

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง
Nursing care for mothers in premature labor with hypertension.
 (Received: April 14,2026 ; Revised: April 19,2026 ; Accepted: April 23,2026)

นวิยา นามปัญญา¹
 Nawiya Nampanya¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการศึกษากการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงที่รุนแรง พบได้บ่อย ถ้าไม่ได้รับการรักษา การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การประเมินอาการ การตรวจร่างกาย และข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) เพื่อวางแผนการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 19 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 36⁺² สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งเป็นเวลา 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อรับไว้รักษาพบว่ามีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอทุก 4 นาที และเข้าสู่ระยะ active phase ของการคลอด จึงได้รับการดูแลโดยดื่มน้ำจืดอาหาร ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาเพื่อควบคุมการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Bricanyl รวมถึงให้ Dexamethasone ต่อมาผู้ป่วยได้คลอดทางช่องคลอด และได้รับยา Syntocinon หลังคลอดเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและป้องกันภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดแผล แผลไม่บวม น้ำคาวปลาสีแดงตามปกติ เต้านมไม่คัดตึง มดลูกเข้าอู่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงส่งเสริมการให้นมบุตรเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนมผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติดีตลอดระยะหลังคลอด สามารถจำหน่ายได้ภายใน 48 ชั่วโมง พร้อมนัดติดตามหลังคลอด และได้รับยากลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 18 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 34⁺¹ สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัดและตรวจพบความดันโลหิตสูง 161/113 mmHg แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะสงสัยครรภ์เป็นพิษ ขณะรับไว้รักษาพบ BP 168/112 mmHg และ NST reactive ผู้ป่วยถูกย้ายเข้าห้องคลอดเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต่อมาพบว่าความดันโลหิตยังคงสูง (170/110 mmHg) จึงเริ่มให้ Magnesium sulfate เพื่อป้องกันการชัก และให้ Nifedipine ควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยา แต่ยังคงมีความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง จึงวางแผนยุติการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดร่วมกับผ่าตัดไส้ติ่ง หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ลูกเดินได้ มีปวดแผลเล็กน้อย ไม่มีอาการเตือนของครรภ์เป็นพิษ แต่ยังคงมีความดันโลหิตสูงเป็นช่วง ๆ จึงได้รับยาลดความดันเพิ่มเติม ได้แก่ Adalat Hydralazine และ Nifedipine จากนั้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถให้นมบุตรได้ ความดันโลหิตลดลงตามลำดับ และสามารถปรับลดยา Nifedipine จนหยุดได้ พร้อมเปลี่ยนเป็นยารับประทาน Amlodipine ผู้ป่วยอาการทั่วไปดี แผลผ่าตัดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มดลูกเข้าอู่ดี จึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ พร้อมนัดติดตามต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพยาบาล คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This study was case study aimed to present a study on nursing care for mothers with preterm birth combined with hypertension, which is a significant obstetric complication. It carries a high severe risk and is commonly found. If not treated, the progression of the disease becomes more severe and is a major cause that increases morbidity and mortality rates for both pregnant women and infants. Data were collected from medical history interviews, symptom assessment, physical examinations, and information from patient and family medical records. The gathered data were analyzed and nursing diagnoses were determined based on Gordon's 11 Functional Health Patterns to plan nursing care and systematically evaluate nursing outcomes.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Study Results: Case Study 1: A 19-year-old Thai female patient, experiencing her first pregnancy, at 36+2 weeks of gestation, presented with labor pain and uterine hardness for 20 minutes before coming to the hospital. Upon admission, she was found to have regular uterine contractions every 4 minutes and had entered the active phase of labor. She was managed by fasting, receiving intravenous fluids, and being given medications to control uterine contractions, including Bricanyl, as well as Dexamethasone. Subsequently, the patient delivered vaginally and was given Syntocinon after delivery to stimulate uterine contractions and prevent postpartum hemorrhage. The patient had no fever, no wound pain, the wound was not swollen, lochia was red and normal, the breasts were not engorged, the uterus was well involuted, and there were no complications. Breastfeeding was promoted to stimulate milk secretion. The patient was in generally good condition throughout the postpartum period and was able to be discharged within 48 hours, with a postpartum follow-up appointment, along with medications to take home. Case study 2: An 18-year-old Thai female patient, primigravida, with a gestational age of 34+1 weeks, attended her scheduled antenatal care and was found to have high blood pressure of 161/113 mmHg. The doctor admitted her to the hospital with a suspected preeclampsia condition. Upon admission, her blood pressure was 168/112 mmHg and the NST was reactive. The patient was transferred to the labor room for close monitoring. Subsequently, her blood pressure remained high (170/110 mmHg), so Magnesium sulfate was started to prevent seizures, and Nicardipine was administered to control blood pressure. The patient had no complications from the medication, but her blood pressure continued to be high, so delivery was planned. The patient underwent a cesarean section along with an appendectomy. After surgery, the patient was alert, able to eat, ambulate, had mild wound pain, and showed no warning signs of preeclampsia, but still had intermittent high blood pressure. Additional antihypertensive medications, including Adalat, Hydralazine, and Nicardipine, were given. Subsequently, the patient showed continuous improvement, had no complications, was able to breastfeed, and her blood pressure gradually decreased. Nicardipine was gradually reduced and eventually discontinued, replaced with oral Amlodipine. The patient's general condition was good, and the surgical wound was in good condition.

