

การพยาบาลผู้คลอดอายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงเนื่องจากการตั้งครรภ์
Nursing care of elderly pregnant women with severe high blood pressure due to pregnancy
(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

อาณัญญา จับสันเทียะ¹
Anatthiya Ngubsunthia¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดอายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สอง อายุ 37 ปี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์ทั้งหมด 9 ครั้ง ผลเลือดปกติ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาเร่งคลอด ระหว่างรอคลอดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์พิจารณาให้ MgSo4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232 ,eGFR 72 แพทย์สงสัยผู้คลอดมีภาวะ CPD c severe preeclampsia c partial HELLP syndrome จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งภายหลังที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาลพบว่าผู้คลอดไม่มีภาวะชัก ตกเลือดหลังคลอด หรือได้รับอันตรายรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต

คำสำคัญ การพยาบาลผู้คลอด, ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์

Abstract

This study is a case study. The objective is to study nursing care for older birth attendants who have severe pregnancy-related hypertension. The study was conducted on a second pregnant woman, age 37 years, gestational age 38 weeks, antenatal care 9 times in total.. Blood results are normal. The doctor has scheduled a hospital stay to give medication to speed up labor. While waiting to give birth, the patient had a problem with high blood pressure.

The results of the study found that doctor considered giving MgSo4. Laboratory results found CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232, eGFR 72. The doctor suspected that the birth attendant had CPD c severe preeclampsia c partial HELLP syndrome and therefore considered terminating the pregnancy by cesarean section. After the birth attendant received nursing care, it was found that the birth attendant did not have seizures. Postpartum hemorrhage or have been seriously harmed until disabled or killed. This study shows that nurses play an important role in patient care from the initial assessment. Nursing practice planning and evaluation Using empirical evidence This can be used as a guideline for effective care for pregnant women with critical high blood pressure.

Keywords : obstetric nursing, Severe high blood pressure during pregnancy

บทนำ

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งอาจทำให้ผู้คลอดเกิดอาการชัก เกิดภาวะของโรคอื่นที่ร้ายแรงอย่างฉับพลันในขณะที่ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ของการคลอดก่อนกำหนดได้ กลุ่มอาการ HELLP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ถือเป็นโรค

พิษแห่งครรภ์อย่างหนึ่ง ส่วนใหญ่พบในช่วงท้ายๆของการตั้งครรภ์ และอาจพบในช่วงหลังคลอดได้ HELLP เป็นตัวย่อซึ่งย่อมาจาก Hemolytic anemia (เลือดจางจากการแตกของเม็ดเลือด) Elevated Liver enzyme (ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้น) Low Platelet count (เกล็ดเลือดต่ำ)¹ ผู้ป่วยกลุ่มอาการ HELLP มักมีภาวะความดันโลหิตสูงที่สืบเนื่องจากการตั้งครรภ์มาก่อนแล้ว และอาจกำลังถูกสงสัยว่าจะมีภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อนการตั้งครรภ์ ผู้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

ตลอดจะค่อยๆ มีอาการปวดศีรษะ ตามัว
อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่
รู้สึกมีเหน็บชา อาจมีอาการบวมได้แต่แม้จะไม่บวมก็
ไม่ได้หมายความว่าไม่เป็นโรคนี้ ผู้ป่วยจะต้องมี
ความดันเลือดสูง แม้จะสูงไม่มากก็เป็นได้² อาจมีการ
แตกของเยื่อหุ้มตับ และเกิดก้อนเลือดคั่งได้ ผู้ป่วย
อาจมีอาการรุนแรงมากจนชัก และหมดสติได้ ซึ่งถือ
ว่าเข้าสู่โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก และกลุ่มอาการ
HELLP การรักษาส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะได้รับยา
แมกนีเซียมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้
การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และให้การ
พยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตจากการ
ตั้งครรภ์ลดลงส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์
ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดีขึ้น³

