

การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด Nursing Care for Pregnant Women with Preeclampsia and Postpartum Hemorrhage

(Received: May 6,2026 ; Revised: May 31,2026 ; Accepted: June 2,2026)

นวรรตน์ หิรมปรานี¹

Nawarat Rhimpranee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และการดูแลการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษากับหลักวิชาการ และนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้คลอด

ผลการศึกษา: ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 21 ปี G2P1A0L1 อายุครรภ์ 40+2 สัปดาห์ มาด้วยอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือด ทารกดิ้นดี ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง เวลา 14.50 น. ความดันโลหิต 185/110 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับยา hydralazine 10% MgSO₄ เวลา 15.50 น. วัดความดันโลหิตซ้ำ 155/96 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน อยากเบ่ง เวลา 16.05 น. หลังพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ 134/87 มิลลิเมตรปรอท เวลา 16.15 น. คลอดปกติทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,670 กรัม หลังคลอด 30 นาที ไม่มี sign รกลอกตัวทั้ง uterine sign, vulva sign พบรกเกาะแน่นมีเลือดออกจากช่องคลอดเรื่อย ๆ พบเลือดในถุงตวงเลือด 200 มิลลิลิตร วัดความดันโลหิตมารดาหลังคลอดได้ 170/107 มิลลิเมตรปรอท รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก เวลา 16.55 น. น้ำหนักรก 875 กรัม ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนูน คลื่นมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมงร่วมกับการคลึงมดลูก อาการปกติย้ายไปตึกหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

This study was case study aimed to study the nursing process and nursing care for Pregnant Women with Preeclampsia and Postpartum Hemorrhage. Case study analysis with academic principles and application of study results to care for the birth

Results: Thai female birth 21 years old G2P1A0L1 40+2 weeks pregnant with labor pain. No water walking, no hard stomach. No bloody mucus, the baby squirmed well 1 hour before coming to the hospital at 14.50 hrs. blood pressure 185/110 mmHg. After receiving hydralazine 10% MgSO₄ at 3:50 p.m., blood pressure was measured repeatedly at 155/96. mmHg The patient had severe labor pain, the pain score was 8 points, wanted to be born at 4:05 p.m. after a 15-minute rest, and the blood pressure was measured at 134/87 mmHg at 4:15 p.m. Weight 2,670 grams, 30 minutes after birth, no placental detachment sign, both uterine sign and vulva sign, the placenta was found to be tightly attached and bleeding from the vagina continuously, blood was found in a 200 ml blood measuring bag, and the mother's blood pressure after birth was measured. 170/107 mmHg, the placenta was not delivered, the doctor performed a placental removal. At 4:55 p.m., the weight of the placenta was 875 grams. Normal appearance: soft uterus, continuous uterine roll age, total blood volume in the blood sac 700 ml, vital signs were assessed every 15 minutes for 2 hours in combination with uterine stenosis. Normal symptoms can be moved to the postpartum building.

Keywords: Nursing Care for Pregnant Women, Preeclampsia, Postpartum Hemorrhage

¹ โรงพยาบาลบางปะอิน

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกิดได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ ถ้าได้รับการประเมินและให้การรักษาล่าช้าผู้คลอดอาจชัก มีเลือดออกในสมอง การทำงานของตับผิดปกติ เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว ภาวะหัวใจล้มเหลวไตวายเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ รวมถึงทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้คลอดมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งถ้าควบคุมการเสียเลือดไม่ได้ ผู้คลอดจะเกิดภาวะช็อก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ไตวาย เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตมากขึ้น จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 5 - 10 และตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1-5 จากการวิเคราะห์การเสียชีวิตพบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือติดเชื้อ และความดันโลหิตสูง¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในปี 2567 พบว่ามารดาเสียชีวิต 18.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายของมารดาในระยะคลอดเป็นอันดับสามของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง 2.80 รองจากการตกเลือดหลังคลอด 3.81 และการติดเชื้อ 3.007 และอัตราการตายของมารดาที่สูงกว่าเป้าหมาย (17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข²