Keywords: Nursing, Preterm Contraction, Hypertension in pregnancy

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตปริกำเนิดและความพิการในระยะยาวของทารกแรกเกิด¹ จากข้อมูลระดับนานาชาติพบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีความแปรผันอยู่ในช่วงประมาณ ร้อยละ 5–18 ของการเกิดมีชีพ² และในบางประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 10.2 ในปี ค.ศ. 2019³ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า ใน

แต่ละปีทั่วโลกมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดมากถึงประมาณ 1 ล้านรายต่อปี⁴

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็น ร้อยละ 11.6, 10.4 และ 10.0 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนแนวโน้มที่ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7 พบว่าในช่วงเวลาเดียวกันมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ ร้อยละ 12.6, 12.4 และ 9.7 ตามลำดับ และยังคงจัดอยู่ในลำดับต้น ๆ ของประเทศ โดยอยู่ในอันดับที่ 5, 3 และ 6 ตามลำดับ ในแต่ละปีงบประมาณ ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าปัญหาการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นประเด็น

สำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและพัฒนามาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ⁵

จากข้อมูลสถิติของห้องคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีจำนวนการคลอดทั้งหมด 1,966, 1,647 และ 1,502 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 208, 238 และ 259 ราย และมีการคลอดก่อนกำหนดจริง จำนวน 208, 191 และ 148 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด พบว่าปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 106, 99 และ 64 ราย รองลงมาคือ ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน จำนวน 22, 11 และ 21 ราย และ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน 5, 8 และ 16 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่เกิดการคลอดก่อนกำหนดโดยไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจน จำนวน 75, 73 และ 47 ราย ตามลำดับ⁶

โดยทั่วไปการคลอดก่อนกำหนดสามารถจำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ spontaneous preterm birth ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และ indicated preterm birth ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนดที่แพทย์ตัดสินใจให้คลอดเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของมารดาหรือทารก การจำแนกประเภทดังกล่าวช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจกลไกการเกิดโรควิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และวางแผนแนวทางการป้องกันหรือดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาให้ความสำคัญบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการนี้ขึ้น โดยศึกษาเป็นกรณีศึกษา มีการรวบรวมจากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง สรุปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาล และใช้เป็นแนวทางการศึกษากรณีการ พยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพยาธิสภาพอาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงของมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่มีลักษณะความซับซ้อนของโรคแตกต่างกัน
2. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns)
3. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะชัก และภาวะทารกขาดออกซิเจน
4. เพื่อศึกษาการบริหารยาสำคัญ เช่น Magnesium Sulfate และยาลดความดันโลหิตชนิดฉีดและรับประทานอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
5. เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดากลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้มารดาสามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลมารดาคลอดก่อนกำหนดย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากมารดาคลอดก่อนกำหนด ในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนด

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่

ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย อายุ 19 ปี ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 36⁺² สัปดาห์ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2569 ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอด โดยขณะรับไว้รักษาพบมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอทุก 4 นาที และเข้าสู่ระยะ active phase ของการคลอด จึงให้นั่งดื่มน้ำอาหารพร้อมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยากระตุ้น/ยาควบคุมการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Bricanyl รวมทั้งให้ยา Dexamethasone เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาปอดทารก จากการตรวจทางสูติกรรมพบว่าทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักประมาณ 2,358 กรัม ปริมาณน้ำคร่ำเพียงพอ ปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร บาง 100% ลูกน้ำคร่ำยังไม่แตก และศีรษะทารกอยู่ที่ station -2 ต่อมาผู้ป่วยถูกย้ายเข้าห้องคลอด และดำเนินการคลอดทางช่องคลอด โดยหลังคลอดได้ให้ยา Syntocinon เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พร้อมเฝ้าระวังปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดอย่างใกล้ชิด ในระยะหลังคลอด ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดแผล แผลไม่บวม มีการเปลี่ยนผ้าอนามัยประมาณ 5 ผืน น้ำคาวปลาสีแดงตามปกติ น้ำนมยังไม่ไหล ตรวจร่างกายพบสัญญาณชีพปกติ เต้านมไม่คัดตึง ระดับยอมนมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือประมาณ 2 นิ้ว สอดคล้องกับภาวะมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอด จึงวางแผนกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่เพื่อส่งเสริมการหลั่งน้ำนม ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติ สามารถจำหน่ายได้เมื่อครบ 48 ชั่วโมง โดยนัดติดตามหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ และนัดตรวจแผลอีก 1 สัปดาห์ ได้รับยากลับบ้าน ได้แก่ ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ธาตุเหล็กเสริม ชิงเม็ด และยาช่วยกระตุ้นน้ำนม ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังคลอด อาการและอาการแสดงโดย

รวมอยู่ในเกณฑ์ปกติของมารดาหลังคลอดทางช่องคลอด

กรณีศึกษาที่ 2

หญิงไทย อายุ 18 ปี ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 34⁺¹ สัปดาห์ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 34+1 สัปดาห์ เข้ารับการรักษา ด้วยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ สงสัย ครรภ์เป็นพิษ โดยขณะรับไว้รักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่รายงานอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจสัญญาณชีพพบ BP 168/112 mmHg PR 96 ครั้ง/นาที่ RR 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.8°C ได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคพร้อมติดตามสุขภาพทารกด้วย NST ซึ่งให้ผล reactive ผู้ป่วยถูกย้ายเข้าสู่ห้องคลอดเพื่อเฝ้าระวังอาการ ยังคงไม่มีอาการผิดปกติ ตรวจพบ BP 170/110 mmHg PR 98 ครั้ง/นาที่ RR 20 ครั้ง/นาที่ รายงานแพทย์ทราบ จึงเริ่มให้ Magnesium sulfate ทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการชัก โดยตรวจพบ deep tendon reflex 2+ และปริมาณปัสสาวะปกติ แสดงว่าไม่มีภาวะเป็นพิษจากยา และเริ่มให้ Nicardipine ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากความดันโลหิตยังคงสูง (BP 165/108 mmHg) ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะหรืออาการเตือนอื่น สัญญาณชีพอยู่ในช่วง BP 150–160/95–105 mmHg PR 88–92 ครั้ง/นาที่ RR 18–20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.7°C ตรวจพบ DTR 2+ และปริมาณปัสสาวะมากกว่า 120 มล./4