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นกรณีศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้
คลอดสำหรับพยาบาลห้องคลอดในการพยาบาลผู้
คลอดในระยะวิกฤตจากภาวะแทรกซ้อนจากความดัน
โลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษากกรณีศึกษาผู้คลอด 1 รายที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ที่รักษาตัว
อยู่ที่แผนกการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลปากช่อง
นานา ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่ง
จำหน่ายกลับบ้าน โดยศึกษาจากประวัติผู้คลอด
ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การ
รักษาพยาบาลการวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้
หลักกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 37 ปี เชื้อ
ชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส
จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง

(พนักงานโฮมโปร) สิทธิการรักษาประกันสังคม
ภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา

แหล่งที่มาของข้อมูล : จากผู้คลอด สามี และ
เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลปากช่องนานา

วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 25
ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.20 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 28
ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 12.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

รายงานประวัติ

อาการสำคัญ (Chief complaint) แพทย์
นัดมาเร่งคลอด

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of present illness) ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์
38 สัปดาห์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ที่ห้องคลอดแรกรับ
ที่แผนกผู้คลอดวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา
08.20 น. มาตามนัดของแพทย์ไม่มีอาการผิดปกติ
สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส
อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการ
หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98
มิลลิเมตรปรอท Edema +1 Urine Albumin
negative Sugar negative แพทย์ให้การรักษาโดยให้
5%DN/2 1,000 ml+syntocinon 10 unit iv drip 5
cc/hr titrate ทีละ 5 ml/hr ให้ Amlodipine 5 mg
รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า
ระหว่างให้ยาเร่งการคลอดผู้คลอดมีผลเลือดที่
ผิดปกติ คือ CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232 ,eGFR
72 แพทย์ให้หยุดยาเร่งคลอด และให้ 50% MgSO₄
20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml ทางหลอดเลือดดำ
อัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยควบคุม
การไหลด้วย infusion pump หลังได้รับยาตาม
แผนการรักษาความดันโลหิต 120/69 มิลลิเมตร
ปรอท ผู้คลอดไม่มีปวดศีรษะ ตามัวร้าว แพทย์
พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเวลา 15.00 น.
เตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอม
ผ่าตัด เตรียมยาปฏิชีวนะ cefazolin 2 gm ผสมใน
0.9% NSS 100 ml จอง PRC 1 ถัง เตรียมถุงรอง
ปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะไปห้องผ่าตัดพร้อมผู้

คลอด ก่อนไปห้องผ่าตัดผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่บ่นปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ความดันโลหิต 132/85 มิลลิเมตรปรอท ทารกคื่นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก 132-142 ครั้ง/นาที ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 14.45 น.โดยรถนอน ที่ห้องผ่าตัดเวลา 15.10 น. แพทย์ระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบทั่วร่าง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด อัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/60-180/100 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ทำผ่าตัดนาน 35 นาที ไม่มีอาการของการตกเลือดหลังคลอด ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ดูแลย้ายตึกสูติกรรม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)

ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ ไม่เคยแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family History) บุคคลในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือโรคที่ติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการมีประจำเดือน เริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 14 ปี มาสม่ำเสมอทุกเดือน มาครั้งละ 5 วัน มีปวดท้องเป็นบางครั้ง

ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกคลอดปกติทางช่องคลอด ปัจจุบัน อายุ 14 ปี สุขภาพแข็งแรงดี

ประวัติการฝากครรภ์ การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ที่คลินิกทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 95/64-157/95 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ผลเลือด VDRL, HIV, HBsAg ปกติ ความเข้มข้นของเลือด 41.8 เปอร์เซ็นต์

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (Function health pattern)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ฝากครรภ์ครบคุณภาพที่คลินิก ไม่มีอาการผิดปกติขณะฝากครรภ์ เมื่อเจ็บป่วยจะรักษาที่คลินิก

