจฝากครรภ์ตามนัดโดยมารับบริการครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์และมาเพียง 2 ครั้งจนกระทั่งคลอด กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 23 ปี อายุครรภ์ 39⁺¹ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัด 9 ครั้ง มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง การวินิจฉัย pregnancy induced hypertension รักษาโดยให้ยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักและให้คลอดโดยเร็ว มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นระบบครอบคลุมปัญหา

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การพยาบาล

Abstract

This study was a case study aimed to study and compare two full-term mothers who had high blood pressure during pregnancy. The comparative study was conducted in women who gave birth with high blood pressure due to pregnancy. In the target group of pregnant women with high blood pressure due to pregnancy receiving treatment in the delivery room. Nong Kung Si Hospital Kalasin Province, 2022 - 2023, 2 cases. Collection and analysis of data from medical records and In-depth interview from patients and relatives.

Results: Case study 1, age 18 years, gestational age 37+2 weeks, hospitalized with symptoms of labor pains and severe high blood pressure, received prenatal care as per appointment only 2 times until labor. The first visit was gestational at 20 weeks. Case study 2, age 23 years, gestational age 39 + 1 week, received prenatal care as per appointment 9 times. Both cases presented labor pains and severe high blood pressure. The diagnosis was Gestational pregnancy-induced hypertension and treated with MgSO₄ to prevent seizures. Furthermore, a treatment method is to give birth as soon as possible. The nursing process provides systematic care covering problems.

Keywords: Pregnancy Induce Hypertension, Nursing

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองสูงศรี

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และการแท้ง พบได้ในหญิงที่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์อาจพัฒนาไปเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษได้^{1,2} เป็นสาเหตุให้มารดาตายได้ร้อยละ 18³ สำหรับประเทศไทยมีรายงานมารดาตายจากโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ร้อยละ 21 ของการตายทั้งหมด¹ และภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับ 2 รองจากการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ยังเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย¹ สำหรับผลกระทบต่อการรกในครรภ์ที่พบมากที่สุดคือ การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ การเพิ่มความเสี่ยงของภาวะการขาดออกซิเจน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระยะยาว ได้แก่ โรคปอดอักเสบเรื้อรัง ความผิดปกติของจอประสาทตา และสติปัญญาต่ำ การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ผู้คลอดจะได้รับยาแมกนีเซียม ป้องกันการชัก และที่สำคัญการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อดูแลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ให้สามารถตั้งครรภ์ครบกำหนด หรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จากสถิติของโรงพยาบาลหนองกุงศรี ปี2563-2565 พบผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.3, 3.0, 1.2 ตามลำดับและ 3 ปีซ้อนหลังยังไม่พบมารดามีภาวะชัก และยังไม่พบว่ามารดาเสียชีวิต แต่ด้วยข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูติแพทย์ แพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมี

ความรู้ความสามารถในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ในบทบาทของพยาบาลห้องคลอดมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลผู้คลอดทุกระยะตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาและทำคลอดในรายที่ผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดและทารกแรกเกิดที่มีปัญหาวิกฤต ทำให้มีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 2 รายที่มาคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลหนองกุงศรี เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในห้องคลอด ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้คลอดในระยะวิกฤตจากภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับพยาบาลห้องคลอด

วิธีการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2565 - พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจาก 1) แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part 2) 2) แบบบันทึก

ความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วันที่ 1 - 30 กันยายน 2566 จากงานเวชระเบียน และการซักประวัติสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ โดยการศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษาครอบคลุมเกี่ยวกับ 1) ปัจจัย

เสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การวินิจฉัยโรค 3) การรักษาที่สามารถและทารกได้รับ 4) ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และ 5) แนวทางในการดูแลต่อเนื่องโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล^{1,6} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทยอายุ 18 ปี 11 เดือน สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ นักเรียน สหิการักษา บัตรทอง อาศัยอยู่กับบิดามารดา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว: ปฏิเสธโรคประจำตัว และโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ แบบแผนการดำเนินชีวิต: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สนใจ การดูแลสุขภาพ ไม่เคยคุมกำเนิด ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด รับประทานขนมหวานและขนมกรุบกรอบทุกวัน ต้มเปี้ยวเป็นบางวัน ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ถ่ายอุจจาระปกติทุกเช้า ชอบเล่นเกมสโตร์โทรศัพท์บางคืนนอนดึก ๆ ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น G₁P₀A0LO GA 37⁺² wks. ฝากครรภ์ครั้งแรก GA20⁺⁴ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด ฝากครรภ์เพียง 2 ครั้ง ได้รับ Tetanus toxoid ครบชุดไม่เกิน 10 ปี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 37, VDRL NR, HIV neg, HbsAg Neg, DCIP neg, MCV 80 อาการสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที อาการแรกเริ่ม: เวลา 04.40 น. เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน ตรวจร่างกาย น้ำหนัก 61 Kg. ส่วนสูง 156 cm. Vital Signs: T 36.6 °C, P 100 pm, BP 174/106 mmHg วัดซ้ำได้ 191/142 mmHg, RR 20 /min หลังเข้าบวมกดบวม2+ ตรวจครรภ์ พบ HF ¾ > ๑ ทำ ROA Head Engagement FHS 140/min Urine albumin 2+ Urine sugar Negative urine Amphetamine Negative ตรวจภายในพบ Cervix dilatation 10 cm. Effacement 100 % Station+1 Membranes: Spontaneous ruptured Amniotic fluid : Clear Amniotic fluid odor: Normal smell DTR 2+ pain score 8 คะแนน การหดตัวของมดลูก I = 3' D = 45" Severity 1+ แพทย์พิจารณาปรับไว้รักษา Consult สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย ระหว่างรอคลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต	ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทยอายุ 23 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว รายได้ 20,000 บาท/ เดือน สหิการักษา บัตรทอง อาศัยอยู่กับสามี และบิดามารดา ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว: หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี บิดาเป็นโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง แบบแผนการดำเนินชีวิต: หญิงตั้งครรภ์เอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ และบำรุงครรภ์ ก่อนตั้งครรภ์เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ชอบรับประทานอาหารรสจัด เปรี้ยวจัด และขนมหวาน ขณะตั้งครรภ์มีอาการท้องผูกบ้าง ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์: หญิงไทยอายุ 23 ปี G₁P₀ GA 39⁺¹ wks. ฝากครรภ์ครั้งแรก GA11⁺⁵ ที่โรงพยาบาล ฝากครรภ์ตามนัดครบ 9 ครั้งครบคุณภาพ ได้รับ Tetanus toxoid ครบชุด 3 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 38, VDRL NR, HIV neg, HbsAg Neg, DCIP neg, MCV 80 อาการสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง อาการแรกเริ่ม: เวลา 23.30น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดิน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แรกเริ่มตรวจภายในพบ Cervix dilatation 2 cm. Effacement 75 % Station-1 ส่วนหน้า vertex Membranes: Spontaneous ruptured Amniotic fluid color: Clear BP 174/116 mmHg วัดซ้ำได้ 141/109 mmHg, RR 20 /min ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ DTR 2+ pain score 2+ คะแนน ตรวจทางหน้าท้องเด็กท่า LOA FHS 148 bpm HF ¾ > ๑ ทำ LOA Interval = 2' Duration = 25" ตรวจร่างกาย น้ำหนัก 63 Kg. ส่วนสูง 165 cm. vital sign: T 36.5 °C, P 78 ครั้ง/นาที BP 174/116 mmHg Urine albumin 2+ Urine sugar Negative วินิจฉัยแรกเริ่ม: pregnancy induced hypertension :PIH: แพทย์พิจารณา Consult สูติแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายให้ Refer เนื่องจากเกินศักยภาพในการดูแล จึงประสานงานเพื่อการส่งต่อ