ชั่วโมง และไม่มีภาวะ Mg toxicity เนื่องจากภาวะโรคมีความรุนแรง จึงวางแผนผ่าตัดคลอด ภายหลังการผ่าตัดคลอดร่วมกับผ่าตัดไส้ติ่ง ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ BP 140/90 mmHg PR 88 ครั้ง/นาที่ RR 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.9°C และค่าฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์คงที่ มีอาการปวดแผลเล็กน้อย สัญญาณชีพ BP 150/95 mmHg PR 86 ครั้ง/นาที่ RR 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.8°C สามารถเริ่มจิบน้ำ รับประทานอาหารเหลวและอาหารอ่อนได้ และสามารถลุกเดินได้ ต่อมาในช่วงบ่ายถึงเย็น แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แต่ความดันโลหิตยังคงอยู่ในระดับ 155–165/95–105 mmHg จึงได้รับยาลดความดันเพิ่มเติม ได้แก่ Adalat Hydralazine และให้ Nicardipine ทางหลอดเลือดดำอีกครั้ง ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการเตือนของภาวะครรภ์เป็นพิษ สามารถให้นมบุตรได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น โดย BP อยู่ในช่วง 140–150/85–95 mmHg PR 80–88 ครั้ง/นาที่ RR 18 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.7°C แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวมแดง สามารถค่อย ๆ ลดอัตราการให้ Nicardipine ลงได้ตามลำดับ สามารถหยุดยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำได้ โดยมีสัญญาณชีพ BP 138/88 mmHg และปรับเปลี่ยนเป็นยารับประทานคือ Amlodipine แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสัญญาณการติดเชื้อ มดลูกเข้าอู้งดี จึงได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมนัดติดตามอาการต่อไป

สรุปการเปรียบเทียบกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อายุ	19 ปี	18 ปี
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 3	มัธยมศึกษาปีที่ 3
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรสบุตรสุขภาพ
อาชีพ	แม่บ้าน	แม่บ้าน
สิทธิการรักษา	บัตรสุขภาพ	บัตรสุขภาพ
ภูมิลำเนา	ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	21 มกราคม 2569	21 มกราคม 2569
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	24 มกราคม 2569	28 มกราคม 2569

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค	G1 36 ⁺² week Teenage pregnancy with Preterm contraction	G1GA 34 ⁺¹ weeks with Preeclampsia severs features with teenage pregnancy with late ANC with Preterm

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลสุขภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที	ฝากครรภ์ตามนัด พบว่ามีความดันโลหิตสูง BP = 161/113 mmHg
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	มารดา G1 GA 36 ⁺² weeks by USG ประมาณ 19.00 มีอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นพักๆ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีไข้ ไอ น้ำมูก 20 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการท้องแข็งทุก 5 นาที	มารดา G1 GA 34 ⁺¹ weeks BP = 161/113mmHg ไม่มีอาการจุกได้ล้นปี ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาบวม ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีท้องป็นแข็ง ลูกดิ้นมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน แพทย์ให้นอนรักษา
ประวัติการมีประจำเดือน	ประจำเดือนครั้งแรก อายุ 12 ปี มาทุกเดือนสม่ำเสมอ ครั้งละ 3-5 วัน ไม่เคยคุมกำเนิด	ประจำเดือนครั้งแรก อายุ 15 ปี มาทุกเดือน สม่ำเสมอ ครั้งละ 3-5 วัน ไม่เคยคุมกำเนิด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิสโรโรคประจำตัว	ปฏิสโรโรคประจำตัว
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวไม่เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม	บุคคลในครอบครัวไม่เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม
ประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิสโร	ปฏิสโร
ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด	ปฏิสโร	ปฏิสโร