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ อาหาร รับประทานอาหารทั่วไป ไม่ได้รับประทานอาหารเฉพาะโรค ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน ชอบรสจัด รับประทานครบ 3 มื้อ ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ระยะแรกๆของการตั้งครรภ์ ท้องผูกบ่อย ปัสสาวะปกติ

แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แต่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอนเวลาปกติ 21.00 น. นอนวันละ 8-10 ชั่วโมง เพียงพอ ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ จบ ม.6 การสื่อสารปกติ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รับรู้ว่าตนเองมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตั้งครรภ์ และเข้าใจแผนการรักษา

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ อาศัยอยู่กับบิดา มารดา สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ปกติ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด เป็นคนร่าเริง การเจ็บป่วยครั้งนี้ ยังมีความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ยอมรับการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดกับการตั้งครรภ์

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % น้ำหนัก 77.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

การตรวจร่างกาย(Physical Examination)

ศีรษะหน้า : ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล

ตา : มองเห็นชัดเจน ไม่มีตาพร่ามัว รูม่านตากลมเท่ากัน 2 มิลลิเมตรทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงดี

หู : รูปร่างใบหูปกติ ไม่มีการอักเสบ การได้ยินปกติ

จมูก : รูปร่างปกติ ได้สัดส่วน การได้รับกลิ่นปกติ

ช่องปากลำคอ : ไม่มีบาดแผล ไม่มีฟันผุ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

หน้าอก : รูปร่างปกติ ไม่มีรอยแผล เต้านมปกติ

แขนขา : บวมที่ขาสองข้าง +1

ตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria)

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามต่อรู้เรื่อง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

ระบบการหายใจ : ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจ : อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีจุกแน่นท้อง ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

ระบบผิวหนัง : ไม่มีรอยโรคที่ผิวหนัง ไม่มีบาดแผล

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)

maternal care due to CPD c severe preeclampsia c partial HELLP syndrome

สรุปอาการและอาการแสดง

ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มาตามนัดของแพทย์ไม่มีอาการผิดปกติ สัญญาณชีพ

