

การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา Nursing care of maternity with Eclampsia : A case study

(Received: January 12,2021 ; Accepted: February 10,2021)

มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์, พย.บ.

Mrs. Manita Siriviboonlit

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 31 สิงหาคม 2563 ด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Eclampsia in Labour แรกครรภ์มีขาบวม 2 ข้าง DTR 2+ ระดับความดันโลหิต 210/130 มิลลิเมตรปรอทระหว่างรอคลอดมีชักเกร็ง 1 ครั้ง ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำ สังเกตอาการทางระบบประสาทเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ดูแลให้ยาและบริหารยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระยะเวลาผ่าตัดไม่มีอาการชักเกร็งซ้ำ ได้รับการผ่าตัด Cesarean section due to Eclampsia with tubal resection หลังผ่าตัดคลอดคาท่อช่วยหายใจ On Volume ventilator ติดตามอาการและระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำและภาวะตกเลือดหลังคลอด ใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน ถอดท่อช่วยหายใจได้ หยุดการให้ยา MgSO₄ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงหลังผ่าตัดคลอดอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถไปให้นมบุตรได้ วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำหญิงหลังคลอดและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิตหลังคลอดจำหน่ายวันที่ 5 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการนอนรักษาพยาบาล 5 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

Abstract

This study aimed to study nursing care process in patient maternity with Eclampsia

Result : Pregnant women aged 31 years, 2nd pregnant, 38 weeks pregnant, antenatal care, 4 visits to the hospital on August 31, 2020 with headache, blurred vision, tightly under the epigastric, before coming to the hospital of 30 minutes. Doctors diagnosed Eclampsia in Labor at first, having two swollen legs, DTR 2+, blood pressure levels 210/130 mmHg. 1 time of seizure while waiting to give birth. The patient was received the nursing care for recurring seizures prevention, observed neurological symptoms, and monitored the hypothyroidism and the hypoxia. In addition, the patient was received magnesium sulfate (MgSO₄) to prevent complications from receiving medication. Before the surgery, the patient was not appeared the seizure symptoms. Then, the patient was received the Cesarean section due to Eclampsia with tubal resection. After surgery, the patient was still receiving the ventilator. The symptoms and blood pressure levels of patient were closely monitored and the complications after surgery, recurrence of seizures and postpartum hemorrhage were also monitored and prevented. The ventilator was removed after inserting patient for 1 day. After stop the MgSO₄ administration, the complications were not appeared after receiving the drug. The patient had not the postpartum hemorrhage. The patient has improved in order and can breast-feeding for baby. Then patient was discharged and received the suggestion for self-care and controlling postpartum blood pressure on 5 September 2020, totally 5 days of medical treatment.

Keywords: Nursing care, Eclampsia

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) เป็นภาวะการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อบุหลอดเลือด(endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (vasospasm) ทำให้มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (Cunningham FG and other, 2010) ภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 75 เป็นชนิดไม่รุนแรงและร้อยละ 25 เป็นชนิดรุนแรง(Sibai BM., 2004) ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ (Cunningham FG and other, 2010; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002) ความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดัน Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 2 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ปวดศีรษะ ปวดบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain) ค่าการทำงานของตับหรือไตผิดปกติ เกล็ดเลือดต่ำ หรือมีการเจริญเติบโตของทารกช้า อาการแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ อาการชัก (eclampsia) ซึ่งหมายถึงการเกิดการกระตุกชัก (tonic-clonic) หนึ่งครั้งหรือมากกว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) และภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีอาการชักร่วมด้วย (Eclampsia) เป็นสาเหตุการตายสามอันดับแรกของมารดาทั่วโลก (Cunningham FG and other, 2010; Sibai BM, Abdella TN, Spinat LDJA, 1986) โดยเฉพาะอาการชักเป็นสาเหตุทางสูติศาสตร์อันดับสองของภาวะตายคลอด (stillbirth) และการเสียชีวิตหลังคลอด (early neonatal death) ในประเทศกำลังพัฒนา (Ngoc NT and other, 2006)