สถิติผู้คลอดโรงพยาบาลบางปะอิน ปี 2565 - 2567 จำนวน 547, 634 และ 546 ราย ตามลำดับ มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 3, 9 และ 9 ราย ตามลำดับ อัตราตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0, 0.47 และ 0.73 ตามลำดับ ถึงแม้ไม่พบการเสียชีวิต แต่ถือว่าเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับผู้คลอด อีกทั้งยังมีแนวโน้ม ของอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี และทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและภาระในครอบครัว³

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้คลอด ความดันโลหิตสูงร่วมกับตกเลือดหลังคลอด ให้การ

พยาบาลโดยเน้นความปลอดภัยสูงสุด โดยการประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการชัก และตรวจเลือดออกทางช่องคลอด การหดรัศว์มดลูกอย่างใกล้ชิด พร้อมให้ยาหดรัศว์มดลูกและบริหารสารน้ำ เลือดทดแทนตามแผนการรักษา พยาบาลห้องคลอด ต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ ในการประเมินที่ครบถ้วน รวดเร็ว ถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน การรายงานแพทย์ และปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสม รวดเร็ว ทันการณ์ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด นำผลการศึกษาไปพัฒนาการให้การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตสามารถกลับไปใช้ชีวิต กับครอบครัวที่บ้านได้อย่างปกติสุข และเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และตกเลือดหลังคลอด ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล และการดูแลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มาใช้บริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะอิน จำนวน 1 ราย
2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังกรณีศึกษาผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะอิน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษา พร้อมทั้งประเมินสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำราทางด้านวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

พยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย
การรักษา และการพยาบาล

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
และแผนการรักษาของแพทย์ และปรึกษาแพทย์
ผู้รักษา

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการ
พยาบาล ตามหลักกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่แรก
รับจนจำหน่ายกลับบ้าน

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
และติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม

7. สรุปกรณีศึกษา เผยแพร่ และนำผล
ปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พัฒนางานต่อไป

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 21 ปี
เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

การศึกษา : ประถมศึกษาปีที่ 6

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล : วันที่ 12
พฤศจิกายน 2568 เวลา 14.00 น. จำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลวันที่ 16 พฤศจิกายน 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : มาด้วยอาการ เจ็บ
ครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด ทารกดิ้นดี ก่อนมา
โรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการฝากครรภ์ : ฝากครรภ์ครั้งแรก
โรงพยาบาลบางปะอิน 4 เมษายน 2568 ANC
จำนวน 10 ครั้ง

ประวัติการตั้งครรภ์ : LMP 25 มกราคม
2568 EDC 10 พฤศจิกายน 2568 T.T. 2 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธ
การแพ้ยา การใช้สารเสพติด ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วย
โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม
ยายเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่มี
ประวัติตั้งครรภ์แฝดในเครือญาติ

อาการแรกรับที่ห้องคลอด : รับใหม่ เวลา
14.00 น. ผู้คลอดรู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เจ็บครรภ์
ไม่มีน้ำเดิน ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 8
เซนติเมตร effacement 90 % station 0, MI, FHS
135 ครั้ง/นาที, interval 4 นาที duration 25
วินาที ความแรงของการบีบตัวของมดลูก 2⁺ คะแนน

ความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนน อุณหภูมิกาย 36.5
องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/
นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
169/97 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 100 %

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ : พบความผิดปกติของ
uric acid 7.6 mg/dl (ค่าปกติ 2.6-6.0), AST 63
u/l (ค่าปกติ<31)

การวินิจฉัยแรกรับ : G2P1A0L1 GA 40⁺²
wks. by ultrasound with chronic hypertension
with superimposed mild preeclampsia

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : G2P1A0L1 GA
40⁺² wks. by ultrasound with chronic
hypertension with superimposed mild
preeclampsia