ตารางที่ 1 ข้อมูลกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
systolic อยู่ในช่วง 161-187 และ diastolic อยู่ในช่วง 109-102 mmHg FHS อยู่ในช่วง 130-140/min วินิจฉัยแรกเริ่ม: pregnancy induced hypertension :PIH การรักษาที่ได้รับ: ระหว่างรอคลอดได้รับ 50% MgSO₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 75 ml/hr เพื่อป้องกันการชัก การเจ็บครรภ์และการคลอด: เวลา 04.40 น.ปากมดลูกเปิดหมด ย้ายเข้าห้องคลอด มารดาคลอดปกติ เวลา 05.16น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,000 กรัม Apgar score 9-10-10 ค่ะแน่น รกคลอด complete ฝีเย็บ perineum: 1 degree tear เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ 3 Stitch Total blood loss 170 ml. หลังคลอด BP 170/110 mmHg. ให้ยา oxytocin 10 u.im วัดความดันซ้ำได้ 150/100 mmHg. มารดามีค่า potassium ต่ำกว่าปกติ แพทย์ได้ให้ potassium Elixir 30 ml เมื่อครบ 2 ชั่วโมง หลังคลอดมดลูกหดตัวดี คลื่นมดลูกไล่ blood clot ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว อ่อนเพลียเล็กน้อยความดันโลหิตของผู้คลอดอยู่ในช่วง 153/103 -142/91 mmHg วัด vital sign ก่อนย้ายตึกหลังคลอด T=37 °C P=84/min R=24/min BP=144/97 mmHg ย้ายผู้คลอดไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด	ระหว่างรอ ความดันโลหิต diastolic 150-200 และ systolic 89-104 mmHg หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่จุกแน่นลิ้นปี่ EFW 3,100 gam FHS อยู่ในช่วง 130-148/min การรักษาที่ได้รับ: 50% MgSO₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 50 ml/hr ให้การพยาบาลมารดาในภาวะวิกฤติ เพื่อป้องกันการชัก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา% MgSO₄ ให้ออกซิเจน10L/M สวมใส่สายเตรียมพร้อมผู้คลอดเพื่อส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลแม่ข่าย เวลา 01.20 น. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นตรวจภายในพบ Cervix full dilatation ย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 01.45น. คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,720 กรัม Apgar score 9-10-10 ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ รกคลอด Complete Total blood loss 300 ml มดลูกหดตัวดี BP 151/83 mmHg. ให้ on 0.9% NSS 1000+ oxytocin 20 drip 50. ml/hr มารดาหลังคลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว อ่อนเพลียเล็กน้อยความดันโลหิตอยู่ในช่วง 153/100-144/78 mmHg วัด vital sign T=36.6 °C P=88/min R=20/min BP=150/99 mmHg urine output 500 ml. ย้ายไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลได้ติดตามดูแลอาการหลังคลอดพบว่ามารดาหลังคลอดอาการปกติดีครบ 3 วันแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ นัดเข้าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง 1 เดือน

กระบวนการพยาบาล

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการชักและได้รับอันตรายจากการชักเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน: 1) ความดันโลหิตสูง 191/102 mmHg 2) Urine Albumin 2+ Sugar negative 3). หลังเท้าบวม กดบวม 2+ กรณีศึกษาที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน: 1) ความดันโลหิตสูง 174/116 mmHg 2) Urine Albumin 2+	กิจกรรมการพยาบาล: 1. จัดให้อยู่ใกล้ nurse station 2. ดูแลให้ได้รับยาแก้ชัก และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 50% MgSO₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 75 ml/hr ตามแนวทางการรักษา 3. วัดความดันโลหิตทุก 15 นาทีในช่วงแรก และหลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค 4. ประเมินอาการและอาการแสดงอาการนำของภาวะชัก เช่น Headache, visual disturbance, epigastric pain เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชัก 5. ให้น้ำและอาหารและให้ 0.9%NSS ตามแผนการรักษา 6. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม 7. ดูแลให้มารดาได้พักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ประเมินผลการพยาบาล:

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกัน/ ฝ้าระวังการชัก	กรณีศึกษาที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะชัก และอาการแสดงที่นำไปสู่ภาวะชัก BP=150/99-137/78 mmHg กรณีศึกษาที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะชัก และอาการแสดงที่นำไปสู่ภาวะชัก. BP=151/83 mmHg ได้รับยา MgSO₄ ครบตามแผนการรักษาครบ24ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและ อาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยา MgSO₄ (MgSO₄ toxicity) ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษาที่ 1, 2 ได้รับยากันชัก MgSO₄ วัตถุประสงค์ :ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา MgSO₄	กิจกรรมการพยาบาล: - ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 50% MgSO₄ 5 กรัม + 5 % DW 100 ml ฉีดเข้าหลอดเลือดช้า ๆ ภายใน 30 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือด ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump (อัตรา 75 มิลลิลิตร/ชั่วโมง: กรณีศึกษาที่ 1; ใน อัตรา 50 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง: กรณีศึกษาที่ 2) เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug - อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผล และขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจ เกิดได้จากยา เช่นอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับยา - ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ - ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุด ให้ยา และรายงานแพทย์ - ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ - ประเมินdeep tender reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้อง รายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที - เตรียม 10 % Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร เพื่อแก้ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของ MgSO₄ โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที ประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่1 ผู้คลอดไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ จนครบ24ชั่วโมงที่ได้รับยา ประเมินได้จาก ตรวจ DTR 2+ อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกเฉลี่ย>50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา อัตราการ หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกเฉลี่ย 100 มิลลิลิตร/ ชั่วโมงและ DTR2+
ข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ 3 มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษาที่ 1 1) มารดาหลังคลอด ความดันในโพรงมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง 2) perineum: 1 degree tear 3) ได้รับยา MgSO₄ มีผลข้างเคียงทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี กรณีศึกษาที่ 2	กิจกรรมการพยาบาล - ทำคลอดทารก และทำคลอดรกอย่างถูกต้องตามเทคนิค เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด และการตกค้างของเศษรก ซึ่งอาจทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้ - สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากคลอดแล้วตรวจดูการหดตัวของมดลูก ถ้าไม่รีบหาสาเหตุเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป - ตรวจดูการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บ และทำการซ่อมแซมอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตรวจดูว่ามีเลือดซึมออกจากบริเวณใด ถ้าบริเวณแผลฝีเย็บบวม มีสีม่วงคล้ำ ผู้คลอดจะรู้สึกตึงและปวดถ่วงบริเวณฝีเย็บมาก - ใส่คาสายสวนกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวดีขึ้น - ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษาของแพทย์

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1) มารดาหลังคลอด มีความดันในโพรงมดลูกเปลี่ยนแปลง 2) perineum: LML Episiotomy เย็บซ่อมแซมฝีเย็บ 3) ได้รับยา MgSO ₄ มีผลข้างเคียงทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี วัตถุประสงค์: ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	6. คลื่นมดลูกบ่อยๆจนแข็งตัวเป็นก้อนกลมและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ stable เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด จะได้ให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไป 8. สังเกตอาการแสดงของการเสียเลือดเช่น ซีด อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 1 มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงหรือสัญญาณของการตกเลือดหลังคลอด vital sign ปกติ T=37 °C P=84/ min R=20/min BP=150/99-137/78 mmHg มดลูกหดตัวดี ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดทั้งหมดใน 2 ชั่วโมงแรกได้ 270 มิลลิลิตร แผลฝีเย็บไม่มี hematoma กรณีศึกษาที่ 2 มดลูกหดตัวดี ฝีเย็บไม่มี hematoma ไม่มีอาการแสดงหรือสัญญาณของการตกเลือดหลังคลอด vital sign ปกติ T=36.6 °C P=88/ min R=20/min BP=150/99mmHg blood loss 300ml

วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 3 สรุปวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
สรุปกรณีศึกษา	หญิงไทยอายุ 18 ปี G ₁ P ₀ GA 37 ⁺² wks. เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที แกร็บ BP 174/106 mmHg วัดซ้ำได้ 191/142 mmHg ตรวจครรภ์พบ Cervix full dilatation การวินิจฉัยโรค Gestational pregnancy induced hypertension: PIH ได้รับ MgSO ₄ เพื่อป้องกันการชัก คลอดปกติเวลา 05.16 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,000 กรัม หลังคลอดอาการทั่วไปปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังคลอด 3 วันแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดเข้าคลินิกความดันโลหิตสูงต่อไป	หญิงไทย อายุ 23 ปี G ₁ P ₀ GA 39 ⁺¹ wks. เจ็บครรภ์คลอดร่วมกับมีน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง แกร็บ BP 174/116 mmHg วัดซ้ำได้ 141/109 mmHg Cervix dilatation 2 cm. วินิจฉัยโรค Gestational pregnancy induced hypertension ให้ MgSO ₄ ป้องกันการชัก เตรียมส่งต่อ ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ Cervix full dilatation จึงย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 01.45น. คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2720 กรัม หลังคลอดอาการทั่วไปปกติ ย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ครบ 3 วันแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน	ภาวะ Preeclampsia พบ BP มากกว่า 140/90 mmHg ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับการตรวจพบ Urine albumin +1 ขึ้นไป พยาธิสรีระของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด ถือว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์อยู่ในระดับรุนแรง ⁷ จากการตรวจร่างกายกรณีศึกษาทั้ง 2 พบ BP >140/90 mmHg แนวทางการรักษาคือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 มาด้วย full dilatation จึงทำคลอดปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 Cervix dilatation 2 cm วางแผน Refer แต่มารดาเจ็บครรภ์ถี่ และ Cervix full dilatation จึงย้ายเข้าห้องคลอด และช่วยทำคลอดปกติ ถือเป็น การสิ้นสุดการตั้งครรภ์อย่างรวดเร็วทั้ง 2 รายเพื่อป้องกันภาวะชักจากความดันโลหิตสูง
ปัจจัยเสี่ยง	หญิงไทยอายุ 18 ปี G ₁ P ₀ GA 37 ⁺² wks	หญิงไทย อายุ 23 ปี G ₁ P ₀ GA 39 ⁺¹ wks	ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์แรก มารดาอายุมากกว่า 35 ปี ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก มีภาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การรักษา	รักษาด้วยการทำคลอด และ ได้รับยาป้องกันการชัก 50% MgSO ₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO ₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 75	รักษาด้วยการทำคลอด และ ได้รับยาป้องกันการชัก 50% MgSO ₄ 4 gm + 5 % DW 100 ml IV drip in 30 min then 50% MgSO ₄ 20 gm + 5 % DW 1,000 ml IV drip 50 mL/hr	โลหิตจาง ประวัติเป็นเบาหวาน ความดัน โลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต ตั้งครรภ์แฝด ครรภ์ไข่ปลาอุก เคยมีภาวะความดัน โลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มาก่อน ⁸ ซึ่ง กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เข้าเกณฑ์ปัจจัย เสี่ยงที่กล่าวมา นอกจากรายที่ 2 บิดา เป็นความดันโลหิตสูง การรักษาโดยการให้สิ้นสุดตั้งครรภ์ โดยเร็ว ร่วมกับการให้ยาป้องกันการชัก และอันตรายจากการชัก การเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงของยา.ผลกระทบจากความ ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีผลต่อร่างกาย หลายระบบ ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะ ตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอด ทำ ให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอด ก่อนกำหนด ทารกแรกเกิด มีน้ำหนัก น้อย ⁹ กรณีศึกษาทั้ง 2 ได้รับการทำ คลอดได้ทันทีเนื่องจากครรภ์ครบกำหนด และเข้าสู่ระยะคลอด และได้รับการรักษา ด้วยยาป้องกันการชัก หลังคลอดมารดา ทั้งสองอาการทั่วไปปกติ

