

การพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง: กรณีศึกษา
Nursing Care for Mothers after Caesarean Section due to Pregnant with Preeclampsia with
Severe Feature and Twins Pregnancy.

(Received: January 22,2024 ; Revised: February 13,2024 ; Accepted: February 17,2024)

อรพิน ตันมงคล¹
Oraphin Tanmongkol¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลของมารดาที่มีความเสี่ยง และความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยผ่านกรณีศึกษา 1 รายที่เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 5ก โรงพยาบาลราชวิถี วิธีการศึกษา: ศึกษาการดูแลหลังคลอดที่มีครรภ์แฝด และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 1 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นเวชระเบียนมารดาหลังคลอด คือ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

จากการศึกษาการดูแลหลังคลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37⁺³ สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ภายหลังผ่าตัดคลอดมี ปัญหาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี และมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากตั้งครรภ์ครั้งแรก บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอดจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็วนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ และพบว่ากรณีศึกษานี้ มารดาหลังคลอดให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และดูแลตนเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย สามารถจำหน่ายมารดากลับบ้านพร้อมบุตรได้ภายใน 4 วันของการคลอด

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงรุนแรงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์แฝด, ผ่าตัดคลอด

Abstract

The case study here aimed to investigated the nursing care for pregnant women who had a high risk and preeclampsia with severe features, through a case mother with twins pregnancy who was admitted to the inpatient department at the Rajvithi Hospital, Bangkok. The medical records including the health plan, pathology, nursing care, and health-risk factors were used as analysis tools.

The postpartum study on a 37⁺³ weeks twins pregnant mother revealed that she had severe preeclampsia. There is a risk of postpartum hemorrhage after having a cesarean section, due to poor uterine contractions and low platelets, a chance for secondary infections, uncomfortable pain from the surgical wound, and a lack the knowledge for self-care and raising children because of her first pregnancy. Professional nurses play a role in caring for the twins pregnant mother with severe preeclampsia by using the knowledge and skills in the rapid evaluation, which leads to the fast diagnosis, action plan, and comprehensive treatment. The case study was re-evaluated and noticed that the case mother well-cooperate in postpartum treatments and take a good care of herself. Therefore, she safely went through the crisis and be able to return home with the babies within 4 days after giving birth.

Keywords: Pregnant with preeclampsia, Twins pregnancy, Caesarean section

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

บทนำ

การตั้งครรภ์แฝด (multiple or multifetal pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีจำนวนทารกในครรภ์มากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป มีการเรียกชื่อแตกต่างกันออกไปตามจำนวนของทารก ได้แก่ แฝดคู่ (twins) แฝดสาม (triplets) แฝดสี่ (quadruplets) อุบัติการณ์ ครรภ์แฝดพบได้ประมาณ 1 ต่อ 90 ของการตั้งครรภ์¹ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์แฝดเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 50 ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยมีสาเหตุหลักจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์² สาเหตุของการตั้งครรภ์แฝด ได้แก่ พันธุกรรม ส่วนใหญ่จะพบว่าบุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์แฝด ประวัติได้รับการรักษาภาวะ การมีบุตรยาก โดยได้รับยากระตุ้น เร่งการตกไข่ อายุและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าสตรีที่มีอายุเกิน 40 ปี และตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มีโอกาสตั้งครรภ์แฝดสูงกว่าสตรีอายุน้อย หรือไม่เคยมีบุตรมาก่อน¹ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์แฝด ในมารดามีอาการแพ้ท้องมากกว่าปกติ โลหิตจาง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คลอดก่อนกำหนด และตกเลือดหลังคลอด¹ ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารก คือ การแท้ง พบได้บ่อยกว่าครรภ์เดี่ยวถึง 3 เท่า น้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 50 ของทารกแฝดจะพบว่าโตช้าในครรภ์ ร้อยละ 60 ในครรภ์แฝดคู่คลอดก่อนกำหนด¹

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลก ร้อยละ 14¹ รองลงมาจากสาเหตุการตกเลือดที่พบร้อยละ 27.1² มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด³ จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในปี 2564 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และหลังคลอดคิดเป็น 26.6 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความ

ดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเท่ากับ 3.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบและอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 25 ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ซึ่งภาวะชักนี้สามารถพบได้ถึง 48 ชั่วโมง หลังคลอด³ ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตเนื่องมาจากมีเลือดออกในสมอง และการสำลักเศษอาหารขณะชัก⁴ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดและปอดคั่งน้ำจากการที่หลอดเลือดของปอดตีบ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁵ ภายหลังคลอดมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีภาวะน้ำท่วมปอดได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากยาที่ใช้บ่อยทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ปฏิกิริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหดตัวของหลอดเลือด⁷ ดังนั้นในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควร เฝ้าระวัง และติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงขึ้น และให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ โดยพบว่าระดับความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด⁶ แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงโดยทั่วไปจะมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เมื่อแรกเริ่ม และประเมินเป็นระยะในช่วงหลังคลอด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ ที่สำคัญคือ ความดันโลหิต systolic ที่สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือ

เท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท อาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว (cerebral or visual disturbance) จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือปวดใต้ชายโครงขวา เป็นต้น รวมทั้งการประเมินอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ชัก (Eclampsia) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะ HELLP syndrome เป็นต้น⁵ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักที่สำคัญคือ การดูแลให้ยา MgSO₄ และมีการเฝ้าระวังระดับของ MgSO₄ ในเลือด โดยการเจาะเลือดติดตามระดับของ MgSO₄ ในซีรัมทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งระดับของ MgSO₄ ในซีรัมที่ต้องการ คืออยู่ในช่วง 4-8 mg/dL รวมทั้งการเฝ้าดูอาการทางคลินิกเช่น การตรวจไม่พบปฏิกิริยาสะท้อน (reflex เป็น 0) อัตราการหายใจช้ากว่า 12-14 ครั้งต่อนาที หรือปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 - 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ในกรณีเช่นนี้ระดับของ MgSO₄ ในซีรัมอาจจะมากเกินไป ดังนั้นจึงควรเตรียม antidote คือ ร้อยละ 10 calcium gluconate ขนาด 10 มิลลิลิตรไว้ให้พร้อมใช้ได้เสมอ ซึ่งการให้ยา MgSO₄ นี้ต้องระมัดระวัง และดูแลใกล้ชิด เนื่องจากมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกร้อนวูบวาบ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี ตกเลือดได้ง่ายในระยะหลังคลอด ระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินระดับการรักษาจะไปกดการหายใจ และถ้าสูงมาก (10- 13 mEq.) จะกดการทำงานของหัวใจจึงนับว่าเป็นยาอันตราย ต้องเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาดโดยการบันทึกชีพจร อัตราหายใจ ความดันโลหิต ปัสสาวะทุกชั่วโมง และ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 4 ชั่วโมง⁷

จากสถิติของโรงพยาบาลราชวิถี ปี พ.ศ. 2563 -2565 พบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ เช่น Eclampsia, Chronic hypertension, Gestation hypertension, GDM, และPIH โดยพบ Mild PIH และSevere PIH ในปี 2563 -2565 จำนวน 136, 117 และ 79 รายตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็น Severe PIH จำนวน

103, 87 และ58 ราย ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 74.70 ของมารดาตั้งครรภ์ที่เกิด PIH ทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าวเมื่อจำแนกรายปีจะพบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 75.74, 74.36และ 73.42 ตามลำดับ และโรงพยาบาลราชวิถี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรับการรักษา เนื่องจากมีแพทย์และสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ ซึ่งภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์อาจครอบคลุมไปจนถึงหลังคลอดก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งต่อมารดา และทารกได้ เพื่อเป็นตัวอย่าง และประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง ป้องกันติดตาม และดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ไปได้ เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุขให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเป็นการเรียนรู้ ทบทวน การปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาจึงใช้กรณีศึกษาที่พบในการปฏิบัติงาน จำนวน 1 ราย มานำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด หลังคลอด และมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมด้วยให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาครรภ์แฝดหลังผ่าตัดคลอดที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยาก และซับซ้อน เนื่องจากรดาหลังคลอดรายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และได้รับการผ่าตัดคลอด ถ้าไม่ได้รับการค้นหาปัญหา การประเมินซ้ำ และการแก้ไขดูแลให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากเกิดภาวะชักเกร็ง เกิดกลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ และเสียเลือดมาก อาจทำให้ต้องตัดมดลูกได้ รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้การประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ ครบคลุม และรวดเร็ว เนื่องจากเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเสี่ยงสูงเพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีการประเมินซ้ำให้ได้ข้อมูลที่ต้องมาวางแผนกับทีมแพทย์และครอบครัว ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษาพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

จัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา ซึ่งดำเนินการในช่วงเวลา 13 กันยายน – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และ จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา:

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

หญิงไทย อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.) สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง มีภูมิลำเนา ตำบลบางนา อำเภอบางนา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

อาการสำคัญ: มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ได้รับการวินิจฉัยโรค $G_1P_0GA\ 37^{+3}\ wk.$ c Twins MCDA c HELLP (EDC 2 มี.ค. 64) วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 64 มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน 2 ชั่วโมง สามีนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์การฝากครรภ์ และการคลอด: ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $9^{+3}\ wk.$ ที่โรงพยาบาลบางนา ตามสิทธิ์ประกันสังคม

- อายุครรภ์ $14^{+1}\ wk.$ ตรวจ U/S พบ Twin MCDA

- อายุครรภ์ $16^{+2}\ wk.$ มีปัญหา High risk GDM

- ตั้งครรภ์ $27^{+4}\ wk.$ ทำ U/S ซ้ำพบ Twin MCDA with Twin A IUGR stage I ได้รับยาเพิ่ม คือ Dexamethasone 6mg IM ทุก 12 ชม. X 4 dose ที่โรงพยาบาลบางนา FU 1 wk. High risk ระหว่างตั้งครรภ์ มีน้ำหนักขึ้น 99 กิโลกรัม BMI 36.4 มี high risk GDM จึงส่งต่อเข้ารับการฝากครรภ์ (ANC) ที่โรงพยาบาล ราชวิถีในคลินิกเสี่ยงสูง ได้รับการรักษาด้วยยา ASA (81) 1x1opc

- อายุครรภ์ $37^{+3}\ wk.$ มีอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน Admitted LR โรงพยาบาลราชวิถี BMI ก่อนตั้งครรภ์ 27.54 High risk GDM น้ำหนักปัจจุบัน 99 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 36.4 ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130-150/80-90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม วัคซีนป้องกันโควิด - 19 จำนวน 3 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผลการตรวจ VDRL, HIV และ HbsAg negative ความเข้มข้นของเลือด 34.3% หมู่เลือดกรุ๊ปโอ Rh+

- การประเมินสภาพมารดาแรกรับที่ห้องคลอด: วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เวลา 05.54 น. มารดาครรภ์ครั้งแรก ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37^{+3} สัปดาห์ (นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย) รู้สึกตัวดี มีเจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ รอคคลอดใน LR ตรวจโปรตีนในปัสสาวะให้ผลลบ น้ำตาลในปัสสาวะให้ผลลบ มีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง การตรวจหน้าท้อง พบ ระดับ HF 45 เซนติเมตร เหนือสะดือแฝดพี่ มีศีรษะเป็นส่วนนำอัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้ง/นาที และแฝดน้อง มีศีรษะเป็นส่วนนำอัตราการเต้นของหัวใจ 152 ครั้ง/นาที ตรวจทางช่องคลอด พบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร Efface. 50% membrane Intact, station -2, อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/96 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ CBC พบ PLT 41,000- 63,000

cell/mm³ Drip 10%MgSO₄ 4 gm. Loading in 15 min then 50% MgSO₄ 40 ml+5%DW 460 ml v drip 50 ml/hr., 0.9% NaCl 500 ml+ Synto.20 u v drip 40 ml/hr. พบว่า มารดามีความเสี่ยงจากภาวะ HELLP syndrome, NPO Plan ส่ง C/S ก่อนเข้าห้องผ่าตัด จอเลือด 2 ยูนิต Plat. Cog. 10 ยูนิต ความดันโลหิตก่อนเข้าห้องผ่าตัด 141/96-153/100 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เนื่องจากการมารดามีการสูญเสียเลือด 500 มิลลิลิตร และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (54,000 Cell/mm³) แม้ว่า จะได้รับเลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด (LPRC 2 ยูนิต LPPC 1 ยูนิต) ความเข้มข้นของเลือด ในเม็ดเลือดแดงเพียง (Hb=11.7.g/dL, Hct=35%) และมีเกล็ดเลือดเพิ่มเป็น 76,000 Cell/mm³ ร่างกายตอบสนองโดยการรวมกลุ่มกัน