**สรุปอาการ อาการแสดงและแผนการ
รักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย**

เวลา 14.50 น. ความดันโลหิต 185/110
มิลลิเมตรปรอท FHS 135 ครั้ง/นาที, interval 4
นาที duration 45 วินาที ความแรงของการบีบตัว
ของมดลูก 2⁺ คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5
คะแนน หลังได้รับยา hydralazine 25 mg 1 tab
per oral stat then 10% MgSO₄ 4 gm iv drip in
20 min และ 50% MgSO₄ 20 gm +5%D/W 460
ml iv drip 50 cc/hr. เวลา 15.50 น. วัดความดัน
โลหิตซ้ำ 155/96 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดเจ็บครรภ์
มาก คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน อยาก
เบ่ง ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดหมด
effacement 100 %, station 0, MI, FHS 156
ครั้ง/นาที Interval 4 นาที Duration 40 วินาที
ความแรงของการบีบตัวของมดลูกลดลง จาก 2⁺
เหลือ 1⁺ เวลา 16.05 น. หลังพัก 15 นาที วัดความ
ดันโลหิตซ้ำ 134/87 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เจาะถุงน้ำ
amniotic fluid clear มดลูกบีบรัดตัวไม่ดี rigidity 1⁺
ให้ 0.9% NSS 1,000 ml +oxytocin 10unit iv drip
rate 6 cc/hr. เพื่อกระตุ้นการบีบรัดตัวของมดลูก
หลังได้ยา 30 นาที มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น rigidity 2⁺
interval 3 นาที 45 วินาที duration 45 วินาที ให้
ออกซิเจน 10 LPM วัด SpO₂ 98 % ผู้คลอดเจ็บครรภ์

มาก กระสับกระส่าย สีหน้ากังวลกลัวคลอดเองไม่ได้ เวลา 16.15 น. คลอดปกติทารกเพศหญิง หนัก 2,670 กรัม รอบหัว 33 เซนติเมตร รอบอก 32 เซนติเมตร ตัวยาว 51 เซนติเมตร ตรวจร่างกาย ทารกแรกเกิดอวัยวะร่างกายทั่วไปปกติ อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 150 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 55 ครั้ง/นาที่ หลังคลอด 30 นาที ไม่มี sign รกลอกตัวทั้ง uterine sign, vulva sign พบรกเกาะแน่นมีเลือดออกจากช่องคลอด พบเลือดในถุงตวงเลือด 200 มิลลิลิตร วัดความดันโลหิต มารดาหลังคลอดได้ 170/107 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้ง/นาที่ DTR 2⁺, E₄V₅M₆, SpO₂ 98 % แพทย์ให้ 50% MgSO₄ 20 gm. + 5 % D/W 460 ml iv rate 50 ml/hr., hydralazine 10 mg iv stat รกไม่คลอด แพทย์ทำการ ล้วงรก เวลา 16.55 น. น้ำหนักรก 875 กรัม ตรวจรก ครบ ลักษณะปกติ มดลูกนิ่ม คลื่นมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร ให้ NSS 1000 cc + synto 40 u iv drip 120 cc/hr. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ร่วมกับการคลื่นมดลูก อาการปกติย้ายไปตึกหลัง คลอดได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 138/89 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 % มารดาหลัง คลอด ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีใจสั่น น้ำคาวปลาไหลดี น้ำนมไหลเล็กน้อย หลังคลอดมารดารู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ มดลูกหดตัวดี แผลไม่บวม น้ำคาวปลาสีแดง ปริมาณลดลง น้ำนมมามาก บุตร ดุตนมได้ แนะนำมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนแรกหลังคลอด หลังจากนั้นให้อาหาร เสริมตามวัยควบคู่กับนมแม่จนบุตรอายุ 2 ปี การมา ตรวจตามนัดหลังคลอด 6 สัปดาห์ การปฏิบัติตัวหลัง คลอด การวางแผนครอบครัว การใช้สมุดสีชมพู คู่มือ DSPM และนัดบุตรฉีดวัคซีน 2 เดือน ก่อนจำหน่าย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2568 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