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	- ประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด - อธิบายอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด - ให้เอกสารความรู้เรื่อง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาทราบถึงอาการและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง - สอนและสาธิตวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกให้มารดา
๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ในระยะก่อนและหลังคลอด พบในกรณีศึกษาที่ 2	- การควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยจัดให้นอนพักผ่อนเพียงพอ (Bed rest) ในห้องที่สงบ ลดแสงสว่าง และลดเสียงรบกวน เพื่อป้องกันการกระตุ้นระบบประสาทที่อาจนำไปสู่การชัก - การบริหารยา MgSO₄ อย่างระมัดระวัง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา (Loading & Maintenance dose) โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ (Infusion pump) เฝ้าระวังอาการพิษจากแมกนีเซียม (Magnesium toxicity) ทุก 1-4 ชั่วโมง โดยตรวจ DTR นับการหายใจ และประเมินความรู้สึกตัว - การควบคุมความดันโลหิต โดยบริหารยา Nicardipine IV drip และปรับขนาด ตามความดันโลหิตที่วัดได้จริง เพื่อให้ BP อยู่ในเป้าหมายแต่ไม่ลดเร็วเกินจนทารกขาดเลือด ในกรณีศึกษาที่ 2

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	เมื่อเปลี่ยนเป็นยาเกิน (Adalat, Amlodipine) ต้องติดตาม BP อย่างใกล้ชิดหลังให้ยาภายใน 30-60 นาที 4. การประเมินอาการนำ (Premonitory Signs) ชักถามและสังเกตอาการปวดศีรษะ (Frontal/Occipital) การมองเห็น (Blurred vision/Diplopia) และอาการปวดใต้ชายโครงขวา (Epigastric pain) ทุก 1-2 ชั่วโมง 5. การติดตามการทำงานของไต บันทึกปริมาณปัสสาวะ (Urinary output) ทุกชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 25-30 cc/ชม. ต้องรายงานแพทย์ทันที เนื่องจากแมกนีเซียมขับออกทางไต หากไตทำงานลดลงจะเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยา 6. เตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉิน เตรียมรถอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Emergency kit) และยาแก้พิษแมกนีเซียม (10% Calcium Gluconate)
3. ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว พบในกรณีศึกษาที่ 1	1. ดูแลให้อ่อนต้อะแซงซ้าย 2. แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3. ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4. สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5. ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 6. ดูแลความสบายตัว ๆ ไป
4. มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ดูแลให้มารดาได้รับยา Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 30 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพของมารดา เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงในการได้รับยา ยับยั้งการคลอด เช่น มือสั่น ใจสั่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและหายใจไม่สุด 2. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา 3. ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรายงานให้ทราบทันที ถ้ามีอาการดังนี้ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายปวดประจำเดือนเลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน 4. แนะนำและดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อช่วยลดการหดตัวของมดลูก 5. ดูแลให้มารดาได้รับยา DEXAMETHASONE 6 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ครั้งละ 6 mg ทุก 12 ชั่วโมงจำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ 6. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ 7. ส่งเสริมให้มารดานอนตะแคงเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น
5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ 2. ตรวจ NST ซ้ำเผลอครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ 3. แนะนำมารดาให้อ่อนต้อะแซงซ้ายและหายใจลึกๆ ไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 4. รายงานแพทย์ผล NST ผล FHS 150-160 ครั้งต่อนาทีและไม่สม่ำเสมอ
6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Magnesium sulfate พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการหายใจ 2. ประเมิน Deep tendon reflex (เช่น patellar reflex) เพื่อตรวจภาวะ magnesium toxicity 3. ติดตามปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิดต้อง ≥ 30 ml/hr. เพราะ Mg ขับออกทางไต 4. ติดตามระดับ Magnesium ในเลือดเพื่อให้อยู่ในช่วง therapeutic level 5. เตรียมยาแก้พิษไว้ใกล้เคียงคือ Calcium gluconate 6. สังเกตอาการผิดปกติเช่น ชีพลง หายใจช้า รีเฟล็กซ์หาย 7. หยุดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที หากพบอาการ toxicity 8. จัดทำอนตะแซงซ้ายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและทารก

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
7. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	9. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา 1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆให้ทราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ 2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจ เนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้ 3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล 5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวลใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล 6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ
8. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัดพบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง 2. แนะนำให้ใช้มือ หรือหอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว 3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจ เข้า ออก 4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง 5. ดูแลให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 12.00 น. และเวลา 18.00 น. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาแก้ปวด
9. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ birth asphyxia เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และได้รับยา MgSO ₄ พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. เตรียมความพร้อมก่อนคลอด โดยเตรียมอุปกรณ์ผู้ชีพทารกให้พร้อมใช้งาน ดังนี้ Warner Suction Oxygen Ambu bag และเปิด Warner เพื่อให้ความอบอุ่นทารกทันทีที่ประสานทีมผู้ชีพทารก ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ให้รอรับทารกในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นเคส High risk 2. การติดตามอาการทารกในครรภ์ (Fetal Monitoring) โดยทำ EFM (Electronic Fetal Monitoring) อย่างต่อเนื่องหากพบ Variability ลดลง หรือมี Late deceleration ต้องรีบรายงานแพทย์ 3. การดูแลทันทีหลังเกิด (Immediate Post-natal Care) โดยเช็ดตัวทารกให้แห้ง กระตุ้นการหายใจ และรักษาความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia ซึ่งจะทำให้ภาวะขาดออกซิเจน แย่ลง Suctioning ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear airway) โดยเฉพาะหากมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ 4. ประเมิน Apgar Score ประเมินความผิดปกติของหัวใจ การหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพื่อประเมินว่าได้รับผลกระทบจากยา MgSO₄ หรือไม่ 5. การเฝ้าระวัง Magnesium Effect หากทารกตัวอ่อนแรง (Floppy baby) หรือหายใจไม่เต็มที่สงสัยภาวะ Hypermagnesemia จากแม่ส่งผ่านรกมาสู่ลูก เตรียมประสานการเจาะเลือดตรวจ Magnesium level ในทารกหากจำเป็น 6. การดูแลด้านทางเดินหายใจ หากทารกหายใจลำบาก (Retraction Grunting) ให้ดูแลให้ Oxygen ตามความเหมาะสมและส่งต่อหอผู้ป่วยวิกฤตทารก (NICU) ทันที
10. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hyperthermia และ ภาวะ hypothermia เนื่องจากทารกแรกคลอดศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. การเตรียมรับแรกเกิด (Immediate care) เปิดเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) ไว้ล่วงหน้าก่อนทารกคลอด รีบเช็ดตัวทารกให้แห้งทันทีด้วยผ้าอุ่น (Warm wrap) เพื่อลดการสูญเสียความร้อนโดยการระเหย (Evaporation) เปลี่ยนผ้าเปียกออกและใช้ผ้าแห้งห่อตัวทารก 2. ป้องกันการสูญเสียความร้อนในห้องผ่าตัด หลักเลี่ยงการวางทารกบนพื้นผิวที่เย็น หรือสัมผัสลมเย็นโดยตรงจากเครื่องปรับอากาศ สวมหมวกให้ทารกเพื่อลดการสูญเสียความร้อนทางศีรษะ 3. ดูแลให้ทารกอยู่ในตู้อบ (Incubator) หรือเตียงให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) โดยปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมกับอายุครรภ์และน้ำหนักตัว ประเมินอุณหภูมิร่างกายทารกทุก 1-4 ชั่วโมง (ใน

