

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา

Nursing care of pregnant women with preeclampsia with severe feature and postpartum hemorrhage after cesarean section: case study

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

มวกร ธรรมวริทธิ์¹

MAVAPORN THAMVARIT

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 ตุลาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นครรภ์ที่ 2 (G₃P₁A₁L₁) อายุครรภ์ 38⁺² สัปดาห์

ผลการศึกษา : พบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ รักษาด้วยยาลดความดัน Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc ระยะก่อนคลอด ความดันโลหิต 169/114 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชัก ได้รับยา Nicadepine ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และพิจารณาให้ผ่าตัดคลอด ระยะหลังคลอด สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดรวม 1,000 ซีซี ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพื่าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างใกล้ชิด หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัย จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 ตุลาคม 2566 นัดติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ มาตรวจหลังคลอดสุขภาพแข็งแรงทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การผ่าตัดคลอด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing care of pregnant women with preeclampsia with severe feature and postpartum hemorrhage after cesarean section. A 25-year-old pregnant woman were admitted to the hospital on October 4, 2023, with significant symptoms. She was scheduled for a cesarean section due to preeclampsia with severe feature in her second pregnancy (G3P1A1L1) at 38⁺² weeks

The results of the study found that gestation. Preeclampsia with severe feature was diagnosed at 28 weeks gestation, and she was treated with Amlodipine (5 mg) orally once daily before meals. Her blood pressure was 169/114 mmHg. There was a risk of seizures during labor, so she received Nicardipine, Magnesium Sulfate (MgSO₄), and was considered for a cesarean section. Postpartum, she experienced a total blood loss of 1,000 cc during surgery. She received uterotonic agents and was closely monitored for any changes in condition to ensure the safety of both the pregnant woman and the infant. She was discharged on October 7, 2023. Follow-up appointments were scheduled for six weeks postpartum for both maternal and infant health check-ups.

Keywords: Nursing care, Preeclampsia with severe feature, Cesarean section.

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงจากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิด

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ^{1,2} สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์การเกิด

¹ โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.2 และจากข้อมูลสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2554 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการตาย 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจำแนกสาเหตุการตาย พบว่าความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายในระยะคลอดอันดับที่สอง รองจากการตกเลือดหลังคลอด³ ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญคือการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีปริมาณรกมากผิดปกติ เช่นการตั้งครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำ พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด sever preeclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง) ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด^{4,5,6} จากสถิติของโรงพยาบาลโคกสำโรง ในระหว่างปี 2564-2566 มีผู้มาคลอดจำนวน 521 คน, 426 คน, 430 คน พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 17 คน, 12 คน และ 14 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลโคกสำโรง รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2564-2566)⁷

สำหรับภาวะตกเลือดหลังคลอดนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดพบในอัตราที่สูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25 ของสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก ซึ่งมักพบในภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก มักเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งพบได้ร้อยละ 2-11 ของการคลอดทั้งหมด และยังทำให้มีภาระด้านค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ต้องใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามภาวะนี้สามารถป้องกันและให้การรักษาได้เพื่อลดอัตราทุพพลภาพ อัตราตายของมารดาจากภาวะตกเลือดเป็นสำคัญ และยังเป็นภาระลดภาระค่าใช้จ่ายในการ

ดูแลมารดากลุ่มนี้ จากข้อมูลของโรงพยาบาลโคกสำโรงในปี พ.ศ. 2564-2566 พบภาวะการตกเลือดหลังคลอดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.15), 8 คน (ร้อยละ 1.88) และ 7 คน (ร้อยละ 1.64) ตามลำดับ⁷ โรงพยาบาลหน่วยงานห้องคลอด จำเป็นต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญ ประเมินได้รวดเร็วถูกต้องนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาจัดทำเอกสารทางวิชาการให้พยาบาลในห้องคลอดใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสามารถประยุกต์ใช้การพยาบาลองค์รวมในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับจ้างในบริษัท ภูมิลำเนาตำบลสระโบสถ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี HN 000203963 AN 660005736 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 ตุลาคม 2566 เวลา 06:59 น.

อาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 2 (G₃P₁A₁L₁) อายุครรภ์ 38⁺₂ สัปดาห์ ครรภ์แรกผ่าตัดคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังคลอด บุตรคนแรกอายุ 2 ปี เคยแท้งบุตร 1 ครั้ง อายุครรภ์เมื่อ 28 สัปดาห์ มีอาการปวดศีรษะร่วมกับตาพร่ามัว จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิต 178/98 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง รักษาด้วยยาลดความดัน Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc นัดมาฝากคลอดวันนี้

ประวัติการฝากครรภ์

ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว ฝากครรภ์จำนวน 7 ครั้ง ผลเลือดฝากครรภ์ Hct 32%, VDRL Non Reactive, HBsAg Negative, Anti HIV Negative Tetanus ครบ 3 เข็ม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิกิริยาโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ปฏิกิริยาแพ้ยาและอาหาร

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และ การใช้สารเสพติดในครอบครัว

ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็ก มีสมาชิก 5 คน ครอบครัวอบอุ่นสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี สามีประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ในครอบครัวพอกินพอใช้ ใช้สิทธิ์บัตรประกันสังคม

ประวัติทางสูติกรรม

ประวัติระดู : เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 15 ปี ประจำเดือนมาตรงเวลา ครั้งละ 3 วัน สม่ำเสมอ ไม่มีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด : รับประทานยาคุมกำเนิด

การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเป็นคนสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยป่วย

จนต้องนอนโรงพยาบาล เวลาไม่ใช้เจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปตรวจและรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม รับประทานอาหาร 3 มื้อทุกวัน รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผักน้อย แต่ชอบรับประทานผลไม้โดยเฉพาะส้ม

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ ขณะตั้งครรภ์ไม่มีท้องผูกยังถ่ายได้ปกติ

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ก่อนการตั้งครรภ์จะออกกำลังกายด้วยการวิ่งระยะสั้น ๆ แอ่วบ้าน และทำงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ตั้งครรภ์ออกกำลังกายตามคำแนะนำของพยาบาลสม่ำเสมอ

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 22.00-06.00 นาฬิกาไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวัน บางครั้ง 1-2 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามจริง ความจำในอดีตดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้โดยไม่เสียเวลาทบทวน การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รับรู้ถึงการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว มีสัมพันธภาพดี ผู้ป่วยอยู่กับสามี บิดา มารดา เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีเรื่องขัดแย้งกันบ้าง แต่ไม่เคยทะเลาะกันรุนแรง มีรายได้จากการประกอบอาชีพ

ของสามี ประมาณ 10,000-20,000 บาท เพียงพอ
ต่อการใช้ในครอบครัว

**แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และ
การเจริญพันธุ์ ปกติ**

**แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญ
ความเครียดและความทนต่อความเครียด** มี
กระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล ใช้การแก้ไขปัญหา
อย่างมีเหตุผล โดยเมื่อทราบว่าตนเองเกิดการ
เจ็บป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับ
การรักษา

**แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและ
ค่านิยม** นับถือศาสนาพุทธ แต่ไม่ค่อยได้เข้าร่วมพิธี
ทางศาสนา นอกจากการทำบุญในวันสำคัญต่างๆ

การประเมินสภาพผู้คลอดเมื่อรับไว้ดูแล

รู้สึกตัว มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตา
พร่ามัว และจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ สัญญาณชีพ
อุณหภูมิร่างกาย อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร
80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน
โลหิต 165/118 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon
reflex 2+, pupils 2 mm, Reactive to light
both eyes, Urine albumin 3+, เสียงหัวใจทารก
ในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที

การประเมินสภาพร่างกาย

ผิวหนัง : ปกติ ไม่มีผื่นคัน ไม่มีจุดจ้ำเลือด
ผิวหนังข้างแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ซีด ไม่มี
ร่องรอยของบาดแผล พบบวมบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง
กดบวม 3+

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ปกติ ศีรษะได้รูป ไม่
มีบาดแผล ใบหน้า คิ้ว ตา จมูก ใบหู สมมาตรดีตาม
มองเห็นพร่ามัวบางครั้ง เปลือกตาไม่ซีด ริมฝีปาก
แดงดี บริเวณลำคอไม่มีก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต
ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน

ตรวจเต้านม : ลักษณะเต้านม ลานนม และ
หัวนมปกติ ไม่บอด ไม่บวม ไม่มีอาการคัดตึง

ตรวจหน้าท้อง : ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ คลำ
พบยอดมดลูกสูง 30 เซนติเมตร อยู่บริเวณ 3/4
เหนือสะดือ ทารกดีนดี เสียงหัวใจทารกในครรภ์
138 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี

ระบบหายใจ : ลักษณะทรวงอกปกติ ปอด
ขยายตัวดีทั้ง 2 ข้างสมมาตร เสียงหายใจปกติ
อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มีอาการจุกแน่น
ไม่สุขสบาย ไม่มีเสียง Creptitation ที่ปอด

ระบบประสาท : การรับรู้ การรับรู้ความรู้สึก
และการโต้ตอบปกติ Deep tendon reflex 3+
มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ

ระบบไหลเวียน : หัวใจเต้นปกติ 80 ครั้งต่อ
นาที ไม่มี Murmur สม่ำเสมอดี

ระบบสืบพันธุ์ : ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอก
ลักษณะปกติ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกาย
ปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขา ไม่
มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

แรกรับที่ห้องคลอด รู้สึกตัวดี มีอาการบวมที่
ขา 2 ข้าง เกรด 3 บ่นปวดศีรษะ Pain score 3 คะแนน
ไม่มีอาการจุกได้ลิ้นปี่ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ
37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการ
หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/118 มิลลิเมตร
ปรอท ตรวจครรภ์ ท้า LOA FHS 138 ครั้ง/นาที
NST ปกติ แพทย์ทำ U/S คะแนนน้ำหนักร่างกายใน
ครรภ์ (EFW) 2,800 กรัม แพทย์วินิจฉัย
Preeclampsia with severe feature ดูแลส่ง
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง
เสี่ยงต่อภาวะชัก ดูแลให้ยาป้องกันชัก 10%
MgSO₄ 4 gm iv load in 20 min then 50%
MgSO₄ 20 gm+ 5%D/W 500 ml iv drip 25
ml/hr ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่ระวางผู้ป่วยวัด
สัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอาการทางระบบ
ประสาท อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกลิ้นปี่
สังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา MgSO₄ ได้แก่
ลักษณะการหายใจ Deep tendon reflex
ปัสสาวะออกน้อย ติดตามภาวะขาดออกซิเจนของ
ทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดย On Fetal
monitor เวลา 07.42 น. รู้สึกตัวดี ยังมีอาการปวด
ศีรษะเป็นพักๆ ตาพร่ามัว ไม่มีเจ็บครรภ์ ไม่มี
เลือดออกทางช่องคลอด และมีจุกที่ลิ้นปี่เป็น

บางครั้ง ความดันโลหิต 176/100-189/108 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยาลดความดัน Nicardipine 5 mg iv stat ประสานทีมพยาบาล ห้องผ่าตัด กุมารแพทย์ ส่งห้องผ่าตัดเวลา 08.45 น. คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,810 กรัม APGAR score นาทีที่ 1,5= 8,10 คะแนน

การพยาบาลระยะก่อนคลอด

ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะก่อนคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าห้องคลอด ความดันโลหิต 169/114 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ให้ผู้คลอดนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคา (inferior venacava) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อนเร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งรีบรายงานแพทย์ทันที ไม่พบภาวะดังกล่าว ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Nicardipine 10 mg in 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์เพื่อเพิ่มปริมาณขนาดของยา ตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิต ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 15 นาที และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม่กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome หลังจากได้รับยา Nicardipine ตามแผนการรักษาความดันโลหิต 157/109 มิลลิเมตร

ปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่เกิดภาวะชัก

มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ผู้คลอดได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่ผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน เตรียมยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ก่อนให้ยาต้องตรวจสอบยาให้ถูกต้องทั้งขนาด วิธีเตรียมยา วิธีใช้ และเวลาในการให้ยารวมถึง การดู Safety factor ถ้าพบข้อหนึ่งข้อใดให้หยุดยา ได้แก่ ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ml/hr หายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ตรวจ Deep tendon reflex 2+ ควบคุมการให้ยา 10% MgSO₄ 4 g ทางหลอดเลือดดำช้าๆ ไม่น้อยกว่า 15 นาที โดยใช้ syringe pump และให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ตามแผนการรักษา คือ 50% MgSO₄ 20 g ผสมในสารน้ำ 5%D/W 460 ซีซี ด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) 25 ml/hr ด้วยการใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ เตรียม Antidote คือ 10% Calcium gluconate พร้อมใช้ทันทีและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันที เช่น ออกซิเจน รถ Emergency พร้อมทั้งยาที่ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) มากเกินไป ได้แก่

กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ชี้น สับสน และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิกริยาสะท้อน และการกระตุ้นของกล้ามเนื้อเข่า (Ankle clonus) หายไปและติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด งดอาหารและน้ำทางปาก ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยใส่สายปัสสาวะคาไว้ และสังเกตสี ลักษณะของน้ำปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต ประเมินผลการพยาบาล ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ชี้น สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิกริยาสะท้อนปกติ ความดันโลหิต 140/90 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกมีปัสสาวะมากกว่า 30 ml/hr ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ 3,510 ซีซี และปริมาณสารน้ำที่ขับออก 1,000 ซีซี

ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ สอนผู้คลอดประเมินสภาพเด็กตื่น เนื่องจากปริมาณเลือดเลี้ยงรกน้อยลง ประเมินอาการและอาการแสดงของทารกตื่นน้อยลง ติดตามฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ทุก 15 นาทีในช่วงแรกและต่อไปทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และรายงานแพทย์ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์น้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ มากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก จัดให้นอนในท่าตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 30 องศา จะช่วยให้มดลูกไม่ไปกดเส้นเลือดแดงใหญ่และเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไต เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมช่วยเหลือเมื่อแรกเกิดประสานกุมารแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและแจ้งหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเตรียม Transport incubator ไว้ให้พร้อมที่จะใช้เคลื่อนย้ายทารก ประเมินผลการพยาบาล ก่อนคลอดเสียงหัวใจทารกเต้นสม่ำเสมอ 148 - 160 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ Electronic fetal monitoring = Reactive ดี ไม่พบภาวะ Late deceleration

วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ผู้คลอดมีสีหน้ากังวล ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้คลอดและสามีทราบถึงสถานะของโรค สถานะทารกในครรภ์และเหตุผลในการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล มั่นใจในการรักษา อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกาย ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้คลอดทราบ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟัง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายและคำแนะนำจากแพทย์และ พยาบาล ซักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผู้คลอดมีสีหน้ากังวล ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้คลอดและสามีทราบถึงสถานะของโรค สถานะทารกในครรภ์และเหตุผลในการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล มั่นใจในการรักษา อธิบายถึงขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้คลอดเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย เตรียมผู้คลอดด้านร่างกาย โดย แจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงสาเหตุ ความจำเป็นของการผ่าตัด ช่วยคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พร้อมทั้ง ลงชื่อยินยอมให้ทำการผ่าตัดในแบบฟอร์มที่กำหนด ให้ผู้คลอดงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการติดตามเพื่อ หาชนิดและหมู่เลือด เตรียมเลือด ให้พร้อมใช้ ติดตามผลเลือด PT, PTT, INR, Platelet count, Hematocrit ให้ การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟัง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายและ

คำแนะนำจากแพทย์และ พยาบาล ชักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

การพยาบาลระยะคลอด

มารดามีโอกาสตกเลือดขณะผ่าตัดคลอด และหลังผ่าตัด ผู้คลอดได้รับยา $MgSO_4$ และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1000 ml หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 120 ml/hr เตรียมเลือดสำรอง เพื่อสามารถขอใช้ได้ทันที (PRC 2 ยูนิต) ในกรณีที่ภาวะตกเลือดระหว่างผ่าตัดคลอด ใส่สายสวนปัสสาวะค้างก่อนไปผ่าตัด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก เตรียมอุปกรณ์และประสานทีมแพทย์พยาบาลในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน หลังผ่าตัดคลอด ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงของ ภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก ตรวจคลึงมดลูกด้วยท่าที่นุ่มนวล เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวเป็นระยะๆ เส้นเลือดส่วนปลายปิดลดการเสียเลือด ถ้าเลือดยังออกมาก มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง ที่บ่งบอกอาการตกเลือดที่เลวลง รายงานแพทย์ทันที เตรียมอุปกรณ์ และทีมแพทย์พยาบาล ในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน การประเมินผลมารดาสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 900 ml หลังคลอดมารดามีเลือดออกเพิ่มประมาณ 100 ml และมีก้อนเลือดออกมาประมาณ 50 ml วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.3-37.2 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78-100

ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/87-150/98 มิลลิเมตรปรอท มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม

การติดตามเยี่ยมหลังคลอด

วันที่ 5 ตุลาคม 2566 มารดาหลังคลอด รู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม ปวดแผลพอทนได้ Pain Score เท่ากับ 3-4 คะแนน มีอาการคัดตึงเต้านม น้ำคาวปลา มีสีแดงเข้ม ไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/92 มิลลิเมตรปรอท เริ่มจิบน้ำ นำทารกมาให้มารดา ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ดุคนมได้ดี ร่วมวางแผนจำหน่ายกับหอผู้ป่วย ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผลผ่าตัด เต้านม การเลี้ยงดูบุตรและให้นมแม่ การสังเกตอาการผิดปกติ และการวางแผนครอบครัว เตรียมแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือภายหลังกลับไปบ้าน เช่น รพสต.

วันที่ 6 ตุลาคม 2566 มารดายังมีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลแห้งดี อาการทั่วไปปกติดี น้ำคาวปลา สีแดงจางลง ไม่มีกลิ่นเหม็น มารดาเต้านมคัดตึงเล็กน้อย นำนมไหลดี ให้ทารกดูดนมได้ดี อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/84 มิลลิเมตรปรอท มีแผนการรักษาให้ยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง Amlodipine 5 mg 1 tab oral OD pc วางแผนจำหน่ายอธิบายการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผล การให้นมบุตร การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดง น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ทารกตัวเหลือง จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 ตุลาคม 2566 นัดติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ มาตรวจหลังคลอดสุขภาพแข็งแรงทั้งมารดา และทารก

สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (pre-eclampsia) หลังผ่าตัดคลอดเกิด

ภาวะตกเลือดร่วมด้วย พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างสูง นับตั้งแต่ประเมินสัญญาณเตือนอันตราย (warning signs) ที่จำทำให้เกิดอาการชัก ตลอดจนอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงหากความดันโลหิตสูงมาก เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ต้องมีการบริหารยา Nifedipine ให้เป็นไปตามแผนการรักษาและสอดคล้องกับระดับความดันโลหิต เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา การเตรียมตัวผู้คลอดก่อนเข้าผ่าตัดคลอด ต้องมีการเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ ต้องประเมินและคาดคะเนการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ได้ตั้งแต่การเสียเลือด 500 ซีซี โดยพิจารณาจากความเสี่ยต่างๆ เช่น ผลการตรวจเลือดที่ผ่านมา ประวัติการตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดในครรภ์แรกหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุแก้ไขได้ทันที

การให้ยาป้องกันภาวะชัก (MgSO₄) ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลรักษา severe preeclampsia โดยสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex รวมทั้ง

กลุ่มอาการ HELLP ติดตามอาการและระดับ MgSO₄ ในเลือดที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄ การเตรียมผ่าตัด เลือด และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับการผ่าตัดคลอดปลอดภัย และประสานการช่วยเหลือแก่ทารกแรกเกิด ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{8,9,10}

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงาน อยู่เสมอ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับक्रमสายงาน (ทีมงานทางคลินิก PCT : Patient Care Team) เพื่อคุณภาพบริการ ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลอง สถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถช่วยเหลือผู้คลอดและทารกได้ทันท่วงที

2. ควรมีการเตรียมเลือดล่วงหน้าก่อนคลอดทุกราย แต่ในภาวะฉุกเฉิน ควรมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเพื่อขอเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2560). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th/th/division/nursing/NDivision/N_APN/.../3_100_1.pdf.
2. ดวงสิทธิ์ วัฒนาราร. (2560). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
3. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2558). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก
4. สมจิตร เมืองพล. (2563). บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันและดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด. ศิริยอดการพิมพ์
5. สุภานัน ชัยราช. (2560). Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum Hemorrhage. บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด
6. ลัทธิพร พัฒนาการ. (2560). การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด. บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัดงานสารสนเทศ โรงพยาบาลโคกสำโรง รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2564-2566.
7. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโคกสำโรง รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2564-2566.
8. ปรียา สุวนิช. (2561). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 27(1), 42-53.
9. สุภาพร สุภาพวิวัฒน์. (2564). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(3), 147-160.