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 พบอัตราการตายของมารดาใน พ.ศ. 2559 จากการมีอุบัติการณ์ของภาวะบวม การมีโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทั้งระยะคลอดและหลังคลอดร้อยละ 3.5 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) สาเหตุการเกิดของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญ คือ การลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มี

ปริมาณรกมากผิดปกติ เช่น การตั้งครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำ พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด severe preeclampsia (ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง) ถ้าวินิจฉัยได้ช้าหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีอาการชักร่วมด้วย (eclampsia) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Sibai BM, Abdella TN, Spinat LDJA, 1986; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; วิทยา ถิฐาพันธ์, 2559) ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด อย่างไรก็ตามอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการต่างๆ เช่น อาการนำก่อนชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการประเมินซ้ำ รายงานแพทย์ได้ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2558; ปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2558)

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะคลอดปี 2560-2562 จำนวน 96 ราย, 79 ราย และ 71 ราย มีอาการชักจำนวน 15 ราย, 2 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาการชักมีแนวโน้มลดลงแต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังชักได้ ดังนั้นหากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้องประกอบกับการให้ยา MgSO₄ ป้องกันอาการชัก ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดนั้น จะลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดมีบทบาทสำคัญนับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ดูแลและทุกระยะของการคลอดเมื่อแรกได้รับตรวจสอบและซักประวัติเพื่อค้นหาความเสี่ยง มีการเตรียมความพร้อมและพิจารณาการคลอดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละระยะของการคลอดมีการติดตามประเมินมารดาและทารกตามมาตรฐานห้องคลอด ดูแลควบคุมและป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาลดความดันโลหิต เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาแมกนีเซียมซัลเฟต ในกรณีที่คลอดฉุกเฉินมีการเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา เพื่อให้การช่วยเหลือแก่มารดา และทารก รวมทั้งการ

ช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ และภายหลังคลอดดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากการใช้ยา $MgSO_4$ และยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้คลอด และทารกก่อนการจำหน่ายให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ อันจะส่งผลให้บรรลุปเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา อนุปริญญา ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส คู่หมั้นลำเนา อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ **อาการสำคัญ** ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล **ประวัติการตั้งครรภ์** ครรภ์ที่ 2 ($G_2P_1A_1$) Last 9 ปี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง ฉีด Tetanus vaccine ครบ ผลเลือดปกติ ระหว่างตั้งครรภ์ พบความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตด้วยยา Hydralazine (25) 1 tab oral qid pc **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินแรกรับ รู้สึกตัว หายใจสม่ำเสมอ มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีขาบวม 2 ข้าง DTR 2+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 210/130 มิลลิเมตรปรอท

อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 83 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ตรวจหน้าท้อง ระดับมดลูก $\frac{3}{4}$ > ระดับสะดือ ส่วนหน้าเป็นศีรษะ ท่า LOA FHS 144 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด

การวินิจฉัยของแพทย์ Eclampsia in Labour
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count 9,850 cells/ cell/mm³, Neutrophil 60%, Lymphocyte 28%, Monocyte 5%, Eosinophil 7%, Hematocrit 42.3%, Platelet count 219,600 cell/mm³ Electrolyte พบ Na 138.9 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 26 mmol/L, CO₂ 12.6 mmol/L BUN 10.8 mg/dL, Creatinine 0.71 mg/dL. LFT พบ Alkaline phosphatase 291 U/L, SGOT 132 U/L, SGPT 210 U/L, Magnesium level 2.8-3.6 mg/dL