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระยะแรก) เพื่อป้องกันทั้งภาวะตัวเย็น (Hypothermia) และภาวะตัวร้อนเกิน (Hyperthermia) จากการตั้งค่าเครื่องอุ่นสูงเกินไป 4. เฝ้าระวังความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา เพราะหากทารกตัวเย็นจะมีการใช้กลูโคสมากขึ้นเพื่อสร้างความร้อน ส่งผลให้ภาวะ Hypoglycemia รุนแรงขึ้น 5. งดการอาบน้ำทารกจนกว่าอุณหภูมิร่างกายจะคงที่อย่างน้อย 6-12 ชั่วโมง
11. มารดาพร่องความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. อธิบายถึง “น้ำนมเหลือง” (Colostrum) ที่มีภูมิคุ้มกันสูงและจำเป็นต่อทารกมาก โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือป่วย 2. สอนทักษะการจัดท่าและการอมหัวนม: สอนการจัดท่า (Positioning) และการช่วยให้ทารกอมหัวนมลึกถึงลานนม (Latching) เพื่อป้องกันหัวนมแตกและช่วยให้ดูนมได้มีประสิทธิภาพ 3. สอนเทคนิคการบีบน้ำนมด้วยมือ (Manual expression) และการใช้เครื่องปั๊มนนมสำหรับมารดาที่ต้องแยกจากทารก เพื่อรักษาระดับการผลิตน้ำนม 4. สอนมารดาเรื่องการประคบอุ่นและนวดเต้านมก่อนให้นม หรือประคบเย็นหลังให้นมเพื่อลดอาการคัดตึง 5. ตรวจสอบยาที่มารดาได้รับร่วมกับแพทย์/เภสัชกร และสื่อสารให้มารดาทราบว่ายาก็ใช้ส่วนใหญ่ เช่น Amlodipine Hydralazine มีความปลอดภัยในการให้นมบุตร เพื่อลดความกังวล 6. แนะนำการดื่มน้ำอุ่นให้เพียงพอ การพักผ่อน และรับประทานอาหารที่ช่วยกระตุ้นน้ำนม เช่น ชিং หัวปลี

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาที่ 1 สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะคลอดและหลังคลอดที่เป็นไปตามหลักการทางสูติศาสตร์อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดและได้รับการประเมินพบว่าอยู่ในระยะ active phase ซึ่งเป็นระยะที่มีความก้าวหน้าของการคลอดอย่างชัดเจน จากลักษณะการหดตัวของมดลูกที่สม่ำเสมอและการเปิดของปากมดลูกถึง 7 เซนติเมตร ร่วมกับการบางตัวของปากมดลูกเต็มที่ แสดงให้เห็นว่าร่างกายของมารดามีความพร้อมเข้าสู่กระบวนการคลอดตามธรรมชาติ

การให้การดูแลในระยษะนี้มีความครอบคลุมทั้งในด้านการดื่มน้ำดอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกรณีที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ตลอดจนการให้ยา Bricanyl เพื่อควบคุมการหดตัวของมดลูก และการให้ยา Dexamethasone เพื่อส่งเสริมการเจริญ

ของปอดทารก ซึ่งแสดงถึงการคำนึงถึงความปลอดภัยของทารกในกรณีที่ต้องคลอดก่อนกำหนด แม้ว่าอายุครรภ์จะยังไม่ครบกำหนดเต็มที่ก็ตาม เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้ป่วยสามารถคลอดทางช่องคลอดได้สำเร็จ สะท้อนถึงความก้าวหน้าของการคลอดที่เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยภายหลังคลอดได้มีการให้ยา Syntocinon เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด อันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตมารดา การเฝ้าระวังปริมาณเลือดออกอย่างใกล้ชิดยังช่วยให้สามารถประเมินภาวะของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและทันท่วงที⁷

ในระยะหลังคลอด ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการปวดหรือบวมของแผล น้ำคาวปลา มีลักษณะปกติ และระดับยอดมดลูกลดต่ำลงตามเกณฑ์ ซึ่งสะท้อนถึงการหดตัวของมดลูกที่ดีและการฟื้นตัวของร่างกายหลังคลอดเป็นไปอย่างเหมาะสม แม้ว่าน้ำนมยังไม่ไหลในระยะแรก แต่ได้มีการวางแผน

กระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ ซึ่งเป็นวิธีธรรมชาติที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนและส่งเสริมการสร้างน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์โดยรวมของกรณีนี้ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด สามารถฟื้นตัวได้ตามลำดับ และพร้อมกลับไปดูแลตนเองและทารกที่บ้านได้อย่างปลอดภัย การนัดติดตามหลังคลอดและการให้คำแนะนำเรื่องยาและการดูแลตนเองยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของมารดาในระยะยาว สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