แรกได้รับอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท Edema +1 Urine Albumin negative Sugar negative แพทย์ให้การรักษาโดยให้ 5%DN/2 1,000 ml+syntocinon 10 unit iv drip 5 cc/hr titrate ที่ละ 5 ml/hr ให้ Amlodipine 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ระหว่างให้ยาเร่งการคลอดผู้คลอดมีผลเลือดที่ผิดปกติ คือ CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232 ,eGFR 72 แพทย์ให้หยุดยาเร่งคลอด และให้ 50% MgSO₄ 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยควบคุมการไหลด้วย infusion pump หลังได้รับยาตามแผนการรักษาความดันโลหิต 120/69 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเวลา 15.00 น.เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ HELLP syndrome ที่ห้องผ่าตัดเวลา 15.10 น.แพทย์ระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบทั่วร่าง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด อัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/60-180/100 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ทำผ่าตัดนาน 35 นาที ไม่มีอาการของการตกเลือดหลังคลอด ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ดูแลเย็บตักสูตรกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชัก เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักซึ่งจะส่งผลต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO ₄ และอาการข้างเคียงจากการได้รับยา MgSO ₄ ซึ่งอาจพบได้ เช่น ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการร้อนบริเวณที่ฉีด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic BP) ไม่เกิน หรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตเดิม 2. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชักได้ก่อน ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อเข้ากระดูก 3. ไม่เกิดภาวะชัก	2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ 3. ดูแลให้ 50% MgSO₄ 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการชัก และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ และหยุดการให้ยา 4. ดูแลให้ยา Amlodipine 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิต 5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม 6. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุกชั่วโมงเพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย 7. เตรียมยา 10% calcium carbonate 10 กรัมไว้ให้พร้อม โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา MgSO₄ ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย 8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆบนเตียง เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ช่วยลดความดันโลหิต และป้องกันการเกิดอาการชัก ไม่ปล่อยให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 9. เตรียมอุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น 10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค ประเมินผล หลังได้รับยา MgSO₄ และยา Amlodipine ตามแผนการรักษาของแพทย์ความดันโลหิต 120/69 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการนำก่อนชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ กล้ามเนื้อเข้ากระดูก ไม่เกิดภาวะชัก
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยา MgSO₄ วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยา MgSO₄ เกณฑ์การประเมินผล 1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้ง/นาที 2. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง 3. ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป 4. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายเหตุผลและการให้ยา MgSO₄ อาการร้อนบริเวณที่ฉีดและร้อนวูบวาบทั่วทั้งตัว 2. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำโดยให้ 50% MgSO₄ 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วย infusion pump 3. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง ให้หยุดยา 4. ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าหายไปให้หยุดยา 5. เตรียมพร้อมในการช่วยเหลือภาวะ MgSO₄ toxicity ได้แก่ยา antidote คือ 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตร 6. ดูแลความสบายของผู้คลอด เช่น เช็ดตัว ประคบด้วยผ้าเย็นหรือกระเป๋าน้ำแข็ง และประเมินอาการร้อนวูบวาบ คลื่นไส้อาเจียน 7. Monitor magnesium level ทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dl (Therapeutic serum level) 8. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนไว้ 9. Maintain electronic fetal monitoring ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมิน fetal status 10. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	11. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้ผู้คลอดรับทราบและเชิญญาติเข้าเยี่ยมอาการและปรึกษาเพื่อหาแนวทางดูแลร่วมกันในขั้นต่อไป การประเมินผล ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1. ตรวจสัญญาณชีพปกติ 2. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ 3. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ	กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกอาการเลือดออกตามไรฟันหรือจุดต่างๆ 2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วนเพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาได้ทันทั้งนี้ 3. แพทย์พิจารณาส่งผู้คลอดผ่าตัดคลอด พยาบาลได้ประสานงานกับห้องผ่าตัด (OR) พร้อมทั้งจัดเตรียมให้คำแนะนำผู้คลอดก่อนผ่าตัด เช่น ความสะอาดร่างกาย ของมีค่า ฟันปลอม สภาพร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น และรายงานกุมารแพทย์พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารก การประเมินผล ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ระคายคอ คอแห้งกระหายน้ำ สีปัสสาวะเป็นสีน้ำใค้ก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับผิดปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 วิดกกังวล ต่อการผ่าตัดคลอดเนื่องจากไม่มีประสบการณ์มาก่อน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล ผู้คลอดบอกว่าคลายความกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำตนเองพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเกิดความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และรับฟังด้วยความตั้งใจเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ 3. ยอมรับในความรู้สึกและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ 4. แนะนำสถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง 5. อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นของการผ่าตัดคลอดผลดีและผลเสียให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจและลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดคลอด 6. สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้คลอดให้ข้อมูลว่าตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดจะอยู่ภายใต้การดูแลของทีมทุกคนพร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้คลอดและทารกให้ปลอดภัยตลอดเวลา 7. ประเมินความวิตกกังวล ประเมินผล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความกังวล ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 15.00 น. ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ทารกมี โอกาสขาดออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล 1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที 2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นตัว	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาทีถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ 2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) 3. จัดให้นอนตะแคงซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น 4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดรัดตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกดิ้นน้อยลง การประเมินผล อัตราการเต้นของหัวใจทารก 142 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นตัว