ระยะก่อนคลอด

แรกรับที่ห้องคลอด รู้สึกตัวดี มีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง เกรด 2 บ่นปวดศีรษะ มีตาพร่ามัว Pain score 7 คะแนน มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ โปรีตีนในปัสสาวะ 3+ DTR 2+ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 210/130 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสดังกล่าวชักในระยะรอคลอด เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ดูแลให้ยา 50% $MgSO_4$ 40 ml + 5%D/N/2 960 ml iv drip 100 ml/hr ควบคุมหยุดโดยใช้ Infusion pump ระหว่างให้ยาเฝ้าระวังอาการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอาการทางระบบประสาท ติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดย On Fetal monitor FHS 138-142 ครั้ง/นาที หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสดังกล่าวเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ ($MgSO_4$ toxicity) สังเกตอาการ Hypermagnesemia ได้แก่ ซึม อาการง่วงเหงาหาวนอน ความดันลดลง DTR ลดลง การหายใจช้า (อัตราการหายใจไม่ต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที) ประเมิน Deep tendon reflex (DTR) บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง จัดทำแผนดูแลความปลอดภัย เช็ดตัวประคบด้วยผ้าเย็นเพื่อบรรเทาอาการร้อนง่วงตามร่างกาย ระหว่างให้ยา การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 98 % Patella reflex 2+ ใส่สายสวนแบบคาสายได้ปัสสาวะ 100 ml

หลังรับไว้ดูแล 6 ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์มีอาการชักเกร็งทั้งตัว ประมาณ 50 วินาที ขณะชักให้การพยาบาล ป้องกันอุบัติเหตุ ป้องกันการกัดลิ้น ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 lit/min วัด O₂ Saturation 98 % บริหารยา 50% $MgSO_4$ 40 ml iv load in 15 min then 50% $MgSO_4$ 40 ml + 5%D/N/2 960 ml iv drip 100 ml/hr แพทย์พิจารณา Set OR for C/S (E) ระหว่างรอส่งห้องผ่าตัด ป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำ สังเกตอาการทางระบบประสาท เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Cefazolin 1 gm iv stat Ranitidine 50 mg iv stat Valium 1 amp iv stat ประสานกุมารแพทย์เตรียมรับเด็กหลังคลอด มารดาและสามีวิตกกังวลกับอาการชักและความปลอดภัยของทารกในครรภ์มาก อธิบายสาเหตุการชัก แผนการรักษาพยาบาลให้ฟังจนเข้าใจ เตรียมผ่าตัดด่วนก่อนส่งห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 190/110 มิลลิเมตรปรอท

ระยะคลอด

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัด Cesarean section due to Eclampsia with tubal resection ระหว่างผ่าตัด เสียเลือด 700 ml คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,960

กรัม Apgar Score 9,10 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 147 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 58 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 96 % คลอดรกด้วยวิธี Manual removal placenta น้ำหนัก 890 กรัม หลังสิ้นสุดการผ่าตัดได้รับการคาต่อช่วยหายใจ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ย้ายไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก

ระยะหลังคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน มารดาเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักซ้ำ ประเมินอาการนำของชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ DTR 2+ RR 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะคาสายไหลสะดวกดี ออกประมาณ 200 ml ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 150/90-169/115 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำ 5%D/W 2 1000 ml + Syntocinon 40 unit iv drip 60 ml/hr คู่กับ 50 % MgSO₄ 40 ml+5%D/W 960 ml iv drip 50 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง และ Pethidine 50 mg (m) เมื่อ Severe pain มารดาหลังผ่าตัดคลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากผลข้างเคียงของยา MgSO₄ สังเกตอาการตกเลือดภายหลังผ่าตัด การหดตัวของมดลูกดี มีเลือดออกทางช่องคลอด 100-200 ml ประเมินแผลผ่าตัดแห้งดี ค่าการแข็งตัวของเลือดปกติ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน ถอดท่อหายใจออกได้ ให้ออกซิเจนทาง Canular 5 LPM 2 วันหลังผ่าตัดคลอด ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ปวดแผลเล็กน้อยพอทนได้ ปฏิเสธยาบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด เริ่มยาลดความดันโลหิต Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc, Hydralazine (10) 1 tab oral bid pc ให้จิบน้ำ ท้องไม่อืด ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-159/98 มิลลิเมตรปรอท หญิงหลังผ่าตัดคลอดอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถไปให้นมบุตรที่ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำหญิงหลังคลอดและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิตหลังคลอด จำหน่ายวันที่ 5 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการนอนรักษาพยาบาล 5 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอาการชักในระยะรอคลอด เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ทำให้ควบคุมอาการชักไม่ได้ การดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้คือการป้องกันการชักซ้ำและภาวะเลือดออกในสมอง การดูแลคือการให้ยาป้องกันชัก (MgSO₄) ให้ยาควบคุมความดันโลหิต (Cardipine)