ของเกล็ดเลือด ร่วมกับโปรตีนไฟบริน เพื่อปิดรูเปิดของหลอดเลือดที่ถูกทำลาย ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ลดลง รวมทั้งตับ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของตับ พบว่า เอ็นไซม์ของตับในเลือดสูงกว่าปกติ ความผิดปกติของปริมาณ และการทำหน้าที่ของเกล็ดเลือด อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก และอาจรุนแรงจนกระทั่งมีภาวะเลือดออกในสมองได้⁵

การวินิจฉัยโรคแรกรับ: G₁P₀,GA 37⁺ 3 wk. c Twins MCDA c HELLP

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย: G₁P₀ GA 37⁺ 3 wk. with. c Twins MCDA c Partial HELLP S/P Caesarean section (Blood loss 500 มิลลิลิตร)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อก และได้รับอันตรายจากการช็อกเนื่องจากการมามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ข้อมูลสนับสนุน: ความดันโลหิต 135/95-171/118 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อก เกณฑ์การประเมิน: ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ไม่เกิน หรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท หรือไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอท ของความดันโลหิตเดิม ไม่มีอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ ปวดศีรษะตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อเกร็งตัว ไม่เกิดภาวะช็อก	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: - อธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะช็อก อันตราย ที่จะเกิดขึ้นจากการช็อกที่จะส่งผลแก่มารดา ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา MgSO₄ ซึ่งอาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว - ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณ ไตล้นปี่ หรือ อาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ - ให้สารน้ำชนิด 10%MgSO₄ 4 gm. Loading in 15 min then 50% MgSO₄ 40 ml+5%DW 460 ml v drip 50 ml/hr. เพื่อป้องกันการช็อก และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์หยุดการให้ยา - ให้ยา Hydralazine 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) มากกว่า หรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) มากกว่า หรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ - ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม - ตรวจ และบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณ น้ำปัสสาวะ ทุกชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติ จะทำให้มีการคั่งของ ยาในร่างกาย - เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา MgSO₄ ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท และกล้ามเนื้อลาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง เพื่อให้มารดาสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ช่วยลดความดันโลหิต และป้องกันการเกิดอาการชัก ไม่ปล่อยให้ย้อยตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงต้องยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 9. เตรียมอุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น 10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome ได้แก่ เม็ดเลือดแดงแตกง่ายทำให้เกิดภาวะช็อค ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ตัวเหลือง และเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การประเมินผล: หลังจากได้รับยา $MgSO_4$ และยาลดความดันโลหิต Hydralazine ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 110/70 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการนำก่อนชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ กล้ามเนื้อเข้ากระตุก และไม่เกิดภาวะชัก
มีโอกาสดังภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงและมีเกล็ดเลือดต่ำ ข้อมูลสนับสนุน: ความดันโลหิตสูง 156/100 – 171/118 มิลลิเมตรปรอท เกล็ดเลือด (Platelet) ต่ำ 54,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เกณฑ์การประเมิน: ระดับความรู้สึกตัวไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเชื่องช้า ผิดไปจากภาวะปกติ พูดไม่ชัด ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/70 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 140,000-400,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล - ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและชีพจร ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงกว่าเดิม เพื่อวางแผนในการรักษา และให้ได้รับการแก้ไขทันเวลา - ให้ได้รับยา Hydralazine 5 มิลลิกรัม, Transamine ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ LPCC และ LPCC ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันเลือดออก ชดเชยเพิ่มจำนวนของเลือด และเกล็ดเลือด สังเกตอาการแพ้ผลึกของเลือด เช่น อาการคัน ผื่นแพ้ต่างๆ เป็นต้น - จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อน เตรียมอุปกรณ์ การช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ (Suction) เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งป้องกันการ ตกเตียง เมื่อเกิดภาวะชัก หรือไม่รู้สึกรู้ตัว - ติดตามผลการตรวจ Platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด การประเมินผล: มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี GCS=15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) ไม่มีปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ไม่มีอาการง่วงซึมหรือปลุกไม่ตื่น หรือเชื่องช้า และไม่เกิดภาวะชัก สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อยู่ระหว่าง BP=114/80-123/85 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง มดลูกหดรัดตัวดี ก่อน D/C HCT=32.7% PLT=232,000 cell/mm³