การมาตรวจตามนัด มารดาตามตรวจตามนัด โดยมารดานัดตรวจหลังคลอดที่ห้องตรวจนรีเวช มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ หลังคลอด ไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง น้ำคาวปลาไม่มี กลิ่นเหม็นผิดปกติ น้ำนมไหลดี บุตรดุตนมได้ดี

ผลการศึกษา

การดูแลผู้คลอดรายนี้ใช้กระบวนการพยาบาล จัดการให้ผู้คลอดได้รับการพยาบาลครอบคลุมทุก ปัญหาโดยแบ่งระยะการให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

1. ระยะก่อนคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดไม่สุข สบาย เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดบอกว่า “เริ่มปวด ท้องเป็นพักๆ” แสดงสีหน้าถึงความเจ็บปวด ร้อง ครางเป็นพักๆ หน้านัย้ความปวด การหดตัวของ มดลูก Interval 8 นาที Duration 30 วินาที Severity 1⁺ คะแนนระดับความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้คลอดเกี่ยวกับ กระบวนการคลอดในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอด

2. ประเมินความเจ็บปวดเกี่ยวกับลักษณะ ความรุนแรงของความเจ็บปวด จากการซักถามพูดคุย ถึงความเจ็บปวด เช่น ขมวดคิ้ว บิดตัวไปมา ร้อง ครวญคราง เสียงพูดบ่นถึงความเจ็บปวด

3. ประเมินและบันทึกความถี่ ความแรง และระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกตามระยะ ของการคลอด บันทึกเกี่ยวกับสภาพปากมดลูก และ อัตราความก้าวหน้าของการคลอด

4. ตรวจและบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจ ทารกทุก 30 นาที เพื่อประเมินสภาพของทารก

5. ส่งเสริมการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การกระตุ้นผิวหนัง, การนวดหลัง เป็นต้น

6. สอนการใช้เทคนิคการหายใจ (Breathing technique) เช่น เทคนิคของลามาสหรือการสอนวิธี ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย เป็นต้น

การประเมินผลทางการพยาบาล ขณะมดลูกมีการหดตัวผู้คลอดสามารถใช้เทคนิคการหายใจ และผ่อนคลายได้ถูกต้อง คะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงเท่ากับ 5 คะแนน

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะช็อกในระยะก่อนคลอดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน แรกรับความดันโลหิต 185/110 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจเลือดพบ uric acid 7.6 mg/dl (ค่าปกติ 2.6 - 6.0 mg/dl) AST 63 u/l (ค่าปกติ 0 - 40 u/l)

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง และดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง (Absolute bed rest)

2. จัดให้นอนในบริเวณที่สงบ วางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ให้รับกวนผู้คลอดน้อยที่สุด โดยให้การพยาบาลที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการกระตุ้นจากภายนอก และให้ผู้คลอดได้พักผ่อน

3. ให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะช็อก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการช็อกที่จะส่งผลแก่มารดาและทารก ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา $MgSO_4$ และอาการข้างเคียงของ การได้รับยา

4. ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือด อีเนียลเวนาคาวา (inferior venacava)

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome

6. ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่

7. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อาการปวดศีรษะและ FHS ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก รายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่เลวลง เพื่อวางแผนในการรักษาและให้ได้รับการแก้ไขทันเวลา

8. ให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา hydralazine 25 mg 1 tab per oral stat เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท ถ้าความดันโลหิต Systolic ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดัน Diastolic ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำลงอย่างรวดเร็ว ใจสั่น มึนงง คลื่นไส้อาเจียน

9. ให้ยาป้องกันชักตามแผนการรักษา 10% $MgSO_4$ 4 gm. iv then 50% $MgSO_4$ 20 gm.+5%D/W 460 ml iv rate 50 ml/hr., และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์และหยุดการให้ยา

10. เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือ เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีที่มีอาการชัก เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพรวม ทั้งป้องกันการตกเตียงเมื่อเกิดภาวะชักหรือไม่รู้สึกตัว

11. เตรียมยา 10 % calcium gluconate ปริมาณ 10 มิลลิลิตร ไว้ให้พร้อม เพื่อแก้ภาวะ $MgSO_4$ toxicity