รวมทั้งการพิจารณาการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex รวมทั้งกลุ่มอาการ HELLP ติดตามอาการและระดับ MgSO₄ ในเลือดที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄ การเตรียมผ่าตัดเลือดและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับการผ่าตัดคลอดปลอดภัย รวมทั้งการทำ NST (Non Stress Test) เพื่อประเมิน fetal status และประสานการช่วยเหลือแก่ทารกแรกเกิด

หลังคลอดทั้งมารดาและทารกต้องแยกจากกันเพื่อรับการรักษาภาวะวิกฤติทั้งมารดาและทารกที่ห้องผู้ป่วยหนัก การสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกและการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมจึงล่าช้า ส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพมารดาทารก การเลี้ยงดูบุตร และการหลั่งของน้ำนม พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการประสานสายสัมพันธ์มารดาทารกในการช่วยบีบเก็บน้ำนมสมุทรที่ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ด้วยน้ำนมหยดแรกมีความสำคัญต่อทารกมากโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนด จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับทารกเป็นอย่างดี เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และย้ายคืนตึกหลังคลอดและรับยาบุตรแล้วพยาบาลมีส่วนช่วยมารดาในการสอนเรื่องการดูแลบุตรและการอุ้มบุตรดูนมที่ถูกต้อง และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรและการให้นมบุตรต่อเนื่อง สอนการบีบเก็บน้ำนมไว้สำรองเมื่อจำเป็น

สรุป

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ทีมดูแลต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงในขณะรับไว้ดูแลในระยะก่อนคลอดที่ห้องคลอด เนื่องจากมีโอกาสเกิดอาการชักได้ตลอดเวลา ติดตามการประเมินอาการและอาการแสดงเช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ สัญญาณชีพต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการให้ยาป้องกันชัก MgSO₄ และยาควบคุมความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ ติดตามและประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับซีรั่มแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในระดับ 5-9 mg/dl การบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกายทุกชั่วโมง และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อให้ทราบความเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดควรมีการศึกษาหาความรู้ให้ทันสมัยตลอดเวลา เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อันจะเป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559 กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์.

ปัญญา สนั่นพานิชกุล.(2558). ความเข้าใจและแนวคิด เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน. วารสารศูนย์การศึกษาการแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 32(4): 364-376.

วิทยา ถิฐาพันธ์.(2559). ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัท พี .เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานห้องคลอด.(2562) รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.

American College of Obstetricians and Gynecologists.(2002). Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. Obstet Gynecol. 99: 159-67.

American College of Obstetricians and Gynecologists.(2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on hypertension in pregnancy executive summary. Obstet Gynecol. 122 :1122.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al.(2010). Pregnancy Hypertension. In: Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams Obstetrics. 23 rd ed. New York: McGraw-Hill Medical

Ngoc NT, Merialdi M, Abdel-Aleem H, Carroli G, Purwar M, Zavaleta N, et al.(2006). Causes of still births and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries. Bull World Health Organ. 84(9): 699-705.

Siabai BM, Abdella TN, Spinat LDJA.(1986). The incidence of nonpreventable eclampsia. An J Obstet Gynaecol. 154: 581-6.

Sibai BM.(2004). Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. Am J Obstet Gynecol. 190(6): 1520-6.