กรณีศึกษาที่ 2 สะท้อนลักษณะสำคัญของภาวะ Preeclampsia ชนิดรุนแรงได้อย่างชัดเจน แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการเตือนที่มักพบ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แต่กลับตรวจพบค่าความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงรุนแรงตั้งแต่แรกพบ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความรุนแรงของโรค แสดงให้เห็นว่าภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถดำเนินไปโดยปราศจากอาการแสดงที่ชัดเจนได้ ดังนั้น การตรวจติดตามสัญญาณชีพและการประเมินอย่างต่อเนื่องจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับถือว่าเป็นไปตามมาตรฐานการดูแล โดยเฉพาะการให้ยา Magnesium sulfate เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรค รวมถึงการให้ยาลดความดันโลหิต เช่น Nicardipine และ Hydralazine เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองแตก การเฝ้าระวังภาวะเป็นพิษจากยา โดยการติดตาม deep tendon reflex และปริมาณปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ยังแสดงให้เห็นถึงการดูแลที่รอบคอบและครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ในด้านการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอดเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ถือเป็นแนวทางที่เหมาะสม

เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ definitive สำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยมุ่งลดความเสี่ยงต่อชีวิตของมารดา ขณะเดียวกันทารกในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าวก็มีโอกาสรอดชีวิตและสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหลังคลอด⁸ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการคลอด ผู้ป่วยยังคงมีภาวะความดันโลหิตสูงต่อเนื่องในระยะหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของโรคที่สามารถดำเนินต่อไปได้แม้สิ้นสุดการตั้งครรภ์แล้ว การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด โดยการให้ยาลดความดันโลหิตและการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด จึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ผลลัพธ์โดยรวมของการรักษาในกรณีนี้ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทั้งจากตัวโรคและจากการรักษา สัญญาณชีพสามารถควบคุมได้ แผลผ่าตัดหายดี และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ในภาวะครรภ์เป็นพิษนี้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาทั้งสองกรณี พบว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในภาวะเสี่ยงสูง เช่น Preeclampsia และในกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ จำเป็นต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็ว การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยง ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ โดยเฉพาะการติดตามค่าความดันโลหิตและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มีอาการเตือนที่ชัดเจน การตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. ด้านการเฝ้าระวังในระยะคลอด ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะคลอด ควรมีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดอย่างต่อเนื่อง เช่น การหดตัวของมดลูก การเปิดของปากมดลูก และสถานะของทารกในครรภ์ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการรับมือภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

3. ด้านการให้ยาและการรักษา การใช้ยา เช่น Magnesium sulfate, ยาลดความดันโลหิต หรือยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ควรอยู่ภายใต้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะเป็นพิษจากยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย

4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ควรให้ความสำคัญกับการประเมินมารดาในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดออก สัญญาณชีพ

รวมถึงในกรณีของผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรเฝ้าระวังความดันโลหิตต่อเนื่อง เนื่องจากอาจยังคงสูงได้หลังคลอด

5. ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรส่งเสริมให้มารดาเริ่มให้นมบุตรโดยเร็ว โดยสนับสนุนให้ทารกดูดนมแม่ภายในระยะแรกหลังคลอด เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก

6. ด้านการให้ความรู้และการติดตามต่อเนื่อง ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การดูแลแผล การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานยาอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

7. ด้านการพัฒนาการพยาบาลบุคลากรทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยสตรีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). Williams obstetrics (26th ed.). McGraw-Hill Education.
2. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., ... & Gülmezoglu, A. M. (2021). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth. The Lancet Global Health, 9(2), e147–e158. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30475-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30475-0)
3. Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., & Driscoll, A. K. (2022). Births: Final data for 2021. National Vital Statistics Reports, 71(1), 1–51. National Center for Health Statistics.
4. World Health Organization. (2023). Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565–2567 จากระบบ Health Data Center (HDC). กระทรวงสาธารณสุข.
6. สถิติข้อมูลการคลอด. (2569) กลุ่มงานผู้คลอด. โรงพยาบาลภานุสินธุ์
7. Osterman, M. J. K., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C. P. (2022). Births: Final data for 2020 (National Vital Statistics Reports Volume 70, Number
8. ยุพเยาว์ วิศพรณ. (2559). ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 27: 1-16.