มารดามีโอกาสเกิด Hypomagnesaemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$ toxicity) ข้อมูลสนับสนุน: มารดาหลังคลอดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิด รุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) เพื่อป้องกันการชัก วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ เกณฑ์การประเมิน: อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex หายไป ระดับ $MgSO_4$ ในเลือดไม่เกิน 7 mEq/L (8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: - อธิบายให้มารดาหลังคลอด และญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้ยา และอาการข้างเคียงขณะให้ยา ได้แก่ ร้อนตามตัว มีเหงื่อออกมาก อาการร้อนตามปลายมือปลายเท้า และหน้าแดง เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ในขณะที่ได้รับยา $MgSO_4$ พยาบาลควรนำผ้าชุบน้ำวางบริเวณข้อพับ ลำคอ เพื่อให้มารดารู้สึกดีขึ้นจากอาการร้อน⁹ รวมทั้งอาจมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน - ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 50% $MgSO_4$ 40 กรัม ผสมใน 5% D/W 460 มิลลิลิตร ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา และเนื่องจากเป็นยาในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงในการใช้ (High alert drug) - ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา คือ ภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (Magnesium toxicity) ดังนี้ - นับอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ต้องไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ทันที - ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคว่ำไว้ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ - ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงาน แพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจาก ยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง กดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และทำให้เสียชีวิตได้ และเนื่องจากยา $MgSO_4$ เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ในเลือดโอกาสเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (Magnesium toxicity) จะเพิ่มมากขึ้น 4. สังเกตอาการของการได้รับยา $MgSO_4$ ในเลือดสูงมากเกินไป ได้แก่อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก Deep tendon reflex ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์ มีการตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับแมกนีเซียมเป็นระยะ ระดับแมกนีเซียมในเลือดไม่ควรเกิน 7 Eq/L (8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) หากสูงกว่านี้จะทำให้ Deep tendon reflex หายไป รวมทั้งจะทำให้หยุดการหายใจได้ การประเมินระดับแมกนีเซียมในน้ำเลือดควรทำภายหลังให้ยา แมกนีเซียม ไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง และประเมิน ซ้ำเมื่อมีอาการบ่งชี้⁹ 5. เตรียมออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อม หากมารดาหยุดหายใจ หรือ หัวใจหยุดเต้น ต้องให้การช่วยชีวิตเบื้องต้น เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ¹⁰
วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การผ่าตัด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ข้อมูลสนับสนุน: สีน้ามารดาวิตกกังวล สอบถามพยาบาลบ่อยครั้ง “ลูกจะอันตรายอย่างไรบ้าง” วัตถุประสงค์การพยาบาล: ลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับอาการของบุตร เกณฑ์การประเมิน: มารดาคลายความวิตกกังวล เข้าใจในอาการของทารกในครรภ์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. สร้างสัมพันธภาพให้มารดารู้สึกผ่อนคลายพูดคุยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถาม และให้ความสนใจคำถาม 2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มารดาได้พักผ่อน และรู้สึกผ่อนคลาย ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของมารดาและญาติ การประเมินผล: มารดามีสีหน้าผ่อนคลาย มีความเข้าใจในอาการของทารกในครรภ์ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ดี
มารดาวิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอด ข้อมูลสนับสนุน: มารดาไม่มีประวัติผ่าตัดใดๆ มาก่อน และมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามเรื่องเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดจากการผ่าตัดคลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล: ลดความวิตกกังวลของมารดาเกี่ยวกับผ่าตัดคลอด เกณฑ์การประเมิน: มารดาคลายความวิตกกังวล เข้าใจความจำเป็นของการผ่าตัดคลอด ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. เตรียมมารดาด้านจิตใจ แนะนำตนเองพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และรับฟังด้วยความตั้งใจ อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษากับมารดา และครอบครัว 2. เตรียมมารดาด้านร่างกายให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที จัดท่านอนตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 15 องศา เพื่อช่วยลดการกดของมดลูกต่อเส้นเลือดดำใหญ่ที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูก รก และทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น 3. อธิบายถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเตรียมผ่าตัดคลอด 4. ให้มารดา และสามีลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดคลอด 5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1000 ml v loading 300 ml then 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6. ทำความสะอาดร่างกาย และบริเวณผ่าตัด ตรวจสอบฟันปลอม และเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 7. ติดเครื่องติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ EFM จนเวลาพร้อมส่งมารดาไปห้องผ่าตัด 8. ประสานทีมกุมารแพทย์ ประสานหอผู้ป่วยเด็กป่วย ประสานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมสำหรับมารดาในกรณีเกิดภาวะวิกฤตกับมารดา การประเมินผล: มารดาได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดครบถ้วน และได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใช้เวลา 1 ชั่วโมง 5 นาที หลังผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด 500 มิลลิลิตร และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ ($54,000 \text{ Cell/mm}^3$) ได้รับเลือดผลิตภัณฑ์ของเลือด (LPRC 2 ยูนิต LPPC 1 ยูนิต) ได้รับยา Transamine ทางหลอดเลือดดำ และ Cytotec 4 tabs Rectal Suppo. ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง และส่งกลับไปสังเกตอาการที่ LR อีกครั้งเพื่อให้ยา $MgSO_4$ ให้ครบตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 140/80 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที หลังถอดท่อช่วยหายใจมารดาเริ่มต้นเรียกชื่อตัวดี ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/64 มิลลิเมตรปรอท On O_2 Mask c bag 10 LPM $SpO_2 = 99\%$ ปริมาณการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร ทารกแฝดที่ APGAR Score 6-8-9 คะแนน ทารกแฝดน้อง APGAR Score 8-9-10 ทารกทั้งสองมีปัญหาน้ำหนักน้อย ทารกแฝดพี่มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ จึง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาระงับความรู้สึก จากการผ่าตัดทางหน้าท้อง ข้อมูลสนับสนุน: มารดาได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้วยวิธีการวางยาสลบ โดยมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และตั้งครรภ์แฝดร่วมด้วย วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีการวางยาสลบ เกณฑ์การประเมิน: ไม่มีความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ ผิวน้ำไม่ซีด เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว	ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย On HHFNC 6 ลิตรต่อนาที วันที่ 2 หลังคลอด นำทารกย้ายมาอยู่กับมารดาที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม (หอผู้ป่วยพิเศษ 5ก) วันที่ 4 หลังคลอด ทารกแฝดทั้งสองคนแข็งแรงดี ดูนมจากเต้ามารดาได้ดี จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดา และกุมารแพทย์นัด FU 1 สัปดาห์หลังคลอด กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของมารดาแรกรับ และประเมินทุกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ 2. จัดท่านอน ไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันลื่นตก หรือ ป้องกันการสำลัก 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลความปลอดภัยโดยยกร่างก้นเตียงขึ้น 2 ข้าง 4. ให้ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ในระยะแรกหลังถอดท่อช่วยหายใจ สังเกตและบันทึก อาการขาดออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เล็บมือ และ เล็บเท้าเขียว หายใจลำบาก เมื่อมารดารู้สึกตัวดีแล้วกระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ ไอเอาเสมหะออก อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 5. ถ้ามีคลื่นไส้อาเจียน ให้ยา Plasil 10 mg ทางหลอดเลือดดำได้เมื่อจำเป็นทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา การประเมินผล: มารดา รู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 115/64 – 130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86- 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที oxygen saturation เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์
มารดาไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด และปวดมดลูกจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากผ่าตัดคลอด และได้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ข้อมูลสนับสนุน: มารดาบอกรับปวดแผลผ่าตัด ประเมินความปวดเท่ากับ 8 คะแนน ขยับตัวลำบาก สีหน้า ไม่สุขสบาย และได้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 0.9% NaCl 500 ml+Synto.20 u v drip 40 ml/hr. วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้น และปวดแผลลดลง เกณฑ์การประเมิน: มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score) ≤ 3 คะแนน มารดา มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. อธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจถึงกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอดบริเวณแผลผ่าตัด เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำ และการให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ปวดมดลูกมากขึ้นได้ 2. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัด ด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ และเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด 3. จัดท่านอน แนะนำให้นอนในท่าที่สบาย เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด เมื่อมารดา รู้สึกตัวดี จัดให้นอนท่าศีรษะสูง ชันเข่า เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงรั้งของแผลช่วยให้อาการปวดทุเลา¹⁵ 4. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก เพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้า และการหายใจออก 5. ให้การพยาบาล ด้วยความนุ่มนวล เป็นมิตร ให้ยาบรรเทาอาการปวดแผลตามแผนการรักษา คือ MO 3 mg dilute v pm ทุก 4 ชม. เมื่อปวดแผลมาก หรือ Pain score มากกว่า 5 คะแนน 6. ในระยะที่มารดาเริ่มมีอาการ และมมีอาการปวดแผลมาก ให้ยาแก้ปวดรับประทานตามแผนการรักษา คือ Paracetamol 500 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการปวดได้ทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งจะช่วยให้มีอาการปวดแผลลดลง 7. พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล มารดาผ่อนคลายจะช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลงได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง ในโพรงมดลูก และใส่สายสวนปัสสาวะเมื่อต้องเข้าห้องผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แผลมีเลือดปนน้ำเหลืองซึม มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจาก น้ำหนักตัว 99 กิโลกรัม BMI=36.4 ผลการตรวจ CBC พบ มีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส และมีการเสียเลือดหลังคลอด 500 มิลลิลิตร ความเข้มข้นเลือด 32.7 % วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลในโพรงมดลูก และระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมิน: สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิต 90/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม น้ำคาวปลาไม่กลิ่นเหม็น ปัสสาวะสีเหลืองขุ่นมีตะกอน	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลัง คลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนองมี discharge ซึม น้ำคาวปลาไม่กลิ่นเหม็น 3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัดคลอด การสังเกตลักษณะผิดปกติของน้ำคาวปลา ทั้งสี กลิ่น ปริมาณ เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอด 4. ถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดข้อบ่งชี้ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี ล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่เช็ด ย้อนไปมา เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งสกปรก และขจัดน้ำคาวปลา 5. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 6. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ทนทาน ปวดแผลผ่าตัดมาก น้ำคาวปลาไม่กลิ่นเหม็น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที 7. แนะนำมารดาให้ดูแลแผลผ่าตัด¹⁵ 8. ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา Cefazolin 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินผล: มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เองสีเหลืองใส แผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม น้ำคาวปลาไม่กลิ่นเหม็น ผิดปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.8 - 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/80 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท
อาจเกิดเต้านมอักเสบจากการมีภาวะเต้านมคัด ข้อมูลสนับสนุน: ทารกแฝดที่ถูกแยกจากมารดาไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยกุมารเวช มารดามีปัญหาหัวนมบวม และบอกปวดเต้านม เต้านมคัดตึงระดับความปวด Pain score เท่ากับ 4 คะแนน มีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์การพยาบาล: มารดาได้รับการแก้ไขเรื่องหัวนมบวม ไม่มีภาวะเต้านมคัด เกณฑ์การประเมิน: มารดาไม่มีอาการคัดตึงเต้านม นานนมเริ่มไหลตามปกติ	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. อธิบายถึงสาเหตุเต้านมคัดตึงหลังคลอด 2. ส่งมารดาแก้ไขหัวนมบวมที่คลินิกนมแม่ 3. ช่วยนวดเต้านม สอนการวิธีการนวดด้วยมือ ประคบด้วยความร้อน และความเย็น สลับกัน ดูแลให้ใส่เสื้อชั้นในที่เหมาะสม สอนวิธีการปั๊มนม และเก็บน้ำนม ไป feed ทาง OG ให้ทารกตามเวลาไม่นาน 4. ให้มารดารับประทานยา Paracetamol 500 กรัม ทุก 4 – 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดมากขึ้น การประเมินผล: มารดาสัญญาณสดชื่นขึ้น อาการคัดตึงเต้านมลดลง เต้านมนุ่มขึ้น นานนมเริ่มไหล สามารถปั๊มนมไปให้ทารกได้ ประเมินความปวด Pain score เท่ากับ 2 คะแนน
มารดามีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุตร ข้อมูลสนับสนุน: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการทารก เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนมารดาให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล และความกลัว สร้างความมั่นใจว่ามีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ชักถาม และเปิดโอกาสให้มารดาได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และความกลัว เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เป็นทารกแฝดแฝดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ และต้องถูกแยกจากมารดาไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวช วัตถุประสงค์การพยาบาล: ลดความกลัวและความวิตกกังวลของมารดา เกณฑ์การประเมิน: มารดาคลายความกลัวและวิตกกังวล เข้าใจความเจ็บป่วยของทารกที่คลอดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งจะพบอาการผิดปกติได้ใน 1-3 วันหลังคลอด	2. ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัว โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของทารกอธิบายให้ทราบอาการของบุตรในแต่ละวัน และแนวทางการรักษาของแพทย์ การประเมินผล: มารดามีรอยยิ้มเวลาพูดคุยด้วยบอกว่ารู้สึกดีขึ้น เมื่อเห็นรูปบุตรจากเจ้าหน้าที่ให้ดู มารดาสีหน้าสดชื่นขึ้น และความวิตกกังวลลดลง
ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ข้อมูลสนับสนุน: มารดาครรภ์แรก และคลอดทารกแฝด วัตถุประสงค์การพยาบาล: มารดาสามารถดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมิน: มารดาปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มาตรวจตามนัดปกติ	กิจกรรมและเหตุผลทางการพยาบาล: 1. แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การรับประทาน อาหาร การพักผ่อน และการเริ่มทำงาน หลัง 6 สัปดาห์จึงจะทำงานได้ตามปกติ 2. การดูแลเต้านม การบีบเก็บน้ำนม และการให้นมทารก ทาง OG Feed ตามแผนการรักษาในวันแรก 3. การมีประจำเดือนจะมีในสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด และจะมาช้ากว่าปกติในรายที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฮอร์โมนเพศจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งบางคนอาจไม่มีประจำเดือนได้ในช่วงที่ให้นมบุตร 4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลแผลผ่าตัดคลอด ให้ข้อมูลการนัดมาดูแล และตัดไหม การสังเกตอาการผิดปกติของแผล ที่ควรรีบมาพบแพทย์ และงดทำงานหนัก 12 สัปดาห์ แต่สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ 5. การบริหารร่างกายหลังคลอด ที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การตรวจร่างกายหลังคลอด 6 สัปดาห์ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรไปตรวจก่อนนัด 6. การเลือกรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม 7. การสังเกตอาการผิดปกติของทารก การนำทารกไปตรวจสุขภาพ และการรับวัคซีนตามนัดทุกครั้ง การประเมินผล: มารดาตอบคำถาม และสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