12. ให้ 0.9% NSS 1,000 ml + oxytocin 10 unit iv drip 6 cc/hr. และปรับเพิ่ม 6 cc ทุก 15 นาที จนมดลูกรัดตัวดี

13. ตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์ โดย monitor FHS

14. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย

15. งดน้ำงดอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด และป้องกันการสูดสำลักจากภาวะชัก

การประเมินผลทางการพยาบาล หลังได้รับยา hydralazine 25 mg. 1 tab oral 1 ชั่วโมง เวลา 15.50 น. วัดความดันโลหิตซ้ำ 155/96 มิลลิเมตรปรอท หลังพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ 134/87

มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือ จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่เกิดภาวะชัก มีอาการร้อนวูบวาบตาม ใบหน้าและร่างกายเล็กน้อยและหายไปหลังได้รับยา 30 นาที

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดได้รับยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเหตุผลของการให้ยาและอาการข้างเคียงจากการได้รับแมกนีเซียม ได้แก่ อาการร้อนบริเวณ ที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจช้าลง ชีพ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ
2. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตปฏิกิริยาสะท้อนของข้อเข่าทุก 2 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ได้รับยา 10% $MgSO_4$ 4 gms slowly push in 20 min then 50% $MgSO_4$ 20 gms + 5% D/W 460 cc iv drip rate 50 cc/ hrs.
4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก
5. เตรียมยา 10% Calcium Gluconate ปริมาณ 10 มิลลิกรัม เพื่อใช้แก้ไขภาวะ $MgSO_4$ toxicity
6. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ทันที ได้แก่ ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิกรัม/ชั่วโมง อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ตรวจ Deep tendon reflex น้อยกว่า 2⁺
7. สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียม ชีพเฟตมากเกินไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ชีพ สับสน และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา ไม่พบอาการทางระบบประสาท ปฏิกิริยาสะท้อนปกติ (DTR)²⁺ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/82 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 100 มิลลิกรัม/ชั่วโมง

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็น และความปลอดภัยของการทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการผิดปกติของตนเอง และความปลอดภัยของการทารกในครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับผู้คลอด พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ ทำให้ผู้คลอดมั่นใจในการดูแลและรู้สึกปลอดภัย โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่ายและตั้งใจฟังผู้คลอด
2. อธิบายให้ผู้คลอดและครอบครัวทราบถึง ภาวะของโรค สภาวะสุขภาพของการทารกในครรภ์ และ ทวนสอบ ความเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ให้ผู้คลอดสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ การช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่คลอด เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ทบทวนกลไกการคลอดคร่าวๆ อธิบายว่า ขั้นตอนการคลอดเป็นเช่นเดียวกับการคลอดในครรภ์ ก่อน เพื่อสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้คลอด
4. สอนเทคนิคการหายใจ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ โดยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ แล้วผ่อนลมหายใจ ออกทางปากช้าๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอในอัตราเฉลี่ย 6 - 9 ครั้ง/นาที
5. สอนการลูบท้อง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการลูบเบาๆ ขึ้นลงช้าๆ หรือลูบเป็นเลข 8 ขณะนอนตะแคง
6. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พุดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ ดูแลความสบายทั่วไปเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น
7. แจ้งข้อมูลการตรวจประเมินอาการผู้คลอดและทารกในครรภ์ ภายหลังให้การ รักษาพยาบาลทุกครั้ง เช่นระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ รวมทั้งแจ้งผลการตรวจความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับทราบข้อมูล และผ่อนคลายความตึงเครียด

8. จัดโอกาสให้สามีและญาติสนิทเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้คลอด

การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หลังจากพูดคุยและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ใกล้ชิด ผู้คลอดบอกข้อมูลภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์กับสามีและญาติที่เข้ามาเยี่ยมได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้อง ไม่ร้องเสียงดังขณะมดลูกหดตัว pain score 8

2. ระยะการคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากผู้คลอดมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะรอคลอดและได้รับยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันภาวะชักมดลูกหดตัว Interval 2 นาที Duration 30 วินาที FHS 134 ครั้งต่อนาที ตรวจประเมินปากมดลูกพบปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 % ส่วนน้ำอยู่ระดับ +2

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจ ความจำเป็นที่ทารกต้องการออกซิเจน วิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

2. จัดให้นอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกมากขึ้น

3. แนะนำเทคนิคการหายใจขณะเจ็บครรภ์ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์ โดยให้สูดหายใจเข้าทางจมูกเต็มที่ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เบาๆ

4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml + oxytocin 10 unit iv drip 6 cc/hr. ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ

5. ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถ้ามดลูกหดตัวถี่น้อยกว่า 2

นาที หรือหดตัวนานเกิน 60 วินาที หรือหดตัวแรงกว่าปกติ ลดปริมาณยาหรือหยุดให้ยา Oxytocin

6. ประเมินสถานะของทารกในครรภ์เป็นระยะ โดยใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring บันทึก FHS ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์หาก FHS <110 ครั้งต่อนาทีหรือ > 160 ครั้งต่อนาที

7. ประเมินปริมาณและสีของน้ำคร่ำที่ออก

8. ประเมินอาการและอาการของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอด อาการเจ็บครรภ์มาก ผิดปกติ หรือมดลูกหดตัวถี่หรือหดตัวนานกว่าปกติ

9. รายงานกุมารแพทย์ให้รับทราบว่าผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด และสูติแพทย์วางแผนให้คลอดทางช่องคลอด เพื่อเตรียมรับทารกแรกเกิดเมื่อคลอด

10. ประสานทีมและเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ให้พร้อมใช้

การประเมินผลทางการพยาบาล ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน Apgar score 1 นาที = 8, 5 นาที = 10 และ 10 นาที = 10 แข็งแรงดี ได้รับการส่งต่อพร้อมมารดาไปดูแลที่ตึกหลังคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 มารดาเสี่ยงตกเลือดจากภาวะรกค้าง

ข้อมูลสนับสนุน หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเหตุผลความจำเป็นที่แพทย์ต้องทำการล้วงรก และการปฏิบัติตัวขณะที่แพทย์ ทำการล้วงรก เพื่อให้ผู้คลอดผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการรักษา

2. ตรวจสัญญาณชีพเป็นระยะๆ ทุก 5 นาที ขณะล้วงรก หลังรกคลอด ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. เตรียมพร้อมให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ โดยการเปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 ไว้ 2 เส้น

4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจสอบสายสวนปัสสาวะที่คาไว้ ไม่ให้หักพับงอ

5. ช่วยเหลือแพทย์ในการล้างรก

6. คลึงมดลูกเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวทันที หลังรกคลอด

7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือด

8. ดูแลการให้ยา Nalador 500 mcg + NSS 500 ml. drip in 1 hr. และเพิ่มอัตรา oxytocin เพื่อช่วยในการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผลทางการพยาบาล รกและเยื่อหุ้มรกคลอด 43 นาที หลังทารกคลอด น้ำหนักรก 875 กรัม ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนึ่ม คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร

3. ระยะหลังคลอด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 มารดาเสี่ยงเกิดภาวะช็อกเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน มารดาเสียเลือดหลังคลอด 700 มิลลิลิตร หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้างรก มดลูกหดตัวไม่ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานสูติแพทย์และตามทีมช่วยแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในช่วงแรก และทุก 30 นาที ในช่วงต่อมา จากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. ตรวจหาสาเหตุอื่นๆนอกจากมดลูกหดตัวไม่ดี ที่อาจทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ แผลฉีกขาดของ ช่องทางคลอด มีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรกในมดลูก

4. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดและชั่งวัสดุที่ซับเลือดรวมกัน

5. ตรวจดูการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกเบาๆนาน 60 วินาทีหลังรกคลอด

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ได้แก่ Acetar load 700 ml

7. ดูแลให้oxytocin 20 u ผสม 0.9 % NSS 1000 ml IV อัตรา 120 ml/hr กระตุ้นการหดตัวของมดลูก