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดและทารกขณะผ่าตัดคลอด เกณฑ์การประเมินผล ผู้คลอดและทารกมีสัญญาณชีพปกติ	กิจกรรมการพยาบาล - อธิบายถึงขั้นตอนต่างๆในการเตรียมร่างกาย และจิตใจของผู้คลอดเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย - การเตรียมผู้คลอดด้านร่างกาย 2.1 แจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงสาเหตุ ความจำเป็นของการผ่าตัดช่วยคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมให้ทำการผ่าตัดในแบบฟอร์มที่กำหนด 2.2 ให้ผู้คลอด NPO อย่างน้อย 6 ชั่วโมง 2.3 เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามเพื่อ หาชนิดและหมู่เลือด เตรียมเลือดให้พร้อมใช้จองไว้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเตรียมพร้อมในกรณี que ผู้คลอดเสียเลือดมาก และผล PT,PTT, INR,CBC ติดตามผลเพื่อการให้การดูแลแก้ไข 2.4 ดูแลให้ได้รับยาให้ได้อย่างจับซัก 50% MgSO₄ 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตราการไหล 12.5 มิลลิตรต่อชั่วโมง ด้วย infusion pump หรือให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาพร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา MgSO₄ และยาลดความดันโลหิต 2.5 ทำความสะอาดหน้าท้องด้วยน้ำยา Hibiscrub และโกนขนบริเวณหัวเหน่า 2.6 ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ 2.7 ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด เช่น การหายใจการไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น 2.8 ตรวจสัญญาณชีพของผู้คลอดและฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะๆเพื่อระวังการเปลี่ยนแปลง 2.9 ดูแลให้ผู้คลอดถอดสิ่งแปลกปลอมต่างๆ และเครื่องประดับในร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นและป้องกันทรัพย์สินสูญหาย 2.10 เตรียมยาปฏิชีวนะให้พร้อมไปที่ห้องผ่าตัด 3. การเตรียมผู้คลอดด้านจิตใจ 3.1 ประเมินความวิตกกังวลหรือความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้คลอด เพื่อให้การพยาบาลได้ถูกต้อง 3.2 เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัยและอธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดช่วยคลอดฉุกเฉิน 3.3 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแก่ผู้คลอดเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว 4. เตรียมทีมช่วยกู้ชีพ รายงานกุมารแพทย์ช่วยรับเด็ก 5. ประสานห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญีเพื่อเตรียมความพร้อม 6. เตรียม transport incubator สำหรับการเคลื่อนย้ายทารก 7. เตรียม set ผ่า สำหรับรับเด็กเตรียมอุปกรณ์/ยา สำหรับการกู้ชีพทารกให้พร้อมใช้

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภวณะนี้ได้รับการพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบ

นั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัยได้บทเรียนที่ได้รับจากกรณีศึกษา การพยาบาลที่สำคัญ คือการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดตั้งแต่แรกรับไว้ในห้องคลอด⁴ รวมทั้ง การประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดในแต่ละระยะของการคลอดได้รวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วน นั้นจะทำให้การ

บริหารจัดการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ
คุกคามผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย⁵

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
ขณะตั้งครรภ์ จุดเน้นที่สำคัญคือการค้นหาความเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะดังกล่าว ตั้งแต่ก่อนที่จะมีการ
ตั้งครรภ์ และในขณะตั้งครรภ์ รวมถึง การให้ความรู้
แก่ผู้คลอดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการ
รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะและได้

สัดส่วน แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้คลอดจะได้รับการ
ดูแลจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้วก็ตามแต่การ
พยาบาลที่สำคัญอีกประการคือการป้องกันภาวะ
ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดโดยดูแลให้ผู้
คลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับยา
ลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการ
ข้างเคียงของยา และก่อนที่ผู้คลอดจะได้รับการ
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการ
วางแผนจำหน่ายให้ร่วมกับการกำหนดแนวทางใน
การให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้
คลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กิติพร กางการ.(2562). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดใน
ระยะคลอด.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(2).25-28.
2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.(2562). สถิติสาธารณสุข .สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. นางลักษณ์ เณลิสมสุข.(2562). การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน.คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.พิมพ์ครั้งที่ 1.
4. ปรียา สุวนิช.(2561). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร.27(2).25-
27.
5. สุภาพร สุภาพวิวัฒน์.(2564).การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน.
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ,18 (3).148-149.