จากการศึกษามารดาหลังคลอดรายนี้พบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์คือ เป็นครรภ์แฝด² อายุครรภ์ 37⁺³ wk. มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่คลอด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP syndrome แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกแฝดที่มีปัญหาเรื่องการหายใจไม่สม่ำเสมอ ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย On HHFNFC ซึ่งหากพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอดไม่มีทักษะความชำนาญในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด อาจทำให้ประเมินอาการได้ไม่รวดเร็ว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายคุกคามต่อชีวิตมารดา และทารกได้^{4,5,6} การทำงานเป็นทีมของแพทย์พยาบาล

เจ้าหน้าที่ ระดับต่างๆ ให้การดูแลรักษาผู้คลอดอย่างรวดเร็วใกล้ชิด และมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวผู้คลอด และญาติ ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและดูแลตัวเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤติหลังคลอดมาได้อย่างปลอดภัย^{8,9,10,11}

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และทักษะความชำนาญ ด้วยการประเมินที่รวดเร็ว จะนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ จะทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ ไม่ให้มารดาเกิดอันตรายจากภาวะชัก

มดลูกหดตัวดี ไม่มีภาวะช็อก จึงทำให้ผ่านภาวะ
วิกฤติได้อย่างปลอดภัยทั้งมารดา และทารก

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมอยู่
เสมอ รวมทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่

ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานที่
รวดเร็ว จะสามารถจะช่วยเหลือมารดาหลังคลอด
และบุตรได้ทันทั่วทั้งที่

เอกสารอ้างอิง

1. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ และธีระ ทองสง. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทลักษมีรุ่ง จำกัด; 2555; 309-320.
2. สมชาย ธนวัฒน์นำเจริญ. การตั้งครรภ์แฝด ใน: เยื่อน ต้นนรินทร์, วรพงศ์ ภู่งศ์, เอกชัย โควาริสาร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์
มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2555. หน้า 75-87.
3. Pillitteri A, Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (7thed.): China: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
4. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์
ครั้งที่ 12. นนทบุรี: 2555.
5. นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง. การพยาบาล และการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: บริษัท
สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2561.
6. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชา ลือวรรณ. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy). คณะแพทย
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
7. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. ความเข้าใจและแนวคิดเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า; 2558
8. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2562.
9. สายลม เกิดประเสริฐ. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. ใน: พิมพ์ศักดิ์ สุขเมศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์,
พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐธินี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ, ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0.
กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2560. หน้า 129-134.
10. ภัทรวรรณ หลิมศิริ. โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, และกนกวรรณ วัฒนนรินทร์,
บรรณาธิการ, ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. (ฉบับแก้ไขปรับปรุง). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด; 2562. หน้า 161-
171.
11. ดวงมล ปิ่นเฉลียว. การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: เอส.พี.เอส.พรินติ้ง; 2552.