สรุปและเสนอแนะ

1) การศึกษาเป็นการศึกษาเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดัน
โลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ จำนวน 2 รายพบว่า
มารดาที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ
น้ำหนักทารกแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติส่วนรายที่
ฝากครรภ์ไม่ครบถึงแม้ตั้งครรภ์ครบกำหนดแต่
ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์แนวทางการ
พัฒนาต่อไปควรมีระบบค้นหาและติดตามมารดา
ตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบร่วมกับหน่วยงานฝากครรภ์
และท้องถิ่นต่อไป

2) บทบาทของพยาบาลห้องคลอดต้องมี
สมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง

สูงทุกระยะตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และ
ระยะหลังคลอด โดยการใช้แนวคิดกระบวนการ
พยาบาลในการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการ
ช่วยเหลือแพทย์ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดและ
ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาวิกฤต

3) การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงจาก
การตั้งครรภ์สามารถป้องกันได้โดยการฝากครรภ์
ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และการเยี่ยมดูแลในระดับ
ปฐมภูมิเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และ
ครอบครัวให้มีความรู้ในการดูแลตนเองและทารก
ในครรภ์ จึงควรมีการสร้างเครือข่ายการดูแลหญิง
ตั้งครรภ์ถึงชุมชนเพื่อให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Piliitteri, A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childbearing family. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
2. ศรีพิน อามาศย์ทัศน. ภาวะครรภ์เป็นพิษ. เผยแพร่ 18 ตุลาคม 2022, สืบค้นจาก <http://www.medparkhospital>.
3. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia 2011. [Internet]. Switzerland: [Cited 2018 Sep 21]. Available <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/97892415>
4. กรมอนามัย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยในรอบ ๖ เดือนหลัง ประจําปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565). สืบค้นจาก <https://hp.anamai.moph.go.th/> วันที่ 15 กันยายน 2566
5. ประสงค์ ตันมหาสมุทร. สูตินรีเวชทันยุค. (บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช 2020.
6. เพียงใจ เจริญวัฒนกุล. มาตรฐานการบริการพยาบาลสูติกรรม. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). ธีรดี จิรสินธิปก, (บรรณาธิการ). สำนักการพยาบาล, กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข 2551.
7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564, 2563.
8. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล, ธีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). ธีระ ทองสง, (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ลักขมีรัฐ 2555.
9. ปรียา แก้วพิมล. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. เยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่เบสท์เซลล์แอนด์เซอร์วิส 2558.