8. ดูแลให้ได้รับยา Nalador 500 mcg IV เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

9. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ดูแลให้ความอบอุ่น

10. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต

11. เตรียมมารดาให้พร้อมและแจ้งให้ญาติทราบ กรณีต้องทำหัตถการเพื่อลดการเสียเลือดหรือต้องผ่าตัดมดลูกฉุกเฉิน เพื่อรักษาชีวิตผู้คลอด

12. เตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม กรณีเกิดภาวะช็อก

การประเมินผลทางการพยาบาล มารดาไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/85 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 %

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 มารดาหลังคลอดเจ็บปวดแผลฝีเย็บและผนังช่องคลอดเนื่องจากมีแผลฉีกขาด ปวดมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอดบ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บ และปวดมดลูกเวลาให้นมบุตร นั่งหรือนอนคว่ำ ขมวด เอามือกุมท้องคะแนระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 5 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชี้แจงให้มารดาหลังคลอดเข้าใจสรีระของการหดตัวของมดลูกแรง หลังการคลอดบุตรว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามธรรมชาติในมารดาหลังคลอดปกติ อาการปวดทุเลาลงตามลำดับ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล

2. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดระบายความรู้สึกเจ็บปวดฝีเย็บ เพื่อบรรเทาความตึงเครียด

3. จัดให้อนนอนพักบนเตียง ในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย หรือนอนคว่ำ โดยใช้หมอนประคองกล้ามเนื้อที่ท้องน้อย หรือนอนตะแคงด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้กล้ามเนื้อท้องน้อยและเชิงกรานผ่อนคลาย

คลาย ประคองท้องน้อยด้วยหมอนหรือมือ หรือผ้ารัดหน้าท้อง เพื่อลดความตึงตัวของเอ็นยึดมดลูก

4. คลึงมดลูกไล่ก้อนเลือดออกจากโพรงมดลูก เปลี่ยนผ้าอนามัย สังเกตแผลฝีเย็บ จำนวนเลือดที่ออกมาพร้อมทั้งเปลี่ยนเสื้อ ผ้าถุงชุดใหม่

5. แนะนำการหลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนานๆ หลีกเลี่ยงการเสียดสีฝีเย็บ การกดทับแผลฝีเย็บ

6. ประเมินระดับความเจ็บปวด ขำระล้างฝีเย็บ เพื่อลดการหมักหมม ความเจ็บปวดฝีเย็บจะทุเลาลดลง

7. คุแลให้ยา Paracetamol(500 mg) จำนวน 1 เม็ด ในกรณีที่เจ็บปวดแผลฝีเย็บมาก เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง

การประเมินผลทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดบ่นปวดแผลฝีเย็บน้อยลง นอนหลับพักผ่อนได้เป็นระยะๆ สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น คะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน
ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว หลังคลอดบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล/อยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอดถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด และเรื่องภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังคลอด เพื่อจะได้ให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด

2. แนะนำการสังเกตการหดตัวของมดลูก และกระตุ้นให้คลึงมดลูกให้มีลักษณะกลมแข็ง

3. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของอาการปวดมดลูก ถ้าปวดมากให้ทานยาแก้ปวด

4. แนะนำการดูแลแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลา ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่น้ำประปา ควรทำความสะอาด โดยไม่ยื้อนจากกันมาด้านหน้า

5. แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 6 สัปดาห์หลังคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้

6. แนะนำวิธีการรักษาความสะอาดของร่างกายเข้า-เย็น เปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยชุ่ม เพราะการใส่นานไปจะเกิดการสะสมของเชื้อโรคได้

7. แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในช่วงกลางคืน

8. แนะนำการออกกำลังกาย จะทำได้ในบางท่าที่ไม่หนักมาก หรือจนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอดจากแพทย์ และควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า - เย็นจะทำให้หน้าคาวปลาออกดี มดลูกเข้าอู่เร็ว

9. แนะนำการรับประทานอาหารควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอดและ เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้บุตร งดเว้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของหมักดอง ชา กาแฟหรืออาหารรสเผ็ด

10. แนะนำวิธีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลแยก บวม เป็นหนอง น้ำคาวปลาผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกมาทางช่องคลอดใน 1 ชั่วโมง ชุ่มผ้าอนามัย 1 แผ่น หรือมีเลือดออกมาเป็นก้อน มีไข้หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด แผลฝีเย็บบวมแดงมากขึ้น จนปวดถ่วงถึงทวารหนัก,ปวดศีรษะมาก, เต้านมคัดอักเสบมาก

การประเมินผลทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตร ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดบุตร ปกติขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาหลังคลอดสามารถตอบคำถามได้ 5 ข้อ จาก 10 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้คลอดมาด้วยอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีมูกเลือด ทารกดี แพทย์วินิจฉัย G2P1A0L1 GA 40⁺² wks. by ultrasound with chronic hypertension with superimposed mild preeclampsia ก่อนคลอดผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์ให้การรักษาโดยยา hydralazine 25 mg 1 tab per oral stat then 10% MgSO₄ 4 gm iv drip in 20 min พยาบาลให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการ

ได้รับยา จนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติและทำคลอดได้ หลังคลอดพบรกไม่คลอด รกเกาะแน่นมีเลือดออกจากช่องคลอดเรื่อย ๆ แพทย์ทำการล้วงรก ตรวจรกครบ ลักษณะปกติ มดลูกนิ่ม คลื่นมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดในถุงรองเลือดรวม 700 มิลลิลิตร ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมงร่วมกับการคลื่นมดลูก อาการปกติ ย้ายไปตึกหลังคลอดได้

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก ในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้ นอกจากนี้ การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัยแต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้คลอดจะได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้วก็ตามแต่การพยาบาลที่สำคัญอีกประการ คือ การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดโดยดูแลให้ผู้คลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และก่อนที่ผู้คลอดจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลควรมีการวางแผนจำหน่ายให้ร่วมกับการกำหนดแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้คลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ในการดูแลผู้คลอดความดันโลหิตสูงร่วมกับตกเลือดหลังคลอด ให้การพยาบาลโดยเน้นความปลอดภัยสูงสุด โดยการประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการชัก และตรวจเลือดออกทางช่องคลอด การหดตัวมดลูกอย่างใกล้ชิด พร้อมให้ยาหดตัวมดลูกและบริหารสารน้ำ เลือดทดแทนตามแผนการรักษา พยาบาลห้องคลอดต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และ

ประสบการณ์ในการประเมินที่ครบถ้วน รวดเร็ว ถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน การรายงาน แพทย์ และปฏิบัติการพยาบาลเหมาะสม รวดเร็ว ทันการณ์ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงได้ศึกษาการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด นำผลการศึกษาไปพัฒนาการให้การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวที่บ้านได้อย่างปกติสุข และเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และตกเลือดหลังคลอด ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากสถิติผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด พยาบาลจึงควรมีการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้ ทักษะวิชาการ และการนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ในการดูแลผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. ควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมในการดูแลทารก ทั้งการเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต การรายงานแพทย์ และการประสานงาน เพื่อให้การทำงานเป็นระบบและราบรื่น

3. ควรกำหนดแนวทางให้ญาติและครอบครัว สามารถเข้าเยี่ยมผู้คลอดขณะนอนพัก รักษาจัดระบบการเยี่ยมให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจให้ผู้คลอด รับรู้ความสามารถในตนเองต่อการเลี้ยงดูทารกคลอด จะช่วยปรับตัวเข้ากับบทบาทตามสถานการณ์ใหม่ในชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). Hypertensive disorder in pregnancy. In Williams obstetrics (24th ed.). Boston: Mc.Graw-Hi
2. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567) สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2567.
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางปะอิน (2567). สถิติการคลอด 2565 – 2567.
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2565).แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3 บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
5. จิตติพร บุญช่วยเหลือ. (2567). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด.